



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

LAURA GARCIA SILVA

Displasia cemento-óssea: 5 anos de registros imaginológicos.

Araçatuba – SP

2018

LAURA GARCIA SILVA

Displasia cemento-óssea: 5 anos de registros imaginológicos

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara.

Co-orientadora: Profa. Dra. Leda Maria Pescinini Salzedas.

Araçatuba – SP

2018

DEDICATÓRIA

A Deus, que por sua misericórdia e amor me manteve firme na caminhada para a realização de um sonho.

Aos meus pais José e Vera por todo amor e apoio ao longo de toda a minha trajetória, sendo o suporte necessário para que eu me tornasse cirurgiã-dentista. Vocês são o meu maior exemplo de luta e superação.

À minha tia Lúcia por sempre ter acreditado no meu potencial, e ser uma segunda mãe.

A vocês todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir concluir este ciclo, por me capacitar, me guiar, abençoar e conceder a sua luz e entendimento a cada dia.

À minha família, aos meus pais José e Vera, à minha tia Lúcia por todo o apoio, amor e carinho que foram fundamentais ao longo da minha trajetória longe de casa.

À Camila, por toda paciência e compreensão em todos os momentos que eu precisei de um abraço, não deixando que eu me abatesse perante todas as inúmeras dificuldades da vida.

À minha amada Atlético XXII de Maio, que me concedeu o melhor grupo de amigos e inúmeros aprendizados desde simples atleta até a presidência.

Às amigas que Araçatuba me trouxe: Bárbara Curi, Yasmin, Isabela, Tamiris, Carol, Fernanda, Gabriela, Laura, Isabela Gonçalves, Sandy, Priscila, Maria Clara, Lais Mendonça, Barbara Cecília e Jaqueline. Com certeza, sempre lembrarei com muito carinho. Desejo a vocês muito sucesso na linda profissão que escolhemos!

Aos meus amigos de São Paulo que sempre foram presentes, mesmo 500km de distância: Leonardo Toni, Thais Romão, Suelen Portughesi, Fernanda Kraus, Renata Antonelli, Gabriela, Giovana, Thais Arruda.

Aos amigos de Araçatuba que sempre cuidaram de mim e me estenderam a mão: Lucas Marcondes, Guilherme Biaggi, Felipe Yudi, Lucas Piza. Vocês são muito especiais na minha vida, e sentirei muitas saudades.

À Dora, pela amizade, conversas sinceras, muita marmitta e salgado ao longo de 5 anos.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba- Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, por me proporcionar uma formação acadêmica de excelência.

Aos docentes desta renomada instituição, que são profissionais pelos quais possuo profundo respeito e admiração. Sou grata pelos conhecimentos e ensinamentos que foram compartilhados ao longo destes anos de graduação.

Ao Dr. Saygo Tomo, por todo o auxílio, atenção, paciência e aprendizado ao longo do desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara, por todos os ensinamentos, aprendizado, atenção, paciência e por ter aberto as portas do Centro de Oncologia para que eu pudesse aprender e me apaixonar pela oncologia e estomatologia. Muito obrigada por me aceitar como sua orientada e por acreditar no meu potencial.

À minha co-orientadora Prof^a. Dr^a. Leda Maria Pescinini Salzedas, por todo aprendizado e dedicação, a senhora é um exemplo de profissional competente que ama o que faz.

Ao Prof. Dr. Daniel Galera Bernabé, por ter me instigado a procurar o autoconhecimento e despertado o interesse nos estudos por meio de suas aulas.

Ao Prof. Dr. Éder Ricardo Biasoli, por sempre ser muito solícito comigo em todas as minhas dúvidas e aflições.

Aos profissionais do Centro de Oncologia Bucal por todo o conhecimento interdisciplinar que adquiri com as múltiplas especialidades.

À Dr^a. Janaína Zavitoski Silva pela confiança depositada em mim em todos os atendimentos e por me ensinar a ser uma profissional melhor.

“Não fui eu que lhe ordenei?
Seja forte e corajoso! Não se
apavore, nem se desanime, pois
o Senhor, o seu Deus, estará
com você por onde você andar”.

(Josué 1:9)

SILVA, L. G. **Displasia cemento-óssea: 5 anos de registros imaginológicos.** 2018. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

A displasia óssea é uma lesão fibro-óssea de caráter benigno e é comumente encontrada na prática clínica. Há predileção por mulheres e aproximadamente 70% dos casos afeta negros. Caracterizada pelo desenvolvimento de tecido fibroso e osso imaturo, lamelar e partículas semelhantes ao cimento que substituem gradualmente o osso normal. Radiograficamente se apresenta como uma área radiolúcida na lesão inicial e conteúdo radiopaco no estágio final. Pode ser classificada em focal, periapical e florida de acordo com as áreas anatômicas envolvidas e características radiográficas. Os principais diagnósticos diferenciais da displasia óssea incluem o fibroma ossificante, odontoma, osteblastoma e osteomielite esclerosante crônica. Este trabalho relatou um caso clínico com diagnóstico de displasia cemento-óssea periapical, efetuado 5 anos após o primeiro registro imaginológico. Paciente do sexo feminino, 42 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico em uma clínica particular para reabilitação oral com instalação de implantes dentários. Ao final da instalação dos implantes, no ano de 2015, foi solicitado exame tomográfico por feixe cônico para análise da inserção óssea e conclusão do caso. Na análise das imagens tomográficas, notou-se uma lesão hiperdensa circunscrita com halo hipodenso no ápice do dente 23, sem espessamento da lâmina dura. Ao exame clínico, o dente 23 apresentou vitalidade pulpar. Ao analisar o arquivo de documentação da paciente, foram localizadas radiografias panorâmicas periódicas realizadas nos anos de 2010, 2011, 2013 e 2014. Ao analisá-las, verificou-se que a lesão estabelecida no ápice do dente 23 foi identificada, desde a primeira radiografia realizada, como uma área radiolúcida discreta, e com o passar dos anos, houve o aparecimento de áreas radiopacas no interior da lesão e um discreto aumento de tamanho. A documentação radiográfica do paciente é muito importante para o diagnóstico de doenças bucais em especial a displasia cemento-óssea, visto ~~que o paciente~~ ser assintomática e não apresentar nenhuma manifestação clínica. O profissional deve estar atento a toda e qualquer mínima alteração nos exames complementares.

Palavras-chave: Displasia. Tecido Periodontal. Diagnóstico bucal.

SILVA, L. G. **Cement-bone dysplasia: 5 years of imaging records.** 2018. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

Bone dysplasia is a benign fibro-osseous lesion and is commonly found in clinical practice, there is a predilection for females and approximately 70% of cases affect blacks, characterized by the development of fibrous tissue and immature, lamellar bone and cement-like particles which gradually replace the normal bone. Radiographically it presents as an initial radiolucent area and subsequent radiopaque foci. It can be focal, periapical and florid according to the anatomical areas involved and radiographic features. The main differential diagnoses of bone dysplasia include ossifying fibroma, fibrous dysplasia, and cementoblastoma. A 42-year-old female patient, leucoderma searched dental treatment at a private clinic for implants to replace missing teeth. At the end of 2015, a tomographic examination was requested for bone analysis and conclusion of the case in question. The result of the CT scan revealed a radiopaque lesion circumscribed with radiolucent halo at the apex of the tooth 23, with pulp vitality, without painful thickening of the lamina. The professional inspected the patient documentation file and found periodic panoramic radiographs performed by the patient, dating to 2010, 2011, 2013 and 2015. In analyzing them it is noted that the lesion established at the apex of the tooth 23 was found from the first radiography performed as a discrete radiolucent area and over the years note the appearance of radiopaque areas and a discrete increase in size. The radiographic documentation of the patient is very important for the diagnosis of oral pathologies, especially the bone cement dysplasia, since the patient does not present any clinical manifestation or pain in the region where the lesion is developing. The professional should be aware of any minor changes in the complementary examinations.

Keywords: Dysplasia. Periapical tissue. Diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Reconstrução Sagital da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), identificando a imagem circular hiperdensa associada ao ápice do dente 23 (A). Reconstrução Coronal da TCFC (B).....	14
Figura 2- Reconstrução axial com linhas de referência das reconstruções sagitais (A). Reconstruções sagitais (B,C,D,E,F,G)	15
Figura 3- Vista oclusal da arcada superior	15
Figura 4- Radiografias Panorâmicas realizadas nos anos de 2010 (A), 2011 (B,B1), 2013 (C,C1) e 2014 (D,D1).....	16

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS = Organização Mundial da Saúde

TCFC = Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

CM = Centímetros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PROPOSIÇÃO	13
3 RELATO DE CASO	13
4 DISCUSSÃO	17
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

A displasia óssea é uma lesão fibro-óssea classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma lesão óssea não neoplásica¹. Sua etiologia é incerta, havendo muitas discussões sobre sua origem^{1,2}. Seu surgimento tem grande proximidade com o ligamento periodontal, e histologicamente existem correspondências estruturais⁵. Por essa razão, muitos pesquisadores acreditam que sua origem seja no ligamento periodontal⁵. Outros pesquisadores, contudo, defendem que seja um defeito no remodelamento ósseo iniciado por fatores locais e influências hormonais^{3,4,7}.

Há uma evidente predileção pelo sexo feminino (14:1), e aproximadamente 70% dos casos ocorrem em indivíduos negros, na quarta década de vida^{3,5}. A lesão é caracterizada por substituição do tecido ósseo normal por um tecido fibroso e osso metaplásico⁶. Clinicamente pode apresentar-se em três subtipos de acordo com as áreas anatômicas envolvidas e características radiográficas, sendo esses: displasia óssea periapical, focal e florida².

A displasia cemento-óssea periapical verifica-se com maior frequência na região periapical da mandíbula, sendo mais comumente associada aos dentes anteroinferiores, acometendo um ou mais sítios^{4,5,6}. A cortical óssea não é afetada, portanto as lesões não demonstram caráter expansivo^{3,4,5}. Além disso, não apresentam sintomatologia dolorosa, e raramente crescimento contínuo é observado^{6,7}. Os dentes adjacentes à lesão exibem respostas positivas aos testes pulpares térmicos e elétricos⁸.

Radiograficamente observa-se um padrão de três estágios sendo o inicial caracterizado por uma área radiolúcida bem definida, similar à lesão periapical inflamatória crônica⁸. No estágio intermediário, chamado de cementoblástico, ocorre a mineralização da área radiolúcida revelando uma área mista, radiolúcida e radiopaca^{8,10}. Já no estágio final, ocorre um excesso de material mineralizado, sendo verificado nas radiografias com uma radiopacidade bem definida e delimitada com um discreto halo radiolúcido.⁶ Histologicamente são observados fragmentos de tecido mesenquimal celular, composto de fibroblastos fusiformes e

fibras colágenas, com numerosos vasos sanguíneos^{1,4}. Nesse tecido conjuntivo fibroso encontra-se uma mistura de osso imaturo, osso lamelar e partículas semelhantes ao cimento¹⁵.

A radiografia periapical e a tomografia computadorizada são exames complementares necessários para um correto diagnóstico⁵. Visto que a lesão é assintomática, muitas vezes ela é identificada por exames imaginológicos realizados para outros fins^{5,6}. A biópsia incisional é prescindível quando a lesão segue as características clássicas de idade, sexo, e características radiográficas³. Dessa forma, para a maior parte dos casos, as características clínico-radiográficas associadas ao adequado acompanhamento são suficientes para obtenção do diagnóstico definitivo^{9,10}. Os principais diagnósticos diferenciais da displasia óssea incluem o fibroma ossificante, osteomielite esclerosante crônica, odontoma e osteoblastoma.¹⁴

O tratamento da displasia cemento-óssea periapical não requer excisão por não se tratar de uma lesão neoplásica, porém quando notada em estágio inicial, cujo aspecto é semelhante a uma lesão periapical inflamatória crônica, pode gerar confusão de diagnóstico, e levar o profissional a ato iatrogênico⁴.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivo descrever um caso clínico com diagnóstico de displasia cemento-óssea periapical, após 5 anos da radiografia inicial.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento odontológico em clínica odontológica particular para a realização de implantes dentários para reposição dos pré-molares e molares inferiores bilaterais. A história médica da paciente revelou uso crônico de anti-inflamatório não esteróide (Ibuprofeno) para tratamento de enxaqueca.

Ao exame físico extrabucal não apresentou nenhuma alteração relevante. Ao exame físico intrabucal, a paciente apresentava ausência de todos os pré-molares e molares inferiores de ambos os lados.

Após a colocação dos implantes, foi solicitado à paciente o exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) para análise da inserção óssea e conclusão de tratamento. As reconstruções tomográficas revelaram uma imagem hiperdensa circunscrita por halo hipodenso associado ao ápice do dente 23, sem espessamento da lâmina dura (Figuras 1 e 2).

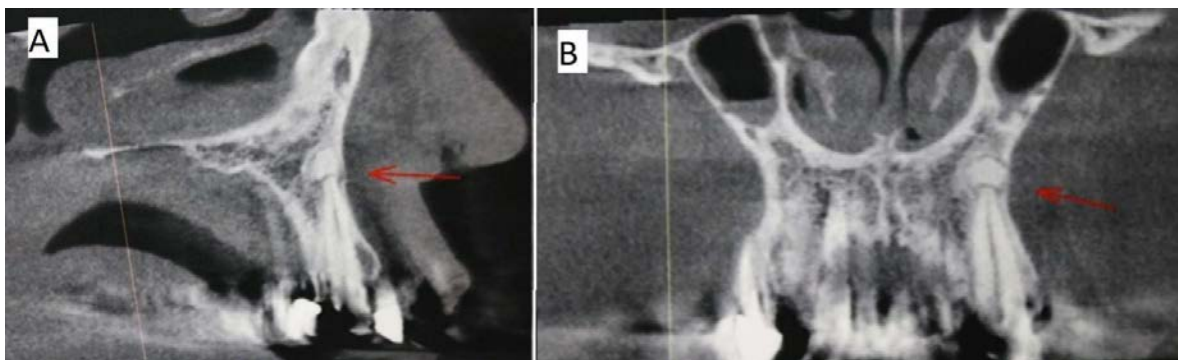


Figura 1- Reconstrução Sagital da TCFC, identificando a imagem circular hiperdensa associada ao ápice do dente 23 (A). Reconstrução Coronal da TCFC (B).

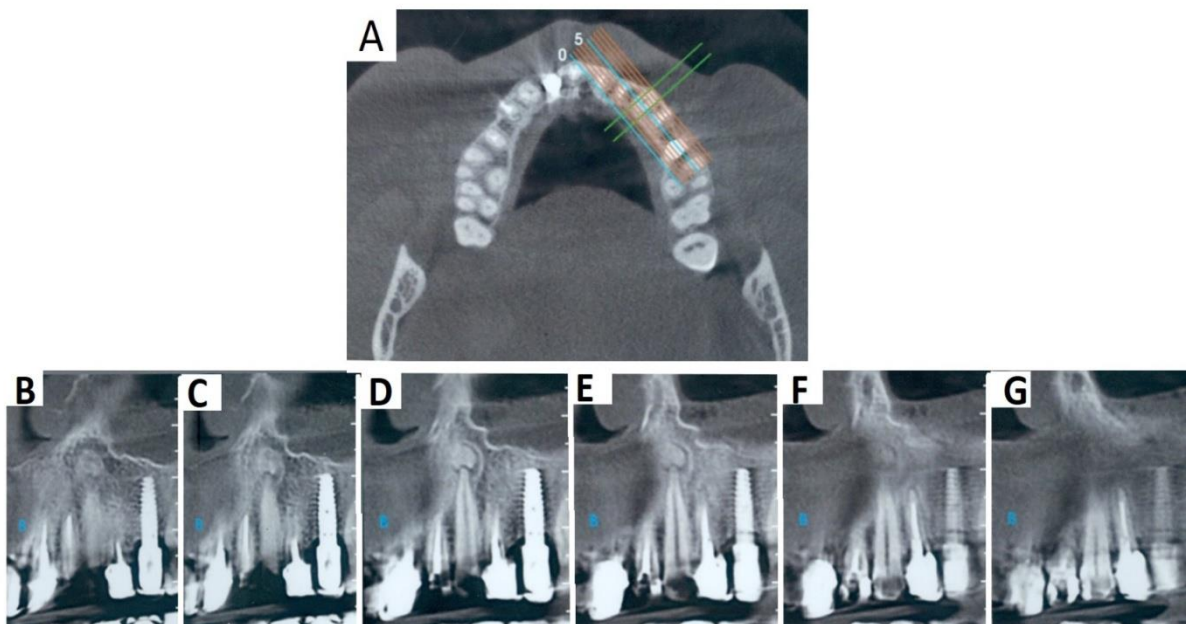


Figura 2 – Reconstrução axial com linha de referência das reconstruções sagitais (A). Reconstruções sagitais (B,C,D,E,F,G).

Ao exame clínico minucioso, o dente 23 apresentava-se com discreto desgaste incisal devido a hábito parafuncional. A condição da mucosa adjacente era de normalidade, e o dente em questão respondeu positivamente ao teste térmico quente e frio, indicando vitalidade pulpar. (Figura 3).



Figura 3 – Vista Oclusal da arcada superior.

O arquivo de documentação odontológica da paciente foi inspecionado, no qual foram encontradas radiografias panorâmicas periódicas, realizadas nos anos de 2010, 2011, 2013, 2014 (Figura 4).

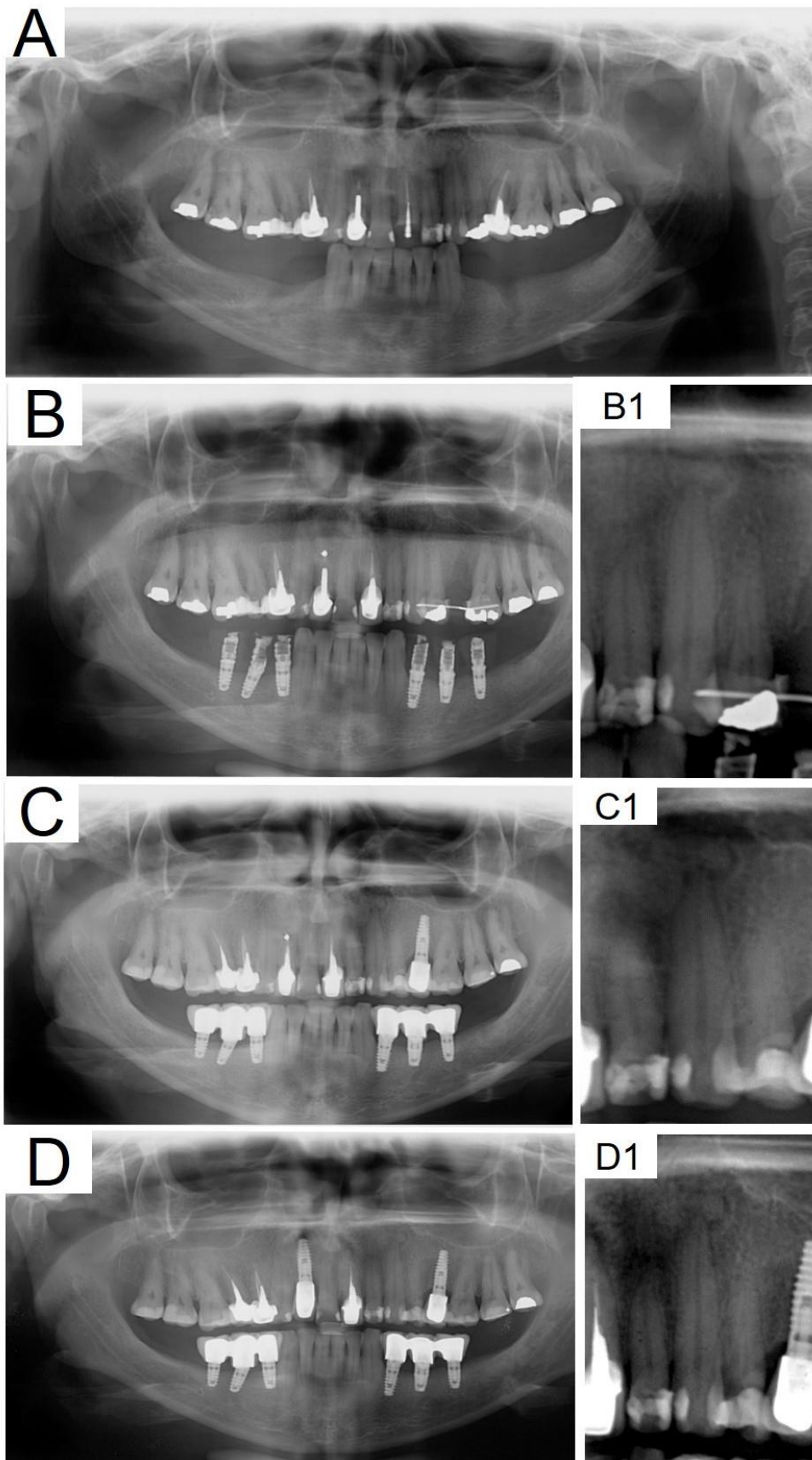


Figura 4 – Radiografias Panorâmicas realizadas nos anos de 2010 (A), 2011 (B, B1), 2013 (C,C1) e 2014 (D,D1).

Ao analisá-las, verificou-se a presença de lesão no ápice do dente 23 desde a primeira radiografia realizada (Figura 4A), com aspecto radiográfico de uma área de radiopacidade mista e, com o passar dos anos, notou-se o aparecimento de maior número de áreas radiopacas e um pequeno aumento de tamanho.

Após criteriosa análise, os achados clínicos e radiográficos permitiram excluir como diagnóstico diferencial as lesões osteomielite esclerosante crônica e osteoblastoma, sendo estabelecido o diagnóstico definitivo de displasia cemento-óssea periapical.

A conduta do caso em questão foi o acompanhamento periódico clínico e radiográfico da paciente.

4 DISCUSSÃO

A displasia cemento-óssea é caracterizada pela substituição do tecido ósseo normal por fibras colágenas e fibroblastos (tecido fibroso), contendo considerável substância mineralizada que pode ter aparência óssea, cementóide ou ambas¹. A etiopatogenia da displasia cemento-óssea periapical ainda permanece desconhecida, embora alguns autores acreditem que represente uma reação incomum do osso periapical a um fator irritante local^{3,8}. Para Araújo *et al*⁷ a ocorrência pode estar relacionada a fatores hormonais por ser mais frequente em mulheres próximas da menopausa. Segundo Studart-Soares *et al.*²³, os pacientes não apresentaram alterações laboratoriais e radiográficas em outras partes do esqueleto, e a maioria dos casos parece apresentar-se de forma isolada, podendo ter relação genética.

A displasia cemento-óssea periapical acomete predominantemente o sexo feminino, na faixa etária dos 30 aos 50 anos de idade, e cerca de 70% dos casos ocorrem em indivíduos negros.^{3,6} No presente caso, a paciente é do sexo feminino com 42 anos de idade o que corrobora com os achados da literatura, porém a predileção pela raça negra não se evidencia. As lesões são mais comumente encontradas em mandíbula anterior, podendo ocorrer lesões solitárias que não excedem 1cm de diâmetro e bem delimitadas, porém podem ser encontradas em múltiplos focos.²³ No caso em questão, a lesão se encontrava em região anterior de maxila, local pouco frequente de manifestação da doença.

A displasia cemento-óssea periapical se desenvolve substituindo o osso trabecular normal por uma massa de tecido fibroso⁶, e na TCFC o ligamento periodontal está preservado na região periapical. Abramovitch *et al.*¹⁷, observaram que nem sempre as lesões são centradas ao ápice anatômico do dente envolvido, podendo ser localizadas ao longo da face lingual ou vestibular da raiz do dente envolvido. Dessa forma, salienta-se a importância da tomografia computadorizada, que permite uma avaliação mais detalhada do posicionamento da lesão¹⁷.

Nos estágios iniciais, a aparência radiográfica é caracterizada por uma área radiolúcida bem definida semelhante a uma lesão periapical inflamatória crônica. O estágio intermediário é denominado cementoblástico^{6,9}. Esse estágio é identificado pelo início da mineralização da área radiolúcida de fibrose por atividade cementoblástica aumentada²¹. Aiuto *et al.*²² denominou esse estágio intermediário de fase mista, na qual radiopacidades minúsculas são observadas no interior das áreas periapicais radiolúcidas. Com o avançar desse estágio pode haver fusão das radiopacidades²². A Figura 4 (A, B, B1) nos revela o avançar do estágio com fusões de radiopacidades. O estágio final da displasia cemento-óssea periapical se dá por áreas radiopacas rodeadas de halo radiolúcido que separa o osso normal^{15,16}. Gavini *et al.*²⁴ descreve essa condição de forma muito semelhante, cuja fase final é representada por acentuada quantidade de material mineralizado, se apresentando radiograficamente como uma área de radiopacidade bem definida com a formação de um halo radiolúcido. Na Figura 4 (C,C1 e D,D1) nota-se a maturação final pela imagem com halo bem definido separando a lesão do osso normal adjacente. Nas reconstruções tomográficas (Figura 1 e Figuras 2-D,E) pode-se visualizar a lesão também em sua fase final de maturação, com halo hipodenso no ápice do dente 23 e uma área hiperdensa em forma arredondada comprovando as características descritas pela literatura.

Os sinais e sintomas da displasia cemento-óssea periapical não são evidentes, uma vez que a maioria das lesões são notadas em exames radiográficos de rotina e o paciente não apresenta nenhuma alteração facial como assimetrias ou sintomatologia dolorosa.⁶ Os dentes envolvidos pela lesão se mantêm vitais e respondem positivamente a testes térmicos e elétricos de sensibilidade pulpar⁸. Para Roghi *et al.*²⁷ os testes de vitalidade são especialmente importantes para o

diagnóstico diferencial, para esclarecer qualquer possível dúvida em relação a lesões provenientes de infecções endodônticas. Para Min *et al.*²¹ a gengiva circundante não é afetada pela lesão exceto se ocorrer contaminação, e raramente causa desconforto clínico. Neste caso, o dente respondeu positivamente ao teste térmico evidenciando vitalidade pulpar, a gengiva marginal apresentava-se íntegra, e as imagens radiográficas muito sugestivas de displasia cemento-óssea periapical.

O diagnóstico diferencial nos estágios iniciais inclui a lesão periapical inflamatória crônica¹⁸. A lesão apresenta aspecto radiolúcido na radiografia, semelhante a lesão periapical¹³. Segundo Cavalcanti *et al.*²⁰, lesões na fase inicial podem ser diagnosticadas erroneamente, principalmente como cistos radiculares ou granulomas periapicais. Senia *et al.*¹⁸ salientam que esse erro de diagnóstico pode levar à tratamento endodôntico iatrogênico. Com o aparecimento de áreas mistas radiolúcidas e radiopacas, deve-se considerar o odontoma, osteoblastoma, osteomielite esclerosante crônica e o fibroma ossificante.¹ Eskandarloo *et al.*¹⁹ descreve que o fibroma cemento-ossificante tem uma expansão bucolingual concêntrica na tomografia computadorizada, ao passo que em casos de displasia cemento-óssea periapical não é usual a expansão de corticais. Para Jankowski *et al.*¹⁴ é muito importante diferenciar a displasia cemento-óssea periapical em fase intermediária da esclerose óssea devido à demanda de implantes nas áreas desdentadas, uma vez que a presença da displasia óssea periapical pode contraindicar esse procedimento. Para Neves *et al.*²⁶ o cementoblastoma é uma lesão que se apresenta fusionada a raiz e com reabsorção externa, e em seu aspecto radiográfico apresenta áreas hiperdensas que são patognomônicas. No presente relato, o cementoblastoma foi excluído do diagnóstico diferencial pois o caso não apresentava fusão e reabsorção de raiz, que são determinantes para a conclusão em cementoblastoma.

Para o diagnóstico da displasia cemento-óssea periapical é importante se utilizar métodos auxiliares como as radiografias e a TCFC por se tratar de uma lesão assintomática, usualmente descoberta por exames de rotina². Segundo Chennoju *et al.*¹¹ a TCFC pode ser considerada mais efetiva em fornecer os detalhes minuciosos anatômicos da lesão, contribuindo com informações importantes para melhor diagnóstico. Para Jankowski *et al.*¹⁴ a radiografia tem um destaque importante, uma vez que 64% dos casos de displasia foram descobertos acidentalmente por meio de

radiografias direcionadas para outros fins. Tendo em vista que a displasia cemento-óssea na maioria das vezes é descoberta por meio de exames radiográficos de rotina, o clínico geral deve estar atento à importância de uma boa análise desse exame complementar para estabelecer o diagnóstico. Alsufyani *et al.*¹³ em seu estudo concluiu que dentistas generalistas se mostram menos eficientes no diagnóstico da displasia cemento-óssea por meio de tomografias e panorâmicas, comparado a dentistas especialistas em radiologia (diferentes estatisticamente).

Quanto aos aspectos histopatológicos da displasia cemento-óssea periapical, o tecido consiste em fragmentos de tecido mesenquimal celular composto de fibroblastos fusiformes e fibras colágenas¹⁵. Neste tecido conjuntivo fibroso encontra-se uma mistura de osso imaturo, osso lamelar e partículas semelhantes ao cimento.¹⁵ Contudo como a abordagem da displasia cemento-óssea periapical é o acompanhamento clínico e radiográfico, as biópsias não são recomendadas na maioria dos casos¹². Isso contribui, em certa medida, para que estudos histopatológicos adicionais sejam limitados.¹² Segundo Sethusa *et al.*²⁵ a execução de procedimentos invasivos, como a biópsia, para análise histopatológica em pacientes com displasia cemento-óssea periapical é extremamente contra-indicada. No caso clínico em questão, não foi realizada a biópsia, consequentemente não há dados sobre histopatológico.

Sendo benigna e autolimitante, a displasia cemento-óssea periapical não requer tratamento⁷. Porém, na fase inicial, radiograficamente ela se assemelha a uma lesão periapical inflamatória crônica, não sendo incomum o profissional cometer erro iatrogênico e realizar um tratamento inadequado.⁵ Segundo Pereira *et al.*³, o tratamento é desnecessário já que a lesão estabiliza-se sem causar complicações, sendo necessário apenas a observação periódica. Para Eskandarloo *et al.*¹⁹ a abordagem consiste em acompanhamento clínico e radiográfico. Para Roghi *et al.*²⁷ a ressecção da lesão pode ser indicada para casos em que ocorrem inflamações crônicas, ou aqueles que são caracterizados por abscessos repetidos, e podem desenvolver osteomielite esclerosante crônica. Sethusa *et al.*²⁵ considera que os procedimentos invasivos podem inocular bactérias nas lesões e iniciar uma infecção grave. Além disso, como os vasos sanguíneos não são capazes de penetrar nas espessas margens corticais ao redor da lesão, o uso de terapia antimicrobiana não

é eficaz²⁵. No caso em estudo, não foi realizado tratamento, apenas acompanhamento e instrução da paciente sobre a condição bucal.

5 CONCLUSÃO

Com base no presente relato de caso, concluímos que este se encontra dentro dos parâmetros descritos na literatura. O exame clínico criterioso associado a exames imaginológicos adequados são essenciais para a obtenção de um diagnóstico clínico preciso, visto que o paciente não apresenta manifestação clínica ou dor na região em que está se desenvolvendo a lesão. O profissional deve estar atento a toda e qualquer mínima alteração nos exames complementares para não cometer qualquer ato iatrogênico.

REFERÊNCIAS

1. RAITZ, R. et al. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: a hystorical review. **Rev Bras de Ciências da Saúde.**, v. 4. n. 1, p. 22-24. Dez.2004.
2. GARCIA, H .S et al. Tratamento ortodôntico de paciente com displasia óssea florida: Relato de caso. 2011. p. 13-16. **Tese (Especialização em Estomatologia)**. Fac de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.
3. PEREIRA, R. M.; RIBEIRO, E. D. P.; BITTENCOURT, S. Periapical cemental dysplasia – a prevalence study. **Innovations Implant Journal.**, v. 3, n. 5, p 43-45. Mai. 2008.
4. MORIKAVA, F. S. et al. Periapical cemento – osseous dysplasia: case report. **RSBO.**, v. 1, n. 9, p. 102-7. Mar. 2012.
5. BITTENCOURT S. et al. Displasia cementária periapical – relato de caso. **Rev Inst Ciênc Saúde.**, v. 3, n. 25, p. 319-21. Out. 2007.
6. REZENDE, G. C. G. D. S.et al. Classificação Radiográfica das Lesões Periapicais. P 46-60. **Tese (Especialização em Imaginologia DentoMaxilo-Facial)** Fac Integradas da Associação Educativa Evangélica. Anápolis, 2003.
7. ARAUJO. D. B et al. Displasia cemento óssea florida. **R. Ci méd. biol.**, v. 4, n. 2. p. 67- 173. Ago. 2005.
8. AHMAD, M.; GAALAAS, L. Fibro-Osseous and Other Lesions of Bone in the Jaws. **Radiol Clin N Am.**, v. 56, n. 1. p. 91-104. Jun. 2017.

9. ALSUFYANI, N. A.; ERNEST, W.N. Osseous (Cemento-osseous) Dysplasia of the Jaws: Clinical and Radiographic Analysis. **J Cant Dent Assoc.**, v. 77, n. 1. p. 70. Fev. 2011.

10. ALSUFYANI, N.A.; ERNEST, W.N. Cemento-osseous dysplasia of the jaw bones: key radiographic features. **DentoMaxilloFacial Radiology.**, v. 40, n. 1. p.141–146. Sep. 2011.

11. CHENNOJU, S. K. et al. Idiosyncratic Presentation of Cemento-Osseous Dysplasia – An in Depth Analysis Using Cone Beam Computed Tomography. **Journal of Clinical and Diagnostic Research.**, v. 13, n. 2, p. 1-3, Out. 2016.

12. CAVALCANTI, P. H. P. et al. Cemento-Osseous Dysplasias: Imaging Features Based on Cone Beam Computed Tomography Scans. **Brazilian Dental Journal.**, v. 29, n. 1, p. 99-104. Fev. 2018.

13. ALSUFYANI, N. A. Cemento-osseous dysplasia of the jaw bones: A radiographic analysis of 118 cases. 2010. 96 f. **Thesis (Master of Science Oral Radiology)** University of Toronto, 2010.

14. MACDONALD-JANKOWSKI DS. et al. Focal cemento-osseous dysplasia: a systematic review. **Dentomaxillofac Radiology**, v. 37, n. 1, p. 350-360. Aug. 2008.

15. XIA, W. W.; ZHU., Y. A; WANG. Six cases report of differential diagnosis of periapical diseases. **Int J Oral Sci.**, v 3, n. 1, p. 153-159. Jun. 2011.

16. BRANNON, R. B.; FOWLER, C. B. Benign Fibro – Osseous Lesions: A Review of Current Concepts. **Adv Anat Pathol.**, v. 14, n. 1, p. 48-53. May. 2001.

17. ABRAMOVITCH, K.; RICE, D. D. Benign Fibro – Osseous Lesions of the Jaws. **Dent Clin North Am.**, v. 60, n. 3, p. 167-193. Jan. 2016.
18. SENIA, E. S.; SARAIO, M. S. Periapical cemento-osseous dysplasia: a case report with twelve-year follow-up and review of literature. **Int Endod J.**, v. 48, n. 2 p. 1007-1102. Nov. 2014.
19. ESKANDARLOO, A. et al CBCT findings of periapical cemento-osseous dysplasia: A case report. **Imaging Science in Dentistry**, v. 43, n. 2, p. 215-8. 2013.
20. CAVALCANTI, P. H. P. et al. Cemento – Osseous Dysplasias: Imaging Features Based on Cone Beam Computed Tomography Scans. **Braz Dent J.**, v. 29, n. 1, p. 99-104. 2018.
21. MIN, C-K.; KOH, K-J.; KIM, K-A. Recurrent symptomatic cemento-osseous dysplasia: A case report. **Imaging Sci Dent.**, v. 48, n. 3, p. 131-137. Jun. 2018.
22. AIUTO, R. et al. Management of symptomatic florid cemento-osseous dysplasia: Literature review and a case report. **J Clin Exp Dent**, v. 10, n. 3, p. 291-295. Mar. 2018.
23. STUDART- SOARES. COSTA, E. et al. Lesões fibro-ósseas: displasia cemento- óssea periapical x displasia cemento- óssea florida. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.**, v. 39, n. 2, p. 26-30. Dez. 1998.
24. GAVINI, G.; AUN, C. A. Displasia Cementiforme Periapical – Relato de caso clínico. **Rev. Odontol. UNICID.**, v. 5, n. 2, p. 105- 110. Jul. 1993.
25. SETHUSA, M. P. S.; KHAN M. I. The orthodontic management of a patient presenting with cemento-osseous dysplasia. **SADJ.**, v. 64, n. 3, p 120-4. Abr. 2009.

26. NEVES F. S.; LADEIRA D. B et al. Benign cementoblastoma: a case report.
Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., v. 10, n. 2, p 31-34. Abr. 2010.
27. ROGHI, M. et al. Periapical Cemento-osseous Dysplasia:
Clinicopathological Features. **Anticancer Research**, v. 34, p 2533-2536.
2014.