

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA  
ODONTOLÓGICA

Daiane Rohden

**FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE:  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO-IMAGINOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO**

Porto Alegre

2018

Daiane Rohden

**FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE:  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO-IMAGINOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Radiologia e Imaginologia Odontológica.

Orientador: Prof. Me. Ana Márcia Viana Wanzeler

Porto Alegre

2018

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse em minha vida. Me dando saúde e força para superar todos os desafios. N'Ele tenho minha base e meu porto seguro.

Não menos importante, meu agradecimento de forma especial e de todo coração aos meus pais, Ilson e Cleusa, que são as bússolas da minha vida, que nunca mediram esforços para me ajudar a chegar onde cheguei e que são os meus maiores exemplos.

A minha irmã, Danielle, pelas inúmeras vezes que me apoia, me escuta, me busca, me leva e faz tudo por mim. Por ter dado o mais lindo presente da minha vida Betina e permitir que eu a cuidasse e a tivesse como minha filha.

Ao meu noivo, Alan, que é o meu maior incentivador. Quem me acalma, me diz que sempre posso ir mais longe, que sou capaz e se dedica como ninguém a profissão, o que me faz querer ser também cada dia melhor. Por estar ao meu lado em todos os momentos, por levantar comigo todas as vezes em que tive que viajar para estar aqui. Obrigada de todo meu coração meu amor, te amo indescritivelmente.

A todos meus colegas de curso, especialmente as minhas amigas Ariane, Marina e Kaline que por vezes compartilharam de momentos de desabafos comigo mas o mais importante, fizeram de toda trajetória algo mais leve e bom de se viver. Obrigada amigas, levarei cada uma de vocês dentro do meu coração. Que possamos levar esta amizade para a vida.

Aos colegas Gladson e Karoline, pelas tantas viagens compartilhadas, por me ajudarem sempre que possível e por me fazerem companhia durante esses meses. Minha gratidão por tudo! Contem comigo sempre.

A todos os professores que por mim passaram, especialmente Heraldo, Mariana, Nádia, e Priscila pelos ensinamentos e pela doce companhia durante o curso.

A minha orientadora Ana Márcia Wenzeler por todo o apoio, dedicação e paciência. Por durante todo este tempo ter se dedicado ao meu trabalho.

De forma geral, deixo meu agradecimento a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.

*“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”* (Robert Collier)

### CIP - Catalogação na Publicação

Rohden, Daiane  
Fibroma Cimento-Ossificante: Diagnóstico  
Clínico-Imaginológico e Histopatológico / Daiane  
Rohden. -- 2018.  
23 f.  
Orientadora: Ana Márcia Viana Wenzeler.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Radiologia Odontológica, Porto Alegre,  
BR-RS, 2018.

1. Fibroma Ossificante. 2. Patologia Bucal. 3.  
Diagnóstico Diferencial. I. Viana Wenzeler, Ana  
Márcia, orient. II. Título.

## RESUMO

O Fibroma Cimento-Ossificante é uma lesão cujo diagnóstico tem se mostrado intrigante e confuso uma vez que, apresentam semelhanças clínicas, radiográficas e até histopatológicas com outras lesões como a displasia fibrosa e a displasia cimento-óssea. Ele é uma neoplasia benigna de etiologia incerta, crescimento lento, sendo a mandíbula acometida mais frequentemente que a maxila. Um caso de Fibroma Cimento-Ossificante envolvendo a hemimandíbula direita é descrito em uma paciente do sexo feminino de 35 anos. As características clínicas, radiográficas e histológicas são apresentadas e os vários diagnósticos diferenciais são discutidos.

**Palavras-chave:** Fibroma ossificante; Patologia bucal; Diagnóstico diferencial.

## **ABSTRACT**

Cemento-ossifying fibroma is a lesion whose diagnosis has proved intriguing and unclear for presenting clinical, radiographic, and even histopathological similarities to other types of lesions such as the fibrous dysplasia of bone and cement-bone dysplasia. It is a benign neoplasm of uncertain etiology and slow development in which the jaw is affected more frequently than the jawbone. We described a case of cemento-ossifying fibroma involving the right jaw of a thirty-five-year-old female patient by presenting its clinical, radiographic, and histological characteristics and discussing some differential diagnoses.

**Keywords:** Ossifying fibroma. Oral pathology. Differential diagnosis.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1 Objetivo geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2 ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>15</b>
<b>3 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO A – NORMAS DA REVISTA .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Fibroma Cimento-Ossificante, conhecido como uma lesão fibro-óssea benigna, rara e atualmente chamada por Fibroma Cimento-Ossificante, foi em 1842 descrito por Menzel onde, logo mais em 1927 fora denominado “Fibroma Ossificante” por Montgomery (1)., Um pouco mais tarde, em 1971 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o fibroma cementificante e fibroma ossificante como duas entidades distintas, sendo o primeiro uma neoplasia benigna de origem odontogênica e outra uma neoplasia benigna de origem osteogênica. Mas, em 1992, a OMS divulga uma nova classificação de tumores, considerando o fibroma ossificante e o fibroma cementificante uma mesma entidade, ambos sendo uma neoplasia benigna de origem osteogênica, pois o material similar a cimento que fora encontrado em algumas lesões do complexo maxilo-mandibular foi também identificado em outras lesões em outros ossos do corpo, por isso, atualmente muitos pesquisadores costumam identificar o material semelhante a cimento como variação óssea. Então, fica determinado que as duas lesões são chamadas apenas de fibroma cimento-ossificante (1,2).

Conforme a atual classificação da OMS, feita em 2017, não houveram grandes mudanças para os tumores odontogênicos mesenquimais, com exceção da adição do termo fibroma cimento-ossificante. No entanto, ainda é uma lesão fibro-óssea bastante discutida.

Apesar de ser relativamente raro, o fibroma cimento-ossificante se trata de uma neoplasia benigna verdadeira, constituído por tecido altamente celular e fibroso que contém quantidades variáveis de osso anormal. Sua característica interna pode ser muito aproximada ao da displasia fibrosa, entretanto, há uma capsula de tecido mole na periferia que o distingue. Este pode ocorrer em qualquer idade, porém é encontrado com maior frequência em pacientes jovens, em sua terceira década de vida, sendo as mulheres mais afetadas do que os homens. A doença normalmente é assintomática, sendo esta geralmente um achado radiográfico. Ocasionalmente pode ocorrer assimetria facial e dor. Tendo a região de mandíbula como predileção, acomete geralmente a região de molares e pré-molares muito pouco frequentemente causando deslocamento de dentes. Quando em região de maxila, normalmente acomete o seio maxilar, região de caninos e arco zigomático (2,3). Apesar de ser encontrada predominantemente nos maxilares, eventualmente esta lesão pode aparecer na base do crânio, seios paranasais e ossos longos (20).

Ainda que apresente desenvolvimento lento, em alguns casos ela pode aparecer de forma agressiva, com alto grau de recidiva e provocando alto grau de deformidade (4). Sabe-se que para seu diagnóstico é imprescindível avaliar as características clínicas, radiográficas e histopatológicas (5). Este é caracterizado por substituição da arquitetura óssea normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas, com deposição de material mineralizado em quantidade e morfologia variada (6).

Apesar de etiopatogenia bastante desconhecida, acredita-se que a origem dessa lesão seja da membrana periodontal, que contém células blásticas capazes de formar osso, tecido fibroso e cemento. Em alguns casos, aponta-se como fatores causais a exodontia e trauma (15). Porém, a origem dental destes tumores foi excluída uma vez que, ele se apresentou como fibroma de ossos longos (16).

Quando pequenos, mostram-se assintomáticos, e à medida que se expandem, podem causar tumefação indolor, mas, com muitas vezes, uma significativa assimetria facial. Seu crescimento é lento. Como achados frequentes, alguns autores elencam mobilidade e reabsorção radicular dos dentes envolvidos (17, 18, 19).

Radiograficamente, os fibromas cemento-ossificantes podem apresentar padrões diferentes, tendo em base o grau de desenvolvimento da lesão e a quantidade de tecido mineralizado. Inicialmente, pode se apresentar como uma lesão radiolúcida unilocular (18). E, mais tardiamente, a lesão apresenta-se com bordas bem definidas, unilocular radiolúcida ou com uma mistura de radiolucidez e radiopacidade com uma linha radiolúcida fina que representa uma cápsula fibrosa, separando-a do osso circundante. Em alguns casos, desenvolve-se uma borda esclerótica ao redor da lesão. Em raros casos apresentam-se multiloculares (2, 3). Quando em estágio avançado apresenta-se como uma massa radiopaca densa com delimitação óssea radiolúcida (7). Comumente se encontra expansão vestibulolingual (2). Pode-se então, serem encontrados dois padrões radiográficos básicos: uma radiolucência unilocular com ou sem focos radiopacos e outra radiolucência multilocular (8). Concluindo, a lesão pode se apresentar inicialmente como uma imagem osteolítica, seguida de transformação gradual para uma lesão mista e em raros casos, pode-se tornar radiopaca (18).

Em imagens de tomografia computadorizada de feixe cônico normalmente apresentam-se como lesões mistas, uniloculares, com margens regulares bem definidas, com uma cortical óssea. Pode-se observar expansão das corticais marginais normalmente não

causando deslocamento de dentes. Não costuma estar relacionada a dentes não irrompidos e não causar reabsorção radicular (22). Há presença de áreas heterogêneas com hiper e hipodensidades dispersas dentro da lesão (septos ósseos e a presença de multilocularidade) (23).

Macroscopicamente e microscopicamente muitas lesões são bem demarcadas, porém não encapsuladas, entretanto, uma cápsula fibrosa pode estar presente em alguns casos. A sua exploração cirúrgica costuma apresentar-se de fácil acesso, pois geralmente aparece separada do restante do osso circundante (2). Histologicamente, a lesão é composta basicamente por fibras colágenas entrelaçadas, raramente dispostas em feixes isolados e junto, numerosos fibroblastos com proliferação ativa. Em seu conjuntivo, há presença de tecido calcificado de aspecto bastante variável, que lembram osso e cimento (9, 10). Desde pequenos focos de trabéculas ósseas irregulares (que podem ter semelhança com a forma das trabéculas ósseas da displasia fibrosa) até inúmeros focos de massas basófilas semelhantes a cimento (redondas, ovoides, ligeiramente alongadas ou muitas vezes lobuladas). Estes aspectos diferentes podem ser observados muitas vezes em uma mesma lâmina. Muito dificilmente se encontram células inflamatórias. Quando a lesão encontra-se em seu estágio avançado, o número de células aumenta e acaba por se coalescer, o que explica o aumento da radiopacidade em sua apresentação radiográfica (9).

Em seu diagnóstico diferencial radiográfico, o fibroma cimento-ossificante, inclui lesões mistas. Sendo sua diferenciação com a displasia fibrosa uma das mais difíceis. Apresentando limites bem definidos e em alguns casos com uma cápsula de tecido fibroso o fibroma cimento-ossificante se diferencia da displasia fibrosa que, geralmente se mistura com o osso circundante apresentando uma estrutura interna mais homogênea e com menor variação assemelhando-se mais com a morfologia normal óssea. Os maiores desafios aparecem quando deve-se diferenciar a displasia fibrosa do fibroma cimento-ossificante na região anterior de maxila mas, sabe-se que a displasia fibrosa geralmente desloca a parede lateral do seio maxilar mantendo a forma externa da parede, enquanto que o fibroma cimento-ossificante tem uma forma que se estende para dentro do seio maxilar. Outro diagnóstico diferencial é com a displasia óssea periapical que na maioria das vezes apresenta-se multifocal enquanto que o fibroma não é (10).

Dependendo de seu estágio de desenvolvimento, o fibroma cimento-ossificante pode ser diferenciado radiograficamente com lesões completamente radiolúcidas – pois quando em

seu estágio inicial pode se apresentar radiolúcido – diferenciando-se com displasia cemento óssea focal, cisto odontogênico, granuloma periapical, cisto ósseo simples, ameloblastoma unilocular e granuloma central de células gigantes (12, 13, 14).

Outras lesões que devem ser consideradas são aquelas que possuem calcificações internas, como granuloma central de células gigantes, cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico epitelial calcificante (Pindborg) e tumor odontogênico adenomatóide (3).

O granuloma central de células gigantes entrou como diagnóstico diferencial por apresentar radiograficamente limites bem definidos e em alguns casos internamente apresenta discreto padrão granular de calcificação muito fino, com septos internos mal definidos, normalmente desloca ou reabsorve raízes dentárias. A lesão desenvolve com maior frequência na mandíbula, porém afeta principalmente adolescentes e adultos jovens com menos de 20 anos (2).

A conduta clínica, ainda aparece bastante incerta. Em casos de pequenas lesões, pode-se adotar um tratamento mais conservador com curetagem e enucleação da lesão, até atingir margens ósseas saudáveis. Mas, em casos maiores, como tratamento, normalmente é adotado a enucleação da total da lesão com 5mm de margem de segurança, até com certa facilidade. Em alguns casos, dependendo da magnitude da lesão pode ser necessário enxertos ósseos e ressecção cirúrgica. A taxa de recorrência é de apenas 12% e não existe potencial para malignização da lesão (2, 11). A remoção completa da lesão tem sido mais sugerida pela maioria dos autores. A ressecção cirúrgica, quando em região de mandíbula apresenta-se normalmente mais simples do que na maxila, autores atribuem isso à diferença de características ósseas entre um e outro e o espaço para expansão em seio maxilar (21).

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo geral**

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de fibroma cemento-ossificante bem como suas características clínicas, radiográficas e clínicas, relatando com base na literatura seu comportamento, prevalência e nomenclaturas.

## 2 ARTIGO CIENTÍFICO

### **Fibroma Cimento-Ossificante: diagnóstico clínico-imaginológico e histopatológico**

#### **Resumo**

O fibroma cimento-ossificante é uma lesão cujo diagnóstico tem-se mostrado intrigante e confuso uma vez que, apresentam semelhanças clínicas, radiográficas e até histopatológicas com outras lesões a displasia fibrosa e a displasia cimento-óssea. ele é uma neoplasma benigno de etiologia incerta, crescimento lento, sendo a mandíbula acometida mais frequentemente que a maxila. um caso de fibroma cimento-ossificante envolvendo a mandíbula direita é descrito em uma paciente do sexo feminino de 35 anos. As características clínicas, radiográficas e histológicas são apresentadas e os vários diagnósticos diferenciais são discutidos.

**Palavras-chave:** Fibroma ossificante; Patologia bucal; Diagnóstico diferencial.

#### **Introdução**

O Fibroma Cimento-Ossificante tem sido chamado de fibroma ossificante e fibroma cementificante [1, 2]. Na 4ª edição da Organização Mundial da Saúde (OMS), classificação de tumores de cabeça e pescoço, publicada em janeiro de 2017, foi adicionado o termo "fibroma cimento-ossificante (FCO)" [3]. O fibroma cimento-ossificante sempre foi cercado por controvérsias quanto à terminologia e critérios de diagnóstico [4]. Eles estão incluídos no grupo de tumores odontogênicos benignos mesenquimais. A patogênese permanece desconhecida: pode estar relacionada a problemas congênitos na maturação do tecido dental, que é capaz de formar cimento e tecido ósseo [5, 6].

Clinicamente, apresenta-se geralmente como aumento volumétrico assintomático, de evolução lenta, acometendo a região de pré-molares e molares da mandíbula [6, 7, 8]. Radiograficamente se apresenta como lesão bem definida e com áreas radiotransparentes e/ou radiopacas que podem estar associadas a divergências ou reabsorções radiculares [9, 10]. O tratamento é a remoção cirúrgica, e o prognóstico, na maioria dos casos, favorável [11, 12]. O seguinte relato de caso descreve o diagnóstico clínico-imaginológico e histopatológico de um fibroma cimento-ossificante.

## Relato de caso

Uma paciente do sexo feminino de 35 anos sem outra história médica relevante, procurou o serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), relatando que sentia dor há um ano e apresentava inchaço no lado direito do rosto. O inchaço pareceu aumentar gradualmente, atingindo seu tamanho atual nos últimos 6 meses. Ao exame físico extrabucal se constatou discreta assimetria facial devido à tumefação na região do corpo da mandíbula do lado direito e pele com cor e textura normais. Na palpação, uma consistência dura, óssea. Intraoralmente, observou-se aumento de volume no rebordo alveolar com expansão de cortical vestibular e lingual, duro à palpação, recoberto com mucosa íntegra de coloração normal e ausência do dente 46. (Figura 01).



**Figura 01:** Aumento de volume no rebordo alveolar com expansão de cortical vestibular e lingual na região de molares inferiores do lado direito.

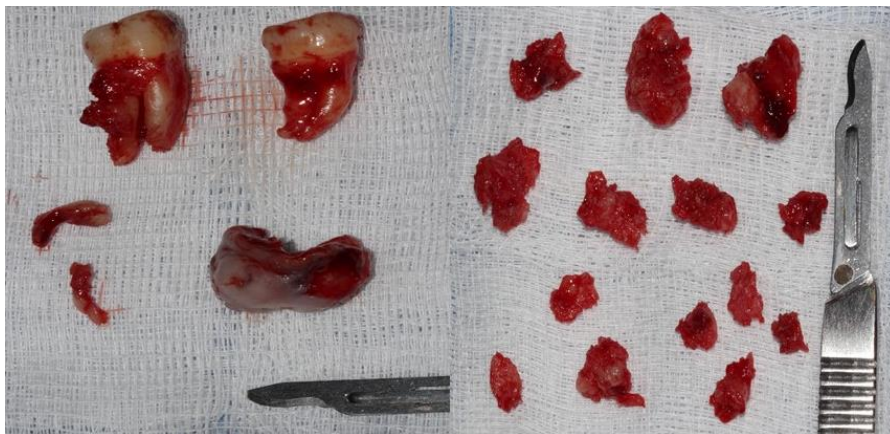
A radiografia digital panorâmica realizada revelou uma lesão radiolúcida inilocular bem definida no corpo da mandíbula do lado direito que se estende até a região distal do dente 48 (Figura 02). A lesão foi vista que se estende além do limite inferior da mandíbula com expansão e desbaste das placas corticais. A estrutura interna da lesão é predominantemente radiolúcida, com difusa dispersão de radiopacidade. Como hipóteses de diagnóstico: displasia fibrosa, fibroma cemento-ossificante e granuloma central de células gigantes.



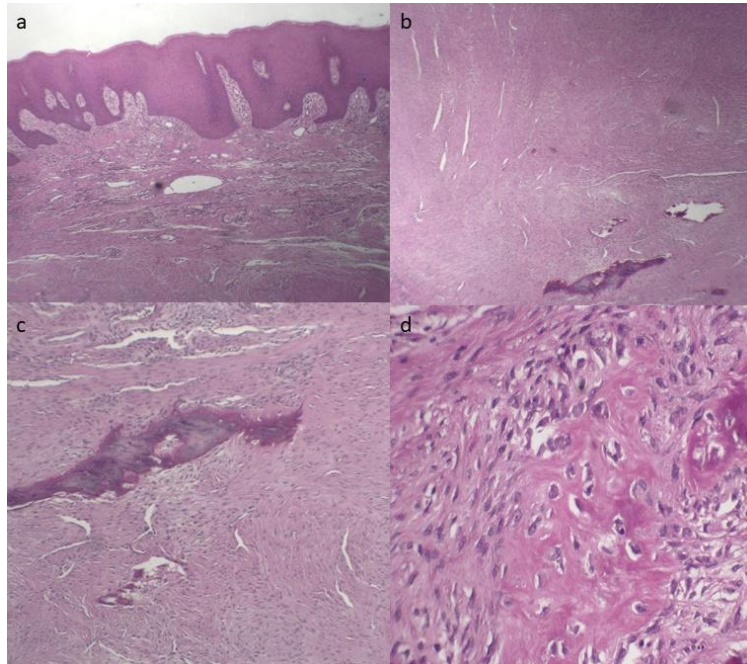


**Figura 02:** A radiografia panorâmica revela uma lesão mista multilocular bem definida na região do corpo mandibular direito envolvendo os ápices dos dentes 47 e 48, provocando reabsorção radicular externa. Observa-se o deslocamento do canal mandibular para a base da mandíbula.

Realizou-se uma biópsia incisional, na qual se retirou tecido mole e tecido ósseo da região afetada. Após o resultado histopatológico, a lesão foi diagnosticada como fibroma ossificante central. Optou-se por realizar a biópsia excisional com curetagem da lesão e extração dos dentes envolvidos (Figura 03). A peça retirada, medindo 20 mm no maior diâmetro. Um novo exame histopatológico foi realizado, confirmando o diagnóstico de fibroma ossificante central (Figura 04).



**Figura 03:** Peça cirúrgica e os dentes envolvidos com a lesão (47 e 48).



**Figura 04:** Os aspectos histopatológicos evidenciam **a)** em maior aumento observa-se tecido epitelial de revestimento da mucosa, tecido conjuntivo fibroso da submucosa e proliferação tecidual da lesão; **b)** tecido conjuntivo altamente celularizado e material calcificado (osteóide), **c)** proliferação tecidual no padrão estoriforme e **d)** trabécula osteóide não mineralizada.

## Discussão

O fibroma cemento-ossificante foi inicialmente classificado pela OMS como uma neoplasia fibróssea [1, 2]. No entanto, eles não surgem nos ossos longos, e ocorrem principalmente nas áreas de dentes dos maxilares. Sua semelhança com displasias cemento-ósseas evidencia uma origem odontogênica [7]. Eles são derivados das células mesenquimais e têm potencial para formar tecido fibroso, cimento, osso ou uma combinação de tais elementos [9].

Ocorre principalmente em pacientes com idade entre 20 a 40 anos, embora possa apresentar-se em crianças e adolescentes, bem como em adultos mais velhos [5]. As mulheres são mais comumente afetadas do que os homens na proporção de 5:1 [6]. Acomete frequentemente a região posterior de mandíbula [2-7]. No relato apresentado teve ocorrência em mulher com idade de 35 anos, localizado na região de corpo da mandíbula do lado direito.

Em relação ao tamanho, são lesões pequenas que se mostram assintomáticas e à medida que se tornam grandes e expansivas causam uma tumefação indolor [13, 14]. No caso reportado, a paciente sentia dor e apresentava inchaço no lado direito do rosto.

Radiograficamente as lesões iniciais podem aparecer como radiotransparência uni ou multiloculares [4, 9, 12]. O estágio inicial progride gradualmente para uma lesão mista, à medida que o material calcificado é depositado no tumor [5, 7, 8, 13]. As lesões maduras podem consistir em massa radiopaca densa, circundada por uma linha radiotransparente bem definida [5, 12, 15]. No caso relatado, considerando-se as características radiográficas, há lesão mista bem delimitada. Em geral, deslocamentos das raízes dos dentes podem estar presentes, assim como reabsorção das raízes dentárias [3, 5, 6, 12, 17]. Radiograficamente observa-se também o deslocamento do canal mandibular para a base da mandíbula. Estas características são sugestivas de lesão benigna.

O diagnóstico diferencial do fibroma cemento-ossificante inclui lesões com uma estrutura interna radiolúcida-radiopaca [17]. A diferenciação de uma displasia fibrosa pode ser bem difícil. Os limites de uma lesão de fibroma cemento-ossificante normalmente são mais definidos e estas lesões ocasionalmente podem apresentar uma cápsula fibrosa e uma cortical, enquanto as displasias fibrosas normalmente se confundem com o osso adjacente [9]. A estrutura interna da displasia fibrosa pode ser mais homogênea e mostrar menos variações [10, 11]. Já o granuloma central de células gigantes entrou como possível hipótese de diagnóstico por apresentar radiograficamente limites bem definidos e em alguns casos internamente apresenta discreto padrão granular de calcificação muito fino, com septos internos mal definidos. O granuloma central de células gigantes normalmente desloca ou reabsorve raízes dentárias. A lesão desenvolve com maior frequência na mandíbula, porém afeta principalmente adolescentes e adultos jovens com menos de 20 anos [8]. O caso apresentado, a paciente possui 35 anos e o diagnóstico final é confirmado pela análise histológica.

O laudo histopatológico confirmou se tratar de uma lesão benigna compatível com fibroma cemento-ossificante. Tendo como características proliferação fusocelular organizada de maneira ora fasciculada ora difusa, imersa em estroma de tecido conjuntivo fibroso moderadamente colagenizado e vascularizado. Associado, observa-se a deposição de tecido mineralizado ora trabécular ora psamomatóide.

O prognóstico é favorável [6], desde que adequada terapêutica seja instituída [12]. É de consenso que o tratamento de eleição seja a remoção cirúrgica da lesão [8]. Diversos autores relataram que enucleação ou curetagem da lesão é o tratamento de escolha inicial para o fibroma cemento-ossificante [13]. Quando esta lesão se apresenta com um envolvimento maior de estruturas é indicado um tratamento no qual consiste na retirada da lesão com

margem de segurança de cinco milímetros [4, 10]. No caso relatado foi realizada a remoção da lesão com curetagem, em virtude do tamanho.

## Conclusão

O diagnóstico de fibroma cimento-ossificante é orientado pelo aspecto clínico e imaginológicos da lesão, mas o histopatológico confirma o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico, quando tamanhos menores a curetagem ou enucleação é indicada, e quando se trata de lesões maiores, recomenda-se a ressecção cirúrgica com margem de segurança. O prognóstico é favorável e a taxa de recorrência é baixa.

## Referências

- [1] Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head Neck Pathol.* 2017; 11:68-77.
- [2] Odontogenic and maxillofacial bone tumours. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P, editors. WHO classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: IARC; 2017.205-60
- [3] El-Mofty SK. Fibro-osseous lesions of the craniofacial skeleton: An update. *Head Neck Pathol.* 2014; 8:432-44. [4] Soluk-Tekkeşin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2017 (4th) Edition. *Turk Patoloji Derg.* 2018;34(1). [5] Bala TK, Soni S, Dayal P, Ghosh I. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. A clinicopathological report. *Saudi Med J.* 2017;38(5):541-545.
- [6] Chia-Chuan C, Hung H, Chang Y, Chang JY, Yu C, Wang Y, Liu C, Chiang, C. Central Ossifying Fibroma: A Clinicopathologic Study of 28 Cases. *J Formos Med. Assoc.* 2008; 107 (4):288- 94.
- [7] Trijolet J, Parmentier F, Surya D et al. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases.* 2011; 128: 30—33.
- [8] White SC, Pharoah MJ: Oral Radiology Principles and Interpretation. In: Benign tumors. Mosby/Elsevier, St. Louis 2014, 7th ed, 394-398.
- [9] Agarwal N, Gupta P, Naik S, Upadhyay N. Recurrent bimaxillary radiopacities: A 7 rare case report. *Contemp Clin Dent.* 2012; 3(1): 103-08.
- [10] Abbas S, Arman Y, Setareh S. Cemento-ossifying fibroma of the maxilla in cbct imaging: a case report. *International Journal of Clinical Dentistry.* 2017; 10 (1): 17-22. [11] Shimamoto H, Kishino M, Okura M, Chindasombatjaroen J, Kakimoto N, Murakami S,

Furukawa S. Radiographic features of a patient with both cemento-ossifying fibroma and keratocystic odontogenic tumor in the mandible: a case report and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011; 112(6):798-802. [12] Sopta J, Dražić R, Tulić G, Mijucić V, Tepavčević Z. Cemento-ossifying fibroma of jaws-correlation of clinical and pathological findings. *Clin Oral Investig.* 2011; 15(2):201-7.

[13] Silveira, DT, Cardoso FO, Silva BJA, Cardoso CAA, Manzi FR. Ossifying fibroma: report on a clinical case, with the imaging and histopathological diagnosis made and treatment administered. *Revista Brasileira de ortopedia.* 2016; 51 (1):100-04.

[14] Dominguete MHL, Dominguete AAS, Matos B et al. Case Report: Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma Treated with Conservative Surgical Excision. *Case Reports in Dentistry.* 2014; 2014:1-4.

[15] Titinchi F, Morkel J. Ossifying Fibroma: Analysis of treatment methods and recurrence patterns. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74(12): 2409-19.

[16] Shafer WG. Tumores benignos e malignos da cavidade oral. In: *Tratado de patologia bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana;1985. p.80-212.

[17] Oliveira ACA, Demeda CF, Nonaka CFW, Silveira EJD, Pinto LP. Central Ossifying Fibroma and Fibrous Dysplasia of the Jaws: A Clinical, Radiographic and Histopathologic Study of 28 Cases *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008;8(1):111-5.

### **3 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS**

Com base nos assuntos abordados, pode-se concluir que, o fibroma cemento-ossificante ainda se apresenta de forma muito controversa na literatura. Apesar de saber-se que o mesmo se inclui nas características de lesões mistas, com caráter expansivo e de crescimento lento, muitas vezes pode se manifestar de diferentes formas com diferentes características, o que acaba deixando-o apresentar ser uma lesão ainda pouco definida. Apesar de relativamente raro, sabe-se que quanto mais precoce sua descoberta, melhores são os prognósticos estabelecidos.

## REFERÊNCIAS

1. Khanna JN, Andrade NN. Giant ossifying fibroma. Case report on a bimaxillary presentation. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 21, n. 4, p. 233-235, 1992.
2. Neville B. *Patologia oral e maxilofacial*. Elsevier Brasil, 2016.
3. White S, Pharoah MJ. *Radiología oral*. Elsevier Brasil, 2015.
4. Vieira-Quieroz I, et al. Extensive central ossifying fibroma of the maxilla: a case report. *General dentistry*, v. 61, n. 3, p. 36-38, 2013.
5. Lopes MCA, et al. Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 13, n. 1, p. 77-82, 2013.
6. Konopka W, et al. Ossifying fibroma-cementoma of jaw. Differences in histopathological nomenclature. *Otolaryngol. Polska*, v.66, 2012. p.359-362.
7. Phattarataratip E, Pholjaroen C, Tiranon PA. Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. *Int. J.Surg.Pathol.*, v.22, n.4, dec., 2013. p.326-333.
8. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radio10. graphic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985 May;59(5):522-7.
9. Shiwa M, et al. Fibroma Cimento-Ossificante: relato de caso. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 23, n. 1, p. 79-86, 2017.
10. Domínguez Cuadrado L, Martín-Granizo López R. Análisis clínico, radiológico e histológico de los fibromas cemento-osificantes de los maxilares. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, v. 26, n. 1, p. 31-40, 2004.
11. SILVA, Jéssica Souza Ramos da; FONSECA, Roberta Klívia Alves; ALMEIDA JÚNIOR, Paulo. FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE: RELATO DE CASO (UNIT-SE). 2017.
12. Dominguete MHL, Dominguete AAS, Matos BH, Dominguete PR, León JE, Oliveira LR. Case Report: Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma Treated with Conservative Surgical Excision. *Case Reports in Dentistry*, v.2014, Article ID 204258, 4 pages, november, 2014.
13. Chia-Chuan C, Hung H, Chang Y, Chang JY, Yu C, Wang Y, Liu C, Chiang C. Central Ossifying Fibroma: A Clinicopathologic Study of 28 Cases. *J Formos Med. Assoc.*, v.107, n.4, p.288-94, dec., 2008.
14. Mintz S, Velez I. Central ossifying fibroma: An analysis of 20 cases and review of the literature. *Quintessence International*, v. 38, n.3, p.221-27, Mar., 2007.

15. Jacobs JB, Berg HM. Destructive cementoossifying fibroma of the maxilla. *Ear Nose Throat J.* 1990 Dec;69(12):805-8
16. Brehereta R, Jeufroya C, Cassagnaub E, Malardc O. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2011;128:317-20.
17. Charles AW. Doenças do osso. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. *Oral and maxillofacial pathology.* 2 ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 511–53. 3.
18. Martín-Granizo R, Sanchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122(5):775.
19. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;60(5):505–11.
20. Commins DJ, Tolley NS, Milford CA. Fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the paranasal sinuses. *J Laryngol Otol.* 1998 Oct;112(10):964-8.
21. Gondivkar SM, Gadbail AR, Chole R, Parikh RV, Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. *Oral Oncol.* 2011 Sep;47(9):804-9.
22. Haiter N. *Tomografia Computadorizada em Odontologia.* 2014.
23. Cavalcanti M. *Diagnóstico por Imagem da Face – 2ª edição.* São Paulo, 2012.



## ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

Nome da revista: International Journal of OdontoStomatology

28/11/2018

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES



### INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

- [Alcance y política editorial](#)
- [Forma y preparación de manuscritos](#)
- [Envío de manuscritos](#)

#### Alcance y política editorial

Se aceptan artículos inéditos, escritos en español o inglés. Todos los artículos sometidos a *International Journal of Odontostomatology* deben ser originales. En carta al Editor, firmada por todos los autores, deberá señalarse, expresamente, que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, que se ha cumplido con los requisitos de autoría y que no ha sido publicado total o parcialmente, excepto en la forma de resumen, o enviado, simultáneamente, a otra revista.

Los trabajos deberán ser enviados en formato word.doc, al correo electrónico [ijodontol@ufrontera.cl](mailto:ijodontol@ufrontera.cl) Los artículos serán sometidos a la apreciación del Comité Editor y Consejo Científico. La revisión será realizada por dos asesores, miembros del Comité Editor y/o Consejo Científico, y asesores «ad hoc» especialistas en el área del trabajo, revisión de tipo doble-ciego. Los especialistas en el tema (chilenos o extranjeros) resolverán si el trabajo será: a) publicado; b) publicado con modificaciones o c) rechazado. Copia de los pareceres serán enviados al autor principal.

#### Forma y preparación de manuscritos

##### DE LA FORMA

Los trabajos deben ser escritos en formato tamaño carta USA, letra Arial 10, espacio 1,5, con márgenes laterales de 2.5 cm, no excediendo 12 páginas (incluyendo texto y Referencias Bibliográficas). Serán considerados para su evaluación, solamente manuscritos escritos en inglés y español. El trabajo debe ser organizado de acuerdo a lo siguiente: Página de título, Título corto, Resumen y Palabras Clave en español (El resumen en inglés será trasladado al español en Chile), Agradecimientos y Referencias Bibliográficas. Los Resultados y Discusión pueden ser combinados. Cada trabajo deberá presentar:

- **Página de título:** título y subtítulo si es necesario, con versión en inglés (si es escrito es en inglés, con traducción para el castellano), el (los) nombre (s) del (de los) autor (es) y correspondiente lugar de trabajo; si fue subvencionado, indicar el patrocinio y el número del proyecto al pie de la página.
- **Resumen (estructurado):** en castellano, no excediendo de 300 palabras. Palabras clave deberán constar y ser traducidas del «Medical Subject Headings» del Index Medicus.
- **Texto:** Introducción, Material y Método, Resultados y Discusión.
- **Tablas e ilustraciones:** Tablas enumeradas con algorismos romanos e ilustraciones con algorismos arábigos, deberán estar en hojas separadas del texto. Tablas necesitan de títulos e ilustraciones de leyendas en hojas separadas.
- **Figuras e ilustraciones:** Deben ser escaneadas o copiadas en formato ppj a 300 dpi en CMYK. Pueden ser enviadas en color o en blanco y negro. Para la reproducción de las ilustraciones, solamente buenos diseños a trazo, sin leyendas. Las abreviaturas utilizadas en las figuras deben ser definidas en la leyenda y deben coincidir exactamente con las utilizadas en el texto. Si es necesario, utilizar letras, número o símbolos transferibles.

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, \_\_\_\_\_, sexo: feminino,  
 nacionalidade: brasileiro, estado civil: \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade  
 RG n°. \_\_\_\_\_ data de nascimento: \_\_\_\_\_, Residente à  
 Av/Rua \_\_\_\_\_, n°  
 \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, AUTORIZO o  
 uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser  
 utilizada na pesquisa científica das alunas Ana Márcia Viana Wanzeler e Carolina Nedel  
 do programa de pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande  
 do Sul. A mim foi relatado que as alunas e pesquisadores da pesquisa científica que  
 utilizarão as imagens comprometem-se em mantê-las anonimizadas (sem identificação do  
 nome, RG e residência) para preservar minha privacidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima  
 mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I)  
 apresentações de casos clínicos científico em território nacional e internacional; (II)  
 divulgação das imagens em jornais, revistas ou qualquer meio de comunicação científica,  
 em forma impressa ou eletrônica. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que  
 autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos  
 conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias  
 de igual teor e forma.

Porto Alegre, RS

\_\_\_\_\_  
 (assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato: