

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**HUGO VITOR LUZ MARTINS  
PATRICK BENNER FREITAS FERREIRA**

**FREQUÊNCIA DAS DISPLASIAS ÓSSEAS EM UMA POPULAÇÃO DO  
TRIÂNGULO MINEIRO**

Uberaba, MG

2021

HUGO VITOR LUZ MARTINS  
PATRICK BENNER FREITAS FERREIRA

**FREQUÊNCIA DAS DISPLASIAS ÓSSEAS EM UMA POPULAÇÃO DO  
TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para obtenção de título em Odontologia.

Orientador: *Prof. João Paulo Silva Servato*

Uberaba, MG

2021

Martins, Hugo Vitor Luz.  
M366f      Frequência das displasias ósseas em uma população do  
Triângulo Mineiro / Hugo Vitor Luz Martins, Patrick Benner Freitas  
Ferreira. – Uberaba, 2021.  
14 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2021.  
Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva Servato.

1. Odontologia. 2. Maxilares. 3. Radiografia. 4. Epidemiologia.  
I. Ferreira, Patrick Benner Freitas. II. Servato, João Paulo Silva. III.  
Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

HUGO VITOR LUZ MARTINS  
PATRICK BENNER FREITAS FERREIRA

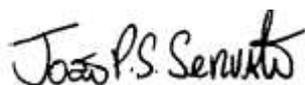
**FREQUÊNCIA DAS DISPLASIAS ÓSSEAS EM UMA POPULAÇÃO DO  
TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para obtenção de título em Odontologia.

Orientador: *Prof. João Paulo Silva Servato*

Aprovado em: 03/03/2021.

BANCA EXAMINADORA:



---

Prof. Dr. João Paulo Silva Servato – Orientador  
Universidade de Uberaba



---

Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique  
Universidade de Uberaba

UBERABA – MG  
2021

## RESUMO

A Displasia Óssea (Displasia Cemento óssea), é uma lesão fibro óssea, caracterizada pela sucessiva substituição do tecido ósseo por tecido fibroso. Trata-se de uma alteração sem causa definida (idiopática). A Displasia Óssea é autolimitante, ou seja, após alcançar seu estágio final de maturação não provocará aumento de volume expressivo de osso cortical. Dentes envolvidos pela lesão respondem positivamente ao teste de vitalidade pulpar. Essa lesão apresenta subdivisões de acordo com suas características clínicas e radiográficas e são classificadas como: Displasia Óssea Focal, Periapical e Florida. Este trabalho visa descrever e analisar os casos diagnosticados de Displasia Óssea em uma população do Triângulo Mineiro, no estado de Minas Gerais. Os dados coletados e analisados incluem idade, gênero, cor/etnia, sintomatologia, tipo histológico da lesão, tempo de evolução. Nesta população, as Displasia Óssea representaram 75 de 274 casos de lesões fibro-ósseas (27.4%) e 0.4% de todos as lesões do complexo maxilo-mandibular. No que se refere ao sexo, o gênero feminino foi o mais acometido (90,6%), com idade média de 50 anos. A maioria dos pacientes eram melanodermas (82,6%), e a região posterior da mandíbula foi a mais acometida nos casos de Displasia Óssea Florida e Displasia Óssea Focal, e na Displasia Óssea Periapical a região anterior da mandíbula foi a mais afetada. Cerca de 60% dos casos eram assintomáticos. Vinte e cinco pacientes reportaram presença de dor espontânea ou induzida (33,3%). Apenas 05 casos (6,6%) apresentavam infecção prévia e sinais de supuração. A partir da análise dos dados ficou explícito que a Displasia Óssea é relativamente rara e representa a maior parte das lesões fibro-ósseas. Acometendo principalmente mulheres negras, na quinta década de vida. Podendo variar de tamanho e localização de acordo com os seus sub-tipo de Displasia Óssea.

**Palavras-chaves:** Displasia Óssea; Maxilares; Epidemiologia; Radiografia.

## ABSTRACT

The Osseous Dysplasia (Cemento-osseous Dysplasia) is a fibro-osseous benign lesion, characterized by the successive replacement of bone tissue by fibrous tissue. It is an alteration without a defined cause (idiopathic). Osseous Dysplasia is self-limiting, that is, after reaching its final stage of maturation, it will not cause a significant increase in the volume of cortical bone. Teeth involved by the lesion respond positively to the pulp vitality test. This lesion has subdivisions according to its clinical and radiographic characteristics and are classified as: Focal, Periapical and Florid Osseous Dysplasia. This work aims to describe and analyze the diagnosed cases of Osseous Dysplasia in a population of the Triângulo Mineiro, in the state of Minas Gerais. Data collected and analyzed include age, gender, color/ethnicity, symptomatology, histological type of lesion, evolution time. In this population, Osseous Dysplasia represented 75 of 274 cases of fibro-osseous lesions (27.4%) and 0.4% of all lesions of the maxillomandibular complex. With regard to gender, females were the most affected (90.6%), with a mean age of 50 years. Most patients were black (82.6%), and the posterior region of the mandible was the most affected. affected in cases of Osseous Dysplasia Florida and Osseous Dysplasia Focal, and in Osseous Dysplasia Periapical the anterior region of the mandible was the most affected. About 60% of cases were asymptomatic. Twenty-five patients reported the presence of spontaneous or induced pain (33.3%). Only 05 cases (6.6%) had previous infection and signs of suppuration. Based on the data analysis, it became clear that Osseous Dysplasia is relatively rare and represents the majority of fibro-osseous lesions. Affecting mainly black women, in their fifth decade of life. It can vary in size and location according to its Osseous Dysplasia sub-type.

**Keywords:** Bone Dysplasia; Jaws; Epidemiology; Radiography.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES.....</b>	<b>4</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>5</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>6</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>11</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

A displasia óssea (DO) ou displasia cimento-óssea, é uma doença sem causa aparente (idiopática), de natureza benigna, geralmente assintomática. Que afeta regiões periapicais de dentes íntegros dos maxilares, sendo caracterizada pela substituição do osso normal por tecido fibroso, contendo osso metaplásico recém-formado. A DO é subdividida em focal, periapical e florida, conforme suas características clínicas e radiográficas (EL-NAGGAR, 2017; MORO, 2019).

A frequência da DO tende a seguir um certo padrão, variando de acordo com os seus subtipos. A DO Periapical acomete mais mulheres melanodermas (cerca de 70% dos casos), principalmente na faixa etária entre os 40 e 50 anos de vida, manifestando-se na região anterior de mandíbula. De modo similar, a DO Focal afeta também mais mulheres (90% dos casos), na quarta década de vida, acometendo principalmente a região posterior de mandíbula. Já a DO Florida por sua vez, se manifesta bilateralmente de forma simétrica nos maxilares de mulheres melanoderma, com idade acima de 40 anos. Vale ressaltar que, áreas edêntulas também podem ser afetadas (NEVILLE, 2009; BRODY; ZALATNAI; CSOMO; BELIK; DOBO-NAGY, 2019).

Quanto as características clínicas, a maioria dos casos de DO Periapical e DO Focal são assintomáticos, não apresentando assim nenhuma alteração intraoral digna de nota. Diferentemente, a DO Florida apresenta em alguns casos o desenvolvimento de osteomielite secundária. O rompimento da tábua óssea mandibular, comum na DO Florida Expansiva, pode apresentar aumento assintomático do rebordo alveolar na face lingual e vestibular da mandíbula anterior, expondo massas escleróticas na cavidade oral, causando infecções, limitações na abertura de boca, más oclusões e em alguns casos dor (SOARES, 1998; ARAUJO, 2005; ALMEIDA, 2016).

Essas lesões geralmente são descobertas, acidentalmente, por meio de exames radiográficos de rotina. Todas essas formas de DO, apresentam em comum as características de: no estágio inicial apresentarem a lesão totalmente radiolúcida, quando em evolução uma mistura entre radiolúcida e radiopáca, e no estágio final totalmente radiopaco, tendo sempre limites bem definidos. Nos casos de DO Periapical, podemos evidenciar uma área radiolúcida circunscrita por halo radiopaco, na região periapical dos dentes anteriores inferiores, a lesão se assemelha muito com granulomas e cistos radioculares, dificultando ainda mais o diagnóstico, com o passar do tempo as lesões amadurecem e ganham um aspecto misto, tanto

radiolúcido como radiopaco, contendo o ligamento periodontal intacto, com crescimento autolimitante e em casos de lesões únicas elas não excedem 1 cm. A DO Focal acomete a região posterior da mandíbula, nos ápices radiculares e em áreas de exodontias prévias. Tal lesão difere entre completamente radiolúcida, para completamente radiopaca ou uma mistura entre radiopaco e radiolúcido. Por fim, a DO Florida, afeta tanto a região posterior como a anterior da mandíbula, com um padrão bilateral e simétrico, sendo a mais agressiva. (PEREIRA, 2016; ALMEIDA, 2016; FRANÇA; NOBREGA, 2020)

Os achados histopatológicos demonstram semelhanças entre os três tipos de DO, no qual, há presença de hemorragia entremeada pela lesão, que é composta por fragmentos de tecido conjuntivo celular e uma mistura de osso imaturo, osso lamelar e partículas similares a cimento. Com o amadurecimento da lesão, a quantidade de material mineralizado aumenta e o tecido conjuntivo fibroso diminui. Em seguida, ocorre o espaçamento das trabéculas ósseas, formando massas globulares escleróticas, através da fusão das trabéculas individuais de material cimento-ósseo desorganizado (ALMEIDA, 2016).

Essa doença geralmente não causa incômodos ao paciente, e não possui características neoplásicas, devido a isso, remoções cirúrgicas nem sempre são indicadas. Dessa forma, indica-se a preservação da lesão e orientação do paciente em relação a higiene oral. Em casos, de pacientes sintomáticos, que apresentam osteomielite secundária, a antibioticoterapia, e a intervenção cirúrgica são indicadas (OLIVEIRA; CARDOSO; SILVA; ZANETTA-BARBOSA; LOYOLA, 2014; ALMEIDA, 2016; SANTOS, 2019).

O acompanhamento do paciente deve ser realizado pelo cirurgião dentista periodicamente, para realização de profilaxia e orientação de higiene oral do paciente. Em geral o prognóstico é favorável, devido a estabilização da lesão quando no estágio final, em que a lesão não evolui. Existem poucos relatos de transformação sarcomatosa relatados (GAETTI-JARDIM, 2010; ALMEIDA, 2016; KATO; SAMPAIO; AMARAL; ABREU; BRASILEIRO; MESQUITA, 2019).

O objetivo desse trabalho é descrever e analisar os casos diagnosticados retrospectivamente como DO, procedentes dos Serviços: 1- Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia (1978-2020).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos Gerais:**

Descrever e analisar os casos diagnosticados retrospectivamente como DO procedentes dos Serviços: 1- Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia (1978-2020).

### **Objetivos Específicos:**

Levantar os casos de DO dos presentes Serviços;

Obter dos prontuários informações clínico-patológicas relevantes, a fim de caracterizar a presente amostra;

Comparar os dados levantados anteriormente com uma revisão da literatura.

## **JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES**

Esse estudo visa, através de pesquisas descritiva de levantamento, apresentar a frequência da DO e suas variações, a fim de distinguir os aspectos da doença, e até mesmo sua distribuição geográfica, de modo a identificar a população com os maiores riscos de desenvolver esta lesão. Tais informações irão servir de base, para melhor diagnóstico, e proposição de um tratamento mais adequado.

Segundo Appolinário, F. (2012), pesquisas descritivas de levantamento, não necessitam de apresentar hipóteses.

## METODOLOGIA

**População estudada/ Local de realização da pesquisa:** Os dados foram coletados dos registros clínicos de todos os pacientes com DO, diagnosticados e tratados, pelos serviços: 1- Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia, entre 1978 e 2020 (CID10: M85.8). O critério proposto por EL-NAGGAR *et al.* (2017) foi utilizado para classificação dos pacientes envolvidos.

**Garantias éticas aos participantes da pesquisa:** Todos os pesquisadores envolvidos tomaram medidas que garantiram a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade.

**Método utilizado:** Os dados foram coletados por dois pesquisadores cegamente, e posteriormente confirmados por um supervisor. Informações, clínicas e patológicas dos pacientes participantes foram obtidas a partir de consulta aos prontuários médicos. Todos os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta qualificado (questionário semiestruturado). Os dados coletados incluíram: idade, número de casos, tipo da lesão, gênero, cor/etnia, localização, tempo de evolução e tamanho.

Os dados experimentais foram descritos, utilizando quando pertinente, média  $\pm$  desvio padrão, mediana e percentual. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA).

**Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa:**

(A) Critérios Inclusão: (a) Todos os pacientes diagnosticados retrospectivamente com (CID10: M85.8). (B) Critérios Exclusão: (a) Casos demonstrando achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes ou com prontuários mal preenchidos; (b) casos duplicados.

## RESULTADOS

Na tabela 1 observamos os principais resultados obtidos com a pesquisa. Na presente casuística, as DO representaram 75 de 274 casos de lesões fibro-ósseas (27.4%) e 0.4% de todos as lesões do complexo maxilo-mandibular. Em relação ao sexo a maior parte dos casos envolvidos eram mulheres (68/75; 90,6%). A idade dos pacientes se concentra na quinta e sexta década de vida, embora casos isolados podem ser diagnosticados em uma ampla faixa etária (18-91 anos).

A maioria dos pacientes eram melanodermas (62/75; 82,6%), com uma relação entre leucodermas: não leucodermas de 0,2:1. A Mandíbula posterior foi a região mais acometida nos casos de DO Florida e de DO Focal. Nos casos de DO periapical a região anterior da mandíbulo foi o sítio mais afetado.

Todos a maioria dos casos apresentava-se como uma lesão assintomatologia (45/75; 60,0%). Vinte e cinco pacientes reportaram presença de dor espontânea ou induzida (33,3%). Apenas 05 casos (6,6%) apresentavam infecção prévia e sinais de supuração (inflamação aguda supurativa). Essas lesões apresentavam aparência radiográfica mista, unilocular, de limites bem definidos.

**Tabela 01:** Aspecto clínicos e demográficos da população estudada.

<b>Dados</b>		<b>DO Florida</b>	<b>DO Focal</b>	<b>DO Periapical</b>
<b>Número de casos</b>		29 (38.7%)	27 (36.0%)	19 (25.3%)
<b>Gênero</b>	<b>Masculino</b>	2 (6.9%)	4 (14.8%)	1 (5.3%)
	<b>Feminino</b>	27 (93.1%)	23 (85.2%)	18 (94.7%)
<b>Idade (anos)</b>	<b>Média ±DP</b>	51,2 ±14,4	51,3 ±17,9	42.4 ±16.3
	<b>Intervalo</b>	26-75	25-91	18-76
<b>Cor</b>	<b>Leucodermas</b>	2 (6.9%)	7 (25.9%)	4 (21.1%)
	<b>Não-Leucodermas</b>	27 (93.1%)	20 (74.1%)	15 (78.9%)
<b>Localização</b>	<b>Mais comum</b>	Mandíbula posterior (29, 100%)	Mandíbula posterior (17, 63.0%)	Mandíbula anterior (08, 42.1%)
	<b>Razão Mx:Md</b>	3:26	5:22	3:16
<b>Evolução</b>		+ de 1 ano	Indeterminado (18)	Indeterminado (09)
<b>Tamanho (cm)</b>	<b>Média±DP</b>	2.6 ±2.4	2.2 ±2.5	1.7 ±0.9
	<b>Intervalo</b>	0.5-10	0.5-10	0.8-2.5

**Fonte:** dados de pesquisa (2021).

## DISCUSSÃO

Na presente casuística, as DO representam 0,4% de todas as lesões do complexo maxilo-mandibular. Já o trabalho de França e Nobrega (2020), detectou uma frequência de 0,1% de DO em um estudo radiográfico. O trabalho de Grand *et al.* (2005), descreve que a frequência de DO são de 3,2% de todas as lesões. Neste trabalho, as DO contabilizam por quase um terço dos casos de lesões fibro-ósseas (75/274; 27.4%). No trabalho de Netto, Cerri, Miranda e Pires (2013) em uma amostra do Rio de Janeiro/RJ, Brasil as DO representam 45,5%, já para Kato, Sampaio, Amaral, Abreu, Brasileiro e Mesquita (2019), em Belo Horizonte/MG, as DO são responsáveis por 48.8% dos casos de lesões fibro-ósseas. Ao analisar a literatura e os dados aqui apresentados as DO são relativamente raras e representam a maior parte das lesões fibro-ósseas.

Nesse estudo, os resultados nos mostram uma predileção para o sexo feminino (68/75; 90,6%). No trabalho de Grand *et al.* (2005) foi obtido uma porcentagem de 90% dos casos de DO em pacientes do sexo feminino. Assim como no estudo de Silva (2018), existe uma evidente predileção pelo sexo feminino (14:1). Por fim, no livro de Neville *et al.* (2009), os resultados variaram (10:1 a 14:1) para o sexo feminino. O presente estudo obteve uma predileção pelo sexo feminino bem evidente, em que é reafirmada na literatura estudada.

Neste grupo de pacientes, a idade média variou entre 50 e 60 anos, entretanto em alguns casos separados podem ser diagnosticados em uma faixa etária ampla entre 18 a 91 anos. No trabalho de Grand *et al.* (2005) a faixa etária mais afetada foi a de 50 anos. Assim como no estudo de Silva (2018) a faixa etária principal de acometimento se encontravam entre 30 e 50 anos de idade. Semelhante aos demais o livro de Neville *et al.* (2009), a predileção encontra-se em adultos de meia idade com faixa etária de 30 a 50 anos de idade. De maneira geral, a faixa etária mais comumente afetada pela DO é a dos adultos a partir da quinta década de vida, embora existam casos diagnosticados mais precocemente.

Neste estudo a maioria dos pacientes com DO eram melanodermas (62/75; 82,6%), com uma relação entre leucodermas e não leucodermas de 1:5. Similarmente o trabalho de Silva (2018) descreve uma percentagem de melanoderma de aproximadamente 70%. Assim como no livro de Neville *et al.* (2009), em que a percentagem também é de 70% dos pacientes melanoderma. Segundo nossos dados e a literatura atual, pacientes melanodermas são os mais afetados.

Neste trabalho a região posterior da mandíbula foi a região mais acometida nos casos de DO Florida e de DO Focal. Já nos casos de DO periapical a região anterior da mandíbula foi o

sítio mais afetado. Segundo a autora Grand *et al.* (2005), houve um percentual de 50% dos casos de DO acometendo a mandíbula. No trabalho de Silva (2018), a DO Periapical verificase com maior frequência na região mandibular, sendo mais comumente associada aos dentes antero-inferiores. E por fim no estudo de Oliveira (2016) o acometimento mandibular foi de 86%. A região mais acometida da DO foi a região posterior da mandíbula, especificamente a DO Focal e a DO Florida, e os casos de DO Periapical a predileção é pela região anterior mandibular, os resultados coincidem com a literatura comparada.

No presente estudo as lesões variaram em tamanho médio de 0,9 cm a 2,6 cm de diâmetro de acordo com as classificações da DO. No livro de Neville *et al.* (2009) os valores não excederam 1.0 cm e em casos isolados podendo chegar a 1,5cm de diâmetro. Semelhante aos demais Oliveira (2016) afirma que as lesões de DO não excedem 2,0 cm de diâmetro. O tamanho médio no presente estudo foi semelhante aos dados obtidos pelas referências estudadas que variaram entre 1,0 cm a 2,0 cm e raramente ultrapassam este limite.

Este estudo afirma que na maioria dos casos, apresenta-se como uma lesão assintomática (45/75; 60,0%). Vinte e cinco pacientes reportaram presença de dor espontânea ou induzida (33,3%). Apenas 05 casos (6,6%) apresentavam infecção prévia e sinais de supuração (inflamação aguda supurativa). No estudo de Silva (2018), a autora diz que as sintomatologias não são evidentes uma vez que a maioria dos casos se apresentam como assintomáticos e só são descobertas após radiografias de rotina. Segundo o livro de Neville *et al.* (2009), a DO Periapical e Focal são assintomáticas, diferentemente da DO Florida que pode ser assintomático ou em outros casos, o paciente pode se queixar de dor, fistula alveolar e exposição do osso avascular na cavidade oral. Similarmente, Almeida (2016) relata que a DO Periapical é uma lesão assintomática cujo dentes associados a ela possuem vitalidade pulpar e na DO Florida é observado dor persistente de intensidade variada e com fístula alveolar, podendo ter associação com infecção concomitante, eventualmente produzindo a formação de sequestro ósseo exposto na cavidade oral. A sintomatologia nos casos de DO é na maioria das vezes assintomática, apresentando alguns sinais clínicos apenas na DO florida confirmados pelos resultados obtidos e apresentado na literatura.

Segundo esse trabalho, na maioria dos casos de DO, os estágios iniciais apresentam imagem radiolúcida bem definida, em proximidade com os ápices dentários. Logo, devido ao processo de calcificação progressiva, o estágio intermediário apresenta uma imagem mista, radiolúcida e radiopaca, com halo radiolúcido bem demarcado, e por fim, o estágio tardio apresenta uma imagem radiopaca difusa e mal definida.

No estudo de França e Nobrega (2020) essas lesões apresentavam aparência radiográfica mista, unilocular, de limites bem definidos. Assim como no livro de Neville *et al.* (2009), afirma que as lesões iniciais aparecem como áreas radiolucidas circunscritas envolvendo a área periapical. As lesões adjacentes podem se fundir para formar um padrão linear de radiolucência, que envolve os ápices de vários dentes. Com o tempo as lesões têm uma aparência mista de radiolucidez e radiopacidade. No estágio final as lesões mostram uma calcificação densa circunscrita, circundada por um estreito halo radiolúcido. Semelhante aos demais, o autor Almeida (2016) descobriu que os achados radiográficos possuem aparência mista radiolúcida e radiopaca, como uma lesão bem delimitada por um halo radiolucido que separa a lesão do osso circundante e raízes adjacentes. Dessa forma, pode ser confirmado na literatura que a aparência mista, unilocular e bem definida é observada nos achados radiográficos de DO, podendo mudar de aparência conforme a fase de progressão da doença

No estudo de França e Nobrega (2020) o prognóstico e tratamento dos casos variam de acordo com, a idade do paciente, o estágio de evolução em que ela foi descoberta, ocorrência de trauma na região, o tipo de lesão e outros fatores. No caso das DO, são realizados acompanhamentos radiográficos periódicos. Quando ocorrem exposições ao meio oral ou sintomatologias relevantes, manobras cirúrgicas e biópsias podem ser empregadas. O acompanhamento e gerenciamento clínico dos pacientes com osteomielite secundária é mais complexo, necessitando do uso de antibióticos mesmo que a sua eficácia seja baixa. O prognóstico, na maioria dos casos, com o correto diagnóstico, é bom e o desenvolvimento da DO em sarcomas é extremamente raro.

Para Neville *et al.* (2009), em pacientes assintomáticos o melhor manejo consiste em consultas de controle com profilaxia e reforço da higiene oral para controlar a doença periodontal e prevenir a perda dentária. Segundo o Almeida (2016) o tratamento geralmente não é necessário, mas em alguns casos sintomáticos, os sequestros ósseos devem ser removidos cirurgicamente, em geral associados a um quadro de osteomielite crônica. O tratamento de DO varia de acordo com o estágio de evolução da lesão e da sintomatologia, assim, a intervenção cirurgia é mais indicada nos casos em que o paciente relata dor, ou apresenta infecções secundárias, o controle periódico e reforço na higiene oral, são sempre empregados no controle da lesão.

## **CONCLUSÃO**

Em suma, podemos notar que as DO na população estudada, representam 27,4% dos casos de lesões fibro-ósseas. Em relação ao sexo, o gênero feminino foi o mais acometido (90,6%), com idade média próxima aos 50 anos. A maioria dos pacientes eram melanodermas (82,6%), e a região posterior da mandíbula foi a mais acometida nos casos de DO Florida e DO Focal, e na DO Periapical a região anterior da mandíbula foi a mais afetada. Cerca de 60% dos casos eram assintomáticos. Os dados aqui apresentando são bastante similares aos descritos na literatura.

## REFERÊNCIA

ALMEIDA, O. P. **Patologia oral**. São Paulo: Artes Médicas, 2016. (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Básica).

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência – Filosofia e prática da Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012

ARAÚJO, Danilo Barral. Displasia cemento óssea florida. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador-Bahia, v. 4, n. 2, p. 167-173, mai/ago. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v4i2.4189>. Acesso em: 16 set. 2005.

BRODY, A., Zalatnai, A., Csomo, K. *et al.* Dificuldades no diagnóstico das translucências periapicais e na classificação da displasia cemento-óssea. **BMC Oral Health** 19, 139 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0843-0>

EL-NAGGAR AK, Chan JKC, Grandis JR, *et al* eds. **WHO Classification of Head and Neck Tumours**. 4th edn, Vol. 9. Lyon: IARC Press; 2017:254-255.

FRANÇA, Kalinne Pereira de; NOBREGA, Fernando. FREQUÊNCIA DE LESÕES COMPATÍVEIS COM DISPLASIA CEMENTO - ÓSSEA EM RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA TRATAMENTO ORTODÔNTICO. **Odontologia Clínico-Científica**, Mossoró/rn, v. 19, n. 1, p. 61-65, 17 jan./mar. 2020.

GAETTI-JARDIM, Ellen Cristina. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 31, n. 2, p. 31-34, jul/dez. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133199>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GRAND, Gisela *et al.* Estudo epidemiológico das lesões ósseas diagnosticadas no Serviço de Patologia Bucal da PUCRS Epidemiological study of bone lesions. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe**, [s. l], v. 5, n. 2, p. 67-74, abr. 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/938>.

KATO, Camila de Nazaré Alves de Oliveira *et al* . Oral management of a patient with cemento-osseous dysplasia: a case report. RGO, **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas , v. 67, e20190012, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-86372019000100802&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372019000100802&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Nov. 2020. Epub May 06, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372019000123574>.

MORO, Juliana Ferreira. DISPLASIA ÓSSEA FLORIDA EXPANSIVA: RELATOS DE DOIS CASOS INCOMUNS. **Revista Naval de Odontologia**, Rio de Janeiro Br, v. 46, n. 1, p. 42-47, 14 jun. 2019.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.

OLIVEIRA, CNA. Epidemiologia das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. 103f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte, 2016.

OLIVEIRA, Maiolino Thomaz Fonseca; CARDOSO, Sérgio Vitorino; SILVA, Cláudia Jordão; ZANETTA-BARBOSA, Darcey; LOYOLA, Adriano Mota. Failure of dental implants in cemento-osseous dysplasia: a critical analysis of a case. **Revista de Odontologia da Unesp**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 223-227, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/rou.2014.035>.

PEREIRA, Débora Lima. Clinical, Demographic and Radiographic Analysis of 82 Patients Affected by Florid Osseous Dysplasia: An International Collaborative Study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, Piracicaba, v. 201604013, n. 101016, p. 04-13, abr. 2016.

SANTOS, Elias Almeida dos. Displasia cemento-óssea florida: relato de dois casos tratados por diferentes abordagens. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 132-140, jan. 2019.

SILVA, Laura Garcia. **Displasia cemento-óssea: 5 anos de registros imaginológicos**. 2018. 24 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Odontologia) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/203148>>.

SOARES, Eduardo Costa Studart. Lesões Fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical x displasia cemento-óssea florida. **Revista da Faculdade Odontologia - UFRGS**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 26-30, dez. 1998.

## ANEXO



Universidade Federal de Uberlândia  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP  
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -  
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531

**ANÁLISE FINAL Nº 305/07 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO  
 REGISTRO CEP/UFU: 185/07**

**Projeto Pesquisa:** *"Levantamento e análise das doenças bucais a partir das requisições de exames e dos laudos emitidos pelo Laboratório de Patologia bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia"*

**Pesquisador Responsável:** Adriano Mota Loyola

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação:** O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do **Relatório parcial: janeiro/2008**

Data para entrega do **Relatório Final: outubro/2008**

Uberlândia, 20 de julho de 2007.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

*(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)*

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.1) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.a), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial ( Res. 251/97, item III.2.c). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.