



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ANDRÉA CAROLINE BEZERRA DE ARAÚJO

DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

**ARARUNA - PB
2017**

ANDRÉA CAROLINE BEZERRA DE ARAÚJO

DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista

Orientadora: Prof.^a Me. Danielle do Nascimento Barbosa

**ARARUNA - PB
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A658d Araújo, Andréa Caroline Bezerra de
Displasia cemento óssea periapical [manuscrito] : relato de
caso clínico / Andrea Caroline Bezerra de Araújo. - 2017.
19 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Tecnologia e Saúde, 2017.
"Orientação: Ma. Danielle do Nascimento Barbosa,
Departamento de Odontologia".

1. Odontologia. 2. Displasia. 3. Câncer. I. Título.
21. ed. CDD 617.6

ANDRÉA CAROLINE BEZERRA DE ARAÚJO

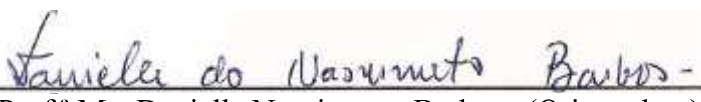
DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO


Trabalho de Conclusão de Curso de apresentado à coordenação de curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista


Área de concentração: Diagnóstico Oral

Aprovada em: 19/04/2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Me. Danielle Nascimento Barbosa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Pedro Henrique Sette de Souza
Universidade de Pernambuco (UPE)


Profa. Me. Naiana Braga da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, minha mãe, meu pai, meu irmão e ao meu
namorado por todo apoio e amor, DEDICO.

“Guarda-me como a menina dos teus olhos; esconde-me debaixo das sombras das tuas asas”
(Salmos 17:8)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter me dado a dádiva da vida e mais ainda por ter me dado a graça de ser concebida por duas pessoas tão especiais, que são meus pais Norberto e Adriane, vocês tornaram tudo isso possível a partir do momento que me incentivaram desde o começo, me deram forças para continuar quando eu pensei em desistir de tudo e mesmo com todos os problemas enfrentados, financeiros e emocionais, sempre fizeram de tudo para me manter da melhor maneira possível, assim como meu irmão Anderson, minha tia Adjalmira e aos dois anjos que estão cuidando de mim de onde estiverem, Azul e Aurina, meus avós queridos... Eu amo vocês incondicionalmente, obrigada por não me deixar cair em muitos momentos e por me levantar do chão, em tantos outros. Além desta família de sangue, tenho duas famílias de coração a quem gostaria de agradecer também... Dona Raimunda, Seu Lula, Adelson e Alcione Vieira, que também me educaram e estão presentes até hoje em minha vida, vocês são pessoas muito especiais em minha vida e sei que posso contar com vocês a qualquer momento, muito obrigada!

E a minha mais nova família... Thami Maia, Sérgio e Alice Sampaio por me acolherem sempre da melhor forma possível, essa conquista também tem a colaboração de vocês, não duvidem disto. Agradeço especialmente ao meu namorado, Augusto, por todo companheirismo, suporte, paciência e amor, saiba que você foi essencial para essa conquista também, muito obrigada por tudo, meu amor, eu te amo!

Sou muito grata também a todos os colegas que Araruna me deu e que sempre buscaram me ajudar de alguma forma, vocês sempre serão lembrados em meu coração, deixo meu obrigada especial as minhas meninas, Amanda, Thayse, Andresa e Camila e aos queridos Sebastião e Romel. Além disso, quero deixar meu agradecimento especial a minhas irmãs de alma, Natália, Luanna e Lee Anny, saibam que apesar da nossa distância física, estivemos e sempre estaremos unidas em pensamento, amo todos vocês, obrigada!

Quero agradecer também a todos professores que me acompanharam e orientaram nessa caminhada, em especial a Danielle, Pedro Sette e Naiana por todas as conversas, desabafos, orientações e principalmente por todo carinho, sem vocês também teria sido impossível chegar até aqui, saibam que se tornaram muito mais que professores em minha vida, vocês se tornaram, para sempre, grandes amigos, muito obrigada!

RESUMO

DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Displasia periapical bone cement: clinical case report

A displasia cemento óssea periapical faz parte do grupo de lesões benignas odontológicas, caracterizada por áreas múltiplas focais e bem delimitadas de reabsorção localizadas no ápice dos incisivos inferiores, com vitalidade pulpar, onde a lâmina dura se encontra íntegra na maioria das vezes. É, geralmente, diagnosticada em exames radiográficos de rotina, por ser uma lesão assintomática. Há uma prevalência em pacientes do sexo feminino, melanodermas com idade entre 30 a 50 anos. Têm como causas principais sugeridas: trauma, problemas hormonais, genéticos ou sistêmicos. Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de displasia cemento óssea periapical. Paciente do sexo feminino, 51 anos, melanoderma, ex-fumante, compareceu a clínica integrada de Média Complexidade da UEPB, onde no exame intra oral notou-se presença de cálculos supragengivais, mobilidade grau 3 nos dentes 31, 41, 32 e 42. Ao exame radiográfico foi observada presença de áreas focais e bem delimitadas de reabsorção do osso, nos ápices das raízes dos dentes citados anteriormente. Foram realizados testes de vitalidade pulpar, onde foi confirmada a vitalidade pulpar de todos os dentes envolvidos. Sendo assim, foi descartada a possibilidade destas lesões apresentarem origem periapical inflamatória. Com base nos achados clínicos e radiográficos foi realizado o diagnóstico sugestivo de displasia cemento óssea periapical e o plano de tratamento estabelecido foi terapia periodontal básica, colocação de contenção dentária fixa e preservação das lesões com acompanhamento radiográfico semestral. Após 1 (um) ano de preservação, foi observada a manutenção das lesões, resposta positiva ao teste de sensibilidade, sem complicações. Assim, se faz de extrema importância o conhecimento do profissional da existência dessa patologia, bem como a correta conduta clínica para, desta forma, evitar tratamentos desnecessários que podem trazer consequências negativas ao paciente.

Palavras-Chave: Lesões fibro-ósseas benignas; Displasia cemento-óssea periapical; Displasia cementária periiradicular.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. RELATO DE CASO	11
3. DISCUSSÃO.....	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
ABSTRACT	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
APÊNDICE A	17
ANEXO A.....	19

DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO
DISPLASIA PERIAPICAL BONE CEMENT: CLINICAL CASE REPORT

Andréa Caroline Bezerra de Araújo¹
Danielle do Nascimento Barbosa ²

1. Acadêmica do curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus VIII – PB, Araruna, Brasil.
2. Professora de Dentística e Clínica Integrada da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Campus VIII- Araruna, Brasil.

Endereço para correspondência:

Danielle do Nascimento Barbosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Av. Cel. Pedro Targino, s/n – Centro, Araruna-PB
Cep: 58.233-000
E-mail: daninbarbosa@gmail.com
Phone: (83) 9.8812-4733

1. INTRODUÇÃO

A displasia cemento óssea (DCO) é uma lesão de caráter benigno, assintomática, quando não localizada próximo ao forame mentoniano, ocorre nas áreas dentadas dos maxilares e como características patológicas guardam muitas semelhanças com displasia fibrosa e fibroma ossificante, por isso, é complicado obter-se um diagnóstico correto, mas é de extrema importância obtê-lo para realizar um correto tratamento. Baseado nas características clínicas e radiográficas, é conveniente dividir as displasias cemento ósseas em três grupos: focal, periapical e florida. A epidemiologia desta displasia mostra que há predileção pelo sexo feminino, de idade entre 30 a 50 anos e melanodermas. Geralmente esta lesão não é encontrada em pacientes antes dos 20 anos (NEVILLE et al., 2009; MORIKAVA et al., 2011; LEITÃO, 2014; CASATI et al., 2007).

No histopatológico, os três grupos da lesão demonstram características semelhantes. O tecido consiste em fragmentos de tecido mesenquimal celular, composto de fibroblastos fusiformes e fibras colágenas. A medida que a lesão amadurece o componente mineralizado tende a crescer, as trabéculas ósseas se fundem formando massas de tecido cemento-ósseo. Não há evidências de inflamação (NEVILLE et al., 2009; LEITÃO, 2014).

A displasia cementária periapical (DCP) caracteriza-se pela presença da reabsorção óssea nos ápices das raízes dos incisivos inferiores e apresenta três fases de evolução, a fase primário/fibroso ou fase osteolítica é reconhecida pela radiolucência periapical, onde têm como diagnóstico diferencial, avaliando radiograficamente, lesões de origem endodôntica, como o granuloma piogênico e cisto radicular. Na fase dois ou fase mista, apresenta uma característica radiográfica de mosqueado, com focos radiolúcidos e outros radiopacos, dando a impressão de tentativa de reparo ósseo e tendo como diagnóstico diferencial uma área cicatricial do osso. Já na fase três ou fase maturado, ocorre a opacificação do osso com presença de halo radiopaco, tendo como diagnóstico diferencial a osteíte condensante, odontoma complexo e cementoblastoma. Na DCP não há expansão do córtex, o ligamento periodontal permanece intacto, não é vista fusão com o dente e as lesões individuais raramente ultrapassam 1cm de diâmetro (RIBEIRO, PEREIRA, BITTENCOURT, 2008; AMARAL et al., 2014; NEVILLE et al., 2009).

O tratamento para casos de DCO, no caso de pacientes assintomáticos, é instituir apenas acompanhamento periódico do paciente, para realização de novas radiografias, realização de controle profilático e também reforço a higiene oral, controlando a perda de inserção. Geralmente não é necessária realização de biópsia excisional ou incisional, sendo

realizada apenas quando os fatores clínicos e radiográficos são atípicos (NEVILLE et al., 2009; RIBEIRO, PEREIRA, BITTENCOURT, 2008). Ainda é relatado na literatura por Alves e Manzi (2007), que a realização da biópsia pode causar infecção ou fratura da mandíbula.

O presente estudo teve por objetivo apresentar um caso de Displasia cementária periapical em uma paciente atendida na Clínica Integrada de Média Complexidade I, do curso de odontologia da UEPB, Campus VIII no qual se valeu dos recursos semiotécnicos para o correto diagnóstico e tratamento.

1. RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, melanoderma, 51 anos, brasileira, casada, buscou atendimento na Clínica Integrada de Média Complexidade I da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII Araruna. A paciente apresentou como queixa principal sensibilidade dentária a mudanças de temperatura e mobilidade dentária. Na anamnese a mesma ainda relatou ser ex-fumante, e não apresentava alterações sistêmicas. Ao exame físico e extra oral, não foi observado nenhuma alteração digna de nota. Ao exame intra oral foi observado presença de cálculos supragengivais, presença de mobilidade grau 3 nos dentes 31, 41, 32 e 42. Foi realizada radiografia periapical dos dentes anteriormente citados, onde foi verificado a presença de reabsorção óssea horizontal e vertical, com manutenção da lâmina dura, além de áreas focais de radiolucência nos ápices dos dentes, em questão, compatíveis com lesões periapicais, sem relação com infecção endodôntica, uma vez que os dentes se apresentavam hígidos, e sem relato de trauma. Em seguida foram realizados testes de sensibilidade pulpar com gás refrigerante (ENDO ICE®, Maquira, Brasil) tendo como resultado positivo em todos os dentes testados. Após isso foi solicitado exame hematológico, que obteve resultados esperados dentro do padrão de normalidade. De acordo com estes achados clínicos e radiográficos, obtivemos como diagnóstico sugestivo a Displasia Cimento Óssea Periapical. O plano de tratamento estabelecido para o caso foi a terapia básica periodontal, raspagem e alisamento corono-radicular supra e subgengival, orientação de higiene oral (OHB), colocação de contenção semirrígida por tempo determinado e a preservação do caso com realização do acompanhamento periódico, através de radiografias periapicais da região e da terapia periodontal básica de suporte.

2. DISCUSSÃO

A displasia cemento óssea (DCO) ocorre nas áreas de suporte dos dentes nos ossos gnáticos e é provavelmente uma das lesões fibro-ósseas mais comumente encontradas na prática clínica. Sua origem é incerta, sugere-se que tenha origem no ligamento periodontal, por surgir em relação estreita com o ligamento periodontal e exibir similaridades histopatológicas com a estrutura. Outra sugestão é que a origem seja a partir de um defeito no remodelamento ósseo extra ligamentar, desencadeado por fatores locais e possivelmente correlacionado a um desequilíbrio hormonal (NEVILLE et al., 2009).

Costa, Esteves, Bacelar (2016) afirmam que a origem desta displasia ocorre a partir de uma proliferação do tecido conjuntivo da membrana periodontal. Grandi et al. (2005) sugerem que seja uma reação anormal do osso a um episódio traumático localizado.

Na literatura são relatados três tipos de DCO, a focal, periapical e floral. A displasia cemento óssea periapical (DCP) é encontrada principalmente na região periapical da mandíbula anterior, há predileção por pacientes do sexo feminino (variando de 10:1 a 14:1) e aproximadamente 70% dos casos afetam pacientes da raça negra, entre 30 a 50 anos de idade (NEVILLE et al., 2009; MORIKAVA et al., 2012). Os achados da literatura corroboram com as características clínicas do caso clínico apresentado neste trabalho, já que, as lesões encontradas são em região de incisivos inferiores, a paciente é do gênero feminino, melanoderma e têm 51 anos de idade.

O diagnóstico diferencial da displasia cemento óssea periapical se dá a partir das três fases de evolução que a mesma apresenta, pois, em cada fase há características diferentes que fazem diagnóstico diferencial com diferentes patologias (ANEXO - Tabela 1). A literatura traz diversas denominações diferentes para estas três fases da displasia, Morikava et al. (2012) e Casati et al. (2007) denominam as fases da seguinte forma: Osteolítica (fase I), Cementoblástica (fase II), Maturação (fase III); Amaral et al. (2014) denomina da seguinte forma: Primário/Fibroso (fase I), Fase Mista (fase II) e Maduro (fase III), porém, as características encontradas nestas são as mesmas. A fase que a paciente deste relato clínico se encontra é a fase de lesões iniciais, denominada fase osteolítica ou fase primário/fibroso, que têm como características a radiolucência periapical com pequenos focos de calcificação. Nesta fase o diagnóstico diferencial é o granuloma periapical, cisto radicular e a osteíte rarefaciente periapical. É muito comum o diagnóstico incorreto nesta fase, as lesões da DCP são confundidas com lesões de origem endodôntica e são tratadas erroneamente, através da realização de tratamento endodôntico ou por extração dos dentes, por estar associada também

a grande mobilidade dental, assim, piorando a situação clínica do paciente e causando danos, muitas vezes, irreversíveis (AMARAL et al., 2014; RIBERO, PEREIRA, BITTENCOURT, 2008). Assim como relatado na literatura, referente às características clínicas das lesões na fase I evidenciamos nas primeiras radiografias realizadas neste caso clínico relatado, a presença de áreas focais de radiolucência na região periapical dos dentes 31, 41, 32 e 42 (APÊNDICE - Imagem 1 – A e B). O que poderia sugerir inicialmente o diagnóstico de cisto radicular, porém, ao realizar os exames de vitalidade pulpar, foi observado que havia vitalidade de todos os dentes, descartando a possibilidade de ser cisto radicular, assim, evitando que o tratamento equivocado fosse realizado.

Na DCP a polpa dentária não está envolvida e o dente encontra-se vital, sendo desnecessário o tratamento, em casos onde o paciente não tenha sintomatologia, já que a lesão se estabiliza sem causar maiores complicações, por ser um processo auto limitante, sendo necessário apenas a observação periódica. Além de consultas de controle com profilaxia e reforço de higiene para controlar a doença periodontal e prevenir a perda de inserção. Um período de acompanhamento de 18-24 meses tem sido recomendado. Porém, mesmo não necessitando de tratamento, o paciente deve ser orientado sobre esta condição (AMARAL et al., 2014; PEREIRA, RIBEIRO, BITTENCOURT, 2008; NEVILLE et al., 2009; SCHOLL et al., 1999; LEITÃO, 2014; CASATI et al., 2007).

Entretanto, essas lesões podem causar problemas clínicos para alguns pacientes. Durante a fase predominantemente radiolúcida, as lesões causam poucos problemas, mas uma vez que a esclerose significativa esteja presente, as lesões da displasia cemento-óssea tendem a se torna hipovasculares e propensas à necrose ao menor estímulo agressor. Uma vez que um paciente se tornar sintomático, o tratamento da infecção secundária é difícil, e os antibióticos nem sempre são eficazes devido à difusão dos tecidos pobres em osso displásico. Casos complicados por osteomielite são comumente tratados por meio de sequestrectomia das estruturas cemento-ósseas infectadas em conjunto com antibióticos. Lesões maiores que causem deformidade estética ou funcional podem ditar a intervenção cirúrgica. Tal procedimento, geralmente é satisfatório, mas novo crescimento da lesão pode ocorrer com o tempo em aproximadamente 25% a 50% dos casos (NEVILLE et al., 2009; LEITÃO, 2014; CORDEIRO, 2012).

Neste caso clínico apresentado o tratamento proposto e realizado foi a raspagem supra e sub gengival do V sextante, para controlar a doença periodontal e prevenir a perda de inserção, colocação de contenção semirrígida fixa por 22 dias, como tentativa de amenizar a mobilidade dentária durante o processo de recuperação da doença periodontal e realização de

acompanhamento periódico da paciente, para realizar o acompanhamento radiográfico e profilático sugerido pela literatura. Realiza-se acompanhamento de 1 (um) ano da paciente, com melhoras na condição periodontal, diminuição do grau de mobilidade dentária e evolução normal da DCP (APÊNDICE – Imagem 2, 3, 4).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir, então, com base em nossa revisão que a DCP é uma lesão de carácter benigno, geralmente assintomática, têm sua maior prevalência em pacientes do sexo feminino, adultos entre 30 a 50 anos de idade e negros.

Ainda podemos concluir que as taxas de sucesso do tratamento desses casos de pacientes assintomáticos são altas e o prognóstico é excelente quando se realiza o acompanhamento radiográfico e profilático corretamente.

Para o correto diagnóstico da DCP, faz-se necessário o conhecimento desta e de outras patologias de características semelhantes, assim como a realização de um exame clínico e radiográfico minucioso. Assim, decisões errôneas e tratamentos desnecessários serão seguramente evitados visto que, na displasia cementária periapical, as intervenções endodôntica e cirúrgica não estão indicadas, apenas a preservação e acompanhamento radiográfico e profilático periódico.

ABSTRACT

DISPLASIA PERIAPICAL BONE CEMENT: CLINICAL CASE REPORT

Periapical bone cement dysplasia is part of the group of benign dental lesions, characterized by focal and well delimited zones of resorption located at the apex of the lower incisors, with pulp vitality, where the hard blade is most often integrated. It is usually diagnosed on routine radiographic examinations because it is an asymptomatic lesion. There is a prevalence in female patients, melanodermas aged between 30 and 50 years. They have the following main causes: trauma, hormonal, genetic or systemic problems. In view of the above, the objective of the present study was to report a clinical case of periapical bone cement dysplasia. A 51-year-old female patient, melanoderma, former smoker, attended the Integrated Clinic of the UEPB Medium Complexity, where the intra oral examination revealed supragingival calculations, grade 3 mobility in teeth 31, 41, 32 and 42. Radiographic examination revealed the presence of focal and well-defined areas of bone resorption, at the apexes of the roots of the aforementioned teeth. Pulp vitality tests were performed, confirming the pulp vitality of all the teeth involved. Thus, the possibility of these lesions having an inflammatory periapical origin was ruled out. Based on the clinical and radiographic findings, a suggestive diagnosis of periapical bone cement dysplasia was performed, and the established treatment plan was basic periodontal therapy, placement of fixed dental restraint, and preservation of lesions with half-yearly radiographic follow-up. After 1 (one) year of preservation, the maintenance of the lesions, a positive response to the sensitivity test, was observed without complications. Thus, it is extremely important the professional's knowledge of the existence of this pathology, as well as the correct clinical conduct, in order to avoid unnecessary treatments that can have negative consequences for the patient.

Keywords: Benign fibro-osseous lesions; Periapical cement-bony dysplasia; Periradicular ciliary dysplasia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, C.R.; MANZI, F.R. Displasia Cemento-Óssea Florida Relato de caso clínico. **Arq bras odontol** 2007; 3(1):25-31.
- AMARAL, S.V.S; MARCELIANO-ALVES, M.F.V.; MIRANDA, R.B.; SILVEIRA, B.C. Displasia Cemento ósseo periapical e o diagnóstico diferencial com lesões de origem endodôntica – relato de caso. **Full Dent. Sci.** 2014; 6(21):138-141.
- BITTENCOURT, S.; MEIRA, A.L.; FERREIRA, P.S.; TUNES, U.R.; RIBEIRO, E.P.; CASATI, M.Z. Displasia cementária periapical – relato de caso. **Rev Inst Ciênc Saúde** 2007; 25(3):319-21.
- COSTA, F.R.; ESTEVES, C.; BACELAR, T.M. Lesões Benignas da mandíbula: uma revisão pictórica. **Acta Radiológica Portuguesa** Maio-Agosto 2016 | nº 108 Volume XXVIII | 25-35.
- CORDEIRO, M.S. **Caracterização da displasia fibrosa em imagens de tomografia computadorizada helicoidal empregando a análise da lacunaridade.** 2012. 96 f. Tese (Programa de pós-doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2012.
- GRANDI, G.; MAITO, F.D.M.; RADOS, P.V.; SANT’ANA FILHO, M. Estudo epidemiológico das lesões ósseas diagnosticadas no serviço de patologia bucal da Pucrs. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.5, n.2, p. 67 – 74, abril/junho 2005.
- LEITÃO, H.J. **Displasias ósseas: periapical e florida.** 2014. 44 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 2014.
- MORIKAVA, F.S.; ONUKI, L.Y.; CHAIBEN, C.L.; TOMMASI, M.H.M.; VIEIRA, I.; LIMA, A.A.S. Periapical cemento-osseous dysplasia: case report. **RSBO.** 2012 Jan-Mar;9(1):102-7.
- NEVILLE, B.W; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. 2002. **Patologia Oral & Maxilofacial.** 3ª Edição. Saunders – Elsevier editora Ltda, 2009. 833 f.
- PEREIRA, R.M.; RIBEIRO, E.D.P.; BITTENCOURT, S. Displasia cementária periapical – estudo de prevalência. **Innovations Implant Journal – Biomaterials and Esthetics.** Volume 3 – Número 5 – Maio/Agosto 2008.
- SCHOLL, R.J.; KELLETT, H.M.; NEUMANN, D.P.; LURIE, A.G. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. **Radiographics.** v.19, n.5,p:1107-24,1999.

APÊNDICE A

Imagem 1- Radiografias Iniciais (março de 2016)



Imagem 2 - Radiografia após instalação da contenção fixa – 22 dias após a radiografia inicial.



Imagem 3 - Controle Radiográfico 6 meses após a radiografia inicial (setembro de 2016)



Imagem 4 - Controle Radiográfico 1 ano após a radiografia inicial (março de 2017).

ANEXO A

Tabela 1 – Estágio, Classificação, Características Clínicas e Diagnósticos diferenciais correspondentes. (AMARAL et al., 2014).

Estágio	Classificação	Características	Diagnóstico diferencial
I	Primário ou fibroso	Radiolúcido com pequenos focos de calcificação	Granuloma periapical, cisto radicular osteíte rareficante periapical
II	Fase mista	Focos radiolúcidos e outros radiopacos internos	Área cicatricial
III	Maturado	Opacificações da lesão resultando em massa homogênea bem definida com halo radiopaco	Osteíte condensante, odontoma complexo, cementoblastoma