

Conrado Alvares do Nascimento

Displasia Fibrosa: Relato de Caso Clínico  
Através de Tratamento Cirúrgico-Conservador

Brasília  
2014



Conrado Alvares do Nascimento

Displasia Fibrosa: Relato de Caso Clínico  
Através de Tratamento Cirúrgico-Conservador

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Bruzadelli Macedo

Brasília  
2014



A toda minha família, em especial ao Senhor Gonçalo Raimundo do Nascimento e a Senhora Cleonice Alvares da Silva Queiroz, mais do que educar de forma honrrosa e excepcional, ensinou seus filhos a serem pessoas íntegras neste mundo tão peculiar. Muito obrigado por tudo: Papai e Mamãe.



## AGRADECIMENTOS

Ao Meu Orientador e ao querido amigo Mateus, pela paciência, atenção e ensinamentos profissionais e pessoais que, certamente, levarei por toda vida.

Aos meus professores, que transmitiram seus conhecimentos de forma tão paciente e extremamente categórica.

Em especial, a Sra Aline, que além de ser uma das melhores professoras e profissionais que já tive a honra de conhecer, é também um ser humano incrível.





## EPÍGRAFE

"Ninguém baterá tão forte quanto à vida. Porém, não se trata de quão forte pode bater, se trata de quão forte pode ser atingido e continuar seguindo em frente. É assim que a vitória é conquistada."

Rocky Balboa



## RESUMO

Nascimento, Conrado. Displasia fibrosa: relato de caso clínico através de tratamento cirúrgico-conservador. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A displasia fibrosa é diagnosticada geralmente na infância e adolescência, associando o desenvolvimento da lesão à fase de crescimento do indivíduo. Ela está no grupo das lesões fibro-ósseas, que são caracterizadas pela formação de tecido fibroso neoformado, no lugar de tecido ósseo normal. Intervenções cirúrgicas devem ser postergadas o máximo possível para diminuir os riscos de recidivas. O presente trabalho traz uma breve revisão da literatura e relata o caso de uma paciente diagnosticada com displasia fibrosa monostótica, com indicação de tratamento cirúrgico conservador.



## ABSTRACT

Nascimento, Conrado. Fibrous dysplasia: a case report by conservative-surgical treatment. 2014. End of Course Work (Graduate Dentistry) - Department of Dentistry, Faculty of Health, University of Brasilia.

Fibrous dysplasia is usually diagnosed in childhood and adolescence, involving the development of injury to the growth phase of the individual. This lesion is in the group of fibro-osseous lesions, which are characterized by the formation of a newly formed fibrous tissue instead of normal bone tissue. Surgical interventions should be delayed as much as possible to reduce the risk of relapse. This paper provides a brief review of the literature and reports a case of a patient diagnosed with monostotic fibrous dysplasia, indicating conservative surgical treatment.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	20
Abstract .....	21
Introdução.....	22
Objetivo .....	25
Caso clínico.....	25
Discussão.....	32
Considerações finais.....	34
Agradecimentos .....	34
Referências .....	34
Anexos.....	51
Normas da Revista.....	51





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

NASCIMENTO, Conrado Alvares; MACEDO, Sérgio Bruzadelli; DOS SANTOS, Mateus Veppo; BARRIVIERA, M. Displasia fibrosa: relato de caso clínico através de tratamento cirúrgico-conservador.

Apresentado sob as normas de publicação do Revista Oral Sciences



## FOLHA DE TÍTULO

Displasia Fibrosa: Relato de Caso Clínico Através de Tratamento Cirúrgico-Conservador

Fibrous dysplasia: a case report by conservative-surgical treatment

Conrado Alvares do Nascimento<sup>1</sup>  
Sérgio Bruzadelli Macedo<sup>2</sup>  
Mateus Veppo da Silva<sup>3</sup>  
Maurício Barriviera<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professor Adjunto de Cirurgia Buco-maxilo-facial da Universidade de Brasília (UnB).

<sup>3</sup> Mestrando em ciências da saúde pela Universidade de Brasília

<sup>4</sup> Professor de imagiologia e radiologia da Universidade Católica de Brasília (UCB)

Correspondência: Prof. Dr. Sérgio Bruzadelli Macedo  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF  
E-mail: bruzadelli@unb.br / Telefone: (61) 3107.1803

## Resumo

### Displasia Fibrosa: Relato de Caso Clínico Através de Tratamento Cirúrgico-Conservador

#### Resumo

A displasia fibrosa é diagnosticada geralmente na infância e adolescência, associando o desenvolvimento da lesão à fase de crescimento do indivíduo. Ela está no grupo das Lesões fibro-ósseas, que são caracterizadas pela formação de tecido fibroso neoformado, no lugar de tecido ósseo normal. Intervenções cirúrgicas devem ser postergadas o máximo possível para diminuir os riscos de recidivas. O presente trabalho traz uma breve revisão da literatura e relata o caso de uma paciente diagnosticada com displasia fibrosa monostótica, com indicação de tratamento cirúrgico conservador.

#### Palavras-chave:

Displasia fibrosa monostótica; Displasia fibrosa; monostótica; Displasia fibrosa óssea, lesão fibro-óssea.

#### Relevância Clínica

A revisão e apresentação deste caso clínico apoia sua importância no fato de ser lesão relativamente comum e muitas vezes desconhecida pelos profissionais cirurgiões-dentistas. Pelo seu aspecto clínico, muitas vezes agressivo, os pacientes e seus familiares, por não a conhecer temem que ela seja uma lesão maligna. O conhecimento desta lesão facilita o esclarecimento do paciente, seus familiares assim como seu tratamento.

## ABSTRACT

Fibrous dysplasia: a case report by conservative-surgical treatment

### Abstract

Fibrous dysplasia is usually diagnosed in childhood and adolescence, involving the development of injury to the growth phase of the individual. This is in a group of fibro-osseous lesions, which are characterized by the formation of a newly formed fibrous tissue instead of normal bone tissue. Surgical interventions should be delayed as much as possible to reduce the risk of relapse. This paper provides a brief review of the literature and report a case of a patient diagnosed with monostotic fibrous dysplasia, indicating conservative surgical treatment.

### Keywords:

Monostotic fibrous dysplasia; Fibrous dysplasia; monostotic; Bone fibrous dysplasia, fibro-osseous lesion.

## INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa foi descrita pela primeira vez em 1891 por Von Recklinghause, onde, ele descreveu essa condição patológica do osso caracterizada por deformidade e alterações fibróticas. Essa lesão está no grupo das lesões fibro-ósseas, que são caracterizadas por um processo onde ocorre a substituição do osso normal por um tecido fibroso mineralizado, neoformado, displásicos e estruturalmente desorganizado.<sup>1,2,4,6,7,9,10,11,15,18,21</sup>

A displasia fibrosa é uma lesão benigna, caracterizada pela não formação óssea normal ou pela substituição do osso sadio por um tecido neoformado. Essa desordem esquelética é uma proliferação anormal de fibroblastos e diferenciação de osteoblastos, resultando em defeito de substituição do osso esponjoso e medular por um tecido conjuntivo fibroso.

Existem dois tipos clínicos que podem ser usados para classificação da displasia fibrosa: forma monostótica envolve somente um osso (70% a 80% dos casos). Sua prevalência é de 1/30.000 indivíduos, sendo de 5-6 vezes mais freqüente do que a forma poliestótica. Essa última, caracteriza-se por acometer duas ou mais estruturas ósseas.<sup>1,10,18</sup>

Sua etiologia é desconhecida, porém muitas vezes associada a distúrbios endócrinos, alterações de desenvolvimento e a traumas.<sup>1,3,7,13</sup> Diversos estudos mostram seu surgimento relacionado com a mutação somática pós-zigótica no gene GNAS1 em células osteoblásticas,<sup>8</sup> que perdem a capacidade de diferenciar-se totalmente, o que prejudica o crescimento ósseo em favor da proliferação ósteo-fibrosa.<sup>1,8</sup> Tinoco et al. (2009); Thomsen (2013) relataram que anormalidade na regulação intracelular de AMPc ou da proteína Kinase são fatores etiológicos no desenvolvimento da displasia fibrosa. Dependendo do momento em que ocorre a mutação, irá ditar a severidade clínica. Se a mutação ocorre em uma das células-tronco indiferenciadas no início da vida embrionária, os osteoblastos, melanocitos e células endócrinas que representam as gerações derivadas daquelas células mutadas carregarão a mutação e expressarão o gene mutado, apresentando no quadro clínico: lesões múltiplas, pigmentação cutânea e distúrbios endócrinos. Nos estágios mais tardios, as células progenitoras esqueléticas

migram e diferenciam como parte do processo de formação do esqueleto normal. Se a mutação ocorre nesse período tardio, então as gerações das células mutadas irão se dispersar e participar da formação do esqueleto, resultando em múltiplas lesões ósseas de displasia fibrosa. Porém, se a mutação já ocorre na vida pós-natal, então as gerações das células mutadas são confinadas em um sítio, resultando em displasia fibrosa afetando apenas um osso.<sup>8,10,13</sup>

O desenvolvimento da displasia fibrosa pode provocar deformidade facial, compressão nervosa, fratura e em raras situações degeneração sarcomatosa.<sup>5</sup>

Na forma monostótica, o fêmur, tíbia, costelas, pelve e também os ossos craniofaciais podem ser afetados. O envolvimento de cabeça e pescoço corresponde a cerca de 10 a 30 %%,<sup>1,6,19</sup> sendo o osso maxilar a região mais afetada.<sup>1,20</sup> Essa patologia se manifesta, na maioria dos casos, na primeira ou segunda década de vida, apresenta desenvolvimento lento, associando-se o crescimento da lesão à fase de crescimento do indivíduo.<sup>10,8,15</sup> Mesmo pouca, existe uma leve predileção pelo sexo feminino de 2:1 em relação ao sexo masculino.<sup>1-23</sup>

A assimetria facial é o principal motivo que leva o paciente a procurar ajuda de um profissional.

Devido ao seu crescimento lento na maioria dos casos, a sintomatologia de dor é raramente relatada. Porém, existem relatos em que independentemente do tamanho e velocidade de crescimento da lesão, o paciente apresenta quadro doloroso difuso.<sup>18</sup> Além destas características, com o crescimento pode vir a ocorrer complicações, dependendo da localização, como compressão do nervo óptico com risco de perda da visão, obstrução nasal, obstrução do canal lacrimal, obstrução do conduto auditivo externo,<sup>6</sup> deformidades oclusal, perda dos dentes envolvidos, podendo apresentar sintomatologia dolorosa, caso o crescimento seja rápido.<sup>4,7,22</sup> Quando isso ocorre, a sintomatologia poderá estar presente, incluindo dor na região, dor de cabeça, neuropatia óptica, cegueira, surdez, disfunção vestibular, e raramente paralisia do nervo facial. Fraturas, obstrução dos seios paranasais gerando repetidas infecções, cistos, anosmia, cefaléia, alteração dos movimentos oculares, ptose, exoftalmia, estrabismo<sup>21</sup> e mais raramente, o rompimento da cortical óssea.<sup>13</sup>

Os exames de imagem são essenciais para ajudar na definição do diagnóstico, juntamente aos exames clínicos e histopatológicos. A tomografia computadorizada é o exame de preferência, pois permite a visualização precisa do envolvimento ósseo, revela a extensão completa da lesão e envoltimentos extra osseos. As características radiográficas da displasia fibrosa monostótica apresentam poucas variações, sendo elas: imagem radiolúcida mal definida, unilocular ou multilocular com radiopacidade no seu interior.<sup>1,19</sup> Lesões sem limites precisos se infiltrando ao osso adjacente normal, com sua principal característica sendo o aspecto de “vidro despolido”, sendo raro o rompimento de cortical. No entanto, pode acontecer seu afinamento. O envolvimento da mandíbula frequentemente resulta não apenas em expansão da cortical vestibular e lingual, mas também no abaulamento da margem inferior. Radiografias periapicais dos dentes envolvidos podem mostrar estreitamento do espaço do ligamento periodontal com uma lâmina dura mal definida, que se confunde com o padrão ósseo.<sup>3,4,10,15</sup>

Tinoco et al (2009), definem que basicamente existem três padrões radiográficos na displasia fibrosa do crânio e ossos faciais que são descritos: 1) pagetóide alternando áreas radiodensas e radiotransparentes; 2) esclerótica, homoganeamente densa; 3) e padrão cístico com área radiolúcida esférica ou ovóides circundada por limites densos.

O padrão histológico da displasia fibrosa varia com a evolução e o estágio de desenvolvimento da doença. Na lesão inicial, o tecido é bastante celular com predominância de fibroblastos, podendo encontrar também pequenas formações de tecido mineralizado. Com a progressão e maturação da lesão, a quantidade de tecido mineralizado aumenta e gradualmente o tecido fibroso diminui, tanto em quantidade quanto em celularidade. Não há separação nítida entre o novo tecido mineralizado formado e o tecido ósseo circunjacente.<sup>18,19,21</sup>

Alguns autores reforçam a importância do estudo clínico, exames laboratoriais, endocrinológico, radiográfico e cintilografia óssea em pacientes com diagnóstico de displasia fibrosa monostótica, com propósito de descartar lesões em outros sítios e/ou com envolvimento extra esquelético.<sup>1,18,21</sup>

Não há um modo preventivo, cura ou forma espontânea para resolução da displasia fibrosa, mas nem todos os pacientes se encontram em um estado que necessite de tratamento invasivo.



A intervenção cirúrgica é indicada geralmente quando houver deformidade significativa, afetando a estética, o que pode acarretar desconforto por parte do paciente no seu convívio social. Alguns pacientes, com mínima deformidade estética ou funcional, podem não precisar de tratamento cirúrgico.<sup>6,10</sup> A menos que haja um acometimento considerável de osso, necessidade de descompressão de nervo ou risco da lesão afetar alguma região funcional, levando prejuízos, tanto funcionais quanto estéticas, ou a presença de formação de cisto ósseo aneurismático, a displasia fibrosa pode ser tratada de forma conservadora.<sup>10,13,15,18</sup> Na maioria dos casos, a lesão tende a estabilizar e praticamente cessar seu crescimento quando a maturidade óssea é alcançada. Devido a seu alto índice de recidiva, principalmente quando o procedimento cirúrgico é realizado em pacientes ainda em período de crescimento, a intervenção cirúrgica deve ser postergada o maior tempo possível. Entretanto, uma grande deformidade estética com problemas psicológicos associados, ou com déficit funcional e o desejo do paciente são requisitos que indicam a intervenção cirúrgica mesmo em pessoas mais jovens. A radioterapia é contraindicada devido à chance de malignização da lesão.<sup>1-24</sup> O tratamento conservador deve ser priorizado, sendo feito o acompanhamento da lesão durante toda a vida do paciente.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma paciente diagnosticada com displasia fibrosa monostótica na região maxilar, em que a escolha do tratamento foi a osteoplastia, juntamente com acompanhamento clínico/radiográfico.

## CASO CLÍNICO

Paciente, 18 anos de idade, gênero feminino, foi encaminhada para o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário de Brasília. Durante a anamnese, a paciente relatou um aumento pronunciado no lado direito da sua

face, o que lhe causava uma assimetria evidente. No exame físico, notou-se um pequeno abaulamento na região de lábio superior e assimetria bem pronunciada quando a paciente conversava e sorria. Na palpação, a tumefação apresentava-se indolor, imóvel e com consistência e cor normais ao da mucosa, diferenciando-se no processo alveolar apenas pela presença da tumefação, pois a região tinha características periodontais de normalidade (figuras 1,2).



Figura 1 - vista frontal, mostrando tumefação acentuada do processo alveolar vestibular, causando assimetria considerável.



Figura 2 – imagem aproximada evidenciando a tumefação.

No teste de vitalidade dos dentes envolvidos pela tumefação, todos se apresentaram vitais, não apresentava parestesia, alteração oclusão e nenhuma outra alteração sensitiva ou pulpar. Foram solicitadas radiografias periapicais e panorâmica dos molares e pré-molares do lado direito, devido à tumefação no processo alveolar na região posterior do lado direito. Na análise radiográfica convencional, foi observada uma imagem radiopaca, unilocular, sem margens definidas, aparentemente não causando alteração na estrutura radicular dos dentes.

Posteriormente, foi solicitada tomografia computadorizada, podendo observar lesão difusa, com aspecto de “vidro despolido”, acentuada imagem hiperdensa, envolvendo a região alveolar do túber direito até o dente 13, osso zigomático, assoalho orbitário e seio maxilar de mesmo lado (figuras 3, 4, 5 e 6).

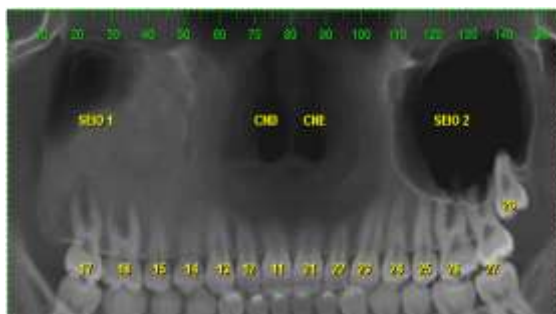


Figura 3 - vista panorâmica. Lesão evidenciando o envolvimento da patologia na maxila, com limites imprecisos que vão da região alveolar do túber até o dente 13, osso zigomático, assoalho orbitário e seio maxilar direito.



Figura 4 - Janela para tecido ósseo. Aspecto hiperdenso homogêneo. Corte axial evidenciando aumento da maxila com envolvimento do seio maxilar, processo pterigoide e base do crânio do lado direito, sem rompimento das corticais ósseas.

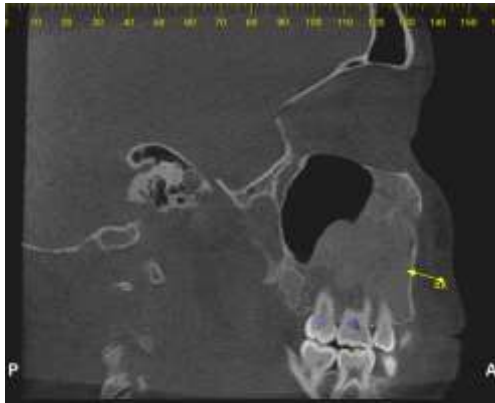


Figura 5 - imagem sagital demonstrando comprometimento do seio maxilar. Hiperdensidade homogênea característica da displasia fibrosa. Nota-se a integridade das raízes dos dentes envolvidos pela lesão.

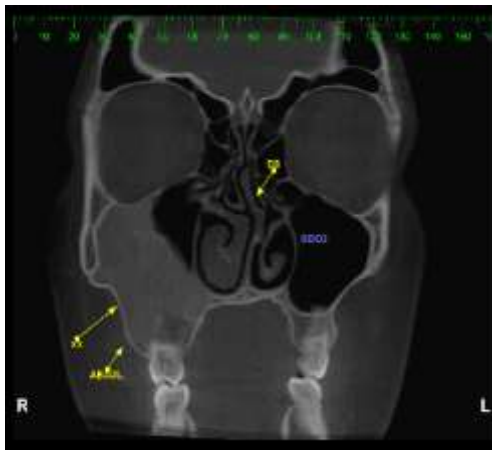


Figura 6: Imagem coronal. Aumento da densidade óssea com característica homogênea. Comprometimento do seio maxilar direito, com abaulamento do processo alveolar vestibular e palatino.

Notou-se um acentuado abaulamento ósseo e integridade das raízes dos dentes envolvidos, com a preservação do ligamento periodontal, sem deslocamento radicular (figura 5).

As hipóteses diagnósticas foram: 1) Displasia fibrosa; 2) Fibroma ossificante.

Foi realizada biópsia incisional da região óssea, cujo resultado confirmou “Displasia Fibrosa”.

Foram solicitados exames laboratoriais, tais como: TSH, T4, FA e radiografias de fêmur e torax a fim de excluir o envolvimento de outras áreas e síndromes que podem estar associadas à displasia fibrosa. Não foi encontrado rastro da lesão em outras áreas e nem endocrinopatias, confirmando o diagnóstico de displasia fibrosa craniofacial. Portanto a paciente não apresentava nenhuma doença sistêmica e nem metabólica. Passados oito meses desde a primeira consulta, em que a paciente teve o acompanhamento clínico/radiográfico, foi notado um discreto crescimento, optando-se pela intervenção cirúrgica.

Sob anestesia geral, ela foi submetida à cirurgia conservadora, em que o propósito foi osteoplastia local devolver o máximo possível de simetria facial a paciente e com osteotomia na lesão para evitar, futuramente, uma compressão do nervo infraorbitário

(figura 7). Em uma imagem imediata do pós-operatório (figura 8), nota-se a diminuição considerável da tumefação, onde o contorno foi verificado visualmente pela aparência satisfatória e sutura com fio de sutura reabsorvível 4-0/vicryl (figura 8). A paciente ficou internada 24 horas após o procedimento cirúrgico, sob observação, podendo se alimentar de forma normal. Uma semana após a intervenção, a paciente relatou um pós-operatório “excelente”(sic), em que a cicatrização foi satisfatória, existindo apenas um pequeno edema extra bucal.



Figura 7 – Imagem transcirúrgico mostrando a remoção do osso cortical



Figura 8 – Pós-operatório imediato com contornos mais homogêneos após a osteoplastia.

Dois fragmentos foram enviados para análise histopatológica. Ambos incluídos em parafina, cortados e corados com hematoxilina e eosina. A microscopia revelou fragmentos de trabéculas de osso maduro irregular celularizadas com presença de osteoblastos na periferia de algumas trabéculas. Permeando as mineralizações, observou-se estroma conjuntivo vascularizado com as trabéculas patológicas unidas diretamente ao osso cortical, confirmando mais uma vez o diagnóstico de displasia fibrosa (figura 9).

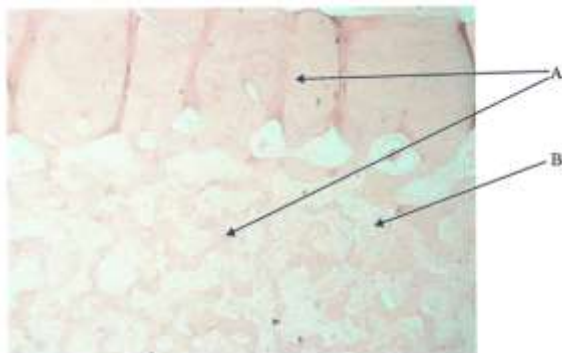


Figura 9 - microscopia: trabéculas de osso irregulares celularizadas. Com trabeculado ósseo irregular entrelaçado a um estroma celularizado irregular. A- tecido ósseo; B- tecido conjuntivo.



Figura 10: imagem quatro meses após a cirurgia, mostrando grande diminuição da tumefação acometida pela displasia e simetria entre os contornos dos processos alveolares.

Na imagem radiográfica do pós-operatório após quatro meses, mantiveram-se os contornos obtidos após a osteoplastia sem novo crescimento. No exame clínico, permaneceu a simetria nos contornos alveolares, com “extrema satisfação”(sic) por parte da paciente (figura 10).

## DISCUSSÃO

Quando acomete apenas a região maxilar, a displasia fibrosa monostótica muitas vezes é diagnóstica da forma errônea. Isso porque ela acaba afetando também outras estruturas ósseas e não ficando restrita apenas a uma região óssea.<sup>12,18,19</sup>

A decisão do tratamento será a partir do correto diagnóstico, que inclui uma análise precisa dos exames clínicos, radiográficos, laboratoriais e histopatológicos. Após a confirmação do diagnóstico de displasia fibrosa monostótica, o tratamento inicial dependerá de vários fatores. Primeiramente, a idade do paciente, juntamente com queixas estéticas ou injúrias funcionais que irão guiar a linha do tratamento. Isso porque, em casos de displasia fibrosa tratadas cirurgicamente em jovens, o índice de recidiva é relativamente alto.<sup>15,21,22</sup> Sendo indicado o acompanhamento e a postergação da intervenção cirúrgica o máximo possível para que o indivíduo alcance primeiro a maturação óssea, diminuindo chances de uma nova intervenção cirúrgica.<sup>1,5,6,10,14,15,21</sup> Cheng et al (2013) relatou transformação maligna espontânea quando tratado de forma conservadora ou quando não tratado cirurgicamente. Em seu acompanhamento com 324 pacientes diagnosticados com displasia fibrosa de 1993 a 2009 apenas 3 tiveram transformação maligna espontânea, sendo a idade média 39,9 anos e na forma poliostótica. Porém, o processo de malignização da displasia fibrosa permanece de difícil compreensão, com índice abaixo de 1%, necessitando de mais investigações.<sup>4,5,22</sup> Sabendo que, deve-se evitar tratamento radioterápico devido sua associação à transformação maligna.<sup>1,4,5,6,7,10,19,21,22</sup>

Havendo a necessidade de intervenção cirúrgica, o paciente deve ser novamente esclarecido sob o risco de recidiva, principalmente quando a opção de técnica cirúrgica for a conservadora. Este procedimento significa uma redução da lesão



para o contorno e volumes aceitáveis, sem objetivar a sua remoção completa,<sup>6</sup> até porque, clinicamente não é possível distinguir os limites da lesão. Porém, Valentini (2009) afirmou que o tratamento pode ser a ressecção completa da lesão, quando na forma monostótica; a exclusão definitiva da lesão aumenta em até 100% a chances de não recidiva, seguida de uma reconstrução através de enxertos ósseos, e posteriormente de uma reabilitação protética com implantes seria a melhor opção de tratamento. Entretanto, esse tipo de abordagem, principalmente na região maxilar, seria extremamente mutiladora, em casos que a lesão já acomete várias estruturas ósseas adjacentes, tendo em conta que o paciente deverá ser submetido a vários outros procedimentos para se conseguir a reabilitação, o que muitas vezes podem deixar a desejar no lado funcional e/ou estético, podendo afetar diretamente o aspecto psicossocial deste indivíduo.

No presente relato, optou-se pela osteoplastia, devido à comprovação que após o período de crescimento do indivíduo, seu progresso praticamente é cessado. Porém, causando alterações funcionais, estéticas e sendo o desejo do paciente, essa intervenção cirúrgica pode ser justificada ainda na juventude, sendo esses os motivos da intervenção cirúrgica no caso descrito. Portanto, todo paciente diagnosticado com displasia fibrosa, tratado cirurgicamente ou não, deverá ter o acompanhamento periódico de um profissional.<sup>1,4,5,7,10,15,21</sup> E que novas intervenções cirúrgicas são mais confortáveis, seguras, menos traumáticas e mais baratas do que a tentativa de remover toda a lesão, seguida de reabilitações. Tendo em vista que os riscos de malignização espontânea desta lesão é extremamente raro.<sup>4,5</sup>

Passados quatro meses após a cirurgia, houve um ganho estético satisfatório segundo a paciente e pela equipe que acompanhou o caso. Não havendo queixas estéticas nem sintomatológicas por parte da paciente. Os retornos para acompanhamento serão feitos a cada seis meses, com análises clínicas e tomográfica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A displasia fibrosa quando acomete ossos gnáticos, na maioria dos casos, pode ser tratada de forma conservadora, necessitando apenas de osteoplastia e acompanhamento clínico e radiográfico. No caso descrito, passados quatro meses a paciente nega sintomatologia e afirma estar satisfeita com os resultados. O acompanhamento clínico/radiográfico foi realizado uma semana após a cirurgia, 30, 60 e 180 dias e na ausência de progressão da lesão ou sintomatologia, será repetida a cada ano. É esperado um crescimento da lesão devido à idade da paciente, e caso necessite, novas abordagens cirúrgicas serão realizadas até sua estabilização.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Mestrando Mateus Veppo dos Santos pelo acompanhamento do caso e ao Professor Maurício Barriviera que financiou a análise histopatológica.

## REFERÊNCIAS

1. Atalla, A. et al. Displasia Fibrosa: relato de caso e revisão de literatura, **Revista Médica de Minas Gerais**, pp. 399-403, Juiz de fora ( Brazil), 2010.
2. BANSAL, Shivani et al. Florid osseous dysplasia. **Journal Of Oral And Maxillofacial Pathology**, v.15, p.197-200, Mumbai (india), 2012.

3. CAVALCANTI, Marcelo de Gusmão Paraíso.  
**Diagnóstico por imagem da face.** 2. ed. São Paulo:  
GEN: Santos, pp. 362-390, 2012.
4. CHENG, Jie et al. Spontaneous Malignant transformation in  
Craniomaxillofacial Fibrous Dysplasia. **Journal Of  
Craniofacial Surgery**, v. 24, p.141-145, Shanghai (China),  
2013.
5. CHRCANOVIC, Bruno Ramos; SOUZA, Leandro Napier de.  
A importância do diagnóstico diferencial entre o  
Osteossarcoma de baixo grau e a displasia fibrosa: revisão  
de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 8, n. 2,  
p.55-62, Brasil, 2012.
6. E. Béquignon. et al. Craniofacial fibrous dysplasia surgery: A  
functional approche. **European Annals Of  
torhinolaryngology, Head And Neck Diseases**, Suresnes  
(France), v. 130, p.215-220, 2013.
7. FRANCO, R.; M.E.RODRÍGUEZ, V. Ibarray. Solución del  
caso 6. Displasia fibrosa maxilar. **Elsevier Journals**, v. 4, n.  
51, p.438-440, Barcelona (spain), 2008.

8. KRONENBERG, Henry M. Williams: tratado de endocrinologia. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, pp. 1351-1363, 2008.
9. LIMA-JUNIOR, José Lacet de et al. Aspectos radiológicos de displasia fibrosa crânio-facial persistente. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 39, n. 1, p.85-87, São Paulo(Brasil), 2010.
10. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, pp. 637-642, 2009.
11. MATSUO, Akira. Navigation surgery for Le Fort 1 osteotomy in a fibrous dysplasia patient. **The Society Of The Nippon Dental University: Odontology**, Japan, v. 98, p.181-184, 07, Tokyo (japan) 2010.
12. MENON, Suresh. Craniofacial fibrous dysplasia: Surgery and literature review. **Annals Of Maxillofacial Surgery**. India, p. 560-566, 2013.
13. MCCARTHY, Edward F. Fibro-Osseous Lesions of the Maxillofacial Bones. **Head And Neck Pathol**, Baltimore (Usa), v. 7, p.5-10, 2013.

14. PAGOTTO, Luís Eduardo Charles; MARIANI, Pésio Bianchini. Monostotic Fibrous Dysplasia of the Maxilla: a Review of the Literature and Report of 2 Cases. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 9, n. 2, p.23-32, Brasil, 2009.
15. PHATTARATARATIP, Ekarat; PHOLJAROEN, Chanajit; TIRANON, Prawwalee. A Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. **International Journal Of Surgical Pathology**, Bangkok (Thailand), v. 22, n. 4, p.326-333, 2014.
16. SANTOS, Márcia R.t.; LUCIA, Mariângela B.i. de. Monostic Fibrous Dysplasia in a paciente with Congenital Hypothyroidism. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. Brasil, p. 130-133, 2009.
17. SALLUM, Ana Carolina R. et al. Hipertireoidismo Relacionado à Síndrome de McCune Albright: Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo (Brasil), p.556-561, 2007.

18. SIMONATO, L. E., et al. Displasia fibrosa monostótica: relato de caso com acompanhamento clínico/radiográfico de 10 anos, **Salusvita**, v 28, n 1, p. 73-84, Bauru ( Brazil), 2009.
19. SOTO, Aldo Suarez et al. Management of fibro-osseous lesions of the craniofacial area.: Presentation of 19 cases and review of the literature. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 18, p.479-485, Valencia (spain), 2013.
20. THOMSEN, Malissa Dawn; REJNMARK, Lars. Clinical and Radiological Observations in a Case Series of 26 Patients with Fibrous Dysplasia. **Calcified Tissue International**, New York (Usa), 2013.
21. TINOCO, Paulo et al. Fibrous Dysplasia of Maxillary Sinus. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 13, n. 2, p.214-217, São Paulo ( Brasil), 2009.
22. VALENTINI, Valentino. Craniomaxillofacial Fibrous Dysplasia: Conservative Treatment or Radical Surgery? A Retrospective Study on 68 Patients. **Plastic And Reconstructive Surgery**, Rome (Italy), v. 123, n. 2, p.653-660, 2009.
23. VERMA, Ajay. Unusual Presentation of Monostatic Fibrous Dysplasia in Zygoma. **The Journal Of Craniofacial Surgery**, v. 24, n. 6, p.592-594, Panchkula (India), 2013.

24. Waldron, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery***, 43(4), pp. 24.





## NORMAS DA REVISTA

Oralsciences:

<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/about/submissions#authorGuidelines>

O artigo deve ser submetido no Portal de Revistas Eletrônicas da Universidade Católica de Brasília, na seção da Oral Sciences.

O artigo deverá ser apresentado em inglês e/ou português. O(s) autor(es) cuja língua inglesa e/ou portuguesa (conforme idioma escolhido para publicação) não for a maternal, devem ter seu artigo revisado por um falante nativo do respectivo idioma. A correção da apresentação técnica e revisão inglês e/ou português, se necessário, será a cargo do autor no momento da aceitação.

A decisão de aceite para publicação será comunicada pelo(s) Editor(es) e baseada na recomendação do Conselho Editorial e/ou pareceristas *ad hoc*.

Uma carta de submissão deve acompanhar o artigo. A mesma deverá conter:

a) O nome e endereço (incluindo e-mail) do autor correspondente. Este autor será responsável pela(s) revisão(ões) da(s) versão(ões), análise da(s) prova(s) e requisição de nova(s) prova(s), quando aplicável. Toda a correspondência do Gabinete Editorial será dirigida ao autor correspondente, a menos que especificado de outra forma, em carta do(s) autor(es).

b) **DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS.** Na documentação para submissão do artigo, o(s) autor(s) deve(m) indicar, na carta de submissão, que o material não foi publicado previamente e também não está sob avaliação por outra revista. A seguinte declaração deve acompanhar todos os artigos: "Os direitos

autorais de apropriação de todo artigo é transferido do autor(es) do artigo (título do artigo), à Oral Sciences, no caso do trabalho ser publicado em texto (impresso e online)." Todos os autores devem assinar esta declaração.

c) O(s) autor(es) deverá(ão) registrar na carta de submissão a ausência de conflito de interesses.

Características dos tipos de artigos aceitos pela revista:

**Pesquisa Científica Original:** Os artigos devem ser limitados a 23.000 caracteres com espaços (incluindo título, resumo, palavras-chave, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, referências e legendas das figuras). Será aceito um máximo de 6 figuras e 30 referências.

**Revisão de literatura:** Este tipo de artigo deve responder a uma questão específica e ser limitado a 23.000 caracteres com espaços (incluindo título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, revisão de literatura, discussão e considerações finais). O artigo deve informar na metodologia, detalhadamente, como foi o processo de busca dos trabalhos originais. Não há limite para referências.

**Relato Clínico:** Estes artigos consistem numa descrição dos métodos/procedimentos técnicos utilizados pelo autor para conduzir o tratamento clínico. Deve ser limitado a 15.000 caracteres e ser acompanhado por um máximo de 10 figuras de alta qualidade. Será aceito um máximo de 15 referências.

**Texto, ilustrações e tabelas:**

a) Os nomes dos autores, instituições e endereço para correspondência devem aparecer na primeira página.

b) O endereço completo, incluindo e-mail do autor correspondente deverá ser indicado também, na primeira página.

c) O artigo deve ser digitado com letra Times New Roman, tamanho 12, em tamanho de papel A4 e gerado em programa compatível com "Microsoft Word". O texto deverá ser escrito com espaçamento duplo e margens de contorno de 3cm. Apresentar

as ilustrações (gráfico, tabela, figura, fotografia, desenho, etc), em arquivos separados.

d) As páginas deverão ser numeradas consecutivamente, iniciando-se pela página de título.

A disposição dos artigos deverá seguir a seguinte ordem:

a) Página de Título (em inglês e português, obrigatoriamente).

b) Resumo e Palavras-chave (em inglês e português, obrigatoriamente).

c) Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão (em inglês ou português, dependendo do idioma escolhido).

Observação: Os artigos tipo Relato Clínico e Revisão de Literatura devem ser divididos em seções apropriadas. O artigo tipo Relato Clínico deve conter: introdução, objetivo, relato clínico, discussão e considerações clínicas. O artigo tipo Revisão de Literatura deve conter: introdução, objetivo, metodologia, revisão de literatura, discussão e considerações finais.

d) Agradecimentos (em inglês ou português, dependendo do idioma escolhido)

e) Referências

f) Tabelas (em arquivo separado) (em inglês ou português, dependendo do idioma escolhido)

g) Legendas das figuras (em inglês ou português, dependendo do idioma escolhido)

h) Figuras (em arquivos separados) (em inglês ou português, dependendo do idioma escolhido)

Após a citação de qualquer material disponível comercialmente, utilizado no trabalho, deverá ser apresentado, em sequência ao produto, o fabricante, cidade, estado, país, entre parenteses, após a primeira menção. Todas as abreviaturas e siglas necessárias devem ser escritas na forma completa, seguida de sua apresentação entre parênteses, na primeira menção.

Todas as abreviações devem ser explicadas na primeira menção.

Página de Título: Digite o título (inglês e português,

obrigatoriamente), nome do(s) autor(es) (não mais que 7) e afiliação(ões).

Resumo:

- a) Na segunda página, um resumo (inglês e português, obrigatoriamente), em parágrafo único, de no máximo 100 palavras (Relato Clínico) ou 250 palavras (Pesquisa Científica Original e Revisão de Literatura). O resumo deverá conter: objetivo, metodologia, resultados e conclusões (Pesquisa Científica Original); objetivo, relato clínico e considerações clínicas (Relato Clínico); e, objetivo, metodologia e considerações finais (Revisão de Literatura), em texto corrido.
- b) Uma lista com palavras-chave ou descritores (inglês e português, obrigatoriamente) (não mais que 5) deverá ser incluído abaixo do resumo.

Introdução:

- a) Fornecer informações fundamentais que suportam a lógica do estudo. Use apenas referências realmente necessárias para apoiar as declarações. Evitar revisar literatura existente extensivamente. No final da Introdução, indicar claramente a(s) hipótese(s).

Material e Método:

- a) Os materiais e os métodos devem ser apresentados em detalhe suficiente para permitir a confirmação dos resultados. Se aplicável, indique o(s) método(s) estatístico(s) utilizado(s).

Resultados:

- a) Apresentar os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e figuras.
- b) Não repetir os mesmos dados em tabelas e figuras.
- c) Não repetir no texto, todos os dados das tabelas e figuras.
- d) As observações importantes devem ser enfatizadas.
- e) Reportar os dados estatísticos.

Discussão:

- a) Resumir os fatos encontrados, sem repetir em detalhes, os dados fornecidos na seção dos resultados.

- b) Apresente as conclusões dentro da discussão.
- c) Relacione os achados a outros estudos relevantes e aponte as implicações dos resultados e suas limitações.

Referências:

- a) As referências devem seguir o estilo Vancouver.
- b) As referências citadas no texto devem ser numeradas consecutivamente.
- c) A lista de referências deve ser digitada em espaço duplo, no final do artigo, em sequência numérica, seguindo a ordem de citação no texto.
- d) Não mais que 30 referências podem ser citadas no texto.
- e) As abreviações de títulos de periódicos devem estar de acordo com aqueles utilizados no Dental Index. O estilo e pontuação das referências seguem o formato indicado abaixo:
- f) Citação de artigos:

Siqueira JF Jr, Rôças IN. Microbiology and treatment of acute apical abscesses. *Clin Microbiol Rev.* 2013;26:255-73.

Alfredo E, Carvalho-Junior JR, Silva-Sousa Y, Correr-Sobrinho L, Saquy PC, Sousa- Neto MD. Evaluation of retention of post-core system cemented with different materials on dentine surfaces treated with EDTA or Er:YAG laser irradiation. *Photomed Laser Surg* 2005;23:36-40.

Donmez N, Belli S, Pashley DH, Tay FR. Ultrastructural Correlates of in vivo/in vitro Bond Degradation in Self-etch Adhesives. *J Dent Res* 2005;84:355-9. Taskonak B, Mecholsky JJ Jr, Anusavice KJ. Residual stresses in bilayer dental ceramics. *Biomaterials* 2005;26:3235-41.

g) Artigos com mais de 6 autores, incluir a expressão et al. após o sexto autor: DeWald DB, Torabinejad J, Samant RS, Johnston D, Erin N, Shope JC et al. Metastasis suppression by breast cancer metastasis suppressor 1 involves reduction of phosphoinositide signaling in MDA-MB-435 breast carcinoma cells. *Cancer Res* 2005;65:713-7.

h) Resumos publicados em revistas: Abreu KCS, Machado

MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. *J Dent Res* 2000;79:1012.

i) Referências de Congressos: Yoshiyama T, Itola T, Nishitani Y, Doi J, Yamada T, Tay FR, et al. Abnormal dentin as a bonding substrate: resin adhesion to carious and sclerotic dentin. In: Program & Abstract of the First International Congress on Adhesive Dentistry: harmony of Esthetic & Minimum Intervention; 2002 Apr. 19-21; Tokyo (JP). Tokyo: Tokyo Medical and Dental University, 2002. p.248, Abstract S-11.

j) Artigo sem autor: Seeing nature through the lens of gender. *Science* 1993;260:428-9.

k) Edição Especial ou Suplemento: Carvalho RM, Mendonça JS, Santiago SL, Silveira RR, Garcia FCP, Tay FR, Pashley DH. Effects of different HEMA/solvent experimental primers on bond strength to dentin [abstract n. 0182]. *J Dent Res* 2002;81(Spec Iss A):50.

l) Volume inteiro: *Dental Update*. Guildford 1991 Jan/Feb; 18(1).

m) Monografias, Dissertações e Teses: Hyde DG. Physical properties of root canal sealers containing calcium hydroxide. Michigan; 1986 [Master's Thesis – University of Michigan]. Savioli RN. Avaliação das propriedades físico-químicas de alguns cimentos endodônticos. Ribeirão Preto; 1998 [PhD Thesis – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo]. Available at <http://www.forp.usp.br/restauradora/Teses/Savioli/Doutor2.html>

n) Livros: Lopes HP, Siqueira Jr. *JF Endodontia - Biologia e Técnica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. Ingle JI, Taintor JF. *Endodontia*, 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1985.

o) Capítulo de Livro: Verbeek RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. *Tooth development and caries*. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152. Walton RE, Rotstein I. Bleaching discolored teeth: internal and external. In: Walton RE, editor. *Principles and Practice of*

Endodontics. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p 385-400.

p) Observações: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Tabelas:

a) A(s) tabela(s) com a sua legenda deve ser digitado em espaço duplo em um único arquivo.

b) As tabelas deverão ser numeradas com algarismos arábicos.

c) Cada tabela deve conter todas as informações necessárias, independente do texto.

d) As linhas verticais não devem ser utilizadas nas tabelas. Use letras minúsculas para indicar comparações estatísticas.

e) A significância estatística dos dados, a explicação das abreviações utilizadas, siglas, etc devem ser mencionadas em nota de rodapé.

Figuras:

a) Todas as legendas das figuras devem ser digitados em uma página separada, após as referências bibliográficas.

b) As letras e marcas de identificação devem ser claras e nítidas, e as áreas críticas de X-raios e fotomicrografias devem ser indicadas.

c) Figuras com várias ilustrações devem ser nomeadas A, B, C, etc.

d) Figuras únicas não poderão exceder 8cm de largura e grupos de figuras não podem exceder 16cm de largura.

e) As fotografias deverão apresentar formato 35mm (3:2) - Obtido com máquinas tipo REFLEX ou reguladas para esse formato em câmeras compactas e com Tamanho da imagem: pelo menos 6 megapixel;

f) Não há restrição quanto as cores das figuras.

g) Figuras extraídas de softwares, como Excel ou Photoshop, devem ser salvas nas extensões TIFF, PNG ou JPG (mínimo de 2 megapixels). Figuras em PowerPoint não serão aceitas.

h) Legenda (descrição) em anexo (formato DOC ou DOCX),

nunca inserida na própria imagem.

Agradecimentos:

a) apoio financeiro por órgãos do governo deve ser referenciados. Se for o caso, assistência técnica ou assistência de colegas podem ser reconhecidos.

Roteiro para submissão:

Para permitir a submissão do artigo, primeiramente é necessário que o autor se cadastre como usuário:

Passo Cadastral 1 - Entre em “Cadastar”;

Passo Cadastral 2 – Entre em “Editar o perfil” e preencha todas as informações necessárias.

Para proceder o processo de submissão do artigo:

Passo Preliminar 1 - Entre na página do “Usuário” e clique em “Autor”;

Passo Preliminar 2 - Na página “Submissões ativas”, inicie os 5 passos do processo de submissão:

Passos 1 e 2 – Siga os passos 1 e 2, conforme orientações do site;

Passo 3 - O arquivo a ser selecionado e transferido deverá ser o arquivo principal do trabalho propriamente dito (arquivo do Microsoft Word);

Passo 4 – Deverão ser transferidos os seguintes arquivos suplementares: Carta de submissão, Página de identificação e Figuras. **IMPORTANTE:** Na submissão de cada um dos documentos suplementares, deve-se identificar, nos “metadados”, o tipo de documento a ser anexado, além de deixar marcada a caixa (apresentar documentos aos avaliadores ...).

Passo 5 – Para finalizar a submissão, clique em “Enviar”. O autor correspondente, receberá um e-mail de confirmação de submissão e um link para acompanhamento do processo de avaliação.