UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CARLOS ANTONIO SILVA DIAS

Displasia Fibrosa Craniofacial: relato de caso

UBERLÂNDIA
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CARLOS ANTONIO SILVA DIAS

Displasia Fibrosa Craniofacial: relato de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. João César Guimarães Henriques

UBERLÂNDIA
2017

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Carlos Antônio Silva Dias** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **três de julho de 2017**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Carlos Antônio Silva Dias, COM O TÍTULO: "DISPLASIA FIBROSA CRANIOFACIAL: RELATO DE CASO".** O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 03 de julho de 2017

Profa. Dra. Camilla Christian Gomes Moura *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovado Aprovado/Reprovado
Prof. Dr. João César Guimarães Henriques *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovada Aprovado/Reprovado
Prof. Dr. Ronan Machado de Alcântara *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovado Aprovado/Reprovado
Marcos Boaventura de Moura *Aluno de Doutorado – PPGO/UFU*	Aprovado Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, a Deus, que me deu energia e benefícios para concluir mais uma etapa da minha vida. Aos meus pais Sissi Silva Dias e Hamilton Pedro Dias que me incentivaram todos os anos que estive na faculdade, além de meu irmão Cássio Silva Dias que sempre me apoia. Ao meu orientador, professor João César, por sempre acreditar no meu potencial e ser sempre sincero nas broncas e nos elogios.

SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract	07
Introdução	08
Relato de caso	11
Discussão	17
Conclusão	20
Referências Bibliográficas	21

RESUMO

As denominadas lesões fibro-ósseas dos maxilares compõem um grupo de lesões que são caracterizadas pela substituição de osso normal por tecido conjuntivo fibroso e osso imaturo. Histopatologicamente são entidades similares, mas clínica e imaginologicamente representam lesões distintas e bem variadas. Segundo a última classificação da Organização Mundial de Saúde de 2017, as lesões fibro-ósseas dividem-se em Fibroma Ossificante, Displasia Fibrosa e Displasia Cemento-Óssea. As Displasias Fibrosas especificamente são decorrentes de mutações genéticas associadas com o gene GNAS 1, que, a depender do período da ocorrência da modificação genética, podem manifestarem-se em um único osso (monostótica) ou em mais de um osso (poliostótica). São lesões assintomáticas e frequentemente expansivas que comumente causam prejuízos estéticos e eventualmente funcionais. A denominada displasia fibrosa craniofacial caracteriza-se por envolver vários ossos contíguos da face concomitantemente e, embora acometa mais de um osso facial, é considerada uma variante monostótica. O presente trabalho tem por objetivo abordar a doença displasia fibrosa e relatar o caso clínico de um paciente acometido por uma displasia fibrosa craniofacial. Serão consideradas as características clínicas e imaginológicas encontradas e a terapia empregada.

Palavra-chave: Doenças ósseas, mutação, doenças maxilares.

ABSTRACT

The so-called fibro-osseous lesions of the jows group of lesions that are characterized by the replacement of normal bone by fibrous connective tissue and immature bone. Histopathologically they are similar entities but clinically and radiographically they represent distinct and varied lesions. According to the latest classification of the World Health Organization of 2017, fibro-osseous lesions are divided into Ossifying Fibroma, Fibrous Dysplasia and Cement-Bone Dysplasia. Fibrous Dysplasias specifically result from genetic mutations associated with the GNAS 1 gene, and may depend on the time of occurrence of the genetic modification it can affect a single bone (monostotic) or more than one bone (polyostotic). They are usually asymptomatic and expansive lesions that commonly cause aesthetic and eventually functional imparement. The craniofacial fibrous dysplasia is characterized by the involvement of several contiguous bones of the face concomitantly and, although it affects more than one facial bone, it is considered a monostotic variant. The present work has the objective of approaching the fibrous dysplasia disease and report the clinical case of a patient affected by craniofacial fibrous dysplasia. The clinical and imaging characteristics will be considered, as well as the therapy used.

Keywords: Bone diseases, mutation, maxillary diseases.

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÃO e ETIOLOGIA:

Por definição, a displasia fibrosa (DF) é uma condição semelhante a um tumor, caracterizada pela substituição de osso normal por uma proliferação excessiva de tecido conjuntivo fibroso, entremeado por trabéculas ósseas irregulares, representando 2,5% de todas as doenças ósseas.[1] Em raros casos, pode apresentar transformação maligna, como fibrossarcoma, osteossarcoma, condrossarcoma.

Embora exista confusão considerável a respeito da natureza da lesão, acredita-se que sua ocorrência esteja relacionada com alterações do gene GNAS 1, codificando uma proteína que regula a proliferação e diferenciação de osteoblastos.

CLASSIFICAÇÃO:

A DF, foi pela primeira vez descrita em 1891, por Von Recklinghausen que cunhou o termo "Osteíte Fibrosa Disseminada" para se referir à lesão. Lichtenstein, em 1938, classificou primariamente a doença, dividindo-a em monostótica e poliostótica, de acordo com o número de sítios ósseas envolvidos na displasia. Em 70 a 80% dos casos, essa alteração irá se manifestar de forma monostótica, caracterizando acometimento único, principalmente nos ossos longos (fêmur, tíbia, costelas). Aproximadamente em 20 a 30% dos casos, observamos a manifestação poliostótica da doença, caracterizando um acometimento em dois ou mais sítios ósseos, com envolvimento craniofacial ocorrendo em aproximadamente 50% dos indivíduos.[2]

Entretanto quando presente na região facial, essa alteração não pode ser estritamente classificada como monostótica ou poliostótica, uma vez que não respeita os padrões de classificação definidos por Lichtenstein. Apesar disso, a Organização Mundial de Saúde em 2005 confirmou que a manifestação craniofacial com acometimento de ossos craniofaciais adjacentes entre si, deverá ser considerada como monostótica.[3]

Dentro das variantes poliostóticas, temos dois tipos particulares de síndromes de DF, a síndrome de Jaffe-Lichtenstein e a Mccune-Albright. A primeira reporta aos casos de lesões ósseas múltiplas de DF associadas a manchas do tipo café-com-leite; na segunda, além das características presentes na primeira, os pacientes apresentam também alterações endócrinas que determinam precocidade sexual especialmente em

meninas, havendo, por exemplo, menstruação e crescimento de mamas precocemente, pelos pubianos, etc.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Clinicamente, o tipo monostótico apresenta-se normalmente como um aumento indolor e unilateral caracterizando uma assimetria facial, de crescimento lento e com maior acometimento na maxila. A 1ª até a 3ª décadas de vida são as faixas etárias mais acometidas. A chamada DF craniofacial, mesmo sendo uma variante monostótica, abrange normalmente diversos ossos faciais, como por exemplo, esfenoide, zigomático, órbita, temporal e occipital.

Por outro lado, o tipo poliostótico, como previamente mencionado, envolve no mínimo 2 ossos do corpo, chegando até 75% de todo o esqueleto humano. Este tipo caracteriza-se por predominar em indivíduos do gênero feminino e ser bem menos frequente do que o tipo monostótico. Mais uma vez, vale destacar a possibilidade das 2 síndromes estarem presentes neste tipo de DF.[4]

IMAGINOLOGIA:

A imaginologia da DF é extremamente importante, uma vez que pode contribuir sobremaneira no diagnóstico da doença. Dependendo da fase identificada, podemos ter uma imagem mais radiolúcida no início, com possibilidade de multiloculações, passando por uma etapa de radiopacidade mista e finalmente uma fase mais avançada de maior radiopacidade. No entanto, o aspecto mais clássico e encontrado da lesão é o de "vidro despolido", "vidro fosco" ou "casca de laranja", respondendo por uma alteração trabecular óssea característica, com margens difusas e mal definidas, misturando-se ao tecido ósseo.

Expansões ósseas e afinamentos das corticais adjacentes são frequentemente relatadas. Deslocamentos e movimentações dentários são possíveis de serem encontrados. Para os dentes envolvidos, percebe-se grande dificuldade de identificação da lâmina dura, além do estreitamente do espaço do ligamento periodontal.

HISTOPATOLOGIA

A microscopia da DF consiste basicamente de um tecido celular fibroso com células fusiformes e imaturas, além de trabéculas irregulares de tecido ósseo imaturo. Caracteristicamente, aglomerados de fibras colágenas orientadas perpendicularmente a superfície óssea, compatíveis com fibras de Sharpey, podem ser visualizadas.[5]

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico da Displasia Fibrosa é baseado geralmente nos achados clínicos e imaginológicos da lesão. A biópsia óssea é geralmente realizada para confirmação da hipótese clínica e especialmente importante para os casos suspeitos de alteração maligna.[6] Normalmente a lesão apresenta um estabilização quando finda o período de maturação esquelética. A remoção cirúrgica da lesão antes do período de crescimento ósseo tende a determinar uma recidiva normalmente mais agressiva da lesão. De maneira geral, lesões de dimensões menores e que não trazem prejuízos estéticos e funcionais, devem ser apenas proservadas. Já as lesões grandes em pacientes adultos que comprometem o paciente de alguma forma podem ser ressecadas cirurgicamente por meio de uma plastia óssea. Já para os pacientes em fase de crescimento uma boa avaliação deve ser feita no sentido de que se avalie a real necessidade da cirurgia por um motivo estético ou funcional, já que normalmente as recidivas são comuns e mais agressivas até o findar da maturação óssea. A opção por ressecções parciais até que se finalize o crescimento ósseo, também deve ser avaliada.[7] Não existem drogas ou tratamentos conhecidos que possam impedir a progressão das lesões múltiplas nas crianças. Como em outras lesões benignas, a radioterapia é contra-indicada nesta patologia.[8]

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de displasia fibrosa monostótica, do tipo craniofacial, destacando os aspectos clínicos, imaginológicos, diagnósticos e terapêuticos empregados no atendimento do paciente, evidenciando sempre o vital papel do cirurgião-dentista neste processo.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 23 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, devido à queixa estética decorrente da presença de um aumento volumétrico na região maxilar direita. Durante a anamnese, relatou que no ano de 2006 então com 12 anos, já apresentava certo aumento de volume do lado direito e por isso sua mãe o levou a um cirurgião-dentista que realizou uma biópsia incisional da região cujo laudo prometeu trazer na próxima consulta. Na história médica do paciente não houve nada digno de nota e o paciente gozava de boa saúde geral.

No exame extraoral, em vista frontal (Figura 1A), era visível o aumento volumétrico do lado direito da face, especialmente no seu terço médio, com elevação do olho do mesmo lado. Na visão de perfil do lado direito (Figura1B) via-se com nitidez o maior volume se comparado ao perfil do lado contra-lateral (Figura 1C).



Figura 1: Vista extrabucal evidenciado o aumento volumétrico facial do lado direito, bem como a elevação do globo ocular do mesmo lado. Visão frontal (A) de perfil do lado direito (B), lado esquerdo (C), evidenciando a diferença volumétrica facial direita comparado com o lado esquerdo.

A oroscopia mostrava grande expansão vestibular junto do rebordo alveolar direito (Figura 2A), se estendendo desde o dente 13 até o elemento 18, fato que não ocorria do lado esquerdo (Figura 2B).



Figura 2: Grande expansão vestibular na região posterior do rebordo alveolar direito. Vista oclusal (A) e frontal (B).

Dois exames radiográficos foram realizados para melhor visualização da lesão. Primeiramente, a radiografia panorâmica evidenciou uma imagem radiopaca densa e homogênea abrangendo toda a área do seio maxilar e maxila do lado direito (Figura 3).



Figura 3: Radiografia panorâmica evidenciando uma imagem radiopaca densa e homogênea abrangendo toda a área do seio maxilar e maxila do lado direito.

No sentido de se visualizar maiores detalhes em uma expansão vestíbulo-palatal, um exame radiográfico oclusal total de maxila foi realizado e permitiu a identificação de grande expansão lesional, além do aspecto típico granular de vidro fosco ou despolido, com margens mal delimitadas (Figura 4).

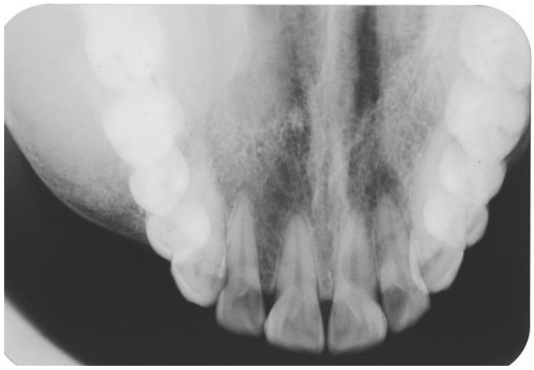


Figura 4: Radiografia oclusal total de maxila evidenciando o aspecto típico granular e vidro despolido da lesão.

Para que um maior detalhamento da abrangência da lesão pudesse ser conseguido, foi também realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico que permitiu avaliar o envolvimento de diversos ossos e regiões envolvidas do lado direito da face, tais como: maxila, seio maxilar, osso palatino, zigomático, fossa nasal, assoalho da órbita, occipital e esfenoide. Vale destacar também a existência de pequenas áreas hipodensas no interior das densas hiperdensidades homogêneas da lesão (Figura 5A, 5B, 5C, 5D e 5E).

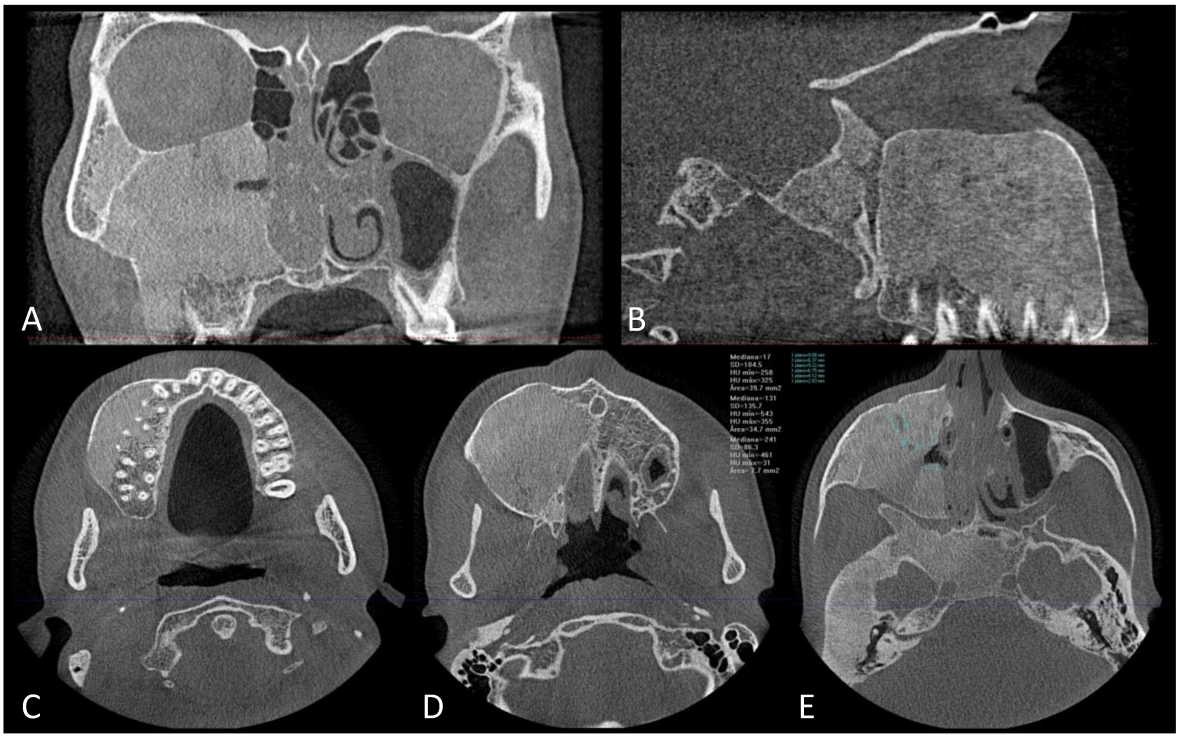


Figura 5: Tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciado as dimensões da lesão. Reconstrução coronal (A), sagital (B) e axiais (C, D e E).

Os achados clínicos e imaginológicos permitiram a hipótese de diagnóstico de displasia fibrosa monostótica craniofacial. Decorrida uma semana, o paciente retornou trazendo o laudo da biópsia óssea realizada em 2006 na cidade de Pirapora-MG, sendo o mesmo compatível com Displasia Fibrosa, confirmando a hipótese do diagnóstico inicial. Considerando a idade do descobrimento, concluímos tratar-se de uma displasia fibrosa juvenil no momento da descoberta em 2006. Diante da queixa estética do paciente e considerando a recém maturidade esquelética do paciente, foi agendada a plastia óssea facial do paciente com a equipe de Cirurgia e Taumatologia Buco Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Portanto, após 40 dias da consulta inicial o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico em ambiente de centro cirúrgico hospitalar. O paciente foi submetido a anestesia por inalação logo após intubação e anestesia geral, antissepsia intra e extraoral. Infiltração de bupivacaina 0,5% com epinefrina 1:2 em fundo de saco de vestíbulo e infraorbitária, descolamento do retalho e exposição da deformidade óssea (figura 6A). A cirurgia se deu por meio de osteotomia cosmética com cinzel (figura 6B) e brocas sob irrigação até alcançar à equivalência do formato das estruturas ósseas contralaterais (figura 6C). Após todo o remodelamento suturou-se com fio de sutura Monocryl® a incisão intraoral e nos planos profundos da imersão infraorbital com fio de nylon 5.0.

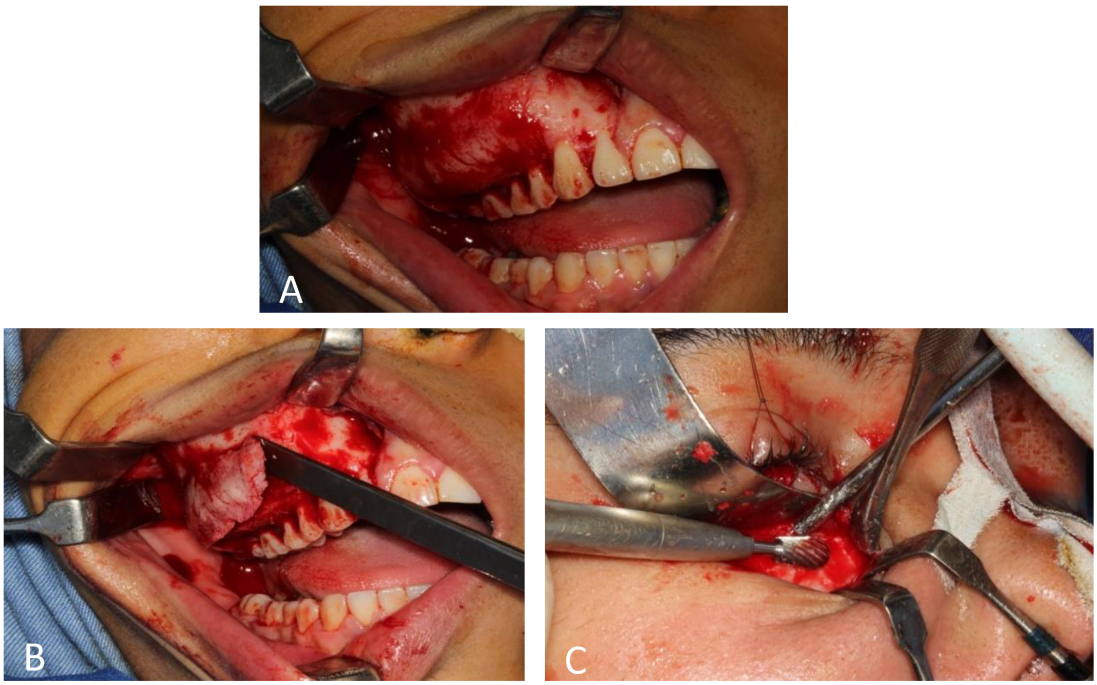


Figura 6: (A) exposição da deformidade óssea em uma vista lateral, (B) osteotomia com uso de cinzel e (C) com brocas para remoção e remodelação da região óssea local.

Uma reconstrução tridimensional proveniente de uma tomografia computadorizada feixe em leque realizada um dia após a cirurgia, revelou a persistência da lesão, porém com diminuição considerável da expansão óssea especialmente no osso da maxila do lado direito (figura 7B). A considerável redução da expansão pode ser visualizada por meio da comparação direta com a reconstrução tomográfica realizada imediatamente antes da cirurgia (Figura 7A).

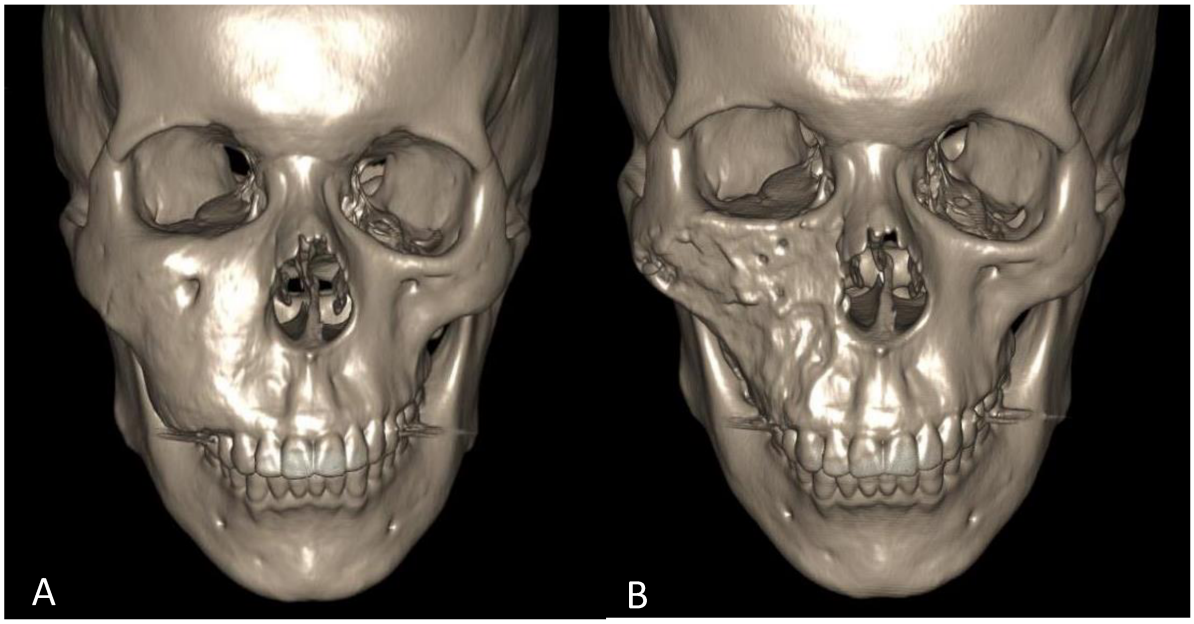


Figura 7: Tomografia computadorizada evidenciando a extensão da lesão antes (A) e depois da cirurgia (B). Observa-se na figura B a permanência da lesão, mas com remodelação da estrutura óssea.

No primeiro controle pós-operatório de uma semana, o paciente relatou parestesia na região infra-orbital e mostrava equimose bilateral periorbitária, além de febre noturna. Foi sugerido a realização de compressa quente na região e massagem diária no sentido de se tentar a eliminação da equimose. Após 3 meses de cirurgia, o paciente mostrava discreta equimose residual sob o olho direito, mas um padrão facial mais estético e com menor assimetria se comparado com a primeira visita (Figura 8). Questionado sobre o resultado alcançado e a eventual vontade de alguma nova intervenção cirúrgica complementar, o paciente relatou estar satisfeito com a questão estética obtida.

.

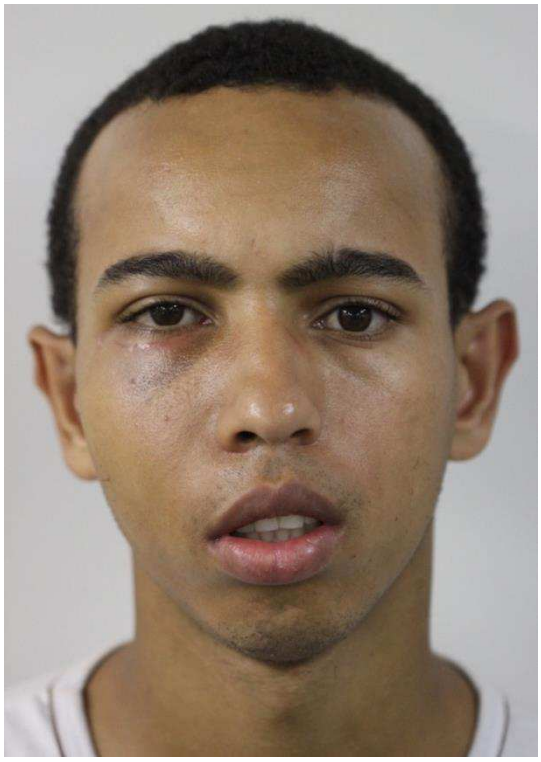


Figura 8: Proservação de 3 meses do paciente evidenciando a melhora da assimetria facial e equimose subpalpebral inferior remanescente.

DISCUSSÃO

A displasia fibrosa, descrita pela primeira vez por Von Recklinghausen, é uma desordem displásica benigna do desenvolvimento do osso caracterizada pela formação de tecido ósseo imaturo em vez de osso normal [9,10]. O acometimento do esqueleto craniofacial por este processo de doença pode ter uma miríade de manifestações clínicas. Sabe-se atualmente que mutações no gene GNAS 1 são responsáveis pelo advento da enfermidade. O entendimento é que células osteoblásitas perdem a capacidade de se diferenciarem, prejudicando o crescimento ósseo em favor da proliferação ósteo-fibrosa. Além disso, o momento de ocorrência da mutação justificaria a ocorrência da variante o crescimentos osteoblastos, melanócitos e células endócrinas derivados das células que sofreram a mutação e determinarão lesões ósseas múltiplas, pigmentação cutânea e distúrbios endócrinos, caracterizando a displasia poliostótica. [13,14] Contudo, se a mutação acontecer no período pós-natal, os osteoblastos de apenas um osso serão alterados, caracterizando a displasia fibrosa monostótica. Vale ainda destacar que, mesmo envolvendo vários ossos adjacentes, a displasias craniofacial é considerada uma variante monostótica da doença.

A DF monostótica tem expressão clínica assintomática, crescimento lento e usualmente é unilateral com maior prevalência nos ossos do fêmur, tíbia e fíbula. O caso ora apresentando mostra exatamente estas características, além de ter sido relatado um diagnóstico na infância o que caracterizaria uma vertente juvenil da doença. [15-17] Por meio de tomografia computadorizada, foi possível perceber o envolvimento de vários ossos faciais acometidos, tais como a maxila, zigomático, palatino, órbita e occipital. Este tipo de manifestação enquadra a expressão clínica do relato como uma DF craniofacial. Vale destacar também que não foi feita uma avaliação do esqueleto geral do paciente na busca por manifestações da doença em outros sítios ósseos que poderiam enquadrar o paciente numa variante poliostótica. Contudo, o paciente não mostrava nenhuma deformidade óssea visível e nem uma queixa de fragilidade esquelética. Mesmo assim, não é apropriado a exposição de um indivíduo à radiação X para fins didáticos.[18-21]

A expressão imaginológica da DF embora possa variar, indo desde uma lesão inicial radiolúcida e eventualmente multiloculada até o radiopaco homogêneo e denso, usualmente não apresenta uma identificação dificultosa. O aspecto granular de vidro fosco ou despolido é o mais frequente e comum, especialmente com delimitações difusas visualizadas por meio da mistura de osso displásico com o osso normal adjacente.[22,23] A extensão lesional para áreas diversas da região craniofacial é bem

frequente na DF. Além de determinar grandes problemas estéticos aos pacientes, estes crescimentos podem causar grandes limitações e prejuízos funcionais aos indivíduos, eventualmente colocando a vida em risco.[25] No presente caso, as imagens radiográficas e tomográficas revelaram um típico aspecto de radiopacidade densa e homogênea, granular e com várias áreas típicas do aspecto de vidro fosco ou despolido. Vale ressaltar o fato de que muitos cortes tomográficos registraram áreas hipodensas dispostas no interior das áreas hiperdensas, caracterizando as formações de tecido conjuntivo fibroso associadas ao osso imaturo neoformado.[26] Outro aspecto particular deste caso, é que o paciente não apresentava e nem se queixava de nenhuma dificuldade funcional, como respiração dificultada ou visão afetada, muito embora houvesse uma clara elevação do globo ocular do lado direito afetado. Chamava a atenção também, a progressão superior da lesão para o interior de quase todo o seio maxilar e em direção bem posterior envolvendo por exemplo, o osso occipital.[27]

O diagnóstico da DF é frequentemente possível de ser feito baseado em um detalhamento clínico e radiográfico. Apesar disso, a biópsia incisional deve ser realizada para confirmação da hipótese e eliminação de outras possibilidades patológicas. Basicamente, a displasia fibrosa é caracterizada pela substituição localizada de osso por tecido conjuntivo fibroso densamente celularizado com osso imaturo.[28] No trabalho exposto, a hipótese de DF craniofacial foi realizada pela equipe de estomatologia da FOUFU na primeira consulta, por meio da avaliação clínico-imaginológica. Na semana subsequente, o paciente confirmou a hipótese trazendo um laudo de 2006 de biópsia incisional feita por um cirurgião-dentista. De posse destes dados, a equipe teve segurança e tranquilidade para planejar e agendar o procedimento remodelador cirúrgico no sentido de melhorar a estética facial do paciente.

A intervenção cirúrgica na DF é sempre passível de muitos debates e discussões. A abordagem dos pacientes ainda durante a primeira e segunda décadas de vida, é um procedimento que merece cuidados, uma vez que o indivíduo encontra-se em fase de crescimento e com a maturação esquelética incompleta, o que determina uma recidiva certa da enfermidade em caso de cirurgia, sendo esta recorrência comumente mais agressiva.[29] Por outro lado, pode ser danoso ao indivíduo, considerando os aspectos sociais, psicológicos e sua formação enquanto ser humano, pois apresenta uma aparência aberrante e sem uma estética favorável ao bom convívio social.[30] Sendo assim, mesmo ciente das prováveis recidivas, muitos profissionais sugerem cirurgias sucessivas até que uma mais definitiva possa ser feita após a fase de crescimento. No relato apresentado, o paciente não mostrou inibição e nem grande constrangimento com

sua condição estética facial, muito embora tenha procurado o serviço com o intuito de melhorar sua aparência por estar incomodado com o aumento recente da assimetria facial. Embora o resultado não tenha eliminado completamente a assimetria existente, o paciente se declarou satisfeito com a aparência final alcançada.

Finalmente, vale considerar que mesmo sendo pequena a ocorrência, existe uma possibilidade de transformação malinga da DF. Esta mudança ocorre com um crescimento rápido do osso em aproximadamente 0,5% dos pacientes com DF monostótica e em 4% daqueles com DF poliostótica, especialmente nas síndrome de McCune-Albright e Jaffe Lichtenstein,[31] com o osteossarcoma sendo a patologia mais comum a ser desenvolvida. Outros tumores, como fibrossarcoma, condrossarcoma ou histiocitoma fibroso maligno foram também observados na alteração maligna de uma DF, sendo assim, uma proservação periódica destes pacientes é fundamental para se evitar problemas futuros.

CONCLUSÃO

A Displasia Fibrosa é uma doença típica dos maxilares que pode trazer consideráveis problemas estéticos e funcionais aos indivíduos acometidos. O diagnóstico dessa enfermidade é incialmente clínico e imaginológico, mas deve ser confirmado por biópsia incisional e subsequente exame anátomo-histopatológico. Vale ressaltar que é dever do cirurgião-dentista, independente da sua especialidade ou área de atuação, ter conhecimentos mínimos desta doença, dada sua alta prevalência nos ossos maxilares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]CAWSON RA, Binnie WH, Speight PM, et al: Lucas's Pathology of Tumors of the Oral Tissues. Churchill Livingstone, London, 1998.

[2]LICHTENSTEIN L: Polyostotic fibrous dysplasia. Arch Surg 1938, 836-874.

[3]DICAPRIO MR, Enneking WF. Fibrous dysplasia. Pathophysiology, evaluation, and treatment. J Bone Joint Surg Am 2005; 87: 1848-1864.

[4]PAREKH SG, Donthineni-Rao R, Ricchetti E, Lackman RD. Fibrous dysplasia. J Am Acad Orthop Surg 2004; 12: 305-313.

[5]PARK BY, Cheon YW, Kim YO, et al: Prognosis for craniofacial fibrous dysplasia after incomplete resection: Age and serum alkalinephosphatase. J Oral Maxillofac Surg 2010, 219-221.

[6]VALENTINI V, CASSONI A, MARIANETTI TM, et al: Craniomaxillofacial fibrous dysplasia: Conservative treatment or radical surgery? A retrospective study on 68 patients. Plast Reconstr Surg, 123- 653, 2009.

[7]DAVE SP, BARED A, CASIANO RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. OtolaryngolHead Neck Surg 2007;136(6):920–927

[8]CHANSON P, SALENAVE S, ORCEL P. McCune-Albright syndrome in adulthood. Pediatr Endocrinol Rev 2007; 4: 453-462.

[9]LICHTENSTEIN L, JAFFE HL. Fibrous dysplasia of bone. Arch Pathol. 1942;33:777-816.

[10]STANTON RP, HOBSON GM, MONTGOMERY BE, MOSES PA, SMITH-KIRWIN SM, FUNANAGE VL. Glucocorticoids decrease interleukin-6 levels and induce mineralization of cultured osteogenic cells from children with fibrous dysplasia. J Bone Miner Res. 1999;14:1104-1111.

[11]HART ES, KELLY MH, BRILLANTE B, CHEN CC, ZIRAN N, LEE JS, FEUILLAN P, LEET AI, KUSHNER H, ROBEY PG, COLLINS MT. Onset, progression, and plateau of skeletal lesions in fibrous dysplasia and the relationship to functional outcome. J Bone Miner Research. 2007;22:1468-1474.

[12]MORTENSEN A, BOJSEN-MOLLER M, RASMUSSEN P: Fibrous dysplasia of the skull with acromegaly and sarcomatous transformation. Two cases with a review of the literature. J Neurooncol 1989, 7:25-29.

[13]HUVOS AG, HIGINBOTHAM NL, MILLER TR: Bone sarcomas arising in fibrous dysplasia. J Bone Joint Surg [Am] 1972, 54:1047-1056.

[14]LICHTENSTEIN L, JAFFE H: Fibrous dysplasia of bone: A condition affecting one, several, or many bones, the graver cases of which may represent abnormal pigmentation, premature sexual development, hyperthyroidism, or still other extraskeletal abnormalities. Arch Pathol 1942, 33: 777-816.

[15]REED RJ: Fibrous dysplasia of bone: A review of 25 cases. Arch Pathol , 1963, 75:480-495

[16]FEUILLAN PP: McCune-Albright syndrome. Curr Ther Endocrinol Metab 1997, 6:235-239.

[17]MANCINI F, CORSI A, DE MAIO F, RIMINUCCI M, IPPOLITO E. Scoliosis and spine involvement in fibrous dysplasia of bone. European spine journal. 2009;18:196-202.

[18]Fibrous dysplasia. Clinical review and therapeutic management. Florez H, Peris P, Guañabens N. Med Clin (Barc). 2016 Dec 16;147(12):547-553.

[19]FERRETTI C, COLEMAN H, DENT M, ALTINI M. Cystic degeneration in fibrous dysplasia of the jaws: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999;88:337-342.

[20]MICHAEL CB, LEE AG, PATRINELY JR, STAL S, BLACKLOCK JB. Visual loss associated with fibrous dysplasia of the anterior skull base. Case report and review of the literature. J Neurosurg. 2000;2:350-354.

[21]FITZPATRICK KA, TALJANOVIC MS, SPEER DP, GRAHAM AR, JACOBSON JA, BARNES GR, HUNTER TB. Imaging findings of fibrous dysplasia with histopathologic and intraoperative correlation. AJR Am J Roentgenol. 2004;182:1389-1398.

[22]CHEN YR, WONG FH, HSUEH C, et al. Computed tomography characteristics of nonsyndromic craniofacial fibrous dysplasia. Chang Gung Med J. 2002;25:1.

[23]BROWN EW, MEGERIAN CA, MCKENNA MJ, et al. Fibrous dysplasia of the temporal bone: imaging findings. Am J Roentgenol. 1995;164-679.

[24]Maxillary fibrous dysplasia associated with McCune-Albright syndrome. A case study. Wójcik S, Koszowski R, Drozdowska B, Śmieszek-Wilczewska J, Raczkowska-Siostrzonek A. Open Med (Wars). 2016 Nov 16;11(1):465-470

[25]RESNICK D, KYRIAKOS M, GREENWAY GD. Tumors and tumor likelesions of bone: imaging and pathology of specific lesions. In: Resnick D, Kransdorf MJ, editors. Diagnosis of bone disorders.Philadelphia: WB Saunders Company; 2002.3

[26]Garré's sclerosing osteomyelitis: case report. de Moraes FB, Motta TM, Severin AA, de Alencar Faria D, de Oliveira César F, de Souza Carneiro S. Rev Bras Ortop. 2014 Apr 24;49(4):401-404.

[27]YANAGAWA T, WATANABE H, SHINOZAKI T, TAKAGISHI K. Curettageof benign bone tumors without grafts gives sufficient bonestrength. Acta Orthop. 2009;80(1):9–13.

[28]REMOTTI F, FELDMAN F. Nonneoplastic lesions that simulateprimary tumors of bone. Arch Pathol Lab Med.2012;136(7):772–788.

[29]TANG CH. Reconstruction of the bones and joints of the upperextremity by vascularized free fibular graft: report of 46 cases.J Reconstr Microsurg. 1992;8(4):285–292.

[30] Ossifying fibromas of the paranasal sinuses: diagnosis and management.
Ciniglio Appiani M, Verillaud B, Bresson D, Sauvaget E, Blancal JP, Guichard JP, Saint Maurice JP, Wassef M, Karligkiotis A, Kania R, Herman P.
Acta Otorhinolaryngol Ital . 2015 outubro; 35 (5): 355-361.

[31] Rare Appearance, Rare Location and Unusual Patient Age : Report of Osteolytic Fibrous Dysplasia in the Temporal Bone of a 52-year-old Patient.
Pineker V, Marques Maggio E, Huber A, Pangalu A, Valavanis A, Winklhofer S.
Clin Neuroradiol. 2017 Apr 21.