

DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: ASPECTOS CLÍNICOS, IMAGINOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS

Ana Julia Monteiro de Lima¹;

¹Centro Universitário Facol (UNIFACOL), Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2173497228530713>

Maria Eduarda Souza de Jesus e Silva²;

²Centro Universitário Facol (UNIFACOL), Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/1205290652996824>

Anna Luíza König Hunka³;

³Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/1644762748706389>

Milena Mello Varela Ayres de Melo⁴;

⁴Faculdade de Medicina de Olinda (FMO), Olinda, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/1205290652996824>

Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo⁵;

⁵Hospital Padre Jeremias, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul.

<http://lattes.cnpq.br/3205783375055533>

Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo⁶;

⁶Faculdade de Medicina de Olinda (FMO), Olinda, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/1644762748706389>

Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo⁷.

⁷Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2232999916086745>

RESUMO: A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares, multifocal e relacionada a áreas dentadas, caracterizada pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso e material mineralizado semelhante a osso e cimento. Embora seja geralmente assintomática e identificada incidentalmente em exames de imagem, possui relevância clínica por mimetizar lesões periapicais inflamatórias, favorecer procedimentos endodônticos desnecessários e apresentar risco de infecção secundária em estágios maduros. Esta revisão de literatura discute aspectos conceituais, epidemiológicos, clínicos, imaginológicos e terapêuticos da DCOF, com ênfase na correlação clínico-radiográfica, no teste de vitalidade pulpar, no diagnóstico diferencial, nas complicações infecciosas e na reabilitação oral. O diagnóstico costuma ser estabelecido em lesões típicas por associação entre dentes vitais, distribuição bilateral ou multiquadrante e padrão radiográfico evolutivo. O tratamento conservador permanece indicado para casos assintomáticos, enquanto lesões infectadas ou associadas à osteomielite demandam manejo individualizado. A indicação de implantes dentários ainda requer cautela, seleção

critérioria e acompanhamento prolongado.

PALAVRAS-CHAVE: Displasia cemento-óssea. Diagnóstico por imagem. Osteomielite.

FLORID CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA: CLINICAL, IMAGING AND THERAPEUTIC ASPECTS IN DENTISTRY

ABSTRACT: Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a benign fibro-osseous lesion of the jaws, usually multifocal and related to tooth-bearing areas, characterized by replacement of normal bone by fibrous connective tissue and mineralized material resembling bone and cementum. Although it is generally asymptomatic and incidentally detected on imaging examinations, FCOD has clinical relevance because it may mimic inflammatory periapical lesions, lead to unnecessary endodontic procedures and present risk of secondary infection in mature stages. This literature review discusses conceptual, epidemiological, clinical, imaging and therapeutic aspects of FCOD, emphasizing clinicoradiographic correlation, pulp vitality testing, differential diagnosis, infectious complications and oral rehabilitation. In typical cases, diagnosis is usually established by the association of vital teeth, bilateral or multiquadrant distribution and compatible radiographic evolution. Conservative management remains indicated for asymptomatic cases, whereas infected lesions or lesions associated with osteomyelitis require individualized management. Dental implant placement should still be approached with caution, careful case selection and long-term follow-up.

KEYWORDS: Cemento-osseous dysplasia. Diagnostic imaging. Osteomyelitis.

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares representam um grupo de alterações caracterizadas pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso associado à deposição variável de material mineralizado. Apesar de compartilharem esse padrão histológico geral, não constituem um conjunto homogêneo do ponto de vista clínico, radiográfico ou terapêutico. Algumas alterações apresentam comportamento autolimitado e exigem apenas acompanhamento, enquanto outras têm potencial expansivo, podem simular neoplasias benignas ou demandar intervenção cirúrgica. Por esse motivo, o diagnóstico dessas lesões deve ser construído pela integração entre história clínica, exame físico, vitalidade dentária, distribuição anatômica, imagem radiográfica ou tomográfica e, em situações selecionadas, análise histopatológica (MACDONALD-JANKOWSKI, 2003; SPEIGHT; TAKATA, 2018; VERED; WRIGHT, 2022).

A displasia cemento-óssea florida (DCOF), correspondente ao termo florid cemento-osseous dysplasia da literatura internacional, integra o espectro das displasias cemento-ósseas. A condição acomete preferencialmente regiões dentadas dos maxilares e se diferencia das formas periapical e focal principalmente pela multiplicidade das áreas envolvidas, que podem atingir dois, três ou quatro quadrantes. O termo “florida” não deve ser interpretado como sinônimo de agressividade neoplásica, mas como referência à

extensão e ao padrão multifocal das lesões, aspecto reiterado por estudos de revisão e relatos clínicos sobre a condição (FENERTY et al., 2017; BRODY et al., 2019; DECANI et al., 2024).

Na prática odontológica, a DCOF tem importância desproporcional ao seu comportamento geralmente benigno. Em grande parte dos pacientes, a lesão é assintomática, a mucosa está íntegra e os dentes adjacentes mantêm vitalidade pulpar. Ainda assim, a semelhança inicial com alterações periapicais inflamatórias pode conduzir a tratamentos endodônticos desnecessários, enquanto estágios radiopacos maduros podem dificultar exodontias, cirurgias periodontais, instalação de implantes e reabilitações protéticas. A lesão, portanto, não deve ser tratada apenas como achado radiográfico, mas como condição que modifica o planejamento odontológico e exige decisão terapêutica individualizada, sobretudo quando há sintomas ou risco de intervenção invasiva (AIUTO et al., 2018; OLGAC et al., 2021; GABAY et al., 2024).

A etiopatogenia da DCOF permanece incompletamente esclarecida. A associação com áreas dentadas sustenta a hipótese de participação de células do ligamento periodontal, mas essa explicação não esclarece integralmente a variabilidade clínica da doença, seu predomínio em determinados grupos populacionais, a ocorrência familiar e os diferentes padrões de evolução. Nesse contexto, estudos recentes têm ampliado a compreensão da condição ao discutir alterações moleculares relacionadas à via RAS-MAPK e particularidades da forma familiar, que pode apresentar início mais precoce, lesões mais extensas e alterações dentárias associadas (KÜÇÜKKURT et al., 2016; HAEFLIGER et al., 2023; SMIT et al., 2024).

Outro aspecto relevante é a possibilidade de infecção secundária. À medida que a lesão amadurece, a mineralização intensa e a redução relativa da vascularização local podem tornar o tecido mais suscetível à infecção após exposição ao meio bucal. Exodontias, trauma protético, biópsias sem indicação precisa e procedimentos cirúrgicos em áreas acometidas podem favorecer dor, supuração, exposição óssea e osteomielite crônica, especialmente na mandíbula. Além disso, a reabilitação oral, incluindo a possibilidade de implantes dentários, permanece tema de cautela, pois a literatura recente sugere viabilidade apenas em casos selecionados e com planejamento criterioso (KATO et al., 2020; HOSSEINPOUR et al., 2024; TITINCHI et al., 2025; HU et al., 2025).

Diante desse cenário, a abordagem da DCOF exige equilíbrio entre vigilância e intervenção. O excesso de tratamento pode produzir iatrogenias em uma lesão que permaneceria estável, enquanto a subvalorização de sinais infecciosos pode permitir evolução para quadros de difícil controle. Assim, a literatura contemporânea tem reforçado a necessidade de diagnóstico criterioso, acompanhamento individualizado e seleção cuidadosa de procedimentos invasivos.

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre a displasia cemento-óssea florida, abordando seus aspectos

conceituais, epidemiológicos, clínicos, imaginológicos, diagnósticos e terapêuticos, com ênfase na importância da correlação clínico-radiográfica, do teste de vitalidade pulpar, do diagnóstico diferencial, da prevenção de complicações infecciosas e do planejamento de procedimentos invasivos em Odontologia.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa, natureza básica, objetivos exploratório e descritivo e procedimento bibliográfico. A pesquisa foi realizada por meio da consulta a artigos científicos, revisões, relatos de caso e documentos de referência disponíveis em bases como PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Google Scholar, priorizando publicações dos últimos dez anos, sem excluir estudos clássicos relevantes ao tema. Por não se tratar de pesquisa de campo, não houve definição de local físico, população ou amostra. A seleção dos estudos ocorreu pela leitura de títulos, resumos e textos completos, incluindo materiais relacionados aos aspectos clínicos, imaginológicos, diagnósticos e terapêuticos da displasia cemento-óssea florida. Os dados foram analisados de forma descritiva e interpretativa. Por não envolver seres humanos, animais, prontuários ou dados identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo respeitados os princípios de integridade acadêmica e adequada citação das fontes consultadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão da displasia cemento-óssea florida exige, inicialmente, sua inserção no grupo das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. As classificações da Organização Mundial da Saúde situam as displasias cemento-ósseas como alterações não neoplásicas que devem ser interpretadas pela associação entre achados clínicos, radiográficos e, quando necessário, histopatológicos. Essa leitura aproxima os trabalhos classificatórios de Speight e Takata (2018) e Vered e Wright (2022) das revisões de MacDonald-Jankowski (2003), Fenerty et al. (2017) e Decani et al. (2024), pois todos reforçam, direta ou indiretamente, que a DCOF não pode ser definida por um único achado isolado. A diferença de enfoque está no fato de que as classificações delimitam o lugar da entidade entre os tumores e lesões ósseas maxilofaciais, enquanto as revisões clínicas enfatizam suas implicações práticas para o diagnóstico e o planejamento odontológico.

Essa necessidade de diagnóstico contextual torna-se mais evidente diante das dificuldades terminológicas e diagnósticas associadas à DCOF. Brody et al. (2019) destacam a dificuldade de interpretação de radiolucências periapicais e de classificação das displasias cemento-ósseas, aspecto que dialoga com a própria variação de nomenclatura encontrada na literatura, como florid cemento-osseous dysplasia, florid osseous dysplasia e displasia cemento-óssea florida. Embora essa variação não altere necessariamente o comportamento clínico da doença, ela interfere na comparação entre estudos e pode dificultar a busca bibliográfica. Assim, a terminologia deve ser compreendida como parte do

problema diagnóstico, e não apenas como detalhe semântico.

Os estudos disponíveis convergem ao indicar que a DCOF ocorre com maior frequência em mulheres adultas, especialmente entre a quarta e a sexta décadas de vida, com maior ocorrência descrita em mulheres negras e asiáticas. Fenerty et al. (2017) e Brody et al. (2019) sustentam esse perfil epidemiológico clássico, mas o próprio conjunto da literatura impede que idade, sexo ou origem étnica sejam usados como critérios absolutos de diagnóstico. A relevância desses dados está em sua função de apoio: eles aumentam a suspeita clínica quando associados a dentes vitais, lesões multifocais e distribuição bilateral ou multiquadrante, mas não confirmam nem excluem isoladamente a doença.

No campo etiopatogênico, observa-se uma diferença de enfoque entre os autores. A hipótese de origem periodontal permanece coerente com a predileção da DCOF por áreas dentadas e com a associação a dentes vitais. Entretanto, Haefliger et al. (2023) ampliam essa análise ao apontar a participação de alterações relacionadas à via RAS-MAPK em parte dos casos de displasia cemento-óssea. Essa contribuição não substitui a hipótese periodontal, mas desloca a discussão para uma compreensão biológica mais complexa. De modo complementar, Küçükkurt et al. (2016) e Smit et al. (2024) chamam atenção para a forma familiar, que pode apresentar início mais precoce, maior extensão, esclerose acentuada, expansão óssea, dentes impactados e retenção de dentes decíduos. A articulação entre esses estudos evidencia que a DCOF não deve ser interpretada como entidade uniforme em todos os pacientes.

A correlação clínico-radiográfica permanece o eixo mais importante do diagnóstico. A presença de lesões radiolúcidas, mistas ou radiopacas em regiões dentadas deve ser interpretada em conjunto com vitalidade pulpar, distribuição anatômica, ausência ou presença de sintomas e evolução imaginológica. Fenerty et al. (2017), Brody et al. (2019) e Decani et al. (2024) convergem ao sustentar a importância dessa integração, especialmente porque a fase inicial da DCOF pode mimetizar granuloma periapical, cisto radicular ou outras alterações inflamatórias de origem endodôntica. A diferença central entre essas condições não está apenas na imagem, mas na vitalidade dos dentes envolvidos e na ausência de causa pulpar compatível.

Essa interpretação também explica por que o diagnóstico histopatológico isolado pode ser insuficiente. O tecido conjuntivo fibroso celularizado, as trabéculas ósseas irregulares e as massas mineralizadas cementóides podem se sobrepor a achados observados em outras lesões fibro-ósseas. Fibroma cemento-ossificante, displasia fibrosa, osteíte condensante, osteomielite esclerosante difusa, doença de Paget e enostoses múltiplas podem entrar no diagnóstico diferencial conforme o estágio radiográfico e o padrão de distribuição. Desse modo, a discussão classificatória proposta por Speight e Takata (2018) e Vered e Wright (2022) tem implicação prática direta: lesões fibro-ósseas exigem integração diagnóstica e não devem ser conduzidas apenas pela aparência microscópica ou por uma imagem isolada.

A avaliação por imagem deve ser proporcional à necessidade clínica. A radiografia

panorâmica permanece útil para reconhecer distribuição bilateral ou multiquadrante e identificar lesões em diferentes estágios de maturação. A tomografia computadorizada de feixe cônico, por sua vez, deve ser reservada para situações em que exista dúvida diagnóstica, sintomas, suspeita de infecção secundária, expansão cortical, proximidade com estruturas anatômicas ou necessidade de planejamento cirúrgico e reabilitador. Essa posição evita tanto a subinvestigação de casos atípicos quanto a solicitação indiscriminada de exames em pacientes assintomáticos com lesões típicas e estáveis.

A principal complicação clínica da DCOF é a infecção secundária. Kato et al. (2020), ao analisarem 66 casos de displasia cemento-óssea infectada, observaram predominância em mulheres, média de idade de 57,4 anos, acometimento mandibular em 95,5% dos casos e maior frequência da variante florida entre os subtipos infectados, com exodontia frequentemente associada ao desenvolvimento da infecção. Titinchi et al. (2025), ao abordar o manejo cirúrgico da displasia cemento-óssea em análise multicêntrica, reforçam a importância de individualizar a intervenção quando há complicações. Esses estudos convergem ao indicar que o problema não está apenas na presença da DCOF, mas na exposição do tecido displásico hipovascularizado ao meio bucal e na dificuldade de reparo após procedimentos invasivos.

A literatura também converge quanto à conduta conservadora em lesões assintomáticas. Aiuto et al. (2018), Olgac et al. (2021), Gabay et al. (2024) e Titinchi et al. (2025) sustentam, por diferentes enfoques, que a decisão terapêutica deve distinguir lesões estáveis de lesões sintomáticas ou infectadas. Enquanto casos assintomáticos e típicos tendem a ser acompanhados clinicamente, casos com dor persistente, supuração, fístula, exposição óssea, sequestro ou osteomielite podem exigir antibióticos em fases agudas e remoção seletiva de tecido desvitalizado, curetagem, sequestrectomia ou debridamento. A tensão entre observar e intervir é central: operar desnecessariamente pode produzir iatrogenia, mas negligenciar sinais infecciosos pode permitir evolução para quadros crônicos de difícil controle.

Essa tensão também se manifesta no planejamento odontológico cotidiano. Dentes vitais não devem receber tratamento endodôntico apenas porque apresentam imagem periapical compatível com estágio inicial de DCOF. Da mesma forma, biópsias em lesões típicas, exodontias evitáveis, cirurgias periodontais extensas e próteses mal adaptadas podem romper a barreira mucosa e favorecer contaminação. Brody et al. (2019), Kato et al. (2020) e Gabay et al. (2024) contribuem para essa interpretação ao reforçar, respectivamente, o risco de erro diagnóstico, a associação entre infecção e procedimentos invasivos e a necessidade de diferenciar casos sintomáticos de assintomáticos. Assim, a preservação dentária, o controle de biofilme, a manutenção periodontal e o ajuste protético não são medidas acessórias, mas componentes preventivos do manejo.

No campo da reabilitação oral, os implantes dentários representam o ponto mais controverso. Hosseinpour et al. (2024) discutem a viabilidade de tratamentos implantossuportados em pacientes com displasia cemento-óssea focal ou florida, enquanto

Hu et al. (2025), ao combinarem revisão sistemática e série retrospectiva, observaram taxa geral de sucesso de 79,3% em 29 implantes, com falhas concentradas em casos de DCOF e maior risco quando os implantes estavam inseridos em áreas displásicas. Esses achados não autorizam considerar a DCOF uma contraindicação absoluta em todos os casos, mas também não permitem tratá-la como condição de previsibilidade semelhante ao osso normal. A interpretação mais prudente é considerar a DCOF como fator de risco local aumentado, exigindo planejamento tomográfico, ausência de infecção ativa, seleção criteriosa e acompanhamento prolongado.

As limitações da literatura reduzem a força das recomendações clínicas. Muitos estudos são relatos de caso, revisões narrativas, séries retrospectivas ou revisões sistemáticas dependentes de amostras pequenas e critérios heterogêneos. Essa limitação aparece de forma particularmente importante nos temas de manejo cirúrgico, definição de lesão sintomática, infecção secundária e reabilitação com implantes. Gabay et al. (2024), Hosseinpour et al. (2024), Hu et al. (2025) e Titinchi et al. (2025) contribuem para organizar o debate recente, mas também evidenciam a necessidade de estudos prospectivos, critérios diagnósticos padronizados e acompanhamento de longo prazo.

Ao articular essas perspectivas, observa-se que a DCOF deve ser entendida como uma condição benigna, porém clinicamente relevante. O caráter geralmente assintomático sustenta a conduta conservadora, enquanto a possibilidade de infecção secundária exige vigilância e cuidado com intervenções invasivas. As contribuições moleculares e os estudos sobre forma familiar ampliam a compreensão biológica da doença, mas ainda não modificam substancialmente a conduta clínica cotidiana. Desse modo, a decisão terapêutica mais adequada continua sendo aquela baseada na correlação clínico-radiográfica, na vitalidade pulpar, na presença ou ausência de sinais objetivos de infecção e no risco de exposição do tecido displásico ao meio bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adisplasia cemento-óssea florida é uma condição benigna, multifocal e frequentemente assintomática, mas de grande importância para a prática odontológica. Seu reconhecimento adequado evita diagnósticos equivocados, tratamentos endodônticos desnecessários, biópsias sem indicação e procedimentos cirúrgicos capazes de desencadear complicações infecciosas.

O diagnóstico deve ser baseado na correlação entre exame clínico, vitalidade pulpar e achados imaginológicos. Em apresentações típicas, com dentes vitais, lesões bilaterais ou multiquadrantes e padrão radiográfico compatível com os estágios evolutivos da doença, o diagnóstico clínico-radiográfico geralmente é suficiente. Lesões atípicas, expansivas, assimétricas ou associadas a sinais neurossensoriais exigem investigação mais ampla.

O tratamento conservador permanece como conduta de escolha para lesões assintomáticas. O acompanhamento deve priorizar controle periodontal, prevenção de cárie, manutenção protética adequada, orientação ao paciente e monitoramento radiográfico

individualizado. Em casos de infecção secundária, exposição óssea, supuração, fístula, sequestro ou osteomielite, a abordagem deve ser direcionada ao controle infeccioso e à remoção seletiva de tecido desvitalizado, evitando cirurgias excessivamente agressivas.

A reabilitação com implantes dentários não deve ser considerada contraindicação absoluta em todos os pacientes com DCOF, mas permanece uma conduta de risco aumentado e previsibilidade limitada. Sua indicação deve ser excepcional, baseada em planejamento tomográfico criterioso, possibilidade de evitar áreas densamente displásicas, ausência de infecção ativa e acompanhamento prolongado. O avanço do conhecimento sobre a DCOF depende de estudos prospectivos, padronização diagnóstica e melhor compreensão das formas familiares e dos fatores associados à progressão e à infecção.

REFERÊNCIAS

- AIUTO, R. et al. **Management of symptomatic florid cemento-osseous dysplasia: literature review and a case report.** Journal of Clinical and Experimental Dentistry, v. 10, n. 3, p. e291-e295, 2018. DOI: 10.4317/jced.54747.
- BRODY, A. et al. **Difficulties in the diagnosis of periapical translucencies and in the classification of cemento-osseous dysplasia.** BMC Oral Health, v. 19, art. 139, 2019. DOI: 10.1186/s12903-019-0843-0.
- DECANI, S. et al. **Florid cemento-osseous dysplasia: a case report and review of literature.** Heliyon, v. 10, n. 14, e33746, 2024. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e33746.
- FENERTY, S. et al. **Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications.** Skeletal Radiology, v. 46, n. 5, p. 581-590, 2017. DOI: 10.1007/s00256-017-2590-0.
- GABAY, M. et al. **Treatment indications for symptomatic versus asymptomatic florid cemento-osseous dysplasia in adult patients: a systematic review.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, v. 138, n. 6, p. 686-701, 2024. DOI: 10.1016/j.oooo.2024.06.011.
- HAEFLIGER, S. et al. **Cemento-osseous dysplasia is caused by RAS-MAPK activation.** Pathology, v. 55, n. 3, p. 324-328, 2023. DOI: 10.1016/j.pathol.2022.10.006.
- HOSSEINPOUR, S. et al. **Are implant-based treatments considered viable for patients with focal or florid cemento-osseous dysplasia? A systematic review.** Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery, v. 46, art. 23, 2024. DOI: 10.1186/s40902-024-00426-9.
- HU, H. et al. **Clinical and radiologic outcomes of dental implants in cemento-osseous dysplasia: a systematic review and retrospective case series.** BMC Oral Health, v. 25, art. 1117, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-06509-x.
- KATO, C. N. A. O. et al. **Infected cemento-osseous dysplasia: analysis of 66 cases and literature review.** Head and Neck Pathology, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2020. DOI: 10.1007/s12105-019-01037-x.
- KÜÇÜKKURT, S. et al. **Familial florid osseous dysplasia: a report with review of the literature.** BMJ Case Reports, v. 2016, bcr2015214162, 2016. DOI: 10.1136/bcr-2015-

214162.

MACDONALD-JANKOWSKI, D. S. **Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review**. Dentomaxillofacial Radiology, v. 32, n. 3, p. 141-149, 2003. DOI: 10.1259/dmfr/32988764.

OLGAC, V. et al. **A clinicopathologic analysis of 135 cases of cemento-osseous dysplasia: to operate or not to operate?** Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, v. 122, n. 3, p. 278-282, 2021. DOI: 10.1016/j.jormas.2020.06.002.

SMIT, C. et al. **Familial florid cemento-osseous dysplasia: an overview of a rare entity**. Journal of Oral Diagnosis, v. 9, e262, 2024. Disponível em: <https://joraldiagnosis.com/revista/article/view/262>. Acesso em: 17 jun. 2026.

SPEIGHT, P. M.; TAKATA, T. **New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours**. Virchows Archiv, v. 472, n. 3, p. 331-339, 2018. DOI: 10.1007/s00428-017-2182-3.

TITINCHI, F. et al. **Cemento-osseous dysplasia: a multi-centre analysis of surgical management**. Oral and Maxillofacial Surgery, v. 29, art. 96, 2025. DOI: 10.1007/s10006-025-01394-8.

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, n. 1, p. 63-75, 2022. DOI: 10.1007/s12105-021-01404-7.