

FIBROMA ODONTOGÊNICO CENTRAL EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO COM BREVE REVISÃO DA LITERATURA

CENTRAL ODONTOGENIC FIBROMA IN MANDIBLE: CASE REPORT WITH SHORT LITERATURE REVIEW

Manoel Roque Paraiso SANTOS FILHO¹; Tito Marcel LIMA²; Antonio Dionízio de ALBUQUERQUE NETO³; Luiz Arthur Barbosa SILVA⁴; José Carlos PEREIRA⁵; Ricardo Luiz Cavalcanti de ALBUQUERQUE JÚNIOR⁶

1 - Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Complexo Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - Brasil.

2 - Mestrando em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju – Brasil.

3 - Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Campinas - Brasil.

4 - Doutorando do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal – RN, Brasil.

5 - Mestre em Patologia Oral, Departamento de Cirurgia Oral, Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes, UNIT - Aracaju – SE, Brasil.

6 - Mestre e Doutor em Patologia Oral, Departamento de Patologia Oral, Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes, UNIT - Aracaju – SE, Brasil.

RESUMO

O fibroma odontogênico central é definido como uma neoplasia benigna dos maxilares caracterizada por apresentar uma quantidade variável de epitélio odontogênico inativo em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso. É considerada uma neoplasia rara que representa de 0% a 5,5% de todos os tumores odontogênicos na maioria dos estudos retrospectivos encontrados na literatura. Acomete pacientes em uma ampla faixa etária com certa predominância em indivíduos do sexo feminino. Apresenta-se, na grande maioria dos casos, como uma lesão de crescimento lento e assintomático que pode promover abaulamento das corticais ósseas adjacentes. Do ponto de vista radiográfico, aparece, tipicamente, sob a forma de uma imagem radiolúcida uni ou multilocular com margens bem definidas, podendo apresentar focos de calcificação em seu interior. O fibroma odontogênico central é subdividido histologicamente em

tipo simples (pobre em epitélio) e tipo OMS (rico em epitélio). A lesão responde bem ao tratamento cirúrgico conservador por enucleação associada à curetagem, sendo as recidivas muito incomuns. Esse trabalho tem o objetivo de fazer uma breve revisão de literatura a respeito das características epidemiológicas, clínico-imagiológicas e histopatológicas desta lesão e relatar um caso diagnosticado num paciente do sexo masculino, 13 anos, com queixa de aumento de volume em mento. Os exames de imagem evidenciaram a presença de defeito osteolítico bem delimitado em região de sínfise mandibular associado aos elementos dentários 33 e 43 que se apresentavam inclusos. A lesão foi submetida à enucleação e curetagem. O paciente encontra-se em proservação há dois anos sem sinais de recidiva da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Tumores odontogênicos; Fibroma; Epidemiologia; Diagnóstico; Tratamento.

INTRODUÇÃO

Na mais recente edição da classificação dos Tumores odontogênicos da Organização mundial de saúde (2005), o fibroma odontogênico central (FOC) foi definido como uma neoplasia benigna dos maxilares caracterizada por apresentar uma quantidade variável de epitélio odontogênico inativo em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso¹ sendo classificado como um tumor odontogênico de origem ectomesenquimal cuja origem pode estar associada às remanescentes da lâmina dentária, folículo dentário e ligamento periodontal^{2,3}.

O FOC é considerado uma neoplasia rara que representa de 0% a 5,5% de todos os tumores odontogênicos na maioria dos estudos retrospectivos encontrados na literatura⁴. Apresenta certa predileção por indivíduos do sexo feminino, numa proporção que pode atingir 2,8:1, entre mulheres e homens^{2,3,5-9}. Essa neoplasia já foi diagnosticada em pacientes com idades variando de 4 a 80 anos^{3,4,9}.

Apresenta-se, na maioria dos casos, como um aumento de volume de evolução lenta, progressiva e assintomática, que pode

promover expansão das corticais ósseas e mobilidade dos dentes adjacentes^{2,3,5-9}. Afeta igualmente mandíbula e maxila. Na mandíbula, contudo, a lesão aparece com maior frequência na região posterior, enquanto que na maxila existe maior tendência de acometimento da porção anterior^{3,5-9}. Quando a lesão apresenta localização extraóssea, estando restrita aos tecidos moles gengivais, utiliza-se a denominação fibroma odontogênico periférico^{9,10}.

Do ponto de vista radiográfico, usualmente, apresenta-se como uma imagem radiolúcida, uni ou multilocular, bem delimitada, rodeada por um halo esclerótico, podendo promover deslocamento e reabsorções das estruturas dentárias^{2,3,5-9,11}. Focos radiopacos podem ser encontrados em até 12% das lesões^{2,8,9}. Cerca de um terço dos casos relatados estão associados a um dente não-erupcionado⁹.

Histologicamente, o FOC pode ser subdividido em tipo simples (pobre em epitélio) e tipo Organização Mundial de saúde/OMS (rico em epitélio). O tipo simples é composto por fibroblastos estrelados, frequentemente organizados num padrão espiralado, com finas fibrilas colágenas e considerável substância amorfa.

Nota-se a presença de poucas ilhas ou ninhos de epitélio odontogênico dispersos pela lesão. O tipo OMS tem um padrão mais complexo com longos cordões ou ninhos isolados de epitélio odontogênico que estão presentes por toda lesão. O componente fibroso pode variar de mixóide a hialinizado. Calcificações compostas por material semelhante à cimento ou dentinoide podem aparecer em alguns casos^{1,4,8,9}.

A lesão responde bem ao tratamento cirúrgico conservador por enucleação associada à curetagem, sendo as recidivas muito incomuns e não sendo observada tendência a sofrer transformação maligna^{2,3,5-8,10,11}.

RELATO DE CASO

Relata-se o caso de um paciente do gênero masculino, 13 anos de idade, que se apresentou a um serviço de cirurgia oral, por encaminhamento do ortodontista, durante planejamento ortodôntico, devido à detecção de lesão osteolítica em região de sínfise mandibular. O paciente queixava-se de tumefação indolor em região de mento. Ao exame clínico extraoral não foram observadas alterações dignas de nota. Constatou-se discreto aumento de volume intraoral em região anterior de mandíbula vestibular que provocava o apagamento do fundo de vestibulo, com mucosas normocrômicas, além da ausência dos elementos dentários 33 e 43 (Figura 1). Na anamnese não foi informada nenhuma doença sistêmica pregressa.



Figura 1 - Exame clínico intraoral –discreto aumento de volume em região anterior de mandíbula com mucosas normocrômicas e ausência dos elementos dentários 33 e 43.

Nos exames imaginológicos (ortopantomografia e tomografia computadorizada) (Figura 2 e 3) verificou-se a presença de defeito radiolúcido/hipodenso envolvendo a região sinfisária de aproximadamente 3cm x 2cm x 1.5cm associado com as coroas dos elementos dentários inclusos 33 e 43.

Realizou-se punção aspirativa que teve resultado negativo. Neste mesmo tempo cirúrgico foi conduzida biópsia incisional da lesão. O material removido foi fixado em formol a 10% e encaminhado ao laboratório de anatomia patológica para análise. Diante dos achados clínico-imaginológicos foram cogitadas algumas hipóteses diagnósticas, tais como: ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico ceratocístico e lesão central de células gigantes.

Os cortes histológicos corados pela técnica da hematoxilina e eosina e vistos sob microscopia de luz revelaram a presença de intensa proliferação fusocelular disposta em pequenos fascículos, imersa em tecido conjuntivo ora frouxo e de aspecto mixóide ora moderadamente colagenizado. De permeio, evidenciava-se a presença de ilhotas quiescentes de epitélio odontogênico inativo e focos de mineralização basofílica globular e acelular compatível com material cementóide (Figura 4). A partir desses achados foi estabelecido o diagnóstico de FOC.

Deste modo, realizou-se o planejamento referente ao tratamento cirúrgico da lesão. Optou-se pela enucleação e curetagem das margens, além de exodontia dos elementos dentários inclusos associados. Utilizou-se analgesia preemptiva através de corticoide (dexametasona 4mg) 1 hora antes da cirurgia. Sob anestesia local com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100.000, procedeu-se acesso ao mento através de incisão 5mm abaixo da linha mucogengival. Quando obtido o acesso adequado, deu-se início a ostectomia da cortical vestibular por meio de broca cirúrgica esférica para construção de uma janela que possibilitou a enucleação da lesão, curetagem do leito cirúrgico e exodontia dos elementos dentários 33 e 43 (Figura 5). A ferida foi copiosamente irrigada através de soro fisiológico 0,9% e em seguida suturada por planos. Para sutura do musculo mental utilizou-se Vycril 3.0 e a mucosa foi suturada com seda 4.0.



Figura 2 - Radiografia panorâmica – lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada em região de sínfise mandibular associada aos elementos dentários inclusos 33 e 43.



Figura 3 - Tomografia computadorizada imagem hipodensa compatível com lesão osteolítica expansiva em sínfise mandibular promovendo adelgaçamento das corticais ósseas.

O pós-operatório foi conduzido com nimesulida 100mg a cada 12 horas por três dias e dipirona sódica 500mg com intervalos de 6 horas durante 2 dias. O paciente foi orientado quanto à higiene oral, alimentação durante o pós-cirúrgico e uso de Gluconato de Clorexidina 0,12%, 30 minutos após a escovação a cada 12 horas durante uma semana. O paciente encontra-se em proervação há dois anos sem complicações ou sinais de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

É bem reconhecido que muitos dos casos diagnosticados inicialmente como FOC, na verdade, se tratavam de folículos dentários hiperplásicos. Na tentativa de esclarecer o conceito de FOC, Gardner⁴ (1980), classificou-a em 3 tipos diferentes: folículo dentário hiperplásico, FOC tipo simples e o FOC tipo OMS⁴.

Folículos dentários são estruturas normais de desenvolvimento da odontogênese que aparecem radiograficamente como imagens radiolúcidas pericoronárias, semicirculares que raramente excedem 4 mm de diâmetro e que são geralmente mais simétricos do que o FOC. Microscopicamente, os folículos dentários apresentam, na maioria dos casos, um estroma fibroso de densidade variável em que pode ser possível encontrar um revestimento epitelial em seu interior. Quantidades variáveis de restos epiteliais odontogênicos são encontradas em até 79% dos folículos dentários, às vezes apresentando focos de metaplasia escamosa. Achados esses que diferem morfológicamente das características encontradas no FOC, devendo, portanto, ser separadas em entidades distintas¹².

Embora tenha sido mencionado na primeira (1972) e segunda (1992) edições da classificação dos tumores odontogênicos da OMS que nem todos os FOC devem necessariamente conter remanescentes de epitélio odontogênico, a atual classificação (2005) afirma, claramente, que é necessária a presença de restos epiteliais para apoiar um diagnóstico de FOC⁴, sendo subdivididos histologicamente em tipo simples (pobre em epitélio) e tipo OMS (rico em epitélio)^{14,8,9}. O caso aqui relatado compartilha características do FOC tipo simples.

Em diversos estudos retrospectivos de tumores odontogênicos realizados em diferentes regiões do mundo^{13-16, 20-22}, incluindo o Brasil¹⁷⁻¹⁹, (Tabela 1), é possível observar a baixa frequência do FOC, sendo um dos mais incomuns tumores odontogênicos já descritos.

O FOC acomete pacientes em uma ampla faixa etária com a maioria dos casos diagnosticados durante a segunda e a quarta décadas de vida^{2,4,9} e com certa predominância em indivíduos do sexo feminino^{2,3,6-9}. O presente caso corrobora com a literatura quanto à idade do paciente (13 anos), porém diverge no que diz respeito ao sexo, uma vez que o paciente em questão é do sexo masculino. Guerrisi, Piloni e Keszler²³ (2007), estudando 153 casos de tumores odontogênicos diagnosticados na Argentina, num período de 15 anos, em crianças e adolescentes, faixa etária do paciente aqui relatado, encontraram 5 casos de FOC (3,2% da amostra), todos na segunda década de vida; enquanto que Lawal, Adisa e Popoola²⁴ (2013), fazendo um levantamento de 48 casos de tumores odontogênicos em crianças e adolescentes nigerianos, num período de 21 anos, encontraram apenas um 1 caso de FOC (2,1% da amostra) diagnosticado numa menina de 13 anos.

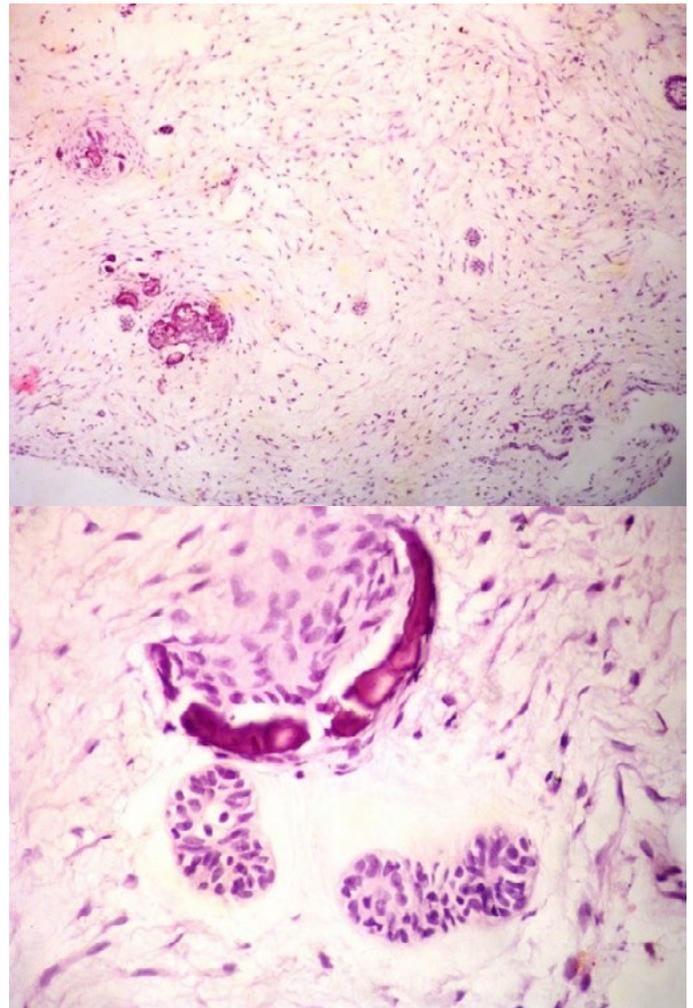


Figura 4 - Aspecto histopatológico do FOC – A) proliferação de células mesenquimais em meio a uma matriz de tecido conjuntivo fibroso de densidade variada. B) Ninhos de epitélio odontogênico inativo associado a material calcificado basofílico compatível com cementóide



Figura 5 - Abordagem cirúrgica – loja cirúrgica após enucleação e curetagem da lesão e remoção dos elementos dentários inclusos 33 e 43.

Tabela 1 - Frequência do FOC em estudos retrospectivos de tumores odontogênicos em diferentes regiões do mundo.

Autores/País do estudo	Nº de casos de Tumores odontogênicos	Nº de casos de FOC / %	Gênero dos pacientes
Mosqueda-Taylor et al 1997 – México ¹³	349	5 – 1,4%	3H / 2M
Buchner et al 2006 – EUA ¹⁴	1088	16 - 1,5%	10H / 6M
Jing et al 2007 – China ¹⁵	1642	5 – 0,3%	4H / 2M
Ochsenius et al 2002 – Chile ¹⁶	362	20 – 5,5%	10H / 10M
Da-Costa et al 2012 – Brasil ¹⁷	201	0	-
Fernandes et al 2012 – Brasil ¹⁸	340	11 - 3,2%	3H / 8M
Servato et al 2012 – Brasil ¹⁹	240	5 – 2,1%	2H / 3M
Siriwardena et al 2012 – Sri Lanka ²⁰	1677	7 - 0,4%	3H / 4M
Naz et al 2014 – Paquistão ²¹	179	2 – 2,5%	1H / 1M
Oginni et al 2015 – Nigéria ²²	622	8 - 12,5%	6H / 2M

O FOC apresenta-se, na grande maioria dos casos, de forma inócua, com crescimento lento e assintomático, que atinge principalmente a região anterior de maxila e posterior de mandíbula, podendo promover abaulamento das corticais ósseas adjacentes^{2,3,5,6,7,8,9}. Tais características são compatíveis com as encontradas no relato aqui exposto, exceto pela localização da lesão, uma vez que a mesma acometia a região de sínfise mandibular.

Os achados radiográficos mais comumente relacionados ao FOC são de lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, circundada por halo esclerótico que pode promover deslocamento e reabsorções dentárias além de existir a possibilidade de aparecer associada a dentes não erupcionados. Lesões multiloculares e com focos de material mineralizado no seu interior também podem ser encontradas^{2,3,5-9,11}. Os aspectos radiográficos observados no presente estudo são compatíveis com os dados mais frequentemente encontrados na literatura consultada. Do ponto de vista do diagnóstico radiográfico diferencial do FOC, devem ser considerados folículo dentário hiperplásico, ameloblastoma, fibroma ameloblástico, tumor odontogênico adenomatoide, mixoma odontogênico, entre outras lesões que podem compartilhar das mesmas características^{2,11}. Destaca-se, portanto, a importância análise histopatológica de todas as lesões removidas dos ossos maxilares.

Todas as neoplasias que apresentam componente fibroso proeminente devem ser consideradas como diagnóstico diferencial do FOC, devendo ser consideradas as características clínicas, radiográficas e histopatológicas de cada, dentre elas destacam-se: fibroma desmoplásico, mixoma odontogênico, fibroma ameloblástico, fibroma ossificante^{4,6}, além do já citado folículo dentário hiperplásico. O fibroma desmoplásico é caracterizado por apresenta-se sob a forma de feixes de tecido conjuntivo densamente colagenizado contendo fibroblastos/miofibroblastos fusiformes e alongados, não havendo a presença de restos epiteliais nem formação de material mineralizado. É importante a sua distinção do FOC uma vez que apresenta comportamento mais agressivo e tendência a recorrer^{4,6}. O mixoma odontogênico é outra neoplasia de origem ectomesenquimal que se apresenta de forma mais agressiva e localmente invasiva, com padrão radiográfico que muitas vezes lembra uma “raquete de tênis”. Do ponto de vista macroscópico, apresenta típica consistência gelatinosa. Histologicamente, observa-se a presença de células de morfologia variando de fusiformes a estreladas em meio a um rico estroma mixoide com escassas fibras colágenas, podendo, por vezes, mostrar ilhas de epitélio odontogênico inativo^{1,4,6,9}. Fibroma ameloblástico é um

tumor odontogênico de origem mista com proliferação epitelial que se organiza em ninhos ou cordões anastomosados que geralmente apresentam duas camadas de células colunares ou cúbicas que delimitam uma porção central de células epiteliais dispostas frouxamente num padrão que lembra o retículo estrelado do órgão do esmalte. O componente mesenquimal é rico em matriz mixoide que lembra a papila dentária em desenvolvimento^{1,9}. O fibroma ossificante é um neoplasma verdadeiro com significativo potencial de crescimento que apresenta tecido fibroso com graus variáveis de celularidade além de material mineralizado que pode se apresentar sob a forma de trabéculas ósseas, osteóide ou material basofílico semelhante a cimento⁹, sendo portanto características que ajudam na sua fácil distinção do FOC.

Apesar de não ser uma neoplasia encapsulada, o FOC exibe um comportamento limitado e sem evidências de infiltração local. Nota-se que o mesmo é destacado com facilidade do osso adjacente, o que implica em um prognóstico muito bom⁹. Os casos incomuns reportados de recidiva não devem estar relacionados às características intrínsecas do tumor e sim a sua remoção incompleta, nessas situações há necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico por pelo menos 5 anos^{2,5,6}. O paciente do caso analisado encontra-se em acompanhamento há dois sem sinais de recidiva da lesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FOC é uma das mais raras e menos compreendidas neoplasias odontogênicas, fato esse que justifica a importância de relatos isolados ou séries de casos que contribuem para uma maior compreensão a respeito das suas características epidemiológicas, clínico-imagiológicas e histológicas. Estudos citogenéticos e moleculares são necessários para tentar se determinar sua exata origem e patogênese. Diante do comportamento clínico inócua do FOC a literatura propõe um tratamento cirúrgico conservador por meio de enucleação associada a curetagem, sendo observadas baixas taxas de recidiva. O paciente do caso relatado encontra-se em acompanhamento pós-cirúrgico há dois anos sem sinais de recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

- Philipsen HP, Reichart PA, Sciubba JJ, Van der Waal I. Odontogenic fibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (editors). World Health Organization Classification of Tumours; Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Publishing Group; 2005

02. Thankappan P, Chundru NS, Amudala R, Yanadi P, Rahamthullah SA, Botu M. Central odontogenic fibroma of simple type. *Case Rep Dent*. 2014; 2014: 642905.
03. Baser B, Kinger A, Mitra GV, Roy MT. Giant odontogenic fibroma of maxilla. *Ann Maxillofac Surg*. 2014; 4(2): 211-214.
04. Mosqueda-Taylor A, Martínez-Mata G, Carlos-Bregni R, Vargas PA, Toral-Rizo V, Cano-Valdéz AM, Palma-Guzmán JM, Carrasco-Daza D, Luna-Ortiz K, Ledesma-Montes C, de Almeida OP. Central odontogenic fibroma: new findings and report of a multicentric collaborative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112(3): 349-58.
05. Daskala I, Kalyvas D, Kolokoudias M, Vlachodimitropoulos D, Alexandridis C. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report. *J Oral Sci*. 2009; 51(3): 457-61.
06. Brazão-Silva MT, Fernandes AV, Durighetto-Júnior AF, Cardoso SV, Loyola AM. Central odontogenic fibroma: a case report with long-term follow-up. *Head Face Med*. 2010; 6: 20.
07. Hrichi R, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Central odontogenic fibroma: retrospective study of 8 clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17(1):e50-5.
08. Anbiaee N, Ebrahimnejad H, Sanaei A. Central odontogenic fibroma (simple type) in a four-year-old boy: atypical cone-beam computed tomographic appearance with periosteal reaction. *Imaging Sci Dent*. 2015; 45(2): 109-115.
09. Chi AC, Neville BW, Damm DD. *Oral and Maxillofacial Pathology*. United Kingdom: Saunders (W.B.) Co; 2015.
10. Venugopal S, Radhakrishna S, Raj A, Sawhney A. Central odontogenic fibroma. *J Indian Soc Periodontol*. 2014; 18(2): 240-243.
11. Chhabra V, Chhabra A. Central odontogenic fibroma of the mandible. *Contemp Clin Dent*. 2012; 3(2): 230-233.
12. Kim J, Ellis GL. Dental follicular tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993; 51(7): 762-7.
13. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84(6): 672-5.
14. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 64(9): 1343-52.
15. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, Tang W, Qiao J, Tian W. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 36(1): 20-5.
16. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med*. 2002; 31(7): 415-20.
17. Costa DO, Maurício AS, de-Faria PA, da-Silva LE, Mosqueda-Taylor A, Lourenço SD. Odontogenic tumors: a retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 May; 17(3): e389-e394.
18. Fernandes AM, Duarte EC, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA, de Aguiar MC. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med*. 2005; 34(10): 583-7.
19. Servato JP, Prieto-Oliveira P, de Faria PR, Loyola AM, Cardoso SV. Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 42(2): 288-93.
20. Siriwardena BS, Tennakoon TM, Tilakaratne WM. Relative frequency of odontogenic tumors in Sri Lanka: Analysis of 1677 cases. *Pathol Res Pract*. 2012; 208(4): 225-30.
21. Naz I, Mahmood MK, Akhtar F, Nagi AH. Clinicopathological evaluation of odontogenic tumours in Pakistan - a seven years retrospective study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(7): 3327-30.
22. Oginni FO, Stoelinga PJ, Ajike SA, Obuekwe ON, Olokun BA, Adebola RA, Adeyemo WL, Fasola O, Adesina OA, Akinbami BO, Iwegbu IO, Ogunmuyiwa SA, Obimakinde OS, Uguru CC. A prospective epidemiological study on odontogenic tumours in a black African population, with emphasis on the relative frequency of ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 44(9): 1099-105.
23. Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12(3): E180-5.
24. Lawal AO, Adisa AO, Popoola BO. Odontogenic tumours in children and adolescents: a review of forty-eight cases. *Ann Ib Postgrad Med*. 2013; 11(1): 7-11.

ABSTRACT

The central odontogenic fibroma is defined as a benign neoplasm of the jaws characterized by having a variable amount of inactive odontogenic epithelium in the midst of a fibrous connective tissue stroma. It is considered a rare neoplasm that is from 0% to 5.5% of all odontogenic tumors in most retrospective studies found in the literature. Affects patients in a wide age range with a certain predominance in females. Is shown in most cases, as a slow-growing lesions and asymptomatic which can promote the bulging adjacent cortical bone. The radiographic point of view, appears typically in the form of an image radio-lucent uni or multilocular with well-defined margins and may have foci of calcification inside. The central odontogenic fibroma is subdivided histologically in simple type (poor epithelium) and

WHO type (rich in epithelium). The injury responds well to conservative treatment by surgical enucleation associated with curettage, and the very unusual relapses. This work aims to make a brief review of literature on the epidemiological, clinical and histopathological imaginological this injury and to report a case diagnosed in a male patient, 13, with volume up complaint ment. Imaging tests showed the presence of well-defined osteolytic defect in mandibular symphysis region associated with dental elements 33 and 43 who performed included. The lesion was submitted to enucleation and curettage. The patient is under observation for two years without signs of recurrence.

KEYWORDS: Odontogenic tumors; Fibroma; Epidemiology; Diagnosis; Treatment.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Manoel Roque Paraiso Santos Filho
Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes
Av. Murilo Dantas, 300
Cep.: 49.032-490
E-mail: manoelctbmf@gmail.com