



FACULDADE SETE LAGOAS
INSTITUTO CATARINENSE DE ODONTOLOGIA E SAÚDE

Paola Bez Goulart

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA
TRATAMENTO EM PACIENTE COM LESÃO FIBRO-ÓSSEA
RELATO DE CASO: DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA X FIBROMA
CEMENTO-OSSIFICANTE**

Joinville

2018

PAOLA BEZ GOULART

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA
TRATAMENTO EM PACIENTE COM LESÃO FIBRO-ÓSSEA**
RELATO DE CASO: DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA X FIBROMA
CEMENTO-OSSIFICANTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Facsete, como pré requisito para conclusão do Curso de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Área de concentração: Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto.

Joinville

2018

Goulart, Paola Bez.

A importância do diagnóstico diferencial para tratamento em paciente com lesão fibro-óssea. Relato de caso: displasia cemento-óssea florida x fibroma cemento-ossificante / Paola Bez Goulart. – 2018. 39f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto.

Artigo (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2018.

1. Lesão fibro-óssea. 2. Diagnóstico diferencial. 3. Fibroma cemento-ossificante. 4. Displasia cemento-óssea Florida. 5. Displasia cemento-óssea focal.
- I. A importância do diagnóstico diferencial para conduta prospectiva em paciente com lesão fibro-óssea. Relato de caso: displasia cemento-óssea florida x fibroma cemento-ossificante.
- II. Paola Bez Goulart.

FACULDADE SETE LAGOAS
INSTITUTO CATARINENSE DE ODONTOLOGIA E SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso intitulado “**A importância do diagnóstico diferencial para tratamento em paciente com lesão fibro-óssea. Relato de caso: displasia cemento-óssea florida x fibroma cemento-ossificante**” de autoria do aluno Paola Bez Goulart, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto - Orientador

Prof. Me. André Araújo Ferreira – Banca Examinadora

Prof. Dr. Pierangelo Angeletti – Banca Examinadora

Joinville, 26 de janeiro de 2018.

Dedicatória

***Dedico este trabalho a todos que,
assim como eu, amam e acreditam na
ciência como uma forma de legado.***

Agradecimentos

Agradeço ao grande arquiteto do Universo, Deus, por guiar-me todos os dias e fazer-se sentir em minhas preces. Agradeço à minha mãe, que, sempre luta pela minha felicidade. Por ensinar-me a ser pura de coração, assim como ela, a procurar fazer o bem em qualquer circunstância e a amar a família acima de tudo. Agradeço à minha exemplar irmã, por ensinar-me a ser forte e persistente, a não aceitar injustiças com a cabeça baixa e por compartilhar comigo todos os momentos, sejam bons ou ruins. Agradeço ao meu estimado padrasto, e principalmente, agradeço ao meu noivo e companheiro, Luiz, por mostrar-me que o amor é muito mais do que dizer "Eu te amo", agradeço por me fazer muito feliz todos os dias e compartilhar todos os momentos, com dedicação, alegria, carinho e muita paciência na etapa de construção desse trabalho.

"E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música."

Friedrich Nietzsche

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA CONDUTA
PROSPECTIVA EM PACIENTE COM LESÃO FIBRO-ÓSSEA
RELATO DE CASO: DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA X FIBROMA
CEMENTO-OSSIFICANTE**

Paola Bez Goulart ¹

Antônio Eugênio Magnabosco Neto ²

RESUMO

As lesões fibro-ósseas dos maxilares englobam um grupo de lesões benignas. A diferenciação e o tratamento dessas lesões se tornam um desafio para o cirurgião, porquanto essas entidades compartilham grandes semelhanças e o correto diagnóstico destas deve ser uma correlação cuidadosa entre características clínicas, radiológicas, cirúrgicas e histopatológicas. Relato de caso: Paciente sexo feminino, leucoderma, 36 anos e 5 meses de idade, compareceu ao ambulatório de estomatologia do Hospital Dona Helena, na cidade de Joinville/SC, Brasil. Relatou um aumento de volume de crescimento rápido, indolor, em região lingual de mandíbula, lado esquerdo, nega traumas na região e afirma que seus progenitores sucumbiram por câncer. Verificou-se aumento de volume importante na região lingual de pré-molares esquerdos, consistência óssea a palpação, coloração compatível com a normalidade. No laudo tomográfico, a única hipótese diagnóstica foi de displasia cemento-óssea florida. Porém, percebeu-se apenas uma única lesão no exame imaginológico, sendo a displasia cemento-óssea florida multifocal, descartou-se essa primeira hipótese. Fazendo-se uma análise minuciosa das características clínicas e tomográficas, as hipóteses diagnósticas finais foram: fibroma cemento-ossificante e displasia cemento-óssea focal. Sendo assim, como conduta inicial optou-se pela realização de biópsia incisiva. O resultado anatomopatológico foi de fibroma cemento-ossificante. O tratamento, então, deve ser a remoção completa da lesão com curetagem. A síndrome do hiperparatireoidismo tem sido associada a fibromas cemento-ossificantes dos maxilares e deve ser investigada.

Palavras-chave: Lesão fibro-óssea. 2. Diagnóstico diferencial. 3. Fibroma cemento-ossificante. 4. Displasia cemento-óssea Florida. 5. Displasia cemento-óssea focal.

ABSTRACT

Fibro-osseous lesions in the jaws encompass a benign lesions group. The differentiation and the treatment of those lesions can be a challenge for the surgeon, as those entities share many similarities and the correct diagnosis must be a meticulous correlation between clinical, radiographic, chirurgic and histopathological characteristics. Case report: Female, caucasian, 36 years and 5 months old, showed at the stomatology department at Dona Helena Hospital, in the city of Joinville, Santa Catarina state, Brazil. She reported a fast-growing nonpainful increase in volume in the tongue region of the jaw, left side. She denies any traumas to the region and affirms that her progenitors died of cancer. An important volume increase in the tongue region of the left premolars with osseous consistency to the touch and normal tonality. In the tomographic cone beam report, the only diagnostic hypothesis is that of florid cemento-osseous dysplasia. However, since florid cemento-osseous dysplasia is multifocal, symmetric and affect two or more areas, bilaterally, it was rejected as differential diagnosis in the reported clinic case, because a meticulous evaluation of the radiographic exam show a single lesion in the left jaw. Nevertheless, an essential differential diagnosis for the complex and debated by researches for the cemento-ossifying fibroma is the focal cemento-osseous dysplasia. For that reason, it was opted as the initial procedure the realization of incisional biopsy. The anatomopathological result was cemento-ossifying fibroma. The treatment has been the full removal of the lesion through light curettage is mandatory, as is the osseous-dentary reconstruction. The hyperparathyroidism syndrome has been associated to jaws cemento-ossifying fibromas and should also be investigated.

Keywords: 1. Fibro-osseous lesion. 2. Differential diagnosis. 3. Cemento-ossifying fibroma. 4. Florid cemento-osseous dysplasia. 5. Focal cemento-osseous dysplasia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fibroma Cimento-Ossificante em maxila em paciente com 35 anos de idade.	14
Figura 2:.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 3: TC; reconstrução em 3D.....	25
Figura 4: TC; cortes transversais.	26
Figura 5: Parte lingual da lesão, local de ressecção da peça enviada para análise histopatológica.	27
Figuras 3 e 6: Lesão, após descolamento do tecido.....	27
Figura 7: Fragmentos removidos e submetidos a análise histopatológica....	28
Figura 8: Imagem histológica da lesão em um aumento de 40 X.	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo de aspectos clínicos e radiográficos significantes para fibroma cemento-ossificante e displasia cemento-óssea focal.....	32
Tabela 2: Aspectos estatisticamente significante entre fibroma cemento-ossificante e displasia cemento-óssea focal.	33

SUMÁRIO

1	Introdução.....	11
2	Revisão Bibliográfica	13
2.1	Fibroma Cimento-Ossificante (Fibroma Ossificante, Fibroma Cimentificante) ¹³	13
2.1.1	Características Clínicas	14
2.1.2	Epidemiologia	15
2.1.3	Características Radiográficas	15
2.1.4	Histologia	16
2.1.5	Diagnóstico Diferencial	17
2.1.6	Tratamento e Prognóstico.....	18
2.2	Displasia Cimento-Óssea Florida.....	19
2.2.1	Características clínicas	20
2.2.2	Epidemiologia	20
2.2.3	Características Radiográficas	21
2.2.4	Histologia	21
2.2.5	Diagnóstico Diferencial	23
2.2.6	Tratamento e Prognóstico.....	23
3	Relato de Caso Clínico	24
3.1	Exame Clínico	24
3.2	Momento Cirúrgico	26
3.3	Laudo Histopatológico.....	28
3.3.1	Macroscopia.....	28
3.3.2	Microscopia.....	28
3.3.3	Conclusão do Laudo	30
4	Discussão	31
5	Conclusão.....	35
6	Referências.....	36

1 INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas dos maxilares englobam um grupo de lesões benignas, nas quais, histologicamente, o tecido ósseo normal vai sendo substituído por tecido conjuntivo fibroso¹ e quantidades variáveis de material osteóide, osso e/ou calcificações do tipo cimento. É comum haver uma mistura desses elementos dentro de uma só lesão^{2,3,4,5}.

Constituem um grupo heterogêneo de distúrbios que incluem lesões de desenvolvimento, displásicas e neoplásicas^{1,2}. Dentre as quais podemos citar displasia fibrosa, displasia óssea (focal, florida, periapical), fibroma ossificante, fibroma ossificante juvenil, cementoma giganteforme, displasia fibrosa polioestótica e etc². Podem ocorrer tanto na maxila quanto na mandíbula, geralmente, ocorrem nos ápices dentários, mas também, podem acontecer em outros locais, como osso zigomático, esfenoide, dentre outros⁶.

A proximidade com o ligamento periodontal e a similaridade das características histopatológicas dessas lesões levam a crer que elas têm origem no ligamento periodontal⁴. Alguns trabalhos^{4,5,7,8,9} sugerem que elas resultam do crescimento e desenvolvimento de remanescentes do ligamento periodontal, no qual, células mesenquimais pluripotentes seriam capazes de se proliferar e produzir quantidades variáveis de tecido fibroso, cimento e osso lamelar. Porém, o mecanismo que desencadeia a formação de cimento fora do periodonto permanece obscuro, pois o cimento é um tecido especializado que reveste a raiz dental, compartilha algumas características físicas e estruturais com o osso compacto, mas difere em sua avascularidade. Uma especulação é a de que uma infecção periapical extensa, trauma ou restos de ligamento pós extrações dentárias⁹ estimulariam alguns remanescentes periodontais a se proliferar^{4,5,7,8}.

A origem e classificação das lesões fibro-ósseas ainda são alvos de muitas discussões^{1,2,3,4}, pois existem lesões com características histopatológicas semelhantes, porém distantes do ligamento periodontal e/ou com comportamentos clínicos completamente diferentes⁵. Segundo *Mainville et. al.*², a melhor classificação para uso clínico é a de *Waldron, Brannon e Fowler 2001*¹⁰, essa classificação divide as lesões fibro-ósseas em três categorias: neoplasias fibro-ósseas, displasias

ósseas (hereditárias e não hereditárias) estas presumivelmente originárias do ligamento periodontal e displasias fibrosas (desenvolvimento)¹⁰.

Uma outra classificação lançada, em 2005, pela World Health Organization (OMS) divide as lesões cemento-ósseas das displasias fibrosas. Essa divisão levou em consideração localização da lesão, características histopatológicas, radiográficas e clínicas, bem como dados demográficos. Sob este sistema, as lesões cemento-ósseas incluem: fibroma cemento-ossificante, cementoblastoma benigno e as displasias cemento-ósseas^{1,11,12}.

A aplicação desses sistemas de classificação melhora a compreensão das lesões fibro-ósseas e conseqüentemente aprimora as abordagens terapêuticas e científicas². Isso se torna imprescindível, visto que, apesar das semelhanças microscópicas e radiológicas, essas entidades têm comportamentos diversos, por conseguinte devem receber tratamentos díspares².

A diferenciação e o tratamento dessas lesões se tornam um desafio para o cirurgião, porquanto o correto diagnóstico dessas entidades deve ser uma correlação cuidadosa entre características clínicas, radiológicas, cirúrgicas e histopatológicas^{1,2,3,4,5,6}, assim como gênero, idade, etnia, localização e distribuição². Um erro de diagnóstico compromete a terapêutica e o prognóstico, já que, algumas dessas lesões necessitam de tratamento cirúrgico, por exemplo, enquanto outras devem ser preservadas^{1,2,3,4,5,10}.

Diante disso, o objetivo desse trabalho é contribuir para que essas lesões sejam diagnosticadas, ou ao menos, para que tenham hipóteses diagnósticas plausíveis, a fim de promover o melhor tratamento ou acompanhamento e prognóstico aos pacientes.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE (FIBROMA OSSIFICANTE, FIBROMA CEMENTIFICANTE)¹³.

O Fibroma Cimento-Ossificante é uma lesão fibro-óssea neoplásica^{1,2,3,13}, ou segundo a OMS, um tumor não-odontogênico dos maxilares^{6,12}, relativamente raro¹³, com muitos exemplos relatados sendo, na realidade, verdadeiras displasias cimento-ósseas¹³.

Assim como as lesões fibro-ósseas em geral, o fibroma ossificante também causou controvérsias sobre sua origem, classificação, terminologia e critérios para o seu diagnóstico¹⁴. Em 1872, Menzel descreveu, pela primeira vez, a lesão cementante e óssea e a classificou em fibroma cimento-ossificante¹⁴. Em 1972, a OMS dividiu as lesões em fibroma ossificante e fibroma cementante alegando que o ossificante era um tumor de origem óssea e o cementante um tumor de origem odontogênica^{6,14}. Em 1992 Kramer⁸ junto a OMS classificaram e uniram, novamente, as duas lesões como uma neoplasia única nominando-a de fibroma cimento-ossificante^{6,8,14,15}. Além destes, muitos outros pesquisadores classificaram separadamente o fibroma cimento-ossificante. Quando eram encontradas em maior parte trabéculas curvilíneas ou calcificações esferoidais, a lesão era frequentemente referida como fibroma cementante, quando o osso predominava, o fibroma ossificante era atribuído. Hoje, no entanto, o termo "fibroma cimento-ossificante" é amplamente utilizado porque os tecidos ósseos e cementantes são vistos, geralmente, em uma única lesão^{6, 14, 13}. Atualmente, é universalmente aceito que Fibromas cimento-ossificantes são neoplasmas bem demarcados e separados de ossos ou tecido mole por uma camada de osso cortical expandido e atenuado.

Quanto a etiologia e origem, alguns autores argumentam que a entidade, provavelmente, representa um tumor odontogênico primário ao invés de uma neoplasia^{17,18}, que os fibromas cimento-ossificantes são produtos do crescimento de remanescentes da membrana periodontal e que o mecanismo de formação de cimento fora da membrana periodontal permanece obscuro⁵. Outros, levantam a hipótese, na qual a lesão poderia ser causada por um estímulo irritante, como uma extração ou trauma, os quais poderiam ativar esses remanescentes da membrana a se proliferarem, gerando a neoplasia⁶. Quanto as lesões distantes do ligamento,

Eversole²³ sugere que a produção de cimento pode ser associada ao osso membranoso e não apenas a cementogênese na membrana ligamentar. Cakir et. al.¹⁹ relataram, ao encontrar um fibroma ossificante nasofaríngeo, que também por incitações irritantes células mesenquimais no osso petroso podem formar uma membrana ectópica e ser a causa do desenvolvimento da neoplasia. Em uma localização etmoidal da lesão, sua origem pode ser explicada pela migração embriológica incompleta do mesênquima e sua diferenciação em membrana periodontal, após agente irritante⁶.

2.1.1 Características Clínicas

O fibroma cimento-ossificante é assintomático em 31%^{2, 20} dos casos e fortuitamente descoberto em exames radiológicos de rotina^{1,2,4, 10, 13, 14, 20}. Na maioria dos casos é minimamente invasivo ou agressivo, cresce lenta e progressivamente, porém com o tempo pode alcançar dimensões grotescas, causando rompimento de corticais ósseas^{2,4, 13, 14, 20}, expansão buco-lingual em 84% dos casos, edema facial em 66% e 16%^{2, 10, 13, 14, 20}. Pode deslocar dentes, o nervo alveolar inferior, bordo inferior de mandíbula, romper o assoalho do seio maxilar e assoalho de órbita (figura 1)^{2,4, 5, 13,14,20}. A reabsorção radicular é vista em 20% dos casos^{2,20}.

Figura 1: Fibroma Cimento-Ossificante em maxila em paciente com 35 anos de idade.



Fonte: [5]

2.1.2 Epidemiologia

O fibroma cemento-ossificante ocorre, principalmente em adultos jovens, leucodermas, de meia idade, entre a terceira e quarta década de vida, com predileção pelo sexo feminino (2,5:1)^{2,5,13,14}. É mais frequentemente encontrado em mandíbula, na região de molares e pré-molares^{2,5,13,14}, 70% dos casos da neoplasia envolvem a mandíbula, mas uma porcentagem significativa (22%) foi encontrada na região molar das regiões maxilares, etmoidais e orbitais e excepcionalmente em osso temporal⁶. Segundo White e Pharoah, 2014 ao se apresentar na maxila, a fossa canina e o arco zigomático são mais frequentemente afetados^{2,21,25}.

2.1.3 Características Radiográficas

Radiologicamente o fibroma cemento-ossificante em seu estágio final aparece como uma lesão unilocular, radiopaca, cercada por um halo radiolúcido, mas esse padrão é dificilmente encontrado, muitos exemplos relatados com esse padrão, provavelmente, representam outras lesões¹³. Porquanto, demonstra vários padrões dependendo do estágio no qual é descoberto e do grau de mineralização no interior da lesão. Uma lesão mais mineralizada exibirá um interior mais radiopaco, bem como uma lesão menos mineralizada um interior mais radiolúcido^{6,14}.

Em seus estágios iniciais a lesão é inteiramente radiolúcida, bem delimitada, sem sinais de radiopacidades em seu interior, à medida que amadurece essa área radiolúcida vai sendo preenchida por radiopacidades até que se torne, completamente radiopaca⁵. Geralmente, essas lesões são encontradas em um estágio intermediário de maturidade (figura 2), exibindo um padrão misto, unilocular, bem definido. Lesões multiloculares foram encontradas associadas principalmente ao cisto ósseo aneurismático, mas isso é muito raro².

Figura 2: Radiografia panorâmica de fibroma cemento-ossificante em mandíbula em fase mista.



Fonte: [14]

2.1.4 Histologia

Basicamente, uma massa de tecido fibroso, contendo quantidades e formas variáveis de materiais mineralizados em seu interior é como se apresenta, microscopicamente, o fibroma cemento-ossificante^{2, 6}. O grau de celularidade pode variar consideravelmente de uma área da lesão para outra, com áreas hipocelulares e colagenizadas que se fundem com mais áreas hipercelulares². O material mineralizado pode ter a forma de trabécula óssea ou de estruturas ovóides semelhantes ao cimento²³. Os tumores geralmente apresentam uma combinação destas estruturas calcificadas. As trabéculas ósseas da lesão podem mostrar uma grossa "borda escovada" periférica de osteóide, ou podem ser cercadas por osteoblastos.

O tecido fibroso é bem vascularizado, mas não contém focos de hemorragia comumente observados na displasia óssea focal^{3,22}.

Algumas vezes, a lesão é separada do osso normal circundante por uma fina camada de tecido fibroso (ou cápsula). Microscopicamente, a presença de uma cápsula fibrosa que separa o tumor do osso adjacente pode ser uma característica distintiva útil³. Nenhuma característica microscópica distingue os tumores que apresentam maior risco de recorrência²³

Segundo Su et. al.²², alguns estudiosos anteriores tentaram revelar uma aparência histológica de fibroma ossificante patognomônica, mas falharam em indicar aspectos específicos detalhados. No estudo citado²², foram analisados 316

casos de fibroma cemento ossificante e displasia cemento-óssea focal e o fibroma cemento-ossificante foi dividido histologicamente em três subtipos básicos, observados nessa série de casos. O primeiro e mais comum tipo mostra uma quantidade equivalente de material calcificado e de estroma fibroblástico. As estruturas calcificadas consistem de trabéculas ósseas tanto separadas quando retiformes, com um contorno proeminente osteoblástico e osteoclastos ocasionais. Corpos tipo cemento arredondados ou lobulados podem estar espalhados ao longo da lesão, os quais podem às vezes ser um componente principal. O tecido conectivo consiste de camadas de células fibroblásticas em fusão ou estreladas com áreas focais de padrão estoriforme. O subtipo mais incomum de COF é caracterizado pela predominância de celularidade estoriforme no estroma, contendo osteóides escassos separados ou trabéculas ósseas frequentemente sem contorno osteoblástico. Algumas células exibem núcleos arredondados ou estrelados, os quais podem parecer potenciais osteoblastos, e densas fibras de colágeno são algumas vezes entremeadas com celularidade estoriforme. O terceiro tipo de COF representa uma combinação dos subtipos supracitados, os quais são observados alternadamente em diferentes áreas de grandes lesões.

2.1.5 Diagnóstico Diferencial

Nem sempre é fácil diagnosticar o fibroma cemento-ossificante nos maxilares porque seus critérios clínicos, radiográficos e histológicos geralmente se sobrepõem causando confusão aos clínicos, radiologistas, patologistas e cirurgiões orais. Isso pode resultar em diferença de opinião e gerenciamento dessas lesões⁶.

Qualquer processo fibroso mineral deve ser considerado como diagnóstico diferencial dessa neoplasia. Dentre os quais devemos incluir displasias, osteomas, osteoblastoma, osteomielite esclerosante crônica, ameloblastoma, carcinoma escamoso do seio maxilar, tumor odontogênico calcificante (tumor de Pindborg), cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin), tumor marrom do hiperparatireoidismo e lesão central de células gigantes^{2,5}.

Para os casos onde há um crescimento rápido, recidiva e afeta crianças, deve ser considerado o diagnóstico de fibroma ossificante juvenil².

A síndrome do hiperparatireoidismo deve ser investigada, essa síndrome autossômica dominante rara é causada por mutações no gene supressor de tumor

HRPT2. Ela causa, além do fibroma cemento-ossificante, hiperparatireoidismo, cistos renais e tumores de Wilms¹³.

Como diagnóstico radiográfico diferencial podemos citar displasias fibrosas e ósseas e ameloblastoma desmoplásico^{2,21}. A distinção radiográfica entre essas entidades é fundamental, uma vez que o tratamento varia consideravelmente entre elas². A displasia fibrosa possui bordas mal definidas, uma grande zona de transição entre a lesão e o osso sadio e estrutura central com aspecto de “vidro despolido”. A displasia cemento-óssea periapical é caracterizada por atingir multifocalmente o periápice dos incisivos centrais inferiores, e a focal e florida são mais difíceis de serem distinguidas radiograficamente. O ameloblastoma desmoplásico é raro e afeta mais comumente região de mandíbula anterior, se assemelham radiograficamente ao fibroma cemento-ossificante por suas margens bem definidas e as misturas radiopacas e radiolúcidas no lúmen¹³.

2.1.6 Tratamento e Prognóstico

O tratamento recomendado para o fibroma cemento-ossificante é a remoção cirúrgica completa da lesão e leve curetagem^{2,3,4,5,10,13,14,20}. Por ser, geralmente, bem circunscrito e demarcado a partir do osso a excisão deve ser de forma conservadora com leve debridamento ósseo nos casos de tumores mais agressivos⁶. Mesmo em tumores maiores ainda é possível fazer a enucleação da lesão e alguns precisarão de reconstrução com enxertos². Problemas podem surgir quando esses tumores se estendem para a órbita. A radioterapia está contra indicada por causa das complicações pós radioterápicas⁶ e risco de transformação maligna⁵. Entretanto, isso não está bem claro na literatura, Neville¹³ diz que não há evidências de transformação maligna a partir do fibroma cemento ossificante e Scott Strinkler et.al.²⁴, tratou um fibroma ossificante juvenil, lesão semelhante ao fibroma cemento-ossificante, com radioterapia e conseguiu diminuir a morbidade do paciente, 1 ano e 7 meses após a cirurgia e radioterapia não houve recorrência da lesão, paciente encontra-se apenas com um leve trismo²⁴.

A recorrência destes tumores benignos após a remoção completa da lesão é considerada rara^{13,14}. No entanto, Eversole e seus colegas de trabalho em um estudo de 64 casos de fibroma cemento-ossificante relataram uma taxa de recorrência de até 28 % após curetagem cirúrgica dessas lesões em mandíbula^{5,23}. A taxa de

recorrência na maxila é desconhecida, mas provavelmente maior, devido a dificuldade de remoção da lesão quando está próxima a estruturas nobres⁵. O acompanhamento radiográfico a longo prazo é recomendado para pacientes com fibroma cemento-ossificante².

2.2 DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA

As displasias cemento-ósseas representam um espectro de doenças não neoplásicas relacionadas à lesões fibro-ósseas que surgem nas áreas dentárias da mandíbula. Embora todas as displasias cemento-ósseas apresentem as mesmas características histopatológicas, elas podem ser divididas em três categorias com base na localização e extensão do envolvimento mandibular: focal, periapical e florida¹. A focal exibe um único sítio de envolvimento, é mais incidente em mandíbula posterior e tem sido relatada uma grande porcentagem em pacientes leucodermas. A periapical envolve, predominantemente, a região periapical anterior de mandíbula e tem preferência por pacientes melanodermas, já a florida tem envolvimento multifocal não limitado a região anterior de mandíbula¹³. Juntas as displasias cemento-ósseas periapicais e focais compreendem a maioria das lesões fibro-ósseas do maxilar^{1,17,25}.

A patogênese das displasias cemento-ósseas é desconhecida. Devido à proximidade física e histológica com o ligamento periodontal, pensa-se que estas surgiram da proliferação de restos epiteliais do mesmo. Alguns pesquisadores, entretanto, sugerem que as displasias podem representar um defeito na remodelação óssea extraligamentar desencadeada por fatores locais ou desequilíbrios hormonais^{1,13}.

O termo displasia cemento-óssea florida foi introduzido por Melrose et. al.²⁶ em 1976 para descrever um outro processo fibro-ósseo conhecido como cementoma¹, entretanto, o cementoma é significativamente diferente da displasia cemento-óssea convencional¹³. A displasia cemento-óssea florida é um raro processo displásico, não neoplásico, benigno que afeta áreas multifocais da mandíbula, no qual o osso trabecular normal vai sendo substituído por um estroma fibroso com tecido ósseo e cemento em variáveis graus de quantidade e tamanho, assim como outras lesões fibro-ósseas¹. Essa lesão representa, em termos gerais, a forma generalizada das displasias cemento-ósseas².

2.2.1 Características clínicas

As displasias cemento-ósseas são, geralmente, achados radiográficos de rotina, sendo assintomáticas na maioria dos casos¹³. Raramente proeminentes, praticamente não expandem corticais ósseas e a reabsorção radicular é incomum. Podem permanecer assintomáticas por tempo indeterminado na ausência de infecção. Contudo, por serem hipovasculares e densas são propensas a infecções secundárias difíceis de gerenciar quando expostas a patógenos orais¹.

A displasia cemento-óssea florida é diferenciada das outras displasias ósseas, por atingir mais de um quadrante dos maxilares, sendo muitas vezes bilateral e simétrica^{1,13}. A mandíbula é sempre afetada, enquanto a maxila é afetada em dois terços dos casos². As raízes podem apresentar hiper cementose e os dentes permanecem vitais. O processo é, na maioria das vezes confinado ao osso alveolar, embora possa aparecer associado a cistos ósseos. Nesses casos, pode se estender abaixo do canal alveolar e expandir corticais¹.

Em casos sintomáticos, o paciente pode queixar-se de dor persistente de baixa intensidade, podendo apresentar fístula alveolar, expondo osso avascular amarelado na cavidade oral¹³. Nos casos de infecção a dor pode ser maçante, pode haver secreção purulenta e pode evoluir para osteomielites¹. A infecção crônica predispõem a fratura patológica, sequestros de massas ósseas e semelhantes ao cimento. O início da sintomatologia, frequentemente está associado a exposição da lesão a patógenos orais, como procedimentos de biópsias, extrações, trauma, intervenções endodônticas e atrofia alveolar progressiva relacionada ao uso de próteses¹.

2.2.2 Epidemiologia

As displasias são as lesões fibro-ósseas mais frequentes na prática clínica, são quatro vezes mais frequentes do que o fibroma cemento-ossificante⁴.

A displasia cemento-óssea florida afeta principalmente mulheres melanodermas na quarta e quinta décadas de vida^{1,4,13}. A razão pela predileção racial ainda é desconhecida^{1,2}. Em uma série de casos de Melrose et al.²⁶, realizada em uma população predominantemente caucasiana, 32 de 34 casos observados ocorreram em mulheres melanodermas, com idade média de 42 anos. Uma revisão sistemática da literatura de 2003 por MacDonald-Jankowski et al.^{1,27}. avaliou 159

casos de displasia cemento-óssea florida; 59% ocorreram em negros, 37% em asiáticos e 3% em caucasianos; 97% de todos os pacientes eram do sexo feminino. Metade dos casos foram descobertos incidentalmente.

2.2.3 Características Radiográficas

Radiograficamente, a displasia cemento-óssea florida é descoberta, principalmente em uma fase mista e manifesta-se como massas intra-ósseas não expansíveis, com áreas radiopacas e radiolúcidas, frequentemente, circundadas por uma borda radiolúcida seguida por uma linha de esclerose delimitando a lesão e contornando as raízes de dentes vitais ou áreas edêntulas. Diferencia-se das outras displasias por ser múltipla. Em sua fase inicial aparece como uma lesão radiolúcida e a medida que amadurece vai ficando com o lúmen mais radiopaco e a periferia radiolúcida (fase madura ou final – figura 3)^{1, 11, 13}.

Lesões individuais podem se unir para formar grandes massas escleróticas de forma irregular. Zonas radiolúcidas bem definidas, às vezes, aparecem ao lado das massas escleróticas, representando a formação de um cisto ósseo simples^{2,3}. Estes cistos podem passar por períodos de crescimento seguidos de estabilização e regressão. Os incisivos mandibulares também podem apresentar sinais de displasia cemento-óssea florida^{2, 13}.

Figura 3: Displasia cemento-óssea florida em fase madura.



Fonte: [11]

2.2.4 Histologia

A composição de aspectos histopatológicos específicos das displasias ósseas pode variar em casos individuais dependendo dos diferentes estágios da lesão. Três estágios progressivos dessa entidade podem ser reconhecidos pelos estudos histopatológicos e achados radiográficos. O estágio inicial (osteolítico) é predominado pela proliferação de tecido conectivo fibroso com uma celularidade homogênea ou moderada, rico em vascularidade e hemorragia. Esses componentes não-mineralizados suportam pequenas quantidades de trabéculas osteoides. Material tipo cimento pode ser ou não visto. As características morfológicas do trabeculado ósseo podem estar precariamente preservadas se um processo de desmineralização for inadequado ou simplesmente omitido, porque esses espécimes são frequentemente confundidos com tecido mole no exame macroscópico. Radiografias correspondentes ao estágio osteolítico revelam radiolucidez bem definida. O estágio tardio (osteo esclerótico) é caracterizado por uma proporção maior de trabéculas ósseas anastomóticas, densas curvilíneas e pobremente celulares (padrão “raiz de gengibre”) e massas irregulares tipo cimento estão presentes. Se as “raízes de gengibre” representam um estágio intermediário de osso ou massa tipo cimento é debatível. O componente não-calcificado é menos celular e demonstra baixa vascularidade e hemorragia nesse estágio e fibras de colágeno frouxas estão frequentemente presentes entre as estruturas mineralizadas. Em geral, espécimes podem aparecer como grandes pedaços fragmentados de tecido ósseo, representando osso ou massa do tipo cimento, enquanto as radiografias quase invariavelmente exibem uma radiopacidade irregular com ou sem áreas de radiolucidez misturadas. O estágio intermediário (fibro-ósseo) mostra uma mescla de aspectos histopatológicos de ambos os estágios inicial e tardio. Notavelmente, células osteoblásticas são mais frequentemente presentes nesse estágio e são encontradas intermitentemente ao longo do trabeculado ósseo. Osteoclastos ocasionais estão também presentes. Esse é o estágio que pode ser facilmente confundido com ou simplesmente imitar o fibroma cimento-ossificante, histopatologicamente^{1,2,13,22}.

2.2.5 Diagnóstico Diferencial

Os padrões clínicos, epidemiológicos e radiográficos da displasia cemento-óssea florida permitem um diagnóstico confiante sem a necessidade de amostragem de tecidos. Entretanto, as características da displasia cemento-óssea focal são menos específicas e frequentemente mandatórias de biópsia^{1,13}. Em sua fase inicial pode ser confundida com cisto radicular, na fase mista com fibroma cemento-ossificante e na fase madura com cementoblastoma, odontoma, dentre outros¹³.

2.2.6 Tratamento e Prognóstico

As lesões assintomáticas não requerem tratamento invasivo. Apenas acompanhamento clínico e radiográfico. As lesões sintomáticas devem ser tratadas com plastias ósseas e acompanhamento clínico e radiográfico^{1,13}.

A biópsia não está indicada, pois pode expor as massas escleróticas mal vascularizadas à flora bucal levando a infecções e até mesmo osteomielites. As complicações também podem surgir após uma extração dentária, periodontite avançada ou uma infecção odontogênica. Portanto, é importante que os pacientes mantenham excelente higiene bucal para evitar infecções odontogênicas e extrações dentárias^{2,13}.

No geral o prognóstico das displasias é ótimo^{1,2,13}. As displasias cemento-ósseas floridas, geralmente, não possuem um potencial de malignidade, entretanto, Mainville et. al.² relatou em seu trabalho que existem, pelo menos três casos bem documentados de transformação sarcomatosa dessa lesão, dois deles em direção ao osteossarcoma. Dado o risco destas possíveis complicações a longo prazo, o acompanhamento clínico e radiológico de pacientes diagnosticados com displasia é recomendado anualmente.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

3.1 EXAME CLÍNICO

Paciente sexo feminino, leucoderma, 36 anos e 5 meses de idade, compareceu ao ambulatório de estomatologia do Hospital Dona Helena, na cidade de Joinville, estado de Santa Catarina, Brasil.

Como queixa principal, a paciente relatou um aumento de volume, crescimento rápido (aproximadamente 6 meses), indolor, em região lingual de mandíbula, lado esquerdo. Disse, também, que procurou um cirurgião dentista há 3 meses, o qual requisitou o exame de tomografia computadorizada e encaminhou a paciente para o referido ambulatório. A paciente não apresentava comorbidades ou alergias importantes. Na anamnese informou que perdeu os pais vítimas de câncer e nega ter sofrido algum trauma na região na lesão.

Ao exame físico identificou-se aumento de volume importante na região lingual de pré-molares esquerdos, consistência óssea à palpação, abaulamento da cortical lingual, coloração rósea compatível com a normalidade na região, leve apagamento do fundo de sulco em região vestibular. Estruturas adjacentes com aspecto de normalidade. Foi realizado teste de vitalidade pulpar nos dentes acometidos pela lesão e o resultado foi positivo em todos.

No exame de tomografia computadorizada (TC), cone beam, observou-se (Figuras 1 e 2) lesão de densidade mista, localizada em mandíbula, lado esquerdo, englobando as regiões de incisivos inferiores esquerdos até primeiro molar inferior esquerdo (dente 31 ao dente 36), provocando abaulamento e adelgaçamento das corticais vestibular e lingual. No laudo do exame, a única hipótese diagnóstica foi displasia cemento óssea florida.

Como conduta inicial optou-se pela realização de biópsia incisional e plastia óssea sob anestesia geral.

Figura 4: TC; reconstrução em 3D



Fonte: autor

Observa-se na figura 1, em norma frontal lado esquerdo, leve rompimento da cortical vestibular; em uma vista superior, abaulamento da cortical lingual em regiões de pré molares esquerdos; em vista posterior, perda de tecido ósseo iniciando na região do dente 31, lado esquerdo; em norma axial abaulamento e adelgaçamento da cortical lingual e leve abaulamento na cortical vestibular entre a região que abrange do dente 31 ao dente 36.

Figura 5: TC; cortes transversais.



Fonte: autor

Observa-se na figura 2, reconstrução panorâmica, lesão de densidade mista, localizada em mandíbula, bem definida, unilocular, lado esquerdo, englobando as regiões de incisivos inferiores esquerdos até primeiro molar inferior esquerdo (dente 31 ao dente 36). Nos cortes tomográficos lesão de densidade mista medindo 15,9 X 21,2 em seu maior diâmetro. No corte 96.0 observa-se estreita relação entre o canal mandibular e parte da lesão.

3.2 MOMENTO CIRÚRGICO

Após a liberação do anestesiologista foi realizada a desinfecção extra oral da paciente com o uso de clorexidina aquosa 0,2%, infiltração local com 5 ml de

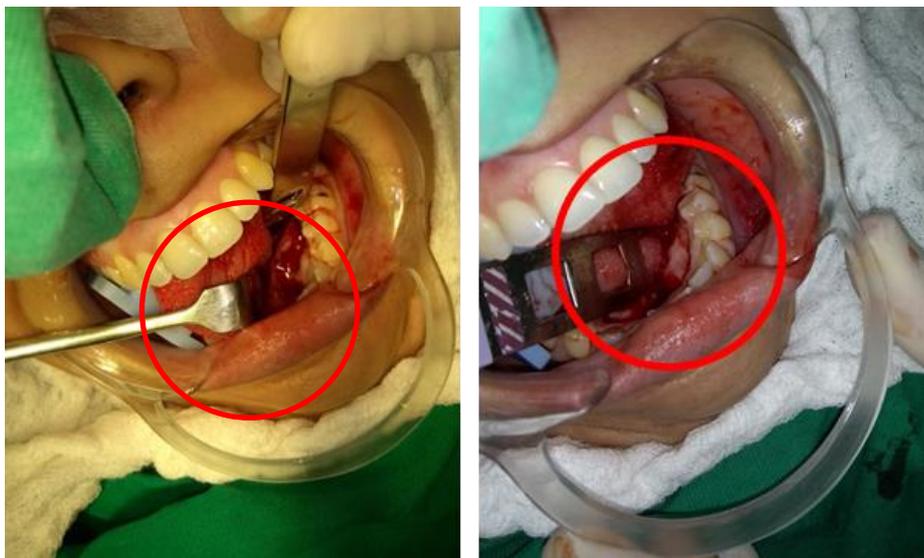
xilocaína com vasoconstritor, incisão por lingual, exérese de dois fragmentos medindo, em conjunto, 2,0 x 1,3 x 1,0 cm, plastia óssea com broca multilaminada e síntese com fio reabsorvível 3-0. Os fragmentos foram armazenados completamente imersos em formol 10% e enviados para análise anatomopatológica.

Figura 6: Parte lingual da lesão, local de ressecção da peça enviada para análise histopatológica.



Fonte: autor

Figuras 3 e 7: Lesão, após descolamento do tecido.



Fonte: autor

3.3 LAUDO HISTOPATOLÓGICO

3.3.1 Macroscopia

Dois segmentos ósseos medindo em conjunto 2,0 X 1,3 X 1,0 cm, trabeculados de consistência pétrea, sendo submetidos a descalcificação.

Figura 8: Fragmentos removidos e submetidos a análise histopatológica.

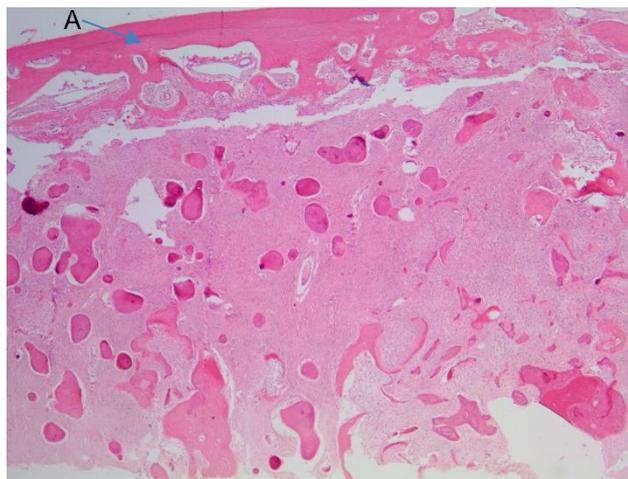


Fonte: autor

3.3.2 Microscopia

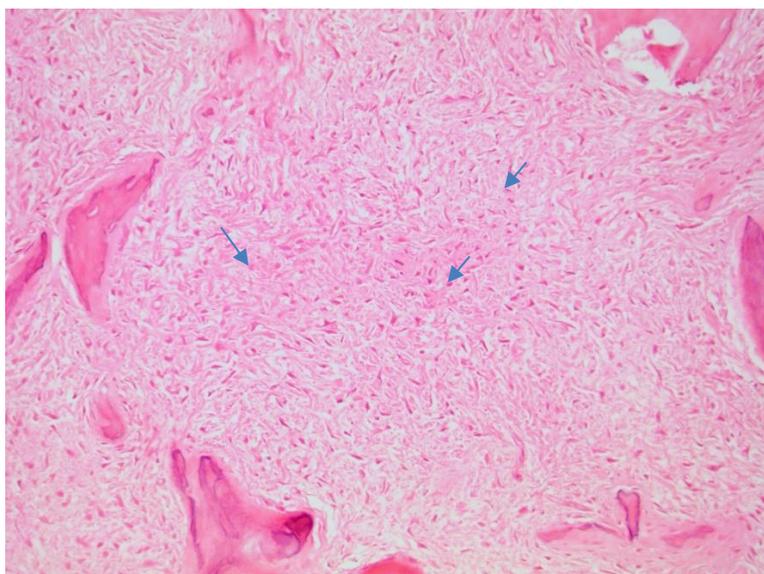
Material revelou tecido ósseo delimitando lesão capsulada, constituída por tecido fibroso e ósseo (figura 6). O componente fibroso é denso com áreas mais colagenosas e outras mais celulares. Os fibroblastos são alongados, de núcleos ovulares e regulares (figura 7). De permeio identificam-se ilhas de tecido ósseo contendo osteoblastos e áreas não celulares do tipo cimento (figura 8).

Figura 9: Imagem histológica da lesão em um aumento de 40 X.



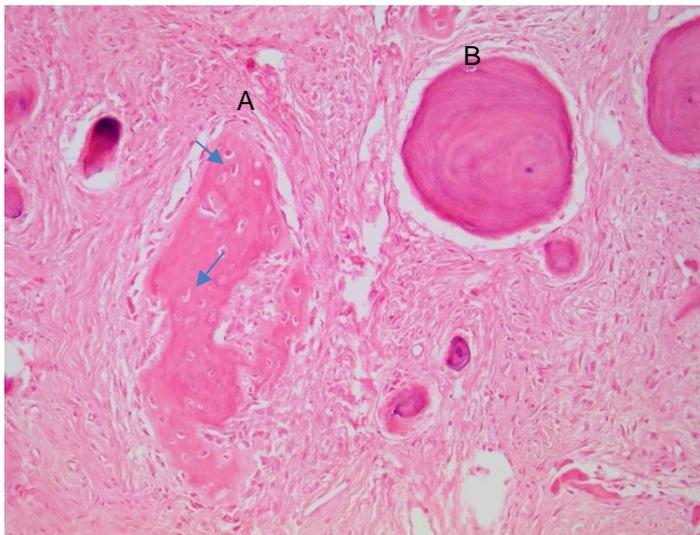
Em A observa-se cápsula de tecido conjuntivo denso delimitando lesão constituída por componentes fibroso e ósseo. Fonte: autor.

Figura 7: Imagem histológica da lesão em um aumento de 200 X.



Nas setas observam-se, em meio a tecido fibroso denso, fibroblastos alongados de núcleos ovalares e regulares. Fonte: autor

Figura 8: Imagem histológica da lesão em um aumento de 200 X.



Em A observa-se ilha de tecido ósseo contendo osteoblastos (setas) e em B área acelular do tipo cimento.
Fonte: autor.

3.3.3 Conclusão do Laudo

Os achados anatomopatológicos são compatíveis com Fibroma Cemento-Ossificante.

4 DISCUSSÃO

Conforme analisado, a displasia cemento-óssea florida sendo multifocal, simétrica e devendo atingir duas ou mais áreas, bilateralmente, pode ser descartada como diagnóstico diferencial no caso clínico relatado, porquanto fazendo-se uma análise minuciosa do exame radiográfico, percebemos uma única lesão em mandíbula esquerda. Segundo Fenerty et. al.¹ esta e outras lesões incomuns da mandíbula são provavelmente não reconhecidas ou reconhecidas incorretamente por radiologistas interpretando imagens odontológicas de rotina, levando a possíveis recomendações inadequadas.

Entretanto, um diagnóstico diferencial essencial, complexo e muito debatido entre os estudiosos para o fibroma cemento-ossificante é a displasia cemento óssea focal, a qual tem os mesmos padrões de crescimento e histopatológicos e, portanto, o mesmo tratamento (acompanhamento clínico e radiográfico a longo prazo) da displasia cemento-óssea florida, e é distinguida desta apenas por ser uma lesão única¹³. A distinção entre entidades radiograficamente similares pode evitar intervenções desnecessárias e potencialmente prejudiciais⁶.

Distinguir entre displasia cemento-óssea focal e fibroma ossificante é um grande desafio para o cirurgião dentista, o diagnóstico determinará todo o plano de tratamento e prognóstico da lesão. Erros de diagnóstico podem surgir quando os dados clínicos, radiográficos e histopatológicos não são cuidadosamente relacionados e considerados. Essa diferenciação é muito importante, não só para não submeter o paciente a um intervenção cirúrgica desnecessária nos casos de displasia, como também, remover cirurgicamente o fibroma, pois sendo uma neoplasia verdadeira, é o tratamento mais indicado^{2,4,13}.

Como visto anteriormente a biópsia deve ser evitada nas displasias, pois a inoculação de patógenos inerentes a flora bacteriana oral pode precipitar uma infecção. O gerenciamento apropriado das displasias cemento-ósseas consiste em acompanhamento radiográfico periódico. Conseqüentemente, é importante que os radiologistas e os clínicos realizem uma análise detalhada dos dados clínicos e radiográficos^{2,13}.

Um estudo incluindo 316 casos de lesões fibro-ósseas em mandíbula se baseou nas características clínicas, radiológicas e histopatológicas e diagnosticou esses casos em 75 fibroma cemento-ossificante e 241 de displasia cemento óssea

focal. Inicialmente estudou apenas as características clínicas e radiográficas, criando parâmetros para diferenciação dessas lesões sem a análise histopatológica, ou seja, sem a necessidade de intervenção cirúrgica primária. Com esses parâmetros conseguiu diagnosticar 95 % dos casos utilizando somente as propriedades clínicas e imaginológicas das lesões. Dos parâmetros avaliados foram significantes (tabela 1): idade, gênero, raça, sintomatologia, tamanho médio, densidade radiográfica (lucência, opacidade, definição) e localização (envolvimento com o periápice, áreas edêntulas, segmento mandibular)⁴.

Tabela 1: Resumo de aspectos clínicos e radiográficos significantes para fibroma cemento-ossificante e displasia cemento-óssea focal.

	FCOD	COF
Idade de pico de incidência	Quarta e quinta décadas	Terceira e quarta décadas
Gênero	Predominância feminina	Predominância feminina observada apenas entre a quarta e a sexta décadas
Raça	64% melanodermas	53% leucodermas
Sintomas	38%	51%
Tamanho médio	1,8 cm	3,8 cm
Densidade radiográfica	Radiolucidez (31%) Opacidade irregular (24%)	Radiolucidez (53%) Opacidade (7%)
Bordas radiográficas	Bem definidas (53%) Mal definidas (47%)	Majoritariamente bem definidas* (85%) Mal definidas(15%)
Localização		
Envolvimento do periápice	70%	7%
Área edêntula	21%	8%
Segmentos mandibulares	Predominantemente na mandíbula Maior incidência nas regiões anterior e premolar da mandíbula se comparado a COF	Predominantemente na mandíbula Mais casos na região molar do maxilar se comparado a FCOF

Todos os aspectos demonstraram diferenças estatísticas em comparações univariáveis.

* O percentual de casos bem definidos inclui aqueles com e sem borda esclerótica.

Fazendo uma correlação entre o estudo de Su et. al. com o caso clínico apresentado no presente estudo, podemos observar que: a paciente é do sexo feminino, essa característica é compatível tanto com fibroma cemento-ossificante (COF), quanto com a displasia cemento-óssea focal (FCOD). Como características clínicas é leucoderma, na terceira década de vida, compareceu ao ambulatório com sintomatologia presente e a lesão tem aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro o que nos leva a crer que o diagnóstico é de COF Por outro lado envolve o periápice dos dentes e engloba e desde o dente 31 ao 36, caracterizar condizentes com FCOF. Radiograficamente, a lesão é de densidade mista, com áreas

radiolúcidas similares ao COF e outras radiopacas irregulares semelhantes ao FCOD, com borda esclerótica bem definida como em 85% dos casos de COF. Na comparação do caso clínico apresentado neste trabalho com o estudo de Su et. al.⁴, tivemos no total, seis características que se aproximam mais do fibroma cemento-ossificante e duas mais parecidas com a displasia cemento-óssea focal.

Segundo Neville et.al¹³, as displasias, geralmente, não rompem cortical e são assintomáticas, então, apesar de no caso clínico deste trabalho haver um laudo radiográfico de displasia cemento-óssea e mesmo sabendo que esta não deve ser biopsiada, as características clínicas da lesão vão de encontro ao que diz a literatura sobre displasia e a biópsia incisional e o diagnóstico histopatológico acabaram sendo essenciais.

Ainda assim, alguns autores consideram que um diagnóstico histopatológico sem a correta correlação clínica e radiográfica é muito difícil, se não, impossível^{4,5,14,22}. Para tentar diminuir essa dificuldade Su. et.al.²² utilizaram os mesmos 316 casos supra-citados e analisaram parâmetros de diferenciação considerando apenas as características histopatológicas. Dentre os quais, doze dos foram prognosticadores de fibroma cemento-ossificante versus displasia cemento-óssea focal. (tabela 2).

Tabela 2: Aspectos estatisticamente significante entre fibroma cemento-ossificante e displasia cemento-óssea focal.

Aspectos	FCOD n = 241	COF n = 75	Valor de p* chi-quadrado
Gerais			
Pedaços enucleados únicos ou grandes	7,5%	88,0%	0,0001
Múltiplos fragmentos curetados	92,5%	12,0%	0,0001
Cápsulas	4,6%	44,0%	0,0001
Componentes calcificados			
Trabéculados densos curvilíneos	64,0%	24,0%	0,0001
Massas irregulares cementóides	50,0%	10,7%	0,0001
Separação do osso trabecular	49,6%	65,3%	0,017
Bordas com osteoblastos	37,7%	53,3%	0,017
Componentes não calcificados			
Padrão estoriforme	8,9%	54,7%	0,0001
Células gigantes	23,4%	48,0%	0,0001
Hemorragia livre	79,6%	40,0%	0,0001

Colágeno denso	8,1%	24,0%	0,0001
Colágeno frouxo	48,7%	16,0%	0,0001

*p < 0,05 foi considerado significativo e p < 0,001 foi considerado altamente significativo.

Apesar de características histopatológicas descritas no estudo desses 316 casos terem permitido a distinção em 94% do lesões, a correlação de achados clínicos e radiográficos ainda é valiosa para um diagnóstico preciso^{4,22}.

Nas lâminas presentes neste trabalho, muito provavelmente, características como presença de capsula, ausência de hemorragias, massas de cemento regulares, trabeculados ósseos separados do estroma fibroso com osteoblastos e densas fibras colágenas devem ter levado o patologista ao diagnóstico correto de fibroma cemetó-ossificante.

5 CONCLUSÃO

É essencial a diferenciação das lesões fibro-ósseas, pois modificam completamente o tratamento e o prognóstico do paciente. No caso clínico relatado obteve-se um diagnóstico radiológico inicial de displasia cemento-óssea florida e a mesma deve ser tratada com acompanhamento clínico e radiográfico. Porém as características clínicas e radiológicas da paciente deixaram dúvidas, porquanto havia abaulamento e adelgaçamento das corticais, a lesão cresceu rapidamente, dentre outras características vistas anteriormente que não corroboram com o diagnóstico de displasia. Dessa forma, optou-se por realizar a biópsia incisional e executar a plastia óssea da região. Obtido o resultado anatomopatológico, correlacionou-se o mesmo com as características clínicas e imaginológicas e chegou-se ao diagnóstico definitivo da lesão: fibroma cemento-ossificante. Como tratamento a remoção completa da lesão com curetagem leve é mandatória, bem como a reconstrução óssea e dentária. Também, a síndrome do hiperparatireoidismo deve ser investigada, porquanto, ela causa além do fibroma cemento-ossificante, hiperparatireoidismo, cistos renais e tumores de Wilms. Estes são tumores malignos que acometem, inicialmente, os rins. A hereditariedade é um dos fatores de risco ao câncer e os progenitores da paciente sucumbiram desta doença.

6 REFERÊNCIAS

1. FENERTY, SARAH; et. al. Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. *Skeletal Radio*. v. 46(5), p 581-590, may. 2017. doi: 10.1007/s00256-017-2590-0
2. MAINVILLE, GISELE; et. al. Diagnosis and management of benign fibro-osseous lesions of the jaws - a current review for the dental clinician. *Oral Disease*. v. 23(4), p. 440-450, aug. 2016. doi: 10.1111/odi.12531
3. WALDRON, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg*. v. 43, p. 249-262. PMID: 3856641
4. SU, LAN; et. al. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas - II A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology*. v. 84, p. 540-549, sep. 1997. PMID: 9394387
5. AL-SHAHAM; SAMHER. Cemento-ossifying fibroma of the maxilla. *J Plast Surg Hand Surg*. v. 44, p. 318–321, 2010. doi: 10.3109/02844311003683713
6. A, SINGHAL; et al. Cemento-ossifying fibroma of maxillary antrum in a young female patient. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. v. 29, p. 44-47, 2011. doi: 10.4103/0970-4388.90740
7. PINDBORG, J.J.; KRAMER, I.R.H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts, and allied lesions. *International Histological Classification of Tumours*. World Health Organization, 1971.
8. KRAMER, I.R.H; PINDBORG, J.J.; SHEAR, M. Neoplasm and other lesions related to bone. WHO. *Histologic typing of odontogenic tumors*. p 28-31 Berlin: Springer Verlag; 1992. PMID: 1451083

9. FUJIMOTO, Y; et. al. Cystic cemento-ossifying fibroma of the ethmoidal cells (a case report). *J Laryngol Otol.* v. 101, p. 946-953, sep. 1987. PMID: 3668378
10. BRANNON, R.B.; FOWLER, C.B. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol.* v. 8, p. 126-143, may. 2001. PMID: 11345237
11. GONÇALVES, M; et. al. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. *Braz Dent J.* v. 16, p. 247-250, jan. 2006. doi: /S0103-64402005000300014
12. BARNES, L.; et. al. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC press; 2005. PMID: 16579185
13. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Trad .3a Ed., p. 642-650, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
14. RAM, R.; SINGHAL, A.; SINGHAL P. Cemento-ossifying fibroma. *Contemp Clin Dent.* v. 3, p. 83-85, jan. 2012. doi: 10.4103/0976-237X.94553
15. GHOM, A.G. *Text book of Oral medicine.* Jaypee Brothers Medical Publishers; v. 2, p. 308, 2011
16. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BANQUET JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* p. 468-70, 1995.
17. SLOOTWEG, P.J.; EL-MOFTY, S.K. (2005). Ossifying fibroma. *apud:* Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours.* IARC Press: Lyon, pp. 319-320.

18. WOO, S.B. Central cemento-ossifying fibroma: primary odontogenic or osseous neoplasm? *Jornal Maxillofac. Surg.* v. 73, p. 87-93, 2015. doi: 10.1016/j.joms.2015.05.010
19. CAKIR, B; KARADAYI, N. Ossifying fibroma in the nasopharynx: A case report. *Clin Imaging.* v. 15, p. 290-292, 1991. PMID: 1742681
20. MACDONALD-JANKOWSKI, D.S. Ossifying fibroma: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* v. 38, p. 495-513, 2009.
21. WHITE, S.C.; PHAROAH, M.J. *Radiologia Oral: Princípios e Interpretação.* 7 ed. Elsevier. p. 359-426, 2015.
22. SU, LAN; et. al. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas – I A pathologic spectrum of 316 cases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology.* v. 84, p. 301-309, sep. 1997. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104\(97\)90348-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104(97)90348-6)
23. Eversole, R.; Su, L.; El-Mofty, S. Benign fibro-osseous lesions of the craniofacial complex. A review. *Head Neck Pathol.* v. 2, p. 177-202. doi: 10.1002/hed.24811
24. SUMMERLIN, D.J.; TOMICH, C.E. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* v. 78, p. 611-620, 1994. PMID: 7838469
25. MELROSE, R.J.; ABRAMS, A.M.; MILLS, B.G. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* v. 41, p 62-82, 1976. PMID: 1061039
26. MACDONALD-JANKOWSKI, D.S. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* v. 32, p. 141-149, 2003. doi: 10.1259/dmfr/32988764

