

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ALANA GONÇALVES DE LIMA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM CASO RARO DE CISTO ÓSSEO  
ANEURISMÁTICO ASSOCIADO A FIBROMA OSSIFICANTE TRABECULAR  
JUVENIL: RELATO DE CASO

Porto Alegre

2019

ALANA GONÇALVES DE LIMA

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO ASSOCIADO A FIBROMA OSSIFICANTE  
TRABECULAR JUVENIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Burzlaff

Porto Alegre

2019

ALANA GONÇALVES DE LIMA

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO ASSOCIADO A FIBROMA OSSIFICANTE  
TRABECULAR JUVENIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Burzlaff

Porto Alegre, 08 de Julho de 2019

---

Prof. Dr. João Batista Burzlaff

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. João Julio da Cunha Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Tathiane Larissa Lenzi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço aos meus pais, Itamar e Salete, por me ensinarem o valor do trabalho e do estudo, por me proporcionarem as condições necessárias para seguir meus sonhos, muitas vezes abdicando das suas vidas para estarem fazendo por mim. Por estarem sempre ao meu lado, oferecendo apoio incondicional, sempre com um sorriso no rosto e um abraço acolhedor. Por terem me mostrado os melhores caminhos, me ensinando a ter princípios para me tornar quem sou hoje e valores que seguirão para sempre em mim. A eles espero ser somente orgulho.

Agradeço aos meus quatro irmãos mais velhos, por todo amor e cuidado que sempre tiveram com a caçula. E por mais que cada um more em um estado e o nosso mais velho no céu, espero também ser motivo de orgulho. Eles são os melhores presentes e amigos que meus pais poderiam ter me dado.

Ao meu marido Ramiro, por todo o amor e carinho, e por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis. Por me incentivar e me fazer acreditar que eu posso ser muito mais do que imagino. Por ser meu suporte, meu amigo e companheiro.

Ao meu orientador, professor João Batista, pela disponibilidade e prestatividade sempre que o solicitei. Que me orientou com maestria, dedicação e principalmente paciência nos momentos de nervosismo e ansiedade e por todo conhecimento que teve a generosidade de me passar. Profissional e pessoa por quem tenho grande admiração, pelos ensinamentos da graduação e da vida.

Este trabalho também foi construído graças a vocês.

## RESUMO

O cisto ósseo aneurismático não é um achado comum nos ossos da face e o mesmo pode ser encontrado secundariamente associado a outras lesões como o Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil. A associação de ambas as condições é um achado raro na literatura. Neste trabalho visamos relatar e discutir, por meio de um caso cirúrgico, o tratamento de um Cisto Ósseo Aneurismático associado a Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 9 anos de idade, procurou o serviço devido a aumento de volume com sintomatologia dolorosa na região de corpo de mandíbula lado esquerdo, sem histórico de trauma em face. Os exames de imagens evidenciaram lesão expansiva em corpo de mandíbula, apresentando múltiplas lojas, estendendo-se de canino decíduo (73) até distal do primeiro molar permanente do lado esquerdo (36). Além disso, foi possível observar ruptura da cortical vestibular e lingual e comprometimento da basilar. O tratamento proposto foi remoção cirúrgica da lesão por meio do debridamento do leito, através de acesso cirúrgico intraoral, tendo sido colocada placa de fixação, de forma a garantir a resistência do remanescente ósseo. No entanto, após 9 meses do procedimento cirúrgico, foi possível observar novo aumento de volume na mesma região. Exames complementares confirmaram a recidiva da lesão e, devido a isso, optou-se pela remoção cirúrgica radical da lesão, através de acesso extraoral, seguido novamente de fixação da placa de titânio. O tratamento do Cisto Ósseo Aneurismático é por si só controverso, porém há uma tendência à escolha da ressecção com margem de segurança, possibilitando um tratamento adequado, reduzindo a possibilidade de recidiva. Sendo assim, este parece ser o padrão de escolha para casos com lesões associadas com o Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil.

Palavras-chave: Odontologia. Cisto ósseo aneurismático. Fibroma Ossificante trabecular juvenil. Patologia. Cirurgia.

## ABSTRACT

The aneurysmal bone cyst is not a common finding in the bones of the face, the same can be found secondarily associated with other lesions such as the juvenile trabecular ossifying fibroma. The association of both conditions is a rare finding in the literature. In this work we aim to report and discuss, through a surgical case, the treatment of an aneurysmal bone cyst associated with juvenile trabecular ossifying fibroma. Case report: Female patient, 9 years old, referred due to increased volume with painful symptomatology in the left side of the jaw body region. No history of trauma in the face. The imaging tests revealed an expansive lesion in the mandible body, presenting multiple stores, extending from a deciduous canine (73) to distal to the first permanent left molar (36). In addition, it was possible to observe vestibular and lingual cortical rupture and basilar involvement. The proposed treatment was surgical removal of the lesion by means of debridement of the bed through intraoral surgical access, and fixation plate was placed in order to guarantee the resistance of the bone remnant. However, after 9 months of the surgical procedure, it was possible to observe a new volume increase in the same region. By means of complementary examinations, they confirmed the recurrence of the lesion and, due to this, the radical surgical removal of the lesion was chosen through extraoral access, followed again by fixation of the titanium plate. The treatment of aneurysmal bone cyst is controversial in itself, but there is a tendency to choose resection with safety margin, allowing an adequate treatment, reducing the possibility of recurrence. Thus, this seems to be the pattern of choice for cases with lesions associated with the juvenile trabecular ossifying fibroma.

Key-words: Dentistry. Aneurysmal bone cyst. Fibroma Juvenile Trabecular ossificans. Pathology. Surgery.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagens clínicas iniciais da paciente .....	14
Figura 2 – Imagens durante a punção aspirativa .....	15
Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial .....	15
Figura 4 – tomografia computadorizada de feixe cônico inicial .....	16
Figura 5 – Telerradiografia lateral inicial .....	17
Figura 6 – Imagem clínica após a realização de biópsia incisional .....	18
Figura 7 - Lâmina histológica .....	18
Figura 8 – Imagens clínicas iniciais do procedimento cirúrgico conservador .....	19
Figura 9 – Imagens clínicas transoperatórias evidenciando as etapas do procedimento cirúrgico .....	20
Figura 10 – Imagem da sutura .....	21
Figura 11 – Pós-operatório imediato .....	21
Figura 12 – Imagem radiográfica do pós-operatório imediato .....	22
Figura 13 – Radiografia panorâmica do controle pós-operatório de 60 dias .....	22
Figura 14 – Radiografia panorâmica realizada durante as consultas de acompanhamento.....	23
Figura 15 – Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva.....	24
Figura 16 – Aspecto clínico antes da segunda intervenção cirúrgica.....	26
Figura 17 – Imagens clínicas iniciais da segunda intervenção cirúrgica .....	27
Figura 18 – Imagens clínicas transoperatórias do segundo ato cirúrgico.....	27
Figura 19 – Bloco removido durante o procedimento cirúrgico .....	28
Figura 20 – Nova placa de fixação em posição.....	28
Figura 21 – Aspecto macroscópico do bloco removido .....	29
Figura 22 – Lâmina histológica.....	30
Figura 23 – Imagem clínica da paciente após a segunda intervenção cirúrgica .....	30
Figura 24 – Radiografia panorâmica do pós-operatório imediato da segunda intervenção cirúrgica .....	31

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

COA – Cisto Ósseo Aneurismático

FOJ – Fibroma Ossificante Juvenil

OMS – Organização Mundial de Saúde



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO DO RELATO DE CASO .....	13
3	RELATO DE CASO CLÍNICO .....	14
4	DISCUSSÃO.....	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	36
	REFERÊNCIAS .....	37
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da saúde (OMS) define o cisto ósseo aneurismático como uma lesão intra óssea caracterizada benigna, com espaços dos mais variados tamanhos, contendo sangue. “Cistos ósseos aneurismáticos são lesões osteolíticas relativamente incomuns, sendo encontrados principalmente nos ossos longos, e somente 2% ocorrem nas mandíbulas” (SUN *et al.*, 2010, p. 2122).

Estes tipos de cistos são considerados neoformações benignas em que raros são os casos de surgimento em cabeça e pescoço. A maioria dos Cisto Ósseos Aneurismáticos (COA) maxilofaciais é encontrada em adolescentes, predominantemente menores de idade. A lesão é mais frequente na mandíbula que na maxila (3:1). Mais comumente envolve a região molar.

Estas lesões foram relatadas por outros autores sendo encontradas em outros ossos da face, no entanto sabe-se que são mais encontrados em região posterior.

É chamado de cisto pela grande maioria, mas por não possuir cápsula ou um revestimento epitelial, é considerado um pseudocisto por alguns autores. Além de não ser considerado uma neoplasia, por não ter seus aspectos histológicos compatíveis com tal denominação. O COA não se apresenta clinicamente de maneira comum em todos os casos. Perrotti *et al.* (2004), apresentam que estes cistos podem ir de uma lesão de menor tamanho e localizada a uma lesão agressiva e rapidamente destrutiva que perfura a placa cortical do osso. Sendo ela considerada uma das lesões que acometem ossos que mais causam destruição no local em que agem. “O COA é uma lesão óssea benigna, de crescimento geralmente rápido e localmente destrutivo, que pode simular fisiopatologicamente lesões com características malignas” (CAUBI *et al.*, 2011, p. 9). “A apresentação e o curso clínico podem ser extremamente variáveis [...] com consequente destruição óssea e assimetria facial, mimetizando malignidade ou falso aneurisma” (MOTAMEDI *et al.*, 2008, p. 2098). Podendo se apresentar também como um inchaço doloroso, causar má oclusão e também movimentação dos dentes que circundam a lesão. “A mucosa oral suprajacente é normal e macroscopicamente a lesão apresenta um tom azulado” (PERROTTI *et al.*, 2004, p. 1342).

O Cisto Ósseo Aneurismático não pode ser diagnosticado por meio das suas características radiológicas, mas estas podem vir a sugerir que seja este tipo de cisto, isso se deve ao fato da existência de muitas lesões intraósseas que

apresentampraticamente as mesmas características radiográficas, por serem muito semelhantes. “As características radiográficas não são patognomônicas, por isso podendo ser muitas vezes confusas. A lesão pode aparecer como unicística, unilocular, bolha de sabão, favo de mel, multilocular ou comido por traça” (MOTAMEDI *et al.*, 2008, p. 2099).

Sua histopatologia apresenta estroma fibroblástico contendo células gigantes multinucleadas, osteoide, osso trançado, estroma de tecido conjuntivo fibroso além das cavidades variadas contendo sangue em seu interior já citadas anteriormente. A patogênese do COA ainda é incerta. Não está claro se a lesão é primária ou se ocorre em uma lesão óssea pré-existente (JAFFE; LICHTENSTEIN, 1942).

No caso em questão há uma associação do COA com um Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil. O Fibroma Ossificante foi descrito por Menzel em 1872, mas foi nomeado por Montgomery em 1927. “Essa lesão tende a ocorrer na segunda e terceira décadas de vida, comumente em mulheres e nas áreas de pré-molares e molares mandibulares” (DOMINGUETE *et al.*, 2014, p. 1). Bem como visto quando falamos do Cisto Ósseo Aneurismático, o Fibroma Ossificante também pode causar assimetria de face e movimentação dos dentes com o decorrer do seu crescimento.

Indo de encontro às características do caso que iremos relatar a seguir, a literatura nos traz que o Fibroma Ossificante possui bordas bem definidas no exame radiográfico, com a cápsula fibrosa evidenciada por uma fina linha radiolúcida, tendo em seu interior um misto de radiolucidez e radiopacidade – padrão este comum no Fibroma, mas que varia de acordo com a forma e da quantidade do material calcificado no interior.

“As características microscópicas do Fibroma Ossificante são estroma vascular fibroblástico hiper celular, matrizes calcificáveis representadas por osso trançado, osso lamelar, trabéculas curvilíneas e calcificações esferóides” (EVERSOLE; LEIDER; NELSON, 1985, p. 505).

O Fibroma Ossificante Juvenil (FOJ) foi separado como uma lesão diferente do fibroma ossificante central por conta ao seu início precoce e por apresentar um comportamento agressivo. Ele possui duas variantes histopatológicas bem definidas, o psamomatoide e o trabecular. Ambas variantes diferem em sua apresentação clínica.

“Cerca de um terço dos COA tem uma lesão óssea simultaneamente, como o fibroma não-filossável, condroblastoma, tumor de células gigantes, osteoblastoma, granuloma reparativo de células gigantes ou displasia fibrosa” (PADWA; DENHART; KABAN, 1997, p. 1144).

Devido à carência de estudos que expõe a combinação destas duas lesões, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico que apresenta a associação do pseudocisto e da neoplasia citados acima. Abordando as características, diagnóstico e tratamento de um Cisto Ósseo Aneurismático associado a Fibroma Ossificante trabecular juvenil. Por esse motivo acreditamos que esse relato possa auxiliar no estudo de eventuais novos casos.

## **2 OBJETIVO DO RELATO DE CASO**

O presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um caso de Cisto Ósseo Aneurismático em região de mandíbula associado a Fibroma Ossificante Trabecular juvenil, visto que a associação das lesões é um achado raro e pouco discutido na literatura científica.

### 3 RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente de iniciais S.I.C., sexo feminino, nove anos de idade, foi referenciada para atendimento no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Bom Pastor do município de Igrejinha no estado do Rio Grande do Sul. A queixa principal da paciente era de aumento de volume com sintomatologia dolorosa no lado esquerdo da mandíbula, possuindo histórico de evolução de semanas, sem saber precisar o início. Por meio da anamnese os responsáveis e a paciente não relataram nenhum tipo de trauma ou batida na região em questão. A história médica não revelou nem acrescentou nenhum achado significativo. A respeito do exame físico extraoral, foi possível observar vermelhidão e aumento de volume com sintomatologia dolorosa na região do corpo da mandíbula, lado esquerdo, associado à presença de fístula extraoral na mesma região. Ao realizar a manobra de palpação foi possível observar uma lesão de consistência firme, tendo as regiões ao redor com aspecto de normalidade. Ao exame intraoral, pode-se perceber aumento de volume na região de segundo molar inferior decíduo do lado esquerdo (dente 75). Ao exame clínico não houve sinal de abscesso dento-alveolar, como lesão de cárie profunda ou extensa restauração, que pudesse ser relacionado com o aumento de volume da região. Descartou-se então o diagnóstico de abscesso dento-alveolar, mas optou-se por realizar punção aspirativa, pelo fato de não haver um histórico odontológico da paciente, nem exames radiográficos naquele momento. Sendo assim, nesse primeiro momento, realizou-se uma punção aspirativa com Seringa Luer 20 ml obtendo líquido de coloração avermelhada compatível com sangue. Em seguida, foram solicitados exames de imagem da região a ser avaliada.

Figura 1 – Imagens clínicas iniciais da paciente



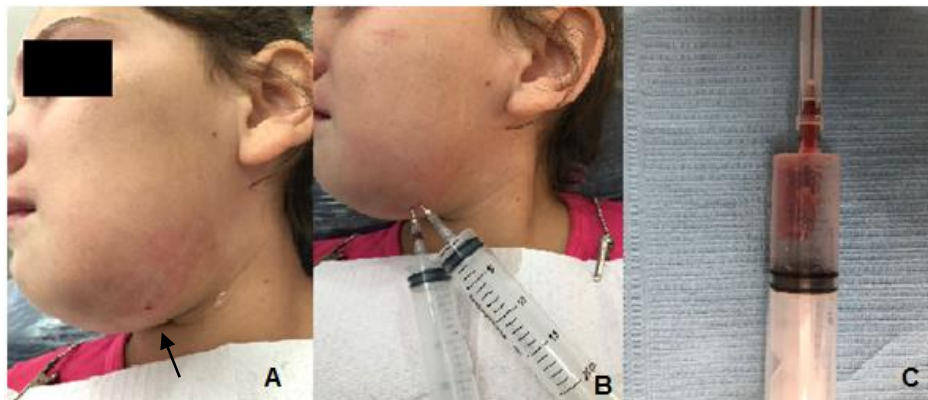
Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Lado direito da paciente sem alterações.

B) Fotografia frontal evidenciando assimetria facial no lado esquerdo.

C) Lado esquerdo apresentando aumento de volume na região de corpo de mandíbula.

Figura 2 – Imagens durante a punção aspirativa



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Imagem clínica aonde é possível observar aumento de volume pontual no lado esquerdo da face.

B) Realização da punção aspirativa com o auxílio de duas Seringas Luer de 20ml.

C) Conteúdo avermelhado obtido após a punção sendo compatível com sangue.

A paciente retornou com os exames de imagem solicitados. À avaliação da imagem panorâmica em conjunto com a tomografia, telerradiografia lateral e pósterio-anterior, pôde-se observar uma lesão predominantemente radiolúcida expansiva em corpo de mandíbula, apresentando múltiplas lojas, estendendo-se de canino inferior decíduo (dente 73) à distal do primeiro molar inferior permanente (dente 36) do lado esquerdo da face. Também foi possível observar ruptura da cortical vestibular e lingual, bem como comprometimento da basilar.

Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial

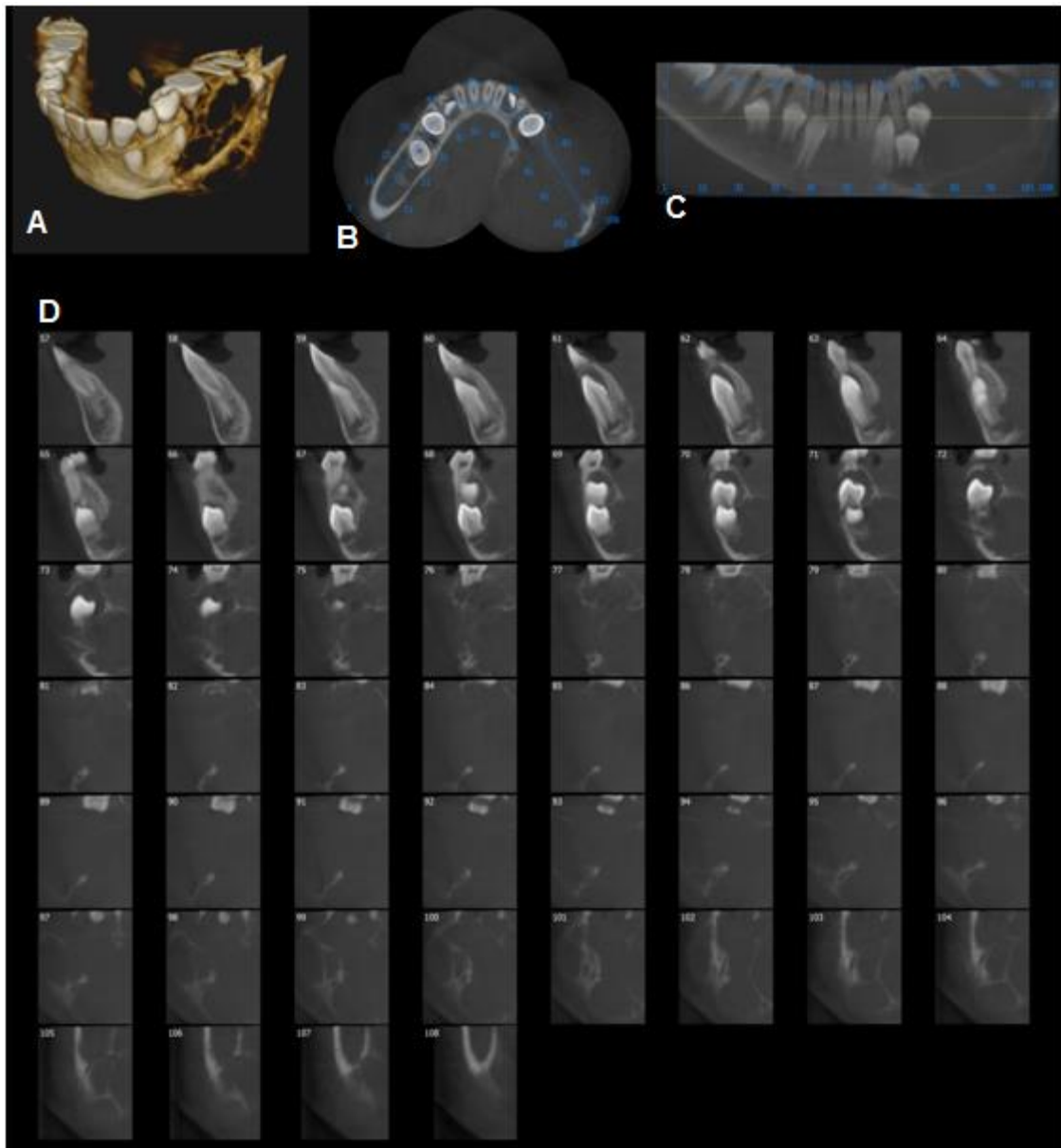


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2017).

Nota: É possível observar a presença de imagem radiolúcida em mandíbula do lado esquerdo com áreas radiopacas caracterizando imagem descrita como "favos de mel", com extensão do canino decíduo (73) até primeiro molar permanente (36).



Figura 4 – Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

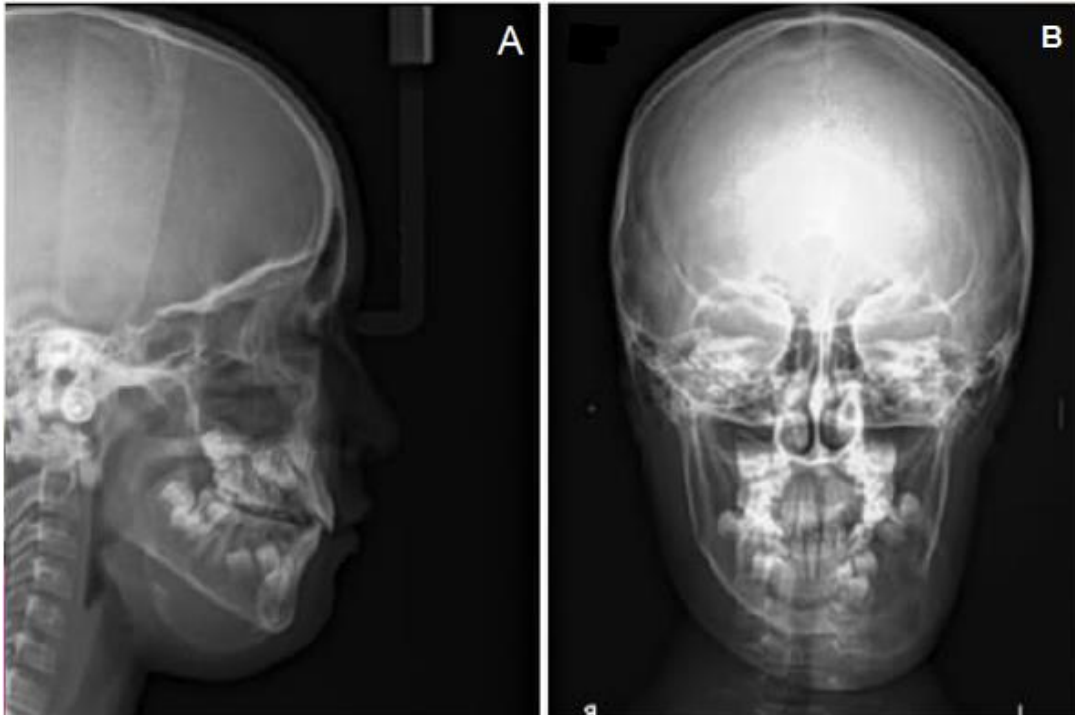
Notas: A) Reconstrução em 3D.

B) Plano transversal.

C) Plano coronal.

D) Imagem tomográfica pré-operatória em corte sagital da região, evidenciando a extensão da lesão osteolítica de canino a canino decíduo inferior (73) até a distal do primeiro molar permanente inferior (36). Além disso, nota-se a ruptura da cortical vestibular e lingual (cortes 61 – 108). Porção alveolar superior mandíbula.

Figura 5 – Telerradiografia lateral e radiografia pósterio-anterior iniciais



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) É possível observar no perfil aumento de volume em região cervical. B) Extensão da lesão em direção mesial e distal, perda da basilar e crescimento em direção cervivla.

A partir de tal avaliação, surgiu a suspeita de lesão maligna infiltrativa. No entanto, para estabelecer o diagnóstico optou-se inicialmente pela realização de biópsia parcial. O procedimento foi então realizado sob anestesia local com o bloqueio regional do nervo alveolar inferior e bloqueio terminal do nervo bucal do lado esquerdo da face da paciente, com 3,6ml de Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:200.000 (Neocaína 0,5%, Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA., São Paulo – Brasil). Na região de segundo molar inferior decíduo (dente 75) foi realizada incisão de cerca de 2cm na crista do rebordo, com a remoção de fragmento juntamente com o elemento dentário. Na sequência, optou-se pela colocação de dreno para drenagem do exsudato e sutura reabsorvível (Vicryl ©Ethicon, Johnson&Johnson do Brasil, São Paulo – Brasil). O armazenamento do espécime ocorreu em um pote com solução de formalina tamponada 10% em uma proporção de vinte vezes o tamanho da peça. A remoção do dreno ocorreu dois dias após a sua instalação.

A peça cirúrgica foi encaminhada para a avaliação histopatológica, na qual se obteve uma leitura inicial da lâmina como lesão fibro-óssea maligna. Entretanto, foi

solicitada uma nova leitura, em que os achados histopatológicos foram consistentes com cisto ósseo aneurismático associado à lesão fibrosa.

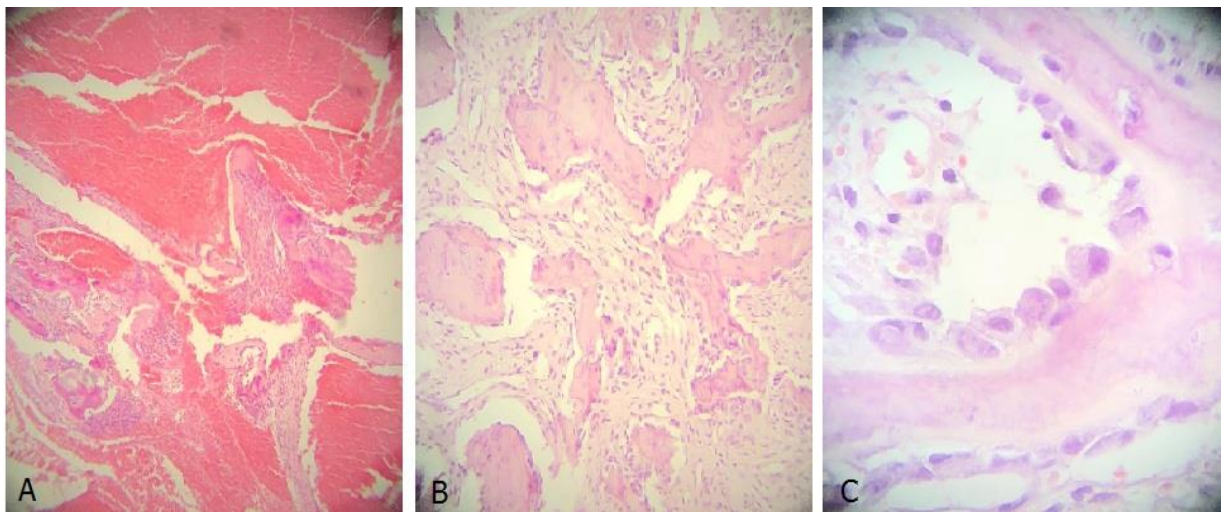
Figura 6 – Imagem clínica após a realização de biópsia incisional



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Imagem intraoral correspondente a situação clínica após biópsia incisional. Observa-se aumento de volume na região do segundo molar inferior decíduo (75) local aonde foi realizada a biópsia incisional, com a remoção desse elemento. Nota-se ainda o dreno e a sutura em posição.

Figura 7 – Lâmina histológica



Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2018).

Notas: A) Percebem-se cavidades com degeneração hialina (HE-100X).

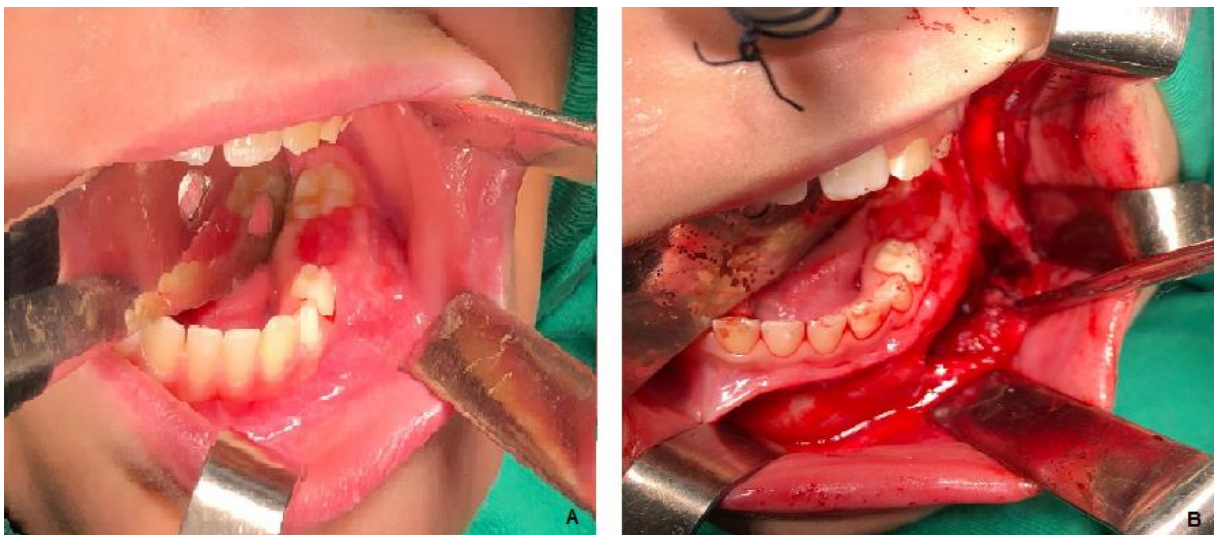
B) Observa-se a presença de trabéculas ósseas e intensa atividade celular, tanto osteoblástica quanto de células gigantes multinucleadas (HE-100X).

C) Osteoblastos (HE-400X).

O tratamento proposto foi remover de forma cirúrgica e conservadora a lesão, por meio de acesso cirúrgico intraoral, tendo sido colocada uma placa de titânio, de maneira a devolver a resistência do remanescente ósseo.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal. Após a assepsia em face e intrabucal realizou-se anestesia local infiltrativa na região do ramo ascendente no lado esquerdo da face da paciente, com 3,6ml de solução de Cloridrato de Bupivacaína 5% com Epinefrina 1:200.000 (Neocaína 0,5% Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA., São Paulo – Brasil). Ainda na região ascendente do ramo, foi realizada uma incisão de cerca de 10cm por meio de bisturi elétrico até a lateral do lado oposto, na região de incisivo lateral. O deslocamento foi realizado com deslocadores de Molt  $\frac{1}{4}$  para a porção inferior em direção à base da lesão. Foi realizada remoção completa da lesão com ostectomia da loja óssea e debridamento de tecidos moles seguindo o plano da lesão. Após completamente removida a lesão, no mesmo tempo operatório, uma barra vestibular de titânio foi instalada a fim de garantir maior segurança, devolvendo resistência ao remanescente ósseo e mantendo a estabilidade dos tecidos moles. O procedimento cirúrgico foi realizado de maneira conservadora, preservando os elementos dentários e com a manutenção do nervo alveolar inferior.

Figura 8 – Imagens clínicas iniciais do procedimento cirúrgico conservador

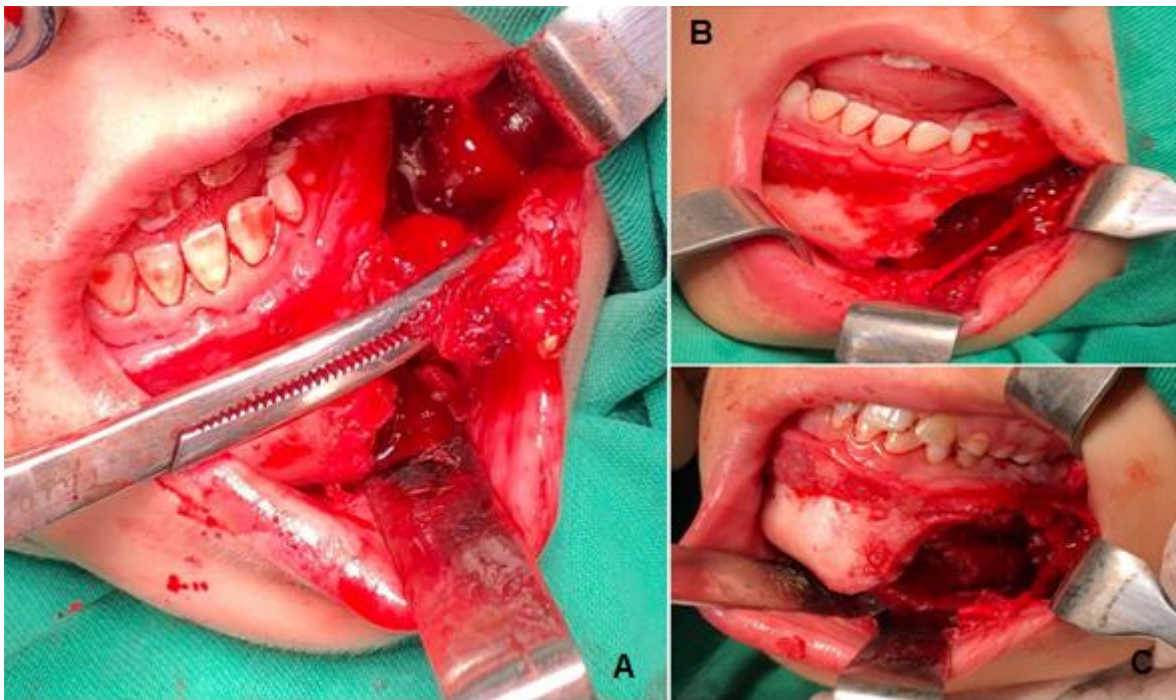


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Aspecto inicial intraoral, anterior ao início do procedimento cirúrgico, no qual é possível observar aumento de volume na região correspondente ao segundo molar decíduo.

B) Incisão de cerca de 10cm na região de ramo ascendente até incisivo lateral do lado oposto, entre a gengiva livre e inserida, com relaxante em direção ao sulco vestibular.

Figura 9 – Imagens clínicas transoperatórias evidenciando as etapas do procedimento cirúrgico



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Início da remoção da lesão.

B) Observa-se a loja ocupada pela lesão, a manutenção da porção alveolar, bem como a perda da basilar.

C) Aspecto observado após a lesão ter sido completamente debridada, com a manutenção e proteção do nervo alveolar inferior.

Os cuidados com a ferida cirúrgica envolveram lavagem abundante da ferida com solução fisiológica e sutura intra e extraoral com fio absorvível (Vicryl®Ethicon, Johnson&Johnson do Brasil, São Paulo – Brasil). Os cuidados pós-operatórios envolveram o uso de antibioticoterapia, analgesia e uso de anti-inflamatórios. Inicialmente, durante a internação hospitalar por 48 horas, houve a administração medicamentosa por via endovenosa de Ampicilina sódica + Sulbactam sódico 100mg, a cada seis horas, Dexametasona 8mg, a cada doze horas, Dipirona 1000mg, a cada seis horas, Cloridrato de Ondansetrona 9mg, a cada oito horas e Morfina 2mg, a cada quatro horas no regime se necessário. Após, com a alta melhorada para casa, o controle medicamentoso se manteve com Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada doze horas, por vinte e um dias, Dexametasona 4mg, a cada doze horas e Toragesic 20mg/ml, seis gotas, a cada oito horas durante três dias.

Figura 10 – Imagem da sutura



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).  
Notas: A) Sutura intraoral. B) Sutura extraoral.

Durante o controle pós-operatório imediato clínico foi possível observar discreto edema e manutenção da estética da paciente. Além disso, no controle radiográfico notou-se adequado posicionamento e fixação da placa de titânio.

Figura 11 – Pós-operatório imediato



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).  
Nota: Observa-se a estética mantida.

Figura 12 – Imagem radiográfica do pós-operatório imediato



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Radiografia solicitada de forma a avaliar a fixação da placa obtida no ato cirúrgico.

Figura 13 – Radiografia panorâmica do controle pós-operatório de 60 dias



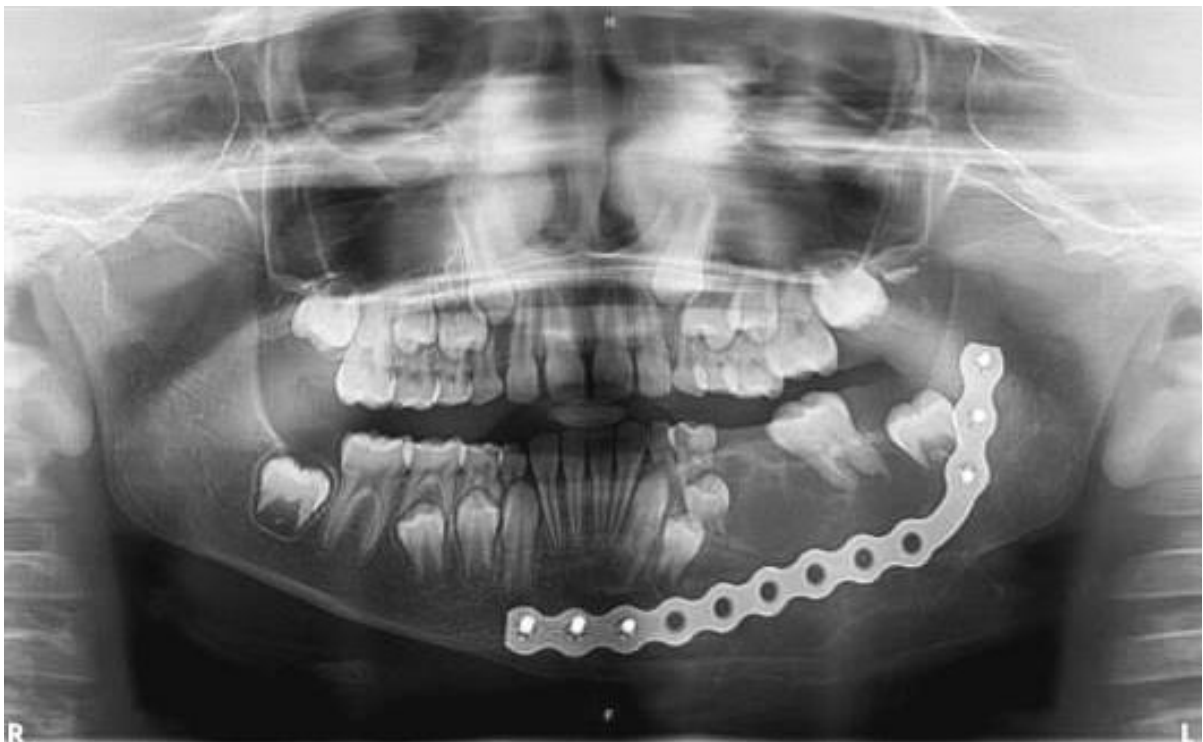
Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Observa-se o crescimento ósseo tanto em direção distal como mesial seguindo as direções da placa. Observa-se o poder indutor do titânio de forma centrípeta na cavidade.

O controle pós-operatório de sessenta dias evidenciou osteoindução na placa de fixação. Observando-se crescimento ósseo tanto em direção distal como mesial seguindo a direção da placa, sugerindo um início promissor. A paciente permaneceu sob acompanhamento clínico e radiográfico frequente.

Após nove meses da cirurgia, durante as consultas de acompanhamento, foi possível observar novo aumento de volume extraoral na região. Ao observar nova imagem panorâmica e tomográfica do local, observou-se recidiva da lesão optando, portanto, pela realização do tratamento cirúrgico radical.

Figura 14 – Radiografia panorâmica realizada durante as consultas de acompanhamento



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Observa-se recidiva da lesão predominantemente radiolúcida na extensão da placa de fixação.



Figura 15 – Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva (continua)

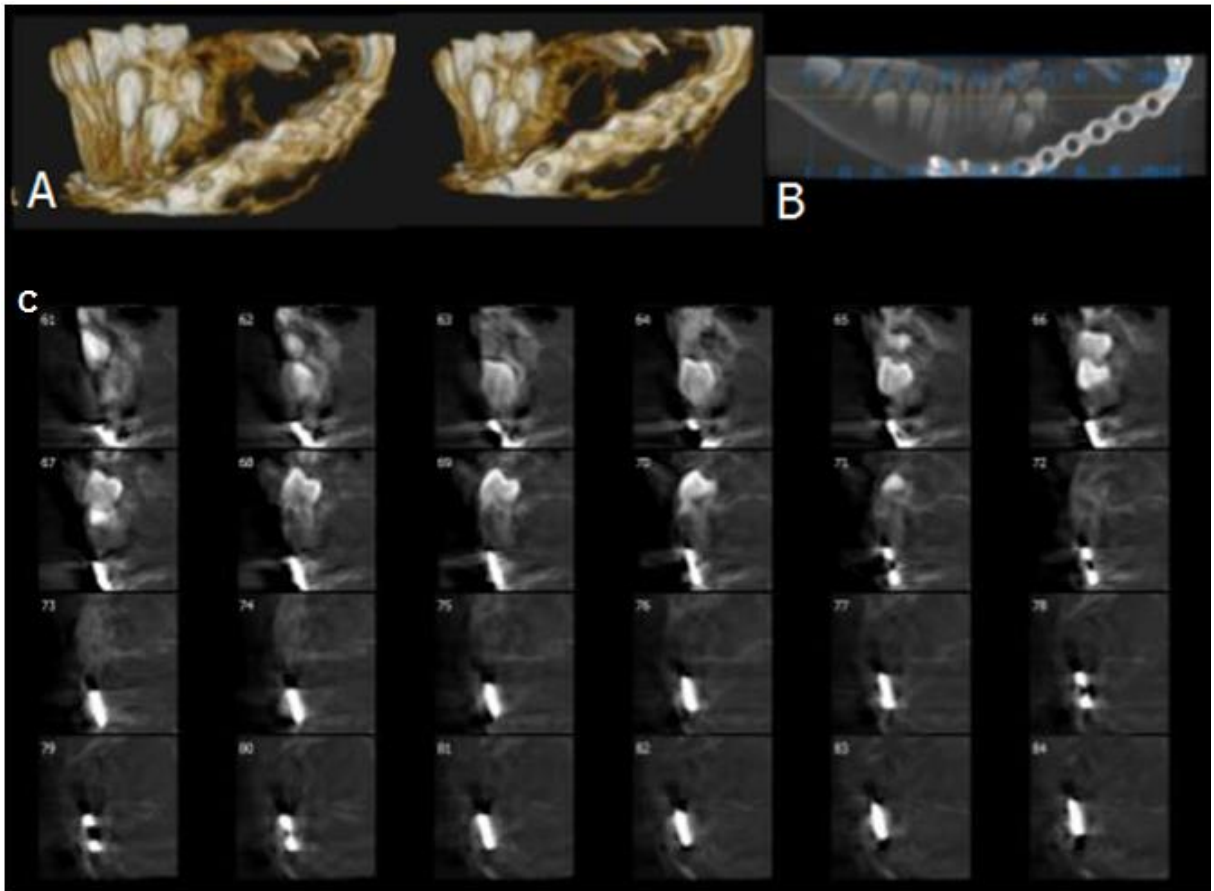
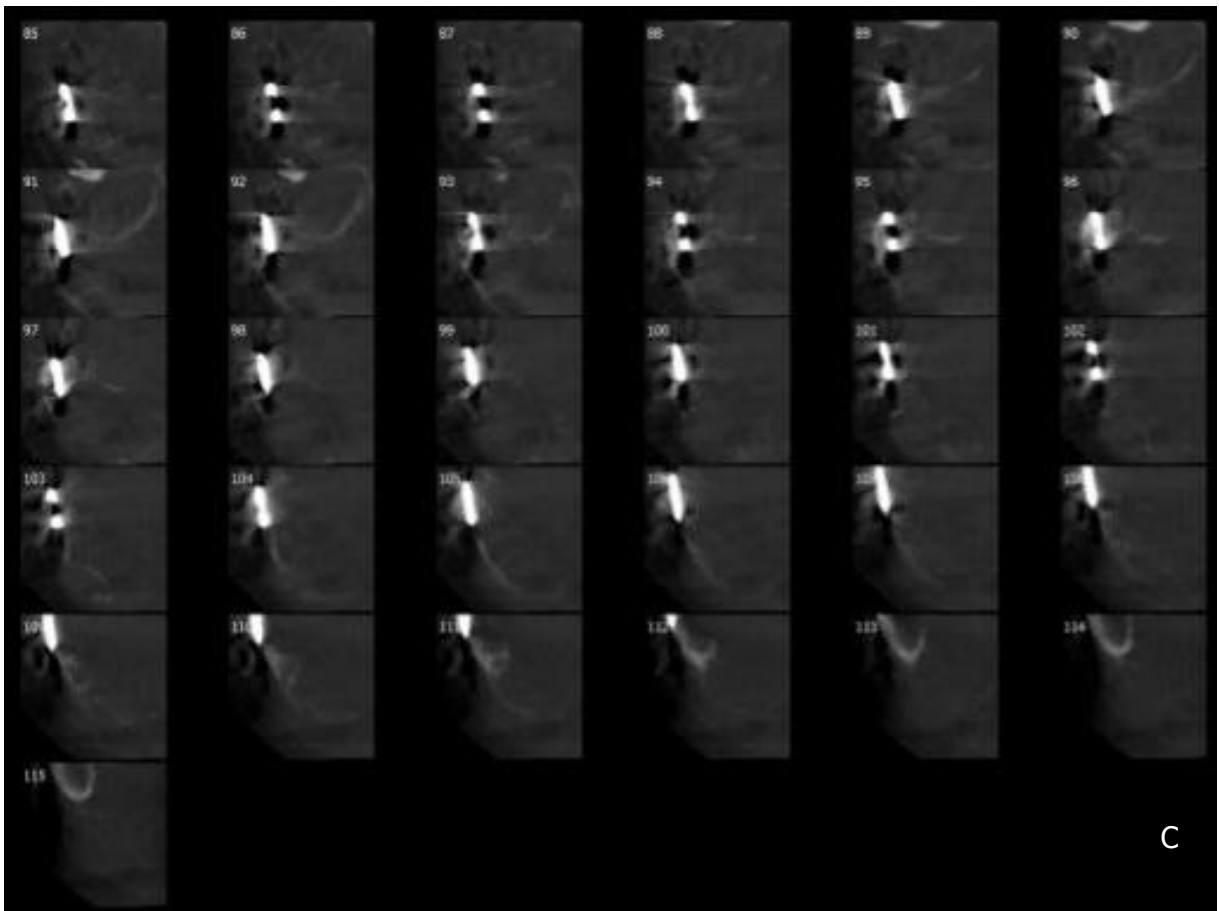


Figura 15 – Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva (continuação)



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Reconstrução em 3D.

B) Plano coronal.

C) Imagem tomográfica em corte sagital da região, evidenciando a extensão da recidiva da lesão de canino decíduo (73) até a distal do primeiro molar permanente (36). Observa-se ainda, o envolvimento da placa pela lesão.

O procedimento cirúrgico se deu por meio de um acesso extraoral, tendo sido colocada uma placa de fixação novamente.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal. Após a assepsia em face e intrabucal realizou-se infiltração na região do ramo ascendente do lado em questão da face, com 3,6ml de Bupivacaína. Foi realizada uma incisão de cerca de 12cm na altura da basilar na mandíbula, na região cervical, com relaxante na mesial, de maneira a garantir visualização completa da área. Foram realizadas inserções por planos e rebatimento dos tecidos. Acesso à região das lesões de forma a permitir a separação dos tecidos moles e posterior ressecção do tecido ósseo.

Realizou-se remoção completa da lesão com ostectomia da loja óssea utilizando margem de segurança de 3cm. Após, uma barra vestibular de titânio foi novamente instalada de forma a garantir maior segurança, devolver resistência ao remanescente ósseo e a manutenção dos tecidos moles. O procedimento cirúrgico foi realizado de maneira radical, sendo o bloco removido com extensão desde o incisivo lateral inferior permanente do lado direito (dente 42) até o ramo ascendente do lado esquerdo.

Figura 16 – Aspecto clínico antes da segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Aspecto clínico inicial no qual é possível notar assimetria prévia à realização da segunda cirurgia. Procedimento realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal.

Os cuidados com a ferida cirúrgica envolveram lavagem abundante da ferida com solução fisiológica e sutura com fio reabsorvível (Vicryl®Ethicon, Johnson&Johnson do Brasil, São Paulo – Brasil). Os cuidados pós-operatórios envolveram o uso de antibioticoterapia, analgesia e uso de anti-inflamatórios. Inicialmente, durante a internação hospitalar por quarenta e oito horas, houve a administração medicamentosa por via endovenosa de Ampicilina sódica + Sulbactam sódico 100mg, a cada seis horas, Dexametasona 8mg, a cada doze horas, Dipirona 1000mg, a cada seis horas, Cloridrato de Ondansetrona 8mg, a cada oito horas e Morfina 2mg, a cada quatro horas no regime se necessário. Posteriormente, com a alta melhorada para casa, o controle medicamentoso se

manteve com Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada doze horas, por vinte e um dias, Dexametasona 4mg, a cada doze horas e Toragesic 20mg/ml, seis gotas, a cada oito horas durante três dias.

Figura 17 – Imagens clínicas iniciais da segunda intervenção cirúrgica

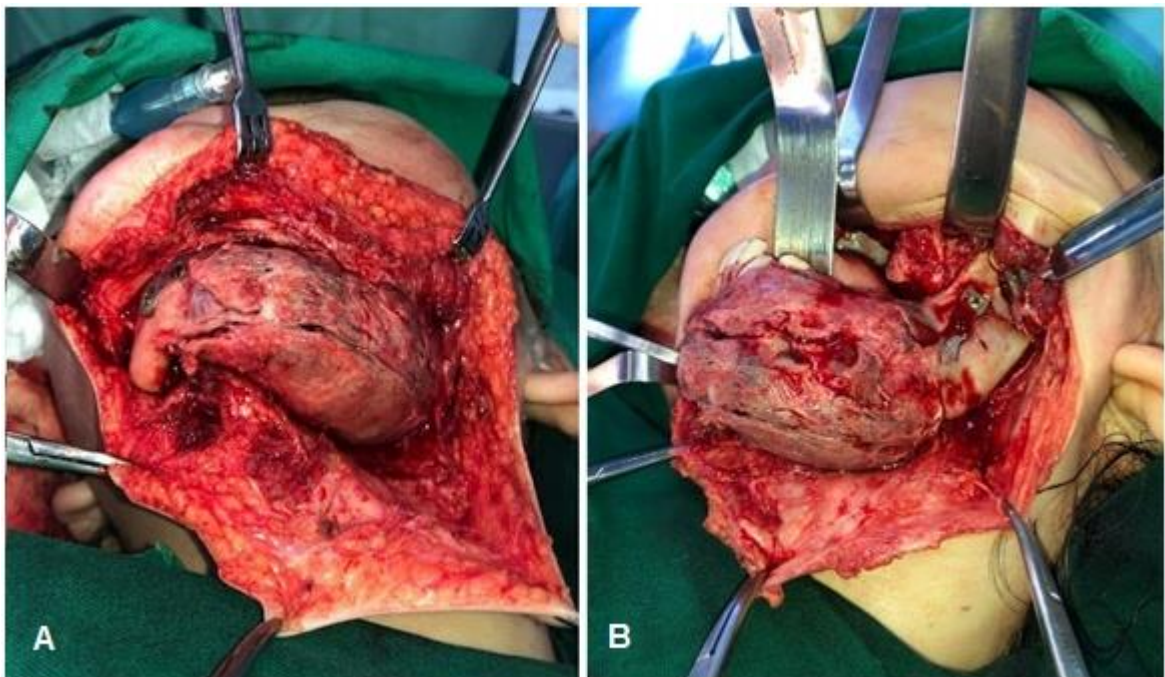


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Demarcação do eixo mandibular, apófise coronoide, basilar da mandíbula e da incisão submandibular.

B) Incisão por planos da região do ramo ascendente do lado esquerdo até a lateral do lado oposto.

Figura 18 – Imagens clínicas transoperatórias do segundo ato cirúrgico



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Incisão por planos. B) Início da remoção da lesão.

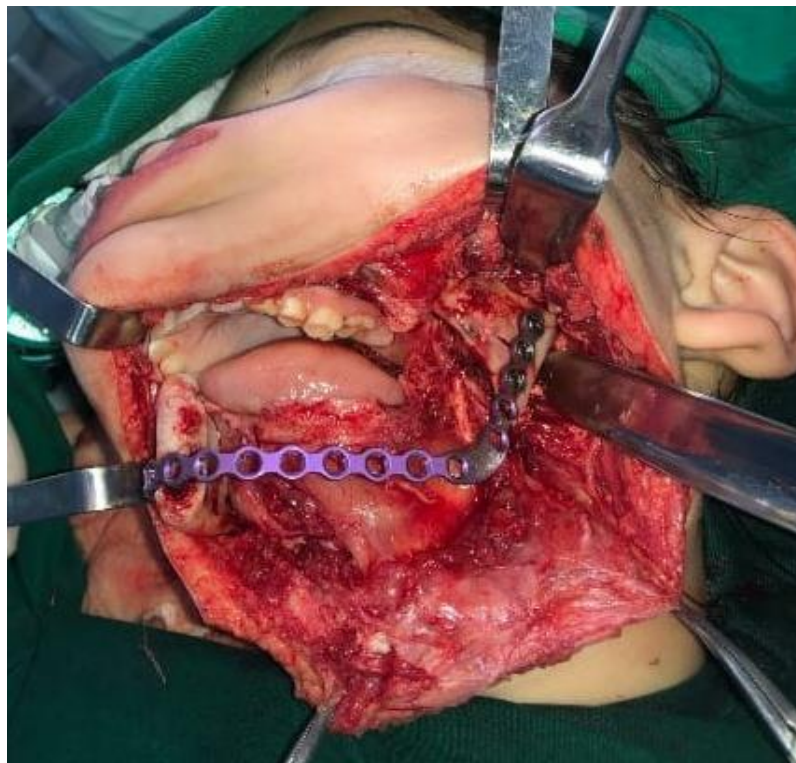
Figura 19 – Bloco removido durante o procedimento cirúrgico



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: É possível observar a extensão da lesão de incisivo lateral permanente inferior do lado direito até ramo ascendente do lado esquerdo. Placa de fixação comprometida já removida do fragmento.

Figura 20 – Nova placa de fixação em posição



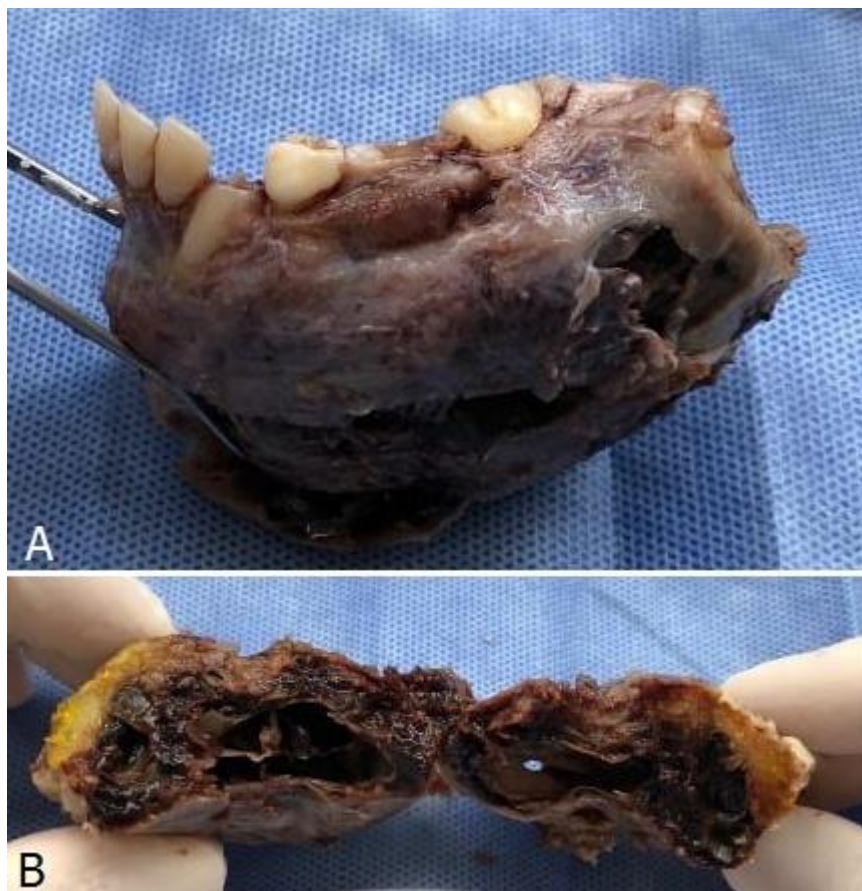
Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Após o procedimento cirúrgico, o bloco foi enviado novamente para análise histopatológica que atestou o diagnóstico de Cisto Ósseo Aneurismático associado a Fibroma Ossificante Trabecular juvenil.

Macroscopicamente foi possível observar diversas cavidades no fragmento removido, o que vai de encontro com as características do cisto ósseo aneurismático. Microscopicamente, observam-se diversas cavidades contendo sangue, trabéculas ósseas, estroma com marcada atividade fibroblástica e infiltrado linfoplasmocitário.

Após alguns dias do ato cirúrgico foi possível observar leve assimetria facial, no entanto houve a manutenção da estética da paciente considerando a extensão do fragmento removido. Um novo exame radiográfico panorâmico foi solicitado no pós-operatório imediato, a fim de verificar a fixação da nova placa instalada.

Figura 21 – Aspecto macroscópico do bloco removido

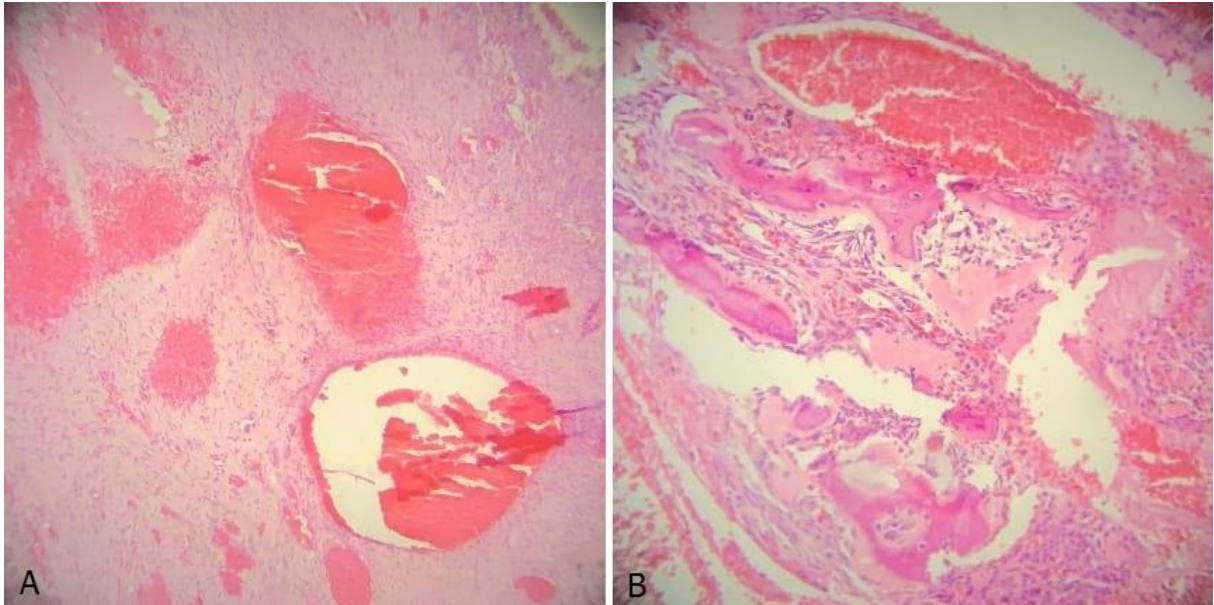


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Extensão do fragmento removido.

B) Em corte sagital da peça, é possível observar cavidades.

Figura 22 – Lâmina histológica



Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2018).

Notas: A) Observa-se a presença de cavidades com degeneração hialina, e intenso estroma fibroblástico (HE-100X).

B) Presença de trabéculas osteoides, osteoblastos e células gigantes multinucleadas (HE-100X).

Figura 23 – Imagem clínica da paciente após a segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Notas: A) Lado direito sem alterações. Observa-se ainda a extensão da incisão realizada e por consequência a sutura.

B) Fotografia frontal evidenciando leve assimetria facial no lado esquerdo, que se deve à instalação da placa de fixação.

C) Lado esquerdo, no qual se observa a região e extensão da incisão, bem como da sutura.

Figura 24 – Radiografia panorâmica do pós-operatório imediato da segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Radiografia panorâmica realizada a fim de observar a fixação da placa instalada no ato cirúrgico.

A paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico regular, apresentando um bom grau de neoformação óssea.



## 4 DISCUSSÃO

Descreveremos um caso de uma menina, branca, de 09 anos de idade com um Cisto Ósseo Aneurismático associado a Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil de tamanho extenso, que se expandiu rapidamente causando destruição na mandíbula direita, e inicialmente teve um diagnóstico incerto

Incomum em ossos do crânio, o Cisto Ósseo Aneurismático é uma lesão osteolítica com espaços repletos por sangue, delimitados por septos constituídos de tecido conjuntivo, benigna, mas frequentemente de rápida expansão.

O Cisto Ósseo Aneurismático afeta de maneira mais comum jovens, possuindo maior incidência na segunda década de vida. Na literatura não encontramos diferenças significativas quanto à predileção por gênero, apesar de haver relatos de pequena ocorrência maior em mulheres.

“Os Cistos Ósseos Aneurismáticos são geralmente considerados de natureza reativa, e cerca de 50% deles são ‘secundários’ [...] sendo os mais frequentes tumor de células gigantes, condroblastoma e displasia fibrosa” (SCIOT *et al.*, 2000, p. 1206).

“Teorias tentam explicar a origem e classificá-los em lesões primárias ou secundárias. A maioria é considerada lesão primária congênita que pode coexistir com outras patologias ósseas. Outros sugerem origem vascular” [...] (CAPOTE-MORENO *et al.*, 2009, p. 139). Sendo ainda bastante confusa e inconclusiva a etiopatogenia deste pseudocisto.

“Outra teoria diferente considera que os COA são lesões secundárias relacionadas à degeneração de uma lesão óssea preexistente, como o granuloma central de células gigantes, a displasia fibrosa ou o fibroma fibrosante ossificante [...]” (CAPOTE-MORENO *et al.*, 2009, p. 140). Teoria essa que poderia ir de encontro com o caso que apresentamos, em que existia a associação do Cisto Ósseo Aneurismático com uma das lesões citadas pelo autor. Esta associação é muito pouco relatada na literatura, podendo-se até chamar de uma relação rara, ainda mais quando se fala de um paciente com menos de dez anos de idade como o do caso em questão. “Com apenas três casos relatados na literatura até o momento” (URS *et al.*, 2013, p. 576).

Neste caso que relatamos, devido aos aspectos clínicos e à ausência de exames complementares na primeira consulta houve suspeita de se tratar de um

abscesso. Realizada punção aspirativa no mesmo momento da chegada da paciente, obteve-se líquido avermelhado compatível com sangue, instante em que se pode descartar imediatamente a hipótese de abscesso, fazendo-se necessário solicitar exames complementares. Devido a isso, foram requisitados diferentes exames complementares como radiografia panorâmica, tomografia computadorizada de deixo cônico, telerradiografia de perfil e pósterio-anterior. Tais exames, por sua vez, mostraram área predominantemente radiolúcida expansiva em corpo de mandíbula, com múltiplas lojas, localizada de canino decíduo com extensão até a região de primeiro molar permanente inferior do lado esquerdo. Observou-se ainda ruptura da cortical vestibular e lingual e também comprometimento da basilar tendo, a tomografia, grande importância na determinação da extensão desse comprometimento.

“O tratamento do COA geralmente é a remoção completa da lesão. Isso pode ser feito por curetagem. A maioria dos casos responde bem à curetagem cirúrgica e, posteriormente, as lesões se enchem de osso” (MOTAMEDI *et al.*, 2008, p. 2099). “Existem vários métodos de tratamento, que incluem curetagem, excisão ampla, embolização arterial” (UPADHYAY *et al.*, 2012, p. 104).

“O tratamento para COA tradicionalmente consistiu em enucleação completa. No entanto, a excisão tem sido recomendada devido à dificuldade de erradicar todo o COA apenas por curetagem” (PADWA; DENHART; KABAN, 1997, p. 1148).

El-Mofty (2012) observa que o FOJ é uma lesão que se instala na maxila em uma idade de oito anos e meio a doze anos de idade. Faixa etária essa que vai de encontro ao caso que relatamos neste trabalho, que pode ser decisiva quando se trata do tratamento a ser escolhido.

“A excisão cirúrgica é o tratamento recomendado para o Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil. Por causa das bordas de infiltração, o tumor deve ser extirpado conservadoramente em sua totalidade” (EL-MOFTY, 2002, p. 302).

“A cirurgia radical pode ser feita se estruturas anatômicas vitais não estiverem envolvidas. O acompanhamento em longo prazo com avaliação regular em intervalos de 6 meses é essencial para prevenir a recorrência” (URS *et al.*, 2013, p. 579).

Depois de estabelecido o diagnóstico de Cisto Ósseo Aneurismático associado a Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil, o tratamento proposto foi de realizar remoção cirúrgica da lesão por meio de acesso cirúrgico intraoral, uma vez

que esse acesso favorece a reabilitação funcional e estética da paciente. Padwa, Denhart e Kaban (1997) falam sobre a importância de o cirurgião-dentista estar ciente quando o COA está associado à outra lesão pois o sucesso sem recidivas pode relacionar-se a um tratamento adequado.

“A base do tratamento COA na região maxilofacial é a cirurgia. Ressecção em bloco é o tratamento com menor risco de recorrência. Portanto, a erradicação do COA por excisão cirúrgica completa [...] permanece como objetivo” (BREUER *et al.*, 2010, p. 1040).

A recidiva do Cisto Ósseo Aneurismático possui uma taxa que pode variar de 8 a 60%, podendo ser relacionada à remoção incompleta de alguma lesão coexistente.

“A recorrência tem sido atribuída ao acesso inadequado e, portanto, à remoção incompleta da lesão” (MOTAMEDI *et al.*, 2008, p. 2099).

Levando em consideração a preocupação de ser um paciente pediátrico, de pouca idade, que tem pela frente toda uma vida a seguir, e evidenciando a necessidade de uma guia óssea para ao crescimento mandibular, optou-se pela remoção conservadora da lesão, por meio do debridamento completo da mesma. Entretanto, passados nove meses da realização do procedimento cirúrgico, observou-se um novo aumento de volume na região, que com o auxílio de exames complementares confirmaram a recidiva da lesão.

O manejo clínico do FOJ ainda é incerto. Tem-se usado o tratamento menos invasivo deixando margens saudáveis quando no caso de lesões com menores dimensões, maiores tamanhos pedem ressecção radical. Vemos que a grande maioria dos trabalhos científicos que abordam o tema tem aconselhado a ressecção completa o mais cedo possível (LOPES *et al.*, 2013).

“A natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, permite a enucleação do tumor” (NEVILLE *et al.*, 2002, p. 542).

“Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão” (SILVEIRA *et al.*, 2016, p. 101). Como no caso da paciente citada, foi instalada barra vestibular de titânio para fixação dos remanescentes a fim de estabelecer maior segurança, devolver resistência ao remanescente ósseo e manutenção dos tecidos moles.

“O tratamento agressivo deve ser seguido em casos de COA associada ao FOJ, já que a recorrência pode estar relacionada ao tratamento inadequado de uma lesão primária associada ao invés do COA em si” (URS *et al.*, 2013, p.597).

Discussão essa bastante relevante quando se fala da agressividade da lesão levando em contrapartida a idade do paciente, em que nos questionamos se a primeira intervenção cirúrgica deve ser ou não radical, mensurando as conseqüências deste modo de intervenção. Por outro ponto de vista, tratando-se de uma criança, se a possibilidade de uma segunda intervenção cirúrgica em caso de recidiva da lesão é válida, uma vez que a primeira cirurgia possa ser radical – e conseqüentemente removendo um fragmento maior do que na cirurgia conservadora.

“A remoção incompleta da lesão propicia a ocorrência de recidivas posteriores, logo o tamanho e a presença de lesões ósseas associadas devem ser considerados no momento da escolha terapêutica” (FRANÇA *et al.*, 2017, p. 60). Sendo assim, após o diagnóstico correto, a lesão foi tratada com sucesso por meio da ressecção cirúrgica e posterior reconstrução, seguindo o caso em acompanhamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da raridade da associação destas lesões na literatura, o diagnóstico se apresentou inicialmente inconclusivo, inclusive com a incerteza do diagnóstico histopatológico. No entanto este se mostrou claro quando obtivemos a combinação dos exames clínicos e radiográficos com o auxílio conclusivo de exames histopatológicos. Sendo este último tipo de exame citado de extrema importância para se definir o diagnóstico final, sendo fornecido por meio do estudo da peça cirúrgica ou do material adquirido pela biópsia incisiva.

Ainda é bastante discutido o tratamento cirúrgico por este ser muito controverso, sendo a ressecção cirúrgica o tratamento de escolha. A realização da ressecção cirúrgica com margem de segurança ou não tem sido discutida em diversos estudos, pois esta etapa parece reduzir a possibilidade de recidiva.

O tratamento em si foi então realizado com embasamento em evidências científicas. O caso ainda está sendo acompanhado e proservado por um ano, sem novas recidivas.

Conforme relatado o COA associado ao Fibroma Ossificante Trabecular Juvenil é um achado bastante raro na clínica e na literatura. Tal fato justifica a importância da realização de vários trabalhos tratando do caso clínico em questão, cada um abrangendo um enfoque: diagnóstico clínico, histopatológico e tratamento clínico cirúrgico conservador.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Contribuir com um novo caso na literatura a fim de aumentar o conhecimento dos profissionais da área sobre o diagnóstico e prognóstico deste tipo de lesão rara. Podendo também auxiliar no tratamento mais rápido do paciente já que o sucesso do tratamento e o correto diagnóstico inicial estão relacionados com a baixa recidiva.

O presente trabalho possui a autorização do responsável da paciente menor de idade, mantendo-se a identidade da mesma preservada. O caso em questão ainda está sendo acompanhado independente da publicação.

## REFERÊNCIAS

- BREUER, C. *et al.* Mandibular aneurysmal bone cyst in a child misdiagnosed as acute osteomyelitis: a case report and a review of the literature. **European Journal Of Pediatrics**, Berlin, v. 169, n. 8, p. 1037-1040, 27 jan. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107833>. Acesso em: 05 maio 2019.
- CAPOTE-MORENO, A. *et al.* Giant aneurysmal bone cyst of the mandible with unusual presentation. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 14, n. 3, p. 137-140, Mar. 2009.
- CAUBI, A. *et al.* Cisto Ósseo aneurismático: relato de caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 11, n. 3, p. 9-14, jul./set. 2011.
- DEEB, M. E.; SEDANO, H. O.; WAITE, D. E. Aneurysmal bone cyst of the jaws. **International Journal Of Oral Surgery**, Minnesota, v. 9, n. 4, p. 301-311, Jan. 1980. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0300-9785\(80\)80039-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0300-9785(80)80039-1). Acesso em: 11 jun. 2019.
- DOMINGUETE, M. H. L. *et al.* Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma Treated with Conservative Surgical Excision. **Case Reports In Dentistry**, Cairo, v. 2014, p. 1-4, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/204258>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- EL-MOFTY, S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: Two distinct clinicopathologic entities. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, St Louis, v. 93, n. 3, p. 296-304, Mar. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1067/moe.2002.121545>. Acesso em: 10 out. 2018.
- EVERSOLE, L. R.; LEIDER, A. S.; NELSON, K. Ossifying fibroma: A clinicopathologic study of sixty-four cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, St. Louis, v. 60, n. 5, p. 505-511, Nov. 1985. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(85\)90239-7](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(85)90239-7). Acesso em: 11 maio 2019.
- FRANÇA, G. M. *et al.* Cisto ósseo aneurismático associado a fibroma ossificante central – relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v. 27, n. 2, p. 53-61, dez. 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/3448/2085>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- JAFFE, H.L.; LICHTENSTEIN, L. Solitary unicameral bone cyst: with emphasis on the Roentgen Picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 44, n. 6, p. 1004-1025, June, 1942.
- KALRA, P. *et al.* Aneurysmal Bone Cyst of Mandible: A Case Report. **Ijss Case Reports&Reviews**, India, v. 1, n. 8, p. 1-4, Jan. 2015.

MOTAMEDI, M. H. *et al.* Assessment of 120 Maxillofacial Aneurysmal Bone Cysts: A Nationwide Quest to Understand This Enigma. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**. Philadelphia, v. 72, n. 8, p. 1523-1530. Aug. 2014. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(14\)00068-8/fulltext](https://www.joms.org/article/S0278-2391(14)00068-8/fulltext). Acesso em: 11 jun. 2019.

MOTAMEDI, M. H. K. *et al.* Variable Presentations of Aneurysmal Bone Cysts of the Jaws: 51 Cases Treated During a 30-Year Period. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 66, n. 10, p. 2098-2103, Oct. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2008.05.364>. Acesso em: 11 maio 2019.

NEVILLE, B. *et al.* Doenças do Osso. In: NEVILLE, B. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 511-553.

PADWA, B. L.; DENHART, B. C.; KABAN, L. B. Aneurysmal bone cyst-“plus”: a report of three cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 55, n. 10, p. 1144-1152. 1997.

PERROTTI, V. *et al.* Solid aneurysmal bone cyst of the mandible. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdã, v. 68, n. 10, p. 1339-1344, Oct. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2004.05.001>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. LABORATÓRIO FACULDADE DE ODONTOLOGIA. **[Arquivo de imagens da FO-PUC]**. Porto Alegre, 2018.

RAPIDIS, A. D. *et al.* Large lytic lesion of the ascending ramus, the condyle, and the infratemporal region. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 62, n. 8, p. 996-1001, Aug. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2004.04.009>. Acesso em: 20 nov. 2018.

SCIOT, R. *et al.* Cytogenetic-Morphologic Correlations in Aneurysmal Bone Cyst, Giant Cell Tumor of Bone and Combined Lesions. A Report from the CHAMP Study Group. **Modern Pathology**, Baltimore, v. 13, n. 11, p. 1206-1210, Nov. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.3880224>. Acesso em: 03 maio 2019.

SILVA, E. D. O. *et al.* Cisto Ósseo Aneurismático: Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 7, n. 4, p. 9-18, out./dez. 2007.

SILVEIRA, D. T. *et al.* Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 100-104, jan. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2015.04.024>. Acesso em: 03 maio 2019.

SUN, Z. *et al.* Aneurysmal Bone Cysts of the Jaws: Analysis of 17 Cases. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 68, n. 9, p. 2122-2128, Sept. 2010.



Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2009.07.111>. Acesso em: 22 mar. 2019.

TRIANAFILLIDOU, K. *et al.* Variable histopathological features of 6 cases of aneurysmal bone cysts developed in the jaws: Review of the literature. **Journal Of Cranio-maxillofacial Surgery**, Scotland, v. 40, n. 2, p. 33-38, Feb. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2011.03.010>. Acesso em: 10 out. 2018.

UPADHYAY, D. *et al.* Radiologic and pathologic correlation of aneurysmal bone cysts at unusual sites. **Journal Of Cancer Research And Therapeutics**, Mumbai, v. 8, n. 1, p. 103-105, Jan./Mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1482.95183>. Acesso em: 12 dez 2018.

URS, A. B. *et al.* Rare pediatric presentation of aneurysmal bone cyst with trabecular juvenile ossifying fibroma and ossifying fibroma. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 77, n. 4, p. 576-580, Apr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.12.021>. Acesso em: 20 jan. 2019.

## ANEXO A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_, complemento \_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr. \_\_\_\_\_ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizadas e divulgadas.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que o Dr. \_\_\_\_\_ e a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Igrejinha/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_