

## Displasia cemento-óssea florida: relato de dois casos tratados por diferentes abordagens

*Florid cemento-osseous dysplasia: report of two cases treated with different approaches*

Elias Almeida dos Santos\*  
Eduardo Francisco de Deus Borges\*\*  
Lucas da Silva Barreto\*\*\*  
Carlos Vinicius Ayres Moreira\*\*\*\*  
Christiano Sampaio Queiróz\*\*\*\*\*

### Resumo

Objetivo: relatar dois casos de displasia cemento-óssea florida, descrevendo a evolução clínico-radiográfica ao longo de 5 anos em um paciente assintomático e a abordagem cirúrgica em um caso sintomático. Relato de caso 1: paciente, melanoderma, sexo feminino, 56 anos de idade, encaminhada ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia, por cirurgião-dentista clínico que notou alterações imagiológicas em radiografia panorâmica de rotina. Apesar da importante extensão da lesão em maxila e mandíbula, não havia qualquer sintoma ou sinal clínico de infecção. A paciente foi acompanhada durante 5 anos, com exames de imagem bianuais e medidas clínicas profiláticas. Relato de caso 2: paciente, melanoderma, sexo feminino, 57 anos, apresentou-se ao ambulatório de cirurgia queixando-se de atraso em cicatrização após remoção de um dente. A radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada, em conjunto com dados clínicos, permitiram o diagnóstico de displasia cemento-óssea florida com infecção secundária. A paciente foi abordada por meio de osteotomia em região do defeito em mandíbula. A análise microscópica do espécime obtido confirmou a alteração displásica cementoide. Os sinais e sintomas regrediram e a paciente segue em acompanhamento. Considerações finais: a displasia cemento-óssea florida, portanto, é uma doença pouco frequente, cujas manifestações podem demandar diferentes abordagens. É importante o domínio clínico do cirurgião-dentista, uma vez que o diagnóstico equivocado pode guiar a escolhas terapêuticas com resultados insatisfatórios.

*Palavras-chave:* Cimento dentário. Displasia fibrosa óssea. Doenças do desenvolvimento ósseo.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i1.9080>

\* Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Interno do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia/Obras Sociais Irmã Dulce (Osid), Salvador, BA, Brasil.

\*\* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia/Osid, Salvador, BA, Brasil.

\*\*\* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia/Osid, Salvador, BA, Brasil.

\*\*\*\* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia/Osid, Salvador, BA, Brasil.

\*\*\*\*\* Doutor em Odontologia e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## Introdução

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares, caracterizada pela substituição gradual de osso esponjoso maduro por tecido cementoide em uma matriz fibrosa<sup>1</sup>. Esta patologia é entendida, pela Classificação da Organização Mundial da Saúde de Tumores de Cabeça e Pescoço, como uma variante das displasias cemento-ósseas, lesões que se originam no ápice de dentes hígidos e se limitam ao processo alveolar<sup>2</sup>. A distinção entre DCOF e as outras lesões do mesmo espectro baseia-se em dados clínico-radiográficos, histológicos e demográficos<sup>3</sup>.

A etiopatogênese da DCOF ainda é desconhecida, embora as hipóteses existentes apontem para o ligamento periodontal ou o osso extraligamentar como possíveis precursores da alteração<sup>1</sup>. Da mesma forma, desconhece-se o motivo para a notável prevalência da lesão em mulheres melanodermas, entre a 4ª e a 5ª décadas de vida<sup>4</sup>. Uma correlação entre alterações hormonais e o aparecimento das lesões tem sido sugerida, entretanto a natureza de tal relação ainda não foi esclarecida<sup>1,5</sup>.

No exame clínico, a DCOF frequentemente não exibe sinais ou sintomas<sup>6</sup>. Alguns casos podem provocar expansão óssea, dor, deformidade e formação de sequestros ósseos quando infectada secundariamente<sup>3</sup>. Por vezes, a lesão é um achado acidental em tomadas radiográficas prescritas para outros propósitos<sup>6</sup>. Nesse aspecto, o exame radiográfico panorâmico é bem indicado para investigação da DCOF e evidencia massas intraósseas com diferentes tons de radiopacidade, circunscritas por halo radiolúcido<sup>4</sup>. A tomografia computadorizada (TC) é útil para o monitoramento da lesão e para afastar outras suspeitas diagnósticas<sup>7</sup>.

O diagnóstico de DCOF pode ser concluído com base apenas nos dados clínicos e radiográficos<sup>3</sup>. Entretanto, é imperativa a familiaridade do cirurgião-dentista com a epidemiologia e as possíveis manifestações da lesão, uma vez que ela pode assemelhar-se às displasias cemento-ósseas periapical e focal, à displasia fibrosa e a patologias inflamatórias periapicais<sup>1,7</sup>. Tais entidades

apresentam tratamentos distintos e confundi-los pode resultar em agravamento do quadro clínico<sup>7,8</sup>.

Os casos assintomáticos de DCOF podem permanecer sem complicações por tempo indeterminado<sup>1</sup>. Uma vez que os sintomas da doença somente são manifestados quando há infecção concomitante, é importante impedir a inoculação da lesão com patógenos orais<sup>4</sup>. Para tanto, as abordagens cirúrgicas, como biópsias incisionais, são contraindicadas e dispensáveis<sup>3</sup>. O plano de tratamento deve visar a prevenção da periodontite de perda dentária<sup>4</sup>. Dessa forma, recomendam-se sessões periódicas de profilaxia e acompanhamento radiográfico bianual<sup>1</sup>. As massas displásicas são hipovasculares e não permitem difusão adequada de antibiótico<sup>9</sup>. Portanto, os quadros de infecção são de difícil erradicação e devem ser tratados por desbridamento cirúrgico<sup>10</sup>. O aspecto microscópico da DCOF é muito semelhante ao exibido por outras lesões cemento-ósseas, demandando informações clínicas do paciente para distinção histopatológica desta displasia<sup>11</sup>.

Enquanto a importância do controle clínico-radiográfico contínuo para os pacientes portadores de DCOF é consenso para vários autores, poucos trabalhos relatam o acompanhamento de longo prazo desta patologia<sup>1,3,4,7</sup>. O objetivo deste artigo é relatar dois casos de DCOF. Um dos casos manifestou sintomatologia e foi abordado cirurgicamente. O outro, assintomático, foi acompanhado radiograficamente ao longo de 5 anos.

## Relato de caso

### Caso 1

Uma paciente, melanoderma, do sexo feminino, com 56 anos de idade, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, sendo encaminhada por um cirurgião-dentista clínico após perceber alterações no exame de radiografia panorâmica, condizentes com os aspectos de displasia cemento-óssea.

Durante a anamnese, a paciente negou alergias medicamentosas bem como patologias de base ou uso contínuo de medicamentos. Ainda,

negou qualquer sintomatologia dolorosa ou alteração sensorial em região de cabeça e pescoço.

No exame físico extraoral, notou-se ausência de aumento de volume e assimetria facial. No exame intraoral, a paciente apresentava quadro de maloclusão, com edentulismo parcial em am-

bas as arcadas. Ainda, havia uma cavidade de cárie no dente 34, que respondia positivamente aos testes de sensibilidade e não apresentava exposição do tecido pulpar. Ademais, não havia qualquer sinal de exposição óssea ou infecção na cavidade oral (Figura 1).



Figura 1 – Apresentação clínica

Legenda: A) Vista extraoral, norma frontal; B) vista intraoral em oclusão, lado esquerdo; C) vista intraoral em oclusão, lado direito.

Fonte: autores.

A primeira tomada radiográfica panorâmica foi realizada em 2013. Esta exibiu imagens de padrão misto distribuídas em todos os sextantes de maxila e mandíbula, associadas aos ápices dos dentes presentes na arcada, sem causar reabsor-

ções radiculares. Em alguns focos, as imagens eram predominantemente radiopacas, como nas áreas de molares superiores, em outras, a característica radiolúcida era majoritária, como na região dos dentes 43 e 44 (Figura 2 – A).



Figura 2 – Exames radiográficos panorâmicos

Legenda: A) exame realizado no primeiro ano de acompanhamento; B) exame do segundo ano de acompanhamento; C) exame do quarto ano de acompanhamento.

Fonte: autores.

Com base em tais achados, a equipe decidiu solicitar um exame de TC de feixe cônico. O exame realizado no ano posterior evidenciava que a lesão causava adelgaçamento das corticais ósseas

as vestibular e lingual de mandíbula, com envolvimento do canal mandibular direito. Todos os exames de imagem foram executados na própria instituição de origem (Figura 3 – A).

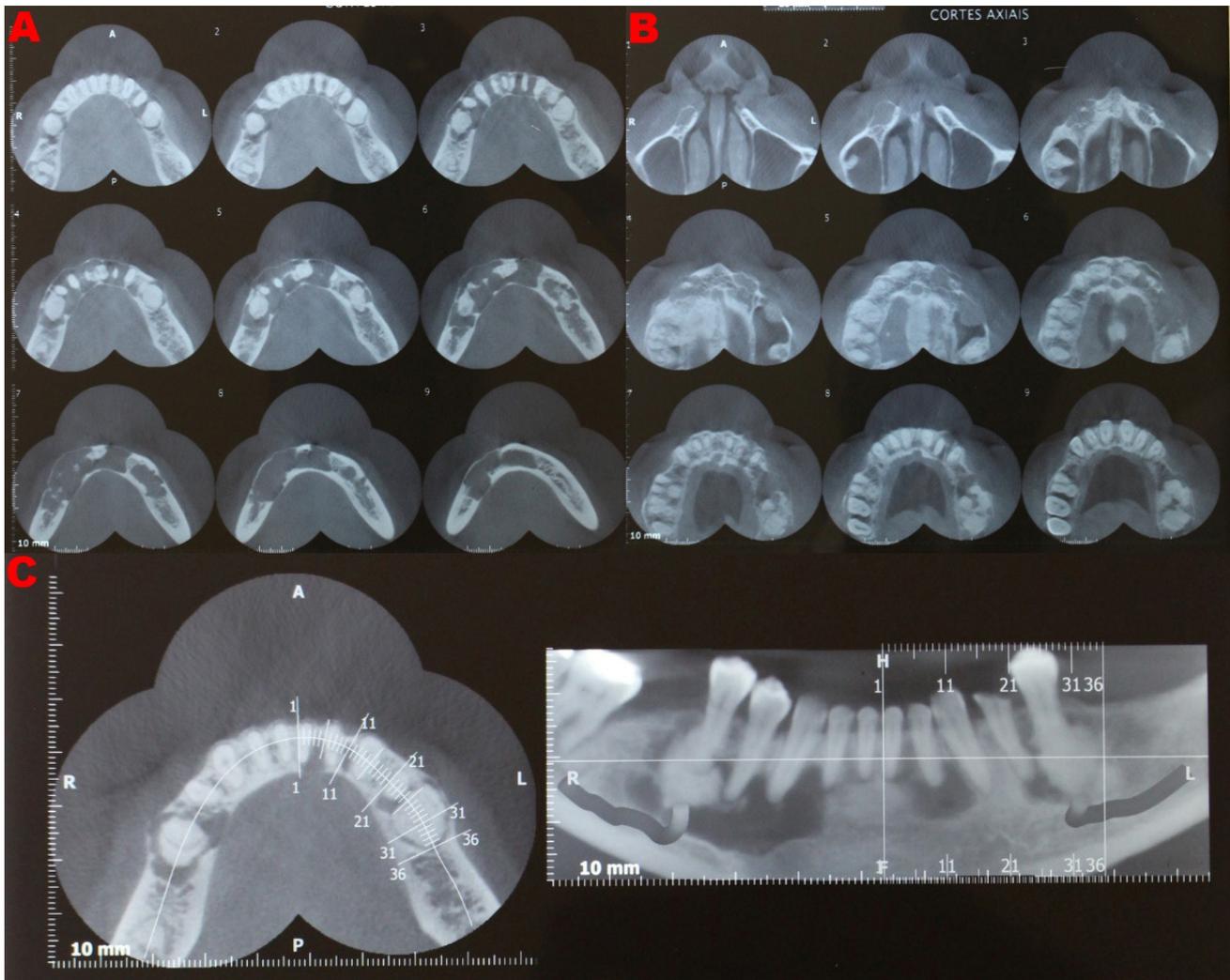


Figura 3 – Exames de tomografia computadorizada cone beam

Legenda: A) TC de mandíbula, do segundo ano de acompanhamento; B) TC de maxila, do segundo ano de acompanhamento; C) TC de mandíbula, do quinto ano de acompanhamento.

Fonte: autores.

A correlação dos achados clínicos e imagiológicos permitiu a definição diagnóstica de DCOF, sem necessidade de conduta cirúrgica pela equipe. Optou-se pela restauração da unidade 34 e pelo acompanhamento clínico-radiográfico bianual. Outros exames de radiografia panorâmica e TC foram realizados nos quatro anos seguintes, os quais revelaram constância dos padrões observados no momento do diagnóstico (Figuras 2 e 3). A paciente segue em acompanhamento sem nunca ter apresentado qualquer episódio de dor ou outros sinais de infecção dos maxilares.

## Caso 2

Uma paciente, melanoderma, do sexo feminino, com 57 anos de idade, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, queixando-se de atraso em cicatrização após remoção de um dente.

Durante a anamnese, a paciente negou alergias medicamentosas, referiu ser portadora de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, fazendo uso contínuo de Losartana 50 mg, Hidroclorotia-

zida 25 mg e Metformina 850 mg. No exame físico extraoral, notou-se ausência de aumento de volume e de assimetria facial. No exame intraoral, observou-se edentulismo parcial superior e inferior,

higiene oral insatisfatória e presença de cálculos dentários generalizados. A lesão da queixa estava exposta em região retromolar inferior direita, com presença de secreção purulenta no local (Figura 4).

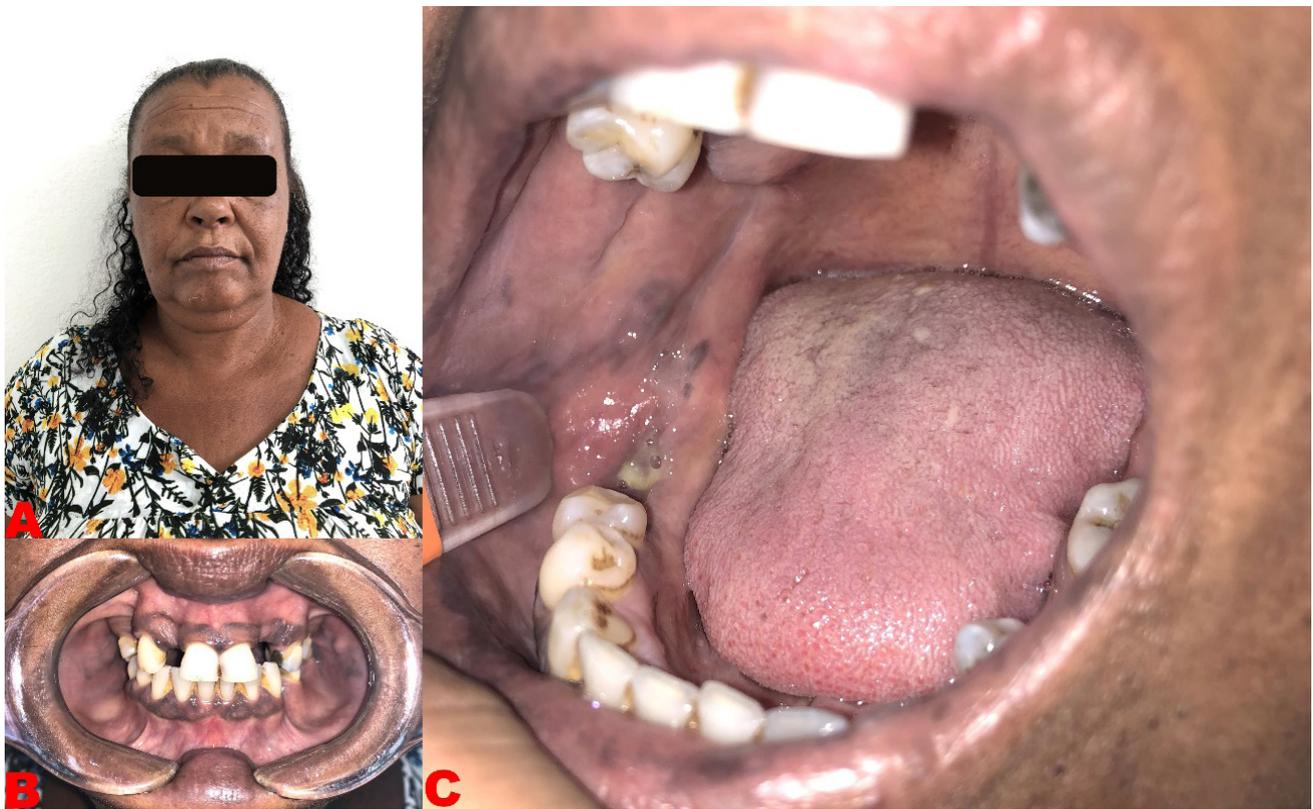


Figura 4 – Aspecto clínico inicial

Legenda: A) vista extraoral, norma frontal; B) vista intraoral em oclusão, norma frontal; C) vista intraoral, boca aberta.

Fonte: autores.

A radiografia panorâmica foi solicitada para fins diagnósticos. Este exame revelou imagens de aspecto radiográfico misto na mandíbula, bilateralmente, compatível com o padrão visto em DCOF. Precisamente, observaram-se lóbulos radiopacos circunscritos por um amplo halo radio-

lúcido (Figura 5 – A). Posteriormente, uma TC foi executada. Os cortes transversais exibiram expansão sem perfuração das tábuas ósseas vestibular e lingual de mandíbula. O acompanhamento imagiológico para esta paciente foi realizado na própria Faculdade de Odontologia.

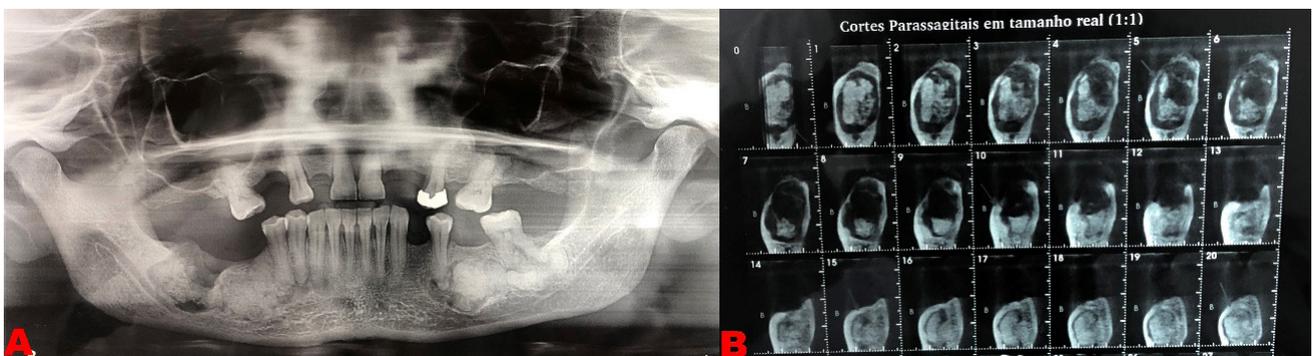


Figura 5 – Exames de imagem

Legenda: A) radiografia panorâmica dos maxilares; B) TC em mandíbula, região posterior lado direito.

Fonte: autores.

A equipe de cirurgia e traumatologia facial optou pela realização do desbridamento cirúrgico da região por osteotomia da mandíbula. No ato cirúrgico, a paciente apresentava-se em decúbito dorsal, com intubação nasotraqueal e sob anestesia geral. Foi realizada assepsia e antisepsia intraoral e extraoral, com clorexidina, aposição de campos operatórios, infiltração com lidocaína 2% e epinefrina 1:200000. O acesso realizado foi

em região de fossa retromolar, com extensão para fundo de vestibulo mandibular posterior, seguido de descolamento mucoperiosteal e exposição da lesão. Em seguida, foram realizadas a osteotomia dos tecidos circundantes do defeito ósseo e a remoção de peça cirúrgica. Por fim, foi executada a curetagem do sítio cirúrgico, seguida de irrigação copiosa com soro fisiológico a 0,9% e sutura por planos com vicryl 3-0 e 4-0 (Figura 6).



Figura 6 – A) transoperatório, osteotomia em mandíbula; B) espécime obtido da osteotomia.

Fonte: autores.

A peça cirúrgica foi encaminhada ao serviço de anatomia patológica. Microscopicamente, observou-se que os fragmentos ósseos apresentavam focos de esclerose óssea com deposição de cimento, compatível com a hipótese clínica de DCOF. Sendo assim, a equipe optou por estabelecer o acompanhamento clínico radiográfico bianual. A consulta de proervação dois anos após a abordagem cirúrgica sugeriu regressão do quadro de infecção. A paciente segue em acompanhamento com periodontista, para prevenção de infecção óssea via periodonto.

## Discussão

A DCOF foi descrita primeiramente em 1976<sup>6</sup>. Hoje, um quadro demográfico, clínico e radiográfico bem característico viabiliza o diagnóstico da patologia, mesmo na ausência de exame microscópico<sup>1</sup>. A prevalência por indivíduos do sexo feminino, entre 40 e 50 anos de idade é relatada de forma consistente, predominantemente

entre melanodermas<sup>5</sup>. O diagnóstico em idades mais avançadas do que a 4ª década de vida pode ser explicado por um pobre acesso dos pacientes a planos de saúde e, portanto, pela falta de investigação imagiológica precoce<sup>10</sup>. Os casos relatados validam as descrições epidemiológicas mais comuns da doença. Observa-se que, em ambos os casos descritos, houve um padrão simétrico das lesões em maxila e/ou mandíbula. Apesar de poder se manifestar simultaneamente em maxila e mandíbula, a DCOF apresenta predileção pela mandíbula, com simetria na distribuição das lesões<sup>12,13</sup>.

Os casos relatados evoluíram distintamente quanto à sintomatologia. Enquanto o caso 1 permaneceu assintomático durante 5 anos desde o diagnóstico, no paciente do caso 2, uma infecção provocou sintomatologia dolorosa, além de formação de sequestros ósseos e produção pus. Os casos assintomáticos de DCOF são mais frequentes na literatura. Esfahanizadeh e Yousefi<sup>13</sup> (2018) revisaram os artigos publicados nos últimos 5 anos

e ratificaram que a apresentação clínica assintomática corresponde a 68% dos casos. Entretanto, a infecção secundária é capaz de desencadear sintomas de dor, expansão óssea, deformidade e formação de fistula, edema, secreções purulentas e formação de sequestros ósseos<sup>4,6,10</sup>. O baixo suprimento sanguíneo nos sítios em que as massas cementoides são formadas predispõe à infecção, sendo a exposição ao meio bucal a via de acesso para os patógenos<sup>4</sup>. Os procedimentos cirúrgicos são apontados como desencadeadores dos processos infecciosos<sup>7</sup>. Dessa forma, a exodontia realizada na paciente do caso 2 pode ter contribuído para a exposição óssea e a infecção subsequente. Outras patologias podem ocorrer secundariamente nas áreas displásicas, como a osteomielite e o cisto ósseo simples<sup>4</sup>.

Conforme o ocorrido, com a paciente do primeiro relato, o achado casual de anormalidades ósseas no exame de imagem é o contexto mais frequente de diagnóstico das lesões de DCOF. A imagem panorâmica dos maxilares exibe diferentes padrões que podem representar estágios do desenvolvimento da anormalidade. No estágio inicial ou osteolítico, ocorre a reabsorção óssea, evidenciando regiões radiolúcidas nos ápices dos dentes vitais<sup>1,4</sup>. A fase seguinte, intermediária ou cementoblástica, decorre do aumento da formação de tecido fibroso e cementoide na lesão, resultando em uma imagem mista de focos radiopacos em meio radiolúcido<sup>4,7</sup>. Finalmente, no estágio florido ou avançado, as massas radiopacas coalescem, formando uma banda lobular, circunscrita por halo radiolúcido, aspecto descrito como focos de algodão<sup>1,6</sup>. O aspecto florido é observado no caso 2 relatado neste trabalho, mas, no caso 1, também foram observadas regiões com formação de lóbulos bem definidos em meio às regiões radiolúcidas. Com efeito, grande parte dos casos são diagnosticados nos estágios intermediário ou avançado, refletindo a manifestação tardia dos sintomas ou da própria procura do paciente<sup>5</sup>. O processo é geralmente confinado ao osso alveolar, mas lesões císticas concomitantes podem estender-se abaixo do canal alveolar e causar expansão óssea<sup>1</sup>.

Outros exames de imagem podem ser requeridos quando os aspectos da DCOF forem indistinguíveis dos de outras lesões, como radiografias

panorâmicas, periapicais, oclusais ou TC<sup>1,5</sup>. Por permitir a visualização tridimensional das estruturas, a TC é importante para o diagnóstico diferencial<sup>7</sup>. Além disso, o exame com TC é recomendado para casos em acompanhamento que manifestem novos sintomas<sup>9</sup>. Os relatos de casos da DCOF documentados com TC são pouco frequentes na literatura<sup>7</sup>. Neste relato, o exame tomográfico foi realizado duas vezes como forma de monitorar a expansão da displasia no caso 1. Notou-se que, apesar de a lesão estreitar as tábuas ósseas, ao longo dos 5 anos, não houve perfuração das corticais.

Por vezes, a DCOF pode apresentar-se radiograficamente semelhante a outras patologias ósseas<sup>1,4,7</sup>. Para diferenciar a DCOF das outras duas variantes de displasias ósseas, a focal e a periapical, deve-se considerar que a primeira geralmente se limita à região unilateral de molar e a segunda aparece nos ápices de dentes anteriores<sup>14</sup>. Além disso, as lesões destas variantes não ultrapassam 2 cm de diâmetro<sup>7</sup>. A depender do estágio de desenvolvimento, as imagens podem assemelhar-se a patologias periapicais. Huh e Shin<sup>8</sup> (2013) relataram um caso em que o diagnóstico equivocado de lesão periapical levou a um tratamento endodôntico desnecessário. Deve-se ter em mente, nesses casos, que os elementos dentários nas regiões de DCOF geralmente conservam a vitalidade pulpar<sup>3,8</sup>. A displasia fibrosa também se manifesta com aspecto misto em exame de imagem, porém esta displasia acomete com maior frequência a maxila e apresenta limites da lesão difusos<sup>12</sup>.

O tratamento da DCOF consiste em acompanhamentos dos quadros sem sintomas. O acompanhamento deve incluir a profilaxia e a orientação de higiene para prevenir possíveis acessos para infecção do osso displásico<sup>5</sup>. Ainda, radiografias panorâmicas devem ser solicitadas a cada 2-3 anos<sup>9</sup>, alguns relatos sugerem que estas tomadas sejam feitas duas vezes por ano<sup>6,7</sup>. Quando os casos são sintomáticos, a terapia cirúrgica é indicada. É sabido que a difusão de antibióticos é pobre nas áreas infectadas, devido ao menor suprimento sanguíneo. O desbridamento cirúrgico e a enucleação são alternativas seguintes à falha da terapia antibiótica<sup>15</sup>. Na literatura é sugerida

uma sequência para o tratamento de casos secundariamente infectados que envolve a pesquisa por sítios de exposição óssea, a solicitação de radiografia panorâmica, o uso de antibiótico até que os sítios infectados formem sequestros ósseos, a clivagem precisa desses sequestros e sutura<sup>10</sup>.

A microscopia do material patológico pode apresentar diferentes características de acordo com o estágio da lesão. Nas lesões recentes, observa-se a substituição de osso maduro por osso neoformado e um tecido semelhante a cimento em estroma celular<sup>4,9</sup>. À medida que o processo displásico progride, o estroma sofre fibrose e a proporção de tecido cementoide e osteoide aumenta consideravelmente, formando um trabeculado, descrito na literatura como padrão “raiz de gengibre”<sup>1</sup>. Este último padrão foi observado após microscopia do caso 2, confirmando o estágio avançado da lesão.

## Considerações finais

As alterações ósseas da DCOF manifestam-se com diferentes configurações no exame de imagem, dependendo do estágio da lesão. Ao detectar e planejar o tratamento desta anormalidade, o cirurgião-dentista deve estar apto a distingui-la de outras patologias ósseas com aspectos imagiológicos semelhantes. Para tanto, além do discernimento dos aspectos radiográficos, é importante o conhecimento das características clínicas e demográficas da DCOF. Ainda, é necessário saber quando intervir cirurgicamente ou manter os pacientes assintomáticos sob acompanhamento periódico. Neste artigo, foram relatados dois casos de DCOF com diferentes evoluções clínicas.

## Abstract

Objective: the objective of this article is to report two cases of florid cemento-osseous dysplasia describing the clinical-radiographic evolution over 5 years in an asymptomatic patient and the surgical approach in a symptomatic one. Case report 1: patient, melanoderma, female, 56 years old, referred to the service by a clinical Dentist who noticed imaging alterations in a routine panoramic radiography. Despite the important extension of the maxillary and mandibular lesion, there was no clinical sign or symptom of infection. The patient

has been followed for 5 years with biannual imaging exams and prophylactic clinical measures. **Case report 2:** patient, melanoderma, female, 57 years old, presented to the surgery outpatient complaining of delay in healing after removal of a tooth. Panoramic X-ray and Computed Tomography together with clinical data allowed the diagnosis of florid cemento-osseous dysplasia with secondary infection. The patient was approached through osteotomy in the region of the mandible defect. The microscopic analysis of the specimen confirmed the dysplastic cementenoid alteration. Signs and symptoms regressed and the patient is in follow up. Final considerations: florid cemento-osseous dysplasia is an infrequent disease, whose manifestations may require different approaches. The clinical domain of the Dentist is important, since misdiagnosis can lead to therapeutic choices with unsatisfactory results.

*Keywords:* Dental cementum. Fibrous dysplasia of bone. Bone diseases developmental.

## Referências

1. Fenerty S, Shaw W, Verma R, Syed AB, Kuklani R, Yang J, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. *Skeletal Radiol* 2017; 46(5):581-90.
2. El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takat T, Sloatweg PJ. *World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours*. 4. ed. Lyon: IARC; 2017.
3. Sarmento DJ de S, Monteiro BV de B, de Medeiros AMC, da Silveira EJD. Severe florid cemento-osseous dysplasia: a case report treated conservatively and literature review. *Oral Maxillofac Surg* 2013; 17(1):43-6.
4. Mohan RPS, Verma S, Singh U, Agarwal N. Florid osseous dysplasia. *BMJ Case Rep* 2013; 2013(2):197-200.
5. Pereira DL, Pires FR, Lopes MA, Carlos R, Wright JM, Patel P, et al. Clinical, demographic, and radiographic analysis of 82 patients affected by florid osseous dysplasia: an international collaborative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 122(2):250-7.
6. Köse TE, Köse OD, Karabas HC, Erdem TL, Ozcan I. Findings of florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases. *J oral Maxillofac Res* 2013; 4(4):e4.
7. Yildirim E, Bağlar S, Ciftci M, Ozcan E. Florid cemento-osseous dysplasia: a rare case report evaluated with cone-beam computed tomography. *J Oral Maxillofac Pathol* 2016; 20(2):329.
8. Huh J-K, Shin S-J. Misdiagnosis of florid cemento-osseous dysplasia leading to unnecessary root canal treatment: a case report. *Restor Dent Endod* 2013; 38(3):160-6.
9. Kutluay Köklü H, Cankal DA, Bozkaya S, Ergün G, Bar E. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent* 2013; 5(1):e58-61.
10. Niang P, Ba A, Tamba B, Kounta A, Diatta M. Osseous dysplasia secondary infection: a case report. *Surg Sci* 2018; 9(3):109-14.

11. Mainville GN, Turgeon DP, Kauzman A. Diagnosis and management of benign fibro-osseous lesions of the jaws: a current review for the dental clinician. *Oral Dis* 2017; 23(4):440-50.
12. Ahmad M, Gaalaas L. Fibro-osseous and other lesions of bone in the jaws. *Radiol Clin North Am* 2018; 56(1):91-104.
13. Esfahanizadeh N, Yousefi H. Successful implant placement in a case of florid cemento-osseous dysplasia: a case report and literature review. *J Oral Implantol* 2018; 44(4):275-9.
14. Raubenheimer EJ, Noffke CE, Boy SC. Osseous dysplasia with gross jaw expansion: a review of 18 lesions. *Head Neck Pathol* 2016; 10(4):437-43.
15. Akbulut S, Demir MG, Basak K, Paksoy M. Maxillectomy for cementifying osseous dysplasia of the maxilla: a case report. *Acta medica Hradec Kral* 2015; 58(1):32-4.

**Endereço para correspondência:**

Elias Almeida dos Santos  
Quadra 07, Caminho 04, Casa 10, Cajazeiras 5  
CEP 41335-310 – Salvador, BA, Brasil  
Telefones: (71) 3022-7410; (71) 992169607  
E-mail: elias.almeidast@gmail.com

*Recebido: 03/02/19. Aceito: 24/04/19.*