



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

ROBERTO RANDENBERG DE ARAÚJO SILVA

**OSTEOMIELITE ASSOCIADA À PERIOSTITE PROLIFERATIVA:
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO**

Araruna / PB

2018

ROBERTO RANDENBERG DE ARAÚJO SILVA

**OSTEOMIELITE ASSOCIADA À PERIOSTITE PROLIFERATIVA:
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da UEPB – Campus VIII como
requisito parcial para a obtenção do título

Orientador: Prof^a. Me. Ana Karina de Medeiros
Tormes

Araruna / PB

2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

S586o Andrade, Pedro Augusto Batista de.
Osteomielite associada à periostite proliferativa: revisão de literatura e relato de caso clínico [manuscrito] / Pedro Augusto Batista de Andrade. - 2018.
20 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Ana Karina de Medeiros Tormes, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."
1. Periostite. 2. Osteomielite. 3. Procedimentos Cirúrgicos Bucais. I. Título
21. ed. CDD 616.31

ROBERTO RANDENBERG DE ARAÚJO SILVA

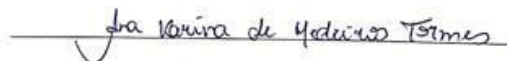
**OSTEOMIELITE ASSOCIADA À PERIOSTITE PROLIFERATIVA:
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado à Coordenação
do Curso de Odontologia da UEPB –
Campus VIII como requisito parcial
para a obtenção do título de
Cirurgião-Dentista

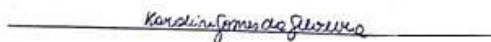
Área de concentração: Cirurgia
Bucocomaxilofacial.

Aprovado em: 14/11/2018.

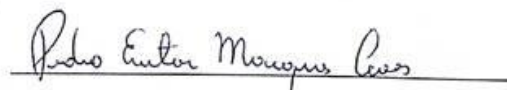
BANCA EXAMINADORA



Profª. Me. Ana Karina de Medeiros Tormes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Karoline Gomes da Silveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Pedro Everton Marques Goes
Faculdade Mauricio de Nassau (UNINASSAU)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, Àquele que é o Criador de tudo que vemos, sentimos e cremos. Sem Ele com certeza esta etapa não estaria sendo concretizada e será através Dele que muitas outras etapas serão concluídas com louvor. Obrigado ao meu Deus pelo dom da vida, pelo amor incondicional, pela força, sabedoria e acima de tudo, pela graça da salvação.

Aos meus pais que sempre lutaram para me dar a melhor educação, mostrando que com suor, honestidade e educação conseguimos voar alto.

A minha esposa que sempre esteve comigo, nos bons e maus momentos, muitas vezes acreditou em mim mais que eu mesmo e sempre me apoiou em qualquer decisão tomada.

Aos meus amigos que em muito contribuíram no meu amadurecimento e me fizeram crescer nessa caminhada.

Ao corpo docente da UEPB, em especial a minha orientadora Ana Karina de Medeiros Tormes que sempre esteve de perto dando todo o suporte com correções, resoluções de dúvidas e indicações literárias.

“O conhecimento médico está em permanente mudança. Os cuidados normais de segurança devem ser seguidos, mas, como as novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento, alterações no tratamento e terapia à base de fármacos podem ser necessárias ou apropriadas.” (NEVILLE et al, 2009).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	14
4. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	19

OSTEOMIELETTE ASSOCIADA À PERIOSTITE PROLIFERATIVA: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO

Roberto Randenberg de Araújo Silva¹

RESUMO

A Osteomielite associada à Periostite Proliferativa é um tipo específico de osteomielite crônica comumente associada à infecção odontogênica que afeta principalmente crianças e adultos jovens. O artigo descreve um caso incomum de Periostite Proliferativa em um paciente de 11 anos de idade com queixa inicial de dor e aumento de volume em região parotídeo massetérica direita com 8 dias de evolução, associado a limitação de abertura bucal. Ao tomográfico observou-se presença de esclerose periosteal em região de ramo mandibular direito e fenestração de cortical vestibular e lingual em região de dente 48. O tratamento envolveu a remoção do germe do terceiro molar e do desbridamento cirúrgico associado a antibióticos e medicação de suporte. A Osteomielite associada à Periostite Proliferativa possui características clínico-radiográficas peculiares que permitem seu diagnóstico. Diante do exposto, pode-se observar a importância de uma minuciosa avaliação clínica para a elaboração de um plano de tratamento preciso.

PALAVRAS CHAVES: Periostite. Osteomielite. Procedimentos Cirúrgicos Bucais.

1. INTRODUÇÃO

A Osteomielite corresponde à infecção da porção medular dos ossos, sendo a Periostite Proliferativa (PP), também denominada Periostite Ossificante não Supurativa, Osteomielite Esclerosante não Supurativa, Inflamação Esclerosante crônica da mandíbula, ou ainda como Osteomielite de Garrè, um tipo de osteomielite crônica caracterizada por expansão óssea reativa após uma infecção ou irritação crônica de baixo grau, a qual geralmente é derivada da necrose pulpar (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015; BRAZÃO-SILVA; PINHEIRO, 2017).

¹ Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII.
Email: randenberg@gmail.com

A PP é mais comumente encontrada em pacientes jovens com menos de 25 anos, sendo a média entre 13 e 14 anos. Quanto à localização, acomete a região da mandíbula e, em casos raros, pode estar localizada na região metafisária dos ossos longos (NEVILLE et al, 2009; FERNANDES, 2012; MORAES et al., 2014). Quando na mandíbula, é geralmente encontrada na margem inferior próximo à região de primeiro molar onde, normalmente, há uma tumefação assintomática (AKGÜL et al., 2018).

Clinicamente, apresenta-se como aumento do volume lateral da borda posterior do corpo da mandíbula de consistência firme, normocorada ou discretamente eritematosa, podendo acarretar assimetria facial. A dor não é um achado característico, embora possa ocorrer dor intensa se a lesão estiver infectada secundariamente. Outros sinais e sintomas são linfadenopatia regional do tipo inflamatória, seguida ou não de febre nas fases iniciais do processo (SILVA et al., 2009; AKGÜL et al., 2018).

Radiograficamente, podem-se observar áreas escleróticas onde o aspecto varia de acordo com o tempo de evolução da lesão e o grau de calcificação nas regiões afetadas (MORAES et al. 2014). Durante o período inicial, uma fina camada convexa em forma de crosta aparece sobre a cortical óssea envolvida. À medida que o processo evolui, o córtex é expandido como resultado de novos depósitos ósseos sucessivos, evidenciando um aspecto semelhante a camadas de “cebola seccionada” ou “cascas de cebola” (SILVA et al, 2009; AKGÜL et al., 2018).

Histologicamente, apresenta fileiras paralelas de osso trabecular reacional e demasiadamente celular com infiltrado linfocitário ameno, onde o sequestro ósseo revela características próprias de necrose (NOGUEIRA et al., 2018). Silva et al. (2009) acrescentaram uma massa supracortical e subperiosteal composta por tecido reativo neoformado com aparência osteoide, identificando-se osteoblastos circundando essas trabéculas que são frequentemente orientadas de forma perpendicular ao córtex e paralelas umas com as outras, com tecido fibroso entre elas.

O tratamento baseia-se na remoção do fator causal ou fonte de infecção, através de exodontia ou endodontia, tendo assim, um prognóstico favorável para o paciente. Após a remoção da causa, o tecido ósseo sofre remodelação gradativa até que a simetria facial seja restaurada. Contudo, em lesões extensas, a remodelação

cirúrgica é indicada, seguida de coleta da amostra para avaliação histopatológica (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015; NOGUEIRA et al., 2018; AKHÜL et al., 2018).

O diagnóstico da PP é majoritariamente clínico/radiográfico, porém alguns diagnósticos devem ser confirmados com exames histológicos (BARROS et al., 2015), considerando-se a análise radiográfica fundamental para a definição do diagnóstico. Destarte, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de Osteomielite com Periostite Proliferativa, bem como suas características clínicas, radiográficas e terapêuticas.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 11 anos, melanoderma, foi atendido no setor de Pediatria do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL – João Pessoa/PB), com queixa de dor e aumento de volume em região parotídeo massetéica direita com 8 dias de evolução, associado a limitação de abertura bucal e picos febris esporádicos. Paciente e responsáveis negaram qualquer história de trauma prévio assim como comorbidades ou alergias durante a anamnese.

Durante avaliação inicial da pediatria foram solicitados exames laboratoriais e ultrassonografia para descartar quaisquer processos infecciosos de origem glandular, sendo então solicitada avaliação da equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do serviço.

Ao exame clínico, o paciente encontrava-se em bom estado geral, consciente, orientado, eupneico, normocorado e afebril ao toque. Ao exame físico extraoral, foi observado edema em região de ângulo mandibular direito, consistente à palpação, sintomático, sem ponto de flutuação ou sinais de eritema e significativa limitação de abertura bucal (15mm) (FIGURA 1). À avaliação intraoral, verificou-se ausência de lesão cariosa evidente, dente 47 em processo de erupção com presença de capuz gengival sobre a coroa dentária, entretanto, sem drenagem ativa à manipulação.



Figura 1 - Apresentação clínica pré-operatória evidenciando aumento de volume em região de ângulo mandibular direito, sem sinais flogísticos associado a significativa limitação de abertura bucal.

Foi solicitada tomografia de face para avaliação e possível abscesso odontogênico profundo dos espaços fasciais. Ao exame tomográfico, não foi evidenciada nenhuma loja de secreção purulenta, apenas aumento de volume do músculo masseter, fenestração de corticais vestibular e lingual em região de dente 48 associado à pequena área de esclerose periosteal na região de ramo e ângulo mandibular (FIGURA 2).

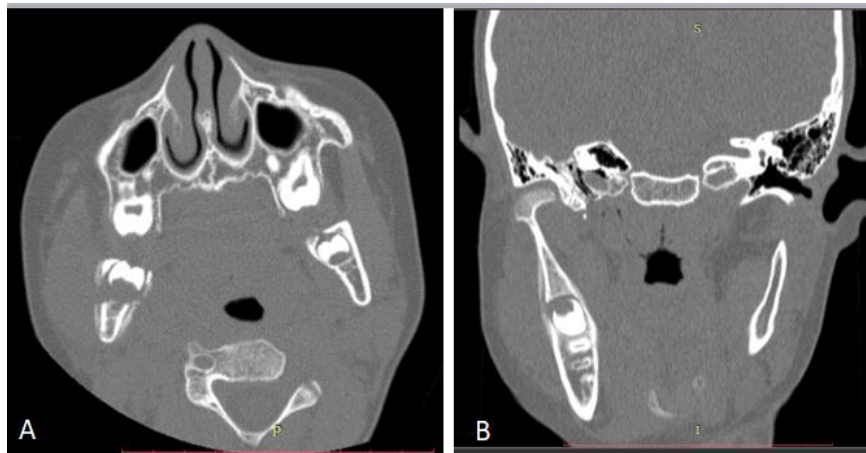


Figura 2 - Cortes tomográficos axial (A) e coronal (B) evidenciando aumento de volume em masseter direito, área de esclerose periosteal em região de ramo mandibular direito e fenestração de cortical vestibular e lingual em região de dente 48

Como hipóteses diagnósticas iniciais foram sugeridas miosite anquilosante e periostite proliferativa. Como plano de tratamento foi indicado inicialmente anti-inflamatório não estereoidal (ibuprofeno 600mg 12/12h) e analgesia de resgate (Dipirona sódica 500mg 6/6h) associada à termoterapia e exercícios fisioterápicos para estimulação de abertura bucal e retorno em 7 dias para reavaliação e programação de exodontia de dente 48.

Na reavaliação o paciente não apresentou melhora significativa do quadro sendo então realizada nova tomografia. Ao novo exame tomográfico observou-se manutenção da fenestração óssea em região de dente 48, entretanto, com aumento da área de esclerose periosteal estendendo-se até próximo à zona condilar direita associado a ruído de traça (FIGURA 3). De acordo com as características clínico-radiográficas foi adotada a hipótese diagnóstica de osteomielite associada à periostite proliferativa tendo como foco o folículo do germe do dente 48.



Figura 3 - Cortes tomográficos axial, coronal e reconstrução 3D evidenciando progressão da lesão até altura de condilar associado a aspecto de ruído de traça.

O paciente foi então submetido à exérese do dente 48 sob anestesia geral com intubação orotraqueal. Foi realizada infiltração local com lidocaína 2% seguida de incisão em região de trígono retromolar, descolamento mucoperiosteal, ostectomia com broca 702 e exérese de dente 48 juntamente com tecido fibroso do folículo dentário associado, como também foi removido fragmento ósseo de área adjacente à lesão (FIGURA 4). Todo material removido foi enviado para análise histopatológica para confirmação diagnóstica e exclusão de possíveis lesões malignas. Após exérese, seguiu-se com a limpeza da cavidade e sutura de ferida operatória com vicryl 3-0. Após o procedimento foi realizada antibioticoterapia e analgesia e o paciente foi orientado quanto aos cuidados com relação à higiene oral e consistência de dieta.

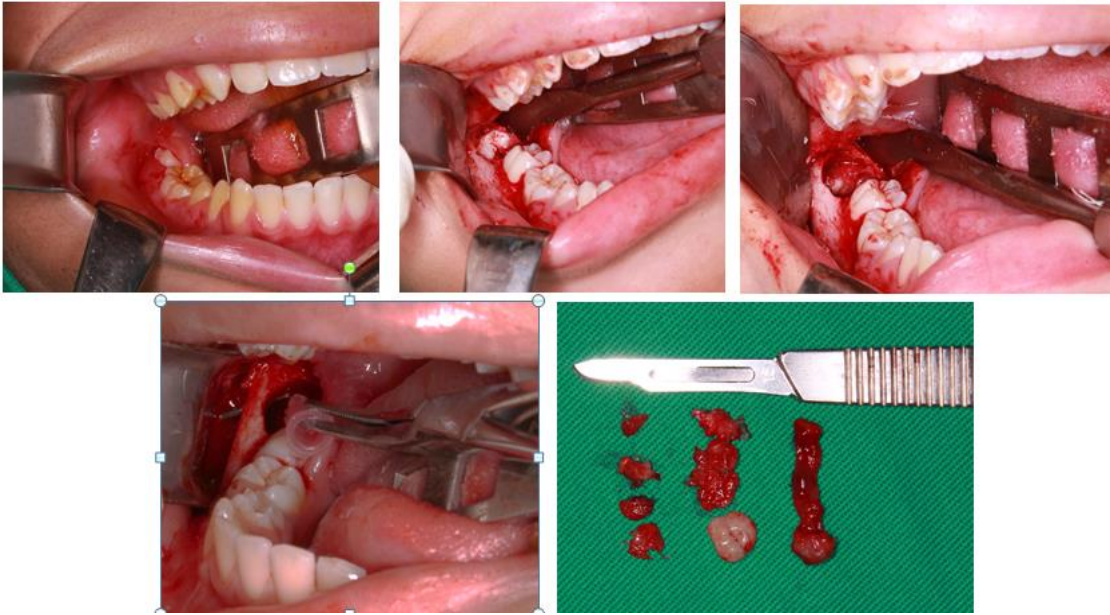


Figura 4 - Aspecto clínico intraoral pré e trans operatório.

No exame histopatológico verificou-se fragmentos de lesão cística odontogênica revestida parcialmente por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, de poucas camadas, exibindo áreas de hiperplasia, com ocasionais projeções arciformes, bem como degeneração hidrópica, espongirose e excitose, compatíveis com cisto dentífero inflamado. Já o fragmento ósseo enviado evidenciou trabéculas ósseas neoformadas, algumas das quais interconectadas, contendo osteócitos típicos e exibindo, por vezes, conspícua marginação osteoblástica associada a infiltrado inflamatório.

Paciente evoluiu satisfatoriamente com redução progressiva de edema e melhora da amplitude de abertura bucal, com pequena deiscência de ferida operatória em região retromolar, entretanto, sem sinais flogísticos, sendo então orientado cuidados quanto à higiene oral até sua completa cicatrização por segunda intenção. (FIGURA 5).

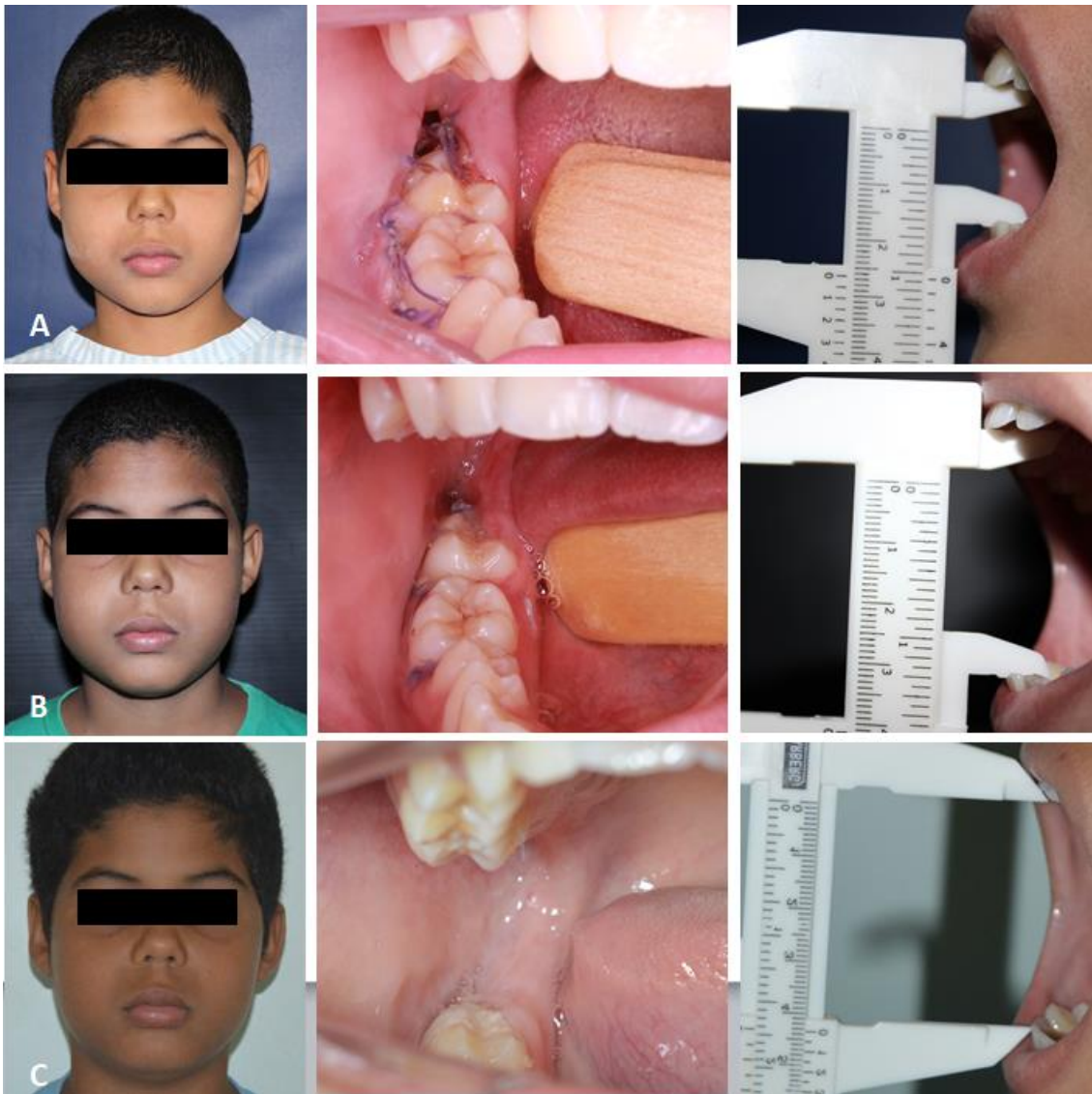


Figura 5 - Pós-operatório de 15 (A), 30 (B) e 60 dias (C).

3. DISCUSSÃO

A Osteomielite associada à PP foi descrita pela primeira vez por Carl Alois Philipp Garré em 1893 como uma forma especial de osteomielite crônica que apresentava espessamento ósseo característico. Pacientes com osteomielite com periostite proliferativa geralmente apresentam dor crônica e tumefação progressiva por um longo período. No entanto, esta condição geralmente não é acompanhada de supuração, sequestro ósseo ou formação de fístula (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015; BAI et al., 2017).

Contudo, Garrè não teve acesso a espécimes patológicos para exame microscópico, assim como à utilização de radiação ionizante, que só surgiu dois anos após seu relato. Portanto não era possível a visualização da duplicação periosteal ou aparência de casca de cebola em exames complementares (NEVILLE et al, 2009).

Com o passar dos anos, algumas nomenclaturas foram utilizadas para esta condição: Osteomielite de Garrè, Osteomielite Esclerosante de Garrè, Osteomielite Esclerosante não Supurativa, Periostite Ossificante não Supurativa e Inflamação Esclerosante crônica da mandíbula. No entanto, autores apontam como descrição correta o a denominação de Osteomielite Crônica com Periostite Proliferativa (NEVILLE, 2009; NOGUEIRA et al., 2018).

O presente caso ocorreu com uma criança de 11 anos, próximo à faixa etária média descrita na literatura. O que ocasionaria esse tipo de resposta tecidual ainda é controverso, porém algumas hipóteses são destacadas, como a alta atividade do periósteo nos jovens ante uma infecção de baixa virulência, ou por decorrência da desarmonia entre as atividades osteoblásticas e osteoclásticas, com predominância da primeira, determinada por fatores individuais (BARROS, 2015).

Quanto à localização, também é observada consonância com a literatura, tendo em vista o acometimento na mandíbula de forma unifocal e unilateral, representando a maior prevalência dentre os ossos gnáticos. Entretanto há casos relatados de envolvimento dos quatro quadrantes (SILVA et al., 2009; MORAES et al., 2014; BARROS, 2015).

Juntamente com a predileção por mandíbulas de pacientes pediátricos, a Osteomielite com Periostite Proliferativa é descrita usualmente como uma infecção odontogênica proveniente de um primeiro molar inferior permanente (CONTE et al., 2013). Tal frequência pode ser explicada pelo fato de que o primeiro molar inferior é um dos primeiros dentes permanentes a irromper na cavidade oral, o que, conseqüentemente, permitiria maior exposição a agentes cariogênicos, favorecendo a contaminação bacteriana. Porém, há relatos sobre a possibilidade da ocorrência estar associada a doenças periodontais, exodontias recentes, traumas e alterações metabólicas sob a forma reacional do organismo ante uma agressão frequente de

longa atuação, de caráter crônico e não supurativo (BARROS, 2015; SILVA et al., 2009).

No caso relatado, a região acometida apresentava um segundo molar inferior parcialmente erupcionado com capuz gengival fibroso na face oclusal, bem como lesão patológica de origem odontogênica associada ao terceiro molar inferior. Com isso, são dois fatores possíveis para o acometimento da PP na região, tendo em vista a literatura relatada por PARK e MYOUNG (2016).

A literatura aponta as radiografias oclusais e panorâmicas como sendo os exames complementares mais utilizados para o diagnóstico (NEVILLE, 2009). No entanto, no caso descrito foi utilizada a Tomografia Computadorizada (TC). A TC fornece uma avaliação imagiológica com maior qualidade permitindo uma visualização dos tecidos duros e moles em três dimensões, possibilitando a confirmação diagnóstica da periostite além da exclusão de possível infecção dos espaços fasciais profundos. (NOGUEIRA et al., 2018).

Clinicamente, as principais características para um correto diagnóstico de PP são sintomatologia dolorosa, edema com consistência endurecida à palpação, linfadenopatia regional, assimetria facial, pele e mucosa normocorados (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015). No caso apresentado podem-se encontrar os mesmos sinais e sintomas da enfermidade descritos na literatura.

Diferentes opiniões existem sobre o tratamento mais apropriado para a Osteomielite associado à Periostite Proliferativa. Embora a oxigenoterapia hiperbárica e o tratamento endodôntico tenham se mostrado bem sucedidos, o tratamento mais comumente aceito é a extração do dente infectado associado à administração de antibióticos (BRAZÃO-SILVA; PINHEIRO, 2017; AKHÜL et al., 2018). Considerando o caso relatado, onde a hipótese infecciosa foi o fóliculo do germe do dente 48, foi realizada a exodontia associada à antibioticoterapia, bem como todos os cuidados acerca da dieta e higienização pós-operatória. A melhora nos contornos ósseos e abertura bucal de forma progressiva foram confirmadas nas reavaliações de 15, 30 e 60 dias após o procedimento cirúrgico.

A confirmação por meio do histopatológico é necessária em casos onde não há associação com infecção odontogênica e nos exames radiográficos não esteja clara a expansão da cortical em camadas para exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais, tais como: Displasia Fibrosa, Sarcoma Osteogênico, Sarcoma de Ewing, Exostose, Osteoma e Síndrome de Caffey. Em casos em que não há qualquer fator

etiológico evidente, denominados idiopáticos, ou quando houver dúvida acerca do diagnóstico, a biópsia é recomendada. Tendo em vista a existência de diversas condições neoplásicas que podem resultar em um padrão patológico semelhante, como as citadas anteriormente (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015; NOGUEIRA et al., 2018).

Brazão-Silva e Pinheiro (2017), afirmam que a PP está presente em apenas 1% das biópsias, porém supõe-se que a frequência seja maior e não documentada, uma vez que a doença pode ser resolvida com o tratamento do dente comprometido.

O diagnóstico da Osteomielite associada à Periostite Proliferativa é comumente clínico e radiográfico, sendo de fácil resolução e prognóstico favorável com a remoção do fator causal (SINGH, SUBRAMANIAM, BHAYYA, 2015; NOGUEIRA et al., 2018; AKHÜL et al., 2018). No presente caso, a biópsia foi necessária para auxiliar no diagnóstico e exclusão de outras patologias de caráter neoplásico, tendo em vista a agressividade evolutiva da lesão em um curto período de tempo, juntamente com as características clínicas as quais o paciente se enquadrava durante a anamnese. Remissão da doença e aparência normal foi observada na visita de acompanhamento de 60 dias.

4. CONCLUSÃO

A Osteomielite associada à Periostite Proliferativa possui características clínico-radiográficas peculiares que permitem seu diagnóstico. Diante do exposto, pode-se observar a importância de uma minuciosa avaliação clínica para a elaboração de um plano de tratamento preciso.

Osteomyelitis associated with Proliferative Periostitis: literature review and clinical case report

ABSTRACT

Osteomyelitis associated with Proliferative Periostitis is a specific type of chronic osteomyelitis commonly associated with odontogenic infection that mainly affects children and young adults. The article describes an unusual case of Proliferative Periostitis in an 11-year-old patient with initial complaint of pain and volume increase in the right masteteric parotid region with 8 days of evolution, associated with limitation of mouth opening. Tomographic examination revealed the presence of periosteal sclerosis in the region of the right mandibular ramus and vestibular and lingual cortical fenestration in the tooth region 48. The treatment involved removal of the third molar germ and surgical debridement associated with antibiotics and supportive medication. Osteomyelitis associated with Proliferative Periostitis has peculiar clinical and radiographic features that allow its diagnosis. In view of the above, it is possible to observe the importance of a thorough clinical evaluation for the elaboration of a precise treatment plan.

Key Words: Periostitis. Osteomyelitis. Oral Surgical Procedures.

REFERÊNCIAS

AKGÜL, H. M. et al.; Garre's Osteomyelitis of the Mandible Caused by Infected Tooth. **Case Reports in Dentistry**, v. 2018, n. 1409539, p. 1-4, jul. 2018.

BARROS, J. S. M. et al.; Osteomielite de Garré: Relato de caso clínico. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 25, n.1, p. 79-83, jan./jun. 2015.

BRAZÃO-SILVA M.T.; PINHEIRO T.N.; The So-called Garré's Osteomyelitis of Jaws and the Pivotal Utility of Computed Tomography Scan. **Contemp Clin Dent**, v. 8, n. 4, p. 645-646, out/dez. 2017.

Conte N. et al.; Osteomielitis Crónica con Periostitis Proliferativa. **International Journal of Odontostomatology**, v. 7, n. 1, p. 5-10, out. 2013.

FERNANDES V. C. S. Osteomielite Crônica com Periostite Proliferativa: revisão de literatura. Monografia (Especialista em Radiologia). Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 19. 2012.

FUKUDA M.; INOUE K.; SAKASHITA H.; Periostitis Ossificans Arising in the Mandibular Bone of a Young Patient: Report of an Unusual Case and Review of the Literature. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 75, n. 9, p.1834-1842, set. 2017.

KADOM, N. M. D. et al.; Juvenile mandibular chronic osteomyelitis: multimodality imaging findings. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 111, n. 3, p. 38-43, mar. 2011.

MORAES, F. B. et al.; Osteomielite esclerosante de Garré: relato de caso. **Rev Bras Ortop**, v. 49, n. 4, p. 401-404, fev. 2014.

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

NOGUEIRA, P. T. B. C. et al.; Osteomielite Crônica com Periostite Proliferativa em Mandíbula: Relato de Caso. **Braz. J. Surg. Clin. Res**, v. 23, n.1, p. 89-92, jun/ago. 2018.

PARK, J.; MYOUNG, H.; Chronic suppurative osteomyelitis with proliferative periostitis related to a fully impacted third molar germ: a report of two cases. **J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg**, v. 42, n. 4, p. 215-20, ago. 2016.

SILVA, M. M. et al.; Osteomielite de Garré. Atualização do tema e relato de dois novos casos clínicos. **Rev. bras. Odontol.**, v. 66, n. 1, p.8-11, jan./jun. 2009.

SINGH D.; SUBRAMANIAM P.; BHAYYA P. D.; Periostitis ossificans (Garrè's osteomyelitis): An unusual case. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 33, n. 4, p. 344-346, out. 2015.

VANNET, N. B. et al.; Sclerosing osteomyelitis of Garré: management of femoral pain by intramedullary nailing, **BMJ Case Rep**, v.2014, n. 10.1136, p. 1-4, dez. 2014.