

## **OSTEOMA CENTRAL MANDIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

### **MANDIBULAR CENTRAL OSTEOMA: CLINICAL CASE REPORT**

DENISE ERICA MASQUIO **TOUKACZ**. Aluna do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ingá UNINGÁ.

MARK ALISSON ESTANGANINI **SILVA**. Aluno do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ingá UNINGÁ.

SAMIRA **SALMERON**. Doutora em Reabilitação Oral / Periodontia (FOB-USP), Docente do Departamento de Periodontia do Centro Universitário Ingá.

VILMAR DIVANIR **GOTTARDO**. Doutor em Biologia Oral (Universidade Sagrado Coração). Docente do Departamento de Cirurgia e Estomatologia do Centro Universitário Ingá.

HELDO CESAR **FIGUEIRA JUNIOR**. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (UNESP), Docente do Departamento de Cirurgia e Estomatologia do Centro Universitário Ingá.

Avenida Doutor Luiz Teixeira Mendes, nº 1690, sala 101, Maringá-PR, CEP 87015-000. E-mail: heldocfj@gmail.com.

### **RESUMO**

Osteomas são tumores benignos compostos de osso maduro compacto ou esponjoso, podendo apresentar-se clinicamente na periferia, intraósseo, ou no interior dos tecidos moles. São essencialmente restritos ao esqueleto craniofacial, ocorrendo com maior frequência na mandíbula, sendo raramente diagnosticados em outros ossos. A variável osteoma central apresenta-se como uma massa óssea, de crescimento lento, assintomática, isolada e unilateral. Sua frequência é maior em homens, entre a segunda e quinta décadas de vida, sendo sua etiopatogenia amplamente discutida. Pode ser de origem reacional, traumatológica, inflamatória, ou alteração na fisiologia óssea. Comumente esta lesão está associada a pacientes portadores da Síndrome de Gardner. Objetivase, através de relato de caso clínico e revisão da literatura, discutir a causa, aspectos clínicos, radiográficos e histológicos desta neoplasia, assim como seu tratamento. Em nosso caso optamos pela exérese total da lesão pelo fato de que o tamanho da lesão era considerável e porque em nossa pesquisa foi o tratamento mais realizado entre os clínicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Osteoma. Neoplasias Ósseas. Osteoma Mandibular.

### **ABSTRACT**

Osteomas are benign tumors composed of compact or cancellous mature bone, which may present clinically in the periphery, intra-bone or inside of soft tissues. They are essentially restricted to craniofacial skeleton, occurring more frequently in the jaw, rarely diagnosed in other bones. The central osteoma usually presents as a bone mass, of slow growth, asymptomatic, isolated, and unilateral. It is more

frequently found in men, between the second and fifth decades of life, being its etiopathogenesis widely discussed, its origin may be reactive, inflammatory, from trauma or physiological bone changes. These lesions are commonly associated with patients with Gardner's Syndrome. Through a case report, this study aims to discuss cause, clinical, radiographic and histological aspects of this neoplasm, as well as its treatment. In our case, it was chosen to remove the lesion completely because its size was considerable and, in our research, it was the most accomplished treatment among clinicians.

**KEYWORDS:** Osteoma. Neoplasia of The Bone. Mandibular Osteoma.

## INTRODUÇÃO

Osteomas são tumores osteogênicos benignos raros caracterizados pela produção de osso maduro e com crescimento lento. Sua localização determina sua nomenclatura podendo se apresentar como central, periférico e extra esquelético. O tipo central de osteoma evolui a partir do endóstio; já a variante periférica se desenvolve a partir do perióstio, e o tipo de osteoma extra esquelético do tecido mole e geralmente se desenvolve dentro da massa muscular ou tecido mole (KHANDELWAL et al., 2016).

Os osteomas endosteais ou intraósseos, são na maioria das vezes assintomáticos, solitários e unilaterais. São geralmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina (WEINBERG, 1977).

Lesões periféricas podem se apresentar nos formatos sésil ou pediculado, o que as tornam mais fáceis de serem diagnosticadas. Geralmente se apresentam como uma forma de cogumelo radiopaco projetando-se da porção periférica dos ossos maxilares ou mandibulares. No entanto, essa forma periférica muitas vezes pode ser confundida com exostoses, que são apenas crescimentos ósseos, nestes casos são bem delimitados, difíceis de serem palpados e recobertos por tecido normal (GAWAND, 2015).

O diagnóstico deve ser realizado por exame clínico e exames complementares. Clinicamente, o osteoma é apresentado como massa nodular ou tumoral, assintomática, unilateral, bem delimitada, fixa, de consistência rígida e assintomática. Não tem predileção por sexo ou idade (BOROS et al., 2011).

Radiograficamente, observa-se a presença de uma massa oval, radiopaca e bem circunscrita. O diagnóstico diferencial inclui exostoses e vários outros processos patológicos, incluindo lesões inflamatórias e neoplásicas, como padrão esclerótico de osteomielite crônica, fibroma ossificante periférico, osteoblastoma periosteal, osteoma osteóide e osteossarcoma periosteal (FRANCA et al., 2012).

Distinguir entre exostose e osteoma pode ser difícil. As características clínicas são essenciais para determinar o diagnóstico final, uma vez que ambas as condições apresentam características histopatológicas semelhantes. As exostoses são geralmente múltiplas e localizadas em áreas de mucosa gengival adjacente. Exostoses solitárias são raras e ocorrem frequentemente associadas a um trauma local ou em regiões que receberam enxerto gengival ou cutâneo (BULUT et al., 2010).

Osteomas assintomáticos são na maioria dos casos detectados em análises radiográficas de situações correlatas e quando causam assimetria facial

ou prejuízo de função, na fala, na deglutição ou compressão de via oral ou nasal. Dependendo da localização pode causar dores de cabeça, na face e limitação de abertura bucal (KARTHIK RAGUPATHY et al., 2016).

Pacientes com osteomas devem ser avaliados quanto a compatibilidade com a síndrome de Gardner (GS). Esta síndrome é uma doença autossômica dominante caracterizada por pólipos gastrointestinais, múltiplos osteomas, tumores de pele, tumores de tecidos moles e múltiplos dentes impactados ou supranumerários nos maxilares. Os pólipos intestinais são predominantemente adenomas e podem progredir para malignidade em quase 100% dos pacientes. Como os osteomas podem ser vistos no estágio inicial da GS, os dentistas podem desempenhar um papel importante no diagnóstico da polipose colônica (NILESH et al., 2015).

O tratamento para esse tipo de lesão é geralmente por excisão cirúrgica. Um osteoma pode ser completamente curado por intervenção cirúrgica e não há recidiva. A cirurgia consiste na exérese total da lesão. A escolha da terapia deve ser baseada nos riscos gerais do procedimento cirúrgico para o paciente e no risco de danificar estruturas anatômicas importantes adjacentes a ela, já que a maioria das lesões é assintomática e se apresenta sem restrições funcionais ao paciente. Visitas regulares ao dentista, complementadas por exames radiológicos, também podem ser a abordagem escolhida (BOROS et al., 2011).

Este trabalho objetiva apresentar um caso de osteoma solitário endosteal na mandíbula, juntamente com a análise da literatura para tais tipos de osteomas, contribuindo assim para o conhecimento sobre a patogênese, diagnóstico diferencial e tratamento dessas lesões.

## REVISÃO DE LITERATURA

Osteoma é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma lesão benigna, constituída de tecido ósseo maduro bem diferenciado, com estrutura predominantemente laminar e com crescimento lento. Existe muita controvérsia quanto aos osteomas serem neoplasias benignas ou hamartomas. Porém, a OMS em sua última classificação de doenças, relata o osteoma como uma neoplasia óssea benigna, claramente distinta das exostoses (AGRAWAL et al., 2015).

O osteoma evolui de forma lenta e indolor, embora possa causar dor caso esteja pressionando nervos. A cefaleia, sinusite ou queixas oftalmológicas são queixas comuns quando o tumor está intimamente associado aos seios paranasais. (BULUT et al. 2010).

Radiograficamente, a lesão endosteal (central) é radiopaca e circunscrita na região medular do osso envolvido, e a imagem radiográfica é frequentemente semelhante ao odontoma complexo e à esclerose idiopática, o que dificulta o diagnóstico radiográfico diferencial. As lesões predominantemente esponjosas são geralmente radiograficamente mal delimitadas. No exame histológico do osteoma central compacto, observamos denso osso lamelar e tecido medular escasso contendo o Sistema de Harvers. O osteoma central ou medular consiste em osso trabecular e uma pequena quantidade de cordão fibroso (BOROS et al., 2011).

Caso o paciente possua mais que um osteoma, deverá ser avaliado para a síndrome de Gardner. O envolvimento esquelético dos indivíduos portadores

dessa síndrome inclui osteoma periférico e endosteal, que pode ocorrer em qualquer osso, mas é encontrado mais frequentemente no crânio, seios etmoidais, mandíbula e maxila. Características adicionais desta síndrome incluem fibromas cutâneos e cistos epidermóides. Pacientes com síndrome de Gardner podem apresentar sintomas como sangramento retal, diarreia e dor abdominal. A tríade de pólipos colorretais, anormalidades esqueléticas e múltiplos dentes impactados ou supranumerários são consistentes com essa síndrome. A síndrome de Gardner foi descartada em nosso paciente com sintomas clínicos negativos (GAWAND et al., 2011).

Badauy et al. (2007) analisaram uma imagem radiográfica de uma lesão radiopaca no corpo da mandíbula de um homem de 26 anos de idade. Os autores citam as várias patologias que podem ter semelhanças radiográficas e serem sugestivas de diagnóstico, quando comparadas com a imagem radiográfica radiopaca estudada. A lesão assemelhava-se radiograficamente com as patologias: fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cemento-óssea, esclerose idiopática, cementoblastoma, osteomielite esclerosante crônica, osteoblastoma e osteoma osteóide.

O fibroma ossificante é um tumor benigno, que comumente afeta a mandíbula na região de pré-molares e molares. Esta lesão causa expansão óssea; usualmente a cortical óssea abaixo da mandíbula é assintomática. Reabsorção das raízes e deslocamento dos dentes estão ocasionalmente associados.

A displasia fibrosa é caracterizada pela substituição de tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso imaturo e trabeculado ósseo displásico irregular. A patologia tem uma imagem radiográfica mista (radiolúcida e radiopaca) nos estágios iniciais e em casos bem estabelecidos, aparece como uma imagem de vidro com margens pobremente definidas.

A displasia cemento-óssea consiste de um processo displásico reativo, que tem uma imagem radiopaca definida envolta por uma linha radiolúcida.

As lesões escleróticas idiopáticas são também radiopacas, porém não apresentam agente etiológico óbvio. Elas são usualmente assintomáticas e não causam expansão óssea.

O cementoblastoma é um tumor odontogênico raro, que provém do ectomesênquima, caracterizado pela proliferação do cimento, e por essa razão, sua localização é próxima às raízes dos dentes. A lesão aparece como uma massa radiopaca em volta da raiz do dente, e a região de maior prevalência é a de pré-molares inferiores.

A osteomielite esclerosante crônica é uma patologia inflamatória crônica, caracterizada por aumento de volume ósseo localizado e dor intermitente. A imagem radiográfica mostra uma imagem mista (radiopaca e radiolúcida), com as margens da lesão pobremente definidas e estruturas radiopacas irregulares, que resultam do trabeculado ósseo.

Os osteoblastomas são tumores ósseos primários que ocorrem na região maxilofacial. Os sinais clínicos e sintomas incluem aumento de volume, maciez local e dor espontânea e persistente. O tumor produz um defeito radiolúcido, de forma arredondada a oval, demarcada por uma linha esclerótica com radiopacidade em forma de nuvem dentro da lesão.

O osteoma osteóide é uma lesão óssea dolorosa rara. Radiograficamente ele aparece como uma lesão pequena, arredondada, subjacente à cortical e envolta por uma linha esclerótica (BADAUY et al., 2007).

Sua etiologia é obscura. Os estudos consideraram que estes tumores se originam de restos cartilagosos embriológicos ou de células periostiais embrionárias persistentes. De acordo com a teoria desenvolvimental ou embriológica, os osteomas se originariam da sutura entre os ossos com diferentes derivações embriológicas (membranosas / endocondrais). Outros possíveis fatores etiológicos são inflamação, trauma e patologias endócrinas (AGRAWAL et al., 2015). O osteoma central sintomático pode exigir uma excisão mais radical junto com o osso e pode requerer reconstrução do osso envolvido (GUNDEWAR et al., 2013).

Segundo Gawand (2015), o mecanismo que melhor explica a patogênese do osteoma é uma combinação de trauma e tração muscular. O trauma (mesmo pequeno, que provavelmente não será sequer lembrado pelo paciente) pode causar hemorragia subperiosteal ou edema e a tração muscular pode elevar localmente o periósteo. Esses dois elementos podem iniciar uma reação osteogênica que poderia ser perpetuada pela tração muscular contínua na área. O fato de a maioria dos osteomas da mandíbula não atingirem um tamanho considerável também sustenta uma teoria reativa, e não neoplásica, embora o processo reativo possa atingir dimensões impressionantes quando o estímulo que precipita o desenvolvimento persiste (GAWAND, 2015).

O diagnóstico precoce ajuda a evitar o crescimento excessivo da lesão, bem como uma abordagem cirúrgica mais traumática, e pode prevenir a assimetria ou obstrução facial e a pressão das estruturas adjacentes. Quando o tratamento cirúrgico for eleito, os fatores a serem levados em consideração devem incluir indicações de cirurgia, tamanho e localização do tumor, abordagem cirúrgica e técnica de excisão. Quando a cirurgia é realizada, é extremamente importante planejar uma abordagem cirúrgica que minimize qualquer dano às estruturas adjacentes (GUNDEWAR et al., 2013). O diagnóstico conclusivo de osteoma deve ser confirmado através de exame histopatológico (IKESHIMA et al., 1995).

O tratamento mais relatado na literatura é por excisão cirúrgica completa da lesão. Na maior parte dos casos, a escolha do tratamento invasivo é para alívio da pressão sobre estruturas vizinhas causada pelo crescimento tumoral, que pode estar resultando em dor, prejuízo ou perda de função, e também por razões estéticas (LARREA et al., 2008).

Em alguns casos, onde as lesões não estejam afetando a função e a estética do paciente, visitas regulares ao dentista, complementadas por exames radiológicos, também podem ser a abordagem escolhida. O diagnóstico precoce ajuda a evitar um crescimento exagerado da lesão, assim como uma abordagem cirúrgica menos traumática, podendo evitar a assimetria facial ou obstrução e pressão das estruturas adjacentes. As lesões raramente apresentam recidiva e a transformação maligna não foi relatada (KARTHIK RAGUPATHY et al., 2016).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados de relevância para a produção do conhecimento em saúde: PubMed –

U.S. National Library of Medicine. A busca na base de dados foi realizada durante os meses de março e setembro de 2018. As palavras chave utilizadas foram: Osteoma, neoplasias ósseas e osteoma mandibular, onde 7530 artigos foram encontrados.

Um paciente de 46 anos de idade, saudável, compareceu ao Serviço de Atendimento odontológico na cidade de Mandaguari, Paraná, Brasil, com o intuito de reabilitação por meio de implantes.

A partir de análise da imagem radiográfica panorâmica de face foi detectado a presença de uma massa radiopaca contendo halo radiolúcido ao seu redor em região dos elementos 35 e 36. A lesão apresentava-se assintomática, sem envolvimento dos dentes e sem anomalias associadas ou sintomas sistêmicos aparentes.

Clinicamente, o tecido superficial mucoso apresentava aspectos de normalidade, sem presença de inflamação, eritema ou endurecimento. Durante o exame clínico extra oral, os linfonodos regionais não apresentavam sinais de inflamação, sem assimetria facial aparente. Não foram verificados tumores semelhantes em outras partes do corpo.

Para o tratamento da lesão, o paciente foi submetido à cirurgia de enucleação em nível ambulatorial. Foi aplicada anestesia local infiltrativa na região de interesse. Optou-se por não realizar o bloqueio do nervo alveolar inferior, sendo anestesiado apenas o periosteio circundante ao tecido ósseo comprometido, com o objetivo de evidenciar uma possível lesão iatrogênica frente à osteotomia caso ultrapassasse o assoalho da lesão.

O acesso realizado foi por meio de uma incisão linear na região edêntula de rebordo estendendo-se da distal do 34 a mesial do 37. Após o descolamento do retalho observou-se um osso cortico-esponjoso com aspectos de normalidade. Para o acesso do tumor usou-se brocas esféricas eliminando o tecido ósseo que se encontrava sobre a lesão.

Optou-se por exérese com a utilização de broca 701 para peça reta até que o tecido se mostrasse com aspectos de normalidade novamente, sendo realizada posteriormente a osteoplastia.

Nos cortes histológicos examinados, predominou tecido ósseo lamelar denso (osso compacto) de aparência normal, contendo canais de Havers de variados tamanhos e pequena quantidade de tecido medular. Os aspectos histológicos observados confirmam o diagnóstico de Osteoma.

Foi administrado sobre a cavidade no tecido ósseo Rifamicina SV Sódica 10mg/ml (Neo Química indústria farmacêutica, Anápolis-GO. A mucosa foi suturada com fio de nylon 4-0 (Ethicon - Johnson e Johnson do Brasil. São Paulo-SP, Brasil). Para o pós-operatório, foram prescritos analgésico dipirona monohidratada 500 mg (Medley indústria farmacêutica, Campinas-SP, Brasil) a cada 6 horas por três dias, anti-inflamatório ibuprofeno 600 mg (Dalsy, Abbott laboratórios, São Paulo-SP, Brasil), a cada 8 horas por três dias e antibiótico amoxicilina 500 mg, (Medley indústria farmacêutica, Campinas-SP, Brasil) a cada 8 horas por 7 dias. A remoção da sutura foi realizada após uma semana, não ficando evidente qualquer sinal de inflamação e cicatrização dentro dos padrões de normalidade.

O paciente retornou com 30 dias de pós-operatório, onde evidenciamos diminuição considerável da lesão, e dado o diagnóstico histológico, decidiu-se pela preservação com acompanhamento radiográfico periódico.



**Figura 1** - Radiografia panorâmica padrão inicial.  
**Fonte:** o autor.



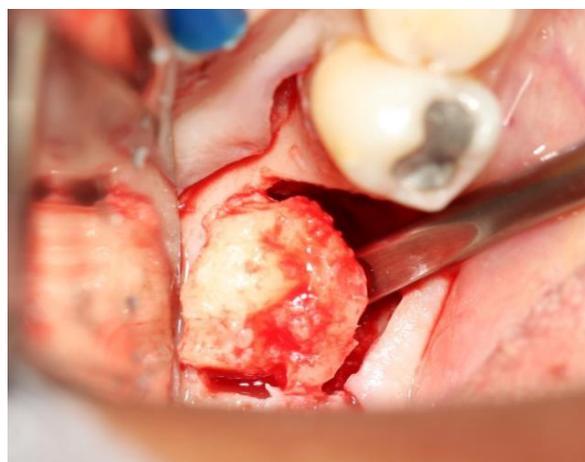
**Figura 2** - Aspecto radiográfico inicial da lesão.  
**Fonte:** o autor.



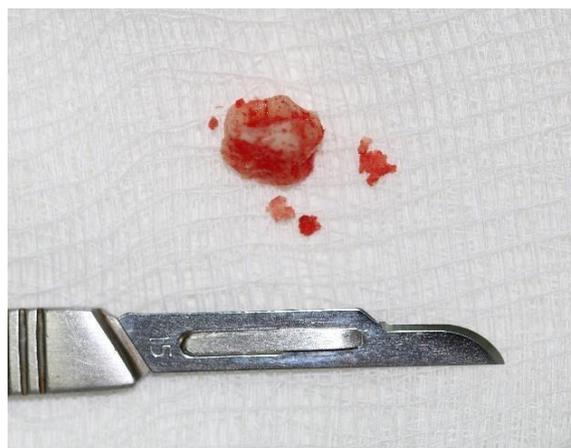
**Figura 3** - Aspecto intraoral inicial da região afetada.  
**Fonte:** o autor.



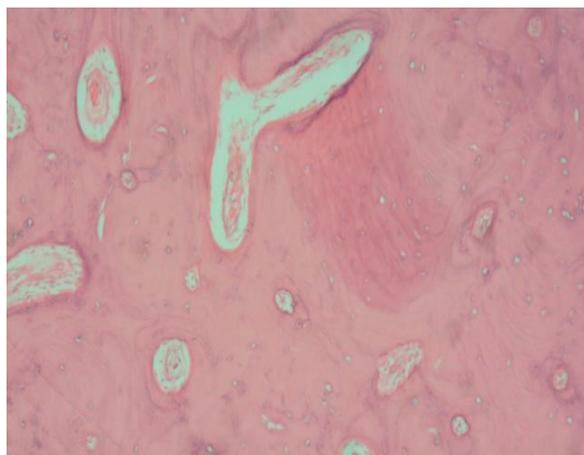
**Figura 4** - Tecido ósseo após descolamento.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 5** - Lesão óssea no momento da remoção.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 6** - Peças removidas e enviadas para análise histopatológica.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 7** - Imagem cedida pelo laboratório confirmando diagnóstico de Osteoma.

**Fonte:** o autor.



**Figura 8** - Cavidade medicada com Rifamicina.

**Fonte:** o autor.



**Figura 9** - Aspecto do leito cirúrgico após sutura.

**Fonte:** o autor.



**Figura 10** - Aspecto no momento da remoção da sutura no pós-operatório de 7 dias.

**Fonte:** o autor.



**Figura 11** - Aspecto radiográfico no pós-operatório de 30 dias.

**Fonte:** o autor.

## DISCUSSÃO

Osteomas podem afetar qualquer faixa etária; entretanto, essas lesões afetam predominantemente pacientes com idade igual ou superior a 40 anos. Homens são mais afetados que mulheres (2: 1) (GUNDEWAR et al., 2013). O paciente em questão nesse estudo apresentava-se com 48 anos de idade e era do sexo feminino quando começou o tratamento frente ao achado.

Os osteomas centrais solitários mandibulares parecem ser muito raros, com apenas seis desses casos relatados na literatura na língua inglesa de 1955 até 2013. O maior estudo sobre osteomas relatou recentemente 132 osteomas da região craniofacial, de 35 eram osteomas centrais gnáticos; no entanto, 26 dos 106 casos tiveram mais de 1 lesão (BULUT et al., 2010).

Apresentam-se geralmente assintomáticos e muitas vezes permanecem não detectados, a menos que sejam acidentalmente encontrados em uma investigação radiográfica de rotina ou até que causem assimetria facial ou

comprometimento funcional, levando à má oclusão ou tornando-se sintomáticos (ROHIT et al., 2011). No caso clínico apresentado neste trabalho, o tumor foi identificado em um exame radiográfico com finalidades restauradoras.

Autores demonstram uma certa controvérsia sobre sua predileção pela mandíbula à maxila. Sayan et al. relataram que em 22,8% dos casos foram encontrados nessa região, Kaplan et al. 81,3 e Woldenberg et al. relataram 64% (BOROS et al., 2011). Sobre essa estimativa, Sayan relata que essas lesões são mais frequentes na mandíbula que na maxila sendo a superfície lingual e borda inferior do corpo os locais mais comuns de lesões mandibulares. A etiologia exata e patogênese do osteoma é desconhecida. Causas neoplásicas e reativas têm sido apontadas como possíveis fatores etiológicos (SAYAN et al., 2002).

Os osteomas centrais representam um problema diagnóstico mais desafiador e precisam ser diferenciados de outras lesões semelhantes das mandíbulas (KHANDELWAL et al., 2016). Localização e tamanho dessas lesões, podem mimetizar osteocondroma, osteoma osteóide, osteoblastoma e osteosarcoma. O osteocondroma é a neoplasia benigna mais comum presente nos ossos, e sua diferenciação para o osteoma será radiográfica e histopatológica, devido à presença de uma cápsula cartilaginosa. O osteoblastoma também é uma neoplasia benigna óssea, apresenta sintomatologia como edema e dor, maior radiolucidez radiográfica, e presença de células gigantes multinucleares e de maior vascularização na análise histológica. O osteoma osteóide radiograficamente apresenta um nódulo de tecido osteóide cercado por osso reativo denso, o que o diferencia dos osteomas. A exclusão do osteossarcoma se faz pela ausência de crescimento rápido, doloroso, invadindo estruturas adjacentes, além das características radiográficas típicas de raios de sol (VASHISHTH et al., 2013). O osteoma central sintomático pode exigir uma excisão mais radical junto com o osso e pode requerer reconstrução do osso envolvido (GUNDEWAR et al., 2013).

No que se diz respeito a etiologia de osteomas, Kaplan et al, assim como Gawand et al, sustenta a teoria de que osteomas podem ser lesões reativas causadas por trauma ou tração muscular e não neoplasia, porque muitos osteomas estão localizados na borda inferior ou na face vestibular da mandíbula. A localização da maioria dos osteomas fica nas proximidades dos músculos masseter, 212terigoideo medial e músculo temporal sugerindo uma etiologia secundária à tração muscular (KAPLAN et al., 2008). Em nosso caso de estudo não foi relatado nenhum trauma, nem evidências de tração muscular suficiente.

No caso relatado nesse artigo, a paciente não apresentou nenhum dos sintomas ou sinais associados com a Síndrome de Gardner além do tumor ósseo. Frequentemente, pacientes com a síndrome sofrem de pólipos intestinais, anormalidades ósseas e múltiplos dentes impactados ou supranumerários; sendo osteoma apenas um dos sintomas (DURAOA et al., 2012).

O tratamento de osteomas assintomáticos encontrados incidentalmente é controverso. A maioria concorda que a intervenção cirúrgica é indicada apenas em casos sintomáticos, mas os osteomas em rápido crescimento também devem ser removidos. Em nosso caso optamos por enucleação da lesão pelo fato de que o tamanho da lesão era considerável e porque em nossa pesquisa foi o tratamento mais realizado entre os clínicos (LARREA et al., 2008).

## CONCLUSÃO

Osteomas centrais solitários da mandíbula, embora raros, precisam ser diferencialmente diagnosticados de outros tumores ósseos e devem ser tratados se sintomáticos, quando atingem grandes proporções ou ainda estão em crescimento. A cirurgia é a base do tratamento para esses casos e é curativa sem recorrência após a excisão cirúrgica completa. O diagnóstico final deve ser sempre confirmado com histopatologia da amostra. Nos casos em que há mais de uma lesão, o paciente deve ser avaliado para a Síndrome de Gardner. Mesmo sendo lesões benignas, uma ênfase igual deve ser dada ao planejar sua remoção, para que as incisões sejam cosmeticamente aceitáveis e para que não danifiquem estruturas importantes. Não é recorrente e não mostra transformação maligna. Casos como o apresentado neste trabalho são raros, e o tratamento proposto foi o mais coerente possível, devido ao fato de que a lesão era extensa e estaria localizada em local de reabilitação com implantes.

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, R. et al. An uncommon case of solitary peripheral osteoma in the mandible. **Case Reports in Dentistry**. 2015; 2015:319738.
- BADAUY, C. et al. Radiopaque mass of the posterior mandible with lingual expansion. **J Oral Maxillofac Surg**, 2007; 65: 2498-2502.
- BESSHO, K. et al. Osteoma in mandibular condyle. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. 1987;16(3):372– 375.
- BOROS, L.F. et al. Osteoma compacto central de mandíbula: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient**. 2011, 10(1).
- BULUT, E.; OZAN, B.; GÜNHAN, O. Central osteoma associated with root resorption. **J Craniofac Surg**. 2010;21:419-21.
- DURÃO, A.R. et al. Osteoma of the zygomatic arch and mandible: Report of two cases. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**. 2012; 53(2):103–107.
- FRANÇA, T.R.T. et al. Solitary peripheral osteomas of the jaws. **Imaging Science in Dentistry** 2012; 42: 99-103.
- GAWANDE, P.; DESHMUKH, V.; GARDE, J.B. A giant osteoma of the mandible. **J Maxillofac Oral Surg** 2015;14:460–465.
- GUNDEWAR, S. et al. Osteomas of the craniofacial region: A case series and review of literature. **Indian J Plast Surg** 2013; 46:479-85.
- IKESHIMA, A. Metrical differential diagnosis based on location (part 2) - Differential diagnosis among various benign tumors. **J Nihon Univ Sch. Dent**, 1995; 37(2): 77-84.

KAPLAN, Z. et al. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, 2008. vol. 106, no. 3, pp. e22–e29.

KHANDELWAL, P.; DHUPAR, V.; AKKARA, F. Peripheral Osteoma of the Mandible. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. 2016 Nov, Vol-10(11): ZD11-ZD12.

LARREA-OYERBIDE, E. et al. Osteoma of the craniofacial region. Review of 106 cases. **J Oral Pathol Med**. 2008 Jan;37(1):38-42.

MANJUNATHA, B.S. et al. Peripheral osteoma of the body of mandible. **BMJ Case Rep** 2013; 8:1–4.

NILESH, K.; BHUIJBAL, R.; NAYAK, A. Solitary central osteoma of mandible in a geriatric patient: Report and review. **Clin Exp Dent**. 2016 Apr; 8(2): e219–e222.

RAGUPATHY, K. et al. Peripheral Osteoma of the Body of Mandible: A Case Report. **J Maxillofac Oral Surg**. 2015 Dec; 14(4): 1004–1008.

SAYAN, N. B. et al. Peripheral osteoma of the maxillofacial region: a study of 35 new cases. **J. Oral Maxillofacial Surg**: 2002: 60(11): 1299-301.

VASHISHTH, S. et al. An unusual cause for trismus caused by mandibular coronoid osteoma: a case report. **Imaging Science in Dentistry** 2013; 43(1):45-48.

WEINBERG, S. Osteoma of the mandibular condyle: report of case. **J. Oral Surg**. 1977;35(11):929-32.