

Reconstrução após Ressecção de Fibroma Cimento-Ossificante em Maxila: Relato de caso

Reconstruction after Resection of Cement-Ossifying Fibroma in the Maxilla: Case report

Reconstrucción después de la Resección de Fibroma Cimento-Ossificante en la Maxila: Informe de caso

Recebido: 10/02/2025 | Revisado: 19/02/2025 | Aceitado: 19/02/2025 | Publicado: 23/02/2025

Vinicius Fernandes Cavalcante

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9606-2801>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: viniciusfc.ctbmf@gmail.com

Matheus Sá Vidal

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9296-5587>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: vidalmatheusctbmf@gmail.com

Oliver Sisnando Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7921-0585>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: oliverhuwc@gmail.com

Renata Miranda Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3319-5895>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: renatamirandactbmf@gmail.com

Ana Caroline Cavalcante do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6822-3273>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: caroliine1516@gmail.com

Ana Paula Negreiros Nunes Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5090-6877>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: ananegreirosnunes@gmail.com

Eduardo Costa Studart Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4880-1240>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: estudart@yahoo.com.br

Resumo

O Fibroma Cimento-Ossificante (FCO), incluído entre as Lesões Fibro-Ósseas (LFO), é também considerado uma neoplasia odontogênica benigna de origem mesenquimal e apresenta um significativo potencial de crescimento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tratamento de FCO em maxila e sua evolução clínica pós-operatória. Paciente do sexo masculino, 20 anos de idade, apresentando tumefação em face, com tempo de evolução de aproximadamente 1 ano, de posse de um laudo de LFO, oriundo de uma biópsia realizada na faculdade de odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. Ao exame físico extra-oral, foi observado aumento de volume na maxila direita, de consistência firme. A oroscopia, revelou discreta expansão vestibular em fundo de sulco maxilar ipsilateral além de ausência de mobilidade e ulceração. Os exames de imagem mostraram uma lesão de característica mista, bem circunscrita, estendendo-se de canino ao primeiro molar do lado direito. Após a correlação dos dados clínicos, imaginológicos e histopatológicos concluiu-se que se tratava de um FCO. O tratamento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, por meio de acesso intra-oral, ressecção com margem de segurança e reconstrução do defeito ósseo por meio de uma tela de titânio recoberta por um retalho pediculado da porção bucal do corpo adiposo de Bichat. Atualmente o paciente evoluiu com 2 anos de pós-operatório, sem queixas ou sinais de recidiva, e reabilitado com prótese parcial removível. A distinção entre o FCO e as LFO exige um diagnóstico preciso para conduzir o tratamento. Ambas apresentam semelhanças histológicas e uma variedade de achados clínicos e radiográficos. Sendo essencial uma avaliação detalhada para garantir um diagnóstico correto e um tratamento adequado.

Palavras-chave: Fibroma Ossificante; Fibroma Cimento-Ossificante; Neoplasias Benignas; Maxila.

Abstract

Cement-Ossifying Fibroma (COF), classified among Fibro-Osseous Lesions (FOL), is considered a benign odontogenic neoplasm of mesenchymal origin with significant growth potential. This study aims to report a clinical

case of COF treatment in the maxilla and its postoperative clinical evolution. A 20-year-old male patient presented with facial swelling with a one-year evolution and a diagnosis of FOL from a biopsy performed at another facility. On extraoral physical examination, a hard, right maxillary mass was observed. Intraoral examination revealed slight buccal expansion in the ipsilateral maxillary vestibule. Imaging studies showed a well-defined mixed lesion extending from the canine to the first molar on the right side. Based on clinical, imaging, and histopathological data, the diagnosis of COF was confirmed. Surgical treatment was performed under general anesthesia via an intraoral approach, resection with a small safety margin, and reconstruction of the bone defect using a titanium mesh covered with a pedicled flap from the buccal portion of Bichat's fat pad. The patient has now undergone two years of postoperative follow-up, with no complaints or signs of recurrence and rehabilitated with a removable partial denture. Distinguishing COF from FOL poses a significant challenge, as both exhibit histological similarities and a range of clinical and radiographic findings. A detailed evaluation is essential to ensure an accurate diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Ossifying Fibroma; Cemento-Ossifying Fibroma; Benign Neoplasms; Maxilla.

Resumen

El Fibroma Cemento-Osificante (FCO), clasificado entre las Lesiones Fibro-Óseas (LFO), se considera una neoplasia odontogénica benigna de origen mesenquimal con un potencial de crecimiento significativo. Este estudio tiene como objetivo informar un caso clínico de tratamiento de FCO en la maxila y su evolución clínica postoperatoria. Un paciente masculino de 20 años presentó una tumefacción facial con un año de evolución y un diagnóstico de LFO de una biopsia realizada en otro centro. En el examen físico extraoral, se observó una masa dura en la maxila derecha. La oroscopia reveló una ligera expansión vestibular en el surco maxilar ipsilateral. Los estudios de imagen mostraron una lesión mixta bien delimitada que se extendía desde el canino hasta el primer molar del lado derecho. Basándose en los datos clínicos, de imagen e histopatológicos, se confirmó el diagnóstico de FCO. El tratamiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general mediante un abordaje intraoral, resección con un pequeño margen de seguridad y reconstrucción del defecto óseo con una malla de titanio cubierta con un colgajo pediculado de la porción bucal de la bola adiposa de Bichat. Actualmente, el paciente lleva dos años de seguimiento postoperatorio sin quejas ni signos de recidiva y rehabilitado con una prótesis parcial removible. La distinción entre el FCO y las LFO representa un desafío significativo, ya que ambas presentan similitudes histológicas y una variedad de hallazgos clínicos y radiográficos. Es esencial una evaluación detallada para asegurar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Fibroma Osificante; Fibroma Cemento-Osificante; Neoplasias Benignas; Maxilar.

1. Introdução

O Fibroma Cemento-Ossificante (FCO) é classificado como uma neoplasia odontogênica benigna de origem mesenquimal e também considerada uma Lesão Fibro-Óssea (LFO). Essa lesão se caracteriza pela substituição do osso normal por tecido fibroso, apresentando áreas de mineralização e formação de cimento, de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Embora compartilhe semelhanças histológicas com outras LFO, o FCO possui características específicas que o diferenciam (Vered & Wright, 2022).

Em relação à sua origem, embora ainda não esteja claramente compreendida, acredita-se que essas lesões surjam de uma origem reativa ou desenvolvimental, a partir da área do ligamento periodontal, que contém células multipotentes capazes de formar tecido fibroso, cimento e osso, ou uma combinação desses elementos (Sridevi *et al.*, 2016; Salema *et al.*, 2024). Clinicamente, o FCO, é mais comum no sexo feminino, podendo se apresentar como uma massa solitária de crescimento lento e expansivo, assintomática e de consistência firme. Podem ser encontrados em qualquer parte do esqueleto facial, como seios paranasais, nasofaringe, região orbitofrontal, embora sejam mais comuns em áreas que suportam os dentes, especialmente na região dos pré-molares e molares mandibulares (Torul *et al.*, 2019; Hameed; Horvai & Jordan, 2020). Usualmente indolores, lesões menores costumam ser descobertas por meio de exames radiográficos de rotina, enquanto as de maiores dimensões podem crescer substancialmente e produzirem deformidades faciais importantes (Amaral *et al.*, 2022). Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão bem delimitada, geralmente uma massa expansiva redonda ou oval, circundada por borda radiolúcida, contendo áreas mistas com diferentes graus de radiopacidade, a depender da quantidade e do tipo de tecido mineralizado presente (Neville *et al.*, 2023; Chidzonga; Sunhwa & Makunike-Mutasa, 2023).

Waldron (1993), que classificou as LFO, relata que na ausência de boas informações clínicas e radiológicas, um patologista pode apenas afirmar que uma biópsia é consistente com uma LFO, já que apresentam uma sobreposição semelhante do ponto de vista anatomopatológico.

Dessa forma um diagnóstico definitivo geralmente é estabelecido com base na correlação entre achados clínicos, radiológicos e histológicos. De particular interesse no diagnóstico diferencial do FCO é o fato desta lesão apresentar na microscopia um estroma fibroso, com variáveis graus de celularidade, além de um componente ósseo composto por osso imaturo em tecido entrelaçado com feixes de colágenos, em uma morfologia peculiar, com esferas semelhantes a gotas, trabéculas ósseas irregulares e de osteoide, que lembram o cimento, o que justifica a sua nomenclatura e classificação (Hameed; Horvai & Jordan, 2020; Neville *et al.*, 2023).

O tratamento cirúrgico do FCO depende principalmente de sua apresentação clínica e radiológica e geralmente envolve exérese, curetagem e/ou ressecção cirúrgica do tumor. As lesões menores podem ser tratadas com exérese e fechamento primário, enquanto lesões moderadamente grandes precisam ser tratadas agressivamente com excisão local da lesão. Já em lesões maiores, requerem uma abordagem mais radical devido à chance de recorrência se realizar uma remoção incompleta. Nesses casos, a ressecção juntamente com a reconstrução é o ideal, com a função de manter a morfologia anatômica da face, por meio de enxertos ósseos e malhas de titânio (Otaviano *et al.*, 2020; Kaur *et al.*, 2021).

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso clínico de tratamento de FCO em maxila e sua evolução clínica pós-operatória.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa descritiva, qualitativa e do tipo relato de caso clínico (Pereira *et al.*, 2018; Toassi & Petry, 2021) na qual se apresentou o diagnóstico, o tratamento cirúrgico e, a evolução clínica pós-operatória de um fibroma cemento-ossificante (FCO) em maxila, em um paciente jovem, do sexo masculino, tratado e acompanhado no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – Hospital Walter Cantídio, em Fortaleza - CE. As informações foram obtidas a partir das consultas de acompanhamento, registros fotográficos, exames de imagem e histopatológicos.

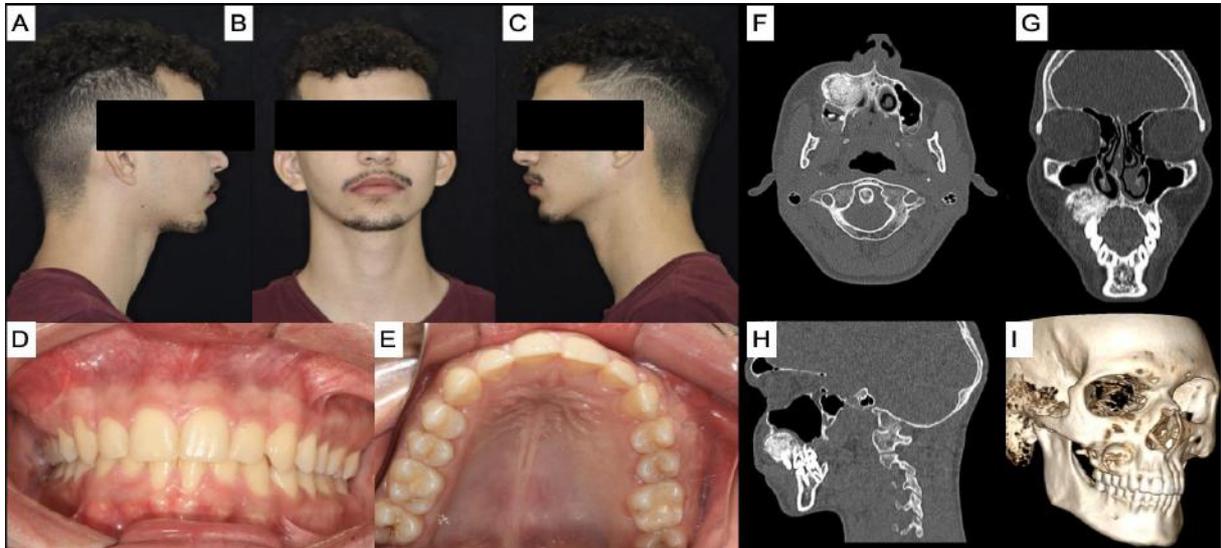
Dessa forma, o presente estudo respeitou os aspectos éticos com o paciente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para divulgação de imagens e informações para fins científicos e, também contou com registro e aprovação em comitê de ética.

3. Relato de Caso

Paciente, sexo masculino, 20 anos de idade, leucoderma, normossistêmico, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Walter Cantídio, para avaliação de lesão óssea localizada em região de maxila direita, com tempo de evolução de aproximadamente 1 ano, de posse de um laudo de LFO, oriundo de uma biópsia realizada na faculdade de odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. Ao exame físico extra-oral, foi observado leve aumento de volume doloroso em região maxilar e paranasal do lado direito, de consistência firme a palpação, recoberto por mucosa de aspecto normal. A oroscopia, revelou ligeira expansão de cortical vestibular em fundo de sulco ipsilateral (Figura 1).

Diante disso, foram solicitados uma radiografia panorâmica e uma tomografia computadorizada de face, os quais mostraram uma lesão de características mista, bem circunscrita, estendendo-se de canino ao primeiro molar do lado direito, a qual se projetava uniformemente para superfície externa da maxila com também para o interior do seio maxilar homolateral (Figura 1).

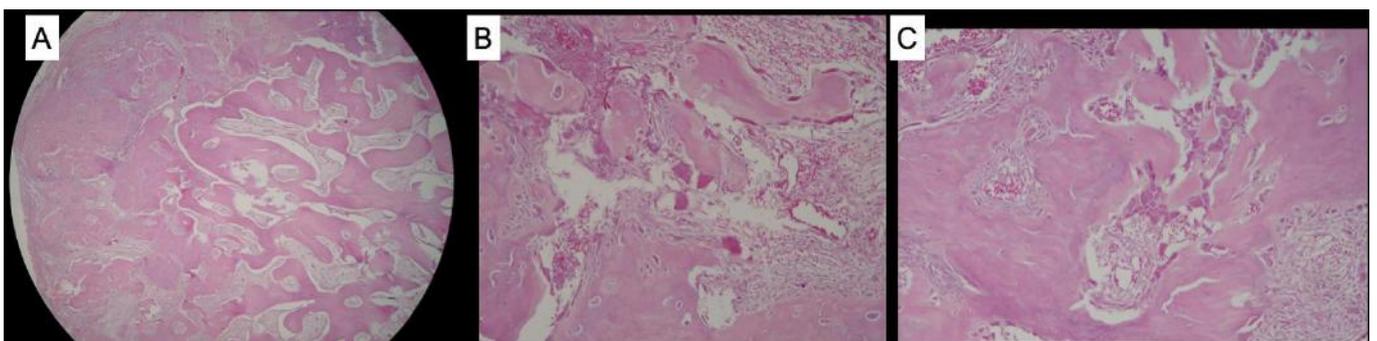
Figura 1 - Exame clínico imagiológico pré-operatório: Vista lateral direita (A); Vista frontal (B); Vista lateral esquerda (C); Vista frontal intra-oral (D); Vista oclusal (E); Corte axial (F); Corte coronal (G); Corte sagital (H); Reconstrução 3D três quartos (I).



Fonte: Serviço de CTBMF do Hospital Universitário Walter Cantídio.

A Figura 1 evidencia a extensão da lesão e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes, demonstrando a importância da avaliação imagiológica no diagnóstico e planejamento cirúrgico. A presença de uma lesão mista, bem delimitada e com expansão óssea uniforme, corrobora os achados clínicos e auxilia na escolha da abordagem mais adequada. Após a correlação entre exame clínico, imagiológico e histopatológico, chegou-se ao diagnóstico definitivo de FCO (Figura 2).

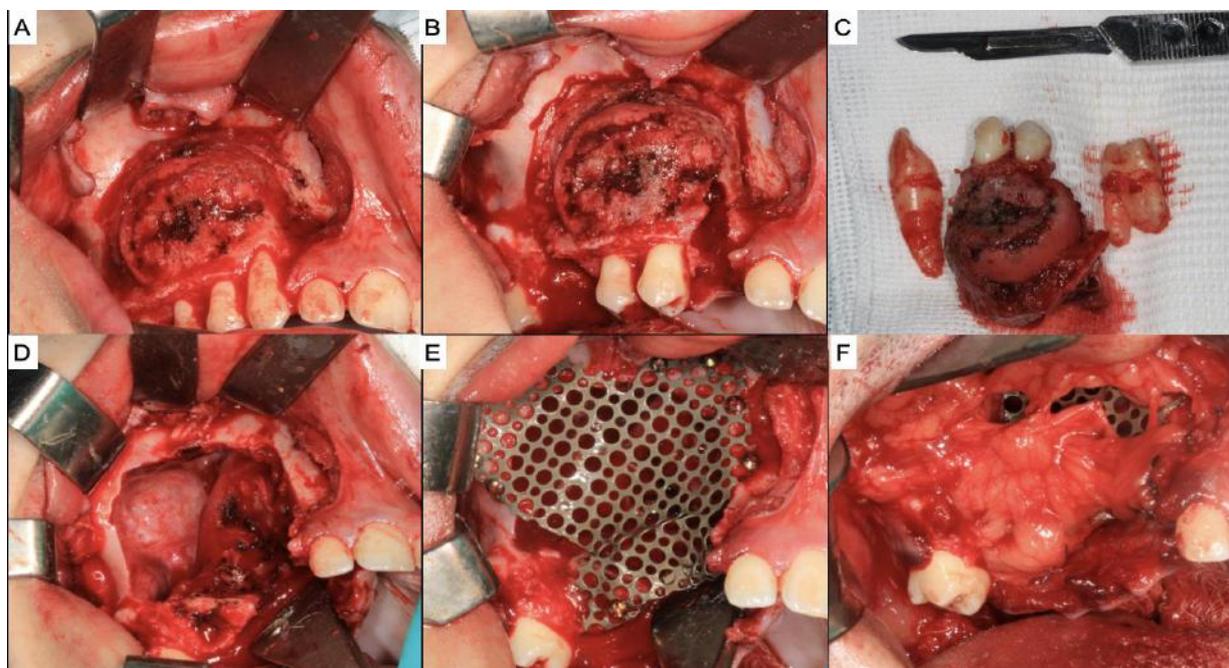
Figura 2 – Imagens histológicas. Em aumento de 4x em coloração de hematoxilina-eosina (HE) (A); Em aumento de 20x em coloração HE, consistentes com lesão fibro-óssea benigna (B e C).



Fonte: Serviço de CTBMF do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Diante do diagnóstico, o paciente foi submetido a cirurgia sob anestesia geral, para remoção completa da lesão. Realizou-se um acesso e retalho trapezoidal em fundo de sulco vestibular maxilar direito, estendendo-se da região dos dentes 13 ao 16. As exodontias prévias dos dentes associados a periferia da lesão foi executada com o propósito de demarcar e facilitar a execução das osteotomias. Em seguida procedeu-se a ressecção em bloco com margem de segurança, a qual gerou uma extensa comunicação com o seio maxilar. A reconstrução planejada inicial incluiu o emprego de uma malha de titânio, do sistema 1.5mm, estabilizada com parafusos monocorticais. Finalizada a fixação da tela, um retalho pediculado da porção bucal do corpo adiposo de Bichat, foi utilizado para cobri-la e atuar como uma segunda barreira física (Figura 3).

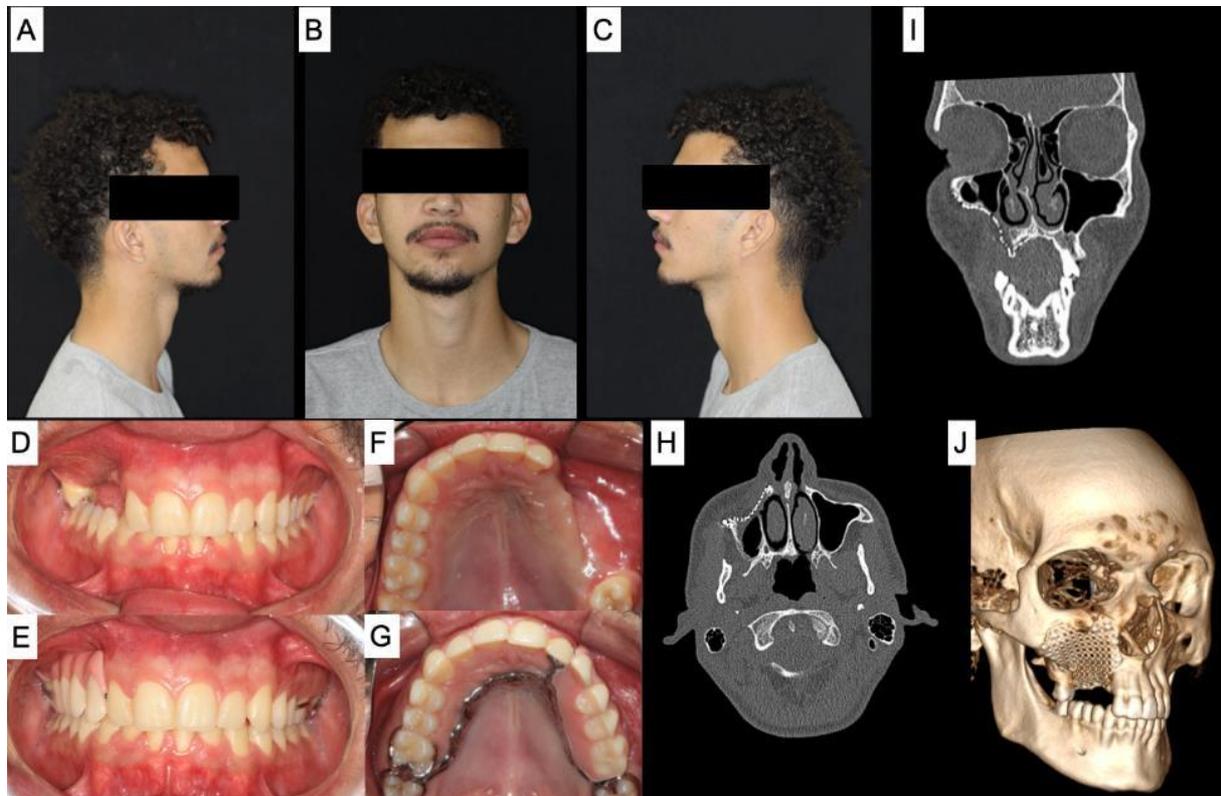
Figura 3 – Imagens trans-operatórias. Exposição da lesão (A); Demarcação com margem de segurança (B); Peça cirúrgica, evidenciando o tamanho da lesão (C); Aspecto inicial após a ressecção cirúrgica (D); Tela de titânio do sistema 1.5 fixada (E); Retalho pediculado da porção bucal do corpo adiposo de Bichat em posição (F).



Fonte: Serviço de CTBMF do Hospital Universitário Walter Cantídio.

O material coletado foi encaminhado para o diagnóstico histopatológico. A amostra evidenciou, corada em hematoxilina e eosina, e no aumento de 4x, um tecido ósseo mineralizado, em meio a um tecido conjuntivo fibroso. Além disso, foram verificadas trabéculas ósseas de tamanhos variados e em padrões entrelaçados e lamelares. No aumento de 20x, foi observado, no componente ósseo mineralizado, uma mistura variável de osteóide, osso e esférulas basofílicas, que lembram o cimento, além de vasos dilatados com extravasamentos de hemácias, sugerindo hemorragia intralésional. Tais achados confirmaram o diagnóstico clínico de fibroma cemento-ossificante. Atualmente o paciente encontra-se com 2 anos de acompanhamento pós-operatório sem sinais de recidivas do ponto de vista clínico e imaginológico. Sem queixas, com funções preservadas, reabilitado e satisfeito (Figura 4).

Figura 4 – Exame clínico e tomográfico pós-operatório. Vista lateral direita (A); Vista frontal (B); Vista lateral esquerda (C); Vista frontal intra-oral (D); Vista frontal intra-oral com prótese parcial removível (E); Vista oclusal (F); Vista oclusal com prótese parcial removível (G). Corte Axial de TC de face (H); Corte coronal de TC de face(I); Reconstruções 3D Três quartos(3).



Fonte: Serviço de CTBMF do Hospital Universitário Walter Cantídio.

4. Discussão

Na quarta edição da Classificação de Tumores da Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 2017, houve uma revisão significativa das definições e terminologias das lesões fibro-ósseas. A LFO continuou a ser utilizado para agrupar várias lesões ósseas odontogênicas e maxilofaciais, com ênfase na distinção entre diferentes variantes de fibromas ossificantes, como o FCO e outras lesões fibro-ósseas. As principais lesões fibro-ósseas reconhecidas incluem a displasia fibrosa (DF), o FCO e a displasia cemento-óssea (DCO). Por outro lado, o FCO foi classificado de maneira distinta, sendo designado como um tumor odontogênico mesenquimal benigno, uma separação importante para diferenciá-lo de outras lesões fibro-ósseas que não são de origem odontogênica (Speight & Takata, 2017).

O conceito de LFO evoluiu e variou nas últimas décadas em relação a sua classificação e nomenclatura. As 4 edições anteriores da OMS em 1971, 1992, 2005 e 2017 serviram como marcos nesse processo. No entanto, gerou um termo confuso e de difícil diagnóstico ao longo do tempo, mesmo tratando-se de lesões com naturezas distintas (Pindborg & Kramer, 1971; Kramer; Pindborg & Shear, 1992; Barnes *et al.*, 2005; Speight & Takata, 2017; Macdonald, 2021; Porto *et al.*, 2021).

Tradicionalmente considerado uma LFO benigna e uma neoplasia odontogênica, o fibroma cemento-ossificante (FCO) se mantém até os dias atuais, como parte integral dos tumores odontogênicos mesenquimais benignos pela quinta Classificação de Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS, encontrando-se completamente separado dos fibromas ossificantes não odontogênicos, que incluem o fibroma ossificante trabecular juvenil (FOTJ) e o fibroma ossificante psammomatoide (FOPS), discutidos individualmente como lesões fibro-ósseas benignas (Soluk-Tekkesin & Wright, 2022).

Vários termos alternativos incluindo fibroma ossificante, fibroma ossificante convencional e fibroma cimentante também têm sido aplicados ao FCO. Acometem com mais frequência pacientes do sexo feminino nas terceiras e quartas décadas

de vida. Embora apareçam esporadicamente no seio paranasal e nos ossos nasal e orbital, são mais comuns na região dos pré-molares e molares da mandíbula. Na maxila, as lesões tendem a envolver a fossa canina e o seio maxilar, como o presente caso (Neville *et al.*, 2023). Nos casos raros onde há envolvimento do osso nasal, orbital ou da fossa craniana, podem surgir sintomas como congestão nasal, rinorreia purulenta, assimetria facial, deslocamento orbital/exoftalmia e diplopia. Um exemplo é o caso de Guclu *et al.* (2023), em que uma paciente de 12 anos apresentou um FCO envolvendo a cavidade nasal e se estendendo para a órbita e fossas cranianas anterior e média, apresentando cefaleia, congestão nasal e assimetria facial progressiva ao longo de oito meses.

Ao contrário da displasia fibrosa, do ponto de vista imaginológico, o FCO está bem demarcado do osso normal adjacente e apresenta diferentes graus de opacificação. Em seus estágios iniciais, aparece como uma área radiolúcida. À medida que a lesão amadurece, densidades ósseas aparecem, transformando a lesão em uma massa radiopaca cercada por um halo de tecido ossificado (Hombal; Hegde & Narvekar, 2007). Característica que reflete na clínica, geralmente como uma massa expansiva com padrão de crescimento centrífugo, crescendo de modo uniforme em todas as direções, dando uma aparência de massa arredondada, lisa, bem definida e contornada por osso cortical (Chidzonga; Sunhwa & Makunike-Mutasa, 2023). Corroborando com o caso clínico presente, onde se observa uma lesão bem circunscrita, arredondada e com dimensões uniformes, na região maxilar envolvida.

Por se tratar de uma lesão bem demarcada, é possível realizar uma separação relativamente fácil entre o tumor e seu leito ósseo, permitindo a obtenção de um espécime em uma única massa ou em grandes fragmentos. Tanto a avaliação macroscópica quanto a microscópica revelaram uma lesão bem definida, embora não encapsulada (Neville *et al.*, 2023). Do ponto de vista histológico, a lesão se caracteriza por um estroma fibroso, com calcificações esféricas que se assemelham a estruturas de cimento, além de células fusiformes misturadas com trabéculas ósseas (Salema *et al.*, 2024). Situação semelhante ocorreu com o presente caso, onde o estudo histológico do espécime obtido em fragmento único, mostrou uma lesão não encapsulada, cujo estroma apresentava tecido conjuntivo fibroso, trabéculas ósseas e componentes ósseos mineralizados que lembravam o cimento.

A natureza circunscrita do FCO oferece, em muitos casos, uma relativa facilidade de enuclear a lesão do osso circundante, o que representa um bom prognóstico com baixos índices de recorrência, já que permite uma excisão completa (Torul *et al.*, 2019). No entanto, em lesões maiores que causam destruição óssea considerável e requerem ressecção cirúrgica, é fundamental considerar a reconstrução do segmento para evitar comprometimentos estéticos e funcionais no paciente (Otaviano *et al.*, 2020).

Quanto às formas de reconstrução do defeito ósseo gerado pela remoção da lesão, a literatura indica que intervenções realizadas de forma tardia frequentemente apresentam melhores resultados em comparação às abordagens reconstrutivas imediatas. Entretanto, a reconstrução imediata com enxertos ósseos tem ganhado crescente aceitação como um método de tratamento previsível (Schlieve *et al.*, 2015). Além disso, o uso de malhas ou telas de titânio tem se mostrado uma alternativa viável para reconstruções imediatas, oferecendo suporte aos tecidos moles da face e prevenindo complicações como o colapso labial decorrente da contração cicatricial (Paiva *et al.*, 2009; Otaviano *et al.*, 2020).

A tela de titânio, em particular, é amplamente reconhecida como uma excelente opção devido à sua alta resistência, baixos índices de infecção, elevada biocompatibilidade e características biologicamente inertes (Cardoso *et al.*, 2021). Além de seu longo histórico de uso bem-sucedido na reconstrução de defeitos decorrentes de traumas faciais, a malha de titânio é radiopaca, permitindo fácil identificação em exames de imagem, como radiografias e tomografias computadorizadas. Outra vantagem relevante é sua facilidade de personalização, possibilitando ao cirurgião moldar e contornar o material conforme os contornos ósseos específicos do paciente (Tabrizi *et al.*, 2010).

O retalho pediculado do corpo adiposo de Bichat é uma alternativa promissora e confiável na reconstrução de defeitos maxilares, especialmente em casos de comunicações oroantrais, em pacientes com fissuras labiopalatinas, após remoção de cistos e tumores benignos, e ressecção de tumores malignos. A mobilização desse retalho e sua transposição para a área do defeito proporcionam uma cobertura vascularizada e uma rápida epitelização, o que reduz o tempo de cicatrização e o risco de complicações (Baumann & Ewers, 2000). Além disso, a cirurgia de reconstrução utilizando um retalho pediculado do corpo adiposo bucal pode prevenir complicações crônicas como sinusites e fístulas oroantrais (Yang; Jee & Ryu, 2018; Rocha *et al.*, 2020).

No caso presente, optou-se por realizar uma reconstrução com a fixação da malha de titânio e parafusos monocorticais para garantir a sustentação dos tecidos moles, em razão do amplo defeito causado pela ressecção da lesão. Com o propósito de recobrir a tela de titânio e reduzir a possibilidade de deiscência da sutura, um retalho pediculado da porção bucal do corpo adiposo foi associado à reconstrução. A facilidade de coleta do corpo adiposo de Bichat, por estar próximo à área receptora, apresenta boa epitelização e oferece também excelente suprimento sanguíneo, além de atuar como uma barreira física, nos levaram a optar pela sua utilização (Paiva *et al.*, 2009).

Apesar da recorrência após a remoção completa ser incomum, com baixas taxas de recidivas na literatura, bom prognóstico e sem evidências de transformação maligna, o acompanhamento a longo prazo é necessário já que no período de recorrência é imprevisível, podendo ocorrer por até 10 anos após o tratamento. Desta forma, recomenda-se ter um longo período de acompanhamento para monitorar sinais de possível recidiva (Chidzonga; Sunhwa & Makunike-Mutasa, 2023; Neville *et al.*, 2023).

5. Considerações Finais

Embora o diagnóstico do FCO seja baseado em exames clínico-imaginalógicos e histopatológicos, a distinção entre essa condição e as demais lesões fibro-ósseas, em particular a displasia fibrosa, representa um desafio, devido às semelhanças histológicas e à variedade de achados clínicos e radiográficos que podem confundir quanto ao diagnóstico.

Apesar da enucleação ser recomendada para lesões menores, pelo fato do FCO ser reconhecidamente uma lesão bem demarcada do osso sadio adjacente, na prática esta separação é tênue, apontando a ressecção em bloco, com margem de segurança, como a técnica ideal a ser empregada. Além do tratamento cirúrgico definitivo, o acompanhamento a longo prazo é uma importante estratégia terapêutica, necessário para monitorar a possibilidade de recorrência.

Referências

- Amaral, M. P. D., Dib, J. E., Carlotto, N. R. D. S., Dib, M. B. E., Dib, V. B. E., & Carvalho, V. A. (2022). Fibroma ossificante juvenil trabecular: Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 51, 51–57.
- Barnes, L., Eveson, J. W., Reichart, P., & Sidransky, D. (2005). *Pathology and genetics of head and neck tumours* (3rd ed., 430 p.). Lyon, France: IARC Press.
- Baumann, A., & Ewers, R. (2000). Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(4), 389–392.
- Cardoso, L. I. S., et al. (2021). Cranioplastia de frontal com malha de titânio após craniectomia descompressiva. *Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí*, 4(2), 26–34.
- Chidzonga, M., Sunhwa, E., & Makunike-Mutasa, R. (2023). Ossifying fibroma in the maxilla and mandible: A case report with a brief literature review. *Cureus*, 15(1), Article e34257.
- Guclu, D., Ayyildiz, V., Unlu, E. U., & Ogul, H. (2023). Cemento-ossifying fibroma with cerebral involvement. *Ear, Nose & Throat Journal*.
- Hameed, M., Horvai, A. E., & Jordan, R. C. K. (2020). Soft tissue special issue: Gnathic fibro-osseous lesions and osteosarcoma. *Clinical Research in Oncology*, 146(1), 1–10.
- Hombal, A. G., Hegde, K. K., & Narvekar, V. N. (2007). Cemento-ossifying fibroma of mandible. *Australasian Radiology*, 51(Suppl. 1), B176–B179.

- Kaur, T., Dhawan, A., Bhullar, R. S., & Gupta, S. (2021). Cemento-ossifying fibroma in the maxillofacial region: A series of 16 cases. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 20(2), 240–245.
- Kramer, I. R. H., Pindborg, J. J., & Shear, M. (1992). The WHO histological typing of odontogenic tumours: A commentary on the second edition. *Cancer*, 70(12), 2988–2994.
- MacDonald, D. S. (2021). Classification and nomenclature of fibro-osseous lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 131(4), 385–389.
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2023). *Oral and maxillofacial pathology* (5th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Otaviano, L. T., Statkiewicz, C., Gibim, C. H., Furtado, D. R., Matheus, R. A., Stabile, C. L. P., & Stabile, G. A. V. (2020). Tratamento cirúrgico de fibroma ossificante juvenil psamomatoide: Relato de caso clínico. *Archives of Health Investigation*, 9(2).
- Paiva, G., Böing, F., Benaglia, M. B., & Nascimento, A. (2009). Fibroma ossificante: Relato de 2 casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 9(1), 33–40.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Pindborg, J. J., & Kramer, J. R. (1971). *Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions*. Geneva: World Health Organization.
- Porto, D. E., Diniz, J. A., Barbirato, D. S., Silva, T. S., Andrade, R. R. S., & Andrade, E. S. S. (2021). Agreement between clinical-radiographic and histopathological diagnoses in maxillofacial fibro-osseous lesions. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 21.
- Rocha, C. B. S., Cavalcante, M. B., Uchôa, C. P., Silva, E. D. O., & Marcelino, I. M. P. (2020). Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 20(1), 34–38.
- Salema, H., Nair, V. S., Sane, V., & Bhosale, N. D. R. (2024). Cemento-ossifying fibroma of the mandible: A case report. *Cureus*, 16(2).
- Schlieve, T., Hull, W., Milord, M., & Roloxythas, A. (2015). Is immediate reconstruction of the mandible with nonvascularized bone graft pathology a viable treatment option? *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 73(3), 541–549.
- Suluk-Tekkesin, M., & Wright, J. M. (2022). The World Health Organization classification of odontogenic lesions: A summary of the changes of the 2022 (5th) edition. *Turkish Journal of Pathology*, 38(2), 168–184.
- Speight, P. M., & Takata, T. (2017). New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Archiv*, 472(3), 331–339.
- Sridevi, U., Jain, A., Turagam, N., & Prasad, M. D. (2016). Cemento-ossifying fibroma: A case report. *Advances in Cancer Prevention*, 1(111).
- Tabrizi, R., Ozkan, T. B., Mohammadinejad, C., & Minaee, N. (2010). Orbital floor reconstruction. *Journal of Craniofacial Surgery*, 21(4), 1142–1146.
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. 2ed. Editora da UFRGS.
- Torul, D., Kahveci, K., Omezli, M. M., Ayranci, F., & Erzurumlu, Z. U. (2019). Cemento-ossifying fibroma of the mandible: Report of a case. *Annals of Dental Specialty*, 7(1), 12–15.
- Vered, M., & Wright, J. M. (2022). Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: Odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Head and Neck Pathology*, 16(1), 63–75.
- Waldron, C. A. (1993). Fibro-osseous lesions of the jaws. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 51(8), 828–835.
- Yang, S., Jee, Y. J., & Ryu, D. M. (2018). Reconstruction of large oroantral defects using a pedicled buccal fat pad. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*, 40, 1–5.