

## **Lesão fibro-óssea em paciente jovem - Relato de caso atípico com apresentação dúbia: Displasia fibrosa ou fibroma ossificante?**

**Fibro-bone injury in a young patient - Atypical case report with double presentation: Fibrous  
dysplasia or ossifying fibroma?**

**Lesión fibroósea en un paciente joven - Reporte de un caso atípico con presentación dudosa:  
¿Displasia fibrosa o fibroma osificante?**

Recebido: 30/10/2025 | Revisado: 05/11/2025 | Aceitado: 05/11/2025 | Publicado: 07/11/2025

**Gabrielly Lorayne Fernandes de Farias<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0816-8056>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [gabrielly.lfarias@unigy.edu.br](mailto:gabrielly.lfarias@unigy.edu.br)

**Vanessa Xavier da Silva Fernandes<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1781-1093>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [vanessa.fernandes@unigy.edu.br](mailto:vanessa.fernandes@unigy.edu.br)

**Laura Beatriz Pimenta Alves<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2604-9894>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [laura.alves@fug.edu.br](mailto:laura.alves@fug.edu.br)

**Maiana Vaz Moreira<sup>3</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8878-0826>

Universidade Salgado de Oliveira, Brasil

E-mail: [maianavm94@gmail.com](mailto:maianavm94@gmail.com)

**Elisa Terezinha Crestani<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8296-465X>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [elisa.crestani@unigy.edu.br](mailto:elisa.crestani@unigy.edu.br)

**Kevin Cavalcante Almeida<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3787-9089>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [kevincavalcante01@hotmail.com](mailto:kevincavalcante01@hotmail.com)

**Fabício Henrique Pereira de Souza<sup>4</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8751-8624>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: [fabriciahenriquesouza@gmail.com](mailto:fabriciahenriquesouza@gmail.com)

**Tessa de Lucena Botelho<sup>5</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0200-5908>

Centro Universitário Alfredo Nasser, Brasil

E-mail: [tessabotelhol@gmail.com](mailto:tessabotelhol@gmail.com)

**Cláudio Maranhão Pereira<sup>6</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5511-0387>

Centro Universitário Unigoyazes, Brasil

E-mail: [claudiopereira@pucgoias.edu.br](mailto:claudiopereira@pucgoias.edu.br)

### **Resumo**

As lesões fibro-ósseas são condições que podem afetar os ossos gnáticos, sendo classificadas em displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasia cemento-óssea. Em geral compreende várias lesões onde o tecido ósseo normal é substituído por fibras colágenas e tecido fibroso, contendo considerável substância mineralizada que pode ter

---

<sup>1</sup> Graduando(a) em Odontologia pelo Centro Universitário Unigoyazes, Trindade-GO, Brasil.

<sup>2</sup> Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Unigoyazes, Trindade-GO, Brasil.

<sup>3</sup> Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário, Salgado de Oliveira, Goiânia-GO, Brasil.

<sup>4</sup> Graduado em Odontologia pela Universidade Paulista (UNIP-GO), Goiânia, Goiás, Brasil.

<sup>5</sup> Centro Universitário Alfredo Nasser, GO, Brasil.

<sup>6</sup> Doutor em Estomatopatologia, UNICAMP/SP, Professor titular do curso de Odontologia PUC-Goiás e Centro Universitário Unigoyazes, Brasil.

aparência óssea ou cementóide. A displasia fibrosa é mais comum nas duas primeiras décadas de vida e afeta mais as mulheres do que homens. O diagnóstico é feito através da associação dos sintomas com os exames de imagem, mas é necessária a biópsia para confirmação. O presente trabalho propõe relatar um caso de uma paciente do sexo feminino, 20 anos, apresentando características da displasia fibrosa e do fibroma ossificante que foi submetida ao tratamento da ressecção da lesão e reconstrução da área com enxerto ósseo xenógeno. O diagnóstico assertivo e preciso destas lesões é fundamental para o prognóstico do paciente e para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Displasia Fibrosa Óssea; Fibroma Ossificante; Enxerto Ósseo; Mandíbula.

#### Abstract

Fibro-osseous lesions are conditions that can affect the gnathic bones, being classified into fibrous dysplasia, ossifying fibroma and cemento-osseous dysplasia. In general, it comprises several lesions where normal bone tissue is replaced by collagen fibers and fibrous tissue, containing considerable mineralized substance that may have a bone or cementoid appearance. Fibrous dysplasia is more common in the first two decades of life and affects women more than men. The diagnosis is made through the association of symptoms with imaging tests, but biopsy is necessary for confirmation. The present work proposes to report a case of a 20-year-old female patient, presenting characteristics of fibrous dysplasia and ossifying fibroma who underwent treatment of lesion resection and reconstruction of the area with xenogenous bone graft. An assertive and accurate diagnosis of these injuries is essential for the patient's prognosis and the success of the treatment.

**Keywords:** Bone Fibrous Dysplasia; Ossifying Fibroma; Bone Graft; Mandible.

#### Resumen

Las lesiones fibroóseas son afecciones que pueden afectar los huesos gnáticos y se clasifican como displasia fibrosa, fibroma osificante y displasia cementoósea. Generalmente comprenden varias lesiones donde el tejido óseo normal es reemplazado por fibras de colágeno y tejido fibroso, que contiene una cantidad considerable de sustancia mineralizada que puede tener un aspecto óseo o cementoide. La displasia fibrosa es más común en las dos primeras décadas de la vida y afecta más a las mujeres que a los hombres. El diagnóstico se realiza mediante la asociación de síntomas con pruebas de imagen, pero se requiere una biopsia para su confirmación. Este estudio presenta el caso de una paciente de 20 años con características de displasia fibrosa y fibroma osificante, quien se sometió a resección de la lesión y reconstrucción de la zona con injerto óseo xenogénico. Un diagnóstico asertivo y preciso de estas lesiones es esencial para el pronóstico del paciente y el éxito del tratamiento.

**Palabras clave:** Displasia Fibrosa Ósea; Fibroma Osificante; Injerto Óseo; Mandíbula.

## 1. Introdução

As lesões fibro-ósseas dos maxilares representam um grupo heterogêneo de alterações caracterizadas pela substituição do osso normal por tecido fibroso e material mineralizado, que pode apresentar aspecto semelhante ao osso ou ao cimento. A classificação inclui a displasia fibrosa, o fibroma ossificante e as displasias cemento-ósseas, sendo condições que frequentemente geram desafios diagnósticos devido às suas semelhanças clínicas, radiográficas e histopatológicas (Abramovitch & Rice, 2016; Wright & Vered, 2017).

A displasia fibrosa é considerada uma desordem do desenvolvimento ósseo, de caráter benigno, resultante de mutações pós-zigóticas no gene GNAS, que levam à substituição do osso normal por trabéculas irregulares em meio a estroma fibroso. Essa condição pode afetar qualquer osso do corpo, mas apresenta predileção pela região craniofacial, ocorrendo mais comumente nas duas primeiras décadas de vida (Di Caprio & Enneking, 2005; Burke et al., 2016).

Já o fibroma ossificante é uma neoplasia benigna de origem mesenquimal, bem delimitada, que se apresenta com maior frequência na mandíbula e em pacientes adultos jovens. Clinicamente, manifesta-se como um aumento de volume de crescimento lento e indolor, sendo radiograficamente caracterizado por áreas radiolúcidas bem delimitadas que podem evoluir para mistas, à medida que ocorre deposição mineralizada (Williams et al., 2000; Andrade et al., 2013).

Do ponto de vista clínico e radiográfico, diferenciar a displasia fibrosa do fibroma ossificante pode ser um grande desafio, uma vez que ambas podem se apresentar como lesões expansivas, indolores e com alterações ósseas de densidade variável. A tomografia computadorizada e os exames radiográficos convencionais contribuem para o diagnóstico, mas a

confirmação definitiva depende do exame histopatológico, que avalia os padrões de maturação óssea e a organização do estroma fibroso (Neves et al., 2010; Santos et al., 2003).

O diagnóstico correto dessas entidades é fundamental, visto que seu manejo terapêutico difere significativamente. Enquanto a displasia fibrosa geralmente é tratada de forma conservadora, com acompanhamento clínico e radiográfico periódico, o fibroma ossificante tende a ser manejado cirurgicamente, com enucleação ou ressecção, dada sua natureza neoplásica e maior risco de recidiva (Kruse et al., 2009; Mohanty et al., 2014).

Nesse contexto, relatos de casos clínicos que apresentam características sobrepostas entre essas duas lesões tornam-se relevantes para a literatura, pois ilustram a complexidade diagnóstica e ressaltam a importância da correlação clínico-radiográfica-histopatológica. Além disso, fornecem subsídios para o entendimento das diferentes abordagens terapêuticas e prognósticos, auxiliando cirurgiões-dentistas e patologistas no manejo de situações clínicas atípicas (McCarthy, 2013; Neville et al., 2016).

Conforme revisões recentes, as distinções entre essas lesões permanecem controversas, especialmente em casos de apresentação mista ou atípica (Adham & Dewi, 2020; Ma et al., 2021). Portanto, examinar esta apresentação incomum enriquece a literatura ao fornecer subsídios para refinar os parâmetros diagnósticos, terapêuticos e prognósticos nessas lesões fibro-ósseas maxilares. O presente trabalho propõe relatar um caso de uma paciente do sexo feminino, 20 anos, apresentando características da displasia fibrosa e do fibroma ossificante que foi submetida ao tratamento da ressecção da lesão e reconstrução da área com enxerto ósseo xenógeno.

## **2. Metodologia**

Realizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa e do tipo específico de relato de caso (Pereira et al., 2018). Como se trata de estudo realizado com pessoa humana, respeitaram-se as questões éticas: utilizou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) permitindo a divulgação de imagens e informações para fins científicos e devidamente assinado pela paciente e, com registro e aprovação em comitê de ética institucional.

## **3. Relato do Caso**

Paciente T. M. N., sexo feminino, 20 anos, leucoderma, foi encaminhada para Clínica de Estomatologia para avaliação clínica em decorrência de aumento de volume em região anterior de mandíbula. Ao exame clínico intra-oral, foi observado tumefação no vestíbulo bucal da região anterior da mandíbula á esquerda consistência dura á palpação, circunscrita, com mucosa sobrejacente íntegra, ausência de sinais de linfadenopatia regional (Figura 1).

**Figura 1** - Aspecto clínico da alteração. É possível observar aumento de volume em região anterior de mandíbula.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Segundo paciente relatou o surgimento desse aumento há 8 meses, alteração assintomática, não tendo nenhum prejuízo nas suas funções estomatognáticas, paciente mencionou que anteriormente tinha procurado outro profissional que realizou o tratamento endodôntico nos dentes 31, 32 e 33, ao exame de radiografia panorâmica, foi visto uma imagem radiolúcida unilocular, de formato irregular e limites parcialmente definidos não corticalizados, localizada na região anterior de mandíbula se estendendo do dente 33 ao 43 desde o processo alveolar até a região basilar da mandíbula (Figura 2).

**Figura 2** - Radiografia Panorâmica. É possível observar imagem radiolúcida unilocular entre os dentes 33 ao 43.

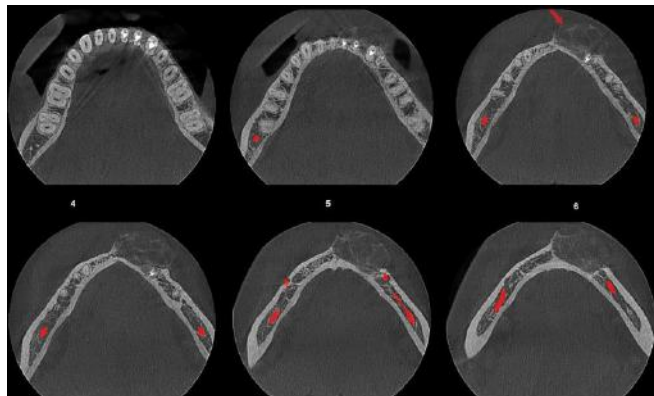


Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Solicitamos a realização de exames hematológicos: hemograma com contagem de plaquetas, fosfatase alcalina e coagulograma, ambos com resultados dentro da normalidade, descartando a hipótese diagnóstica de tumor marrom do hiperparatireoidismo.

Foi solicitada a paciente a realização do exame de tomografia computadorizada, na qual se observou uma imagem hipodensa, multilocular, de limites definidos com septação óssea em seu interior, localizada na região anterior de mandíbula, estendendo-se da região periapical dos dentes 31 ao 33 e do processo alveolar até a base da mandíbula. Nota-se adelgaçamento, expansão e solução de continuidade na cortical óssea vestibular da região. Não foi observado deslocamento dentário ou reabsorção radicular dos dentes da região. A imagem foi sugestiva de Lesão Central de Células Gigantes ou Mixoma Odontogênico (Figura 3).

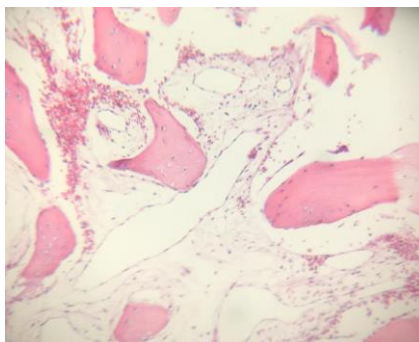
**Figura 3** - Cortes axiais referente a Tomografia Computadorizada por feixe Cônico.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Foi feito a punção com agulha fina, vindo positivo para liquido sanguinolento, realizamos a biopsia incisional e encaminhamos a peça para o laboratório de anatomia patológica. O laudo histopatológico foi conclusivo para lesão fibro-óssea, favorecendo o diagnostico de displasia fibrosa, tendo ausências de malignidade (Figura 4)

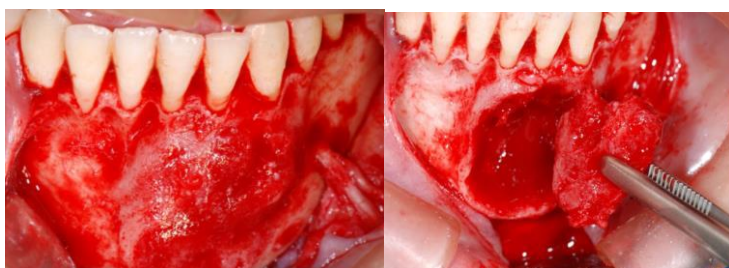
**Figura 4** - Aspecto microscópico, trabéculas ósseas irregulares em meio a estroma fibrovascular, com capilares ectásicos e células fusiformes sem atipias.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Paciente foi submetida para a exérese da lesão em ambiente hospitalar sob anestesia geral em que a cirurgia foi realizada de maneira conservadora, a partir do plano de clivagem entre a lesão e o osso sadio, removemos a lesão na sua totalidade, sempre preservando a anatomia, fizemos a curetagem local e a colocação do enxerto ósseo.

**Figuras 5 e 6** - Ressecção Conservadora.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).



**Figura 7** - Peça cirúrgica.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Utilizamos enxerto xenógeno de origem bovina para a reconstrução do defeito ósseo o Geistlich Bio-Oss® e a membrana Geistlich Bio-Gide®, permitindo assim a prevenção da permeação de tecido mole para dentro do local enxertado e atuando como um guia para a formação adequada de osso, tecido mole e o desenvolvimento de vasos sanguíneos.

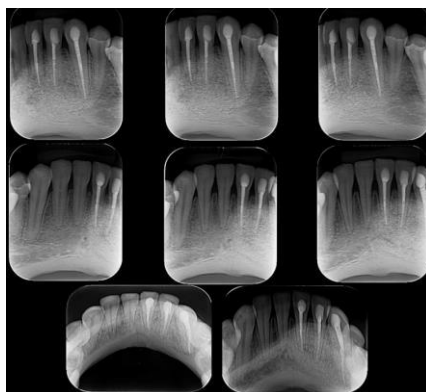
**Figuras 8** - Enxerto Ósseo. **Figura 9** - Membrana Bio-Gide®



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

No período de preservação de 6 meses, paciente relatou nenhuma sintomatologia, foi visto a regeneração óssea no defeito cirúrgico, sem qualquer sinal de recidiva da lesão (Figura 10 ).

**Figura 10** - Radiografias Periapicais e Oclusais 6 meses de acompanhamento.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (imagem obtida com consentimento informado).

Se a paciente necessitar ser submetida a novas cirurgias devido à recorrência da lesão, esta poderá ser tratada de forma menos invasiva.

#### 4. Discussão

Com base na apresentação clínica, nos exames complementares de diagnósticos já realizados, e tendo em vista a sua elevada incidência a hipótese diagnóstica de fibroma-ossificante foi considerada inicialmente, correlacionando assim com o laudo histopatológico de displasia fibrosa, sendo que ambas são lesões fibro-ósseas apresentando uma maior predileção pelo gênero feminino, pela raça leucoderma, contudo e visto na literatura que o FO tem uma maior ocorrência em mandíbula e a DF em maxila.

Em comparação com outros relatos e revisões recentes, nosso caso apresenta nuances que merecem destaque. Uma análise sistemática comparativa indica que a taxa de recidiva após cirurgia conservadora (enucleação ou curetagem) atinge cerca de 19,7 %, enquanto a cirurgia radical reduz esse índice para cerca de 10,6 % (Adham & Dewi, 2020). Além disso, estudos com perfilagem genômica baseada em alterações no número de cópias (CNA) identificaram taxas significativamente maiores de CNA em fibroma ossificante (~44,8 %) do que em displasia fibrosa (~3,6 %), o que não apenas facilita o diagnóstico diferencial como também pode indicar comportamento de progressão ou potencial malignização (Ma et al., 2021).

Estes achados corroboram a escolha terapêutica do presente caso: apesar da lesão demonstrar comportamento aparentemente benigno, uma abordagem cirúrgica mais agressiva foi justificada, não apenas pela sobreposição diagnóstica, mas também pelo potencial de recidiva elevado em contextos semelhantes. A adoção de técnicas genômicas complementares aos métodos convencionais de diagnóstico e planejamento pode, portanto, representar um avanço na gestão dessas lesões, contribuindo para decisões mais precisas quanto à extensão da ressecção e necessidade de acompanhamento prolongado.

Quanto ao planejamento da cirurgia é notado que a utilização da TC seja imprescindível, aumentando a exatidão anatômica e melhorando a visualização das estruturas afetadas. O tratamento cirúrgico continua a ser o pilar no tratamento das lesões fibro-ósseas direcionado para a prevenção e correção de disfunções estéticas e funcionais, nesse caso tanto a estética quanto a função foram mantida para a paciente. Com o avanço da tecnologia e técnicas cirúrgicas, cada vez mais autores são a favor de uma abordagem cirúrgica, seguida de reconstrução dos defeitos ósseos, de uma forma mais segura e com melhores resultados estéticos, prevenindo assim futuras recorrências e consequentemente novas intervenções cirúrgicas (Valentini et al, 2009; Mishra & Rout, 2018).

Quando a ressecção da lesão for extensa, pode ser necessária a reconstrução adicional com enxerto ósseo devido aos problemas estéticos e funcionais, especialmente quando os dentes são removidos. No caso descrito, como a lesão encontrava extensa, optou-se pelo uso do enxerto ósseo xenógeno para fazer essa reconstrução, pois a paciente era jovem e tinha uma preocupação com a estética, não foi necessário fazer remoção dos dentes envolvidos na lesão, visto que já estavam com tratamento endodôntico satisfatório. A reconstrução com enxertos autógenos pode ser limitada, visto que quando a lesão é extensa, a retirada do enxerto prejudicará a área doadora; a dificuldade de modelagem desse enxerto para determinadas áreas também apresenta uma limitação dessa técnica (Kim et al, 2012; Mishra & Rout, 2018).

Seria de grande importância para os portadores destas lesões estabelecer um delineamento histológico e uma correção imunoistoquímica com algum marcador biológico tecidual relacionado ao metabolismo ósseo para corroborar no diagnóstico diferencial e consequentemente na escolha do tratamento ideal entre a displasia fibrosa e o fibroma ossificante.

#### 5. Conclusão

Conclui-se que este caso representa um importante paradigma clínico e diagnóstico em fibro-ósseas dos maxilares, ao 'testar' os limites entre displasia fibrosa e fibroma ossificante. A apresentação atípica reforça a necessidade de integrar abordagens clássicas — como clínica, radiologia e histologia — com ferramentas modernas, como perfilamento genômico (CNA) e análise de recidiva, para suportar decisões terapêuticas fundamentadas. O relato contribui para a prática clínica ao

alertar sobre o risco latente de recidiva, sobretudo com abordagens conservadoras, e para a pesquisa ao sugerir que métodos moleculares podem aprimorar a acurácia diagnóstica, definir estratégias cirúrgicas e orientar protocolos de seguimento para pacientes com lesões de comportamento indefinido ou misto. Entretanto, por se tratar de um relato de caso clínico, entendemos que mais relatos semelhantes devem ser feitos para podermos concretizar as características destas patologias e ajudar na diferenciação das mesmas.

## Referências

- Abramovitch, K. & Rice, D. D. (2016). *Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws*. *Dent Clin North Am*. 60(1):167–93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2015.08.010>.
- Adham, M. & Dewi, D. J. (2020). *Comparison radical surgery versus conservative surgery to decrease post-operative recurrence in ossifying fibroma: systematic review*. *J Oral Med Oral Surg*. 26:44.
- Andrade, M., Silva-Sousa, Y. T. C., Marques, M. F. T., dos Anjos, M. L. P., de Moraes Ramos-Perez, F. M., & da Cruz Perez, D. E. (2013). *Ossifying fibroma of the jaws: A clinico pathological case series study*. *Braz Dent J*. 24(6):662–6.
- Burke, A., Collins, M., & Boyce, A. *Fibrous dysplasia of bone: craniofacial and dental implications*. *Oral Diseases*, 2016, 23(6), 697–708. DOI:10.1111/odi.12563.
- Di Caprio, M. R. & Enneking, W. F. (2005). *Fibrous dysplasia: pathophysiology, evaluation, and treatment*. *J Bone Joint Surg Am*. 87(8):1848–64.
- Kim, D. D., Ghali, G. E., Wright, J. M. & Edwards, S. P. (2012). *Surgical Treatment of Giant Fibrous Dysplasia of the Mandible With Concomitant Craniofacial Involvement*. *J Oral Maxillofac Surg*. 70:102-18.
- Kruse, A., Pielles, U., Rienner, M. O., Zunker, C., Bredell, M. G. & Grätz, K. W. (2009). *Craniomaxillofacial fibrous dysplasia: A 10-year database 1996–2006*. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 47(4):302-5. DOI: 10.1016/j.bjoms.2009.01.008.
- Ma, M., Liu L, Li T, et al. (2021). *Copy number alteration profiling facilitates differential diagnosis between ossifying fibroma and fibrous dysplasia of the jaws*. *Int J Oral Sci*. 2021.
- McCarthy, E. F. (2013). *Fibro-Osseous Lesions of the Maxillofacial Bones*. *Head Neck Pathol*. 27(1):5–10.
- Mishra, N. & Rout, S. K. (2018). *First two cases of craniomaxillofacial fibrous dysplasia from Nepal – case series*. *Clinical, Cosmetical a Investigational Dentistry*. 10: 269-74.
- Mohanty, S., Gupta, S., Kumar, P., Sriram, K. & Gulati, U. (2014). *Retrospective Analysis of Ossifying Fibroma of Jaw Bones Over a Period of 10 Years with Literature Review*. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 13(4):560–7.
- Neves, F. S., Bastos, L. C., Santos, L. A. N., Crusoé-Rebello, I. & Campos, P. S. F. (2010). *Fibrous Dysplasia: Tomographic Approach*. *Rev ABRO*. 11(1):23-6.
- Neville, B., Damm, D., Allen, C. & Chi, A. (2016). *Patologia Oral e Maxilofacial*. (4.ed). Editora Elsevier.
- Pereira, A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.
- Santos, D. T., Armond, M. C., Panella, J. & Cavalcanti, M. G. P. (2003). *Aplicação da 2D-TC para diagnóstico e planejamento cirúrgico de lesões fibro-ósseas*. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*. 57( maio/ju 2003): 185-90.
- Valentini, V., Cassoni, A., Marianetti, T. M., Terenzi, V., Fadda, M. T. & Iannetti, G. (2009). *Craniomaxillofacial Fibrous Dysplasia: Conservative Treatment or Radical Surgery? A Retrospective Study on 68 Patients*. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 123(2): 653-60.
- Williams, H. K., Mangham, C. & Speight, P. M. (2000) *Juvenile ossifying fibroma. An analysis of eight cases and a comparison with other fibro-osseous lesions*. *J Oral Pathol Med*. 29:13-8.