

Fibroma ossificante juvenil trabecular: relato de caso

Juvenile trabecular ossifying fibroma: case report

Fibroma ossificante trabecular juvenil: reporte de un caso

RESUMO

O fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJTr) é uma lesão fibro-óssea benigna rara de comportamento agressivo, alto potencial de recorrência, e acometimento no esqueleto craniofacial de crianças e adolescentes. Uma paciente do gênero feminino, 8 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Patologia Oral e Maxilofacial da Universidade de Gurupi – UNIRG para avaliação clínica de um aumento de volume na região de corpo da mandíbula do lado esquerdo. Não havia sintomatologia dolorosa e sequer desconforto. Nos exames de imagem (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada) foram observados uma extensa área radiolúcida que se estendia desde o primeiro molar permanente com rizogênese incompleta até o incisivo central do lado oposto. Após a realização da biópsia incisiva e laudos histopatológicos realizou-se a remoção completa da lesão incluindo os remanescentes decíduos sobrejacentes ao fibroma. Nas imagens de controle pós-operatório aos 90 dias (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada), notou-se sinais de neoformação óssea com espessamento basilar e os germes dos dentes permanentes em franco desenvolvimento. Diante disso, ressalta-se a importância do conhecimento dos aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos para a realização de um correto diagnóstico e tratamento adequado afim de reduzir as altas taxas de recidivas. **Palavras-chaves:** Fibroma; Fibroma ossificante; Fibroma ossificante juvenil; Fibroma ossificante juvenil trabecular.

ABSTRACT

Trabecular juvenile ossifying fibroma (TrJO) is a rare benign fibro-osseous lesion, with aggressive behavior, high recurrence potential, which affects the craniofacial skeleton of children and adolescents. This paper aims to describe a clinical case in a female patient, 8 years old, who attended the Oral and Maxillofacial Pathology outpatient clinic – Faculty of Dentistry – University of Gurupi – UNIRG, city of Gurupi – TOCANTINS – BRAZIL for clinical evaluation of an increased in volume in the region of the mandible body, on the left side. There was no painful symptomatology or even discomfort. Imaging examinations (panoramic radiography and computed tomography (CT) showed an extensive radiolucent area that extended from the first permanent molar with incomplete root formation to the central incisor on the opposite side. After performing an incisive biopsy and histopathological examination, the lesion was completely removed including the remainder deciduous teeth overlying the tumor. In the postoperative control images at 90 days (panoramic radiography and CT), signs of bone neoformation with basilar thickening and the germs of the permanent teeth in full development were noted. In view, this importance of knowledge of clinical, radiographic and histopathological aspects is emphasized for the realization of a correct diagnosis and adequate treatment in order to reduce the high rates of relapses. **Key-words:** Fibroma; Ossifying fibroma; Juvenile ossifying fibroma; Trabecular juvenile ossifying fibroma.

Myllena Pereira do Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9994-9835>
Cirurgiã Dentista, Brasil
E-mail: myllenaodontologia@gmail.com

Jamil Elias Dib

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5306-4783>
MSc. Cirurgião bucomaxilofacial; Prof. Cirurgia Buco Maxilofacial - UNIRG – Gurupi, TO - Brasil; Cirurgião Buco Maxilofacial no Hospital de Emergência de Goiânia (HUGO) e Hospital de Emergência de Anápolis (HUANA), Goiás - Brasil.
E-mail: jamil_dib1@hotmail.com

Natália Ribeiro da Silveira Carlotto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0290-8317>
Cirurgiã Dentista, Brasil
E-mail: nataliaribeiro91@gmail.com

Matheus Branco Elias Dib

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8982-7519>
Cirurgião bucomaxilofacial no Hospital Municipal de Tatuapé - São Paulo e Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho Ferraz de Vasconcelos - São Paulo, Brasil.
E-mail: drmatheusdib@gmail.com

Vinicius Branco Elias Dib

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0132-6841>
Médico; Cirurgião Geral; Residente em Cirurgia Plástica – Hospital do Servidor Público São Paulo, Brasil.
E-mail: viniciusdib.07@gmail.com

Vinicius Alves Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0655-9417>
Especialista em Endodontia - ICEAG, Gurupi - TO; Especialista em Ortodontia - ICEAG, Gurupi - TO; Especialista em Radiologia e Imagiologia, ABO - GO; Especialista em Patologia, ABO - GO.
E-mail: viniciusorto@gmail.com

RESUMEN

El fibroma ossificante trabecular juvenil (TRFOJ) es una lesión fibroósea benigna rara con comportamiento agresivo, alto potencial de recurrencia y afectación del esqueleto craneofacial de niños y adolescentes. Paciente femenina de 8 años de edad que acude al ambulatorio de Patología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Gurupi - UNIRG para evaluación clínica de aumento de volumen en la región del cuerpo mandibular del lado izquierdo. No presentaba sintomatología dolorosa ni molestias. Los exámenes de imagen (radiografía panorámica y tomografía computarizada) mostraron una extensa área radiolúcida que se extendía desde el primer molar permanente con formación radicular incompleta hasta el incisivo central del lado opuesto. Tras realizar la biopsia incisional y los informes histopatológicos, se procedió a la extirpación total de la lesión, incluidos los remanentes caducos que recubrían el fibroma. En las imágenes de control postoperatorio a los 90 días (radiografía panorámica y tomografía computarizada), se observaron signos de neoformación ósea con engrosamiento basilar y los gérmenes de los dientes permanentes en pleno desarrollo. Por tanto, es importante conocer los aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos para la realización de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado con el fin de reducir las altas tasas de recaídas. **Palabras Clave:** Fibroma; fibroma ossificante; Fibroma ossificante juvenil; Fibroma ossificante trabecular juvenil.

INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é uma lesão benigna rara do grupo das fibro-ósseas, acomete indivíduos jovens, e é caracterizada pela substituição de um tecido ósseo saudável por um tecido fibroso benigno contendo um produto mineralizado^{8,10}. O FOJ pode ser facilmente diferenciado de outras lesões fibro-ósseas pelas suas características clínicas, histopatológicas e os locais mais comuns de ocorrência⁷.

Possui um comportamento clínico agressivo, altos índices de recidiva, envolvendo ambos os ossos gnáticos e predileção por crianças e adolescentes¹⁶. Sua etiopatogenia ainda é incerta e pouco relatada na literatura, entretanto, alguns autores como Róman et al. (2020) acreditam que possa ter sua origem do diferenciamento das células mesenquimais do ligamento periodontal, as quais são capazes de produzir neoplasias que podem comprometer a integridade óssea.

O FOJ pode ser classificado em dois padrões histológicos: o fibroma ossificante juvenil

trabecular (FOJTr) e o fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJPs), segundo a Organização Mundial de Saúde de 2005, cada qual com características clínicas e histopatológicas distintas. Enquanto o FOJTr afeta predominantemente crianças e adolescentes com idade média de 8,5-12 anos, o FOJPs é diagnosticado comumente em pacientes com uma faixa etária mais ampla de idade, 16-33 anos⁸.

Embora clinicamente o FOJ seja notado como uma tumefação assintomática, Alves et al. (2017) relatam inchaços associados a dor descritos por alguns poucos pacientes. Com índice de crescimento que varia de gradual a rápido, dependendo da sua localidade, é descrito com alguns sintomas como exoftalmia, sinusite e proptose⁹.

Radiograficamente, pode ser descrito como uma lesão mista unilocular ou multilocular, circunscrita, de densidade radiográfica mista e acometimento comum na região posterior da maxila e raramente em mandíbula¹¹. No exame histopatológico, um estroma frouxo de células fibrosas densas, não encapsuladas e bem demarcadas podem ser observadas⁷.

Pela natureza agressiva e altas taxas de recorrências desses tumores, alguns autores como Oliveira et al. (2020), Róman e Pamatz (2020) e Titinchi et al. (2021), defendem que essas lesões devem ser tratadas com ressecção em bloco a fim de evitar as altas taxas de recidiva, que variam entre 30 a 58%.

De acordo com Fatma et al. (2019) não há um cronograma padrão de acompanhamento de pacientes diagnosticados com FOJ pós exérese, entretanto, devido às altas taxas de recorrência, existe a necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico em longo prazo. O período de preservação pode variar de 6 meses a 19 anos e no mínimo 5 anos^{10,17}.

O objetivo do presente estudo é relatar um caso do FOJTr em uma criança de 9 anos, do gênero feminino, de ocorrência na mandíbula, diagnosticada no ambulatório de Patologia Oral e Maxilofacial da Universidade de Gurupi (TO) – UNIRG correlacionando os achados em prontuário da paciente com os aspectos clinicopatológicos existentes na literatura.

RELATO DE CASO

Paciente H. V. S. C. de nove anos de idade, gênero feminino, cor morena, compareceu ao Ambulatório de Patologia Oral e Maxilofacial junto à clínica da Faculdade de Odontologia -

UNIRG - Gurupi (TO) apresentando-se com um aumento de volume na região de corpo esquerdo da mandíbula, mostrando um abaulamento ósseo, com a mucosa de coloração normal sem alterações da sua integridade. Segundo relato dos pais, a criança nunca houvera queixado de dor ou qualquer desconforto, mas diante da observação de um aumento de volume, decidiram levá-la para consulta ao odontopediatra.

Ao solicitar uma radiografia panorâmica de mandíbula observou-se uma extensa área radiolúcida acometendo o corpo esquerda da mandíbula com aspecto cístico, limites precisos e com a presença dos germes de alguns dentes permanentes aproximadamente entre o quarto e quinto estágio de desenvolvimento de Nolla.

Durante a palpção mostrou-se uma consistência comparável à uma bola de ping-pong sem qualquer queixa de dor. Diante disso, decidiu-se pela solicitação de Tomografia Computadorizada (TC) aonde se observou uma extensa área radiolúcida que se estendia desde o primeiro molar permanente esquerdo (36) com rizogênese incompleta, até o incisivo central do lado oposto (Figura 01).



Figura 1 - A) Visão intraoral e extraoral evidenciando presença de aumento de volume na região de corpo de mandíbula; B) Exames de imagem apontando extensa área radiolúcida acometendo o corpo esquerda da mandíbula com aspecto cístico, com extensão do primeiro molar permanente ao incisivo central.

Diante dos sinais clínicos e imagens, foi sugerido o diagnóstico diferencial entre outras lesões fibro ósseas, como a displasia cemento-óssea, osteoma osteoide, cisto ósseo aneurismático, ameloblastoma e osteossarcoma e lesão central de células gigantes. Fazendo-se necessário a biópsia, foi instituída a biópsia incisional como técnica de escolha e o espécime foi acondicionado em solução de formol a 10% e enviado para estudo.

Após os laudos histopatológicos que foram

descritos pela “representação de estroma bem collagenizado e vascularizado, com células fusiformes dispostas desordenadamente e/ou formas de espirais, regiões contendo células gigantes multinucleadas e com áreas hemorrágicas, delimitada por tecido ósseo maduro” confirmando o FOJTr, decidiu-se pela remoção completa da lesão incluindo os remanescentes decíduos bem como o incisivo lateral (32) (Figura 02).

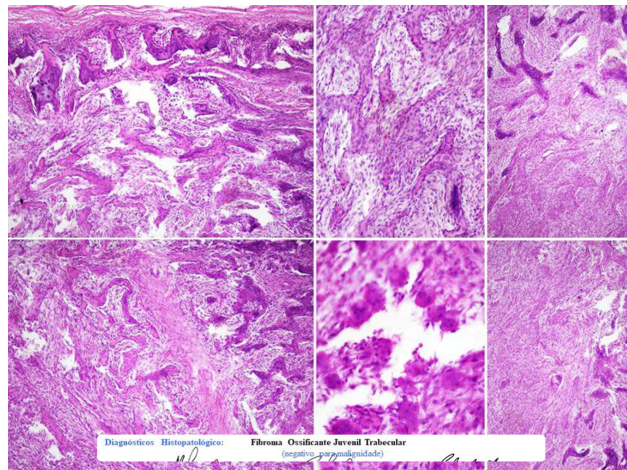


Figura 2 - Laudo histopatológico.

A técnica adotada para a cirurgia foi através da abordagem intraoral, sob anestesia local, em que foi realizada a remoção completa (clínicamente) da lesão devido observar que a membrana facilmente destacava-se do osso, mostrando limites precisos e sem sinais de infiltração. Salienta-se que foram removidos os dentes decíduos restritos à lesão além do elemento 32 e preservando-se o elemento 36 com rizogênese incompleta. A sutura deu-se de forma contínua por meio de fio reabsorvível 3.0 (Vicryl) (Figura 03).



Figura 3 - Cirurgia intraoral com remoção total da lesão e sutura contínua.

Nas imagens (TC) de controle aos 90 dias nota-se sinais de reparação óssea com espessamento da região basilar e os germes dos permanentes em franco desenvolvimento com ausência da cortical óssea vestibular e solução de continuidade em algumas regiões da crista óssea sugerindo remodelação óssea. (Figura 04).

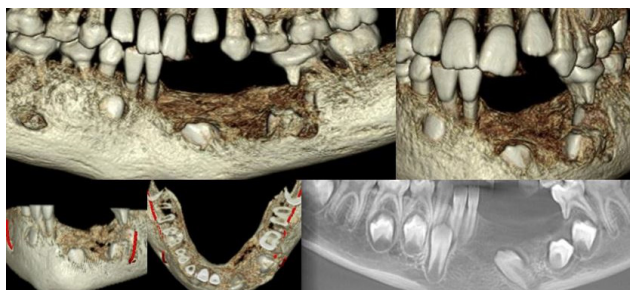


Figura 4 - Após 90 dias, nos exames de imagem foi observado alteração no padrão trabeculado ósseo na região posterior e anterior do lado esquerdo sugerindo área de reparação óssea.

Em novos exames após 2 anos de cirurgia, nos laudos constam imagem compatível com trabeculado ósseo em aspecto de normalidade. Não há indícios de recidivas e os elementos permanentes seguem em sequência normal de erupção. Continuidade de remodelação óssea também foi observada em desenvolvimento (Figura 05).

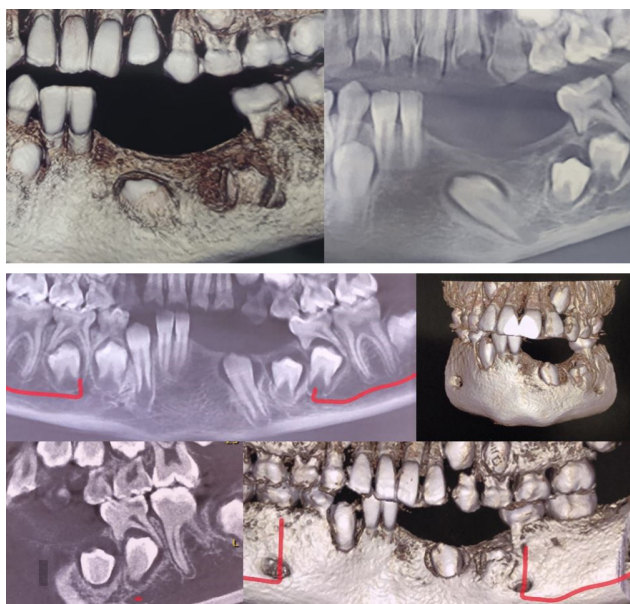


Figura 5 - A) Proservação - 01 ano após; B) Proservação - 02 anos após;

DISCUSSÃO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é uma lesão fibro-óssea benigna rara que apresenta um comportamento agressivo com alto potencial de recorrência e comumente acomete o esqueleto

craniofacial de crianças e adolescentes, sendo descrito na literatura como um subtipo do fibroma ossificante (FO - frequentemente visto em adultos com faixa etária de 30 a 40 anos)^{8,16}. O FOJ foi distinguido do FO em 1952 por Johnson, ao descrever variações agressivas de fibromas ossificantes que envolviam o esqueleto craniofacial de jovens¹⁰.

O FOJ pode ter sua origem do diferenciamento de células mesenquimais do ligamento periodontal as quais são capazes de produzir uma série de neoplasias benignas que podem comprometer a integridade óssea⁶.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, o FOJ pode apresentar dois padrões histológicos distintos, o fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJTr) e o fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJPs)⁷ que, apesar de serem semelhantes a outras lesões fibro-ósseas, podem ser diferenciados pela idade do paciente, localização da lesão e seu comportamento⁸. O primeiro é notoriamente diagnosticado na maxila de jovens (idade média: 8,5-12 anos) com apresentação histológica de trabéculas ósseas, enquanto o segundo é mais agressivo e normalmente afeta os ossos paranasais e orbitais de pacientes com faixa mais ampla de idade (idade média: 16-33 anos), e identificado histologicamente pela presença de pequenos ossículos esféricos uniformes que imitam corpos de psamoma^{5, 6, 8, 16}.

O FOJTr afeta predominantemente crianças e adolescentes com idade média de 8,5-12 anos, ainda que na última classificação da OMS de 2017 nenhuma categoria de idade seja mencionada¹⁶ e podem ocorrer em ambos os gêneros, mas com ligeira predileção por pacientes do gênero masculino^{7, 8, 10}. Dwivedi e Kour (2019) mencionam os negros como os mais propensos a fibromas ossificantes. Quanto à localização, Sloomer et al. (1990) relataram a maxila e a mandíbula quase igualmente envolvidas como regiões de propensão para o FOJ, entretanto, com os anos foi identificada alta prevalência na maxila em comparação à mandíbula, e também podem ser encontrados em ambos ossos gnáticos^{7, 16}.

Apesar de apenas poucos casos serem relatados com ocorrência na mandíbula⁵, quando vistos, a localização regular é na região de molares (52%) seguida de pré-molares (25%)¹¹, e em áreas como o ângulo e ramo mandibular^{1, 3}. Os relatos acima citados condizem com o caso apresentado em alguns aspectos em relação à idade e localização na mandíbula.

Ainda que seja de natureza assintomática, Alves et al. (2017) mencionam que alguns pacientes

relatam inchaços associados à dor e, dependendo da localização, podem apresentar proptose, diplopia, diminuição da visão, exoftalmia, obstrução nasal e sinusite recorrente, de acordo com Rallis et al. (2017) e Vamanshankar et al. (2016). No caso ora descrito há uma discreta discordância entre os autores no que se refere à sintomatologia porque, apesar do acentuado aumento de volume, o desconforto e a dor não foram o que despertaram a atenção, embora as crianças geralmente não têm muita consistência em descrever os sintomas.

Moraes et al. (2020) relataram que inicialmente, o paciente apresenta assimetria associada à tumefação facial de evolução rápida, e um dos sinais precoces é o deslocamento de dentes e também perdas dentárias^{9,15}. Estes pontos condizem com os que foram observados no caso apresentado, porém em relação ao tempo de evolução os pais não souberam relatar com precisão. O primeiro caso relatado na literatura de FOJTr em paciente de idade avançada (41 anos) foi descrito por Rallis et al. (2017), e a maior lesão de FOJTr foi apresentada por Vamanshankar et al. (2016), contendo 17 cm x 12 cm x 11 cm, encontrada na maxila de uma criança de 12 anos de idade.

O exame histopatológico e os achados imaginológicos constituem os principais métodos de diagnóstico, além de alguns pontos essenciais como idade do paciente, história da doença, localização e comportamento da lesão. Em lesões iniciais, os achados radiográficos incidentais estão comumente associados^{7,9,11,16}. Radiograficamente, o FOJTr pode apresentar-se como uma lesão unilocular ou multilocular, bem circunscrita, com possível opacificação central e presença de uma linha entre o tumor e o tecido ósseo saudável, as margens podem ficar mais finas em lesões mais agressivas e conforme El-Mofty (2001), o aumento da radiodensidade pode ser observado em longo prazo. Também podem associar-se à destruição da cortical óssea.

A tomografia computadorizada (TC) combinada com a ressonância magnética podem fornecer uma melhor visualização do osso, estruturas afetadas e adjacentes, sendo bastante mencionadas para a complementação do diagnóstico do FOJ^{6, 10}. Os laudos das imagens obtidas neste caso elucidam as alterações citadas pelos autores.

Histologicamente, o FOJTr mostra um estroma frouxo de células fibrosas densas, não encapsuladas, mas bem demarcadas, apresentando-se com massas bem definidas de tecido conjuntivo celular mais fibroso em algumas áreas mais do que em outras, contendo trabéculas de tecidos ósseos imaturos semelhantes a finos fios de osteoide

celular, que são compostas por osso lamelar aprisionado¹¹, estando de acordo com o referido laudo do caso.

O diagnóstico diferencial inclui displasia fibrosa, displasia cemento-óssea, osteoma osteoide, cisto ósseo aneurismático, ameloblastoma e osteossarcoma. A displasia fibrosa, principal indicação para o diagnóstico diferencial, tem limites pouco claros e envolve geralmente vários ossos e calcificações semelhantes à flocos de algodão⁶. Embora devam ser levados em consideração as lesões envolvidas no diagnóstico diferencial, as suspeitas de malignidade e também de outras alterações tais como o cisto ósseo aneurismático e da displasia óssea cementária foram cuidadosamente descartadas em função dos aspectos das imagens.

Pela natureza agressiva e alta taxas de recorrência desses tumores (30 a 58%), alguns autores como Moraes et al. (2020), Róma e Pamatz (2020) e Titinchi (2021), defendem que estas lesões benignas raras devam ser tratadas com ressecção cirúrgica ao invés de um tratamento conservador. O tratamento conservador inclui curetagem e enucleação, e é recomendado apenas em pequenas lesões. Entretanto, a enucleação da lesão às vezes não é possível por causa da região de ocorrência, que pode comprometer o prognóstico do paciente¹.

Róman e Pamatz (2020) descrevem que em lesões menores é recomendada a curetagem antes de considerar a excisão cirúrgica, e em lesões maiores que 5 cm³, recomenda realizar a cirurgia em duas etapas com um intervalo de 6 meses, realizando primeiro a curetagem e depois a ressecção em bloco. Pela infiltração das bordas, o tumor não pode ser eliminado, mas deve ser excisado conservadoramente em toda sua totalidade.

Devido se tratar de uma paciente jovem ainda em crescimento, e que houve a comprovação de se tratar de uma neoplasia benigna, tendo também imagens da região basilar da mandíbula, optou-se pelo tratamento conservador eliminando os componentes da lesão e ainda a orientação de uma dieta branda por mais de 45 dias no sentido de se prevenir de uma fratura patológica ou iatrogênica.

Pela alta prevalência em crianças e adolescentes, o tratamento reconstrutivo deve ter essencial importância na tentativa de reconstruir função e estética, porque estes pacientes são mais propensos a desenvolver distúrbios psicológicos associados ao “bullying” devido à aparência e às sequelas que podem afetá-los após o tratamento da lesão. Alves et al. (2017) relatam alguns impactos como o ganho de peso, cicatrizes, amputações e desfigurações que podem acabar expondo estes pacientes ao “bullying”. Rallis et al. (2017) afirmam

que a reconstrução imediata não é recomendada por causa das taxas elevadas de recidivas, entretanto, em casos que possuam crescimento lento até podem ser realizadas antes do período de 1 ano, mas deve ser adiada para lesões de crescimento rápido.

Moraes et al. (2020) descrevem a reconstrução com enxertos ósseos autógenos porque oferecem melhores resultados em comparação com materiais aloplásticos citados na literatura, gerando ganho estético e funcional para o paciente. Em casos de grandes defeitos ósseos pós-exérese pode-se utilizar como região doadora a crista ilíaca, tibia, costela, calota craniana e a fíbula, sendo este último mencionado por Alves et al. (2017) como o de primeira escolha (indicado em mais de 90% dos estudos) pois permite uma abordagem cirúrgica, com largura, altura e comprimento adequados para a colocação posterior de um implante dentário, já que muitos elementos dentários podem ser perdidos devido à proximidade anatômica com a lesão.

De acordo com Fatma et al. (2019) não há um cronograma padrão de acompanhamento do paciente pós-exérese, contudo, devido as altas taxas de recidivas há concordância entre autores do acompanhamento em longo prazo para monitoramento clínico e radiográfico do tumor. Rodrigues et al. (2019) mencionam o período de preservação de 6 meses a 19 anos, e no mínimo 5 anos para Vamanshankar et al. (2016).

Nesse caso poder-se-ia optar tanto pelo tratamento cirúrgico radical e subsequente enxertos ósseos ou aloplásticos, porém o tratamento cirúrgico conservador foi estabelecido por se tratar de uma paciente jovem e ainda em fase de crescimento. Observam-se nas imagens de preservação a completa reparação óssea bem como o desenvolvimento dos elementos dentários que outrora encontravam-se em fase de germes (Imagem 05), sugerindo que não haverá a necessidade de quaisquer modalidades de enxerto. De outra forma, em virtude de ser uma paciente em fase de crescimento, espera-se que, caso há necessidade, o tratamento ortodôntico possa ser instituído no sentido de se corrigir possíveis problemas relacionados à oclusão dental.

CONCLUSÃO

O FOJTr é um subtipo do FOJ definido como uma lesão fibro-óssea benigna, rara e potencialmente agressiva. O caso aqui relatado de FOJTr é de especial interesse devido sua rara localização em região de corpo de mandíbula. O diagnóstico requer a combinação de características

clínicas, padrão de crescimento, exames de imagem e exames histopatológicos. O diagnóstico precoce é importante para evitar cirurgias extensas que possam causar deformidades em crianças.

REFERÊNCIAS

1. ALVES M. G. O. et al. Trabecular juvenile ossifying fibroma in the mandible: clinical, radiographic and histopathologic features. *J. Oral Diag.* 2017; 02:1-5.
2. CHRCANOVIC B. R.; GOMEZ R. S. Juvenile ossifying fibroma of the jaws and paranasal sinuses: a systematic review of the cases reported in the literature. *Int. J. Oral Maxillofacial Surgery.* 2019; 49(1):28-37.
3. DWIVEDI A.; KOUR M. Juvenile ossifying fibroma of the mandible: A case report. *Indian J. Case Reports.* 2019; 5(6):545-547.
4. EL-MOFTY S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: Two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology.* 2001; 93(3):296-304.
5. FATMA S. et al. Juvenile Trabecular Ossifying Fibroma of the Mandible. *Oncology Journal of India.* 2019; 3(1):16-19.
6. MOKHTAR E. A. et al. Giant juvenile ossifying fibroma from diagnosis to management: A rare case. *Journal of Medicine and Health Sciences.* 2020; 3: 6-8.
7. MORAES R. P. et al. Agressive juvenile ossifying fibroma: case report. *Brazilian Journal of health Review.* 2020; 3(2): 3780-3787.
8. OLIVEIRA J. P. M. et al. Diagnostic aspects of juvenile ossificant fibroma: A case study. *International Journal for Innovation Education and Research.* 2020; 8:186-196.
9. RALLIS G. et al. Trabecular Juvenile Ossifying Fibroma: Updated Review of the Literature and Report of an Interesting Case. *J. Otolaryng Head Neck Surg.* 2017; 3(1).
10. RODRIGUES K. S. et al. Juvenile ossifying fibroma: series of seven cases focusing on clinical and pathological aspects. *J. Bras.*

Patol. Med. Lab. 2019; 55(6):659-668.

11. RÓMAN C. L.; PAMATZ F. J. G. Fibroma osificante juvenil: presentación de un caso y actualización bibliográfica. Revista de la Facultad de Odontología. 2020; XIII(1):1-11.
12. SEIFI S. et al. Juvenile Trabecular Ossifying Fibroma - a Case Report. Indian Journal of Surgical Oncology. 2018; 9(2):260-264.
13. SLOOTWEG P. J.; MILLER H. Juvenile Ossifying Fibroma: Report of Four Cases. J. Cranio-Max.-Fac. Surg. 1990; 18:125-129.
14. SLOOTWEG P. J. et al. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of 33 cases with emphasis on histopathological aspects. J. Oral Pathol Med. 1994; 23:385-388.
15. SULTAN A. S. et al. Juvenile Trabecular Ossifying Fibroma. Head and Neck Pathol. 2017; 12(4):567-571.
16. TITINCHI F. Juvenile ossifying fibroma of the maxillofacial region: analysis of clinico-pathological features and management. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2021; 26(5):590-597.
17. VAMANSHANKAR H. et al. Giant trabecular type juvenile ossifying fibroma of the maxilla – A case report. J. Oral Maxillofac. Surg. 2016; 70:1745-1750.