

LESÕES FIBRO-ÓSSEAS BENIGNAS DOS MAXILARES: Displasia Fibrosa e Displasia Cimento-óssea

Hany Matos Nunes Coimbra *

Profª Ms. Mayra Maria Coury de França**

RESUMO

As lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares são um grupo de lesões composto por: displasia fibrosa, displasia cimento-óssea e fibroma ossificante, as quais geralmente são assintomáticas e apresentam crescimento lento, sendo o foco deste trabalho a displasia fibrosa e displasia cimento-óssea. A displasia fibrosa é dividida em monostótica quando acomete apenas um osso e poliestótica quando acomete dois ou mais ossos. Já a Displasia cimento-óssea é dividida em periapical, florida ou generalizada e focal. . Realizou-se uma pesquisa qualitativa por meio de uma revisão de literatura, a qual teve por objetivo apresentar definição, características, diagnóstico, tratamento e prognóstico de tais lesões.

Palavras-chave: Lesões Fibro-ósseas Benignas. Displasia Fibrosa. Displasia Cimento-óssea.

ABSTRACT

The benign fibro-osseous lesions of the jaws are a group of lesions composed of fibrous dysplasia, cemento-osseous dysplasia and ossifying fibroma, which are usually asymptomatic and slow growing, being the focus of this work fibrous dysplasia and cemento-osseous dysplasia. Fibrous dysplasia is divided into monostotic when it affects only one bone and affects polyostotic when two or more bones. Already cemento-osseous dysplasia is divided into periapical, florid or generalized and focal. We conducted a qualitative research through a literature review, which aimed to present definition, characteristics, diagnosis, treatment and prognosis of these lesions.

Keywords: Fibro-osseous lesions Benign. Fibrous Dysplasia. Cemento-osseous dysplasia.

*Graduanda em Odontologia 2013 pela Faculdade Patos de Minas. Patos de Minas.hanycoimbra@hotmail.com

**Mestre em Diagnóstico em Estomatologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Professora de Radiologia, Estomatologia e Clínica de Triagem na Faculdade de Patos de Minas. mayrinhaf@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Lesões fibro-ósseas são caracterizadas pela substituição do osso normal por um tecido fibroso mineralizado que tem uma aparência óssea ou cementóide, estas lesões abrangem hamartomas, processos displásicos que são divididos em displasia fibrosa e cemento-óssea; e neoplasmas.

Esta revisão bibliográfica de abordagem qualitativa e exploratória, teve como principal objetivo apresentar a etiologia, sinais e sintomas, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos processos displásicos.

A Displasia Fibrosa é uma lesão de desenvolvimento na qual os pacientes podem apresentar como características severa deformidade facial e assimétrica. Dentro desta há uma subdivisão em duas formas distintas, a monostótica que acomete apenas um osso e a poliostótica que acomete dois ou mais ossos. Esta forma poliostótica pode em alguns casos apresentar-se associada a algumas síndromes sendo as principais a Síndrome de Jaffe-Linchtenstein que caracteriza-se por pigmentações cutâneas chamadas manchas “café-com-leite”; e a Síndrome de McCune-Albright que apresenta associação entre as pigmentações cutâneas e distúrbios endócrinos, tais como puberdade precoce.

Já a Displasia Cemento-óssea é uma lesão reativa e afeta áreas associadas a dentes, sendo mais comumente encontrada na mandíbula, tendo maior prevalência em mulheres melanodermas de meia idade. Este processo também é subdividido em três formas: a florida ou generalizada, periapical e focal.

A displasia cemento-óssea florida acomete preferencialmente áreas posteriores. É uma lesão assintomática, mas em alguns casos este osso displásico pode ser acometido por algum processo infeccioso gerando sintomatologia dolorosa, fistulação e até exposição da lesão ao meio bucal.

A displasia cemento-óssea periapical acomete a área anterior da mandíbula, principalmente a região de ápice dos incisivos, porém não gera expansão óssea devido a lâmina dura permanecer íntegra. Esta lesão deve ser diagnosticada corretamente, pois pode levar a um tratamento endodôntico desnecessário por apresentar grande semelhança radiográfica em sua fase inicial com lesões periapicais inflamatórias. Já a displasia cemento-óssea focal acomete a porção

posterior da mandíbula e as lesões raramente ultrapassam 1,5 cm, e radiograficamente, apresentando um aspecto misto na maioria dos casos.

2 LESÕES FIBRO-ÓSSEAS

2.1 Definição e Histórico

São designadas Lesões Fibro-ósseas (LFO) as lesões que apresentam substituição de osso normal por um tecido conjuntivo fibroso (1), ou seja, fibras colágenas, fibroblastos e também produtos mineralizados, os quais possuem aspecto ósseo, cementóide ou ambos. (2)

As LFO entraram em discussão em meados do século XIX, onde os cirurgiões associaram os aspectos clínicos e morfológicos destas lesões. Já em 1942, Lichtenstein & Jaffe apresentaram as características clínicas, radiográficas e histopatológicas da Displasia Fibrosa. A partir desta discussão, foi visto a necessidade de uma unificação, pois havia várias denominações e descrições para as mesmas lesões. (2)

Esta unificação gerou como resultado a denominação de Lesões Fibro-ósseas dos ossos maxilo-mandibulares, abrangendo tumores (osteofibroma, fibroma ossificante), displasias, lesões de etiologia indefinida, como a Doença de Paget, e processos inflamatórios. Atualmente as LFO é um grupo composto pela displasia fibrosa, displasia cemento-óssea e fibroma ossificante. (2)

2.2 Características, Etiologia e Diagnóstico

As LFO geralmente apresentam um crescimento lento e assintomático, assim tais lesões são achados radiológicos, exceto quando há sintomatologia dolorosa,

crescimento ósseo visível e assimetria facial. Possuem predileção pelo gênero feminino mais comumente na 2ª e 3ª década de vida. (2)

Acredita-se que as LFO são oriundas do ligamento periodontal devido à suas características histopatológicas, as quais são semelhantes a estruturas ósseas e/ou cementóides. Ocorrem com maior frequência na porção posterior e osso medular da mandíbula e também na porção posterior da maxila. (2,3)

As queixas principais dos pacientes são a deformidade facial, quando as lesões atingem grandes proporções; a dificuldade do uso de prótese total quando o paciente é portador da mesma, devido haver em alguns casos um crescimento ósseo dificultando assim a sua estabilidade; e até mesmo dor e parestesia, quando a lesão localiza-se próximo ao forame mentoal, levando assim a uma compressão do nervo. (2, 4)

O diagnóstico destas lesões baseia-se principalmente em informações radiológicas e clínicas, pois mesmo com a realização do exame histopatológico, há a necessidade de tais informações para que haja uma conclusão correta de lesão fibro-óssea, eliminando outras patologias que apresentam características radiográficas e/ou clínicas semelhantes às LFO, como lesões periapicais inflamatórias e a Doença de Paget. (2)

2.3 Classificação e Tratamento

As LFO são um grupo de lesões que incluem hamatomas, processos displásicos e reativos, e neoplasmas. Já na região maxilo-facial tal termo é utilizado para designar tais lesões: (1,5)

- Displasia fibrosa
- Displasia Cimento-óssea
 - ✓ Displasia cimento-óssea periapical
 - ✓ Displasia cimento-óssea focal
 - ✓ Displasia cimento-óssea florida ou generalizada
- Fibroma ossificante

Tais lesões foram designadas a pertencerem ao mesmo grupo devido à semelhança de suas características histológica, mas as mesmas podem apresentar etiologia, evolução, comportamento e prognóstico diferenciados. (1,5)

Sabendo-se que as LFO possuem um crescimento lento deve haver um acompanhamento periódico com exames radiográficos para que seja possível avaliar a evolução da lesão. Só necessitam de tratamento invasivo quando houver deformidade facial, limitação dos movimentos funcionais ou gerar dor. (2)

3 DISPLASIA FIBROSA

3.1 Histórico

A displasia fibrosa acometendo os maxilares já é conhecida desde 1891, a qual acreditava-se tratar de uma lesão oriunda do hiperparatireoidismo primário (6), mas em 1937 foi descrita por McCune e Bruch como distrofia fibrosa. Passado um ano desta descrição, Linchtestein em 1938 conceituou a displasia fibrosa dos maxilares como osteíte fibrosa disseminada. Entretanto, após alguns anos Linchtenstein juntamente com Jaffe analisaram de forma particular a referida lesão, sendo assim, enunciaram o termo de displasia fibrosa dos maxilares. (7,6)

3.2 Definição

Displasia fibrosa é uma lesão proliferativa caracterizada pela substituição sucessiva do tecido ósseo normal por um tecido conjuntivo altamente fibroso e desorganizado, e por osso neoformado. (5,6)

É uma lesão com caráter benigno, mas muitas vezes compromete severamente o local acometido chegando a ser semelhante a uma neoplasia (7), podendo ocasionar defeitos estéticos nos pacientes que apresentam a lesão. (8)

A displasia fibrosa é caracterizada como sendo uma desordem esquelética ou um defeito na modelagem óssea. Muitos estudiosos acreditam que esta seja uma anomalia congênita no desenvolvimento mesenquimal. (9) Outros apostam na mutação do gene GNAS1. (10) E ainda outros, acreditam que tenha correlação com algum tipo de trauma, distúrbios endócrinos e até mesmo possuir um caráter hereditário, pois foram constatadas lesões em membros de uma mesma família. (8)

3.3 Características Clínicas e Radiográficas:

A displasia fibrosa geralmente é uma lesão assintomática constituindo assim, um achado radiológico na maioria das vezes, ou seja, quando não há sinais ou sintomas perceptíveis do acometimento. (10)

Nos casos em que há sintomatologia, os principais são dor e deformidade óssea, fraturas espontâneas e compressão de estruturas, mas também podem ocorrer outros sintomas como comprometimento ocular, diplopia, cefaleia, convulsões e até mesmo perda auditiva. (10)

Geralmente é mais frequente na 1ª e 2ª década de vida, acometendo mais adolescentes e adultos jovens. Mas há relatos de crianças acometidas que mesmo após tratamento apresentaram recidiva na adolescência. (8,7)

Quando esta lesão acomete os ossos gnáticos, ou seja, maxila e mandíbula e/ou estruturas neurocraniais, é designada como Displasia craniofacial. (5,6) Quando esta ocorre as principais características são:

Grande aumento de volume, lento e assintomático da cortical óssea, geralmente por vestibular, sendo firme a palpação, resultando, frequentemente, em deformidades extensas. (...)Raramente ocorre presença de úlceras, a não ser que a massa tecidual venha a interferir na oclusão durante o processo mastigatório.(...)Com a progressão da doença, pode ocorrer o estreitamento dos forames, resultando no encarceramento de nervos cranianos. (6)

No decorrer da doença pode ocorrer assimetria facial e até mesmo perda dos dentes envolvidos na lesão (9), mas há autores que discordam, afirmando que quando se têm elementos dentários envolvidos estes podem eventualmente se tornar desalinhados ou inclinados causando apenas uma má oclusão, mas permanecendo vitais e sem mobilidade. (5,6)

Fig 1-Displasia fibrosa na maxila esquerda com expansão da lesão

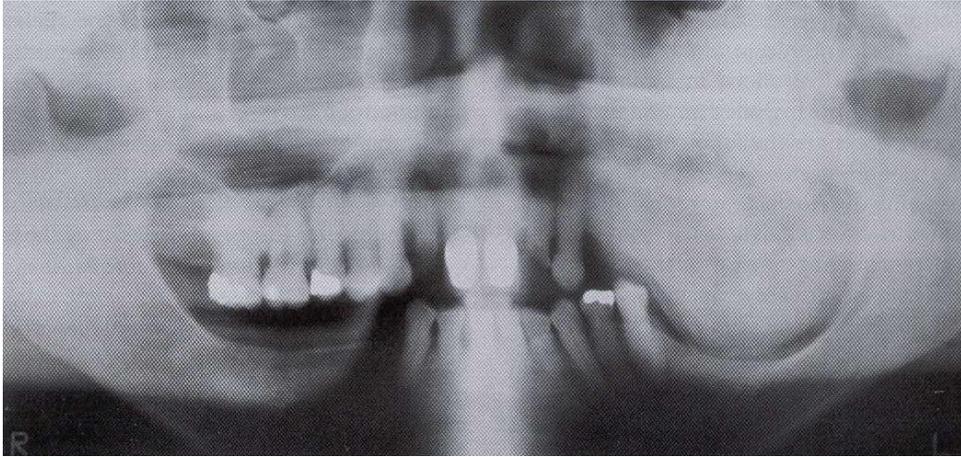


Fonte (5)

Radiograficamente a displasia fibrosa possui um aspecto de vidro despolido, decorrente de uma discreta opacidade (8) dependendo do estágio e da proporção entre o tecido fibroso e o tecido ósseo da lesão. (9) Tem como característica uma forma de “C” a qual se funde ao osso normal fazendo com que não haja nenhuma linha de demarcação, ou seja, não possui margens bem definidas. (6)

Outros grandes aliados na confecção de resultados imaginológicos são a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética quando o caso envolve lesões extensas e para se obter medidas precisas da lesão.(6)

Fig.2 Displasia Fibrosa na maxila



Fonte (5)

Fig.3 Tomografia Computadorizada da face (reconstrução 3D).



Fonte(9)

3.4 Classificação

A displasia fibrosa pode ocorrer de duas formas distintas, uma que acomete apenas um osso que é chamada de Displasia Fibrosa Monostótica e a qual afeta dois ou mais ossos chamada de Displasia Fibrosa Poliostótica. (10)

3.4.1 Displasia Fibrosa Monostótica

A forma monostótica representa de 80% a 85% de todos os casos de displasia fibrosa (6), sendo os maxilares os ossos mais acometidos com uma preferência pela maxila. (5)

Caracteristicamente não há predileção por gênero e quase sempre diagnosticada durante a 2ª década de vida, com isso os pacientes não se recordam quando a lesão apareceu e apresentou os primeiros sinais e/ou sintomas. (5)

Quando a lesão envolve mandíbula há várias consequências, como espaçamento do ligamento periodontal dos dentes envolvidos na lesão, expansão das corticais ósseas, deslocamento do canal mandibular, etc. Já na maxila uma das consequências mais significante é o deslocamento do soalho do seio maxilar chegando até mesmo a obliterá-lo. (5)

Fig.4 Displasia Fibrosa em maxila mostrada por uma Tomografia computadorizada



Fonte (2)

3.4.2 Displasia Fibrosa Poliostótica

A forma poliostótica representa de 15% a 20% dos casos de displasia fibrosa, sendo os ossos longos os mais acometidos, seguidos pelos ossos do crânio e costelas (6,8), mas esta forma pode acometer até 75% do esqueleto simultaneamente. (5)

Quando a displasia fibrosa poliostótica afeta os ossos longos, as características mais comuns são fraturas espontâneas, dores intensas e até mesmo deformidades locais. (8) Outras características são espaçamento e arqueamento, geralmente as lesões apresentam-se unilateralmente. Já quando afeta as estruturas craniofaciais pode gerar alguns sintomas neurológicos como cefaleia, convulsões, anormalidade de nervos cranianos e até mesmo perda de audição, (10)

Além de afetar os ossos, a displasia fibrosa poliostótica pode apresentar associações com algumas síndromes que apresentam características cutâneas e/ou endócrinas, sendo as principais: (8,5)

- ✓ **Síndrome de Jaffe-Linchtenstein:** apresenta pigmentações cutâneas chamadas de manchas “café-com-leite” devido à coloração acastanhada, sendo bem definidas, porém suas margens são irregulares. Há um acometimento unilateral em coxas e tronco, mas também pode haver a manifestação bucal a qual é caracterizada por máculas pigmentadas. (5)

- ✓ **Síndrome de McCune-Albright:** Há uma associação entre as pigmentações cutâneas e distúrbios endócrinos, tais como puberdade precoce (acontece principalmente em mulheres as quais podem apresentar a primeira menstruação nos primeiros meses de vida e pelos pubianos nos primeiros anos de vida), acometimento da hipófise com tumores benignos, hipertireoidismo (5), excesso do hormônio do crescimento e até mesmo distúrbios na mineralização óssea devido a eliminação de fosfato pela urina chamada de hipofosfatemia. (10)

Fig.5. Pigmentações cutâneas “café-com-leite”. Displasia Fibrosa Poliostótica associada a Síndrome Jaffe-Linchtenstein.



Fonte(5)

3.5 Tratamento

Uma opção de tratamento da displasia fibrosa é o uso de bifosfonato intravenoso, com o qual obtem-se o alívio da dor óssea quando a mesma está presente, e há outros benefícios proporcionados por esta medicação, como a redução do tumor ósseo e, conseqüentemente melhora das lesões no aspecto radiológico. Porém quando utilizada, deve haver um monitoramento rigoroso principalmente em paciente jovens devido a possibilidade de gerar problemas na mineralização óssea.

Em caso de lesões de grande porte e que gera deformidades estéticas e problemas funcionais ou em caso de envolvimento craniofacial, o tratamento indicado é a excisão completa da lesão para prevenir recidivas (9,6), mas estimativas apontam que de 25 a 50% dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico apresentaram novo crescimento, sendo este mais comum em pacientes jovens. (5)

Alguns autores afirmam que a cirurgia só deve ser efetuada após o desenvolvimento ósseo completo do esqueleto (8), ou seja, deve ser adiada o máximo possível, pois a lesão se desenvolve no decorrer do desenvolvimento ósseo.

No caso de displasia fibrosa poliostótica, uma técnica também utilizada é a estabilização óssea para prevenir fraturas patogênicas e também para evitar destruição das articulações devido ao espaçamento e arqueamento ósseo. (10)

Há algumas décadas, a radioterapia era uma forma de tratamento utilizado, no entanto atualmente é completamente contra indicada. (6)

A transformação maligna, geralmente o desenvolvimento de um osteossarcoma, tem sido raramente associada com a displasia fibrosa. Muitos exemplos têm sido encontrados em pacientes que receberam terapia com radiação para displasia fibrosa, mas poucos exemplos de alterações sarcomatosas espontâneas têm sido relatados. A terapia com radiação para displasia fibrosa é contra-indicada porque ela carrega o risco de desenvolvimento de sarcoma ósseo pós-irradiação. (5)

4 DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA

4.1 Definição, etiologia e classificação

A displasia cemento-óssea é uma das lesões fibro-ósseas benignas de maior predominância, acomete principalmente a área de suporte dos dentes, sendo mais frequente na mandíbula (5).

Sua etiologia ainda é desconhecida, no entanto alguns estudiosos acreditam que esta seja original do ligamento periodontal devido às características histológicas serem semelhantes ao desta estrutura. Já outros acreditam que se trata de um defeito na remodelação óssea extraligamentar, que pode ser desencadeada por alguns fatores locais e também por um desequilíbrio hormonal. (3,5)

Devido a displasia cemento-óssea obter características clínicas e radiográficas distintas, foi necessário dividi-la em grupos:

- Displasia Cemento-óssea Florida ou Generalizada
- Displasia Cemento-óssea Periapical
- Displasia Cemento-óssea Focal

4.2 Displasia Cemento-óssea Florida ou Generalizada

Melrose *et al* em 1976 foi quem primeiramente utilizou o termo de Displasia cemento-óssea florida (DCOF) para descrever uma lesão caracterizada por um aumento fibro-ósseo em áreas dentadas ou edêntulas, ou seja, no processo alveolar, tal lesão estando presente nos maxilares em um ou mais quadrantes. (11)

Histologicamente, apresenta massas de um tecido bem calcificado no qual se observa grande proliferação fibroblástica com trabéculas ósseas irregulares associadas, formando assim, um material mineralizado neoformado, o qual se assemelha a um cimento secundário, onde há pequena quantidade de células e vasos sanguíneos. (11-13)

Acomete preferencialmente mulheres negras acima dos 40 anos e na maioria dos casos a lesão apresenta-se assintomática, mas há relatos de dor moderada e podendo também apresentar fístula ou até mesmo exposição da lesão ao meio bucal. Esta exposição é gerada por um quadro inflamatório agudo ou crônico, chamado de osteomielite, geralmente está associada a traumas como em pacientes portadores de próteses e também a precária vascularização da lesão. (13, 14)

Fig.6 Displasia cemento-óssea florida, exposição de massas amareladas



Fonte (5)

Não é raro encontrar lesões extensas, podendo até mesmo causar expansão óssea. Geralmente há um acometimento bilateral e simétrico, envolvendo na maioria dos casos, os sextantes posteriores. A descoberta da lesão quando não há sintomatologia é um achado radiográfico. (5)

Radiograficamente a lesão é dividida em três estágios, onde na primeira fase a lesão se apresenta mais radiolúcida devido a rarefação óssea, na segunda fase é caracterizada por uma imagem mista, ou seja, radiolúcida com pontos radiopacos e por final na terceira fase, torna-se quase que totalmente radiopaca somente com um fino halo radiolúcido. (3)

Fig.7 Displasia cemento-óssea, áreas radiopacas no processo alveolar



Fonte(12)

O tratamento deve ser avaliado para cada caso. Quando não há sintomatologia, deve apenas haver um acompanhamento periódico com exame clínico e radiográfico, profilaxia e reforços na instrução da higiene bucal. Quando há quadros inflamatórios, antibióticos podem ser indicados, mas estes podem não ser necessariamente efetivos. Em casos que há sequestros ósseos, o indicado é a eliminação destas massas, para que haja cicatrização mais rápida da área envolvida. (13)

4.3 Displasia Cemento-Óssea Periapical

Predominantemente envolve a região anterior da mandíbula, localizada nos ápices dentais podendo apresentar-se como uma única lesão ou com múltiplos focos, sendo assim envolvendo mais dentes com maior frequência. Há uma predileção por mulheres melanodermas de meia idade. (5,4)

A displasia cemento-óssea periapical é uma lesão assintomática, a qual não gera expansão óssea, ou seja, a lâmina dura permanece intacta, mas quando está próxima ao forame mentoal, pode comprimir o nervo provocando assim uma parestesia e até mesmo dor. (4, 15)

Tal lesão necessita de diagnóstico diferencial devido apresentar-se próxima ao ápice dental, podendo ser confundida com lesões periapicais inflamatórias, sendo assim, torna-se extremamente necessário o teste de vitalidade pulpar no elemento dental em que a lesão está próximo para que não haja tratamentos inadequados como exodontias e tratamentos endodônticos em elementos vitais.(4, 15)

Radiograficamente a lesão se inicia radiolúcida circundando o ápice dental (Fig.8), ao longo do tempo a mesma amadurece gerando assim uma imagem mista assemelhando-se a “flocos de algodão” (Fig.9), e então no estágio final da lesão, ela se apresenta mais calcificada, portanto mais radiopaca (Fig.10). (5)

Não há necessidade de se tratar a lesão, pois com o tempo há estabilização, porém, é indicado um acompanhamento periódico com o auxílio de exames radiográficos. (4)

Fig.8 Displasia cemento-óssea periapical, radiografia realizada em 07/07/2004



Fonte(15)

Fig.9 Displasia cemento-óssea periapical, realizada em 17/10/2008



Fonte(15)

Fig.10 Displasia cemento-óssea periapical, realizada em 12/05/2011



Fonte (15)

4.4 Displasia Cimento-óssea Focal

Tal termo só foi totalmente esclarecido nos meados da década de 90, antes a displasia cimento-óssea focal era diagnosticada erroneamente como uma variante do fibroma ossificante. (5)

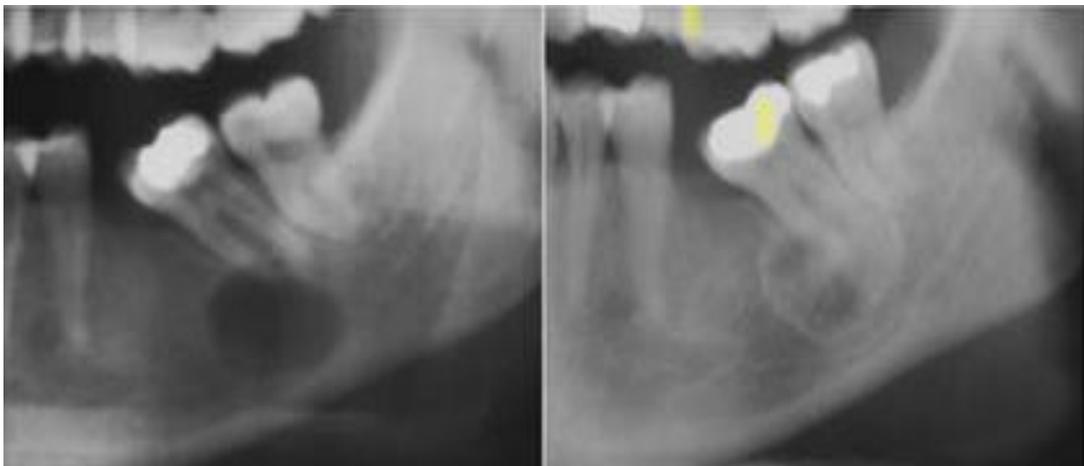
Acomete preferencialmente a porção posterior da mandíbula, mas pode afetar qualquer área dos ossos gnáticos. Normalmente é assintomática e raramente ultrapassam 1,5 cm de diâmetro. (5)

Estudos mostraram que 90% dos casos ocorrem em uma idade média de 38 anos, ou seja, há uma predileção pela 3ª a 6ª década de vida. Semelhante às outras duas variantes da displasia cimento-óssea, é mais comumente encontrada em mulheres melanodermas, mas tem sido mostrado um crescente aumento na porcentagem de acometimento em pacientes leucodermas. (5)

Acredita-se que a displasia cimento-óssea focal seja um estágio precoce da displasia cimento-óssea florida. (5)

Radiograficamente, a lesão pode apresentar-se radiolúcida ou totalmente radiopaca com um fino halo radiolúcido, mas o mais comum de se encontrar é uma lesão de aspecto misto. Suas margens são irregulares, porém a lesão é bem definida. (5)

Fig. 11 Displasia cimento-óssea focal, a segunda radiografia foi tirada nove anos após a primeira.



Fonte(5)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes processos tem grande importância para a vida clínica do cirurgião-dentista devido a grande incidência, devendo assim apresentar o mínimo de conhecimento, tais como etiologia, sinais, sintomas, problemas que estes processos acarretam aos pacientes que os apresentam, tratamento e prognóstico.

O diagnóstico deve ser preciso, sendo necessária uma boa anamnese do paciente, observando se há assimetria facial e expansão óssea e principalmente compreender os exames radiográficos, que são na maioria dos casos, a principal forma de visualizar tais lesões, devido ao fato de algumas não apresentarem sintomatologia e sinais clínicos e o exame histopatológico no qual é possível diagnosticar apenas tratar-se de lesões fibro-ósseas, pois o material histológico é semelhante em todas as suas divisões.

REFERÊNCIAS

1. Santos TS, Antunes AA, Avelar RL, Carvalho RWF, Andrade ESS. Lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares: estudo epidemiológico de 112 casos. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2007;36(4):209-211.
2. Raitz R. Lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares: Uma revisão histórica. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. 2004;(4):23-29.
3. Alves CR, Manzi FR. Displasia cemento-óssea florida: Relato de caso. Arq. Bras. Odontol. 2007;3(1):25-31.
4. Bittencourt S, Meira AL, Ferreira PS, Tunes UR, Ribeiro EDP, Casati MZ. Displasia cementária periapical: Relato de caso. Rev. Inst. Ciênc.Saúde. 2007;25(3):319-321.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot TE. Patologia: Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
6. Pereira JC, Anjos ED, Pereira CU, Carvalho RWF, Santos CNA. Displasia fibrosa craniofacial: relato de caso. UFES Rev Odontol. 2006;8(3):44-48.

7. Infante VP, Goldman RS, Rapoport A. Displasia Fibrosa da Maxila: relato de um caso. Rev Bras Cirur Cabeça Pescoço.2005;34(1):47-48.
8. Antunes AA, Romualdo Filho J, Antunes AP. Displasia fibrosa óssea: estudo retrospectivo – revisão de literatura. Rev Bras Cirur Cabeça Pescoço. 2004;33(1):21-26.
9. Lima Júnior JL, Ribeiro ED, Araújo TN, Lima SAN, Gobdim CR, Costa VS. Aspectos radiológicos de displasia crânio-facial persistente. Rev Bras Cirur Cabeça Pescoço. 2010;39(1):85-87.
10. Atalla A, Hallack Neto AE, Gollner AM, Frosoni DJ, Rezende Júnior JG, Sousa FS, et al. Displasia fibrosa: relato de caso e revisão de literatura. Rev Méd Minas Gerais.2010;20:399-403.
11. Grasselli S, Silva CM, Fontanella VRC. Displasia Óssea Florida. Stomatos.2001;7(12/13):55-58
12. Gaetti-Jardim EC, Santiago Júnior JF, Guastaldi FPS, Magro Filho O, Garcia Júnior IR, Gaetti-Jardim Júnior E. Displasia Cimento-Óssea Florida: relato de caso. Rev. Odontol. Araçat. 2010;31(2):31-34.
13. Araújo DB, Queiroz IV, Romero P, Falcão AFP. Displasia cimento-óssea florida. 2005;4(2):167-173.
14. Quirino MRS. Displasia Cimento-óssea Florida: relato de um caso. Rev. Biociênc. Taubaté. 2000;6(1):11-14
15. Silva RV, Avelino RA, Marangon Júnior H, Taitson PF. Diagnóstico endodôntico da displasia cimento-óssea periapical: relato de caso clínico. Rev. Paul. Odontol. 2011;33(4):22-25.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter escrito nas linhas do meu destino esta fase que me trouxe enormes realizações, novas amizades e conhecimentos necessários para minha realização profissional.

Minha eterna gratidão aos meus pais Hitler e Helena pelo amor, carinho, preocupação e por proporcionarem-me uma formação, além de me conduzirem por um caminho digno e honesto, ensinamentos que levarei sempre comigo. Não prometo acertar sempre, mas tentarei. Vocês são meus heróis!

À minha querida irmã Haiany o agradecimento é todo especial. Você sempre acreditou em mim, me auxiliou moral e financeiramente e esteve sempre ao meu lado. Sem você eu tenho certeza de que não conseguiria nem a metade do que realizei até agora. Amo muito você!

Ao meu namorado Manoel, muito obrigada pela amizade, companheirismo, cumplicidade, carinho e amor. Você esteve comigo nos momentos bons e ruins, não me deixando desistir, por mais árduo que fosse o caminho. Seu apoio foi essencial!

A todos os familiares que incentivaram os meus estudos, agradeço sinceramente. Muitas vezes fiquei desanimada, triste, mas no seio de minha família, encontrei energia positiva para continuar acreditando que “no fim tudo dá certo”!

Aos amigos que se fizeram ainda mais presentes e incentivadores, agradeço também e espero poder retribuir da mesma forma.

Aos colegas que ao longo destes quatro anos estiveram presentes em todos os momentos até mais que a própria família, em especial a minha amiga e irmã de coração Déborah Lima e a minha grande amiga Aline Damasceno vocês foram essenciais em minha conquista.

Agradeço também aos meus queridos mestres, portadores de grande conhecimento e sabedoria. Sempre me lembrarei com orgulho e carinho dos ensinamentos. Em especial a minha querida orientadora Mayra Coury pela paciência e dedicação em me transmitir da melhor forma possível seus ensinamentos e a Professora Nayara Lima, por sempre me ajudar em todas as dificuldades que surgiram durante o percurso deste trabalho.

Data de entrega do artigo: 18/11/2013