

# CALCIFICAÇÕES METASTÁTICAS

Ramiro Vilela Junqueira Neto

Carlos Eduardo Monteiro Ramos

Luciana Neves Machado Rezende

Gabriella Lopes de Rezende Barbosa

As calcificações metastáticas ocorrem pela deposição elevada de cálcio em tecidos normais, resultante do seu excesso na corrente sanguínea. O processo tem origem devido à remoção do cálcio dos ossos, comum em situações de inflamações, imobilidade, hiperparatireoidismo, hipervitaminose D ou dieta excessivamente rica desse íon. A elevação dos níveis de cálcio faz com que ele combine com o fosfato e precipite nos tecidos que entram em contato com as altas concentrações. Esse tipo de calcificação é menos frequente, no entanto mais disseminada no organismo que as distróficas e idiopáticas.

- Mineralização do ligamento estilohióideo
- Osteoma cútis
- Miosite Ossificante

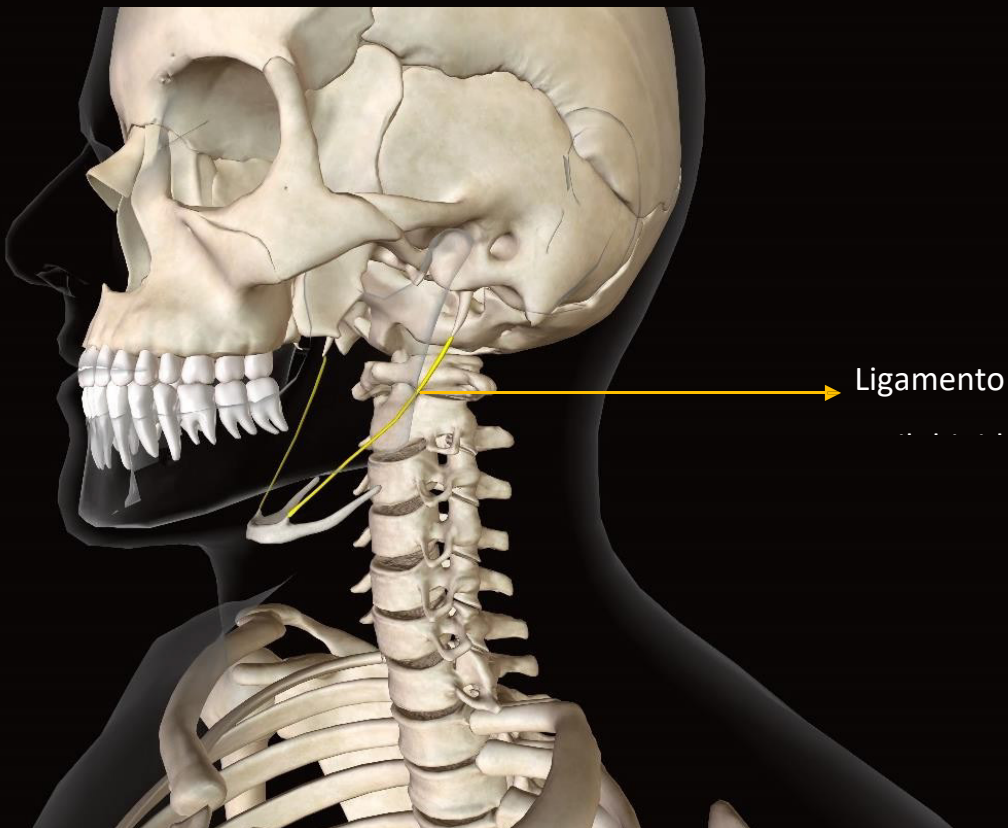
## MINERALIZAÇÃO DO LIGAMENTO ESTILOHIOIDEO

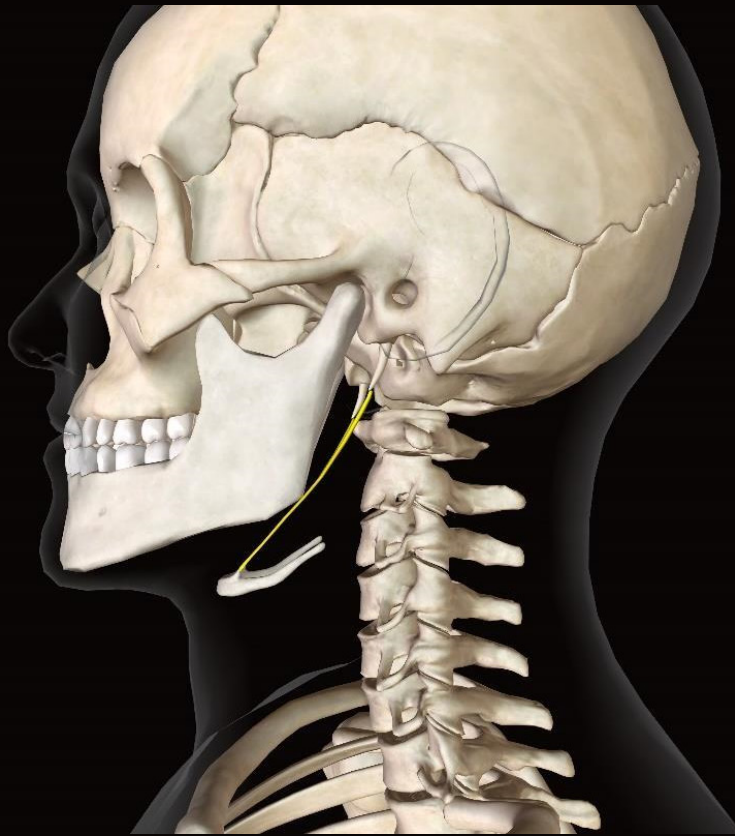
### Características clínicas

O ligamento estilohioideo é uma estrutura cartilaginosa que conecta o processo estilóide do osso temporal ao corno menor do osso hióide. Esse conjunto de estruturas é denominado de cadeia estilohióidea. A determinada etiologia dessa mineralização ainda é incerta, sendo comum seu acometimento parcial do ligamento, enquanto que a forma completa é considerada rara. Clinicamente é possível observar uma estrutura firme e pontiaguda localizada na fossa tonsilar através da palpação, indicando o alongamento da estrutura, a qual em condições normais não poderia ser palpada. A mineralização do ligamento estilóide na maioria dos casos é assintomática, porém quando sintomática, essa condição patológica é denominada de Síndrome de Eagle, e pode ser dividida em dois grupos: síndrome clássica de Eagle e a síndrome da artéria carótida. A Síndrome de Eagle clássica é mais comum e está relacionada à invasão no nervo craniano devido à trauma na região do pescoço (cicatrização pós amigdalectomia ou trauma cervical) e seus sintomas podem ser explicados pela invasão do ligamento calcificado e o tecido cicatricial que comprimem os nervos cranianos. A sintomatologia inclui dor contínua na faringe ao falar, mastigar, deglutir, assobiar, bocejar, girar a cabeça, sensação de corpo estranho na garganta, dores de ouvido ou zumbido. Quando não associada a trauma a Síndrome de Eagle se relaciona a artéria carótida, resultante da invasão do ligamento nos vasos das carótidas interna e externa. Sua sintomatologia é explicada através da compressão mecânica do ligamento na artéria carótida e estímulo de seu plexo do nervo simpático. Os sintomas incluem dor nas regiões de distribuição das artérias carótidas, cefaleia, otalgia, zumbido, vertigem, síncope e perda visual. A sintomatologia dessa patologia é incerta, incluindo assim no diagnóstico diferencial a nevralgia do trigêmeo e do glossofaríngeo, disfunção da ATM, tumores da base da língua e hipofaringe, alterações degenerativas da coluna cervical, amigdalite e faringite crônicas. O diagnóstico preciso é obtido através da palpação e aplicação de anestésico local na fossa tonsilar e o imprescindível exame radiográfico.

O tratamento é realizado em casos sintomáticos, e depende do grau de desconforto do paciente, podendo ser conservador, utilizando medicação oral de antidepressivos e anticonvulsivantes, anestesia local com esteroides no interior da fossa tonsilar, além de outros métodos que incluem redução da dor com fisioterapia; e cirúrgico, onde ocorre a remoção do processo estilóide.



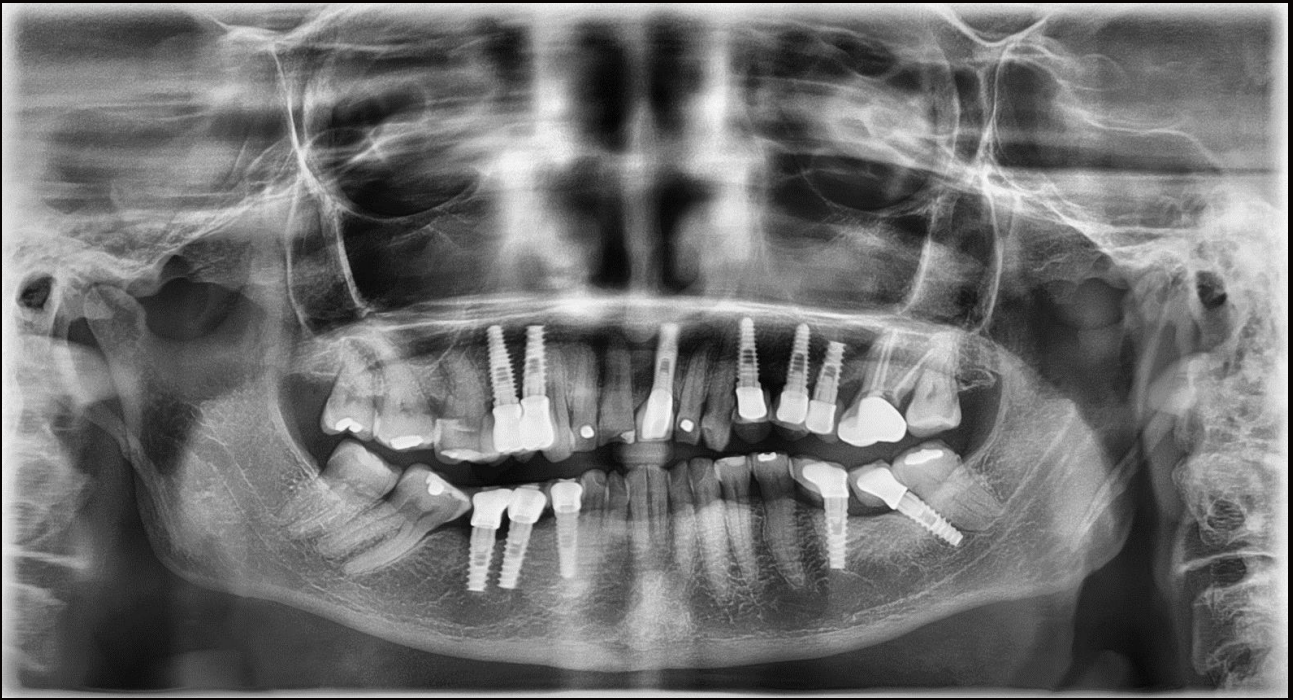


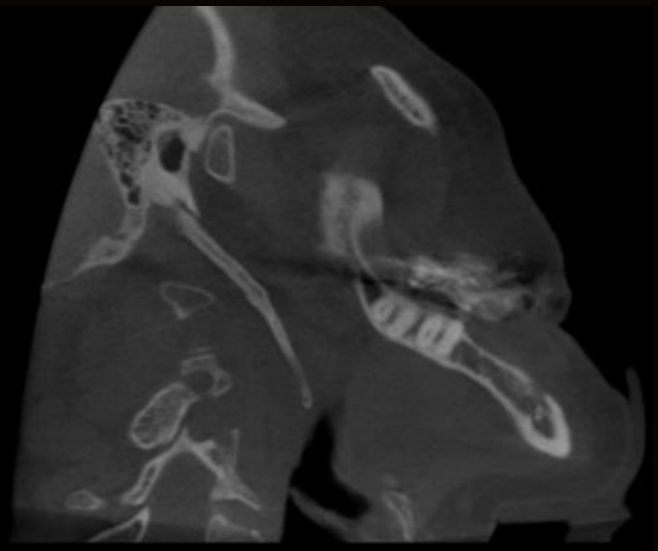
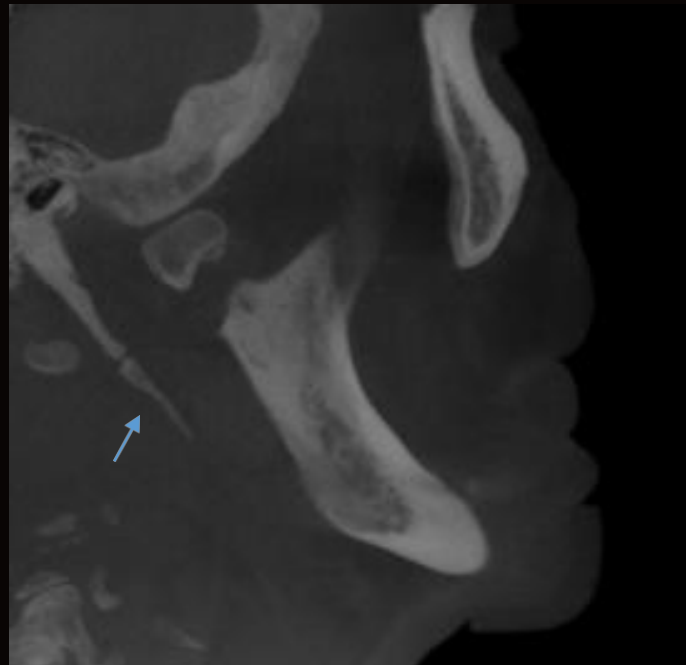


## Características imagiológicas

Na radiografia panorâmica a ossificação do ligamento estiloide localiza-se anteriormente à região do processo mastoide e cruza a porção posteroinferior do ramo mandibular em direção ao osso hioide. O ligamento mineralizado é visualizado como uma estrutura radiopaca alongada, pontiaguda e fina, com sua base mais ampla, em direção anteroinferior. Possui contorno praticamente retilíneo, em determinados casos pode possuir irregularidades na sua superfície externa. A estrutura interna do ligamento pouco ossificado é homogênea, mas à medida que a mineralização aumenta, essa estrutura se torna mais radiopaca. Quando visualizada em uma radiografia panorâmica, poucas são as chances de se obter um diagnóstico errôneo. Ao exame tomográfico nota-se uma estrutura retilínea hiperdensa com trajeto descendente, em direção ao osso hióide com origem no processo estiloide. Em alguns casos, é possível observar uma pseudoarticulação de porções mineralizadas desse ligamento.









## OSTEOMA CUTÂNEO

### Características clínicas

Osteoma cutâneo é uma patologia rara na qual ocorre a deposição de cálcio e fosfato semelhante ao tecido ósseo na derme e hipoderme. Sua patogênese ainda é desconhecida, entretanto duas teorias são mais aceitas pela literatura. A primeira aponta à metaplasia local de células mesenquimais indiferenciadas ou já maduras, como os fibroblastos, formando tecido ósseo, pela probabilidade da alteração na tensão de oxigênio, pH, atividade enzimática, alta atividade da fosfatase alcalina, concentrações de cálcio e fósforo locais, presença dos colágenos tipos I e III e do TGF $\beta$ . A segunda consiste em uma desordem embriológica em que células mesenquimais primitivas se diferenciam em osteoblastos e migram para locais incertos, no caso os tecidos da pele e subcutâneo. Essa calcificação benigna pode ser primária, ocorrendo no tecido sadio ou secundária, quando se desenvolve em um tecido lesionado ou rompido. A ossificação primária pode estar associada a osteodistrofia hereditária de Albright, osteoma múltiplo miliar da face, osteoma isolado, osteoma disseminado e osteoma congênito em placa. A secundária corresponde a 80-85% dos casos e se associa a lesões prévias como doenças inflamatórias da pele, dermatomiosites, morfeia, esclerose sistêmica progressiva, síndrome de Crest, carcinoma de células basais e epiteloma calcificado de Malherbe, traumas, cicatrizes e aplicações de corticoides intralesionais por tempo prolongado em queloides. O osteoma secundário ocorre quase exclusivamente em mulheres com acne inflamatória de longa duração, e sua exata relação com a acne ainda é desconhecida. Clinicamente, o osteoma cutâneo é normalmente assintomático, se localizam nas regiões de cabeça e pescoço, e quando encontrados na cavidade oral (osteoma mucoso ou coristoma ósseo) a língua é o local mais afetado. Aparecem em forma de nódulos pequenos, imóveis, duros, irregulares, bem circunscritos, ocasionalmente ulcerados e geralmente da cor da pele, e em alguns casos com uma coloração branco-amarelada. Em casos onde há diversas lesões (de dúzias a centenas) é denominado osteoma cutâneo miliar múltiplo, e frequentemente aparecem na região facial de pacientes do sexo feminino ou no couro cabeludo e região torácica em pacientes do sexo masculino. As medidas de tratamento são limitadas. A incisão associada à curetagem do fragmento ósseo seguida de sutura é considerada uma técnica menos invasiva e possui resultado eficaz. A extirpação dos fragmentos ósseos após microincisões por agulha, seguida de fechamento primário é uma técnica simples e de excelente custo benefício.

## Características imagiológicas

Radiograficamente, os osteomas são localizados geralmente nas regiões da bochecha e dos lábios, ficando assim sobrepostos às raízes ou processo alveolar. Para se obter uma radiografia para diagnóstico mais preciso, faz-se a imagem somente da bochecha com o posicionamento de um filme intraoral entre a bochecha e o processo alveolar, localizando assim a lesão. Os osteomas são visualizados como imagens radiopacas, de formato redondo, oval ou em forma de disco, podem ser únicos ou múltiplos e cada um mede de 0,5 a 2,0 mm de diâmetro e possui uma margem suave e bem. O aspecto interno da lesão pode ser de uma radiopacidade homogênea, mas pode apresentar um centro radiolúcido que representa a gordura do osso medular normal. Lesões individuais de acne cística calcificada aparecem como radiopacidades em flocos de neve, as quais correspondem ao local clínico da cicatriz. No exame tomográfico, é possível identificar as pequenas hiperdensidades na porção mais superficial do contorno de tecidos moles do paciente, sendo possível, em alguns casos, ver as mineralização junto ao contorno facial em reconstruções 3D.

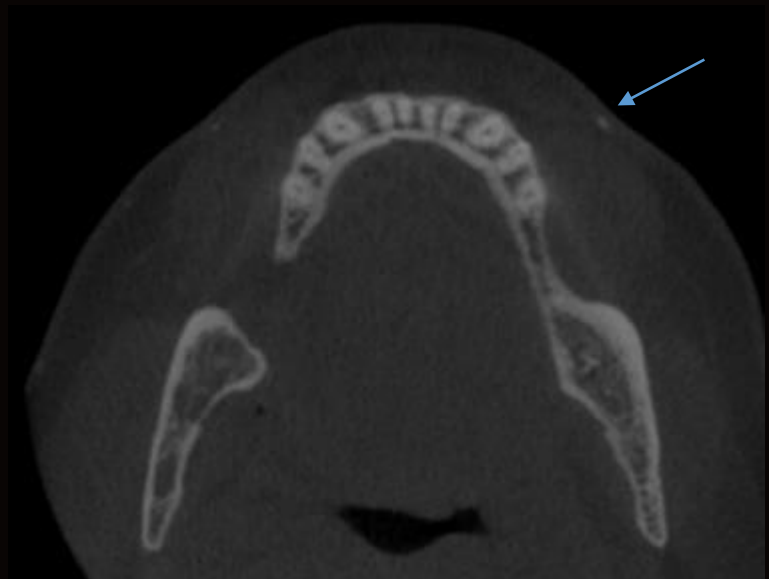
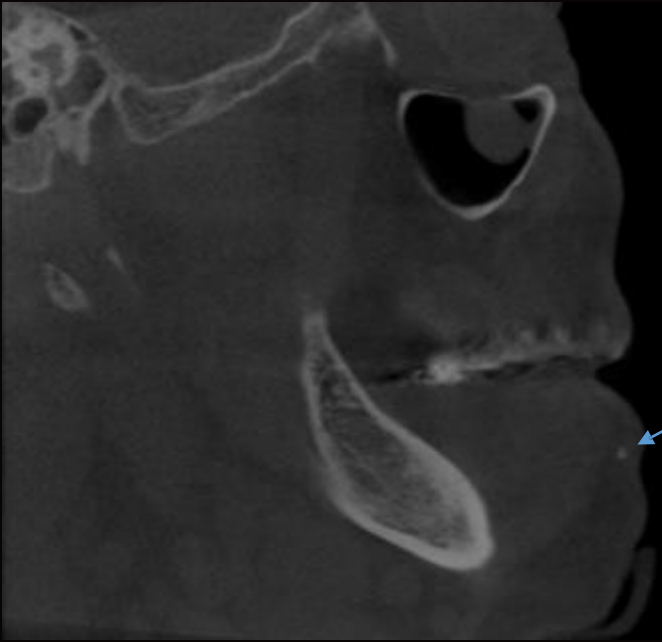
No diagnóstico diferencial deve-se incluir miosite ossificante, calcinose cutânea e osteoma mucoso. O osteoma cutâneo poderá ser visualizado muito mais superficial que outras lesões mucosas. Já a miosite ossificante se caracteriza como uma lesão de grandes proporções, podendo assim, causar deformidade considerável no contorno facial em alguns casos.



Fonte: DUARTE, Ian Goedert Leite. Lesões múltiplas de osteoma cutis na face: terapêutica minimamente invasiva em pacientes com sequela de acne-relato de casos. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 85, p. 695-698, 2010.



Fonte: cdi.com.pe



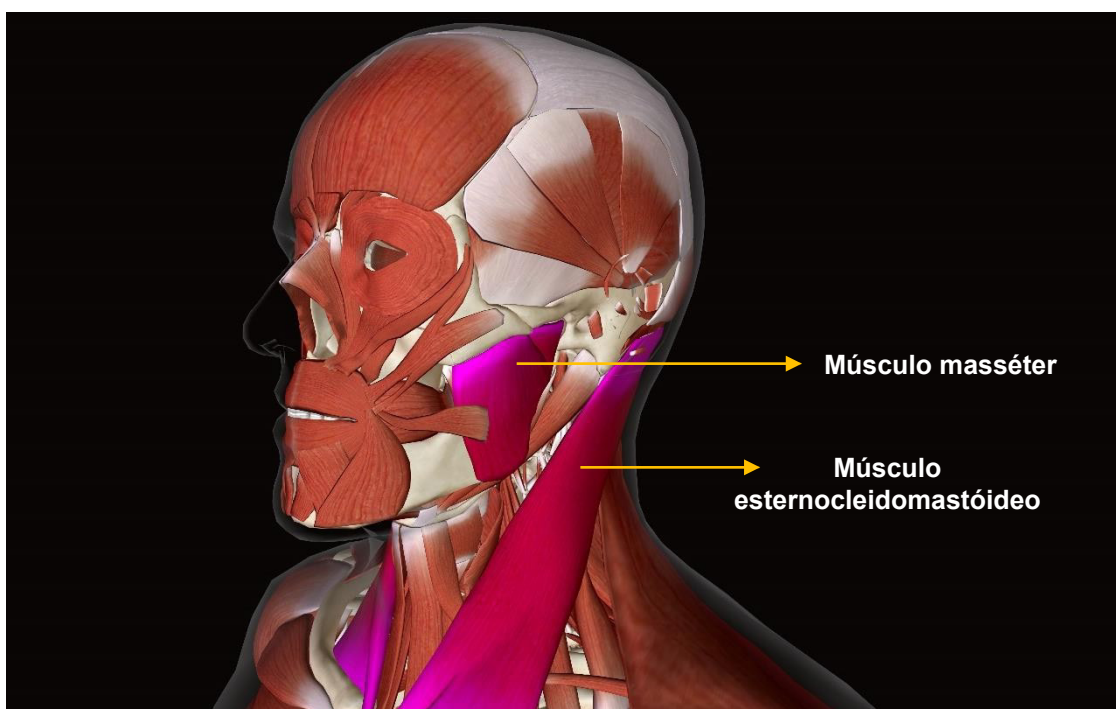
## MIOSITE OSSIFICANTE

### MIOSITE OSSIFICANTE LOCALIZADA

#### Características clínicas

A miosite ossificante localizada pode advir de trauma agudo ou crônico, queimaduras, manipulação cirúrgica ou injúrias repetitivas, acometendo principalmente atletas físicos. Sua exata etiologia ainda é desconhecida, mas a teoria mais aceita sugere que a diferenciação de células extraósseas expostas a proteínas morfogênicas seriam liberadas de fontes ósseas nativas após trauma ou lesão cirúrgica. Casos desse tipo de ossificação nos músculos da mastigação são pouco frequentes na literatura, e quando acometidos tem como possíveis causas extração dentária, disseminação de abscessos odontogênicos, anestesia local, uso de colar cervical, mentoplastia, tratamento ortodôntico mal realizado, traumas diretos e fraturas do esqueleto. Clinicamente observa-se uma região edemaciada, avermelhada e inflamada. Ao decorrer do tempo, de 2 a 3 semanas após o trauma, a ossificação pode ser notada como uma massa intramuscular de consistência firme, a qual pode ser palpada, sendo fixa ou móvel. Seu crescimento é lento e normalmente cessa. A sintomatologia inclui dificuldade de abertura bucal, dor no local da lesão e em alguns casos dormência.

Quanto ao tratamento a técnica predominante na literatura foi a excisão cirúrgica. Alguns autores optam pela remoção do músculo por completo, uma coronoidectomia e/ou condilectomia, ou a interposição de enxerto de gordura e alguns materiais aloplásticos. Outros apenas executam biópsia e sugerem tratamento fisioterápico intenso por meio de exercícios. Entretanto, as medidas de tratamento são controversas e dependem de cada caso apresentado.



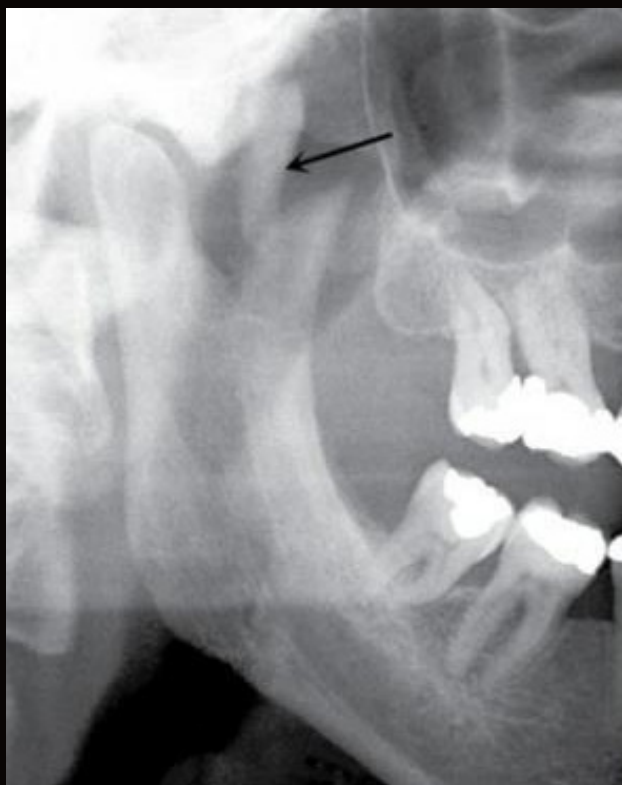
## **MIOSITE OSSIFICANTE LOCALIZADA**

### **Características imaginológicas**

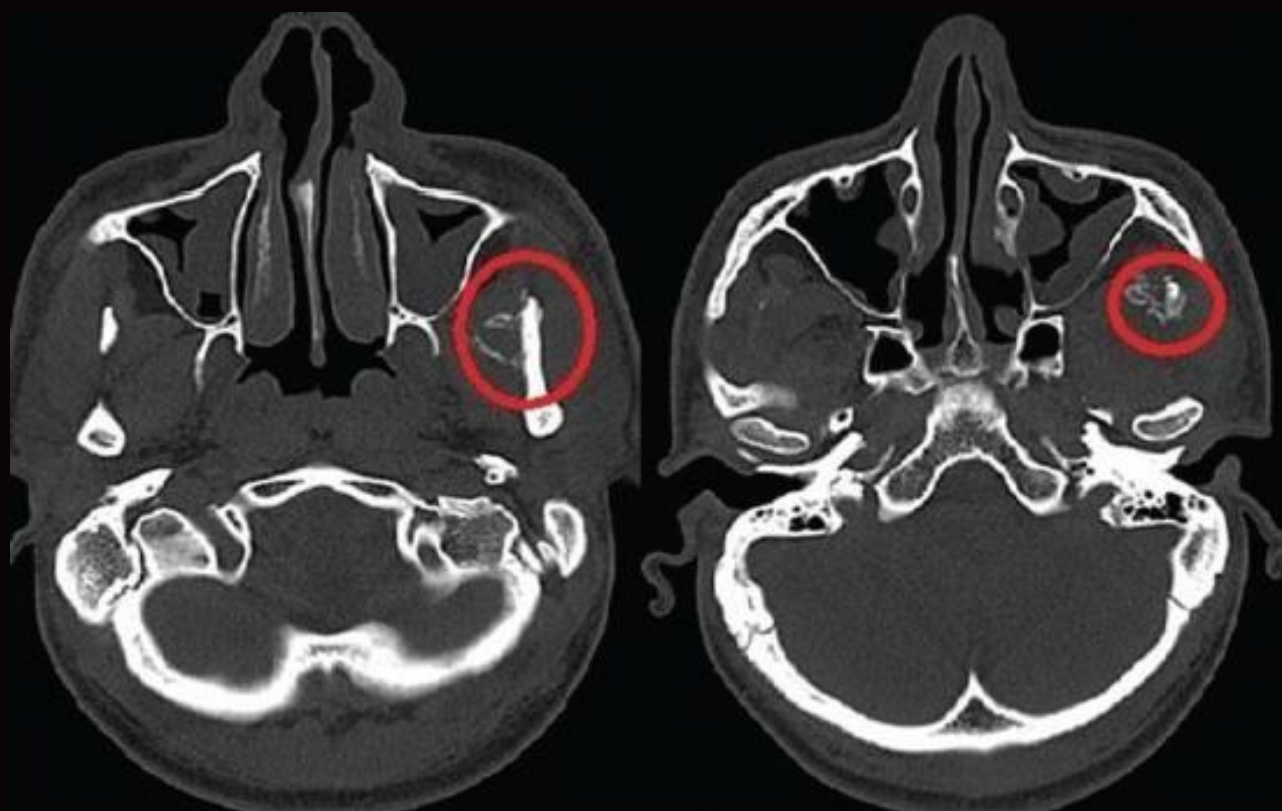
Normalmente essa patologia acomete os músculos masseter e o esternocleidomastóideo. Entretanto, outros músculos da mastigação podem ser acometidos, como os músculos pterigoides lateral e medial, bucinador e músculos temporais. As lesões podem ter diversas aparências dependendo da sua maturidade. São bem circunscritas, e quando mais precoces, geralmente possuem uma maior radiopacidade na periferia e uma certa radiolucidez no centro. Lesões mais maduras por sua vez apresentam um padrão mais radiopaco, indicando a formação da ossificação, que no entanto não possui aparência normal no padrão trabeculado. Sua forma varia desde um formato irregular, ovalado, até estrias lineares (pseudotrabéculas) alinhadas na mesma direção que as fibras musculares normais. Ao exame tomográfico, pode-se localizar precisamente a localização de tais hiperdensidades e assim determinar a hipótese de miosite ossificante.



Fonte: CAVALHEIRO, Beatriz Godoi; CERNEA, Cláudio Roberto; BRANDÃO, Lenine Garcia. Miosite ossificante multifocal em músculos mastigatórios 30 anos após ferimento com arma de fogo: relato de caso e revisão da literatura. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 85, p. 259-262, 2019.



Fonte: WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.



Fonte: REDDY, Shyam Prasad D. et al. Myositis ossificans traumatica of temporalis and medial pterygoid muscle. Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP, v. 18, n. 2, p. 271, 2014.

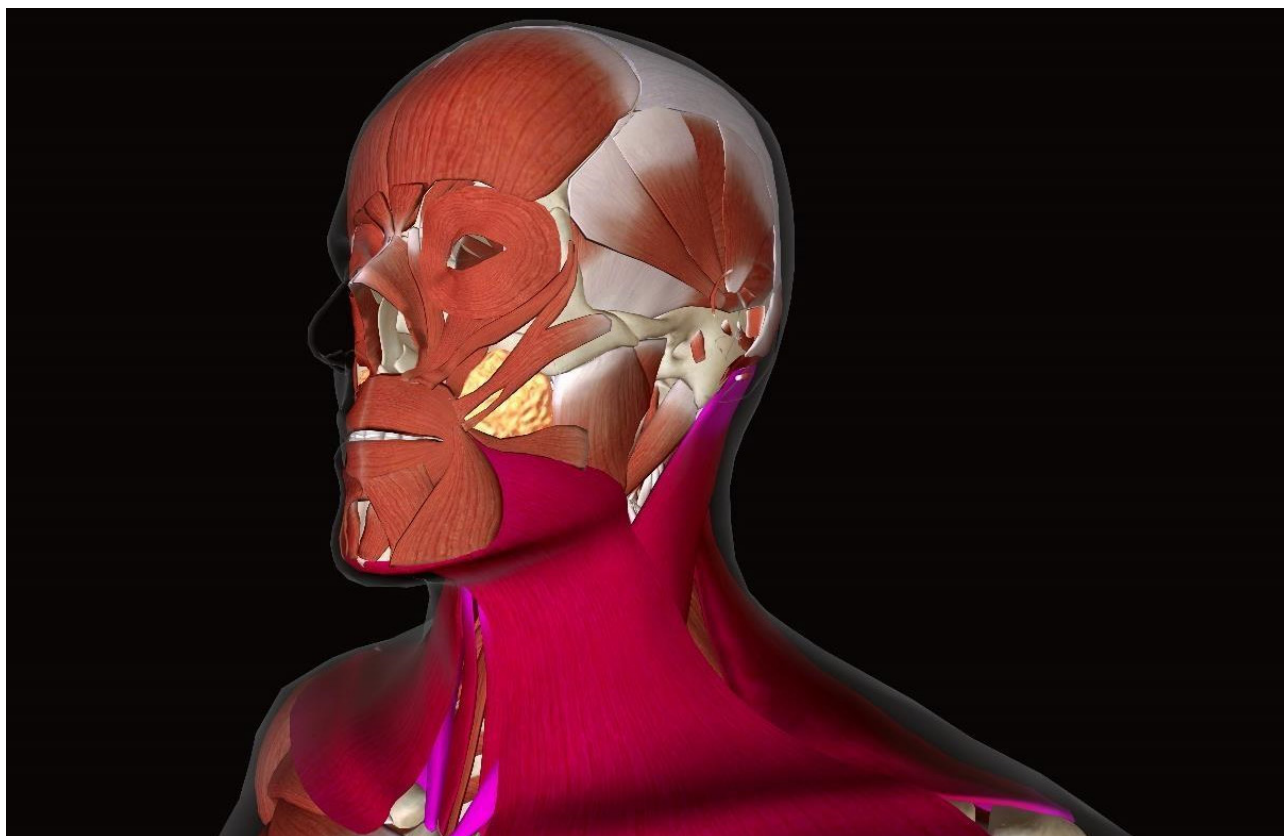


## MIOSITE OSSIFICANTE PROGRESSIVA

### Características clínicas

A miosite ossificante progressiva é caracterizada como uma doença hereditária rara com transmissão autossômica dominante, apresentando ossificações anômalas desde a infância. Essas ossificações geralmente são espontâneas, no entanto podem ser induzidas por traumas leves, processos infecciosos, ou até mesmo posteriormente a tratamentos médicos e odontológicos inadvertidos. A formação anormal de osso em tendões, fâscias e aponeuroses dos músculos estriados esqueléticos, surgem como inflamações, que logo se apresentam como edemas e a posteriormente a ossificação, impossibilitando assim a mobilidade da região afetada. Normalmente a ossificação tem início nos músculos do pescoço e na região superior das costas, seguindo para as extremidades.

A sintomatologia inclui dor intensa, edema e perda de mobilidade da região afetada. O grau de ossificação varia, podendo ser limitada em alguns casos, mas, em outros atingir a maior parte dos grandes músculos do corpo, condição denominada de “homem petrificado”. Tal condição pode cessar durante a terceira ou quarta década, entretanto a maioria dos pacientes morrem antes por complicação respiratória ou por inanição em decorrência do envolvimento dos músculos da mastigação. A miosite ossificante progressiva ainda é uma patologia desafiadora para os profissionais e todo cuidado é necessário para não levar o paciente a tratamentos desnecessários. Ainda não existe um tratamento eficaz, nódulos que frequentemente ulceram devem ser removidos, no entanto, pode ocorrer recidiva da lesão. Algumas terapias medicamentosas podem contribuir com a inibição dessa ossificação.



## MIOSITE OSSIFICANTE PROGRESSIVA

### Características imagiológicas

Radiograficamente a miosite ossificante progressiva se assemelha com a localizada, a ossificação segue em direção ao longo do maior eixo do músculo atingido e pode ser vista nas inserções musculares, como nos processos condilares da mandíbula. Como diagnóstico diferencial deve-se incluir a artrite reumatóide e a calcinose. No entanto, a presença de anomalias específicas colabora com a diferenciação da artrite e a ausência de reabsorção óssea na miosite a diferencia da calcinose. Tomograficamente, notam-se as hiperdensidades presentes em regiões correspondentes aos músculos.



Fonte: WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.



Fonte: PALHARES, Durval B.; LEME, Lígia M. Miosite ossificante progressiva: uma perspectiva no controle da doença. *Jornal de Pediatria*, v. 77, p. 431-434, 2001.



Fonte: ARAÚJO JÚNIOR, Cyrillo Rodrigues de et al. Fibrodisplasia ossificante progressiva: relato de caso e achados radiográficos. *Radiologia Brasileira*, v. 38, p. 69-73, 2005.

## REFERÊNCIAS

### Introdução

FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. Radiologia Odontológica. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

KHOJASTEPOUR, Leila; HAGHNEGAHDAR, Abdolaziz; SAYAR, Hamed. Prevalence of soft tissue calcifications in CBCT images of mandibular region. *Journal of Dentistry*, v. 18, n. 2, p. 88, 2017.

STAFNE, Edward C.; GIBILISCO, Joseph A. Diagnóstico radiográfico bucal. interamericana, 1982.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### Nódulos linfáticos calcificados

EISENKRAFT, B. L.; SOM, P. M. The spectrum of benign and malignant etiologies of cervical node calcification. *AJR. American journal of roentgenology*, v. 172, n. 5, p. 1433-1437, 1999.

FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, Jose Edu; SOUZA, Icléo Faria. Radiologia odontológica. 2000.

SINGH, Sarbjeet; GUPTA, S.; MITTAL, A. Calcified Buccal Lymph Nodes: A Case Report. *Journal of Research and Advancement in Dentistry*, v. 4, p. 1s, 2015.

TORTORICH, Jordan et al. Diagnostic considerations of calcified lymph nodes. *Journal of the Tennessee Dental Association*, v. 93, n. 2, p. 8-10, 2014.

VENGALATH, Janisha et al. Prevalence of soft tissue calcifications on digital panoramic radiographs: A retrospective study. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, v. 26, n. 4, p. 385, 2014.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### Tonsilolito

CALDAS, M. P. et al. Tonsillolith—report of an unusual case. *British Dental Journal*, v. 202, n. 5, p. 265, 2007.

COOPER, Matthew M. et al. Tonsillar calculi: report of a case and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 55, n. 3, p. 239-243, 1983.

DONAT, Francisco Javier Silvestre et al. Tonsilolito gigante: A propósito de un caso Giant

tonsillolith: Report of a case. *Cir Bucal*, v. 10, p. 239-42, 2005.

GADGIL, Rajeev M. An unusually large tonsillolith. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 58, n. 2, p. 237, 1984.

HIRANANDANI, L. H. A giant tonsillolith. *The Journal of Laryngology & Otology*, v. 81, n. 7, p. 819-822, 1967.

JONES, JW. A tonsillolith. *British dental journal*, n. 128, p. 180-184, 1996.

MANDEL, Louis. Multiple bilateral tonsilloliths: case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 66, n. 1, p. 148-150, 2008.

MISIRLIOGLU, Melda et al. Bilateral and pseudobilateral tonsilloliths: Three dimensional imaging with cone-beam computed tomography. *Imaging science in dentistry*, v. 43, n. 3, p. 163-169, 2013.

MOURA, Mariela Dura Gontijo de et al. Tonsillolith: a report of three clinical cases. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*, v. 12, n. 2, p. 130-133, 2007.

NESHAT, Kevin; PENNA, Kevin J.; SHAH, Dhiru H. Tonsillolith: a case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 59, n. 6, p. 692-693, 2001.

RAM, Saravanan et al. Pseudo bilateral tonsilloliths: a case report and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral*

SAMANT, H. C.; GUPTA, O. P. Peritonsillolith. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 40, n. 1, p. 56-60, 1975.

SALEM, D. Ben et al. Les tonsillolithes nasopharyngés au scanner: à propos de 31 cas. *Journal de Radiologie*, v. 88, n. 2, p. 259-262, 2007.

SEZER, Bahar; TUGSEL, Zuhai; BILGEN, Cem. An unusual tonsillolith. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 95, n. 4, p. 471-473, 2003.

THAKUR, Jagdeep S. et al. Giant tonsillolith causing odynophagia in a child: a rare case report. *Cases journal*, v. 1, n. 1, p. 50, 2008.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### **Arteriosclerose de Monckeberg**

BENSINGER, Steven J.; TONTONOZ, Peter. Integration of metabolism and inflammation by lipid-activated nuclear receptors. *Nature*, v. 454, n. 7203, p. 470- 477, 2008.

GOTTLIEB, Maria GV; BONARDI, Gislaine; MORIGUCHI, EMÍLO H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*, v. 15, n. 3, p. 203-7, 2005.

HULTHE, Johannes; FAGERBERG, Björn. Circulating oxidized LDL is associated

with subclinical atherosclerosis development and inflammatory cytokines (AIR Study). *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, v. 22, n. 7, p. 1162-1167, 2002.

KOENEN, Rory R. et al. Disrupting functional interactions between platelet chemokines inhibits atherosclerosis in hyperlipidemic mice. *Nature medicine*, v. 15, n. 1, p. 97, 2009.

LIBBY, P. Atherosclerosis in inflammation. *Nature*, v. 420, n. 868, p. 74, 2002.

Schoen JF, Cotran RS. Blood vessels. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Robbins: pathologic basis of disease*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p. 493-542.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, v. 88, n. Suppl 1, p. 1-19, 2007.

STEIN, Olga; THIERY, Joachim; STEIN, Yechezkiel. Is there a genetic basis for resistance to atherosclerosis?. *Atherosclerosis*, v. 160, n. 1, p. 1-10, 2002.

TOP, Cihan et al. Mönckeberg's sclerosis: An unusual presentation: A case report. *Angiology*, v. 53, n. 4, p. 483-486, 2002.

VATTIKUTI, Radhika; TOWLER, Dwight A. Osteogenic regulation of vascular calcification: an early perspective. *American Journal of Physiology-Endocrinology And Metabolism*, v. 286, n. 5, p. E686-E696, 2004.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

## **Ateroma**

ACAS (Executive committee for the asymptomatic carotid atherosclerosis study). Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA* 1995; 263 (18): 1421-8.

ALBUQUERQUE, D. F. et al. Detecção de calcificações na artéria carótida em radiografias panorâmicas: revisão da morfologia e patologia. *Rev Clin Pesq Odontol*, v. 2, n. 2, p. 129-36, 2005.

ALMOG, Dov M. et al. Correlating carotid artery stenosis detected by panoramic radiography with clinically relevant carotid artery stenosis determined by duplex ultrasound. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 94, n. 6, p. 768-773, 2002.

CARTER, Laurie C. Discrimination between calcified triticeous cartilage and calcified carotid atheroma on panoramic radiography. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 90, n. 1, p. 108-110, 2000.

CHICANO, Rocío Roldán et al. Panoramic radiograph as a method for detecting calcified

atheroma plaques. Review of literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 11, p. E261-E266, 2006.

COHEN, Stanley N. et al. Carotid calcification on panoramic radiographs: an important marker for vascular risk. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 94, n. 4, p. 510-514, 2002.

FRIEDLANDER, Arthur H.; FRIEDLANDER, Ida Kreinik. Identification of stroke prone patients by panoramic radiography. *Australian dental journal*, v. 43, n. 1, p. 51-54, 1998.

FRIEDLANDER, A. H.; FRIEDLANDER, I. K. Panoramic dental radiography: an aid in detecting individuals prone to stroke. *British dental journal*, v. 181, n. 1, p. 23-26, 1996.

ISOLAN, Gustavo Rassier et al. Anatomia microcirúrgica da artéria carótida externa: um estudo estereoscópico. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 11, n. 1, p. 03-11, 2012.

KAMIKAWA, Rosangela Saga et al. Study of the localization of radiopacities similar to calcified carotid atheroma by means of panoramic radiography. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 101, n. 3, p. 374- 378, 2006.

LEWIS, D. A.; BROOKS, S. L. Carotid artery calcification in a general dental population: a retrospective study of panoramic radiographs. *General dentistry*, v. 47, n. 1, p. 98- 103, 1999.

MANZI, Flávio Ricardo et al. Radiografia panorâmica como meio auxiliar na identificação de pacientes com risco de AVC. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, p. 131-3, 2001.

NAYLOR, A. Ross. Randomized study of carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: a stopped trial. *Journal of vascular surgery*, v. 28, n. 2, p. 326-334, 1998.

OHKI, Takao et al. Ex vivo human carotid artery bifurcation stenting: correlation of lesion characteristics with embolic potential. *Journal of vascular surgery*, v. 27, n. 3, p. 463-471, 1998.

RAVON, Nicolas A. et al. Signs of carotid calcification from dental panoramic radiographs are in agreement with Doppler sonography results. *Journal of clinical periodontology*, v. 30, n. 12, p. 108.

SOUZA, Aline Evangelista de et al. Contribuição da radiografia panorâmica na detecção de ateromas em artéria carótida. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 52, n. 2, p. 83-85, 2004.

TAMURA, T. et al. Clinicostatistical study of carotid calcification on panoramic radiographs. *Oral diseases*, v. 11, n. 5, p. 314-317, 2005.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

YADAV, Jay S. et al. Elective stenting of the extracranial carotid arteries. *Circulation*, v. 95, n. 2, p. 376-381, 1997.

## Sialólito

ANTOIGNINI, F. et al. Studio clinico statistico sulla scialolitiasi. *Mondo Odontostomatol*, v. 14, p. 38-55, 1971.

BODNER, Lipa. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 94, n. 3, p. 320-323, 2002.

BRANCO, Bruno de Lira Castelo et al. Sialolitíase: relato de um caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, v. 3, p. 9-14, 2003.

DEFABIANIS, E.; ROCCLA, G. M. Considerazioni clinico-statistiche su 78 casi di calcolosisalivate. *Minerva Stomatol*, v. 18, p. 682-93, 1969.

EGGENSCHWILER, E. Klinischer Beitrag zur Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Unterkieferspeicheldrüsen. *ORL*, v. 30, n. 5, p. 301-313, 1968.

EGGERS, G.; CHILLA, R. Ultrasound guided lithotripsy of salivary calculi using an electromagnetic lithotripter. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 34, n. 8, p. 890-894, 2005.

EPKER, Bruce N. Obstructive and inflammatory diseases of the major salivary glands. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 33, n. 1, p. 2-27, 1972.

FRANCO, Ademir et al. Massive submandibular sialolith: Complete radiographic registration and biochemical analysis through X-ray diffraction. *Case reports in surgery*, v. 2014, 2014.

FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. *Radiologia Odontológica*. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

HARDY, K.J. Submandibular calculous disease, Royal Melbourne Hospital, 1954-1963. *J. Med. Aust., Sydney*, v. 16, p. 670-671, 1966.

HARRISON, G.R. Calculi of the salivary glands and ducts. *Surg. Gynecol. Obstet.*, v. 43, p. 431-435, 1926.

HUSTED, E. Sialolithiasis. *Acta chirurgica Scandinavica*, v. 105, n. 1-4, p. 161-171, 1953.

JÁCOME, Alessandra Mara Soares Coelho; ABDO, Evandro Neves. Aspectos radiográficos das calcificações em tecidos moles da região bucomaxilofacial. *Odontologia Clínica-Científica (Online)*, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2010.

KAWATA, Leandro Toyoji et al. Sialolitíase em ducto de glândula submandibular: relato de dois casos clínicos. *Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)*, p. 14-18, 2006.

LANDGRAF, Higor et al. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, v. 6, n. 2, p. 29-34, 2006.

LEVI, D.M.; REMINE, W.H.; DEVINE, K.D. Salivary gland calculi. *JAMA*, Chicago, 1962; 181: 1115-1119.



- LUSTMANN, J.; REGEV, E.; MELAMED, Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v. 19, p. 135-138, 1990.
- MANZI, F. et al. Diagnóstico diferencial de sialolito na glândula parótida: relato de caso clínico. *Revista da ABRO*, v. 8, n. 2, p. 17-24, 2007.
- MATSUMOTO, Mariza Akemi et al. Sialolito gigante em ducto submandibular. *Rev. bras. patol. oral*, p. 182-184, 2005.
- MELA, F. Considerazioni clinicostatistiche sulla scialolitiasi sottomandibolare. *Minerva Stomatol*, v. 35, p. 571-573, 1986.
- MIMURA, Masafumi et al. Possible etiology of calculi formation in salivary glands: biophysical analysis of calculus. *Medical molecular morphology*, v. 38, n. 3, p. 189- 195, 2005.
- NEVILLE B, DAMN D, ALLEN C, BOUQUO TJ. *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- NEW, G.B.; HARPER, F.R. Chronic inflammation of the salivary glands with or without calculi. *Surg. Gynecol. Obstet.*, v. 53, p. 456-460, 1931.
- OLIVEIRA FILHO, Marco Antônio de; ALMEIDA, Luís Eduardo Almeida; PEREIRA, Joacir Antônio. Sialolito gigante associado à fístula cutânea. *Rev. cir. traumatol. buco- maxilo-fac*, v. 8, n. 2, p. 37-40, 2008.
- PIZZIRANI, C. et al. Considerazioni clinico-statistiche su 102 casi di calcolosi salivare. *Mondo Odontostomatol*, v. 27, p. 41-51, 1985.
- RAUCH, Sigurd. Disease of salivary glands. *Thoma's oral pathology*, p. 997-1003, 1970.
- SELDIN, Harry M.; SELDIN, S. Daniel; RAKOWER, William. Conservative surgery for the removal of salivary calculi. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, v. 6, n. 5, p. 579-587, 1953.
- SIDDIQUI, S. J. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. *British dental journal*, v. 193, n. 2, p. 89-91, 2002.
- STAFNE, Edward C.; GIBILISCO, Joseph A. Diagnóstico radiográfico bucal. *interamericana*, 1982.
- THOLEN, Emil F. Sialolithiasis. *Journal of oral surgery*, v. 7, n. 1, p. 63, 1949. TORRES LAGARES, Daniel et al. Parotid sialolithiasis in Stensen s duct. 2006.
- WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.
- WOOD, Norman K.; GOAZ, Paul W. Diagnóstico diferencial das lesões bucais. Guanabara Koogan, 1983.

## **Flebólito**

DOMPMARTIN, Anne et al. Association of localized intravascular coagulopathy with venous malformations. *Archives of dermatology*, v. 144, n. 7, p. 873-877, 2008.

ELAHI, M. M.; PARNES, L.; FOX, A. Hemangioma of the masseter muscle. *The Journal of otolaryngology*, v. 21, n. 3, p. 177-179, 1992.

ELVAZI, B. et al. Differential Diagnosis of Vascular Malformations of the Upper Aero- digestive Tract. *LARYNGO-RHINO-OTOLOGIE*, v. 88, n. 11, p. 700-708, 2009.

EIVAZI, Behfar et al. Laser treatment of mucosal venous malformations of the upper aerodigestive tract in 50 patients. *Lasers in medical science*, v. 25, n. 4, p. 571-576, 2010.

EIVAZI, B. et al. Phleboliths from venous malformations of the head and neck. *Phlebology*, v. 28, n. 2, p. 86-92, 2013.

FREITAS, Aginaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. *Radiologia Odontológica*. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

IKEGAMI, Nobuyuki; NISHIJIMA, Katsumi. Hemangioma of the buccal pad with phlebolithiasis: report of a case. *Acta Medica Okayama*, v. 38, n. 1, p. 79-87, 1984.

JACKSON, Ian T. et al. Hemangiomas, vascular malformations, and lymphovenous malformations: classification and methods of treatment. *Plastic and reconstructive surgery*, v. 91, n. 7, p. 1216-1230, 1993.

JÁCOME, Alessandra Mara Soares Coelho; ABDO, Evandro Neves. Aspectos radiográficos das calcificações em tecidos moles da região bucomaxilofacial. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2010.

JB, Mulliken; FISHMAN, S. J. burrows Pe. vascular anomalies. *Curr Probl Surg*, v. 37, p. 518-584, 2000.

MORRIS, S. J.; ADAMS, H. Paediatric intramuscular haemangiomas—don't overlook the phlebolith!. *The British journal of radiology*, v. 68, n. 806, p. 208-211, 1995.

MULLIKEN, John B.; GLOWACKI, Julie. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plastic and reconstructive surgery*, v. 69, n. 3, p. 412-422, 1982.

RIBBERT, Hugo. Die phlebolithen. *Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, v. 223, n. 3, p. 339-350, 1917.

ROSSITER, James L. et al. Intramuscular hemangioma of the head and neck.

*Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, v. 108, n. 1, p. 18-26, 1993.

SANO, Kazuo et al. Buccal hemangioma with phleboliths: Report of two cases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, v. 65, n. 2, p. 151-156, 1988.

SCOLOZZI, Paolo et al. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths.

Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 96, n. 2, p. 197-200, 2003.

STAFNE, Edward C.; GIBILISCO, Joseph A. Diagnóstico radiográfico bucal. interamericana, 1982.

SHEMILT, Philip. The origin of phleboliths. British Journal of Surgery, v. 59, n. 9, p. 695-700, 1972.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### **Mineralização das cartilagens laríngeas**

GARVIN, Heather M. Ossification of laryngeal structures as indicators of age. Journal of forensic sciences, v. 53, n. 5, p. 1023-1027, 2008.

MADDEN, Richard P. et al. Utility of panoramic radiographs in detecting cervical calcified carotid atheroma. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 103, n. 4, p. 543-548, 2007.

MILROY, C. M. Ossification of the epiglottis. The Journal of Laryngology & Otology, v. 106, n. 2, p. 180-182, 1992.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### **Rinólito**

AKSUNGUR, Hüseyin et al. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. 1999.

CAVALCANTI, Heráclio Villar R. et al. Rinólito: relato de caso e revisão de literatura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 70, n. 5, p. 688-690, 2004.

CELIKKANAT, Serdar et al. Rhinolithiasis. Rhinology, v. 35, n. 1, p. 39-40, 1997.

DIB, Gabriel Cesar et al. Rinolitíase como causa de fístula oronasal. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 71, n. 1, p. 101-103, 2005.

ÉZSIÁS, András; SUGAR, Adrian W. Rhinolith: an unusual case and an update. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, v. 106, n. 2, p. 135-138, 1997.

FLOOD, T. R. Rhinolith: an unusual cause of palatal perforation. The British journal of oral & maxillofacial surgery, v. 26, n. 6, p. 486-490, 1988.

HARBIN, William; WEBER, Alfred L. Rhinoliths. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, v. 88, n. 4, p. 578-579, 1979.

KHAROUBI, S. Rhinolithiasis associated with septal perforation. A case report. Acta oto-rhino-laryngologica belgica, v. 52, n. 3, p. 241-245, 1998.

MOULONGUET, L.; BRETTE, M. D.; MONTEIL, J. P. Deux cas d'obstruction nasale unilatérale liée à une rhinolithiase. In: Annales d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. 1995. p. 406-409.

POLSON, C.J. On rhinolithiasis. J Laryngol Otol 1943; 58: 79-116.

STONEY, P. et al. Diagnosis of rhinoliths with rigid endoscopy. The Journal of otolaryngology, v. 20, n. 6, p. 408-411, 1991.

VARGAS AGUAYO, Alejandro Martín; CARRILLO SOTO, Irma Araceli. Rinolitiasis: presentación de un caso. Rev. méd. IMSS, v. 34, n. 3, p. 207-9, 1996.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

WICKHAM, M. H.; BARTON, R. P. E. Nasal regurgitation as the presenting symptom of rhinolithiasis. The Journal of Laryngology & Otology, v. 102, n. 1, p. 59-61, 1988.

### **Antrólito**

BARROS, Cinthia A. et al. Rhinolith: a radiographic finding in a dental clinic. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 100, n. 4, p. 486-490, 2005.

BOWERMAN, John E. The maxillary antrolith. The Journal of Laryngology & Otology, v. 83, n. 9, p. 873-882, 1969.

DUTTA, A. Rhinolith. Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965), v. 31, n. 11, p. 876, 1973.

DUCE, Meltem Nass et al. Antrolithiasis: a retrospective study. The Journal of Laryngology & Otology, v. 117, n. 8, p. 637-640, 2003.

HARAJI, A. et al. Antrolith in the Maxillary Sinus; Report of a Case. Journal of Dentistry of Tehran University of Medical Sciences, p. 104-106, 2006.

LO, Shih-Hung; WU, Yih-Yiing; WANG, Pa-Chun. Maxillary antrolith. Mid-Taiwan Journal of Medicine, v. 8, n. 4, p. 238-241, 2003.

LORD, Oliver C. Antral rhinoliths. The Journal of Laryngology & Otology, v. 59, n. 6, p. 218-222, 1944.

MANJALY, George; PAHOR, Ahmes L. Antral rhinolithiasis and tooth filling. Ear, nose & throat journal, v. 73, n. 9, p. 676-679, 1994.

MANZI, Flávio Ricardo et al. Antrólito maxilar observado em paciente assintomático: revisão de literatura e relato de caso clínico. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 10, n. 29, 2001.

POLSON, Cyril John. On rhinoliths. The Journal of Laryngology & Otology, v. 58, n. 3,

p. 79-116, 1943.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### **Osteoma Cutâneo**

AHN, Sung Ku et al. Perforating plate-like osteoma cutis in a man with solitary morphea profunda. *British Journal of Dermatology*, v. 134, n. 5, p. 949-952, 1996.

ALTMAN, Jamie F. et al. Treatment of primary miliary osteoma cutis with incision, curettage, and primary closure. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 44, n. 1, p. 96-99, 2001.

BASKAN, Emel Bulbul et al. Miliary osteoma cutis of the face: Treatment with the needle microincision-extirpation method. *Journal of dermatological treatment*, v. 18, n. 4, p. 252-254, 2007.

BERGONSE, Fabiane N. et al. Miliary osteoma of the face: a report of 4 cases and review of the literature. *CUTIS-NEW YORK-*, v. 69, n. 5, p. 383-390, 2002.

BURGDORF, Walter; NASEMANN, Theodor. Cutaneous osteomas: a clinical and histopathologic review. *Archives of Dermatological Research*, v. 260, n. 2, p. 121-135, 1977.

DAVIS, M. D. P. et al. Progressive extensive osteoma cutis associated with dysmorphic features: a new syndrome? Case report and review of the literature. *British Journal of dermatology*, v. 146, n. 6, p. 1075-1080, 2002.

DOURI, Thaer; SHAWAF, A. Z. Plate-like cutaneous osteoma on the scalp. *Dermatology online journal*, v. 12, n. 4, p. 17-17, 2006.

FAZELI, Pooya; HARVELL, Jeff; JACOBS, Michael B. Osteoma cutis (cutaneous ossification). *Western journal of medicine*, v. 171, n. 4, p. 243, 1999.

FULTON JR, James E. Dermabrasion-Loo-punch-excision technique for the treatment of acne-induced osteoma cutis. *The Journal of dermatologic surgery and oncology*, v. 13, n. 6, p. 655-659, 1987.

GFESSER, Michael et al. Multiple primary miliary osteoma cutis. *Archives of dermatology*, v. 134, n. 5, p. 641-643, 1998.

GRANDHE, NagaPrasad et al. Acquired perforating primary osteoma cutis. *Acta dermatovenereologica*, v. 84, n. 6, p. 489-490, 2004.

HABERMANN NETO, Theodoro et al. Osteoma cutâneo. *An. bras. dermatol*, p. 39-41, 1995.

KAMINSKY, Ana; GURFINKIEL, Adriana; DÍAZ, Mariana. Osteomas miliares múltiples de la piel. *Dermatol argent*, v. 3, p. 142-5, 2002.

NAKAMURA, Shinichi et al. Primary osteoma cutis. *The Journal of dermatology*, v. 14,

n. 1, p. 85-88, 1987.

OCHSENDORF, Falk R.; KAUFMANN, Roland. Erbium: YAG laser ablation of osteoma cutis: modifications of the approach. *Archives of dermatology*, v. 135, n. 11, p. 1416- 1416, 1999.

OCHSENDORF, F. R.; KAUFMANN, R. Erbium: YAG laser-assisted treatment of miliary osteoma cutis. *The British journal of dermatology*, v. 138, n. 2, p. 371, 1998.

RAGSDALE, B. D. Tumor of fatty, muscular, and osseous tissue. *Lever's Histopathology of the Skin*, 1997.

ROTH, S. I. et al. Cutaneous ossification. Report of 120 cases and review of the literature. *Archives of pathology*, v. 76, p. 44-54, 1963.

SENTI, G.; SCHMID, M. Hess; BURG, G. Multiple miliäre Osteomata cutis Exstirpation mittels "front-lift"-Zugang. *Der Hautarzt*, v. 52, n. 6, p. 522-525, 2001.

SHIGEHARA, Hiroshi et al. Radiographic and morphologic studies of multiple miliary osteomas of cadaver skin. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 86, n. 1, p. 121-125, 1998.

THIELEN, A. M. et al. Multiple cutaneous osteomas of the face associated with chronic inflammatory acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 20, n. 3, p. 321-326, 2006.

VERGAMINI, Giselle C. et al. Tratamento para os osteomas cutâneos múltiplos da FACE por excisão com agulha. A apresentação de três casos clínicos. *Med Cutan Iber Lat Am*, v. 35, n. 5, p. 229-232, 2007.

WANG, J. F.; SARMA, D. P.; ISPUB. COM. Acquired perforating osteoma cutis. *The Internet Journal of Dermatology*, v. 5, n. 1, 2007.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

### **Calcificação do Ligamento Estilohioide**

BADHEY, Arvind et al. Eagle syndrome: a comprehensive review. *Clinical neurology and neurosurgery*, v. 159, p. 34-38, 2017.

BAFAQEEH, Sameer Ali. Eagle syndrome: classic and carotid artery types. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, v. 29, n. 2, p. 88, 2000.

BALBUENA, Jr L. et al. Eagle's syndrome (elongated styloid process). *Southern medical journal*, v. 90, n. 3, p. 331-334, 1997.

CARROLL, M. Kevin O. Calcification in the stylohyoid ligament. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 58, n. 5, p. 617-621, 1984.

CHENG, Chenjing; SHE, Cuiping; ZHANG, Qingfeng. The experience of treatment of coblation

assisted surgical approach to Eagle's syndrome. *American journal of otolaryngology*, v. 38, n. 3, p. 301-304, 2017.

COLBY, Candice C.; DEL GAUDIO, John M. Stylohyoid complex syndrome: a new diagnostic classification. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, v. 137, n. 3, p. 248-252, 2011.

DOU, Geng et al. Application of surgical navigation in styloidectomy for treating Eagle's syndrome. *Therapeutics and clinical risk management*, v. 12, p. 575, 2016.

EAGLE, Watt W. Symptomatic elongated styloid process report of two cases of styloid process–carotid artery syndrome with operation. *Archives of otolaryngology*, v. 49, n. 5, p. 490-503, 1949.

EAGLE, Watt W. Elongated styloid processes: report of two cases. *Archives of otolaryngology*, v. 25, n. 5, p. 584-587, 1937.

GONÇALES, Eduardo S. et al. Síndrome de Eagle: estudo radiográfico da incidência de processos estilóides alongados. *Salusvita*, p. 15-33, 2003.

KAY, David J.; HAR-EL, Gady; LUCENTE, Frank E. A complete stylohyoid bone with a stylohyoid joint. *American journal of otolaryngology*, v. 22, n. 5, p. 358-361, 2001.

KIRALJ, Aleksandar et al. Eagle's syndrome-a report of two cases. *Vojnosanitetski pregled*, v. 72, n. 5, p. 458-462, 2015.

LEONHART, George P. A case of stylo-hyoid ossification. *The Anatomical Record*, v. 8, n. 6, p. 325-332, 1914.

MAIELLO, Vera Lúcia; ALVES, Fabio Eduardo Maiello Monteiro. Síndrome de Eagle: proposição de critério diagnóstico. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, p. 403-406, 2006.

MORTELLARO, Carmen et al. Eagle's syndrome: importance of a corrected diagnosis and adequate surgical treatment. *Journal of Craniofacial Surgery*, v. 13, n. 6, p. 755- 758, 2002.

NICCOLLIFILHO, W. et al. Prevalence of elongated styloid process and ossified stylohyoid ligament in adults. A roentgenographic study. *Quintessence int*, v. 17, n. 9, p. 581-5, 1986.

ORHAN, Kadir Serkan et al. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): literature review and a case report. *Agri: Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin organidir= The journal of the Turkish Society of Algology*, v. 17, n. 2, p. 23-25, 2005.

PAPADIOCHOS, I. et al. Treatment of Eagle syndrome with transcervical approach secondary to a failed intraoral attempt: Surgical technique and literature review. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, v. 118, n. 6, p. 353-358, 2017.

ROSA, Rafaela Rangel et al. Síndrome de Eagle: revisão da literatura sobre variações, diagnóstico e tratamento. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*,

v. 20, n. 3, p. 288-94, 2008.

RIZZATTI-BARBOSA, Célia M. et al. Is an elongated stylohyoid process prevalent in the elderly? A radiographic study in a Brazilian population. *Gerodontology*, v. 22, n. 2, p. 112-115, 2005.

WILLIAMS, John V.; MCKEARNEY, Richard M.; REVINGTON, Peter J. Eagle's syndrome: a novel surgical approach to the styloid process using a preauricular incision. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 69, n. 6, p. 1617-1622, 2011.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

#### Miosite Ossificante Localizada

ACKERMAN, LAUREN V. Extra-osseous localized non-neoplastic bone and cartilage formation (so-called myositis ossificans): clinical and pathological confusion with malignant neoplasms. *JBJS*, v. 40, n. 2, p. 279-298, 1958.

BOFFANO, Paolo et al. Myositis ossificans of the left medial pterygoid muscle: case report and review of the literature of myositis ossificans of masticatory muscles. *Craniofacial trauma & reconstruction*, v. 7, n. 01, p. 043-050, 2014.

JEPSEN, Matthew C.; GRAHAM, Scott M. Traumatic myositis ossificans of the levator scapulae muscle. *American journal of otolaryngology*, v. 19, n. 5, p. 345-348, 1998.

KIM, Dongsoo David et al. Myositis ossificans traumatica of masticatory musculature: a case report and literature review. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 60, n. 9, p. 1072-1076, 2002.

MEVIO, E.; RIZZI, L.; BERNASCONI, G. Myositis ossificans traumatica of the temporal muscle: a case report. *Auris Nasus Larynx*, v. 28, n. 4, p. 345-347, 2001.

DE QUEIROZ NETO, Paulo Ribeiro; NETO, Bartolomeu Conceição Bastos; QUEIROZ, Christiano Sampaio. Miosite ossificante em músculo temporal: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 22, n. 3, 2017.

RATTAN, Vidya; RAI, Sachin; VAIPHEI, Kim. Use of buccal pad of fat to prevent heterotopic bone formation after excision of myositis ossificans of medial pterygoid muscle. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 66, n. 7, p. 1518-1522, 2008.

SPINZIA, Alessia et al. A rare isolated unilateral myositis ossificans traumatica of the lateral pterygoid muscle: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 8, n. 1, p. 230, 2014.

TORRES, A. M. et al. Myositis ossificans traumatica of the medial pterygoid muscle following a third molar extraction. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 44, n. 4, p. 488-490, 2015.



UNGARI, C. et al. Etiology and incidence of zygomatic fracture: a retrospective study related to a series of 642 patients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, v. 16, n. 11, p. 1559- 62, 2012.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.

#### Miosite Ossificante Progressiva

ARAÚJO JÚNIOR, Cyrillo Rodrigues de et al. Fibrodysplasia ossificante progressiva: relato de caso e achados radiográficos. *Radiologia Brasileira*, v. 38, n. 1, p. 69-73, 2005.

BRIDGES, A.J. et al. Fibrodysplasia (Myositis) Ossificans Progressiva. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, n.24,p.155-164, 1994.

DEVILBISS, Zachary; HESS, Matthew; HO, Garry WK. Myositis ossificans in sport: a review. *Current Sports Medicine Reports*, v. 17, n. 9, p. 290-295, 2018.

FONSECA, J. E. et al. Miosite ossificante progressiva: stone man. *Acta Méd Port*, v. 14, p. 429-33, 2001.

GONÇALVES, Andre Leite et al. Fibrodysplasia ossificans progressiva: case report. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 63, n. 4, p. 1090-1093, 2005.

KAPLAN, F. et al. The medical management of fibrodysplasia ossificans progressive: current treatment considerations. *Clin Proc Intl Clin Consort FOP*, v.1,p.1-81, 2003.

LUCHETTI, W. et al. Severe restriction in jaw movement after routine injection of local anesthetic in patients who have fibrodysplasia ossificans progressive. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, n.81,p.21-25, 1996.

MCEVOY, G. K. American Hospital Formulary Service/AHFS Drug Information 2000.

Bethesda: The American Society of Health-System Pharmacists. 2000.

NUCCI, Anamarli et al. Fibrodysplasia ossificans progressiva: case report. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 58, n. 2A, p. 342-347, 2000.

PALHARES, Durval B.; LEME, Lígia M. Miosite ossificante progressiva: uma perspectiva no controle da doença. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 5, p. 431-434, 2001.

REINIG, James W. et al. Fibrodysplasia ossificans progressiva: CT appearance. *Radiology*, v. 159, n. 1, p. 153-157, 1986.

SENDUR, O.; GURER, G. Severe limitation in jaw movement in a patient with fibrodysplasia ossificans progressive: a case report. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, n.102,p.312-317, 2006.

WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Ossificações e Calcificações de Tecido Mole. In: *RADIOLOGIA Oral - Fundamento e Interpretação*. 7. ed. Elsevier, 2015. cap. 28.