RODRIGO FINGER DE CARVALHO PINHO

**Estudo retrospectivo entre o fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia
cimento-ossificante e lesões centrais de células gigantes**

São Paulo

2018

RODRIGO FINGER DE CARVALHO PINHO

**Estudo retrospectivo entre o fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia
cimento-ossificante e lesões centrais de células gigantes**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais
Orientador: Prof. Dr. Décio dos Santos Pinto Junior

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Pinho, Rodrigo Finger de Carvalho.

Estudo retrospectivo entre o fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cemento-ossificante e lesões centrais de células gigantes / Rodrigo Finger de Carvalho Pinho; orientador Décio dos Santos Pinto Júnior. -- São Paulo, 2018.

67p. : tab., graf., ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Estudo observacional. 2. Patologia bucal. 3. Odontologia. I. Pinto Júnior, Décio dos Santos. II. Título.

Pinho, RFC. Estudo retrospectivo entre o fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cimento-ossificante e lesões centrais de células gigantes. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 29/06/2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Marina Helena Cury Gallottini

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a) Ana Carolina Thomé Capuano Wisniewski

Instituição: FMU

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Glácio Avólio

Instituição:

Julgamento: Aprovado

Dedico este estudo aos meus pais, Edgard e Adelaide, sendo vocês os meus maiores exemplos de caráter e integridade, além de sempre me apoiarem e acreditarem em mim, em todas as etapas de minha vida. Muito obrigado por tudo.

A minha namorada Isabel, que sempre me incentivou e esteve ao meu lado, acreditando em mim e me fazendo sorrir quando nada parecia dar certo. Muito obrigado por tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, o Prof. Dr. Décio dos Santos Pinto Júnior que me recebeu de uma forma fraterna e amiga, sempre acreditando e me apoiando com palavras de incentivo. O senhor é um exemplo de profissional, docente e pesquisador. Muito obrigado pelos ensinamentos não só em Odontologia, como também na vida. Obrigado pela paciência e por ajudar a todos sempre precisam de você! Ser seu aluno tem sido motivo de orgulho. Obrigado Mestre.

Agradeço a Prof. Dra. Marina Helena Cury Gallottini que sempre me ajudou com grande gentileza. Obrigado por acreditar em meu potencial e por sempre estar à disposição para me ajudar e ensinar.

Ao Prof. Dr. Fábio Daumas Nunes por todos os ensinamentos e amizade durante o período do curso. Muito obrigado.

A Stephanie Kenig Viveiros e a Letícia Drumond de Abreu Guimarães que sempre me ajudaram e me receberam de uma maneira excepcional. Muito obrigado pela amizade.

Aos docentes do programa de pós-graduação em Patologia Oral e Pacientes Especiais Prof. Dra. Suzana Cantanhede Orsini Machado de Souza, Prof. Dra. Marília Trierveiler Martins, Prof. Dra. Karem Lopez Ortega, Prof. Dr. Paulo Henrique Braz-Silva.

Aos meus colegas de pós-graduação pela amizade e carinho no cotidiano.

A todos os funcionários do Departamento de Estomatologia por serem sempre solícitos e ajudarem sempre com um sorriso no rosto.

A CAPES por fornecer minha bolsa para a realização deste trabalho.

"No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade".

Albert Einstein

RESUMO

Pinho RFC. Estudo retrospectivo entre o fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cemento-ossificante e lesões centrais de células gigantes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

As lesões ósseas são doenças raras, mas com um grande destaque, que afetam a região maxilofacial. Dentre elas podemos destacar as Lesões Centrais de Células Gigantes e as Lesões Fibro-Ósseas Benignas (Displasia Cemento-Ossificante, Fibroma Ossificante e Displasia Fibrosa). O presente estudo teve como objetivo descrever e analisar os dados encontrados nas fichas de encaminhamento clínico presentes no Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Foram avaliados 89.265 casos em um período que variou de 1950 até 2016, utilizando as categorias de gênero, idade, etnia, sintomatologia, hipótese diagnóstica e localização anatômica. Após as exclusões, os casos selecionados somavam 773 casos divididos em: 267 casos de Lesão Central de Células Gigantes, 231 casos de Displasia Cemento Ossificante, 142 casos de Fibroma Ossificante e 133 de Displasia Fibrosa. Os resultados do estudo estão de acordo com o que está descrito na literatura, exceto nos casos de Displasia Fibrosa que foi encontrado uma predileção maior sexo feminino do que o masculino, mesmo que a literatura expresse que não existe tal predileção. Já nos casos de Displasia Cemento-Ossificante, o presente estudo mostrou que a maior prevalência de idade é entre a 4ª e 5ª década de vida e não entre a 3ª e 4ª como encontrado na literatura. Os casos de Displasia Cemento-Ossificante, em relação à etnia dos pacientes, mostraram que a maioria dos pacientes encontrados pelos autores eram leucodermas e não melanodermas como relata a literatura. Os resultados mostraram que mesmo em um centro de referência como o Serviço de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, as lesões ósseas são raras e alguns fatores como idade em pacientes com Displasia Fibrosa e Displasia Cemento-Ossificante e etnia em pacientes com Displasia Cemento-Ossificante não correspondem ao encontrado na literatura mundial.

Palavras-chave: Estudo Observacional. Patologia Bucal. Odontologia. Medicina Bucal.

ABSTRACT

Pinho RFC. Retrospective study between ossifying fibroma, fibrous dysplasia, cemento-osseous dysplasia and central giant cell lesion.[dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida

Bone lesions are rare but important diseases that affect the maxillofacial region. Among them we can highlight the Central Giant Cells Lesion and the Benign Fibro-Osseous Lesions (Cemento-Osseous Dysplasia, Ossifying Fibroma and Fibrous Dysplasia). The objective of this study was to describe and analyze the data found in the clinical referral forms present at the Oral and Maxillofacial Pathology Service of the Faculty of Dentistry of the University of São Paulo. We evaluated 89.265 cases in a period ranging from 1950 to 2016, using the categories of gender, age, ethnicity, symptomatology, diagnostic hypothesis and anatomical location. After the exclusions, the selected cases totaled 773 cases divided into 267 cases of Central Giant Cell Lesion, 231 cases of Cemento-Osseous Dysplasia, 142 cases of Ossifying Fibroma and 133 cases of Fibrous Dysplasia. The results of the study are in agreement with what is described in the literature, except in the cases of Fibrous Dysplasia that a predilection was found greater female than the male, even if the literature expresses that there is no such predilection. In the cases of Cemento-Osseous Dysplasia, the present study showed that the highest prevalence of age is between the 4th and 5th decade of life and not between the 3rd and 4th as found in the literature. The cases of Cemento-Osseous Dysplasia, in relation to the ethnicity of the patients, showed that the majority of the patients found by the authors were white and not black as reported in the literature. The results showed that even in a reference center such as the Oral Pathology Service of the Faculty of Dentistry of the University of São Paulo, bone lesions are rare and some factors such as age in patients with Fibrous Dysplasia and Cement-Ossificante Dysplasia and ethnicity in patients with Cement-Ossific Dysplasia do not correspond to that found in the world literature.

Keywords: Observational Study. Oral Pathology. Dentistry. Oral Medicine.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1- Comparação da distribuição de idade entre as lesões.....	42
Gráfico 5.2 - Comparação da distribuição étnica entre as lesões estudadas	45
Gráfico 5.3 - Comparação das lesões em relação ao aspecto radiográfico.....	49
Gráfico 5.4 - Distribuição do tipo de biópsia empregada por lesão estudada.	50
Gráfico 5.5 - Duração em meses de acordo com cada lesão.....	54
Gráfico 5.6 - Tamanho em milímetros encontrado em cada lesão.....	56
Gráfico 5.7 - Comparação da localização anatômica de acordo com cada lesão	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Nomenclatura segundo a OMS	25
Tabela 5.1 - Frequência do aparecimento das lesões ósseas estudadas em relação a quantidade de casos selecionados e totais.....	40
Tabela 5.2 - Maior prevalência, intervalo e média das idades nos casos estudados.....	42
Tabela 5.3 - Predileção das lesões pelo sexo do paciente.....	44
Tabela 5.4 - Comparação das lesões de acordo com a presença ou ausência de sintomatologia.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCO	Displasia Cimento-Ossificante
DCOFI	Displasia Cimento-Ossificante Florida
DCOFo	Displasia Cimento-Ossificante Focal
DCOP	Displasia Cimento-Ossificante Periapical
DF	Displasia Fibrosa
DFM	Displasia Fibrosa Monostótica
DFP	Displasia Fibrosa Poliestótica
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
LCCG	Lesão Central de Células Gigantes
LFOB	Lesão Fibro-Óssea Benigna

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1	Classificação das Lesões Fibro-Ósseas Benignas	25
2.2	Displasia Fibrosa	26
2.3	Displasia Cimento-Ossificante	28
2.4	Fibroma Ossificante.....	30
2.5	Lesão Central de Células Gigantes	32
3	OBJETIVOS	35
3.1	Geral	35
3.2	Específicos	35
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1	Desenho do Estudo	37
4.2	Amostra.....	37
4.3	Dados Relacionados aos Pacientes	37
4.4	Análise dos Dados.....	38
4.5	Aspectos Éticos	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	Frequência	39
5.2	Idade	40
5.3	Sexo	43
5.4	Etnia	44
5.5	Sintomatologia.....	46
5.6	Aspecto Radiográfico.....	47
5.7	Tipo de Biópsia.....	49
5.8	Hipóteses Diagnósticas	51
5.9	Duração da Lesão	52
5.10	Tamanho da Lesão.....	54
5.11	Localização	56
6	CONCLUSÕES	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos vem sendo realizados desde Hipócrates, embora de uma maneira precária devido aos poucos conhecimentos na área naquela época. Mesmo com o passar do tempo, alguns estudos epidemiológicos têm sido feitos de maneira empírica (1). William Farr, no século 19, realizou um estudo epidemiológico observando os índices de mortalidade e aplicando métodos matemáticos simples, conseguindo correlacionar a cólera com condições sanitárias precárias em uma determinada região.(1)

Ainda que tenham ocorrido avanços tecnológicos no decorrer dos séculos e tudo que hoje está à disposição de pesquisadores e clínicos nos dias atuais, estudos epidemiológicos ou descritivos ainda são de extrema importância, seja para nortear o diagnóstico clínico ou auxiliar outros estudos com informações de uma determinada população, além de serem estudos de custo relativamente baixo, o que os tornam mais simples de serem feitos do que estudos laboratoriais ou clínicos.

Dentre os importantes grupos de lesões orais presentes no cotidiano dos clínicos e patologistas dos grandes centros, as lesões ósseas benignas têm importante destaque. O diagnóstico diferencial entre elas é um desafio, seja pela falta de informações que acompanham a ficha de encaminhamento do paciente, seja por falta de exames complementares de imagem ou pela similaridade clínica, radiográfica e histológica entre elas.

Algumas das lesões de destaque entre as doenças ósseas são a Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) e as Lesões Fibro-Ósseas Benignas que são um subgrupo de lesões ósseas, que tem sofrido diversas alterações de nomenclatura no decorrer dos anos, sendo representada por três lesões denominadas de Displasia Fibrosa (DF), Displasia Cimento-Ossificante (DCO) e Fibroma Ossificante (FO). (2) Embora as lesões citadas sejam benignas e muitas vezes apresentem um comportamento indolente, elas podem ser extremamente agressivas e ocasionar deformações e alterações de funções importantes no paciente que tem a doença.

Para que se tenha um diagnóstico completo do caso a interação entre clínico, radiologista e patologista é de fundamental importância, assim como uma anamnese completa para obtenção de dados como idade, gênero, etnia, localização da lesão,

duração, tamanho entre outros fatores para que, em conjunto com a literatura atual e os dados epidemiológicos de cada lesão, possa-se entregar ao paciente o diagnóstico mais preciso possível. (3)

O tratamento e prognóstico dos casos varia de acordo com a lesão, com o estágio de evolução em que ela foi descoberta, com a idade do paciente, ocorrência de trauma na região e outros fatores. O tratamento pode variar desde acompanhamentos radiográficos periódicos, como no caso de Displasias Cimento-Ossificante em que o paciente não tenha nenhuma sintomatologia, até enucleações com a intenção de se retirar por completo toda a lesão, como nos casos de LCCG com caráter agressivo em que não se possa fazer curetagem, destacando-se novamente a importância de um correto diagnóstico para que se obtenha o melhor prognóstico possível. (4)(5)

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Classificação das Lesões Fibro-Ósseas Benignas

A classificação de cistos e tumores publicada pela Organização Mundial da Saúde sofreu algumas mudanças no início de 2017, após quase doze anos sem alterações. No que diz respeito aos tumores ósseos não odontogênicos da região maxilofacial, não houve nenhuma inclusão de novas doenças, e o que ocorreu na maioria dos casos foi uma atualização do panorama genético das mesmas.(6)

Outra modificação que foi realizada, desta vez no que diz respeito a nomenclatura, foi a modificação do nome *Displasia Óssea* para *Displasia Cimento-Ossificante* (2,7). Embora a nova Classificação da OMS caracterize a LCCG como Granuloma Central de Células Gigantes, o presente estudo prefere utilizar o termo Lesão Central de Células Gigantes, que é um de seus sinônimos (2). As nomenclaturas utilizadas e as suas variações ao longo dos anos estão expressas na tabela 2.1.

Tabela 2.1 – Nomenclatura segundo a OMS

Nome da lesão	OMS 2005	OMS 2017
Lesão Central de Células Gigantes	Lesão Central de Células Gigantes	Granuloma Central de Células Gigantes
Fibroma Ossificante	Fibroma Ossificante	Fibroma Ossificante
Displasia Cimento-Ossificante	Displasia Óssea	Displasia Cimento-Ossificante
Displasia Fibrosa	Displasia Fibrosa	Displasia Fibrosa

Legenda: LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cimento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

2.2 Displasia Fibrosa

A DF é uma lesão que se caracteriza pela substituição do tecido ósseo normal por um tecido fibro-ósseo no qual as trabéculas ósseas irregulares estão dispostas de maneira entrecortada (8) . Sua etiologia, embora incerta, está relacionada com alterações no gene *GNAS1* (proteína ligante do nucleotídeo guanina polipeptídio 1 de atividade α – estimulante) localizado no cromossomo 20q13 a diferenciando de outras LFOB sob o ponto de vista molecular. Todas as células que derivam das células tronco embrionárias que sofreram mutação pelo gene *GNAS1* vão manifestar características da doença. O momento específico no qual a mutação deste gene ocorre afeta a extensão da doença, por exemplo, quando mais precoce ocorrer a mutação mais generalizada será a lesão (9). Sua incidência na população é de aproximadamente 1:30.000 casos e dois tipos, são reconhecidos dependendo do número de ossos afetados. Sendo assim, se a lesão afetar apenas um osso se nomeia de *displasia fibrosa monostótica* (DFM) e, nos casos de acometimento de mais de um osso, chama-se de *displasia fibrosa poliestótica* (DFP). (3,9,10)

DFM é mais comum do que a sua outra forma. Embora possa afetar pacientes de várias idades, sejam crianças de 5 anos até adultos de 70, o mais comum é afetar adultos jovens com idade inferior a 30 anos, sendo que supostamente todas as DF tenham o seu surgimento durante a infância, não tendo predileção por sexo (3,4,11,12).

Os ossos da face são os mais comumente afetados, porém, lesões em outros ossos como costelas e fêmur são frequentemente encontradas, sendo que outros sítios menos comuns também podem ser afetados, como vertebras, tíbia e clavícula. (9) Entre os ossos da face, o número de casos encontrados em maxila é maior do que nos encontrados na mandíbula. (4) Pode-se notar também que casos afetando a maxila podem se estender aos ossos adjacentes como zigomático e esfenóide, sendo que nestes casos poderia se usar também a nomenclatura “displasia fibrosa craniofacial”. (13)

Clinicamente a lesão é assintomática e normalmente não apresenta nenhum sinal clínico como edema ou dor, porém, caso note-se sinais ou sintomatologia dolorosa, estas costumam aparecer entre a 3ª e 5ª década de vida, embora os

primeiros sintomas das síndromes apareçam na infância, em pacientes com menos de 15 anos de idade (14,15).

Devido a falta de sintomatologia dolorosa, o diagnóstico muitas vezes é feito em uma radiografia de rotina ou devido a uma assimetria facial (4,10).

Radiograficamente é possível observar algumas características que podem ou não aparecer em conjunto, como: a lesão se apresenta de forma radiolúcida ou mista (também chamada de “vidro despolido”), expansão da cortical vestibular e/ou lingual, deslocamento do canal mandibular e bordas mal definidas. (14)

DFP pode ser classificada quando existe o envolvimento de dois ou mais ossos pela lesão, sendo que a lesão pode atingir de poucos até 75% dos ossos do corpo. (9,10) Ao contrário do que se observa na variante monostótica, sinais e sintomas são notados nos pacientes principalmente se os ossos longos forem os afetados. Dor, fraturas patológicas, diferença e/ou arqueamento das pernas e assimetrias faciais são alguns exemplos (9,14). Além dos sinais e sintomas referentes às condições ósseas encontradas, algumas síndromes são observadas nos pacientes que possuem a doença. A Síndrome de Jaffe-Lichtenstein é caracterizada pelo somatório da DFP com pigmentações em pele, denominadas de manchas “*café au lait*”, que são acastanhadas e bem definidas afetando apenas um único lado do paciente. (9,10) Alguns autores caracterizam estas manchas como tendo o aspecto da costa de Maine (4,10).

Já a Síndrome de McCune-Albright é caracterizada pela DFP, distúrbios endócrinos como precocidade sexual, distúrbios da glândula pituitária, tireoide e adrenal, além das manchas “*café au lait*” em pele (8,10). Além das pigmentações em pele classicamente descritas, podem ocorrer também pigmentações em mucosa oral, que ao contrário das pigmentações cutâneas que são vistas durante o nascimento ou logo na primeira infância, são encontradas mais tardiamente. (16)

A terceira síndrome encontrada em pacientes portadores de DFP é a síndrome de Mazabraud que é, como as outras síndromes, caracterizada pela DFP somada com um ou mais mixomas intramusculares. (17)

Radiograficamente as duas variantes são idênticas, contudo, nos casos de *DFP* é possível notar múltiplos ossos afetados (4).

Histologicamente não existe diferença entre as duas variantes clínicas. É possível observar uma lesão sem cápsula ou limitada, porém, se observa uma diferença entre

o osso afetado pela doença e o osso sadio. O osso lesionado é caracterizado pelo aspecto de “caracteres chineses” ou de “sopa de letras”, variando em tamanho ou em grau de calcificação (9,10). Em alguns casos pequenas fendas peritrabeculares são identificadas e elas são sinais patognomônicos da lesão e auxiliam no diagnóstico histológico diferenciando a DF do FO (9)

O tratamento é incerto e varia desde acompanhamento clínico radiográfico dos casos por longos períodos até tratamento cirúrgico para diminuir a sintomatologia como obstrução das vias aéreas superiores, disfunções decorrentes do tamanho da lesão e melhorar a estética e função do paciente (4,9).

2.3 Displasia Cimento-Ossificante

Dentre o grupo de LFOB do complexo maxilo-mandibular, as DCO são as mais comuns de serem encontradas. Vários nomes foram dados a esta doença devido as suas características, como por exemplo, displasia cementaria, displasia óssea ou cementoma. (4,9) Muitos autores não utilizam o termo “cimento” na nomenclatura devido ao fato do mesmo não ser muitas vezes identificado nos exames radiográficos e histológicos, sendo muito observado o termo “material mineralizado amorfo” nos diagnósticos.

Sua etiologia é controversa, na qual pesquisadores apontam sua origem como sendo do ligamento periodontal devido a sua similaridade histológica e a sua proximidade com estas estruturas, porém, outro grupo destaca que a sua etiologia está ligada a um defeito no remodelamento ósseo extraligamentar, podendo talvez ser desencadeado por lesões focais e possivelmente podendo estar ligada com algum desequilíbrio hormonal (9,10,18).

Assim como a DF, a DCO pode ser dividida em três subtipos clínicos, a *Displasia Cimento-Ossificante Focal* (DCOFo), *Displasia Cimento-Ossificante Periapical* (DCOP), *Displasia Cimento-Ossificante Florida* (DCOFI).

A DCOFo é a mais comum das LFOB encontradas no complexo maxilo-mandibular, e leva esse nome por afetar apenas um sítio, ou seja, de maneira focal. Até meados dos anos 90, a doença foi amplamente confundida com outra LFOB o

FO, devido as suas semelhanças clínicas, radiográficas e histológicas (18). Acredita-se que muitos casos da DCOFo são estágios tardios ou precoces da DCOP (4).

A lesão tipicamente atinge pacientes entre a 3ª e 5ª década de vida, com média de idade variando de 38 a 41 anos de idade, com uma predileção pelo sexo feminino e por pacientes melanodermas, embora o motivo de tal predileção permaneça incerto (9,10,18). Apenas uma pequena parcela dos casos ocorre em pacientes leucodermas (4). Normalmente os pacientes não relatam nenhuma sintomatologia, sendo achados radiográficos na grande maioria dos casos (10). Radiograficamente é possível observar uma lesão mista radiolúcida e radiopaca, bem delimitada com bordas irregulares e normalmente é encontrada na região posterior de mandíbula nos ápices radiculares ou em áreas de exodontia previa (4,10,14).

Na DCOP os dados epidemiológicos são semelhantes aos encontrados na DCOFo. A mandíbula é o sítio mais afetado, principalmente a região anterior. Tipicamente é possível observar que a lesão afeta áreas multifocais, sendo que em seu estágio inicial pode-se notar lesões radiolúcidas circunscritas localizadas na região apical dos dentes, afetando desde apenas uma raiz ou como um aglomerado de lesões que se estende por vários ápices, lembrando um granuloma ou um cisto radicular (10). Com o amadurecimento da lesão é possível observar a sua transformação, ficando com um aspecto misto e finalmente em um estágio tardio se pode notar uma calcificação densa, circunscrita com um fino halo a circundando (4,9,10,18). Vale ressaltar que em todos os estágios vistos da lesão, nenhum dente apresenta necrose pulpar e histórico de trauma na região, sendo que um diagnóstico errado nestes períodos normalmente acarreta em cirurgia ou tratamento endodôntico sem reais necessidades (4,10).

A terceira variante clínica da DCO é a DCOFI. Nestes casos as lesões são bilaterais, apresentando simetria e limitadas ao osso alveolar, sendo a mandíbula o sítio preferencialmente afetado (9,18). Clinicamente, é possível observar os pacientes parcial ou totalmente edêntulos (18). A sintomatologia presente é variada, podendo ser assintomática sendo seu descobrimento apenas em exames de rotina ou com uma sintomatologia importante como dor, fístulas alveolares e exposição do osso avascular no meio oral (4,10). Radiograficamente, a doença se apresenta como múltiplas massas lobulares com áreas mistas radiolúcidas e radiopacas. Em uma

grande quantidade de pacientes é possível observar DCOP envolvida, deixando claro que ambas as doenças fazem parte do mesmo processo patológico (18).

Histologicamente os três padrões não diferem entre si. É possível notar um tecido conjuntivo celularizado, áreas de extravasamento de hemácias entremeadas pela lesão e uma mistura de osso imaturo, lamelar e cemento. A medida que a lesão passa pelos seus estágios de amadurecimento, ocorre uma diminuição entre o tecido conjuntivo denso e o material mineralizado característico da lesão, além das trabéculas ósseas tornarem-se mais espessas e curvilíneas, lembrando o aspecto de “raízes de gengibre”, chegando até o último estágio onde as trabéculas se fundem e formam massas globulares escleróticas com aspecto de “folha” feitas de material cemento-ossificante desorganizado (10).

Em seus estágios iniciais a DCO, na maioria dos casos, tem um comportamento indolente. Quando o paciente não se queixa de nenhuma sintomatologia, o acompanhamento clínico com orientações de higiene e radiografias de rotina é o mais indicado.(10) A medida que a lesão se desenvolve, pode-se notar pouca vascularização na área a deixando mais sujeita as infecções e necroses ao menor trauma. Quando ocorrem exposições da lesão 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. Nos casos de aparecimento de cistos ósseos simples nos pacientes que apresentem DCO a exploração cirúrgica é indicada para o correto diagnóstico (4) O prognóstico na maioria dos casos, se feito o correto diagnóstico, é bom e o desenvolvimento da DCO em sarcomas é extremamente raro (4,10).

2.4 Fibroma Ossificante

Embora o FO seja classificado como uma LFOB ela se diferencia das demais devido a sua etiologia. Mesmo com todas as semelhanças clínicas e radiográficas as demais lesões que englobam o grupo são classificadas como lesões reativas, já o FO é uma neoplasia verdadeira que apresenta um comportamento biológico diferente (19).

Muitos nomes foram usados para descrever a lesão como por exemplo fibroma cemento-ossificante e fibroma cementificante, porém, segundo a nova resolução emitida pela OMS o termo correto a ser empregado é o de fibroma ossificante, mesmo que material semelhante a cemento seja encontrado nos cortes histológicos, a lesão pode acometer outros sítios como órbita, esfenóide, etmoide e temporal (2,10).

Os pacientes que são acometidos pela neoplasia podem apresentar mutações no gene supressor de tumor *HRTP2*, que é um gene que codifica a proteína parafibromina, mesmo que ainda não se saiba com certeza como que essa mutação faz parte do processo de desenvolvimento e crescimento da lesão (10).

No que diz respeito a epidemiologia da lesão, nota-se que adultos jovens entre a 3ª e 5ª década de vida, embora alguns estudos falem de 3ª a 4ª década de vida, com uma maior predileção por pacientes do sexo feminino (4,10,19).

Clinicamente a lesão se apresenta assintomática e de crescimento lento na maioria dos casos, porém, alguns casos em que a lesão tem um crescimento muito exacerbado podendo acometer toda a mandíbula e acarretar em dor, mobilidade dental, deformidades faciais, perda de função e drenagem purulenta pode ser observada (4,20). A mandíbula é mais afetada que a maxila, especificamente entre os pré-molares e molares (10,19).

Radiograficamente, a lesão é vista como unilocular, bem definida e com bordas escleróticas, sendo inicialmente radiolúcida e com o passar do tempo e o amadurecimento da lesão, ela se apresenta com maior nível de mineralização e o aspecto de lesão mista pode ser notado radiograficamente, com áreas radiolúcidas e radiopacas concomitante (4,10,19,21).

Ao realizar a biópsia da lesão, a mesma se destaca facilmente do osso acometido. Ao exame histológico é possível observar uma lesão caracterizada por um tecido fibroso celularizado, com material mineralizado, composto de tecido ósseo imaturo e material basofílico acelular de vários tamanhos, fazendo lembrar cemento (9,10).

Após o diagnóstico ser realizado o tratamento cirúrgico conservador é o mais apropriado (21). Pode-se realizar excisão cirúrgica, em bloco ou curetagem no local dependendo do tamanho e localização da lesão (19,22). Em casos em que a lesão acomete uma grande região, pode ser necessário o uso de enxertos ósseos para

reconstrução local (9). Se todos os procedimentos ocorrerem de maneira satisfatória o prognóstico pós-cirúrgico é bom, sendo que recidivas raramente são relatadas, assim como transformações malignas, embora alguns estudos falem em transformações malignas e recidivas de maneira recorrente (4,10,20,21).

2.5 Lesão Central de Células Gigantes

A LCCG embora não esteja no grupo de LFOB é uma doença de muita representatividade embora não seja uma lesão comum de ser encontrada, representando algo em torno de 7% de todas as lesões benignas da que afetam os maxilares (23). Ela é classificada, assim como o FO como uma neoplasia benigna, embora o termo granuloma reparativo de células gigantes tenha sido utilizado por um período de tempo sugerindo que a lesão fosse reativa e não neoplásica (5).

A etiologia da doença ainda é um mistério, porém, sabe-se que os pacientes portadores da doença apresentam anomalias de genes conhecidos como o querubismo (gene SH3BP2) e a Síndrome de Noonan (gene PTPN11), podendo abrir caminho para um entendimento da LCCG (24).

Outra grande discussão é sobre a relação das LCCG e o tumor ósseo de células gigantes de ossos longos, sendo que o tamanho das células gigantes, as quantidades de núcleos presentes e a distribuição da mesma nas lesões são diferentes (25).

Os parâmetros epidemiológicos observados na lesão são pacientes do sexo feminino, podendo ter uma relação com os níveis de estrogênio e até mesmo gravidez (5). A maioria dos pacientes são adultos jovens com idade inferior a 30 anos de idade. A mandíbula é o sítio mais afetado, especificamente da região anterior até a região do primeiro molar, porém, 1/3 dos pacientes apresentam a lesão cruzando a linha média, sendo que lesões extragnáticas são raras. (23,26)

A lesão normalmente é descoberta em um exame radiográfico de rotina devido a lesão ser assintomática e de crescimento lento na grande maioria dos casos. (5,24) Apenas alguns casos apresentam sintomatologia como edema, dor, parestesia ou rompimento da cortical óssea expondo o osso na cavidade oral ou

resultando em áreas ulceradas (5). Frequentemente alguns casos podem experimentar o deslocamento dentário, levando a uma má-oclusão. (25)

Radiograficamente pode-se notar desde lesões pequenas em ápice dos dentes até lesões multiloculares extremamente destrutivas que acometem toda a mandíbula (27). A lesão a rigor é radiolúcida e bem definida, sendo que alguns fatores como reabsorção das raízes, rompimento da cortical e crescimento rápido demonstram um perfil mais agressivo em alguns casos (5).

Histologicamente é possível notar várias células gigantes com uma grande variedade da quantidade de núcleos presentes em cada célula. Essas células se assemelham a osteoclastos e estão agrupadas ou dispersas em um meio de células mononucleares de citoplasma abundante (5). É possível observar também neoformação óssea e um meio altamente vascular, e áreas de hemorragia (26). Devido a semelhança histológica e clínica radiográfica, todos os casos de LCCG devem ser investigados para tumor marrom do hiperparatireoidismo (28).

O tratamento de escolha ainda é a curetagem por meio de cirurgia, sendo que em casos de recidiva a osteotomia local ou em bloco podem ser necessárias (10). Com o avanço das terapias, algumas drogas estão sendo injetadas a fim de eliminar e evitar a recorrência da neoplasia, principalmente em casos de lesões muito agressivas e que a cirurgia fosse causar um dano estético significativo. Injeções com corticosteroides, calcitonina, bisfosfonados e IFN α podem ser realizadas, porém, mais estudos necessitam ser feitos a fim de demonstrar a real eficácia das terapias medicamentosas (10,24). Taxas de recorrência variam de 11 a 49%, sendo que nos casos de lesões mais agressivas a taxa de recidiva também é maior (10).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Realizar um estudo retrospectivo da Displasia Fibrosa, Displasia Cimento-Ossificante, Fibroma Ossificante e das Lesões Centrais de Células Gigantes, por meio das fichas de encaminhamento clínico encontradas no Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP)

3.2 Específicos

- Comparar os achados epidemiológicos encontrados com os dados encontrados na literatura mundial com aqueles apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Determinar entre as lesões ósseas estudadas a mais frequentemente encontrada no Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da FOU SP.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Foi elaborado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, tendo como base as fichas de requisição anatomopatológicas encontrados no Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) entre os períodos de junho de 1950 e dezembro de 2016.

4.2 Amostra

Para realizar o estudo, incluiu-se na amostra todas as fichas de requisição anatomopatológicas que se encontravam nos arquivos do serviço entre os períodos de junho de 1950 e dezembro de 2016, sendo um total de 89265 casos até o referente período. Foram excluídos do estudo: as fichas que não estavam preenchidas; fichas com desgaste do tempo que impossibilitasse a sua compreensão; prontuários que não se encontraram dentro do período estabelecido.

Todas as fichas foram coletadas manualmente do acervo do Serviço, sendo que até o ano 2000 obteve-se informações no software Laudo & Imagem.

4.3 Dados Relacionados aos Pacientes

Foram coletados das fichas de requisição anatomopatológicas os dados referentes aos pacientes, como: gênero, idade, etnia, sintomatologia, aspectos radiográficos, tipo de biópsia, tamanho da lesão, duração da lesão, hipótese diagnóstica e localização anatômica. Outros fatores como associação da lesão com dente, vitalidade dental, hábitos dos pacientes e acompanhamento de exames

radiográficos eram itens que se encontravam nas fichas, mas não foram utilizados para a realização do estudo.

4.4 Análise dos Dados

Todos os dados obtidos foram tabulados utilizando o Microsoft Office Excel 2013 e por ser um estudo observacional não necessitou de nenhuma análise estatística.

4.5 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, seguindo as normas e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 466/12, que regula as normas e diretrizes em pesquisas envolvendo seres humanos. O presente estudo foi aprovado sendo o número de parecer: 64577617.4.0000.0075 (Anexo 1). A autorização assinada pelo docente responsável pelas instalações do Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da FOUSP consta em anexo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Frequência

Entre o período de junho de 1950 e dezembro de 2016 o Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo diagnosticou 89265 biópsias das mais variadas doenças. Dentre os casos que se encontravam diagnosticados, 839 (0.93%) casos foram relacionados com as lesões ósseas estudadas. Após as exclusões de casos que não se enquadravam no desenho do estudo, houve um total de 773 diagnósticos, sendo 0.86% de todos os casos diagnosticados pelo serviço. Em um período de 66 anos, a média do aparecimento das lesões no Serviço foram de 11.7 casos ao ano, nos mostrando a raridade destas lesões estudadas.

Isoladamente as lesões aparecem da seguinte maneira: Lesão Central de Células Gigantes, Displasia Cimento-Ossificante e Fibroma Ossificante, Displasia Fibrosa, na ordem da lesão mais frequente para a menos frequente.

Em estudos como o de Bustamante et al. (29) apenas 0.88% da amostra foram de LFOB se assemelhando aos achados de nosso estudo. A média de casos ao ano que o autor encontrou foram de 1.57 casos ao ano, uma quantidade significativamente menor do que o do presente estudo. Outro estudo que também sugere a raridade destas lesões é o de Carvalho et al. (30) que em seu estudo analisou 534 lesões ósseas e apenas 14 casos (2.62%) foram de LFOB, sendo que neste estudo a incidência de LFOB por ano foi ainda menor, totalizando 0.82 casos ao ano. Mesmo não avaliando todas as lesões ósseas presentes no Serviço de Patologia Oral da FOUSP, a lesão mais incidente foram as LCCG o que também foi encontrado no estudo de Grandi et al. (28). Os dados da frequência de aparecimento das lesões estão expressos na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 – Frequência do aparecimento das lesões ósseas estudadas em relação a quantidade de casos selecionados e totais

Doença	N	Frequência de aparecimento em todos os casos (%)	Frequência entre as lesões ósseas (%)
LCCG	267	0.29	34.54
DCO	231	0.25	29.88
FO	142	0.15	18.36
DF	133	0.14	17.20

Legenda: LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cimento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

5.2 Idade

A idade dos pacientes é um item extremamente importante para se determinar padrões das doenças em uma determinada população. Um total de 740 (95.73%) casos estavam com a ficha devidamente preenchida. A média de idade das lesões ósseas estudadas foi de 32,50 anos de idade. As idades dos pacientes foram divididas em décadas para melhor visualização (Gráfico 1).

Dos 267 casos de LCCG os dados estavam presentes em 259 (97.00%) e foram distribuídos em: 36 casos (13.90%) na 1ª década de vida; 48 (18.53%) na 2ª década de vida; 81 casos (31.30%) na 3ª década de vida; 40 (15.45%) na 4ª década; 36 (13.90%) na 5ª década; 8 (3.10%) na 6ª década; e 10 (3.90%) em pacientes que se encontravam da 7ª década de vida em diante. Nossos achados corroboram com os encontrados na literatura, como em estudos de Lange et al. (27) que relata em seu estudo uma prevalência maior de casos em pacientes entre a 2ª e 3ª década de vida. Outros estudos como os de Noleto *et al* (25) e Stavropoulos et al. (23) que em seus estudos relataram maior prevalência na 2ª década de vida e em pacientes com menos de 30 anos, respectivamente.

Dos 231 casos de DCO os dados estavam preenchidos foram observados em 217 (93.90%) e distribuídos em: nenhum caso na 1ª década de vida; 10 (4.60%) na 2ª década de vida; 16 casos (7.40%) na 3ª década de vida; 53 (24.40%) na 4ª década; 64 (29.50%) na 5ª década; 37 (17.05%) na 6ª década; e 37 (17.05%) em

pacientes que se encontravam da 7ª década de vida em diante. Os diagnósticos encontrados no nosso Serviço de Patologia Oral não descrevem em seus diagnósticos o subtipo da lesão, visto que este diagnóstico seria a soma dos achados clínico-radiográficos. Estas lesões são as mais comuns dentro do grupo de LFOB assim como descrito por Neville et al. (10), sendo compatível com os encontrados em nosso estudo, porém, divergimos de autores como Grandi et al. (28) que sugere em suas amostras mais casos de DF. Nos estudos de Abramovich et al. (4), embora separando os casos nos subtipos da lesão, foi encontrada média de idade de 39 anos, menor do que a do presente estudo. Mainville et al. (9) também relata que a maior incidência dos casos de DCO ocorre em pacientes entre a 3ª e 5ª década de vida, o que discordamos visto que os casos de 3ª década de vida são significativamente menores dos que os de 4ª e 5ª década. Já Ahmed et al. (31) relata que nos casos estudados a incidência foi maior na 4ª década de vida, sendo semelhante aos resultados encontrados neste estudo.

Já nos casos FO dos 142 casos, a idade do paciente estava preenchida em 136 (95.80%) fichas: 5 (3.70%) na 1ª década de vida; 37 (27.20%) na 2ª década de vida; 38 casos (27.95%) na 3ª década de vida; 30 (22.05%) na 4ª década; 16 (11.75%) na 5ª década; 8 (5.90%) na 6ª década; e 2 (1.5%) em pacientes que se encontravam da 7ª década de vida em diante. Nossos achados corroboram com os encontrados em estudos como os de Andrade *et al* (19) que encontrou um maior número de casos em pacientes na 2ª década de vida, como os de Liu et al. (21) que encontrou maior prevalência em pacientes também 2ª década de vida e no estudo de Mohanty et al. (20) que encontrou maior prevalência em pacientes na 3ª década de vida.

Dos 133 casos de DF, constava a idade do paciente em 128 (96.25%) fichas: 20 (15.60%) casos na 1ª década de vida; 49 (38.30%) na 2ª década de vida; 33 casos (25.80%) na 3ª década de vida; 12 (9.40%) na 4ª década; 7 (5.50%) na 5ª década; 4 (3.10%) na 6ª década; e 3 (2.35%) em pacientes que se encontravam da 7ª década de vida em diante. Nossos achados se assemelham aos encontrados por Mainville *et al* (9), que em seu estudo destaca maior prevalência em pacientes na 2ª e 3ª década de vida. Por outro lado, Bustamante et al. (29) relata que os pacientes encontrados por ele tinham uma média de idade de 60 anos, média essa muito mais elevada do que a do presente estudo, que encontrou uma média de 22.39 anos. Nosso estudo também concorda com Abramovich et al. (4) que relata que a maior

parte dos casos ocorre em pacientes com menos de 30 anos, exatamente o que nosso estudo verificou.

Os dados mais representativos de cada lesão estão expressos na tabela 5.2 e no gráfico 5.1.

Gráfico 5.1 – Comparação da distribuição de idade entre as lesões

Tabela 5.2 – Maior prevalência, intervalo e média das idades nos casos estudados

Doença	Maior prevalência (Décadas)	Intervalo (anos)	Média (anos)
LCCG	2ª e 3ª	3 - 76	28.00
DCO	4ª e 5ª	13 - 77	45.87
FO	2ª e 3ª	8 - 70	29.22
DF	2ª e 3ª	4 - 62	22.39

Legenda: LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cimento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

5.3 Sexo

Algumas lesões podem ter uma certa predileção por um determinado sexo. De um total de 772 (99.90) casos que constavam o sexo do paciente, sendo apenas uma que não estava preenchida com esta informação, observou-se que apenas 224 (29%) casos de doenças ósseas foram diagnosticados em pacientes do sexo masculino. Em contrapartida, a taxa de incidência destas lesões em pacientes do sexo feminino é expressivamente maior, sendo de 548 (71%) casos ocorridos em mulheres.

Nos casos de LCCG a literatura mostra que existe uma maior predileção pelo sexo feminino, o que está de acordo com os achados em nosso estudo. (2,10,14,23,25).

A predileção por sexo nos casos de DCO é um consenso entre os autores estudados, sendo que o presente estudo concorda com a literatura que 88.26% dos casos estudados foram em mulheres (4,18)

Nos casos de FO também notou-se uma predileção maior por pacientes do sexo feminino como é constatado na literatura por estudos como os de Andrade et al. (19) e Liu et al. (21). Abramovich et al. (4) fala que a predileção pelo sexo feminino é discreta, o que discordamos visto que em nossa amostra essa predileção se mostrou em 69.71%. Porém, não foi de acordo com o que Mohanty et al. (20) encontrou em seu estudo retrospectivo, onde a maioria dos seus casos ocorreu em pacientes do sexo feminino.

Já nos casos de DF, a diferença entre pacientes do sexo masculino e feminino foi a menor encontrada, embora ainda tenha se obtido uma discreta predileção pelo sexo feminino, concordando com Bustamante *et al* (29) que em sua série de casos encontrou 3 pacientes do sexo feminino contra 1 paciente do sexo masculino.

A tabela 5.3 apresenta cada lesão isoladamente.

Tabela 5.3 – Predileção das lesões pelo sexo do paciente

Doença	Masculino (%)	Feminino (%)
LCCG	91 (34.08)	176 (65.91)
DCO	27 (11.73)	203 (88.26)
FO	43 (30.28)	99 (69.71)
DF	63 (47.36)	70 (52.63)

Legenda: LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cimento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

5.4 Etnia

Dos 773 casos examinados, 744 (96.24%) apresentavam as informações referentes a etnia do paciente. Foram separadas e tabuladas as seguintes respostas: Leucoderma, Melanoderma, Faioderma, Xantoderma e Outras. Todas as informações estão localizadas no gráfico 2.

Nos casos de LCCG, 256 (95.90%) fichas constavam as informações referentes a etnia dos pacientes, distribuídas em: 192 (75.00%) eram leucodermas; 34 (13.30%) casos eram melanodermas; 15 (5.85%) eram faioderma; apenas 1 (0.40%) eram xantodermas; e 14 (5.50%) estavam descritos como outras. Para estas lesões, a literatura não é clara se há alguma relação entre a lesão e a etnia do paciente, porém, nossos achados corroboram com os encontrados por Grandi *et al* (28), que encontrou 58.51% dos pacientes com LCCG leucodermas, sendo que em nossa amostra, esse percentual foi relativamente maior.

Nas fichas de DCO, 223 (96.50%) fichas estavam preenchidas com as informações sobre a etnia: 192 (50.20%) eram leucodermas; 83 (37.20%) casos eram melanodermas; 14 (6.30%) eram faioderma; 9 (4.1%) casos eram xantoderma; e 5 (2.25%) estavam descritos como outras. A literatura relata que esta lesão ocorre, em sua grande maioria, em pacientes melanodermas o que nosso estudo discorda, visto que 112 casos foram em pacientes leucodermas e 83 foram em pacientes melanodermas (4,9,10,31).

Os pacientes encaminhados com FO que continham a ficha completa totalizaram 135 (95.1%) e estavam distribuídas em: 192 (58.50%) eram leucodermas; 42 (31.10%) casos eram melanodermas; 7 (5.20%) eram faioderma; apenas 2 (1.5%) eram xantodermas; e 5 (3.70%) estavam descritos como outras. A

literatura mostra que a maioria dos pacientes que tem a lesão são leucodermas, como afirma Brannon et al. (18), Mainville et al. (9) e Santos et al. (32). Entretanto, nossos achados discordam dos encontrados por Santos-Netto et al. (33), que em sua amostra encontrou 63% dos pacientes com descendência Africana.

As fichas de DF que estavam devidamente preenchidas com as informações referentes a etnia totalizaram 130 (97.75%) e foram distribuídas em: 89 (68.45%) eram leucodermas; 23 (17.70%) casos eram melanodermas; 7 (5.40%) eram faioderma; apenas 3 (2.30%) eram xantodermas; e 8 (6.15%) estavam descritos como outras. Assim como nossos achados, Grandi et al. (28) também relata maior incidência em pacientes leucodermas. Santos et al. (32), embora também tenha encontrado uma incidência maior em pacientes leucodermas, não foi muito expressivo, visto que 8 casos foram leucodermas e 7 foram melanodermas. Os gráficos estão expressos no gráfico 5.2.

Gráfico 5.2 – Comparação da distribuição étnica entre as lesões estudadas

Legenda:

LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cimento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

5.5 Sintomatologia

Outro item importante que está presente nas fichas de encaminhamento para o diagnóstico anatomopatológico é a presença ou ausência de sintomatologia no paciente. A informação estava presente em 690 (89.25%) fichas do total de casos.

Nos 235 (88.00%) casos de LCCG que estavam com as informações preenchidas, 180 (76.60%) eram assintomáticos e 55 (23.40) tinham alguma sintomatologia relevante. A literatura é muito sólida ao relatar que os pacientes com LCCG dificilmente apresentam alguma sintomatologia, a não ser que esta já esteja em um estágio de comprometimento muito avançado, concordando com os achados descritos no presente estudo (2,10,27)

Nos 207 (89.60%) pacientes com DCO que tinham a informação nas fichas 149 (72.00%) eram assintomáticos e 58 (28.00%) apresentavam sintomatologia. Como a lesão é assintomática, os casos em que apresentam sintomatologia provavelmente se apresentavam infectados de alguma maneira. Nos casos de DCO, Bustamante *et al* (29) relata que os casos não apresentavam dor, embora sinais clínicos fossem observados. Já Abramovich *et al.* (4) e Brannon *et al.* (18) falam que as lesões são assintomáticas, estando de acordo com os nossos achados.

Nas fichas dos pacientes com FO, 125 (88.00%) continham as informações sendo que 94 (75.20%) era assintomático e 31 (24.80%) eram sintomáticos. Andrade *et al.* (19) em seu trabalho relata que a maioria dos pacientes analisados apresentavam um inchaço indolor, o que está de acordo com o nosso trabalho, sendo que a maioria dos casos foram de pacientes assintomáticos. Abramovich *et al.* (4) também relata em seu trabalho essa maioria de pacientes assintomáticos.

Em 123 (92.50%) casos de DF onde a informação se encontrava, 109 (88.60%) eram assintomáticos e 14 (11.40%) eram sintomáticos de alguma maneira. Nossos achados estão de acordo com o proposto pela WHO (2) e por Abramovich *et al.* (4) em seu estudo.

As informações estão descritas na tabela 5.4.

Tabela 5.4 – Comparação das lesões de acordo com a presença ou ausência de sintomatologia

Lesão	Assintomático (%)	Sintomático (%)
LCCG	76.60	23.40
DCO	72.00	28.00
FO	75.20	24.80
DF	88.60	11.40

Legenda: LCCG – Lesão Central de Células Gigante; DCO – Displasia Cemento-Ossificante; FO – Fibroma Ossificante; DF – Displasia Fibrosa

5.6 Aspecto Radiográfico

Um dos mais importantes fatores no diagnóstico de lesões ósseas é a análise dos achados radiográficos com bastante afinco. As lesões foram organizadas em: Radiolúcida, Radiopaca, Mista e Outros. Para melhor visualização, as lesões que foram descritas com aspecto de “vidro despolido” foram agrupadas no grupo de lesões mistas.

Do total de lesões, 705 (91.20%) constavam alguma informação referente ao aspecto radiográfico da doença.

Isoladamente, as fichas de LCCG que continham alguma informação somaram 235 (88.00%) casos separados em: 190 (80.85%) com aspecto radiolúcido; 11 (4,68%) de aspecto radiopaca; 27 (11.50%) com aspecto misto; e 7 (3.00%) que eram descritos como outros. Noletto et al. (25) e Valentine (5) demonstram em seus estudos que nos exames radiográficos a LCCG tem um aspecto radiolúcido mais encontrado, o que está de acordo com os achados em nosso estudo. Por outro lado, discordamos dos achados de Dyalram *et al* (14) que demonstrou em seu estudo que a maioria dos casos encontrados de LCCG se apresentava nas imagens radiográficas com um aspecto misto.

Já nos casos de DCO, 223 (96.55%) estavam preenchidas com alguma informação, separadas em: 39 (17.50%) com aspecto radiolúcido; 111 (49.77%) de aspecto radiopaca; 62 (27.80%) com aspecto misto; e 11 (4.95%) que eram descritos como outros. Nos casos de DCO as fichas de encaminhamento clínico não estabeleceram o estágio de maturação em que a lesão se encontrava, por isso

ficaria difícil dizer qual é exatamente o padrão radiográfico mais incidente nestes casos, visto que a literatura mostra que a variedade de imagens radiográficas que estas duas lesões apresentam são muitas e dependem do estágio em que se encontram (4,9,18).

Nos 123 (86.60%) pacientes com FO, foram obtidos: 45 (36.60%) com aspecto radiolúcido; 29 (23.60%) de aspecto radiopaca; 40 (32.50%) com aspecto misto; e 9 (7.30%) que eram descritos como outros. Assim como os casos de DCO, o aspecto radiográfico dos FO variam de acordo com o grau de maturação (9,34). Porém, estudos como os de Bustamante et al. (29) e Santos Netto et al. (33) demonstram que a maioria dos casos os pacientes apresentam lesões de aspecto misto, o que em nosso estudo não ocorreu, sendo a mais incidente lesões de aspecto radiolúcido.

As 124 fichas que continham informações sobre as imagens radiográficas dos pacientes com DF apresentaram: 15 (12.10%) com aspecto radiolúcido; 71 (57.25%) de aspecto radiopaca; 24 (19.35%) com aspecto misto; e 14 (11.30%) que eram descritos como outros. Também variando de aspecto radiográfico conforme a sua maturação, a literatura fala que é extremamente variável os achados e que dependem de quando a lesão foi encontrada, se em um estágio inicial ou final evolução (4,15). Alguns trabalhos relatam que a maioria dos casos que são examinados em radiografias tem um aspecto misto como foi o caso de Ahmad et al. (31) e Mainville et al. (9), porém, nosso trabalho relata que a maioria dos casos que foram encontrados, tinham um aspecto radiopaco e não misto, discordando dos autores em relação a este ponto.

Os dados são demonstrados no gráfico 5.3.

Gráfico 5.3 – Comparação das lesões em relação ao aspecto radiográfico

5.7 Tipo de Biópsia

O diagnóstico das lesões ósseas muitas vezes pode ser feito com os achados clínico-radiográficos, porém, quando o diagnóstico não é realizado apenas com essas informações o clínico utiliza a biópsia como ferramenta para se chegar a uma resposta final. Embora em algumas lesões não seja recomendada a realização de biópsias, como foi descrito na revisão de literatura, nota-se que a dificuldade no diagnóstico e a semelhança clínica entre elas fazem com que isso ocorra.

As informações obtidas nas fichas estavam divididas em: Aspiração, Curetagem, Excisional, Incisional e Peça Cirúrgica.

Do total das lesões estudadas 748 (96.76%) continham as informações.

Nas fichas dos pacientes com LCCG, 261 (97,75%) estavam descritas qual tipo de biópsia foi empregada. Isoladamente foram obtidos os seguintes resultados: 2 (0.76%) casos foram realizadas por aspiração; 45 (17.25%) casos foram realizados

por meio de curetagem; 61 (23.40%) casos foram excisionais; 131 (50.20%) foram incisionais; e 22 (8.40%) casos foram peças cirúrgicas.

Nas DCO 222 (96.10%) constavam as informações. Separadamente as respostas preenchidas foram: Nenhum caso de aspiração; 35 (15.75%) casos foram realizadas curetagem; 87 (39.20%) foram excisionais; 84 (37.83%) foram incisionais; e 16 (7.20%) foram peças cirúrgicas.

No caso dos FO 136 (95.77%) foram devidamente respondidas. Nas categorias os resultados encontrados foram: Nenhum caso de aspiração; 14 (10.30%) casos foram realizadas curetagem; 35 (25.73%) foram excisionais; 76 (55.88%) foram incisionais; e 11 (8.10%) foram peças cirúrgicas.

Nos pacientes com DF, 129 (97.00%) estavam com as informações. Os tipos de biópsias encaminhadas para o Serviço foram: Nenhum caso de aspiração; 11 (8.52%) casos foram realizadas curetagem; 15 (11.60%) foram excisionais; 80 (62.00%) foram incisionais; e 23 (17.80%) foram peças cirúrgicas.

A literatura não é clara em relação ao tipo de biópsia mais empregada nos casos dessas lesões ósseas nem qual é a mais indicada para cada caso, variando do tamanho e localização da lesão em questão.

Os dados estão representados no gráfico 5.4.

Gráfico 5.4 – Distribuição do tipo de biópsia empregada por lesão estudada

5.8 Hipóteses Diagnósticas

Outra informação que constava na ficha de encaminhamento eram as hipóteses diagnósticas das lesões biopsiadas. O presente trabalho selecionou as 5 hipóteses que mais apareceram em cada lesão.

A LCCG teve como hipóteses mais citadas, respectivamente: Lesão Central de Células Gigantes (145 casos), Ameloblastoma (43 casos), Mixoma (18 casos), Displasia Fibrosa (11 casos) e Fibroma Ossificante (10 casos)

Já nos casos de DCO as 5 hipóteses mais frequentes foram: Displasia Cimento-Ossificante (119 casos), Osteomielite (26 casos), Odontoma (22 casos), Fibroma Ossificante (17 casos) e Cementoma (12 casos).

Nas fichas de FO foram encontradas: Fibroma Ossificante (72 casos), Displasia Fibrosa (15 casos), Ameloblastoma (12 casos), Mixoma (11 casos) e Lesão Central de Células Gigantes (9 casos).

Nas hipóteses mais frequentes de DF, as 5 de maior incidência foram: Displasia Fibrosa (103 casos), Fibroma Ossificante (13 casos), Displasia Cimento-Ossificante (7 casos), Lesão Fibro-Óssea Benigna (7 casos) e Osteoma (5 casos).

Em nossos achados notou-se que em todas as lesões na maioria dos encaminhamentos clínicos, as fichas tiveram como hipóteses diagnósticas a lesão correspondente. Nos casos de LCCG, embora esta não seja uma lesão fibro-óssea benigna, que são semelhantes entre si, ela também apareceu como um dos diagnósticos mais prevalentes para o caso de FO. A DF e o FO também foram entre as 5 lesões mais prevalentes nos casos de LCCG, mostrando que embora elas não tenham relação histológica e etiológica os achados clínicos podem confundir na hora do diagnóstico correto. Entre as LFOB, apenas os a DF teve como as 3 hipóteses mais prevalentes os casos de FO e DCO. Isso demonstra que embora as lesões sejam semelhantes entre si, outras lesões podem ter um aspecto clínico-radiográfico semelhante, também dificultando o seu correto diagnóstico.

5.9 Duração da Lesão

Algumas lesões permanecem em boca por um período grande de tempo até serem notadas pelo paciente devido alguma sintomatologia ou até serem encontradas em algum exame radiográfico de rotina. Os dados das fichas de encaminhamento foram separados de Achados Radiográficos até mais de 60 meses de duração.

Dos 773 casos, 670 (86.70%) constavam as informações sobre a duração da lesão.

Nos casos de LCCG, 253 (94.75%) descreveram quanto tempo o paciente apresentava a lesão. A média de duração para os casos foi de 14,7 meses, variando de 0.25 meses (7 dias) – 84 meses (7 anos). Isoladamente, foram separados em: 151 (59.70%) casos tinham duração de 0-12 meses; 34 (13.45%) casos tinham duração de 13-24 meses; 15 (5.90%) casos tinham duração de 25-36 meses; 4 (1.60%) casos tinham duração de 37 a 48 meses; 6 (2.4%) casos tinham duração de 49 a 60 meses; 4 (1.60%) casos tinham duração maior a 60 meses; e 39 (15.40%) foram achados radiográficos. Vale ressaltar que os casos de LCCG são separados em não-agressivos e agressivos, visto que os casos não agressivos não apresentam sintomatologia e são descobertos em exames radiográficos de rotina, como sugere Neville et al. (10). Nossos achados mostram que a maioria dos casos (84.60%) dos casos apresentaram uma duração específica, sendo que apenas 15.40% foram achados radiográficos de rotina. Isso pode demonstrar que a grande maioria dos casos por nós estudados apresentaram alguma sintomatologia em um período de 12 meses, para que o paciente tenha procurado o serviço de assistência odontológica.

Nos pacientes com DCO, 186 (80.50%) informaram quanto tempo o paciente apresentava a lesão. A média de duração encontrada nestes casos foi de 40.10 meses, variando de 1 mês – 240 meses (20 anos). Isoladamente, foram separados em: 62 (33.30%) casos tinham duração de 0-12 meses; 15 (8.05%) casos tinham duração de 13-24 meses; 12 (6.45%) casos tinham duração de 25-36 meses; 5 (2.70%) casos tinham duração de 37 a 48 meses; 4 (2.15%) casos tinham duração de 49 a 60 meses; 23 (12.35%) casos tinham duração maior a 60 meses; e 65 (34.95%) foram achados radiográficos. Como a literatura mostra, a maioria dos

casos de DCO assintomáticos e não apresentam nenhuma expansão significativa, como revela Brannon et al. (18) e Mainville et al. (9), sendo que em nosso estudo a maioria dos casos foram de achados radiográficos estando de acordo com o que sugere a literatura.

Naqueles com FO, 142 (80.30%) informaram quanto tempo o paciente apresentava a lesão. A média de duração encontrada foi de 34.40 meses de duração, com uma variação de 0.25 meses (7 dias) – 240 meses (20 anos). Isoladamente, foram separados em: 49 (43.00%) casos tinham duração de 0-12 meses; 15 (13.15%) casos tinham duração de 13-24 meses; 12 (10.50%) casos tinham duração de 25-36 meses; 9 (7.90%) casos tinham duração de 37 a 48 meses; 7 (6.15%) casos tinham duração de 49 a 60 meses; 13 (11.40%) casos tinham duração maior a 60 meses; e 9 (7.90%) foram achados radiográficos. Segundo Mainville et al. (9) os casos de FO são, em sua maioria, descobertos por radiografias de rotina. Porém, nosso estudo discorda de tal constatação, visto que a maioria dos casos encontrados por nós foram descobertos em até 12 meses de evolução e apenas uma pequena parcela dos casos foram achados radiográficos de rotina. Já, segundo Andrade et al (19) a média de duração dos casos encontrados pelo autor é semelhante ao tempo descrito no presente trabalho.

Nas fichas de encaminhamento dos pacientes com DF, 186 (87.95%) informaram quanto tempo o paciente apresentava a lesão. Nestes pacientes a média de duração encontrada foi de 68.30 meses, tendo uma variação de 1.5 – 468 meses (o equivalente a 39 anos). Isoladamente, foram separados em: 31 (26.50%) casos tinham duração de 0-12 meses; 14 (12.00%) casos tinham duração de 13-24 meses; 11 (9.40%) casos tinham duração de 25-36 meses; 6 (5.10%) casos tinham duração de 37 a 48 meses; 7 (6.00%) casos tinham duração de 49 a 60 meses; 40 (34.20%) casos tinham duração maior a 60 meses; e 8 (6.85%) foram achados radiográficos. Segundo Mainville et al. (9) e MacDonald (3) apenas 2% dos casos de DFM são descobertos através de achados de rotina e nos casos de DFP os sintomas são presentes já na primeira década de vida, o que nosso estudo está de acordo visto que apenas uma pequena parcela foi encontrada através de exames radiográficos de rotina.

Os dados estão representados no gráfico 5.5.

Gráfico 5.5 – Duração em meses de acordo com cada lesão

5.10 Tamanho da Lesão

Outro importante fator tanto no diagnóstico quanto no tratamento/prognóstico das lesões ósseas é o tamanho em que ela se encontra no momento do diagnóstico. Do total de casos 652 (84.35%) constavam as informações referentes ao tamanho da lesão. As lesões foram separadas por categorias para melhor visualização.

Nos pacientes com LCCG, 235 (88.00%) constavam as informações, sendo que a média de tamanho encontrada foi de 37.19, variando de 1mm – lesões com mais de 100mm. Os dados agrupados foram: 44 (18.70%) casos com tamanho de 0-20mm; 78 (33.20%) de 21-40mm; 43 (18.30%) com tamanho de 41-60mm; 15 (6.40%) dos casos com tamanho de 61-80mm; apenas 1 (0.40%) caso com tamanho de 81-100mm; e 42 (17.90%) com tamanho ultrapassando os 100mm. Stavropoulos et al. (23) encontrou em seus estudos uma média de 3.6cm no tamanho das LCCG, o que está extremamente próximo ao encontrado pelo presente estudo, visto que a média dos nossos casos foi de 3.7cm (37.19mm). Neste mesmo estudo o autor cita

que 50% dos casos eram menores do que 3cm, e em nosso estudo 51,50% foram menores do que 4cm se aproximando aos achados do autor citado.

Na DCO, 189 (81.80%) constavam as informações, observando-se uma média de 18.95mm e variando de 0.75mm – lesões com mais de 100mm. Os dados agrupados foram: 121 (64.02%) casos com tamanho de 0-20mm; 36 (19.05%) de 21-40mm; 8 (4.25%) com tamanho de 41-60mm; 3 (1.60%) dos casos com tamanho de 61-80mm; nenhum caso com tamanho de 81-100mm; e 21 (11.10%) com tamanho ultrapassando os 100mm. A literatura demonstra que o tamanho das DCO varia de acordo com o grupo em que ela se encontra, visto que DCOFo, DCOP e DCOFI tem tamanhos variados (18). Embora nosso estudo não tenha classificado as DCO, podemos dizer que a maioria dos casos tinham até 2cm o que poderia ser relacionado com a DCOP e com a DCOFo que são as duas DCO mais comuns e não excedendo 2cm de diâmetro, como relata Brannon *et al* (18) em seu trabalho.

Nas fichas dos pacientes com FO, 110(77.45%) constavam as informações, sendo que a média de tamanho foi de 39.57mm variando de 10mm – lesões com mais de 100mm. Os dados agrupados foram: 18 (16.35%) casos com tamanho de 0-20mm; 34 (30.90%) de 21-40mm; 26 (23.65%) com tamanho de 41-60mm; 6 (5.45%) dos casos com tamanho de 61-80mm; apenas 1 (0.90%) caso com tamanho de 81-100mm; e 25 (22.70%) com tamanho ultrapassando os 100mm. Segundo Andrade *et al* (19) a média de tamanho das lesões foi de 3cm, semelhante ao tamanho médio encontrado por nós.

Por fim, nos 118 (88.70%) casos de DF que constavam as informações nas fichas, a média de tamanho observada foi de 42.40mm com variação de 8mm – lesões com mais de 100mm. Os dados que se seguiram foram: 16 (13.55%) casos com tamanho de 0-20mm; 21 (17.80%) de 21-40mm; 35 (29.65%) com tamanho de 41-60mm; 5 (4.25%) dos casos com tamanho de 61-80mm; apenas 1 (0.85%) caso com tamanho de 81-100mm; e 40 (33.90%) com tamanho ultrapassando os 100mm. Dentre todas as lesões ósseas estudadas no presente trabalho, a que teve a maior média de tamanho foi a DF. A literatura não é clara em relação a uma média de tamanho da DF, porém, segundo Abramovich *et al.* (4) as lesões relacionadas a DFM são pequenas e normalmente são notadas em exames radiográficos de rotina e nos casos de DFP as lesões causam assimetrias e problemas estéticos. Nosso estudo relata que a maioria dos casos de DF estudado por nós, embora não tenhamos

condições de diferenciar o tipo de DF encontrada, são de dimensões relativamente grandes, o que estaria em desacordo com o autor citado devido ao fato de a DFM ser a mais prevalente.

Os dados estão expressos no gráfico 5.6.

Gráfico 5.6 – Tamanho em milímetros encontrado em cada lesão

5.11 Localização

A localização da lesão pode ser determinante para o diagnóstico do paciente, visto que existem predileções por determinado sítio. No presente estudo 753 (97.40) casos constavam a localização da lesão que foi biopsiada. Os grupos que foram obtidos para melhor visualização são: Mandíbula, Maxila, Ambas e Outras Localizações (como mento, palato duro, seio maxilar e rebordo alveolar).

Nos pacientes com LCCG, 259 (97.00%) casos foram utilizados. Os grupos separados por localização foram: 175 (65.55%) casos afetaram mandíbula; 76 (29.34%) casos com acometimento de maxila; 2 (0.75%) acometeram ambas; e 6 (2.30%) acometeram outras localizações. A literatura é constante ao dizer que a

maioria dos casos referentes a LCCG estão localizados na mandíbula como relata Regezi (35), Noleto et al. (25) e Stavropoulos e Katz (23). Nossos achados estão de acordo com a literatura, sendo que 65.55% dos casos acometeram mandíbula. Pacientes acometidos pelo querubismo não podem ser descartados nos casos de acometimento mútuo de mandíbula e maxila.

Nos pacientes com DCO, 223 (93.55%) casos foram utilizados. Os grupos separados por localização foram: 185 (82.95%) casos afetaram mandíbula; 33 (14.80%) casos com acometimento de maxila; 2 (0.90%) acometeram ambas; e 3 (1.35%) acometeram outras localizações. Nos casos de DCO, a maioria dos casos relatados no presente trabalho foram em mandíbula, o que está de acordo com o relatado pela literatura, como em estudos de Mainville *et al* (9) e Santos-Netto *et al* (33).

Já nas fichas dos pacientes com FO, 138 (97.18%) casos foram utilizados. Os grupos separados por localização foram: 92 (66.66%) casos afetaram mandíbula; 41 (29.70%) casos com acometimento de maxila; nenhum caso acometeu ambas; e 5 (3.60%) acometeram outras localizações. Liu et al. (21) e Andrade et al. (19) afirmam em seus estudos que a maioria dos casos de FO ocorrem em mandíbula, o que está de acordo com os resultados encontrados no presente trabalho.

Por fim, 133 (100%) dos casos estavam devidamente preenchidos. Os grupos separados por localização foram: 42 (31.60%) casos afetaram mandíbula; 75 (56.40%) casos com acometimento de maxila; 2 (1.50%) acometeram ambas; e 14 (10.50%) acometeram outras localizações. A maxila foi o sítio mais acometido nos casos de DF, sendo que isto segue o que a literatura expressa sobre o assunto em diversos artigos (9,14,31,33).

Os dados estão expressos no gráfico 5.7 para melhor visualização.

Gráfico 5.7 – Comparação da localização anatômica de acordo com cada lesão

6 CONCLUSÕES

O presente estudo conclui que:

- a) A lesão de maior frequência entre as estudadas foram as Lesões Centrais de Células Gigantes;
- b) Pacientes diagnosticados com DCO, em sua maioria, eram leucodermas, o que está em desacordo com o exposto pela literatura, que relata uma predominância da lesão em pacientes melanodermas;
- c) Nos casos de DCO a maior prevalência de idade foi encontrada entre a 4ª e 5ª década de vida e não entre a 3ª e 4ª como relata a literatura;
- d) Os clínicos que encaminharam as lesões, em sua maioria, obtiveram sucesso na hipótese diagnóstica, visto que a maioria das hipóteses estavam de acordo com a lesão de origem;
- e) As lesões ósseas como um todo são extremamente semelhantes clinicamente independente do grupo em que elas se encontram;
- f) Entre as LFOB, apenas a DF teve como hipóteses mais prevalentes os casos de FO e DCO. Isso demonstra que embora as lesões sejam semelhantes entre si, outras lesões podem ter um aspecto clínico-radiográfico semelhante, também dificultando o seu correto diagnóstico.

7. REFERÊNCIAS

1. Earl CE. Medical history and epidemiology: Their contribution to the development of public health nursing. Nurs Outlook [Internet]. 2009;57(5):257–65. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2009.04.003>
2. El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T. SPJ (Eds); WHO Classification Of Head and Neck Tumors (4th edition). Lyon; 2017.
3. MacDonald DS. Maxillofacial fibro-osseous lesions. Clin Radiol [Internet]. 2015;70(1):25–36. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crad.2014.06.022>
4. Abramovitch K, Rice DD. Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. Dent Clin North Am [Internet]. 2016;60(1):167–93. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2015.08.010>
5. Valentine JC, Nelson BL. Central Giant Cell Lesion. Head Neck Pathol. 2011;5(4):385–8.
6. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. Head Neck Pathol. 2017;11(1):68–77.
7. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. WHO Classif Tumour. 2005;(9):163–75.
8. Akintoye SO, Lee JS, Feimster T, Booher S, Brahim J, Kingman A, et al. Dental characteristics of fibrous dysplasia and McCune-Albright syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003;96(3):275–82.
9. Mainville GN, Turgeon DP, Kauzman A. Diagnosis and management of benign fibro-osseous lesions of the jaws: a current review for the dental clinician. Oral Dis. 2017;23(4):440–50.
10. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Patologia Oral e Maxilofacial. 4. ed. Rio de

Janeiro: Elsevier; 2016. 928 p.

11. McCarthy EF. Fibro-Osseous Lesions of the Maxillofacial Bones. *Head Neck Pathol.* 2013;7(1):5–10.
12. Chauhan I, Roy S, Garg V, Manchanda K. Fibro-osseous lesions of the jaws: An insight. *Int J Contemp Dent Med Rev.* 2014;2014(8):828–35.
13. MacDonald-Jankowski DS. Fibro-osseous lesions of the face and jaws. *Clin Radiol.* 2004;59(1):11–25.
14. Dyalram D, Aslam-Pervez N, Lubek JE. Nonodontogenic Tumors of the Jaws. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am [Internet].* 2016;28(1):59–65. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2015.08.002>
15. Chapurlat RD, Orcel P. Fibrous dysplasia of bone and McCune-Albright syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2008;22(1):55–69.
16. Pichard DC, Boyce AM, Collins MT, Cowen EW. Oral pigmentation in McCune-Albright syndrome. *JAMA Dermatology.* 2014;150(7):760–3.
17. Ramírez Mejía AR, Moreno Casado MJ, Ahumada Pavez NR, Rojas Soldado MÁ. Mazabraud's Syndrome. New Clinical Case and Review of Findings. *Reumatol Clínica (English Ed [Internet].* 2016;12(6):336–8. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173574316300867>
18. Brannon RB, Fowler CB. Benign Fibro-Osseous Lesions : A Review of Current Concepts. 2001;8(3):126–43.
19. de Andrade M, Silva-Sousa YTC, Marques MFT, dos Anjos MLP, de Moraes Ramos-Perez FM, da Cruz Perez DE. Ossifying fibroma of the jaws: A clinicopathological case series study. *Braz Dent J.* 2013;24(6):662–6.
20. Mohanty S, Gupta S, Kumar P, Sriram K, Gulati U. Retrospective Analysis of Ossifying Fibroma of Jaw Bones Over a Period of 10 Years with Literature Review. *J Maxillofac Oral Surg [Internet].* 2014;13(4):560–7. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s12663-013-0545-0>
21. Liu Y, You M, Wang H, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, et al. Ossifying fibromas

- of the jaw bone: 20 cases. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2010;39(1):57–63.
22. Gondivkar SM, Gadbail AR, Chole R, Parikh R V., Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: Report of two cases and literature review. *Oral Oncol* [Internet]. 2011;47(9):804–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.06.014>
 23. Stavropoulos F, Katz J. Central giant cell granulomas: A systematic review of the radiographic characteristics with the addition of 20 new cases. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2002;31(4):213–7.
 24. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2007;104(5):603–15.
 25. Noletto JW, Marchiori E, Sampaio RK, Irion KL, Collares FB. Aspectos radiológicos e epidemiológicos do granuloma central de células gigantes. *Radiol Bras.* 2007;40(3):167–71.
 26. Ustundag E, Iseri M, Keskin G, Muezzinoglu B. Central giant cell granuloma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2002;65(2):143–6. Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=12176185>
 27. De Lange J, Van Den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2005;99(4):464–70.
 28. Grandi G, Rados FDM, Rados PV, Filho MS. Epidemiological Study of Bone Lesions. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2005;5(2):67–73.
 29. Bustamante EV, Albiol JG, Aytés LB, Escoda CG. Benign fibro-osseous lesions of the maxillas: Analysis of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(10):653–6.
 30. De Vasconcelos Carvalho M, Iglesias DPP, Do Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology.* 2011;28(2):111–5.

31. Ahmad M, Gaalaas L. Fibro-Osseous and Other Lesions of Bone in the Jaws. *Radiol Clin North Am* [Internet]. 2018;56(1):91–104. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2017.08.007>
32. Santos TDS, Antunes AA, Avelar RL, Wathson R, Carvalho F De. Artigo Original Lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares : estudo epidemiológico de 112 casos. 2007;209–11.
33. JD SN, Cerri M. Benign fibro-osseous lesions : clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. *OOOO* [Internet]. 2013;115(5):e56–65. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2012.05.022>
34. Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. 2006;1–10.
35. Regezi JA. Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibroosseous, and giant cell lesions of the jaws. *Mod Pathol*. 2002;15(3):331–41.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo retrospectivo e comparativo histológico entre o fibroma ossificante central, displasia fibrosa, displasia óssea e lesões centrais de células gigantes.

Pesquisador: Décio dos Santos Pinto Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64577617.4.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.946.970

Apresentação do Projeto:

O diagnóstico de lesões orais pode ser um grande desafio para o patologista, devido a grande falta de informações que os clínicos enviam para os serviços de patologias, ou até mesmo por falta de conhecimento dos mesmos. Este estudo pretende realizar um levantamento de todos os casos de Displasia Fibrosa, Displasia Ossea, Fibroma Ossificante Central e Lesão Central de Células Gigantes do Serviço de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e avaliar estes achados com o que tem de mais atual na literatura.

Objetivo da Pesquisa:

Proceder após o levantamento dos casos de Displasia Fibrosa, Displasia Ossea, Fibroma Ossificante Central e Lesão Central de Células Gigantes sua catalogação de acordo com as informações encontradas nas fichas de encaminhamento clínico e comparar estes achados com os encontrados na literatura mundial. Comparar os diagnósticos realizados no passado com as atuais diretrizes estabelecidas pela OMS e mostrar a evolução da patologia no decorrer dos anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo não apresenta riscos pois serão utilizadas lâminas histológicas para exame. O sigilo das informações dos pacientes será preservado.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO**

Continuação do Parecer: 1.946.970

Benefícios:

O presente estudo poderá ajudar a verificar se as informações presentes na literatura estão corretas em relação as lesões citadas no desenho do projeto, esclarecendo dúvidas tanto dos clínicos quanto dos patologistas em relação a estas lesões tão confundidas entre si e tão mistificadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista clínico-científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentados e em conformidade

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_837939.pdf	07/02/2017 12:49:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/02/2017 11:53:18	RODRIGO FINGER DE CARVALHO PINHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	06/02/2017 11:35:47	RODRIGO FINGER DE CARVALHO PINHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	06/02/2017 11:34:09	RODRIGO FINGER DE CARVALHO PINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.946.970

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Março de 2017

Assinado por:

Maria Gabriela Hays Blazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br