



### Dra. Beatriz Naval Parra

Licenciada en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).  
Máster en Cirugía Oral e Implantología por la Universidad San Pablo CEU, Madrid.

### Dr. Javier Barbi Actis

Grado en Odontología por la Universidad San Pablo CEU de Madrid, Posgrado en Cirugía Bucal, Implantología y Periodoncia por la Universidad Autónoma de Barcelona y Máster en Cirugía Oral e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid.

### Dr. Luis Naval Gías

Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

### Dra. Verónica Escorial Hernández

Cirujana Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

## DISPLASIA ÓSEA FLORIDA

### A propósito de tres casos

#### RESUMEN

La Displasia ósea florida (DOFl) es una anomalía idiopática benigna de los maxilares, generalmente asintomática, que se presenta histológicamente como un estroma de tejido conjuntivo fibroso con presencia de colágeno con proliferación de focos de tejidos mineralizados cemento, osteoide y hueso en distintas fases y que están presentes en al menos dos cuadrantes. El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de tres casos clínicos complicados como una osteomielitis recurrente de difícil manejo, diagnosticados como DOFl incluyendo su rehabilitación implantológica tras la extirpación del hueso displásico.

**Palabras clave:** displasia ósea, displasia ósea florida, implantes dentales, osteomielitis.

#### ABSTRACT

Florid osseous dysplasia (FOD) is a benign, usually asymptomatic, idiopathic anomaly of the maxillary bones. Histologically shows a fibrous connective tissue stroma with the presence of collagen that contains proliferation of cement foci and various osteoid and bone mineralized materials present in at least two quadrants. The reason for this communication is to present three clinical cases diagnosed with FOD that depicted like a chronic osteomyelitis, to-

gether with its clinical management and its results after dental implant rehabilitation.

**Keywords:** osseous dysplasia, florid osseous dysplasia, dental implants, osteomyelitis.

#### INTRODUCCIÓN

La displasia cemento-ósea florida (DOFl) fue denominada así por primera vez por Waldron CA en 1985 (1). Según la última revisión de la OMS de 2017 (2), se engloba dentro de las displasias óseas (DO), pertenecientes, a su vez, a las lesiones fibroóseas y osteocondromatosas.

Las DO comprenden una serie de lesiones que surgen en los maxilares asociadas a zonas perirradiculares, al ligamento periodontal, al hueso medular o todos ellos, siendo la DOFl la más extensa, afectando al menos a dos cuadrantes (3-5). Es idiopática y se presenta histológicamente como un estroma de conjuntivo fibroso rico en fibras de colágeno y que contiene proliferación abundante de focos mineralizados osteoide y óseo de estructura desorganizada (6, 7). Presenta una mayor prevalencia en mujeres entre 30 y 50 años, en especial de raza negra, seguida de la asiática y caucásica (8, 9).

Generalmente es asintomática, especialmente si la mucosa suprayacente está intacta. Su potencial de

crecimiento es limitado y los dientes adyacentes presentan vitalidad conservada. En tales casos, la lesión es un hallazgo casual y se detecta en un control radiológico para otros fines (10, 11).

El diagnóstico diferencial incluye otros tumores odontogénicos, osteomielitis crónica, cementoblastoma, osteoblastoma, osteopetrosis, enfermedad de Paget o neoplasias mandibulares malignas como osteosarcoma y carcinoma de células escamosas intraóseo (7, 12).

El objetivo de esta publicación es mostrar una serie de tres casos sintomáticos diagnosticados con DOFL, y su manejo clínico.

### CASOS CLÍNICOS

Las tres pacientes son mujeres en la quinta década de vida, dos de ellas usan dentadura completa mucosoportada y las tres acuden al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por episodios inflamatorios de repetición a nivel mandibular acompañados de supuración intra y extraoral en zona posterior y sinfisaria (**Tabla 1**).

Radiológicamente en todas ellas se aprecian masas radiodensas, a veces rodeadas de zonas osteolíticas situadas a nivel parasinfisario en los tres casos. Uno de ellos tenía también localización maxilar (**Figura 1**).

Caso	Sexo	Edad	Raza	Extensión	Tto	Tto post	Seguimiento
1	M	55	Negra	3 C	Cons. → Qx	Implantes (3)	3 años
2	M	50	Caucásica	3 C	Qx	Implantes (8;4-4)	12 años
3	M	52	Caucásica	3 C	Qx	----	-----

Tabla 1. Serie de casos clínicos con DOFL.

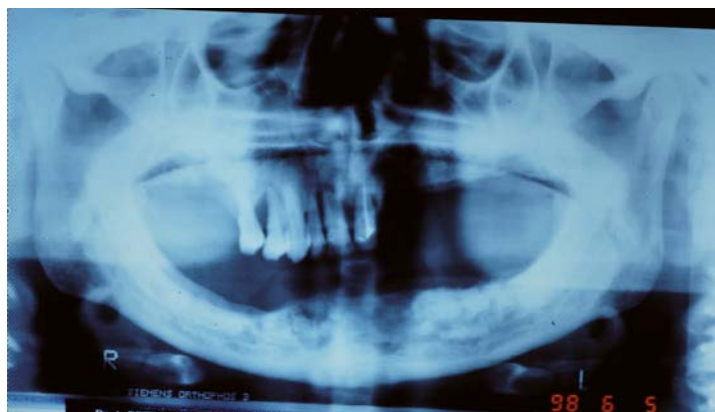


Figura 1: Radiografía panorámica del caso n° 1. Se pueden observar masas osteocondensantes en zona sinfisaria mandibular y en el segundo y tercer cuadrantes.

Las pacientes 1 y 2 fueron tratadas durante varios años de forma conservadora: pautas antibióticas prolongadas, con cultivos, antibiogramas y drenajes repetidos. En ambas, tanto en la histología como en los cultivos, se aisló de forma reiterada *actinomyces israelii*. La anatomía patológica mostró un cuadro compatible con osteomielitis con zonas de secuestro óseo y, en alguna de ellas, cambios histológicos compatibles con displasia cemento-ósea (**Figura 2**). Por todo ello, se etiquetaron como una DOFI sintomática de larga evolución: desde que cada paciente perdió sus dientes y comenzó a usar prótesis completas mucosoportadas. Anteriormente no tenían síntomas.

Ambas pacientes fueron tratadas quirúrgicamente bajo anestesia local y sedación de forma similar: os-

tectomías con motor piezoeléctrico para fragmentar y eliminar el hueso displásico, preservando la integridad del nervio dentario inferior. A continuación se legaron las zonas con tejido de granulación y en el mismo acto quirúrgico se procedió a la regeneración ósea mediante hueso autólogo obtenido de la zona sinfisaria (fresa ACM autochip maker de Neobiotech, Recursos Médicos, Valencia). No se utilizaron membranas ni xenoinjerto. En ambos casos, 1 y 2, se procedió en la misma intervención de resección de la lesión a la colocación de implantes. En el caso nº1, se colocaron de 3 implantes intermentonianos (Mozo-Grau, Valladolid) que permitieron la rehabilitación con una prótesis híbrida implantosoportada realizada por Laboratorio de Prótesis Dental Cuatro Madrid (**Figura 3**).



Figura 2. Caso nº2, estado inicial.



Figura 3. Caso nº3, se observan zonas radiodensas con aspecto algodonoso en varios cuadrantes, en especial el 3º, que, además, presenta imágenes radiolúcidas coincidentes con los implantes fracasados que hubo que explantar, compatible con el diagnóstico de DOFI.

El último control clínico y radiológico es de tres años. La paciente no ha vuelto a padecer nuevos episodios inflamatorios y presenta una buena estabilidad protésica (**Figura 4**).

El caso nº 2 se rehabilitó con cuatro implantes en la maxila y cuatro mandibulares, mediante sobredentadura. La paciente no acudió a control ni mantenimiento de los implantes, hasta catorce años después, con pérdida de dos implantes por periimplantitis (**Figura 5-7**).

La tercera paciente era solo parcialmente desdentada, y había sido portadora de implantes que fracasaron hacía seis meses tras tres años de funcionamiento en el tercer cuadrante posterior, donde presentaba celulitis reiteradas con presencia de fístulas intraorales, por lo que se procedió al legrado de la zona afectada hasta obtener hueso sangrante, evolucionando correctamente (**Figura 8**).

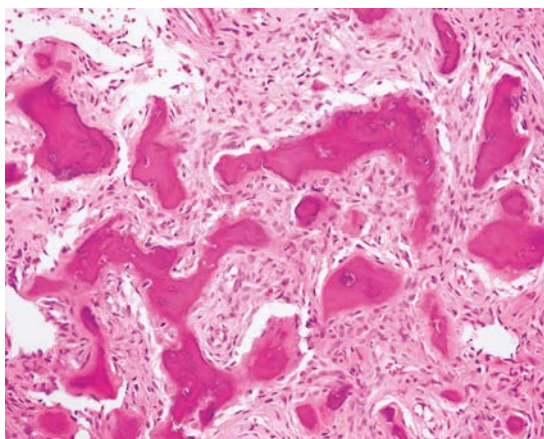
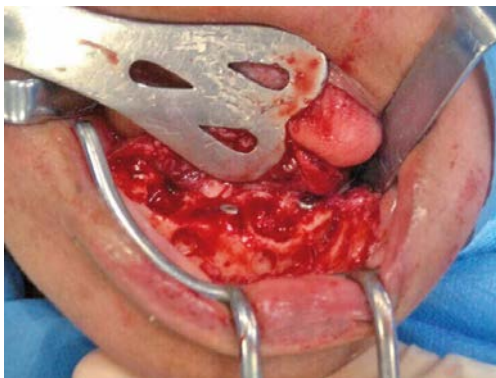


Figura 4. Examen anatomopatológico: alternan áreas fibrosas y óseas desorganizadas. En estas últimas la celularidad es escasa. Son frecuentes los secuestros y áreas de osteomielitis con presencia de actinomicas.



Figuras 5, 6 y 7. Caso nº 1, cirugía resectiva con colocación simultánea de implantes Mozo-Grau y toma de chips de hueso autólogo (Autochipmaker) de Neobiotech.  
3.B. Prótesis híbrida inferior a los tres años.



Figura 8. Caso clínico nº2, 5.A. Control radiológico a los 20 años de la colocación de los implantes una vez se resecaron las áreas displásicas de la DOFl. La paciente presenta fracaso de dos implantes por periimplantitis. No hizo ningún seguimiento hasta hace tres años.

## DISCUSIÓN

La actualmente denominada como displasia ósea florida (DOFl) ha sido descrita a lo largo del tiempo bajo una infinidad de terminologías, desde «cementoma gigantiforme» o «fibroma múltiple cemento-osificante», hasta «displasia cemento-ósea florida», propuesta por Waldron CA en 1985 (1) y vigente hasta 2005. Todas ellas convierten las DOFl como una de las patologías que más cambios han sufrido en su terminología y clasificación desde la primera edición de la OMS (13).

Clásicamente consideradas como lesiones cemento-óseas, fueron Brannon y cols (14) en 2001 quienes mostraron, en un estudio histopatológico, que esta clase de patología estaba integrada por hueso anormal y no de una forma de cemento, poniendo en duda la acepción «cemento-ósea» y proponiendo únicamente «ósea», siendo recogida esta nueva terminología de manera oficial a partir de la revisión de la OMS en 2005 (15).

A pesar de esta confusión terminológica, las DO son un conjunto de entidades patológicas razonablemente bien definidas y se dividen en dos categorías según su localización; la focal (DOF), limitada a un cuadrante (nuestro primer caso), y la florida (DOFl) que afecta a varios cuadrantes (casos 1 y 2 de esta serie). Algunos autores apoyan una tercera categoría, la displasia ósea periapical (DOP), que afecta a la zona sinfisaria

en unos pocos dientes adyacentes (6, 16-19). En la última clasificación de la OMS (2), los autores encontraron una mayor prevalencia de la DOP (57,4%), seguido de DOF (28%) y DOFl (14,6%).

De esta manera, la displasia ósea florida (DOFl) se encuentra localizada en dos o más cuadrantes, generalmente de forma bilateral y a nivel mandibular, aunque puede compartir aparición en maxilar y mandíbula simultáneamente (19).

La DOFl es poco común, de etiología desconocida con mayor prevalencia en mujeres morenas de piel, que se suele diagnosticar entre la cuarta a la quinta década. Macdonald-Jankowski y cols (20) realizó en 2009 un estudio donde comparó la prevalencia racial en mujeres que padecían DOFl. De las 156 mujeres evaluadas que tenían la lesión, el 59,6% eran mujeres de raza negra, el 37,2% son mujeres orientales y el 3,2% son indias o caucásicas.

Histológicamente, la enfermedad presenta esclerosis y remodelación ósea con canales haversianos y escaso hueso medular, a menudo se aprecia necrosis y secuestros óseos. Muchas veces es visible una colonización por actinomicetos. El hueso, en algunas lesiones, presenta un patrón en mosaico, lo que sugiere periodos repetitivos seguidos de reabsorción de reparación, con áreas de osteomielitis crónica y aguda (11, 17).

## LA DISPLASIA ÓSEA FLORIDA POSEE UNAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS MUY SIMILARES A OTRAS LESIONES OSTEOCONDENSANTES

Las DOFl tienen un comportamiento clínico y unas imágenes, similares a otras lesiones osteocondensantes tales como la osteopetrosis o la enfermedad de Paget. En todas ellas el hueso posee una vascularización muy precaria que provoca una débil respuesta ante infecciones, que a su vez desencadenan cuadros de osteomielitis. La patogenia es asimismo similar a las «osteonecrosis por medicamentos» (21) en el sentido de que el hueso es displásico y se defiende mal de las infecciones en cuanto hay una solución de continuidad de la encía (22, 23).

Los distintos estudios de imagen (panorámica, CB-CT, gammagrafías), junto con la anatomía patológica y la clínica desempeñan un papel importante para el diagnóstico y el manejo de la DOFl (24).

Debido a la ausencia de manifestaciones clínicas durante las primeras décadas de la vida, el conocimiento de la evolución radiológica característica cobra vital importancia. Algunos autores (25) no ven necesario realizar una biopsia. Las DO avanzan a través de tres etapas, cada una con características radiográficas e histológicas propias de la lesión (3, 16, 26, 27).

- En la fase temprana, fase radiolúcida o de baja densidad, la reabsorción del hueso normal y la deposición de tejido fibroso a lo largo del ligamento periodontal conducen al desarrollo de áreas radiotransparentes discretas, con margen esclerótico de ancho variable. Se localizan especialmente alrededor de los ápices dentarios vitales o áreas previamente portadoras de dientes.

A medida que evolucionan la esclerosis intralesional es progresiva.

- La etapa intermedia o etapa mixta, denota el desarrollo imágenes radiodensas dentro de estas estructuras radiotransparentes.

- Finalmente la etapa radiodensa, que da lugar a lesiones totalmente radiopacas; conformando masas lobuladas, confluyentes y densamente escleróticas, a menudo con presencia de un borde delgado y radiotransparente que puede ayudar a diferenciarlas de la enfermedad de Paget.

La DOFl afecta clásicamente a la mandíbula de manera bilateral y simétrica (16, 28-30). En un estudio, MacDonald y cols (8) encontraron que las regiones mandibulares premolares están invariablemente involucradas, con afectación maxilar presente en aproximadamente dos tercios de los casos, situación dada en el primer caso descrito.

El mecanismo de producción del cuadro infeccioso es muy parecido en todas las lesiones de carácter osteocondensante: la solución de continuidad de la mucosa oral por prótesis mucosoportadas por ejemplo y colonización por la flora intraoral. Los diagnósticos diferenciales incluyen displasia fibrosa, fibroma osificante, enfermedad de Paget, osteonecrosis por medicamentos y osteomielitis esclerosante focal o difusa (6, 21).

Debido a su naturaleza benigna, puede persistir largo tiempo sin sintomatología, sin ser necesaria su extirpación (31-32). Algunos autores (4, 33-37) mencionan que en estos casos el tratamiento inicial, solo requiere de controles regulares mediante pruebas de imagen, además de la prevención de la pérdida de dientes.

Sin embargo, la DOFl puede alcanzar mayores dimensiones y perforar la mucosa alveolar. Estos casos las masas óseas escleróticas escasamente vascularizadas y acelulares son susceptibles a una infección que progresa a una osteomielitis crónica, como en la serie de casos descrita (11, 36, 38-41).

Posteriormente al tratamiento quirúrgico, nuestros casos fueron rehabilitados mediante un tratamiento implantoprotésico. No hay mucha literatura al respecto. Bencharit y cols en 2003 (42) publicaron un caso clínico donde defendían el posterior tratamiento mediante una rehabilitación sobre implantes, en un paciente que había sido intervenido quirúrgicamente por DOFl, para mejorar la eficiencia funcional.

Gerlach y cols. en 2012 (43) informó un caso de fracaso de un implante en un paciente con FOFL y fibroma cemento-osificante. El implante había sido colocado en contacto con la lesión, lo que se plantea como causa del posterior fracaso. En este sentido, Esfahanizadeh y cols. (44) obtuvieron éxito en la colocación de un implante en un paciente no edéntulo. De esta manera es obvio que se necesitan más estudios, en más pacientes y con un mayor seguimiento para confirmar los resultados con los implantes.

### CONCLUSIONES

La actualmente descrita como displasia ósea florida posee unas características clínicas y radiológicas que son muy similares a otras lesiones osteocondensantes.

Su comportamiento suele ser inicialmente asintomático y su tratamiento abarca desde el control evolutivo, hasta procedimientos invasivos. El enfoque dependerá del momento evolutivo de la lesión, es-

pecialmente si cursa con un cuadro infeccioso como la osteomielitis, observada en esa serie de casos.

Los casos clínicos presentados muestran la viabilidad del tratamiento implantológico y regenerativos, sin embargo es obvio que se necesitan más estudios, en más pacientes y con un mayor rango de seguimiento para confirmar los resultados de tal modalidad terapéutica.

### AGRADECIMIENTOS

Los autores de este trabajo quieren añadir su agradecimiento por la colaboración desinteresada en la resolución de los dos primeros casos a: Laboratorio de prótesis Dental Cuatro Madrid; Recursos Médicos (Valencia) e Implantes Mozo-Grau Ticare (Valladolid).

### BIBLIOGRAFÍA

1. **Waldron CA.** Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 249-62.
2. **El-Naggar AK, Chan J, Takata T, Grandis J, Sloatweg P.** The 4th Edition of the Head and Neck WHO Blue Book: Editor's Perspectives. *Human Pathology* 2017.
3. **Fenerty S, Shaw W, Verma R, Syed AB, Kuklani R, et al.** Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. *Skeletal Radiol* 2017.
4. **Sarmiento DJ, Monteiro BV, de Medeiros AM, Da Silveira EJ.** Severe florid cemento-osseous dysplasia: a case report treated conservatively and literature review. *Oral Maxillofac Surg* 2013; 17: 43-6.
5. **Daviet-Noual V, Ejeil AL, Gossioime C, Moreau N, Salmon B.** Differentiating early stage florid osseous dysplasia from periapical endodontic lesions: a radiological-based diagnostic algorithm. *BMC Oral Health* 2017; 17: 161.
6. **Akbulut S, Demir MG, Basak K, Paksoy M.** Maxillectomy for cementifying osseous dysplasia of the maxilla: a case report. *ACTA MEDICA (Hradec Králové)* 2015; 58(1): 32-4.
7. **Grewal, H.K., et al.** A tender swelling of the left posterior mandible: An unusual case. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(2): 332.
8. **MacDonald-Jankowski DS.** Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32: 141-9.
9. **Chang-Ki M, Kwang-Joon K, Kyoung-A K.** Recurrent symptomatic cemento-osseous dysplasia: A case report. *Imaging Sci Dent* 2018; 48: 131-7.
10. **Singer SR, Mupparapu M, Rinaggio J.** Florid cemento-osseous dysplasia and chronic diffuse osteomyelitis Report of a simultaneous presentation and review of the literature. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 927-31.
11. **Cavalcante MB, de Oliveira Lima AL, Júnior MA, Santos MB.** Florid cemento-osseous dysplasia simultaneous the chronic suppurative osteomyelitis in mandible. *J Craniofac Surg* 2016; 27: 2173-6.
12. **Gündüz K, Avsever H, Karaçaylı U, Senel B, Pişkin B.** Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Braz Dent J* 2009; 20: 347-50.
13. **Macdonald DS.** Maxillofacial fibro-osseous lesions. *Clinical Radiology* 2015; 70: 25-36.
14. **Sloatweg PJ, Osseous dysplasia. Barnes L, et al., editors.** WHO classification of tumours, pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) 2005:323.
15. **Brannon RB, Fowler CB.** Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol* 2001; 8: 126-43.
16. **Eversole R, Su L, El Mofty S.** Benign Fibro- Osseous Lesions of the Craniofacial Complex A Review. *Head and Neck Pathol* 2008; 2: 177-202.
17. **Phattarataratip E, Pholjaroen C, Tiranon P.** A clinicopathologic analysis of 207 cases of benign broosseous lesions of the jaws. *International journal of pathology* 2014; 22(4): 326-33.
18. **Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D et al.** WHO Classification Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARC Press. 2005.
19. **Cavalcanti PH, Nascimento EH, Pontual ML, Pontual AD, Marcelos PG, Perez DE, et al.** Cemento-osseous dysplasias: imaging features based on cone beam computed tomography scans. *Braz Dent J* 2018; 29: 99-104.
20. **Macdonald-Jankowski D.** Fibrous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2009; 38: 196-215.
21. **Naval L, Sánchez Molini M, Herrera G, Naval B.** Dental implants and osteomyelitis in a patient with osteopetrosis. *Quintessence Int* 2014; 45: 765-8.
22. **Galgano C, Samson J, Küffer R, Lombardi T.** Focal cemento osseous dysplasia involving a mandibular lateral incisor. *Int Endod J* 2003; 36: 907-11.
23. **Huh JK, Shin SJ.** Misdiagnosis of florid cemento-osseous dysplasia leading to unnecessary root canal treatment: a case report. *Restor*

- Dent Endod 2013; 38: 160-6.
24. **Alsufyani, NA, Lam EW.** Cemento osseous dysplasia of the jaw bones: key radiographic features. *Dentomaxillofac Radiol* 2011; 40: 141-6.
  25. **Das BK, et al.** Florid cemento-osseous dysplasia. *J Oral Maxillofac Pathol* 2013; 17 (1) :150.
  26. **Kim JH, Song BC, Kim SH, Park YS.** Clinical, radiographic and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Imaging Sci Dent* 2011; 41: 139-42.
  27. **Potochny EM, Huber AR.** Focal osseous dysplasia. *Head Neck Pathol* 2011; 5 (3): 265-7.
  28. **Gonçalves M, Pispico R, Alves Fde A, Lugão CE, Gonçalves A.** Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. *Braz Dent J* 2005; 16: 247-50.
  29. **Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG.** Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 41: 62-82.
  30. **Alawi F.** Benign fibro-osseous diseases of the maxillofacial bones. A review and differential diagnosis. *Am J Clin Pathol* 2002; 118 (Suppl): 50-70.
  31. **Smith S, Patel K, Hoskinson AE.** Periapical cemental dysplasia: a case of misdiagnosis. *Br Dent J* 1998; 185: 122-3.
  32. **Póvoa RCS, da Nova AB, Maciel MR, et al.** Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Ciencia atual Rev Científica Multidisciplinar Faculdades Sao Jose* 2014; 4:03-7.
  33. **Souza-Junior EJC, Menezes ARM, Ramalho LMP, et al.** Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Odontol Clín-Cientif* 2008; 7: 347-51.
  34. **Groisman S, Olival ARB, Faria M, et al.** Cemento-osseous dysplasia. *Ver ABO Nac* 2009; 17: 106-10.
  35. **Quirino MRS.** Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Rev biociênc Taubaté* 2000; 6: 11-4.
  36. **Minhas G, Hodge T, Gill DS.** Orthodontic treatment and cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Orthod* 2008; 35: 90-5.
  37. **Beylouni I, Farge P, Mazoyer JF, Coudert JL.** Florid cemento-osseous dysplasia: report of a case documented with computed tomography and 3D imaging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 707-11.
  38. **Said-al-Naief NA, Surwillo E.** Florid osseous dysplasia of the mandible: report of a case. *Compend Contin Educ Dent* 1999; 20: 1017-9.
  39. **Neville BW, et al.** *Oral & maxillofacial pathology.* Rio de Janeiro, Brazil: Guanabara Koogan; 1998.
  40. **Finical SJ, Kane WJ, Clay RP, Bite U.** Familial gigantiform cementoma. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 949-54.
  41. **Pogrel MA, Podlesh S, Anthony JP, Alexander J.** A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 55: 1200-6.
  42. **Bencharit S, Schardt-Sacco D, Zuniga JR, Minsley GE.** Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2003; 90: 220-4.
  43. **Gerlach, R.C., et al.** Case presentation of florid cemento-osseous dysplasia with concomitant cemento-ossifying fibroma discovered during implant explantation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115 (3): 44-52.
  44. **Esfahanizadeh N, Yousefi H.** Successful implant placement in a Case of Florid Cemento-osseous Dysplasia: a case report and literature review. *J Oral Implant.*