

Achado Radiográfico Incidental de Osteoma Compacto em Área de Mandíbula: Caso Clínico

Incidental Radiographic Finding of Osteoma in the Jaw Area: Clinical Case

Hallazgo Radiográfico Incidental de Osteoma en el Área de las Mandíbulas: Reporte de Caso

Glenda da Silva **AMARAL**

Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Venâncio Corrêa de **OLIVEIRA NETO**

Cirurgião-Dentista pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Lioney Nobre **CABRAL**

Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM

<https://orcid.org/0000-0002-0505-4070>

Antônio Jorge Araújo de **VASCOCELOS II**

Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Mestre em Patologia Bucal pela Universidade do Federal do Amazonas-UFAM

<https://orcid.org/0000-0001-5947-1438>

Resumo

Introdução: O osteoma é uma neoplasia óssea benigna rara composta por osso maduro compacto ou esponjoso, predominantemente encontrados nos ossos gnáticos. Ocorrem mais frequentemente na mandíbula que na maxila. Geralmente aparecem como lesões solitárias e assintomáticas, no entanto, podem progredir lentamente para lesões grandes e, em estágios tardios, produzirem deformidades externas visíveis. Outros sintomas associados estão a limitação na abertura da boca, desvio da linha média e dor na ATM. **Objetivo:** O presente trabalho visa relatar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 38 anos, que durante exame radiográfico de rotina, observou-se uma lesão radiopaca circunscrita e um halo radiolúcido bem definido envolvendo o ápice de um molar em região de mandíbula. **Materiais e métodos:** Após análise radiográfica, aplicação da tomografia computadorizada, e exame intraoral algumas hipóteses diagnósticas foram levantadas, tais como osteíte condensante, cementoblastoma, odontoma, displasia cemento óssea focal, e osteoma. **Diagnóstico:** Somente através da realização do exame histopatológico obteve-se o diagnóstico confirmado para osteoma do tipo compacto. **Conclusão:** A ressecção cirúrgica total da lesão foi o tratamento de escolha, sendo o caso mantido em proervação durante seis meses para a confirmação da ausência de recidiva da lesão.

Descritores: Osteoma; Neoplasias Mandibulares; Diagnóstico.

Abstract

Introduction: Osteoma is a rare benign bone neoplasm composed of compact or cancellous mature bone, predominantly found in gnathic bones. They occur more often in the mandible than in the maxilla. They usually appear as solitary and asymptomatic lesions, however, they can slowly progress to large lesions and, in later stages, produce visible external deformities. Other associated symptoms are mouth opening limitation, midline deviation and TMJ pain. **Objective:** This paper aims to report a clinical case of a 38-year-old female patient who, during routine radiographic examination, observed a circumscribed radiopaque lesion and a well-defined radiolucent halo surrounding the apex of a molar in the mandible region. **Materials and methods:** After radiographic analysis, application of computed tomography, and intraoral examination, some diagnostic hypotheses were raised, such as condensing osteitis, cementoblastoma, odontoma, focal cemento-osseous dysplasia, and osteoma. **Diagnosis:** Only by performing the histopathological examination was a confirmed diagnosis for osteoma obtained. **Conclusion:** Total surgical resection of the lesion was the treatment of choice, and the case was kept under observation for six months to confirm the absence of lesion recurrence.

Descriptors: Osteoma; Mandibular Neoplasms; Diagnosis.

Resumen

Introducción: El osteoma es una neoplasia ósea benigna poco frecuente compuesta por hueso maduro compacto o esponjoso, que se encuentra predominantemente en huesos gnáticos. Ocurren con más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar. Suelen aparecer como lesiones solitarias y asintomáticas, sin embargo, pueden progresar lentamente a grandes lesiones y, en etapas posteriores, producir deformidades externas visibles. Otros síntomas asociados son la limitación de la apertura de la boca, la desviación de la línea media y el dolor de la ATM. **Objetivo:** Este artículo tiene como objetivo reportar un caso clínico de una paciente de 38 años que, durante el examen radiográfico de rutina, observó una lesión radiopaca circunscrita y un halo radiolúcido bien definido que rodeaba el ápice de un molar en la región mandibular. **Materiales y métodos:** Tras el análisis radiográfico, la aplicación de tomografía computarizada y el examen intraoral, se plantearon algunas hipótesis diagnósticas, como osteítis condensante, cementoblastoma, odontoma, displasia cemento-óssea focal y osteoma. **Diagnóstico:** Solo mediante la realización del examen histopatológico se obtuvo un diagnóstico confirmado de osteoma. **Conclusión:** La resección quirúrgica total de la lesión fue el tratamiento de elección y el caso se mantuvo en observación durante seis meses para confirmar la ausencia de recidiva de la lesión.

Descriptores: Osteoma; Neoplasias Mandibulares; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O osteoma é uma neoplasia óssea benigna rara composta por osso maduro compacto ou esponjoso, predominantemente encontrados nos ossos gnáticos. Geralmente aparecem como lesões solitárias e assintomáticas, e são comumente detectados durante exames radiográficos¹.

Seu primeiro relato como neoplasia óssea benigna foi descrito por Jaffe² (1935). A sua etiologia ainda é pouco conhecida, no

entanto algumas explicações sugerem decorrer de processos embriológicos, traumáticos, inflamatórios, metaplásicos e genéticos. Sua prevalência se encontra em pacientes adultos jovens, não possuindo predileção por sexo³.

Os osteomas podem apresentar-se na forma periosteal ou endosteal. Lesões ósseas periosteais, são aqueles com início no periosteio, normalmente são bem circunscritos e localizados, possuem crescimento lento e podem aparecer na superfície óssea como um

aumento de volume exófitico, sésseis ou polipoides, alguns dos quais são capazes de tomar proporções dimensionais consideráveis, resultando em deformidades faciais e dor. Osteomas endosteais, localizados no osso medular, costumam ser assintomáticos e pequenos. No entanto, podem progredir lentamente para lesões grandes e, em estágios tardios, produzirem deformidades visíveis³⁻⁵.

A síndrome de Gardner é uma condição genética rara transmitida por um gene autossômico dominante, identificado como gene supressor do colo adenomatoso (APC), cuja doença é caracterizada pelo aparecimento de múltiplos osteomas em associação com outras anomalias. Afetam os ossos longos do esqueleto, crânio, maxilares, mandíbula, acompanhados pelo surgimento de cistos, fibromas cutâneos, odontomas, dentes impactados, supranumerários e polipose intestinal, com elevado potencial para transformação maligna. Pacientes que apresentam o surgimento de osteomas devem ser suspeitos para a síndrome de Gardner, sendo, portanto de grande importância o seu diagnóstico precoce⁵⁻⁷.

Os osteomas ocorrem mais frequentemente na mandíbula que na maxila. São comumente encontrados no ângulo mandibular, corpo, ramo e côndilos⁸. Osteomas condilares podem causar desvios lentos e progressivos na oclusão, e no queixo do paciente, que em relação a linha média, direciona-se para o lado oposto da lesão⁹. A sintomatologia dolorosa dos osteomas está relacionada ao aumento no tamanho da lesão, no qual promovem a compressão neurovascular das estruturas adjacentes ao tumor, dando origem a dor. Outros sintomas associados estão assimetria facial, limitação na abertura da boca, e dor na ATM^{5,8,9}.

Clinicamente apresentam-se como uma expansão óssea, de superfície lisa, palpável, quando periférico, recoberto por mucosa de aspecto normal, assintomático, que podem, eventualmente, ocasionar o afastamento dos dentes adjacentes, e assimetria facial^{8,10}. Radiograficamente, os osteomas apresentam-se como uma massa esclerótica, de intensa radiopacidade, bem circunscrita, com margens delimitadas. Em casos de osteomas periosteais, ocasionalmente, pode-se observar no exame radiográfico, um padrão esclerótico uniformizado, ou apresentar-se por um centro ósseo trabeculado e uma periferia esclerótica. A histopatologia dos osteomas compactos corresponde basicamente a uma composição óssea densa, de aparência normal, e revela

pouco tecido medular. Já os osteomas esponjosos são caracterizados histopatologicamente por uma composição óssea trabecular e presença de medula fibrogordurosa^{8,11}.

Os osteomas diferem das exostoses orais e dos torus palatinos e mandibulares, pois estes são considerados lesões estritamente reacionais ou de desenvolvimento, mesmo que as características histopatológicas destas sejam idênticas^{10,11}. Algumas lesões decorrentes de processos inflamatórios, como osteíte condensante, osteomielite esclerosante crônica focal, em seus estágios finais, se assemelham radiograficamente com os osteomas pequenos, tornando, portanto dificultosa a sua diferenciação¹⁰. A tomografia computadorizada, ressonância magnética, e cintilografia são alguns meios utilizados para o diagnóstico. O emprego da tomografia computadorizada se torna útil para a localização, extensão, e a relação da lesão com as estruturas vizinhas^{3,10,11}.

O tratamento para os osteomas consiste na ressecção cirúrgica conservadora da lesão, em casos de grandes tumores que causam deformidades estéticas, ou na presença de sintomatologia dolorosa, principalmente aqueles com envolvimento condilar. No entanto, pequenas lesões assintomáticas, comumente aqueles que iniciam no endósteo, não necessariamente precisam de tratamento cirúrgico, mas é imprescindível que sejam acompanhados periodicamente para que sejam observados possíveis evoluções^{4,12,13}. O prognóstico para osteomas é baseado tanto no tamanho e localização da lesão, quanto no estado de saúde geral em que o paciente se encontra. No entanto, a lesão não apresenta tendência para recidivas, exceto em casos raros, e não possuem transições para neoplasias malignas^{1,3,5}.

CASO CLÍNICO

○ Apresentação Clínica

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, procurou clínica odontológica para tratamento ortodôntico. Ao exame radiográfico de rotina foi observada lesão sugestiva à periapicopatia no elemento 47. A paciente foi encaminhada à policlínica odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), para definição diagnóstica.

○ Diagnóstico Diferencial

No momento que antecedeu a anamnese da paciente, avaliou-se a radiografia na qual foi observada lesão radiopaca circunscrita e halo radiolúcido bem definido (Figura 1).



Figura 1: Exame radiográfico

Diante de tais características imaginológicas foi aventada a primeira hipótese, a de osteíte condensante. Tal condição caracterizada por uma região de densidade óssea aumentada, difusa ou bem definida, relacionada aos ápices dos dentes inflamados cronicamente ou necrosado, cuja esclerose é confinada aos limites do osso, não produzindo, ordenariamente, expansão óssea¹⁴.

Através do exame intraoral, foi observado um discreto aumento de volume localizado na mandíbula, em região do dente molar 47, na face vestibular. Esse aumento de volume, segundo a paciente, se encontrava assintomático. Foi realizado o teste de vitalidade pulpar (Endo Ice) tendo o resultado positivo.

Tal característica intraoral foi o bastante para descartar a hipótese de osteíte condensante. Pois, segundo Neville et al.¹⁵, área localizada de esclerose óssea associada a ápice de dentes com pulpíte (provenientes de grandes lesões cariosas ou restaurações coronárias profundas) ou necrose pulpar é denominada osteíte condensante. No entanto, no presente caso, o dente cujo ápice apresentava a lesão, não havia grande lesão cariada ou restauração coronária profunda. Sendo assim, comentou-se a possibilidade da lesão ser um cementoblastoma. Esta, caracterizando-se segundo Neville et al.¹⁵, como um aumento de volume radiopaco que está fundido a um ou mais dentes, sendo circundado por fino halo radiolúcido.

Após o exame intraoral, foi solicitado exame tomográfico. O estudo imaginológico mais detalhado revelou uma massa densa radiopaca, circunscrita por um halo delgado radiolúcido, sem relação com o dente 47 (Figuras 2 e 3).

Depois de realizada a tomografia e procedendo a análise, a hipótese de cementoblastoma, que é uma lesão associada ao dente, foi descartada, pois havia diferença no padrão de imagens¹⁶.

Após o estudo imaginológico detalhado,

tornou-se relevante a hipótese da lesão tratar-se de um odontoma complexo. Diante da literatura, Vengal et al.¹⁷, destacam que os odontomas podem apresentar como massas densamente radiopacas com bordas bem definidas nas áreas dos dentes. Essas características radiográficas assemelham-se à imagem tomográfica, uma massa densamente radiopaca com bordas bem definidas nas áreas dos dentes. De acordo com tais características, outra hipótese diagnóstica cogitada foi a displasia cemento óssea focal. Horikawa et al.¹⁸ mencionaram que a displasia cemento óssea focal é encontrada na área posterior mandibular e que ocasionalmente pode ter característica radiográfica de radiopacidade em seu “estágio final” de desenvolvimento, com halos bem definidos.

Por fim, ainda pensou-se tratar-se de um osteoma, por conta da lesão não estar intimamente ligada ao dente e também devido à ausência de sintomas¹⁹. Kaplan et al.²⁰ relatam que osteomas apresentam imagens radiográficas como áreas radiopacas com bordas bem definidas.

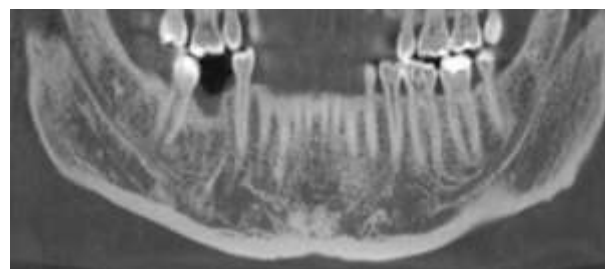


Figura 2: Tomografia - Visão panorâmica da lesão.



Figura 3: Tomografia - Lesão Radiopaca, circunscrita e bem definida.

o Diagnóstico

Na análise de dois fragmentos de tecido ósseo, o primeiro apresentou-se constituído por osso compacto sem espaços medulares, apresentando sistemas haversianos com aspecto de normalidade, circunscrito por tecido conjuntivo bem colagenizado organizado de forma capsular.

O segundo fragmento, em sua porção externa era formado por cortical compactada

(Figura 4) e interna, trabecular, com espaços medulares preenchidos por tecido conjuntivo celularizado (Figuras 5 e 6). Em outras palavras, fora encontrado osso denso de aparência normal mostrando tecido medular. Com base na associação de achados clínicos e histopatológicos foi confirmado o diagnóstico de osteoma.

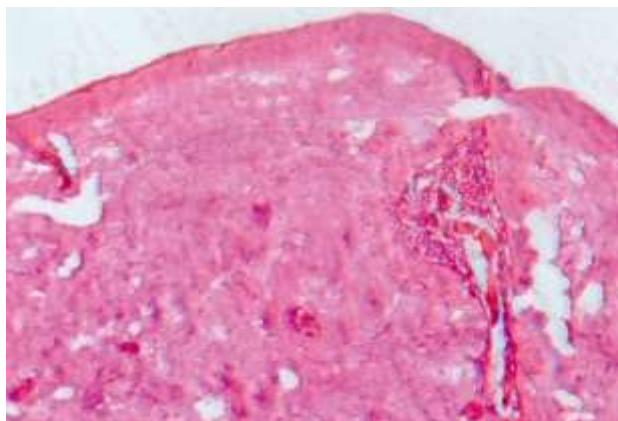


Figura 4: Imagem histopatológica: osso compacto de aparência normal.

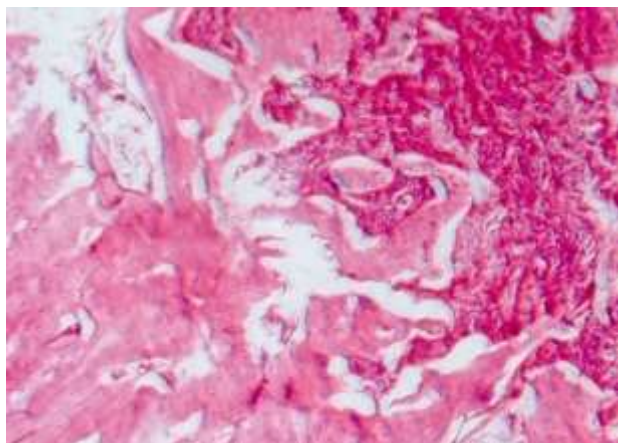


Figura 5: Imagem histopatológica: espaços medulares preenchidos por tecido conjuntivo bem celularizado.

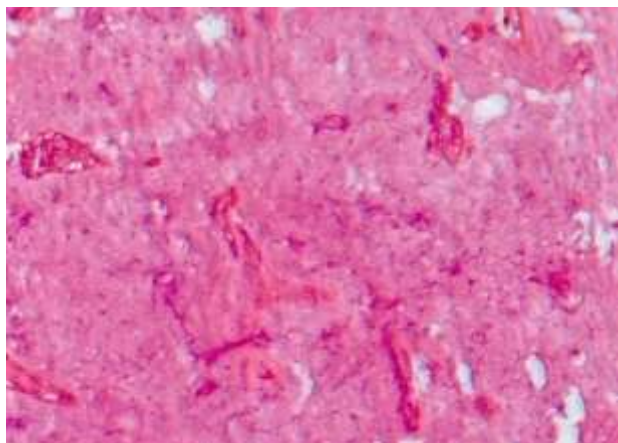


Figura 6: Imagem histopatológica: espaços medulares preenchidos por tecido conjuntivo bem celularizado.

o **Gestão**

O tratamento proposto foi realização de biópsia excisional para que houvesse um estudo anatomopatológico da lesão. Exames pré-operatórios foram feitos e nenhuma alteração laboratorial observada, a cirurgia foi realizada

(Figura 7). Para facilitar a remoção da lesão, optou-se pela secção de bloco ósseo (Figura 8). Com uma broca cirúrgica, foi desenhado um cubo, onde o mesmo foi removido (Figura 9) para alcançar a lesão e conseguir sua retirada (Figura 10).



Figura 7: Incisão dos tecidos para a exérese da lesão.



Figura 8: Desenho do cubo para a realização da enucleação.

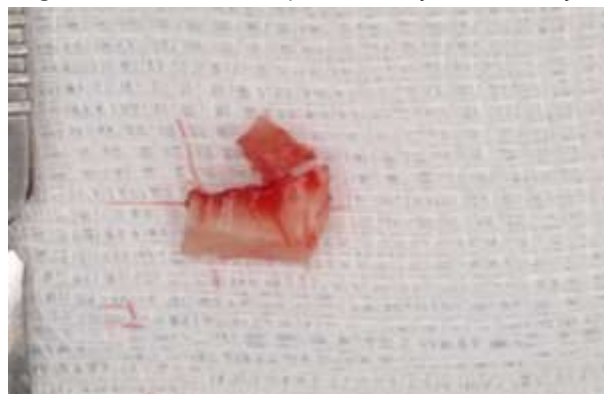


Figura 9: Fragmento de tecido ósseo.



Figura 10: Exérese da lesão.

Após a ressecção total de lesão, curetouse a loja cirúrgica (Figura 11). Após a curetagem, a mucosa foi suturada (Figura 12). Assim, o material foi encaminhado para análise histopatológica.



Figura 11: Loja cirúrgica.



Figura 12: Síntese, respeitando os planos teciduais.

A preservação do caso é essencial para a confirmação de ausência de recidiva. Assim, após seis meses foram avaliadas as condições clínicas da lesão, estando dentro dos padrões de normalidade (Figura 13). Foi realizado também exame tomográfico para a confirmação da ausência de recidiva e reparação do tecido ósseo focal (Figuras 14 a 16).



Figura 13: Condição clínica intraoral após seis meses da biópsia excisional.

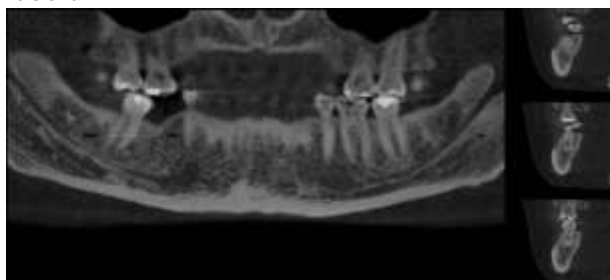


Figura 14: Tomografia – visão panorâmica.

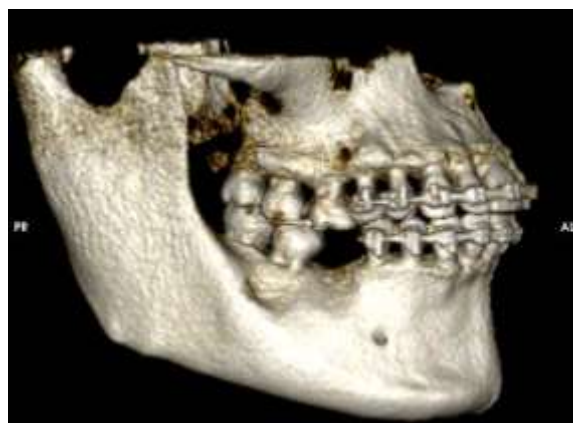


Figura 15: Presença de formação óssea.



Figura 16: Presença de formação óssea.

DISCUSSÃO

Para Ribeiro, et al.²¹ o diagnóstico precoce representa melhora na qualidade de vida do paciente na sua sobrevivência e ainda na racionalização dos custos do tratamento. A detecção de tais sinais e sintomas pode, ainda, favorecer na racionalização e otimização dos recursos utilizados na terapêutica. Esses reconhecimentos, principalmente ao uso de exames complementares, tiveram a sua importância na atribuição do diagnóstico definitivo e, dessa maneira, proposto o melhor tratamento.

A paciente em questão apareceu apenas com o exame radiográfico da lesão. A imagem da região em que apresentava uma lesão radiopaca circunscrita e um halo radiolúcido bem definido são características que fizeram questionar a hipótese de osteíte condensante, que imaginologicamente, segundo Costa et al.²² traduz-se por uma lesão esclerótica, não expansível, adjacente ao dente.

Tal hipótese foi descartada no momento em que se realizou a anamnese da paciente, pois no exame clínico, o dente na qual se encontrava a lesão, não apresentava nenhum tipo de lesão cáries. Para Miloglu et al.²³ são consideradas osteítes condensantes apenas aquelas lesões que estiverem associadas diretamente a uma inflamação crônica, que

geralmente se desenvolve no periápice de um dente com cárie ou grandes restaurações.

Após a anamnese, questionou-se a possibilidade de ser cementoblastoma, que para Lekie et al.²⁴ é um tumor caracterizado pela formação de tecido cementoso calcificado que se deposita na raiz dos dentes.

Já a clínica destes tumores é geralmente pobre, semelhante ao caso, sendo característicos com crescimento lento, condicionando uma tumefação da região afetada, que ao longo do tempo poderá atingir dimensões consideráveis²⁵.

Comparando com a imagem radiográfica do cementoblastoma, de acordo com o trabalho de Neves et al.²⁶, tem apresentação de estar aderido à porção apical ou lateral da raiz e se apresenta como uma massa radiopaca densa, bem delimitada e circundada por um halo radiotransparente fino e uniforme. Essa hipótese foi descartada no momento que foi analisado a tomografia e percebeu-se que a lesão não tinha alguma relação com o dente. Macroscopicamente, o tumor apresenta-se como uma massa que faz corpo com o terço apical do dente afetado²⁵. Tal característica que não condiz com o caso.

Entretanto também, conjecturou-se ser displasia cemento óssea focal, pois em um de seus estágios, ela se apresenta, segundo Vieira, et al.²⁷, radiograficamente imagem de lesões calcificadas associadas aos dentes vitais e ser raro o crescimento e expansão da cortical óssea, estas se encontram circunscritas com halo radiolúcido.

Outra hipótese questionada foi de um odontoma complexo, apontado por Pires et al.²⁸ como geralmente assintomático e identificado em exames rotineiros de imagem, aumento de volume local. E radiograficamente, apresentava uma massa radiopaca irregular delimitada por áreas radiolúcidas. Essa relação do odontoma complexo com o caso foi bastante considerada, promovendo a necessidade do estabelecimento do diagnóstico.

A última hipótese questionada foi de um osteoma, pois é caracterizada por uma lesão geralmente pequena e assintomática, detectados em exames radiográficos de rotina ou devido ao abaulamento do tecido ósseo, causando assimetria facial. Quanto à localização, muitos osteomas ocorrem posteriores aos pré-molares. Tais características são concordantes com o caso apresentado¹⁸. A lesão apresentava um abaulamento discreto que foi apenas descoberto em um exame de rotina. Quanto à localização, acabou não encontrando a mesma

concordância, já que a lesão se apresentava na face vestibular da mandíbula, no ápice do segundo molar direito.

Apresentam-se radiograficamente como massas radiopacas com um halo radiolúcido²¹. Tais características são concordantes com o caso que se tornaram mais lúcidas diante de um estudo imaginológico mais detalhado, com a utilização da tomografia.

O tratamento do osteoma consiste em remoção cirúrgica completa na base em que se une ao osso cortical²⁹. Assim, houve a escolha de realizar a biópsia excisional da lesão a fim de um estudo anatomopatológico, para definir o diagnóstico.

Histologicamente, Boffano et al.³⁰ relatam em seu trabalho que o osteoma compacto apresenta-se como ossos densos e espaços mínimos de medula e canais haversianos ocasionais. A análise histopatológica do caso revelou que a lesão era um osteoma do tipo compacto, pois apresentava osso denso de aparência normal mostrando tecido medular mínimo.

Somente a partir das características histopatológicas que se pôde descartar a o caso de ser uma displasia cemento óssea focal, pois segundo Neville et al.¹⁵, o tecido consiste em fragmentos de tecido mesenquimal celular composto de fibroblastos fusiformes e fibras colágenas, com numerosos vasos sanguíneos pequenos, bastantes diferentes com os achados histopatológicos do caso.

Já na hipótese do odontoma complexo, suas características histopatológicas, de acordo com o trabalho Pires et al.³¹, que em seu caso o laudo deu como diagnóstico definitivo um odontoma complexo, tendo como descrição microscópica a presença de tecidos dentários, matriz de esmalte, dentina tubular e cemento celular dispostos de forma aleatória. Tal característica que não condiz com o estudo anatomopatológico do caso.

CONCLUSÃO

Vale ressaltar, então, a necessidade da biópsia associada ao estudo anatomopatológico como meio de confirmação do diagnóstico desta entidade. Assim, conclui-se que o conhecimento na construção clínica e imaginológica são importantes na hipótese diagnóstica, bem como se destaca a importância do estudo histopatológico para a elucidação do caso.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Tiago Novaes Pinheiro pelas orientações prestadas para a elaboração deste trabalho, contribuindo com a emissão do laudo histopatológico e com o manejo do caso clínico.

REFERÊNCIAS

1. Starch-Jensen, T. Peripheral solitary osteoma of the zygomatic arch: a case report and literature review. *Open Dent J.* 2017;11:120-25.
2. Jaffe HL. "Osteoid-osteoma": a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch surg.* 1935;31(5):709-28.
3. Debta P, Debta FM, Bussari S, Acharya SS, Jeergal VA. Cancellous osteoma of maxilla: A rare case report. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(3):261-64.
4. Autorino U, Borbon C, Malandrino MC, Gerbino G, Roccia F. Surgical Management of the Peripheral Osteoma of the Zygomatic Arch: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Surg.* 2019;2019:6370816.
5. Bountaniotis F, Melakopoulos I, Tzerbos F. Solitary Peripheral Osteoma of the Hard Palate Case report and literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2017;17(2):e234-37.
6. Baldino ME, Koth VS, Silva DN, Figueiredo MA, Salum FG, Cherubini K. Gardner syndrome with maxillofacial manifestation: A case report. *Spec Care Dentist.* 2019;39(1):65-71.
7. Bergler-Czop B, Miziolek B, Hadasik K, Brzezińska-Wcisło L. Common lesions in a rare entity - Gardner's syndrome. *Postepy Dermatol Alergol.* 2017;34(6):632-634.
8. Bhatt G, Gupta S, Ghosh S, Mohanty S, Kumar P. Central Osteoma of Maxilla Associated with an Impacted Tooth: Report of a Rare Case with Literature Review. *Head Neck Pathol.* 2019;13(4):554-561.
9. Demircan S, İşler SC, Gümüşdal A, Genç B. Orthognathic Surgery after Mandibular Large-Volume Osteoma Treatment. *Case Rep Dent.* 2020;2020:7310643.
10. Khandelwal P, Dhupar V, Akkara F. Unusually Large Peripheral Osteoma of the Mandible - A Rare Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(11):ZD11-ZD12.
11. Valente L, Tieghi R, Mandrioli S, Galiè M. Mandibular Condyle Osteoma. *Ann Maxillofac Surg.* 2019;9(2):434-38.
12. Yudoyono F, Sidabutar R, Dahlan RH, Gill AS, Ompusunggu SE, Arifin MZ. Surgical management of giant skull osteomas. *Asian J Neurosurg.* 2017;12(3):408-11.
13. Rao S, Rao S, Pramod DS. Transoral removal of peripheral osteoma at sigmoid notch of the mandible. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14(1):255-57.
14. Garcês H, Valente A, Lopes OP, Rocha G, Carvalho J. C-38. Osteíte Condensante - a propósito de um caso clínico. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013;54(S1):e56.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* Elsevier; 2016.
16. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM, Corio RL. Cementoblastoma: an innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(3):311-20.
17. Report AC. Large Erupting Complex Odontoma 2007;73(2):169-72.
18. Horikawa FK, Freitas RR, Maciel FA. Peripheral osteoma of the maxillofacial region : a study of 10 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(5):38-43.
19. Ogbureke KUE, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible : A case report and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2007;203:185-88.
20. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D. Solitary central osteoma of the jaws : a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008: 22-9.
21. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Kortellazzi KL . Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Odonto.* 2012;20(39):61-70.
22. Costa FR, Esteves C, Bacelar MT. Lesões benignas da mandíbula : uma revisão pictórica. *Acta Radiol Port.* 2016;108(28):25-35.
23. Miloglu O, Yalcin E, Buyukkurt M, Acemoglu H. The frequency and characteristics of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis lesions in a Turkish patient population. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal.* 2009;14(12):e640-45.
24. Lekic P, McCulloch CAG. Periodontal ligament cell populations : the central role of fibroblasts in creating a unique tissue. *Anat Rec.* 1996;245(2):327-41.
25. Barbosa NM, Cunha F, Leite M, Pinharanda H. Cementoblastoma da Mandíbula - Caso Clínico. *Port Estomatol.* 2004;45(2):149-53.
26. Neves FS, Ladeira DB, Nery LR, Almeida SM, Campos PSF. Cementoblastoma benigno : relato de caso 2010;5458:31-4.
27. Vieira TVS. Diagnóstico diferencial de patologias ósseas mandibulares a propósito de um caso clínico. *Ver Cir traumatol buco-maxilo-fac.* 2012;10(2):31-4.
28. Pires WR, Motta-Junior J, Martins LP, Stabile GAIV. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. *Rev Odontol Unesp.* 2013;42(2):138-43.
29. Sayan NB, Karasu HA. Peripheral Oestoma of the Oral and Maxillofacial Region: A Study of 35 New Cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(11):1299-301.
30. Boffano P, Roccia F, Campisi P, Gallesio C. Review of 43 Osteomas of the Craniomaxillofacial Region. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012: 1093-95. Pires LS, Krüger MLB, Viana ES, Floriani KP, Ferreira SH. Odontoma : estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatos.* 2007;13(24):21-9.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Glenda da Silva Amaral

Travessa Belo Horizonte, 41, Compensa

69036-101, Manaus, AM, Brasil

E-mail: gdsa.odo17@uea.edu.br

Submetido em 18/07/2021

Aceito em 31/01/2022