

Pesquisa Multidisciplinar EM SAÚDE

EDIÇÃO XXII

Capítulo 55

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEM DAS LESÕES FIBRO-ÓSSEAS BENIGNAS DOS MAXILARES

MAURÍLIA RAQUEL DE SOUTO MEDEIROS¹
DEBORAH GONDIM LAMBERT MOREIRA¹
KLEBER SANTOS BEZERRA DE ARAÚJO¹
LETICIA GONDIM LAMBERT MOREIRA²

¹ Cirurgiã-dentista – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

² Farmacêutica – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Lesões Fibro-Ósseas; Displasia Fibrosa; Fibroma Ossificante.

DOI

10.59290/0250392260

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas (LFO) constituem um tipo raro de patologia classificada como tumores benignos de linhagem não odontogênica que afetam a região craniofacial, caracterizadas pela proliferação de células fusiformes com quantidades variáveis de osso imaturo (MCCARTHY, 2013; SUAREZ-SOTO *et al.*, 2013; VERED; WRIGHT, 2022). Este grupo apresenta baixa incidência e inclui processos reativos, lesões de desenvolvimento e neoplasias. Essas lesões podem apresentar características histológicas semelhantes, porém características clínicas distintas (MORAIS *et al.*, 2025).

As LFO são classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em fibroma cimento ossificante (FCO), displasia cimento-óssea (DCO) subdividida em focal, periapical e floral, displasia fibrosa (DF), fibroma ossificante psamomatoide (FOps), fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJT), displasia cimento-óssea florida familiar (DCOf) (MORAIS *et al.*, 2025; VERED; WRIGHT, 2022).

Devido à diversidade de comportamentos clínicos distintos, torna-se necessário o conhecimento acerca do diagnóstico diferencial, nesse sentido, realizou-se uma revisão narrativa sobre do tema, ressaltando características, clínicas, radiográficas e histológicas, tratamento e prognóstico.

MÉTODO

A revisão narrativa foi conduzida em etapas que envolveram a definição do tema, elaboração da estratégia de busca, seleção dos estudos, análise crítica da literatura e síntese das informações encontradas. Inicialmente, estabeleceu-se como questão norteadora da pesquisa a seguinte pergunta: "Quais são os principais aspectos imagiológicos que auxiliam no diagnóstico

diferencial das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares?".

Para a identificação dos estudos relevantes, foram realizadas buscas eletrônicas nas bases de dados PubMed (*National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Scopus e *Web of Science*, por serem reconhecidas como importantes fontes de produção científica na área das Ciências da Saúde, abrangendo periódicos nacionais e internacionais de elevado impacto. As buscas ocorreram entre os meses de janeiro e março de 2026.

A estratégia de busca foi construída a partir de descritores selecionados de acordo com sua relevância para o tema investigado. Foram utilizados os termos em inglês: "*Fibro-Osseous Lesions*", "*Maxillofacial Bones*" e "*Mouth*", combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Adicionalmente, foram realizados cruzamentos entre descritores relacionados aos principais subtipos das lesões fibro-ósseas, incluindo os termos "*Fibrous Dysplasia*", "*Ossifying Fibroma*", "*Cemento-Osseous Dysplasia*", "*Radiographic Features*", "*Cone Beam Computed Tomography*" e "*Differential Diagnosis*", visando ampliar a sensibilidade da estratégia de busca e identificar estudos potencialmente relevantes para a discussão.

Este capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de reunir, analisar e discutir as principais evidências científicas relacionadas às características clínicas, radiográficas e tomográficas das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares, com enfoque nos critérios utilizados para o diagnóstico diferencial entre displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasias cimento-ósseas. A escolha desse método justifica-se pela possibilidade de integrar conhecimentos provenientes de diferentes tipos de estudos, proporcionando uma visão ampla e atualizada sobre o tema.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos científicos publicados em português e inglês, disponíveis na íntegra nas bases consultadas, e que abordassem aspectos clínicos, radiográficos, tomográficos, histopatológicos ou diagnósticos relacionados às lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. Também foram incluídos estudos de revisão narrativa, revisões sistemáticas da literatura, relatos de casos com documentação imagiológica de interesse e diretrizes ou consensos científicos publicados por entidades reconhecidas na área de Patologia Oral, Estomatologia e Radiologia Odontológica.

Como critérios de exclusão, foram considerados trabalhos duplicados entre as bases de dados, publicações que não apresentavam texto completo disponível para consulta, artigos redigidos em idiomas diferentes do inglês e português, estudos cujo foco principal não estivesse relacionado às lesões fibro-ósseas dos maxilares e trabalhos que abordassem exclusivamente técnicas terapêuticas, sem descrição dos aspectos diagnósticos ou imagiológicos das lesões. Também foram excluídos resumos de congressos, cartas ao editor, comentários científicos e publicações com informações insuficientes para atender aos objetivos desta revisão.

Além disso, foram consideradas as classificações mais recentes propostas pela OMS para as lesões fibro-ósseas dos maxilares, uma vez que tais sistemas de classificação influenciam diretamente a compreensão diagnóstica e a interpretação dos achados clínicos e radiográficos. Sempre que possível, as informações foram confrontadas entre diferentes fontes bibliográficas, com o propósito de aumentar a consistência das evidências apresentadas.

A partir da análise e síntese das evidências selecionadas, foi possível construir uma discussão abrangente sobre os aspectos imagiológicos das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares,

destacando os elementos de maior relevância para o diagnóstico diferencial e para o planejamento clínico adequado dessas alterações, contribuindo para a atualização do conhecimento de cirurgiões-dentistas, radiologistas e patologistas orais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura científica confirmou a complexidade e a diversidade fenotípica das lesões fibro-ósseas dos maxilares, ratificando a relevância da atualização de 2022 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que redefiniu e individualizou os seus subgrupos. Os dados compilados revelaram que, enquanto o fibroma ossificante cemento-óssico (FCO) é caracterizado como uma neoplasia benigna odontogênica, assintomática, de crescimento lento e predileção pela região posterior da mandíbula em mulheres na quarta década de vida, as formas juvenis apresentam comportamento clínico e radiográfico contrastante. O fibroma ossificante trabecular juvenil (FOTJ) demonstrou acometimento predominantemente gnático em crianças e adolescentes (média de 15 anos), marcado por crescimento rápido, expansão óssea, dor e imagem radiográfica mista. Em contrapartida, o FOp apresentou uma faixa etária mais ampla (5 a 40 anos), com acometimento predominantemente extra-gnático (regiões sinonasal, orbitária e crânio-facial), maior frequência de alterações císticas e elevado potencial de agressividade e recidiva, justificando intervenções cirúrgicas mais radicais.

No grupo das lesões não neoplásicas, a DCO emergiu como a LFO mais frequente, ocorrendo predominantemente em mulheres entre a quarta e quinta décadas de vida, exibindo comportamento autolimitado e três padrões clínicos bem definidos: periapical (res-

trita à região anterior da mandíbula, com manutenção da vitalidade pulpar dos dentes envolvidos), focal (solitária, com predileção por áreas posteriores da mandíbula em pacientes melano-dermas) e florida (multifocal, simétrica, bilateral, com alto risco de osteomielite secundária em caso de biópsia). Todas as variantes da DCO compartilharam a evolução radiográfica em três estágios bem demarcados: osteolítico (radiolúcido), intermediário (misto) e osteosclerótico/maduro (radiopaco com halo radiolúcido). Por fim, a displasia fibrosa destacou-se pelo acometimento de indivíduos jovens, apresentando-se em formas monostótica, poliestótica, sindrômica ou craniofacial. Clinicamente, manifestou-se como um aumento de volume indolor, enquanto radiograficamente apresentou a clássica imagem em "vidro fosco" com limites mal definidos e fusão insidiosa ao osso adjacente saudável, cuja histopatologia revelou trabéculas de osso imaturo em arranjo de "caracteres chineses".

As LFO foram descritas pela primeira vez em 1936 por Lichtenstein. Desde então sofreram várias alterações em termos de identificação e classificação ao longo dos anos (SUAREZ-SOTO *et al.*, 2013). Atualmente a classificação mais recente da OMS classifica essas lesões em cinco grupos: DCO, DF, FOJT, FOps e DCOF, sendo a displasia cemento óssea subdividida nos tipos focal, periapical e floral, (VERED; WRIGHT, 2022). Nesse sentido, o presente capítulo avaliou as características clínicas e radiográficas dessas cinco lesões.

As classificações anteriores da OMS subdividiam o FO em FCO, FOJT e FOps; no entanto, a atual classificação considera esses subtipos como lesões distintas que serão abordadas de forma separada nesse capítulo (VERED; WRIGHT, 2022). Assim, o FCO foi classificado atualmente como uma lesão de origem odontogênica, que surge especificamente dos

tecidos duros que sustentam e circundam os dentes. Apresenta-se como uma lesão assintomática restrita aos ossos gnáticos, com predileção pela região posterior da mandíbula (MORAIS *et al.*, 2025; GAUTIER *et al.*, 2025).

Assim, o FO é uma neoplasia benigna que afeta primariamente os ossos maxilares. Caracteriza-se pela substituição do osso normal por tecido fibroso e áreas calcificadas em níveis variados de mineralização (KOCHAJI *et al.*, 2023; PANDIAR *et al.*, 2026). Assim, quanto aos achados clínicos radiográficos, sabe-se que o FO é tipicamente assintomático, de crescimento lento e é frequentemente descoberto através de exames radiográficos de rotina, sendo mais comum em indivíduos do sexo feminino, na quarta década de vida principalmente, mas podem ocorrer em qualquer idade (JADAUN *et al.*, 2023; PANDIAR *et al.*, 2026). Comumente se apresenta com crescimento moderado, mas pode ser agressivo, principalmente nas formas juvenis (KOCHAJI *et al.*, 2023; PANDIAR *et al.*, 2026).

Assim, a 5ª edição (2022) da classificação da OMS divide os fibromas ossificantes não odontogênicos em duas entidades separadas, que são fibroma ossificante trabecular juvenil e fibroma ossificante psamomatoide.

Fibroma ossificante trabecular juvenil

O FOTJ ocorre tipicamente em crianças e adolescentes com idade por volta dos 15 anos, sendo considerado incomum em indivíduos adultos (GAUTIER *et al.*, 2025; PANDIAR *et al.*, 2026). Afeta principalmente os ossos maxilares, porém há relatos em outras regiões da face. Normalmente apresentam rápido crescimento, dor, mobilidade dentária, podendo causar obstrução nasal a depender na região (PANDIAR *et al.*, 2026). Quanto ao aspecto radiográfico, apresenta-se de forma radiolúcida com

calcificações dispersas e irregulares (GAUTIER *et al.*, 2025).

Histologicamente, apresenta-se como delimitadas trabéculas ósseas anastomosadas dispersas em um estroma fibroso celular, sendo esse osso na maioria dos casos imaturo (GHADIMI *et al.*, 2025). A taxa de recorrência varia de acordo com o procedimento realizado, terapias mais agressivas tendem a apresentar menor chance de recidiva, do que alternativas mais conservadoras, porém são mais mutiladoras (PANDIAR *et al.*, 2026).

Fibroma ossificante psamomatoide

O FOPs apresenta-se como uma faixa etária ampla, variando entre 5 a 40 anos, sendo mais frequente em adolescentes e adultos jovens (GAUTIER *et al.*, 2025; PANDIAR *et al.*, 2026). Sendo predominante extra-gnática ocorrendo principalmente nas regiões sinonasal, na região orbitária e nos ossos do crânio. No que refere as características radiográficas a lesão se apresenta como uma lesão bem definida, com densidade variável, a alteração cística é comum (KIM *et al.*, 2023).

Quanto ao aspecto histológico, são massas esféricas de osteoide dispersas em um estroma fibroblástico com calcificações concêntricas, produzindo uma aparência semelhante a um corpo de psamoma (GAUTIER *et al.*, 2025; KIM *et al.*, 2023).

Apresenta progressão rápida e de caráter agressivo. O tratamento é variável e normalmente terapias mais radicais são empregadas, apresentando uma alta taxa de recorrência (GAUTIER *et al.*, 2025; KIM *et al.*, 2023; PANDIAR *et al.*, 2026).

Displasia cemento óssea

A DCO é a mais comum das lesões fibro-ósseas e ocorrem primariamente na mandíbula, a DCO pode ser subdividida em três tipos de

acordo com sua localização nos maxilares: periapical, focal e florida (KUSHCHAYEVA *et al.*, 2018; NAM *et al.*, 2022). Acomete principalmente mulheres entre 40 e 50 anos de idade, sendo associada com alterações hormonais femininas (GÜNAÇAR *et al.*, 2023). As DCOs são autolimitadas e medem em média 1,5 cm, são normalmente assintomáticas, e por isso muitas vezes são identificadas em exames de rotina, devido à natureza da DCO ela não requer tratamento (GÜNAÇAR *et al.*, 2023).

A DCO periapical ocorre na região anterior de mandíbula, envolvendo a região periapical dos elementos dentários. Radiograficamente pode se apresentar como lesões ou completamente radiolúcidas ou radiopacas, porém o padrão misto é o mais frequente (GÜNAÇAR *et al.*, 2023; NAM *et al.*, 2022). Muitas dessas lesões podem ser confundidas com cistos radiculares, o que leva à realização de tratamento endodôntico nesses pacientes, porém esses elementos dentários apresentam vitalidade pulpar (GÜNAÇAR *et al.*, 2023). Radiograficamente as DCO periapical apresentam três estágios: Fase I e II caracteriza-se pela osteólise, inicia-se como uma lesão radiolúcida na porção apical da raiz do dente (TIDKE *et al.*, 2024). Na fase III, é um estágio mais maduro, compreende uma zona radiopaca densa e bem definida, circundada por um halo radiolúcido, e uma estrutura mista radiolúcida-radiopaca com depósitos radiopacos nodulares (TIDKE *et al.*, 2024). O ligamento periodontal separa a lesão da raiz, e essa lesão pode progredir ao longo de meses e até mesmo anos (TIDKE *et al.*, 2024).

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) auxilia no diagnóstico da DCO periapical, mostrando a localização, extensão e influência da lesão nas corticais ósseas e nos ápices radiculares dos dentes (TIDKE *et al.*, 2024).

A DCO focal pode ocorrer em qualquer área dos ossos maxilares, principalmente na região

posterior de mandíbula, a lesão varia de completamente radiolúcida para densamente radiopaca (GÜNAÇAR *et al.*, 2023). É mais frequente em indivíduos entre a terceira e quinta década de vida, sendo mais comum em indivíduos do sexo feminino, especialmente melano-dermas.

Trata-se de uma lesão autolimitada, assintomática e tem tamanho médio 1,5 cm. Radiograficamente pode apresentar três estágios (DECOLIBUS *et al.*, 2023; GÜNAÇAR *et al.*, 2023; RAVIKUMAR *et al.*, 2020). No estágio primitivo ou osteolítico há uma área radiolúcida bem definida com perda do ligamento periodontal e da lâmina dura. Quanto ao estágio intermediário ou cementoblástico/misto, mostra pequenas opacidades que aparecem dentro da área devido à deposição de gotículas semelhantes a cimento no tecido fibroso. Por fim, o estágio maduro ou osteosclerótico e inativo mostra radiopacidade, presente na maior parte da lesão (DECOLIBUS *et al.*, 2023; GÜNAÇAR *et al.*, 2023; RAVIKUMAR *et al.*, 2020).

A DCO florida é uma lesão multifocal e não limitada a região anterior de mandíbula, muitos casos apresentam envolvimento da região posterior, essas lesões mostram uma tendência a serem bilaterais (GÜNAÇAR *et al.*, 2023). Apresenta uma predileção por indivíduos do sexo feminino, entre a quarta e quinta década de vida, com média de idade de 42 anos (GÜNAÇAR *et al.*, 2023; THAKUR *et al.*, 2021). Inicialmente, essas lesões se apresentam predominantemente radiolúcida, posteriormente passam a ter um aspecto misto e, por fim, podem ter um predomínio de áreas radiopacas, com halo radiolúcido (GÜNAÇAR *et al.*, 2023; THAKUR *et al.*, 2021). Devemos destacar que a biópsia em DCO florida deve ser evitada, devido à baixa vascularização da região, o que pode causar osteomielite da região afetada (GÜNAÇAR *et al.*, 2023; THAKUR *et al.*, 2021).

Displasia fibrosa

A DF é uma lesão fibro-óssea incomum benigna, que consiste pela substituição do osso normal, por osso imaturo, que com o tempo se transforma em osso lamelar, tendo um aspecto semelhante a “caracteres chineses” (DAVIDOVA *et al.*, 2019; PACINO *et al.*, 2020). Clinicamente, a DF aparece três variantes: monostótica, poliestótica e sindrômica. No qual a monostótica envolve apenas um osso, a poliestótica envolve mais de um osso, já a sindrômica é associada à três síndromes: síndrome de Jaffe-Lichtenstein, síndrome de Mazabraud e a síndrome McCune-Albright (DAVIDOVA *et al.*, 2019). A DF craniofacial não se enquadra necessariamente em monostótica ou poliestótica, quando envolve maxila e ossos contíguos, como esfenóide, zigomático, frontonasal e base do crânio (DAVIDOVA *et al.*, 2019; PACINO *et al.*, 2020).

A DF craniofacial é mais comum em jovens e em adultos, em indivíduos do sexo feminino, normalmente essas lesões se apresentam como um aumento de volume indolor, tendo preferência pela região posterior de mandíbula (PACINO *et al.*, 2020). Quanto ao diagnóstico diferencial: envolve fibroma ossificante, doença de Paget. Quanto ao aspecto radiográfico, a DF tem uma aparência clássica de “vidro fosco”, com bordas mal definidas que se fundem ao osso normal (DAVIDOVA *et al.*, 2019; PACINO *et al.*, 2020).

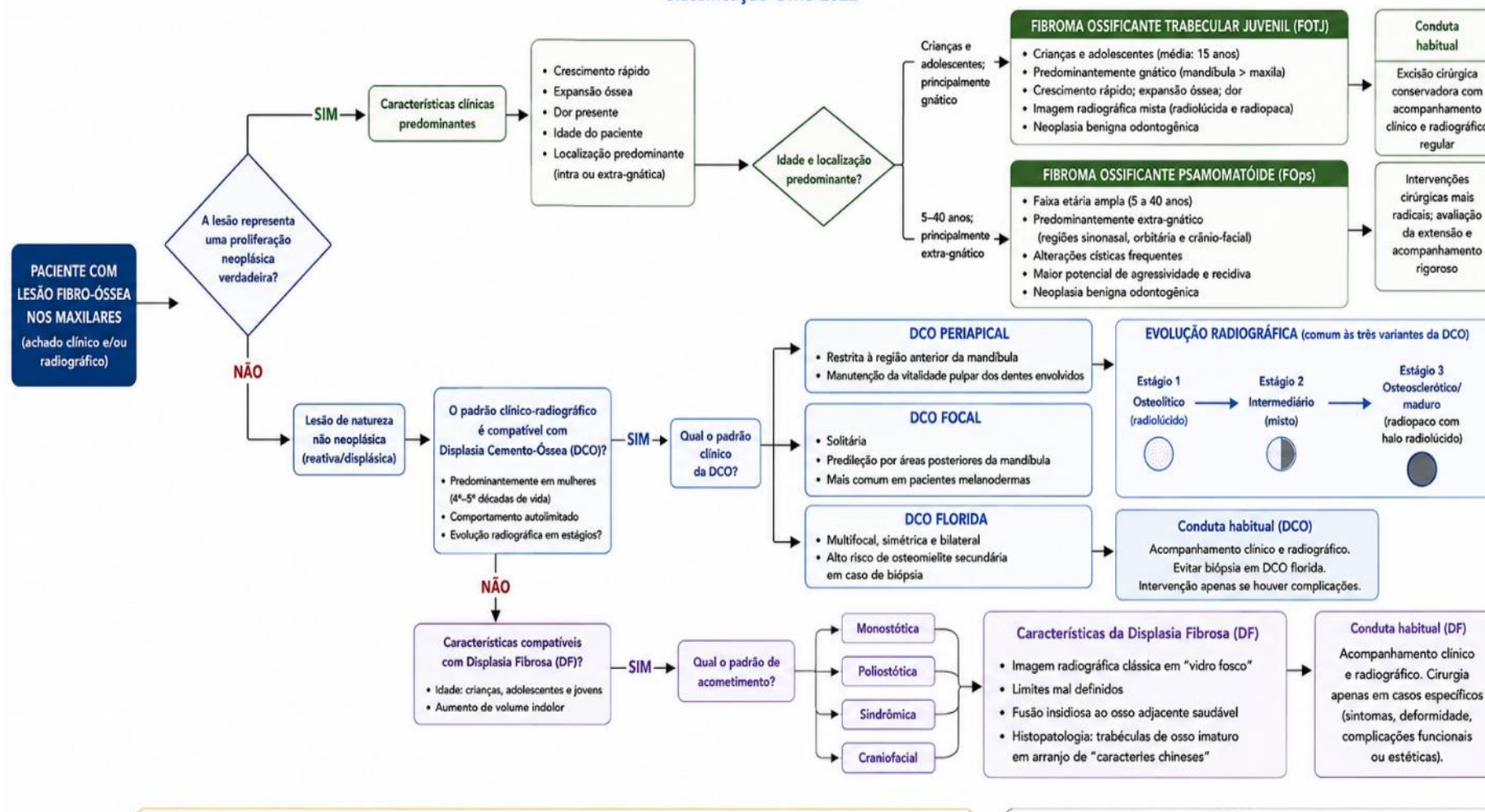
Por vezes os tratamentos cirúrgicos conservadores são mais utilizados, no entanto algumas vezes cirurgias mais agressivas são necessárias para prevenir recorrências, interromper mais deformidades e distúrbios funcionais (DAVIDOVA *et al.*, 2019; PACINO *et al.*, 2020).

A tomada de decisão referente ao tratamento das LFO, encontram-se resumidas na **Figura 55.1**.

Figura 55.1 Fluxograma para tomada de decisão do tratamento das LFO

FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DAS LESÕES FIBRO-ÓSSEAS DOS MAXILARES

Classificação OMS 2022



Nota: Imagem gerada com auxílio de inteligência artificial OpenAI.

CONCLUSÃO

As lesões fibro-ósseas constituem um grupo heterogêneo de alterações que compartilham características clínicas, radiográficas e histopatológicas, mas apresentam comportamentos biológicos e implicações terapêuticas distintas. Nesse contexto, o correto diagnóstico é fundamental para o estabelecimento de um prognóstico adequado e para a definição da conduta clínica mais apropriada. Enquanto algumas dessas lesões apresentam comportamento indolente e podem ser manejadas de forma conservadora, outras podem apresentar crescimento rápido,

expansão óssea, destruição de estruturas adjacentes e potencial de recorrência, demandando abordagem terapêutica mais intervencionista e acompanhamento rigoroso. Dessa forma, a diferenciação entre as entidades deve ser baseada na integração criteriosa dos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos, evitando diagnósticos equivocados e tratamentos desnecessariamente agressivos. O reconhecimento das particularidades de cada lesão, associado à correlação clinicorradiopatológica, permanece, portanto, essencial para garantir maior segurança diagnóstica, adequada estratificação do comportamento biológico e melhor manejo dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DAVIDOVA, L.A. *et al.* An analysis of clinical and histopathologic features of fibrous dysplasia of the jaws: a series of 40 cases and review of literature. *Head and Neck Pathology*, v. 14, p. 353, 2019. doi: 10.1007/s12105-019-01039-9.
- DECOLIBUS, K. *et al.* Cemento-osseous dysplasia of the jaw: demographic and clinical analysis of 191 new cases. *Dentistry Journal*, v. 11, p. 138, 2023. doi: 10.3390/dj11050138.
- GAUTIER, B. *et al.* Ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma: a systematic review on clinical and radiological parameters, treatment modalities and recurrence. *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 126, 2025. doi: 10.1016/j.jormas.2024.102185.
- GHADIMI, N. *et al.* Maxillary juvenile ossifying fibroma: a case study of severe tooth displacement and orbital involvement in a pediatric patient. *Radiology Case Reports*, v. 20, p. 2651, 2025. doi: 10.1016/j.radcr.2025.02.018.
- GÜNAÇAR, D.N. *et al.* Retrospective radiological analysis of cemento-osseous dysplasia. *Dental and Medical Problems*, v. 60, p. 393, 2023. doi: 10.17219/dmp/133405.
- JADAUN, G. *et al.* Ossifying fibroma of mandible: a case report. *Indian Journal of Dental Research: Official Publication of Indian Society for Dental Research*, v. 34, p. 458, 2023. doi: 10.4103/ijdr.ijdr_134_21.
- KIM, J.H. *et al.* Psammomatoid juvenile ossifying fibroma of the maxilla misdiagnosed as fibrous dysplasia: a clinicopathologic case report. *Archives of Plastic Surgery*, v. 50, p. 49, 2023. doi: 10.1055/s-0042-1758468.
- KOCHAJI, N. *et al.* Bilateral ossifying fibroma affecting the jaws: literature review, rare case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 106, 2023. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108283.
- KUSHCHAYEVA, Y.S. *et al.* Fibrous dysplasia for radiologists: beyond ground glass bone matrix. *Insights into Imaging*, v. 9, p. 1035, 2018. doi: 10.1007/s13244-018-0666-6.
- MCCARTHY, E.F. Fibro-osseous lesions of the maxillofacial bones. *Head and Neck Pathology*, v. 7, p. 5, 2013. doi: 10.1007/s12105-013-0430-7.
- MORAIS, H.G.F. *et al.* Clinical, radiographic and histopathological analysis of cemento-ossifying fibromas and fibro-osseous lesions of the oral and maxillofacial region: a 53-year retrospective study and update of current concepts. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 54, p. 1062, 2025. doi: 10.1111/jop.70059.
- NAM, I. *et al.* Cemento-osseous dysplasia: clinical presentation and symptoms. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, v. 48, p. 79, 2022. doi: 10.5125/jkaoms.2022.48.2.79.
- PACINO, G.A. *et al.* Jawbone fibrous dysplasia: retrospective evaluation in a cases series surgically treated and short review of the literature. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, v. 92, e2021018, 2020. doi: 10.23750/abm.v92i1.9904.
- PANDIAR, D. *et al.* Benign fibro-osseous lesions of the cranio-maxillofacial bones: an updated review with special emphasis on molecular pathogenesis. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*, v. 44, 2026. doi: 10.1007/s00774-025-01662-3.
- RAVIKUMAR, S.S. *et al.* Focal cemento-osseous dysplasia. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, v. 24, S19, 2020. doi: 10.4103/jomfp.JOMFP_209_19.
- SUAREZ-SOTO, A. *et al.* Management of fibro-osseous lesions of the craniofacial area. Presentation of 19 cases and review of the literature. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 18, e479, 2013. doi: 10.4317/medoral.18289.
- THAKUR, A. *et al.* Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Indian Journal of Dental Research*, v. 32, p. 134, 2021. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_754_18.
- TIDKE, P. *et al.* Periapical cemento-osseous dysplasia: a journey from diagnostic dilemma to accurate diagnosis with use of 3D imaging. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, v. 16, S951, 2024. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_465_23.
- VERED, M.; WRIGHT, J.M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head and Neck Pathology*, v. 16, p. 63, 2022. doi: 10.1007/s12105-021-01404-7.