**FIBROMA CONDROMIXÓIDE NA MAXILA**

**REVISÃO DE LITERATURA**

Chondromixoid Fibroma In The Maxila

Literature Review

Ana Claudia Cavalcante dos Prazeres[[1]](#footnote-2)

Raylla de Azevedo Alves[[2]](#footnote-3)

SérgioTakashi Kussaba[[3]](#footnote-4)

Jonathan Sousa Amorim[[4]](#footnote-5)

**RESUMO**

O presente artigo aborda a temática da odontologia refletindo sobre o fibroma condromixóide na maxila ressaltando as principais discussões sobre seu conceito e concepção no sentido de mostrar um diagnóstico diferencial das demais patologias que se classificam como fibroma benigno, bem como apresentar sua histologia, diagnósticos, sintomas, tratamento e prognósticos. Dessa forma, o estudo objetiva analisar o fibroma condromixoide na maxila apresentando sua natureza radiográfica, clínica, e histopatológica, bem como seu tratamento e prognóstico. A metodologia parte de uma revisão literária caracterizada pela pesquisa bibliográfica e exploratória de caráter descritivo sob a ótica da pesquisa qualitativa por meio da análise de conteúdo. Sendo assim, a pesquisa mostra que o fibroma condromixóide na maxila consiste em um edema raro e benigno que aparece nos pacientes entre vinte a trinta anos, sendo assintomático, mas agressivo e recidiva. Sendo assim, o tumor não se classifica como um osteossarcoma, pois o fibroma condromixóide é considerado como um tumor ósseo benigno raro, e a lesão dificilmente sofre transformação maligna. No entanto, se não seguir os critérios legais do diagnóstico devido sua recidiva que após a curetagem pode ocorrer na região do corpo maxila e mandíbula, o paciente deverá retornar para um tratamento mais radical. Logo, o diagnóstico precoce é importante para o prognóstico do tratamento e manutenção da vitalidade dos dentes próximos à lesão.

**Palavras-chaves:** Diagnóstico. Fibroma Condromixóide. Prognósticos. Tratamento.

**ABSTRACT**

The present article approaches the theme of dentistry reflecting on the chondromyxoid fibroma in the Maxila highlighting the main discussions about its concept and conception in order to show a differential diagnosis of the other pathologies that are classified as benign fibroma, as well as to present its histology, diagnoses, symptoms, treatment and prognosis. This study aims to analyze the chondromyxoid fibroma in the maxilla presenting its clinical and radiographic characteristics, its histopathological characteristic, as well as its treatment and prognosis. The methodology starts from a literature review characterized by descriptive bibliographic and exploratory research from the perspective of qualitative research from content analysis. Thus, research shows that the chondromyxoid fibroma in the maxilla is a rare and benign tumor that appears in patients around the second and third decade, being asymptomatic, but aggressive and relapsing. Thus, the tumor is not classified as an osteosarcoma, since chondromyxoid fibroma is considered a rare benign bone tumor, and the lesion is unlikely to undergo malignant transformation. However, if the patient does not follow the legal criteria for diagnosis due to recurrence that after curettage may occur in the maxilla and mandible body region, the patient should return for more radical treatment. Therefore, early diagnosis is important for treatment prognosis and maintenance of the vitality of dental elements near the lesion.

**Keywords:** Diagnosis. Chondromyxoid fibroma. Prognostic. Treatment.

1 **INTRODUÇÃO**

A principal meta da Política Nacional de Saúde Bucal é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos no país, reunindo medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros em todas as faixas etárias1.

Com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS, os casos das doenças que acometem a cavidade oral e regiões adjacentes, são muitos e estão em constante aumento a cada ano, diante dos acontecimentos, é de suma importância, adquirir conhecimento clínico com rudimento teórico, isso se mostra essencial para se alcançar um diagnóstico preciso com identificação das lesões ainda em estágio inicial, sendo indispensável o estudo da patologia na formação do profissional de odontologia resultando em uma importante conexão entre as ciências básicas e a prática clínica 1.

Partindo desse princípio a presente pesquisa aborda o tema do fibroma condromixóide analisando sua ação na região da maxila, destacando assim sua natureza radiográfica e clínica, sua característica histopatológica, bem como seu tratamento e prognóstico.

O fibroma condromixóide é uma patologia benigna incomum que responde por menos de 1% de todos os tumores ósseos primários. É localizado mais comumente na região da metástase de ossos longos. Os fibromas condromixóides raramente envolvem os ossos gnáticos 2.

Caracterização posterior dessas anomalias cromossômicas pode ajudar a diferenciar o fibroma condromixóide do condrossarcoma, uma distinção que pode ser difícil em alguns casos 2. Aorigem de denominação do fibroma está na grande quantidade de células enormes encontradas especificamente nas regiões de hiperplasia tecidual36, 37.

O fibroma condromixóide consiste em um edema ósseo benigno raro 11, 16, descrito pela primeira vez por Jaffe e Lichtenstein em 1948 11, 16. De origem cartilaginosa, acometendo menos de 1% da totalidade das patologias do esqueleto humano. Em osso gnato, que são os ossos que compõem o sistema estomatognático, ele é ainda mais raro. Perfaz 2% dos fibromas condromixóides do esqueleto, sendo que a maxila é menos frequentemente acometida que a mandíbula, na proporção de 1 para 3. Geralmente apresenta-se como uma lesão em estágio ativo, localmente destrutiva com alta recorrência de aproximadamente (>25%) 19, 20, 21, dificilmente sofre transformação maligna22, 23, 24 e mesmo na presença de atípicasno processo da divisão celular, que pode ocorrer fora da normalidade e ter ocorrência em intervalos irregulares caracterizando como uma anomalia 25, 26, 27 – metástase 28, 29, 30. Apresenta-se mais comumente em pacientes jovens com faixa etária de 20 a 30 anos de vida, sem predileção por gênero 11.

Considerando as características clínicas nota-se que na maioria dos tumores odontogênicos, os mesmos são assintomáticos causando somente dor, parestesia ou assimetria quando assumem maior tamanho 31, 32, 33. Alguns casos são assintomáticos, sendo apenas detectado radiograficamente, a lesão caracteriza-se como um defeito radiolúcido, circunscrito com margem esclerótica ou festonadas. Radiopacidades centrais algumas vezes estão presentes na lesão. À apresentação inicial, os fibromas condromixóides relatados varia de tamanho entre 1 a 6,5 cm 2.

O tumor consiste em áreas lobuladas de células estreladas ou fusiformes com abundantes substâncias intercelular mixóide ou condróide. Os lóbulos caracteristicamente são separados por zonas de revestimento epitelial mais celularizado composto por células gigantes multinucleadas 2, 18. Ver figura 01.

Clinicamente e histologicamente é um diagnóstico difícil para que possa ser confundido com lesão maligna Áreas focais de calcificação e espículas de osso residual também podem estar presentes no tumor 2, 18. O presente trabalho objetiva a descrição dos principais aspectos relacionados ao fibroma condromixóide, específico na maxila.

|  |
| --- |
|  |
| Figura 01- Massas pseudolobuladas constituídas por células condróides imaturas, separadas por zonas hipercelulares e estroma fibromixóide vascularizado, contendo células gigantes multinucleadas, do tipo osteoclastos, periféricas. |

O tumor não se classifica como osteossarcoma, pois o fibroma condromixóide, dificilmente sofre transformação maligna. No entanto, se não seguir os critérios legais do diagnóstico após a curetagem, o paciente deverá sofrer uma recidiva na região do corpo maxila e mandíbula, onde deverá retornar para um tratamento mais radical.

2 **REVISÃO DE LITERATURA**

Fibroma condromixoide (FCM) consiste em um edema cartilaginoso raro benigno que geralmente ocorre nos ossos longos raramente acometendo a região sinusal, ele é composto de tecidos condroide, fibroso e mixoide. Representa 0,5% da totalidade das lesões primárias e 2% da totalidade das lesões benignas ósseas 19.

O FCM é uma patologia benigna, com aproximadamente 25% (percentual no geral) dos casos nos ossos longos apresentando recidiva após curetagem. No caso do fibroma condromixoide na maxila a recidiva pode ocorrer na região do corpo maxila e mandíbula. Entre as neoplasias nos ossos gnáticos relatados, a taxa global de recidiva e de cerca de 10%1 (percentual especifico). Entre os relatos de lesões nos ossos gnáticos, se observa a idade média de diagnóstico de 28 anos (variando dos nove aos 67 anos), com o pico na faixa etária entre 20 a 30 anos. Não existe predileção por gênero. Aproximadamente três quartos ocorrem na mandíbula. Os sinais e sintomas iniciais incluem aumento de volume (65%) e dor (22%). Entretanto, alguns casos são assintomáticos, sendo detectados no exame radiográfico de rotina 16.

O FCM, descrito pela primeira vez por Jaffe e Lichtenstein em 1948 1. De origem cartilaginosa, acometendo menos de 1% da totalidade das neoplasias do esqueleto humano. Em osso gnato que são os ossos que compõem o sistema estomatognático, ele é ainda mais raro. Perfaz 2% dos fibromas condromixóides do esqueleto, sendo que a maxila é menos frequentemente acometida que a mandíbula, na proporção de 1 para 3. Geralmente apresenta-se como uma lesão em estágio ativo, localmente destrutiva com alta recorrência, dificilmente sofre transformação maligna e mesmo na presença de atípicas(fora do comum, casos de exceção)no processo da divisão celular, não caracterizando agressividade, pois esses tipos de tumores dos ossos da região craniofacial são extremamente raros, aproximadamente 2% dos casos, e frequentemente envolvem a mandíbula e maxila. Geralmente apresenta-se como uma lesão em estágio ativo, localmente destrutiva com alta recorrência (>25%) e não sofre transformação maligna11.

Os FCMs envolvem mais a região de metáfise dos ossos longos, principalmente na metáfise distal do fêmur, tíbia proximal e fíbula distal; embora tenha sido visto em pés e mãos, e raramente na pelve, vértebras, clavículas, costelas e escápulas 14, 15.Apenas 2% dos casos podem surgir nos ossos craniofaciais16.

Radiograficamente, os FCMs dos ossos gnáticos se apresentam como uma lesão geralmente radiolúcida, bem circunscrita com margens escleróticas 16, 43. Os tumores benignos geralmente apresentam bordas escleróticas bem definidas, um tipo geográfico de destruição óssea, uma reação periosteal sólida, ininterrupta, e nenhum componente de partes moles 44. Outro aspecto observável são as margens que podem mostrar-se irregulares e festonadas, pois o interior da lesão geralmente apresenta finas trabéculas de osso que muitas vezes formam ângulos reto entre si, dando aspecto de bolha que é muito semelhante ao ameloblastoma45,46. O diâmetro pode variar de 1,0 a 6,5 cm (média de 3,3 cm). A destruição cortical é comum, mas o periósteo se mantém preservado. As radiopacidades centrais, por vezes são evidentes em 10% (dez por cento) dos casos 16, 47.

O exame microscópico mostra áreas lobuladas de células estreladas ou fusiformes com abundante substância intercelular mixóide ou condroide, os lóbulos exibem um aumento da celularidade na periferia. Entre os lóbulos existe tecido celular fibroso composto por células arredondadas ou fusiformes com número variável de enormes células multinucleadas. Áreas focais de calcificação e espículas de osso residual também podem estar presentes. Ocasionalmente, grandes células pleomoficas podem causar confusão com o condrossarcoma, no entanto, o condrossarcoma mostra hipercelularidade ao longo dos lóbulos tumorais e não apresenta uma aparência radiográfica benigna16. Pois Apresenta uma aparência histológica relativamente única com lobulações características de células espiculadas ou estreladas, com abundante material intercelular mixoide ou condroide. 12, 13, 16, 18, 54.

Nesse tipo de lesão, existem predomínio das áreas mixóides, células com borda citoplasmática mal definida, que se perde no material mixóide intercelular, núcleos arredondados, ovais ou poligonais com processos fibrilares. A matriz se torna de cor azulada pela técnica de coloração com hematoxilina e eosina, devido a seu alto conteúdo aquoso. Existem células gigantes multinucleadas ao redor dos vasos macrófagos carregados de hemossiderina, células mononucleares e alguns polimorfonucleares 14, 47.

Existe uma controvérsia referente ao tratamento mais apropriado para o FCM. Alguns autores optam pela remoção cirúrgica conservadora considerada uma ação complementar um procedimento menos invasivo, enquanto outros preferem a remoção ampla, onde a cirurgia causa a morte das células, mas mantendo a arquitetura inorgânica inalterada, o que ajudará na formação de novo osso, isento de tumor. Com esse procedimento, obtém-se a margem de segurança preconizada 45, 10.

Em geral, as lesões relativamente pequenas dos ossos gnáticos são tratadas com enucleação local ou curetagem, mas as lesões maiores necessitam de ressecção 48. Todavia, o preenchimento dos defeitos cirúrgicos com enxerto ósseo seguido de curetagem resulta em menor taxa de recorrência do que na curetagem apenas 49. A terapia radioterápica é contraindicada por causa do risco de induzir a transformação maligna ou osteorradionecrose16, 50. São poucos os estudos publicados que relatam sobre o procedimento terapêutico e diagnóstico indicado para FCM em osso gnático. Levando a um difícil diagnóstico que podem ser confundidos por patologias benigna ou maligna necessitando de um diagnóstico diferenciado que podem detectar uma diversidade de lesões na região da mucosa bucal pelo profissional dentista. Dessa forma, é importante o processo e identificação e intervenção correta no ato da descrição do local das lesões encontradas11.

Pacientes com FCM, mesmo que precisem de monitoração cuidadosa, a taxa de recorrência se aproxima de 25% (no geral), o problema é que, uma vez removida a lesão, e feito um acompanhamento a curto prazo, a grande maioria dos pacientes não continuam seu tratamento de saúde bucal. Esse abandono pode ocorrer por diversos fatores que podem ser de cunho econômico, pela falta de tempo ou até mesmo pela cultura de não se preocupar com o cuidado com os dentes 51, 52. A apresentação tardia dos pacientes devido a problemas financeiros acaba os deixando com um enorme defeito. Além disso, somos limitados em nosso ambiente a qualquer forma de reconstrução, portanto restauração da função e estética são muito difíceis 17, 53.

3 **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de levantamento de informações contidas em artigos científicos pesquisados através do PUBMED, Periódicos CAPES-MEC, Google Acadêmico, Scielo em português, espanhol e inglês, para objetivar a descrição dos principais aspectos relacionados ao fibroma condromixóide, específico na maxila.

Primeiramente selecionou-se todos os casos de FCM. O levantamento inicial foi realizado com cerca de 28 (vinte e oito) primeiros artigos que referenciam o tema, feito em tabulação de autores, locais e datas, buscando ainda, informações contidas em livros, revistas e site do ministério da saúde, porém não há tanta disponibilidade em documentos atuais, dificultando a busca.

A partir desse levantamento, foi realizada a leitura dos artigos pontuando os principais aspectos para coleta de dados a constar nas laudas as características clínicas, radiográficas, histopatológicas, tratamento e prognóstico. O período do levantamento contempla todos os prazos previstos.

Á critério de exclusão utilizou-se de artigos que não demonstraram conter as informações necessárias. Dessa forma, a pesquisa encontra­se sistematizada para mostrar os seguintes aspectos quanto o fibroma condromixóide na maxila.

4 **DISCUSSÃO**

Quanto ao critério se o tumor se classifica como um osteossarcoma, a pesquisa mostra que não, pois o fibroma condromixóide é considerado como um tumor ósseo benigno raro. Trata-se de um tumor de origem cartilaginosa, acometendo menos de 1% da totalidade das patologias do esqueleto humano, descrito pela primeira vez por Jaffe e Lichtenstein em 1948. Sua presença ocorre no osso gnato, que são os ossos que compõem o sistema estomatognático, por esse fato sua ocorrência é ainda mais rara, porém não inexistente, ocasionado pouca literatura e publicações a respeito da patologia. Esse tumor perfaz 2% dos fibromas condromixóides do esqueleto, sendo que a maxila é menos frequentemente acometida que a mandíbula, na proporção de 1 para 3. Conforme os relatos pesquisados e analisados, o tumor apresenta-se geralmente como uma lesão em estágio ativo, localmente destrutiva com taxa de recorrência de aproximando de 25% (no geral), a lesão dificilmente sofre transformação maligna. Geralmente, apresenta-se mais comumente em pacientes jovens com faixa etária de vinte a trinta anos, sem predileção por gênero.

Entretanto, a descrição diferenciada histopatológica deve ser feita também com condrossarcoma. Pois células grandes, com pleomorfismo nuclear aliado a células estrelares nas áreas mixóides e à alta densidade celular nos pseudo-septos podem ser erroneamente interpretadas como condrosarcoma, podem ao cirurgião dentista apresentar um diagnostico errôneo quanto ao tipo de tumor. Dessa forma, o cirurgião dentista deve ter cuidadosa atenção às feições clínicas para observar holisticamente os aspectos visíveis, também como as feições radiográficas para analisar as circunscrições bem definidas das bordas escleróticas, pois esses fatores em paciente jovem são oportunos para o diagnóstico.

Apesar de consistir em um edema raro e benigno, o FCM se assemelha ao cisto adenomastóide, que consiste em uma rara lesão benigna, com maior ocorrência na maxila, com predileção pela região anterior com envolvimento do canino permanente. Clinicamente apresenta-se com um crescimento lento, progressivo e indolor, de consistência firme, que geralmente não atinge grandes proporções. Essa lesão é comumente descoberta em exames radiográficos de rotina e que acomete frequentemente os pacientes do sexo feminino, diferente do FCM, que clinicamente apresenta os mesmos sintomas. Ver noquadro 01.

O FCMlocaliza-se mais comumente na região da metástase de ossos longos, apresentando grande quantidade de células enormes.

Quadro 01 – Resultados Obtidos conforme os Autores analisados

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR** | **A**  **PONTO DE LOCALIZAÇÃO (MAXILA OU MANDÍBULA)** | **B**  **SEXO (F/M)** | **C**  **FREQUÊNCIA**  **IDADE** | **D**  **QUALIDADES CLÍNICAS** | **E**  **ETIOLOGIA** | **F**  **RADIOGRAFICAMENTE** | **G**  **HISTOLOGIA** | **H**  **TRATAMENTO E PROGNÓSTICO** | **I**  **(%)** | **J**  **RECIDIVA (SIM/NÃO)** |
| * NEVILLE *et al*. | A - Propenso a aparecer na maxila do que na mandíbula. | | | | | | | | | |
| * BRANNON. | B - Sem preferência de gênero Masculino e feminino. | | | | | | | | | |
| * TOMAZINI *et al.* * MARTÍNEZ. * ROSALES. * TACCHELLI, *et al*. | C - Ocorrência em intervalos irregulares caracterizando como uma anomalia. Ocorre geralmente na faixa etária entre 20 a 30 anos. | | | | | | | | | |
| * TRIANA. * SHAH. * LONE. * LATOO. * NEVILLE *et al*. | D - Maioria dos tumores odontogênicos, os mesmos são assintomáticos causando somente dor, parestesia ou assimetria quando assumem maior tamanho. O fibroma condromixóide define-se clinicamente como pequenos tumores, comumente assintomático e raramente ultrapassam o tamanho de dois centímetros de diâmetro podendo ser detectado ao diagnóstico clinico, podendo apresentar o estado ulcerado com causa traumática que recorrentemente são encontrados e afetam a mucosa bucal e jugal, e a região das gengivas. Os FCM por terem a predisposição a lesão mastigatórias e oclusais estão mais ligadas a região dorsal e ventre lingual apresentando uma grande quantidade de tecido conjuntivo.Alguns casos são assintomáticos, sendo apenas detectado no exame radiográfico. | | | | | | | | | |
| * NEVILLE *et al*. | E - Desconhecida, o que o torna raro. | | | | | | | | | |
| * NEVILLE *et al*. | F - A lesão caracteriza-se como um defeito radiolúcido, circunscrito com margem esclerótica ou festonadas. Radiopacidades centrais algumas vezes estão presentes na lesão. | | | | | | | | | |
| * HOLLOWELL *et al*. * ROSALES *et al*. | G –Os Fibromas são classificados em simples e complexos. O primeiro definido pela ausência de epitélio odontogênico ou ilhas separadas formadas por tecidos inseridos ao colágeno, denominado de fibromixóides. O segundo dispõe de uma grande quantidade de células que formam ilhas oriundas de revestimento epitelial relacionado ao tecido calcificado. | | | | | | | | | |
| * HOLLOWELL. PAVEZZI. * MATHEUS. | H - Quanto ao tratamento, as lesões relativamente pequenas dos ossos gnáticos são tratadas com enucleação local ou curetagem, mas as lesões maiores necessitam de ressecção. Como medida de reparado, o procedimento ocorre pelo preenchimento dos defeitos cirúrgicos com enxerto ósseo seguido de curetagem que resulta em menor taxa de recorrência para o prognóstico. | | | | | | | | | |
| * SASS. * FERNANDES. MARINHO. MIRANDA *et al*. | I - Esse tumor perfaz 2% dos fibromas condromixóides do esqueleto, sendo que a maxila é menos frequentemente acometida que a mandíbula, na proporção de 1 para 3. | | | | | | | | | |
| * NEVILLE *et al*. | J - No caso do fibroma condromixoide na maxila a recidiva pode ocorrer na região do corpo maxila e mandíbula. | | | | | | | | | |

Fonte: produção autoral.

Sendo assim, histologicamente, os fibromas condromixóides são classificados em simples caracterizado pela ausência de epitélio odontogênico ou ilhas separadas formadas por tecidos inseridos ao colágeno, e complexos composto de grande quantidade de células que formam ilhas oriundas de revestimento epitelial relacionado ao tecido calcificado.

Quanto ao exame histopatológico que pode definir o tumor quanto uma patologia, o exame auxilia no diagnóstico radiográfico diferenciando as células características do fibroma sendo indispensável para o diagnóstico definitivo da lesão. Nesse diagnóstico torna­se possível perceber que consiste em um edema sem sintomas podendo ser caracterizado por ulcerações, invasões de tecidos moles e mobilidade dentária. Entretanto, devido sua agressividade e recidiva pode erroneamente ser confundido com um tumor maligno.

Conforme o exame histoquímico, constituído como o processo de detecção da expressão de proteínas localizadas nas células dos tecidos, as literaturas analisadas mostram que o fibroma condromixóide na maxila tem displasia benigna sem proliferação da (KI67) logo a patologia não é considerada um câncer.

Todavia, o fibroma condromixóide trata-se de um edema invasivo, mas benigno com crescimento lento e assintomático, de etiologia desconhecida, o que o torna raro, tendo ocorrência geralmente na faixa etária entre 20 a 30 anos sem preferência de gênero mais propenso a aparecer na maxila do que na mandíbula. Ou seja, trata-se de um edema que pode apresentar infiltração no tecido apresentando aspecto de agressividade e apresenta recidiva após curetagem

Ressalta-se que as lesões menores ocasionadas pelo o fibroma condromixóide na maxila são geralmente tratadas com enucleação local ou curetagem, enquanto, que nas lesões maiores necessitam de ressecção. Como medida de reparado, o procedimento ocorre pelo preenchimento dos defeitos cirúrgicos com enxerto ósseo seguido de curetagem que resulta em menor taxa de recorrência para o prognóstico. É importante mencionar que a terapia radioterápica é contraindicada por causa do risco de induzir a transformação maligna ou osteorradionecrose.

Outro fator importante a se considerar é o fato de escassez de literaturas e publicações sobre o procedimento terapêutico e diagnóstico indicado para FCM em osso gnático. Tornando difícil o diagnóstico que podem ser classificados como patologias benignas ou malignassendo necessário por parte do profissional dentista um diferencial no diagnóstico para detectar as variadas lesões na região da mucosa bucal. Considera-se assim, a importância do processo de identificação e intervenção correta no ato da descrição do local das lesões encontradas. Logo, o diagnóstico precoce do fibroma condromixóide é importante para o prognóstico do tratamento e manutenção da vitalidade dos elementos dentais próximos à lesão.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho possibilitou entender, que apesar de raro com menos de 1% da totalidade das neoplasias do esqueleto humano, o fibroma condromixóide na maxila consiste em um edema ósseo raro e benigno. Geralmente este tipo de lesão acomete mais em jovens. Cabe ressaltar que existe o fato que esse edema pode ser facilmente confundido por patologias benignas ou malignas, o diagnóstico torna-se mais difícil sendo necessário um procedimento diferenciado por parte do cirurgião-dentista para a identificação de uma quantidade variada de traumas que afetam a região da mucosa bucal. Nessa perspectiva, fica evidente a importância do processo de identificação e intervenção considerandoa complementação com  
dados clínicos, idade, localização da lesão, aspectos de imagem, histolopatologia em estudo  
multidisciplinar devem ser levadas sempre em conta para a conclusão de cada caso.

Quanto ao tratamento, as lesões relativamente pequenas dos ossos gnáticos são tratadas com enucleação local ou curetagem, mas as lesões maiores necessitam de ressecção. Alguns pesquisadores tem relatado que o preenchimento dos defeitos cirúrgicos com enxerto ósseo seguido de curetagem resulta em menor taxa de recorrência do que na curetagem apenas. A terapia radioterápica é contraindicada por causa do risco de induzir a transformação maligna ou osteorradionecrose. Sendo assim, o tumor não se classifica como um condrossarcoma ou osteossarcoma, pois o fibroma condromixóide é considerado como um tumor ósseo benigno raro, e a lesão dificilmente sofre transformação maligna. No entanto, se não seguir os critérios legais do diagnóstico devido sua recidiva que após a curetagem pode ocorrer na região do corpo maxila e mandíbula, o paciente deverá retornar para um tratamento mais evasivo. Logo, o presente trabalho apresenta grande relevância, pois aborda uma temática pouco explorada com grande escassez de material publicado e passa assim a contribuir para o meio acadêmico e científico na elaboração e produção de futuros trabalho que abordem a temática do fibroma condromixoide na maxila.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Bucal**. 2017.
2. NEVILLE, B.W. *et al*.**Patologia Oral &Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998.
3. PRATA, Tacchelli*etal*. Fibroma Condromixoide Maxilar. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.36., n. 2., p.121-122,2007.
4. ULOOPI, K. S.; VINAY, C.; DEEPIKA, A.; SEKHAN, R. C.; RAGHU, D.; RAMESH, T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. **Ped. Dent**, v. 34., p. 503-505, 2012.
5. PARWANI, S.; PARWANI, R. N. Diagnosis and management of focal reactive overgrowths of gingiva - a case series. **J MichDentAssoc**, v. 96., n. 7., p. 36-47, 2014.
6. DONGRE, A.; KHOPKAR, U. Asymptomatic nodule on the tongue. **Indian J DermatolVenereolLeprol**. 2011, p. 77-112.
7. VALÉRIO, R. A.; QUEIROZ, A. M.; ROMUALDO, P. C.; BRENTEGANI, L. G.;PAULA-SILVA, F. W. G. Mucoceleand Fibroma: treatmentandclinicalfeatures for differentialdiagnosis. **Braz Dent J**, v. 24., n. 5., p. 537-541, 2013.
8. ESMEILI, T.; LOZADA-NUR, F.; EPSTEIN, J. Common benign oral soft tissue masses. **DentClin North Am**, v. 49., p. 23-40, 2005.
9. BRAGA, M. M.; CARVALHO,A.L. G.; VASCONCELOS, M. C. P.; BRAZ-SILVA, P. H.; PINHEIRO, S. L. GiantCell fibroma: a case report. **J. Clin. Ped. Dent**, v. 30., p. 261-264, 2006.
10. HOLLOWELL, M.; GANG, D.; PANTANOWITZ, L. Odontogenic fibroma. **Ear. NoseTroat. J**, v. 89., p. 214-215, 2010.
11. BRANNON,R.B. Centalodontogenic fibroma, myxoma (odontogenicmyxoma, fibromyxoma), and central odontogenic granular cell tumor. **Oral MaxillofacialSurg. Clin. N. Am**, v. 16., p. 359-374, 2004.
12. SALZER, M.; SALZER-KUNSTCHIK, M. Das chondromixoidfibrom. **LangenkecksArchKlinChir**, v. 312., p. 216-31, 1965.
13. WHITE, P. G.; SAUNDERS, L. Orr W, FRIEDMAN L. Chondromyxoid fibroma. **SkeletalRadiol**, v. 25., p. 79-81, 1996.
14. SCHAJOWITZ, F. **Fibroma condromixoide.** En: Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. Buenos Aires: Panamericana, 1981, p. 161-9.
15. KRAUSPE, R. Chondroma, chondroblastomaandchondromyxoid fibroma. **Orthopade**, v. 24., n. 1., p. 29-36, 1995.
16. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; ANGELA, C.C.**Patologia Oral e Maxilofacial**. 4.ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2016,
17. BENJAMIN FOMETE, O. O.; ADEOSUN, D. I.; AWELIMOBOR, L. **Olayemi. Chondromyxoid fibroma of themandible:** Case reportand review of the literature. v. 4., 2019.
18. ROSALES, Osmel Martínez.; CALERO, Yoel Gutierrez.; MARTÍN, Alfredo E. Oliver.; VALLE, Oscar Fernández. Fibroma condromixoidediafisario de tibia.Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "José Ramón López Tabrane" Matanzas, CubaValle, **Rev Cubana OrtopTraumato**, v. 20., n. 2., 2006.
19. SASS, Scheila Maria Gambeta *et al*. Fibroma Condromixoide Nasal. **Arq. int. otorrinolaringol**.v. 13., n. 1., p. 117-120, 2009.
20. FERNANDES, NurimarC.; MARINHO, Flauberto de Sousa. Avaliação da alta ambulatorial em pacientes com melanoma cutâneo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42., n. 2., p. 70-74, 2015.
21. MIRANDA, Gisele Faraco *et al*. **Tumor de células gigantes da coluna vertebral:** relato de 1 caso. 1983.
22. FERNANDES, N. C.; CALMON, R. **Melanoma cutâneo:** estudo prospectivo de 42 casos. v. 86., n. 6., p. 1233-5, 2010.
23. CHRCANOVIC, Bruno Ramos.; SOUZA, Leandro Napier de. A importância do diagnóstico diferencial entre o Osteossarcoma de baixo grau e a Displasia Fibrosa–revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 8., n. 2., p. 55-62, 2012.
24. WIIKMANNDE, Vivian. **Tumores benignos nariz, e seios paranasais:** aspectos gerais. 2003.
25. TOMAZINI, Antônio Carlos Canto.; CARNIEL, João Paulo.; CUNHA, Luiz Antônio Munhoz da. Fibroma condromixoide em fíbula distal em paciente pediátrico: relato de caso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48., n. 6., p. 563-566, 2013.
26. MARTÍNEZ ROSALES, Osmel*et al*. Fibroma condromixoide diafisario de tíbia. **Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología**, v. 20., n. 2., p. 15-25, 2006.
27. TACCHELLI, Daniela Prata *et al*. Fibroma condromixóide maxilar. **Rev. bras. cir. Cabeça pescoço**, v. 36., n. 2., 2007.
28. MELO, Allan Ulisses Carvalho de *et al*. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. **BrazilianJournalofOtorhinolaryngology**, v. 74., n. 3., p. 472-475, 2008.
29. GONZÁLEZ-BALLESTER, David *et al*. Condrosarcoma mesenquimal del maxilar superior: un tumor raro de lacavidad oral. **Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**, v. 35., n. 3., p. 141-143, 2013.
30. PINNA, Fábio de Rezende *et al*. Nasal chondrosarcoma: a case report. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 69., n. 2., p. 273-276, 2003.
31. TRIANA,M.G.; MONROY, J. P. Fibromixomaodontogénico. **Na Pediatr**, v. 62., n. 4., p. 370-72, 2005.
32. SHAH, A.; LONE, P.; LATOO, S*etal*.Odontogenicmyxomaofthemaxilla: A reportof a rare case and review onhistogeneticanddiagnosticconcepts. **Natl J MaxillofacSurg**, v. 2., n. 2., p. 189–195, 2011.
33. NEVILLE, B. W *et al*. **Odontogenicmyxoma in Oral andmaxillofacialpathology**. 3. ed. Elsevier, 2009, p. 729-31.
34. FERNANDES, Fernando Laffitte et al. Mixoma de osso maxilar: Diagnóstico e tratamento. **Rev. bras. cir. Cabeça pescoço**, v. 42., n. 3., 2013.
35. SANTOS, T. S.; MARTINS-FILHO, P. R. S.; PIVA, M. R.; ANDRADE, E. S. S. Focal fibroushyperplasia: a review of 193 cases. **J Oral MaxillofacPathol**, v. 18., n. 1., p. 86-89, 2014.
36. ULOOPI, K. S.; VINAY, C.; DEEPIKA, A.; SEKHAN, R. C.; RAGHU, D.; RAMESH, T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. **Ped. Dent**, v. 34., p. 503-505, 2012.
37. PARWANI, S.; PARWANI, R. N. Diagnosis and management of focal reactive overgrowths of gingiva - a case series. **J MichDentAssoc**, v. 96., n. 7., p. 36-47, 2014.
38. CORTELETI, Josiane Ferreira *et al*. Remoção cirúrgica de fibroma lingual e gengival em crianças. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 69., n. 1., p. 30-35, 2015.
39. DONGRE, A.; KHOPKAR, U. Asymptomatic nodule on the tongue. **Indian J DermatolVenereolLeprol**. 2011, p. 77-112.
40. VALÉRIO, R. A.; QUEIROZ, A. M.; ROMUALDO, P. C.; BRENTEGANI, L. G.; PAULA-SILVA, F. W. G. Mucoceleand Fibroma: treatmentandclinicalfeatures for differentialdiagnosis. **Braz Dent J**, v. 24., n. 5., p. 537-541, 2013.
41. ESMEILI, T.; LOZADA-NUR, F.; EPSTEIN, J. Common benign oral soft tissue masses. **DentClin North Am**, v. 49., p. 23-40, 2005.
42. BRAGA, M. M.; CARVALHO, A. L. G.; VASCONCELOS, M. C. P.; BRAZ-SILVA, P. H.; PINHEIRO, S. L. GiantCell fibroma: a case report. **J. Clin. Ped. Dent**, v. 30., p. 261-264, 2006.
43. AIHARA, André Yui.; FERNANDES, Artur da Rocha Corrêa.; NATOUR, Jamil. Tumores e lesões tumorais do tipo" não toque. **Ver BrasReumatol**, v. 44., n. 5., p. 364-70, 2004.
44. OLIVEIRA, Ana Clara Azevedo de *et al*. Central ossifying fibroma andfibrousdysplasiaofthejaws: A clinical, radiographicandhistopathologicstudyof 28 cases. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada**, v. 8., n. 1., p. 111-115, 2008.
45. PAVEZZI, Giseli.; MATHEUS, Ricardo Alves. **Mixoma Odontogênico:** revisão de literatura. 2014. 28. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.
46. VEIGA, Ronaldo Vieira da. **Reconstrução mandibular utilizando enxerto costocondral após exérese MP de mixoma odontogênico:** revisão de literatura e relato de caso. 2012.
47. COSTA, Francisco Rego.; ESTEVES, Cátia.; BACELAR, Maria Teresa. Lesões Benignas da Mandíbula: Uma revisão Pictórica. **Artigo de revisão**, v. 28., n. 108, 2016.
48. MARTINS, Carlos Alberto Medeiros *et al*. Cisto Ósseo aneurismático: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 12., n. 1., p. 27-32, 2012.
49. AMARAL, Ingrid Esteves de Villemor.; RODRIGUES, Barros.; DULTRA, Joaquim de Almeida.; MARINHO, Nídia Silva.; CAVALCANTE, Weber Céo. Tratamento cirúrgico da hipertrofia de Masseter associada à deficiência vertical do mento. **Revista de Cirurgia e Traumatolologia Buco-maxilo-facial**, suplemento 1., v. 13., n. 6., 2013.
50. SOUZA, Laís Sampaio, Sandra de Cássia Santana.; SARDINHA, Arlei.; CERQUEIRA, Jean Nunes dos.; SANTOS, Leonardo de Araújo Melo. Fibroma Ameloblastico: relato de caso com 7 anos de acompanhamento. XVIII CIOBA, 02 a 05/11 de 2016, **Anais [...]**. Arena Fonte Nova. Salvador - Bahia – Brasil, 2016.
51. SILVEIRA, Daniel Trivelatoda*et al*. Ossifying fibroma: reporton a clinical case, withtheimagingandhistopathologicaldiagnosismadeandtreatmentadministered**. Revista Brasileira de Ortopedia (EnglishEdition)**, v. 51., n. 1., p. 100-104, 2016.
52. GOMES, Ana Cláudia Amorim *et al*. Cisto ósseo aneurismático: Relato de Caso e Revisão da literatura. **Rev. Cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, v. 7., n. 4., 2008.
53. SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de *et al*. Dor persistente, anormalidades sensitivas, lesão de nervo e perda do implante após cirurgia com implantes dentais: sugestão de abordagem clínica. **Revista Dor**, v. 12., n. 2., p. 172-181, 2011.
54. VERNON, S. E.; CASIANO, R. R. Sphenoidsinuschondromyxoid fibroma mimicking a mucocele. **Am J Otolaryngol**. v. 27., n. 6., p. 406-408, 2006.
55. NAZEER, T.; RO, J. Y.; AYALA, A. G.; HERMOSA, J. R.; VARMA, D. G. Chondromyxoid fibroma of paranasal sinuses: reportoftwo cases presentingwith nasal obstruction. **SkeletalRadiol**, v. 25., p. 779-782, 1996.
56. ISENBERG, S. F. Endoscopicremovalofchondromyxoid fibroma oftheethmoidsinus. **Am J Otolaryngol**, v. 16, p. 205-208, 1995.
57. SHEKTWH, Cols. Chondromyxoid fibroma ofskull base: a tumor proneto local recurrence. **J LaryngolOtol**, v. 113, p. 380-385, 1999.
58. KEEL, S. *et al*. Chondromyxoid fibroma ofskull base: a tumor whichmaybeconfusedwithChordomaandChondrosarcoma: A reportofthree cases and review oftheliterarature. **Am J SurgPathol**, v. 21, p. 577-582, 1997.
59. MELO, Allan Ulisses Carvalho de. *et al*. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar.**Rev. Bras. Otorrinolaringol,** São Paulo, v. 74., n. 3., p. 472-475,2008.
60. SANTOS, J. S.; PINTO, L. P.; FIGUEIREDO, C. R. L. V.; SOUZA, L. B. Tumoresodontogênicos:análise de 127 casos. **PesqOdontolBras**, v. 15., p. 308-13, 2001.

1. Graduanda de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: anaclaudia.cdp@outlook.com [↑](#footnote-ref-2)
2. Graduanda de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: raylla.azevedo@gmail.com [↑](#footnote-ref-3)
3. Professor Mestre e docente do Curso de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: sergiokussaba@hotmail.com [↑](#footnote-ref-4)
4. Professor Mestre e docente do Curso de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: amorim.jonathan@hotmail.com [↑](#footnote-ref-5)