

# Fibroma ossificante juvenil localizado em mandíbula: relato de caso e breve revisão da literatura

## *Juvenile Ossifying Fibroma of the Mandible: Case Report and Brief Review of the Literature*

Renato Luiz Maia Nogueira<sup>I</sup>  
Cassiano Francisco Weege Nonaka<sup>II</sup>  
Roberta Barroso Cavalcante<sup>III</sup>  
Abrahão Cavalcante Carvalho<sup>III</sup>  
Lélia Batista de Souza<sup>IV</sup>

Recebido em 19/03/2008  
Aprovado em 19/07/2008

### RESUMO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é designado como um neoplasma fibro-ósseo benigno, observado em indivíduos jovens. São descritas duas variantes clínico-patológicas, denominadas de fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJtr) e fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJps). Essas lesões, quando acometem ossos gnáticos, localizam-se preferencialmente em maxila, sendo incomum a apresentação de lesões em mandíbula. Histologicamente, essa lesão caracteriza-se por estroma fibroso densamente celularizado, exibindo depósitos de osteoide desprovido de margem osteoblástica, associados a trabéculas de osso imaturo mais típicas, no caso de FOJtr, e ocasionais estruturas psamomatoides, evidenciadas em FOJps. O presente trabalho relata um caso de FOJ de ampla extensão, localizado na mandíbula de um menino de 11 anos bem como revisa os principais achados na literatura com relação à etiopatogênese e a aspectos clínico-patológico-terapêuticos.

**Descritores:** Fibroma Ossificante. Mandíbula/fisiopatologia. Neoplasias Ósseas.

### ABSTRACT

Juvenile ossifying fibroma (JOF) is a benign fibro-osseous neoplasm. Two distinct clinicopathologic variants, namely, juvenile trabecular ossifying fibroma (JTOF) and juvenile psammomatoid ossifying fibroma (JPOF) are described. When located in the gnathic bones, these lesions show a predilection for the maxilla, their occurrence in the mandible being uncommon. Histologically, the JOF is characterized by a cell-rich fibrous stroma, containing bands of osteoid without osteoblastic lining, together with more typical immature woven bone trabeculae in JTOF, and occasional psammomatoid structures in JPOF. The present paper reports a case of an 11-year-old boy with a large mandibular JOF, and reviews the main aspects described in the literature related to the etiopathogenesis and clinicopathologic and therapeutic aspects of JOF.

**Keywords:** Ossifying, Fibroma. Mandible/physiopathology. Bone Neoplasm.

<sup>I</sup> Professor Assistente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FFOE – UFC, Coordenador da Residência em CTBMF do Hospital Batista Memorial de Fortaleza.

<sup>II</sup> Aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da UFRN.

<sup>III</sup> Professora Adjunta da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Doutora em Patologia Oral pela UFRN.

<sup>IV</sup> Residente em CTBMF do Hospital Batista Memorial de Fortaleza.

<sup>V</sup> Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da UFRN.

## INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) consiste em um neoplasma benigno incomum, distinguindo-se de outras lesões fibro-ósseas em decorrência da faixa etária dos indivíduos acometidos, locais mais comuns de ocorrência e comportamento clínico<sup>1,2</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em recente publicação sobre tumores de cabeça e pescoço (2005), descreve o FOJ como uma lesão comumente observada em indivíduos abaixo dos 15 anos de idade, caracterizada histologicamente por estroma fibroso densamente celularizado, exibindo depósitos de osteoide desprovido de margem osteoblástica, associados a trabéculas de osso imaturo mais típicas<sup>3</sup>.

O termo FOJ tem sido empregado na literatura para descrever duas variantes histopatológicas distintas do fibroma ossificante do esqueleto craniofacial, denominadas de fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJps) e fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJtr)<sup>4</sup>. Apesar de muitos pesquisadores considerarem o FOJps e o FOJtr apenas como variantes histopatológicas de um mesmo neoplasma<sup>5</sup> estudos têm sugerido que essas lesões possam representar duas entidades clínico-patológicas distintas<sup>4</sup>.

## REVISÃO DE LITERATURA

A primeira descrição na literatura de FOJps é atribuída a Benjamins<sup>6</sup>, o qual relatou, em 1938, um caso desta entidade patológica em seio frontal, designando-a, à época, de fibroma osteoide com ossificação atípica. Posteriormente, Gögl<sup>7</sup>, em 1949, descreveu dois casos, um destes afetando o seio frontal de um menino de 5 anos de idade, e outro acometendo o seio etmoide de uma menina de 9 anos, designando tais entidades, histopatologicamente semelhantes ao caso reportado por Benjamins<sup>6</sup>, como fibroma ossificante psamomatoide.

Apesar de o termo "fibroma ossificante juvenil" ter sido utilizado pela OMS, em sua segunda classificação dos tumores odontogênicos<sup>8</sup>, caracteri-

zando histopatologicamente a variante trabecular do fibroma ossificante juvenil, o primeiro relato dessa patologia é atribuído a Reed e Hagy<sup>9</sup>, os quais descreveram, em 1965, dois casos do referido neoplasma, sendo um desses na maxila de uma menina de 8 anos de idade, e o outro localizado na mandíbula de um menino de 12 anos.

O termo "ativo", que pode suscitar a interpretação de um processo evolutivo rápido, relaciona-se ao comportamento agressivo local, que pode ser evidenciado em alguns casos, representado por erosão óssea, com subsequente infiltração dos tecidos circunvizinhos e, raramente, morte por envolvimento de estruturas nobres locais<sup>10-12</sup>.

Apesar de estudos, como os de Johnson et al.<sup>13</sup> e Rinaggio, Land e Cleveland<sup>2</sup>, sugerirem um acometimento significativamente maior em homens, de uma forma geral, não se observa predileção com relação ao sexo, em ambas variantes, e, com relação aos ossos gnáticos, descreve-se discreta preferência de localização em maxila<sup>1,14</sup>. Não obstante, as lesões em mandíbula encontram-se, comumente, localizadas na região de pré-molares e molares<sup>11,15</sup>.

Clinicamente, as lesões de FOJ podem ser descobertas por meio de exames radiográficos de rotina ou se apresentarem como tumefações assintomáticas nos ossos afetados, exibindo crescimento que varia de gradual a rápido. Dependendo da localização, sintomas, como obstrução nasal, dor, sinusite e proptose, podem ser relatados<sup>16,17</sup>. Radiograficamente, os FOJs apresentam-se, mais comumente, como radiotransparências circunscritas que, em certos casos, apresentam focos radiopacos centralmente. Além disso, lesões que ocorrem no interior do seio maxilar podem aparecer radiodensas, causando velamento, o qual pode ser confundido com sinusite<sup>1,14</sup>.

Leimola-Virtanen, Vähätalo e Syrjänen<sup>11</sup> e Saiz-Pardo-Pinos et al.<sup>18</sup> descrevem, ainda, que a circunscrição da lesão por bordo esclerótico radiopaco é um indício importante no diagnóstico diferencial de

outras condições que podem apresentar características histológicas sobrepostas, como a displasia fibrosa. Contudo, Brannon e Fowler<sup>5</sup> destacam que, apesar da circunscrição óssea reacional, não se verifica a presença de cápsula fibrosa, delimitando o FOJ.

Microscopicamente, FOJps e FOJtr apresentam-se como massas não-encapsuladas, mas bem demarcadas em relação ao osso circunvizinho, consistindo em tecido conjuntivo fibroso celular, revelando ora áreas pobremente celularizadas ora áreas densamente celularizadas, com ocasionais focos mixomatosos associados à degeneração pseudocística bem como áreas de hemorragia e grupamentos pequenos de células gigantes multinucleadas. Figuras mitóticas podem ser evidenciadas, porém não são numerosas<sup>1,14,17</sup>.

Características descritas como mais peculiares aos FOJtr incluem aglomerados irregulares de osteoide altamente celular, o quais envolvem osteócitos volumosos e irregulares. Tais aglomerados apresentam-se frequentemente margeados por osteoblastos volumosos e, em outras áreas, por osteoclastos<sup>1,4</sup>. Por sua vez, o FOJps exibe lamelas concêntricas e ossículos esféricos, os quais podem apresentar morfologia variada e, tipicamente, têm centros basofílicos com margem osteoide eosinofílica periférica<sup>3</sup>. A estes aspectos, Brannon e Fowler<sup>5</sup> adicionam a presença de áreas semelhantes ao cisto ósseo aneurismático.

Embora taxas significativas de recorrência tenham sido relatadas, variando entre 30% - 58%<sup>14</sup>, a enucleação cirúrgica com curetagem consiste no tratamento de escolha<sup>12,17</sup>, tendo-se como guias para a extensão do procedimento, especialmente, a localização e o tamanho do tumor, em detrimento ao subtipo histológico verificado por meio de biópsia<sup>5</sup>.

Para Saiz-Pardo-Pinos et al.<sup>18</sup>, as recorrências locais decorrem da remoção incompleta do tumor, apesar de serem sugeridas alterações metabólicas locais no osso afetado como causas plausíveis<sup>11,19</sup>. Dessa forma, sugere-se preservação clínica e radiográfica por períodos prolongados. Apesar das

taxas de recorrências reportadas, não há relatos de transformação maligna destas lesões<sup>2,5</sup>.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, raça branca, 11 anos de idade e apresentou-se ao Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Batista Memorial de Fortaleza/CE, queixando-se de aumento de volume assintomático, localizado na região esquerda de mandíbula, medindo em seu maior diâmetro 8 cm, com história de evolução de aproximadamente 2 meses. Ao exame radiográfico panorâmico, constatou-se a presença de lesão radiopaca difusa, exibindo perifericamente discreta margem radiolúcida, bem delimitada, estendendo-se da região de parassínfise esquerda a ramo ascendente, associada a deslocamento do 2º e 3º molares (Figura 1).



**Figura 1 - Aspecto radiográfico da lesão.**

Os achados clínicos e radiográficos sugeriam, dentre outras hipóteses, tratar-se de um fibroma ossificante juvenil. Procedeu-se, então, à biópsia incisional através de acesso intraoral, com posterior encaminhamento do material ao Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia Bucal do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). O exame macroscópico dos espécimes obtidos revelou diversos fragmentos irregulares de consistência borrachoide e de coloração esbranquiçada.

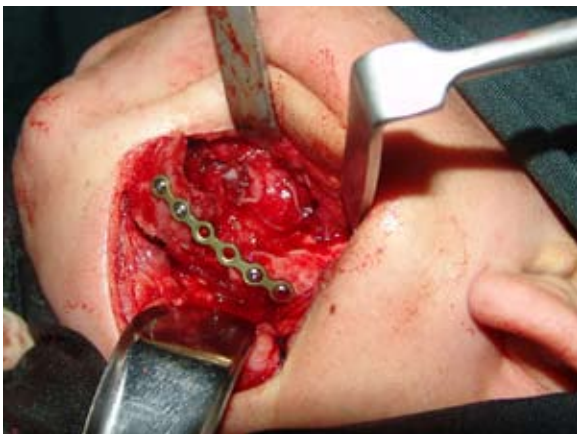
O exame histopatológico dos referidos espécimes, através de cortes com 5mm de espessura, corados pela técnica da Hematoxilina e Eosina, revelou a presença de tecido conjuntivo fibroso, exibindo feixes colágenos alongados, distribuídos ora frouxamente, ora de forma predominantemente densa, arranjados

em padrão, por vezes, vorticular, entremeados por fibroblastos com morfologia, variando de ovoide a fusiforme, com moderada vascularização. Mitoses faziam-se presentes, embora escassas e dentro dos padrões de normalidade.

Tendo em vista a remoção apenas do componente de tecido mole da lesão, o diagnóstico histopatológico estabelecido foi de neoplasia mesenquimal benigna, sugerindo-se a exérese completa do tumor para determinação do diagnóstico definitivo. Dois meses após o procedimento cirúrgico inicial, o paciente foi submetido à excisão completa conservadora da lesão através de enucleação, seguida de ostectomia periférica. Em razão da localização e da extensão do tumor, optou-se por abordagem cirúrgica extraoral (Figura 2). Durante o procedimento operatório, ocorreu fratura no corpo da mandíbula, em decorrência da delgada espessura de osso basilar remanescente, sendo realizada sua redução com fixação de placa de titânio do sistema 2.0 (Figura 3), associada à contenção rígida maxilo-mandibular.

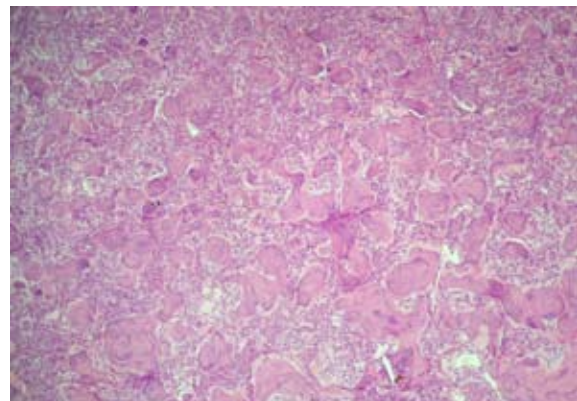


**Figura 2 - Acesso cirúrgico extraoral.**



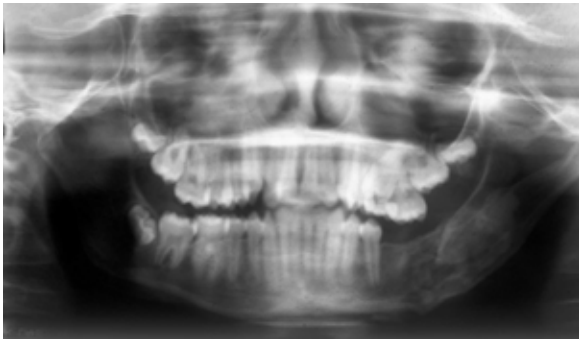
**Figura 3 - Redução da fratura mandibular.**

A análise dos cortes histológicos obtidos do material proveniente desta última intervenção, corados pela técnica de rotina da Hematoxilina e Eosina, revelou fragmentos de tecido conjuntivo constituídos de feixes alongados de fibras colágenas, de densidade variável, entrepostos por fibroblastos com morfologia variando de ovoide a fusiforme, além de vasos sanguíneos de calibres diversos (Figura 4). Evidenciavam-se massas de material mineralizado osteoide (Figura 4), exibindo ocasional margem osteoblástica típica e, por vezes, lacunas de Howship proeminentes. Em áreas mais densamente celularizadas, pôde-se constatar a presença de glóbulos de material com centro basofílico e margem eosinofílica de aspecto regular, assemelhando-se a corpos de psamoma (Figura 4). Dessa forma, aliando-se a apresentação clínica e radiográfica ao exame anátomo-patológico, a lesão foi diagnosticada como fibroma ossificante juvenil.



**Figura 4 - Fotomicrografia revelando tecido conjuntivo constituído por feixes de fibras colágenas entrepostos de numerosos fibroblastos, além de material mineralizado sob a forma de osteoide e glóbulos de material basofílico, assemelhando-se a corpos de psamoma (H/E 100x).**

Após 1 ano e 9 meses de preservação, evidencia-se, por meio de radiografia panorâmica, neoformação óssea no sítio cirúrgico (Figura 5) assim como ausência de sintomatologia.



**Figura 5 - Radiografia do controle, evidenciando neoformação óssea no sítio cirúrgico.**

## DISCUSSÃO

Para Sun et al.<sup>1</sup> e Zama et al.<sup>19</sup>, o diagnóstico definitivo de FOJ deve ser suportado por diversos parâmetros, como: idade dos pacientes (comumente abaixo dos 15 anos), aspectos radiográficos, tendência à recorrência bem como localização anatômica. Rinaggio, Land e Cleveland<sup>2</sup> destacam que o crescimento rápido observado em alguns casos dessas lesões pode ser alarmante, causando suspeita de uma possível malignidade. Assim, esses autores enaltecem a importância do papel dos patologistas em estabelecer o caráter benigno da condição, evitando intervenções cirúrgicas inapropriadas.

Na maioria dos casos, o FOJ apresenta-se em maxila, seios paranasais, órbita e complexo fronto-etmoidal, com a mandíbula sendo acometida em menores proporções<sup>14,16,19</sup>. Reiterando a escassez de casos de FOJ na mandíbula, Leimola-Virtanen et al.<sup>11</sup> afirmam que as lesões nesta localização correspondem a cerca de 10% dos casos, dados que enaltecem a peculiaridade do caso ora relatado.

Nosso caso corrobora as constatações de Espinosa et al.<sup>12</sup> e Saiz-Pardo-Pinos et al.<sup>18</sup>, os quais descrevem como características para as lesões de FOJ em mandíbula a ausência de sintomatologia dolorosa, sendo esses casos descobertos em decorrência da expansão óssea cortical, resultando em assimetria facial.

Com relação aos achados radiográficos, o caso ora apresentado encontra-se em consonân-

cia com diversos outros casos apresentados na literatura<sup>11,19,20</sup>, os quais descrevem que o aspecto radiográfico do FOJ favorece a distinção desta entidade em relação a lesões como a displasia fibrosa, em decorrência da relativa delimitação entre o neoplasma e o tecido ósseo circunvizinho<sup>19</sup>. Adicionalmente, a expansão das corticais ósseas mandibulares, associadas a graus variáveis de opacidades centrais, constatados por meio da tomografia computadorizada neste caso, também são reportados em outros casos de FOJ<sup>12</sup>.

Dentre os estudos responsáveis pela distinção entre FOJtr e FOJps, enaltece-se o trabalho desenvolvido por Slootweg et al.<sup>21</sup>. Esses autores, analisando 33 casos de FOJ, tendo como localizações os ossos gnáticos e seios paranasais, verificaram que o FOJtr apresentava-se em indivíduos com faixa etária mais jovem (média de 11.8 anos) ao passo que o FOJps acometia faixas etárias mais avançadas (média de 22.6 anos) e revelava, histologicamente, estroma mais celularizado.

Pesquisas recentes corroboram os resultados do estudo supracitado. El-Mofty<sup>4</sup>, realizando análises em séries de casos de FOJ, observou que o FOJps apresentava-se comumente em indivíduos mais velhos (16 - 33 anos), revelando maior amplitude de distribuição dos casos em relação à idade (3 meses - 72 anos) e tendo como sítios de predileção os ossos orbitais e sino-nasais. Por sua vez, o FOJtr foi identificado em indivíduos mais jovens (8,5 - 12 anos), com menor amplitude de distribuição dos casos (2 - 12 anos), afetando, predominantemente, os ossos gnáticos<sup>4</sup>.

A despeito das tentativas de distinção entre FOJps e FOJtr, Brannon e Fowler<sup>5</sup> afirmam que os achados clínicos, radiográficos e histopatológicos dessas lesões exibem sobreposições e similaridades suficientes, sugerindo-as como variantes do mesmo neoplasma. Em nosso caso, os aspectos histopatológicos do FOJ revelaram tanto áreas características da variante trabecular como da variante psamomatoide.

Diversos relatos demonstram que a intervenção cirúrgica conservadora proporciona resultados superiores em relação à terapia radical. Dentre esses, apontam-se três casos de FOJ localizados em mandíbula, descritos por Leimola-Virtanen et al.<sup>11</sup> e Saiz-Pardo-Pinos et al.<sup>18</sup>. Conforme esses autores, a remoção das lesões por curetagem e enucleação permitiu, apesar das recorrências verificadas, o desenvolvimento ósseo, as funções mastigatória e do nervo alveolar inferior.

Corroborando estas afirmações, Bhat e Naseeruddin<sup>10</sup> enfatizam que qualquer procedimento cirúrgico deve levar em consideração os possíveis danos sobre o desenvolvimento do esqueleto facial dos pacientes com FOJ. Para esses autores, o tipo de acesso e intervenção cirúrgica são ditados pela extensão do tumor, sugerindo técnicas operatórias de campo aberto para visualização adequada do neoplasma e, conseqüentemente, remoção completa da lesão, reduzindo as chances de recorrências.

Reiteramos a assertiva de Bhat e Naseeruddin<sup>10</sup> e Singh et al.<sup>16</sup>, optando pelo acesso cirúrgico extraoral, o qual proporcionou melhor visualização do campo operatório e, conseqüente remoção completa da lesão, minimizando as chances de recorrência. Ainda assim, a abordagem cirúrgica pode ser considerada conservadora em virtude de preservar a estrutura mandibular, mesmo após fratura durante o procedimento operatório.

Até o presente momento, o caso tem demonstrado resultados plenamente satisfatórios, não obstante, se ressalta a importância de um período de preservação prolongado, como indicado por Rinaggio, Land e Cleveland<sup>2</sup> e Wells e Kaplan<sup>17</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FOJ é um neoplasma fibro-ósseo pouco frequente, observado em indivíduos jovens, que pode assumir comportamento clínico agressivo, caracterizado histologicamente por estroma fibroso, densamente celularizado, exibindo depósitos de

osteóide, desprovido de margem osteoblástica, associados a trabéculas de osso imaturo mais típicas, com esporádicas deposições globulares de material de aspecto psamomatóide.

Em ossos gnáticos, o FOJ revela predileção pela maxila, com poucos casos reportados em mandíbula. Adicionalmente, apesar da caracterização de duas variantes clínico-patológicas distintas, designadas de FOJtr e FOJps, muitas vezes, podem ser observadas sobreposições de achados clínicos e histopatológicos entre essas entidades.

Os achados radiográficos da condição são importantes auxiliares no diagnóstico diferencial entre o FOJ e outras lesões que exibem sobreposições com relação ao quadro histopatológico. O tratamento de escolha é do tipo conservador, sugerindo-se um amplo período de preservação em decorrência das taxas relativamente altas de recidivas.

## REFERÊNCIAS

1. Sun G, Chen X, Tang E, Li Z, Li J. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36:82-5.
2. Rinaggio J, Land M, Cleveland DB. Juvenile ossifying fibroma of the mandible. *J Pediatr Surg.* 2003; 38:648-50.
3. Slootweg PJ, El-Mofty SK. Ossifying fibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology & Genetics – Head and Neck Tumours.* Lyon: IARC Press; 2005.
4. El-Mofty S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:296-304.
5. Brannon RB, Fowler CB. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol.* 2001;8:126-43.

6. Benjamins CE. Das osteoid-fibroma mit atypischer Verkalkung im sinus frontalis. *Acta Otolaryngol.* 1938; 26:26-43.
7. Gögl H. Das psammo-osteoid fibroma der nase und ihrer Nebenhöhlen. *Monatsschr Ohrenheilkd Laryngorhinol.* 1949;83:1-10.
8. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors.* 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992.
9. Reed RJ, Hagy DM. Benign non-odontogenic fibro-osseous lesions of the skull: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965;19:214-27.
10. Bhat KV, Naseeruddin K. Sublabial approach to sinonasal juvenile ossifying fibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2002;64:239-42.
11. Leimola-Virtanen R, Vähätalo K, Syrjänen S. Juvenile active ossifying fibroma of the mandible: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:439-44.
12. Espinosa SA, Villanueva J, Hampel H, Reyes D. Spontaneous regeneration after juvenile ossifying fibroma resection: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:e32-e35.
13. Johnson LC, Yousefi M, Vinh TN, Heffner DK, Hyams VJ, Hartman KS. Juvenile active ossifying fibroma: its nature, dynamics and origin. *Acta Otolaryngol. Suppl* 1991;448:1-40.
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JR. *Patologia Oral & Maxilofacial.* 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
15. Regezi JA, Sciubba JJ, Pogrel MA. *Atlas de patologia oral e maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
16. Singh I, Ghimire A, Bhadani P, Nepal A, Maharjan M, Gauum D et al. Proptosis in a young child. *Indian J Pediatr.* 2006;73:537-8.
17. Wells DL, Kaplan K. Pathologic quiz case: a 10-year-old boy with swelling of the left maxilla. *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127:359-60.
18. Saiz-Pardo-Pinos AJ, Olmedo-Gaya MV, Prados-Sánchez E, Vallecillo-Capilla M. Juvenile ossifying fibroma: a case study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9:454-8.
19. Zama M, Gallo S, Santecchia L, Bertozzi E, De Stefano C. Juvenile active ossifying fibroma with massive involvement of the mandible. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:970-4.
20. Williams HK, Mangham C, Speight PM. Juvenile ossifying fibroma: an analysis of eight cases and a comparison with other fibro-osseous lesions. *J Oral Pathol Med.* 2000;29:13-8.
21. Slootweg PJ, Panders AK, Koopmans R, Nikkels PG. Juvenile ossifying fibroma: an analysis of 33 cases with emphasis on histopathological aspects. *J Oral Pathol Med.* 1994;23:385-8.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**

Profª. Dra. Lélia Batista de Souza  
Departamento de Odontologia  
Av. Senador Salgado Filho, 1787  
Lagoa Nova – Natal/RN  
CEP 59056-000  
e-mail: lelia.souza@pesquisador.cnpq.br

