

DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA FLORIDA RELATO DE CASO

FLORID CEMENTO-OSSEUS DYSPLASIA CASE REPORT

RUTE LOBO PESCHIEIRA DA SILVA¹, WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO^{2*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia pela Faculdade Ingá, Campus Maringá, PR, Brasil; 2. Cirurgião-Dentista, Doutor pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, docente do curso de graduação em Odontologia na pela Faculdade Ingá, Campus Maringá, PR, Brasil.

* Av. Morangueira, 6104, saída para Astorga, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510 prof.washingtoncamargo@uninga.edu.br

Recebido em 11/09/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

Displasia Cimento Óssea Florida, segundo a Organização Mundial de Saúde é uma lesão bucal não neoplásica, assintomática, caracterizada por massas lobuladas densa, altamente mineralizada, tecido cimento-ósseo quase acelular, apresentando-se normalmente em várias partes da mandíbula. Com maior prevalência em mulheres negras de meia idade seguidas de orientais e bem menos em caucianos. A tomografia computadorizada, por causa de sua capacidade de cortes tomográficos axiais, sagitais e vistas frontais, é útil na avaliação dessas lesões. Relata-se um caso clínico de uma paciente do gênero feminino melanoderma de meia idade, onde em radiografia de rotina constatou-se a presença de massas lobulares com radiopacidade mista tendo como hipótese diagnóstico de Displasia Cimento Óssea Florida. Ilustra-se fato que a aparência radiolúcida, radiopaca típica da lesão benigna, pode ser ignorado ou resultando em tratamento endodôntico desnecessário. Foi instituído tratamento conservador.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças ósseas, doenças maxilomandibulares, diagnostico radiográfico, diagnostico tomográfico.

ABSTRACT

Dysplasia florid cement-bone, according to the World Health Organization is an oral non-neoplastic lesion, asymptomatic, characterized by dense lobulated masses, highly mineralized, almost acellular cementum-bone tissue, usually presenting in various parts of the mandible. Most prevalent in middle-aged black women followed by asian and far less in caucianos. Computed tomography, because of its ability axial, sagittal and frontal views, is useful in assessing these lesions. We report one patient female melanoderma middle-aged, where routine x-ray found the presence of lobular mass with mixed radiopacity having as diagnosis dysplasia Cemento Bone Florida. It illustrates the point that the typical radiopaque radiolucent appearance of benign lesion can be ignored or resulting in unnecessary endodontic treatment. Conservative treatment was applied.

KEYWORDS: Bone diseases jaw diseases, radiographic diagnosis, tomographic diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

Displasia Cimento Óssea Florida (DCOF), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma lesão bucal não neoplásica, assintomática, caracterizada por massas lobuladas densa, altamente mineralizadas, tecido cimento-ósseo quase acelular, apresentando-se normalmente em várias partes da mandíbula¹.

Tal sinonímia foi designada de acordo com a classificação de tumores odontogênicos organizado pela OMS, em substituição a uma ampla variedade de terminologia com Cementoma Gigantiforme, Displasia Cementária periapical, Displasia Cimento-Óssea, sendo que as duas últimas são colocadas como antecedentes do estágio final da DCOF^{1,2}.

Por ter características radiográficas bem definidas, somente estudos radiológicos sem confirmação histopatológica foram admitidos, a fim de determinar o diagnóstico. Exames de tomografia computadorizada (TC) são frequentemente utilizados, por sua capacidade tridimensional de proporcionar imagens axiais, frontais e sagitais, sendo útil para distingui-las de outras lesões^{3,4}.

Radiograficamente visualiza-se massas radiopacas difusas com aparência de “vidro polido”, mostrando tendência acentuada para envolvimento bilateral. Inicialmente são radiolúcidas e com o tempo se tornam mistas, radiopacas com halo radiolúcido em sua periferia. É comum uma radiopacidade separando a lesão do dente adjacente, mantendo intacto o ligamento periodontal, porém pode-se observar fusão de material cimento-ósseo sobre a raiz do dente nas lesões em estágio final. Tal processo se assemelha a hiper cementose. DCOF pode apresentar padrão radiográfico variado, pois, conforme o amadurecimento da lesão, mais calcificada se torna. O tamanho pode variar entre 1 e 10 cm^{5,6,7}.

Microscopicamente, revela que um osso normal substituído por tecido conjuntivo fibroso. Este tecido contém osso lamelar e partículas lembrando cimento secundário relativamente acelular com poucos vasos

sanguíneos e conforme as lesões amadurecem o grau de calcificação aumenta, tornado se estruturas espessas e curvilíneas, semelhante ao formato de “raiz de gengibre”^{6,8}.

Mesmo sabendo o valor do conhecimento da microscopia da lesão, não é recomendado o procedimento de biópsia, devido às características de hipovascularização do tecido, na intervenção cirúrgica, por estar associado a massas escleróticas na cavidade bucal, pode se precipitar uma infecção desta área^{4,9}.

Um dado relevante epidemiológico, citado em uma revisão sistemática, aponta a avaliação de cento e cinquenta e oito casos de DCOF, sendo cinquenta e nove por cento dos casos em “negros”, 37% em “orientais” e 3% em caucianos. Noventa e sete por cento eram do gênero feminino. Concluiu-se também que a lesão é relativamente rara na Índia, por ser que, neste país, a população afetada é determinada como caucianos, sendo da raça negra a maiorias dos casos apresentados. Sendo a meia idade mais propensa para ocorrer à doença. Fato confirmado por diversos outros estudos^{10,11}.

Por ser assintomático o melhor tratamento consiste em exames periódicos para assegurar que não existe qualquer alteração no padrão da doença, juntamente com avaliação constante da saúde periodontal, a fim de prevenir perdas dentárias e processos infecciosos. A exposição da lesão, causada por algum fator, sendo ele trauma, tratamento endodôntico ou biópsia, pode trazer complicações significativas, em virtude de a lesão ser de natureza avascular, a infecção secundária pode se tornar de difícil tratamento, já que antibióticos não são eficazes em tecidos com esta característica, podendo evoluir para necrose periapical, necessitando de tratamento invasivo cirúrgico^{2,12}.

2. RELATO DE CASO

Paciente E. A. S., gênero feminino, cinquenta anos de idade (50), melanoderma, chegou à Clínica de Odontologia da UNINGÁ, a procura de tratamento endodôntico e protético. Apresentando-se normotensa, normocárdica, afebril e eupneica, relatando distúrbios circulatórios e uso contínuo de medicamentos que auxiliam na circulação venosa periférica, cumarina, castanha da índia, rotina, todos manipulados em cápsulas. Ao exame clínico intrabucal foi constatada ausência dos elementos 48, 47, 46, 44, 35, 36, 37 e 38. Restaurações em resina dos elementos 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23, 24, 32, 33 e 34 e restaurações em amalgama nos dentes 24, 25, 26 e 27. Elementos 11, 21 e 23 já tratados endodônticamente, abaulamento na cortical vestibulo lingual na região anterior da mandíbula. Constatou-se a necessidade de tratamento endodôntico nos elementos 12, 33 e 45 com necrose pulpar; 22,32 e 34 sugerindo pulpíte. Diante dos achados clínicos, foram solicitados exame de radiografia Panorâmica (Figura 1).

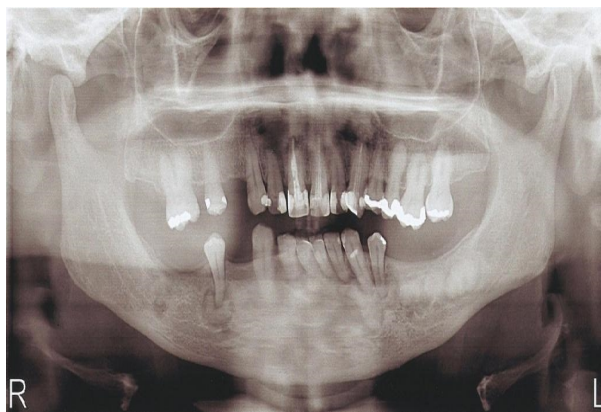


Figura 1. Radiografia Panorâmica.

Ao ser analisado a radiografia, observou-se a presença de extensas lesões que acometiam a mandíbula e uma tomografia computadorizada (TCCB) foi solicitada. As imagens tomográficas revelaram áreas múltiplas na mandíbula de densidade mista hipodensa e hiperdensa, contornos irregulares e mal definidos, estendendo-se para região posterior bilateral e região anterior (figura 2), sendo que nesta última, provocando abaulamento e adelgaçamento das corticais vestibulo/lingual, sugestivas de Displasia Cimento Óssea Florida.



Figura 2. Reconstrução Panorâmica por Tomografia Computadorizada Cone Beam.

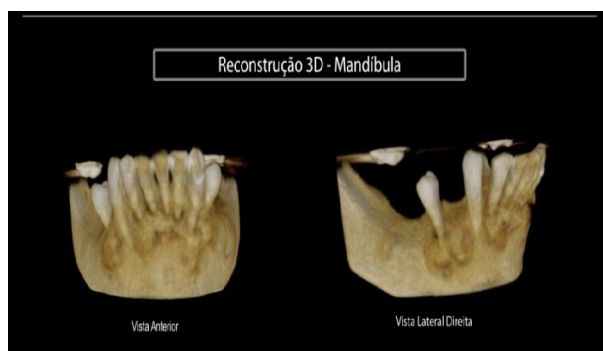


Figura 3. Aspecto ósseo envolvendo todos os dentes anteriores inferiores.

No arco inferior, foi notada a presença de oito, (8) dentes (31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 45). Nenhuma das unidades apresentava cárie ou mobilidade, porém, teste térmico negativo nos dentes 33 e 45 (Figura 2). A paci-

ente não queixou-se de dor. O plano de tratamento proposto foi endodôntico reabilitador protético e encorajamento quanto à higiene bucal com acompanhamento radiográfico periódico.

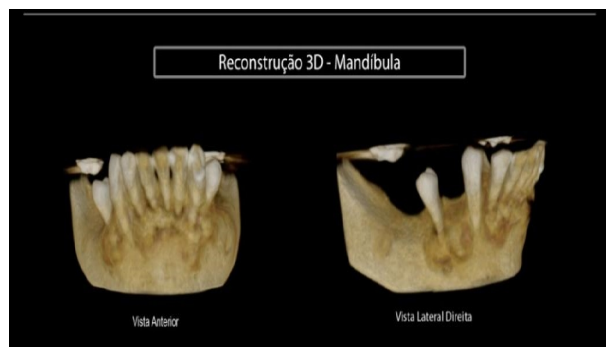


Figura 4. Extenso defeito ósseo característico da lesão.

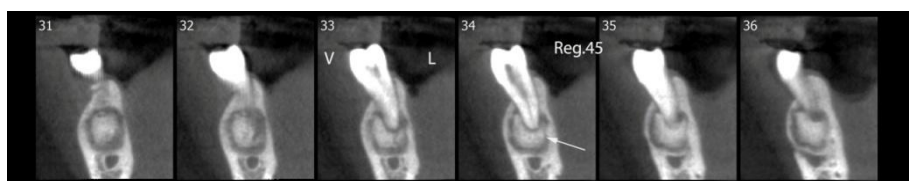


Figura 5. Tomografia Computadorizada de feixe cônico do elemento 45.

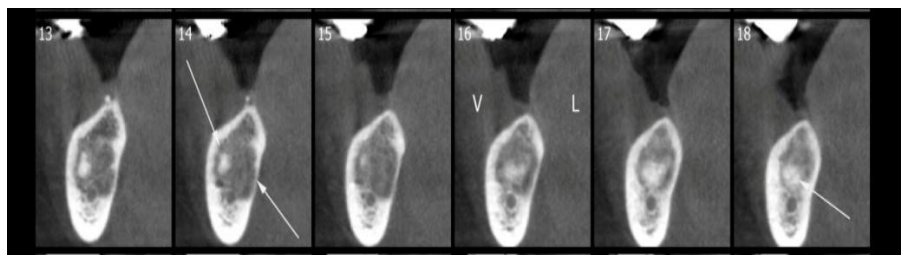


Figura 6. Corte transaxial.

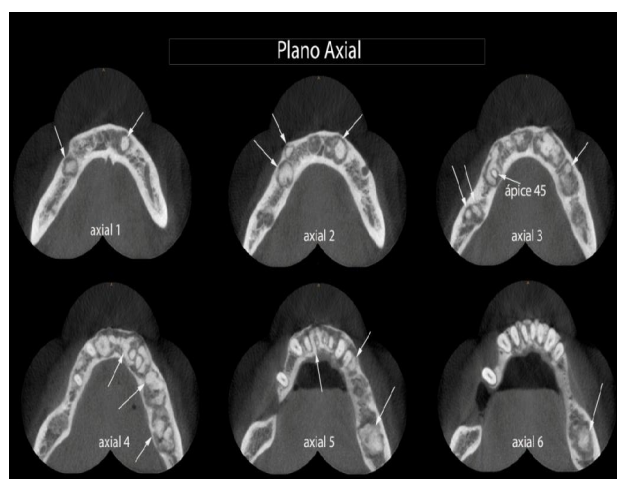


Figura 7. Plano Axial. Mostra aspectos da DCOF compatíveis com a maturação da lesão.

5. DISCUSSÃO

A valorização da lesão DCOF relatada no caso clínico-

co, deve-se pela importância no diagnóstico realizado pelo Cirurgião Dentista e na correta escolha do tratamento. Embora características radiográficas determinem o diagnóstico, o procedimento de biópsia é contra indicado. Deve-se levar em consideração o estágio inicial da lesão, onde uma área radiolúcida bem definida, com perda de lâmina dura e ligamento periodontal, pode ser diagnosticada como infecção endodôntica, porém a DCOF não apresenta reabsorção radicular nem deslocamento ou mobilidade do dente envolvido. O teste de sensibilidade pode ajudar a distinguir entre a DCOF e a lesão periodontal. Aos poucos, torna-se lesão radiolúcida, radiopaca mista com halo radiolúcido fino, compatível com a lesão do dente 45 que apresentou teste térmico e teste da cavidade negativo, sendo necessário tratamento endodôntico^{12,13} (Figura 5).

Como a DCOF não é neoplásica, não requer remoção.

A infecção secundária, causada por exposição dessa massa óssea, faz com que este procedimento torne-se complicado, pois o tecido formado com características hipovascular e massas densas não respondem muitas vezes ao tratamento conservador de antibioticoterapia, resultando em intervenção cirúrgica para o tratamento⁹.

O uso de TC foi relatado anteriormente mostrando imagens axiais claras da localização e extensão da lesão, podendo ser usada para diferenciar DCOF de lesões que exibem uma aparência esclerótica, semelhantes em radiografias convencionais, como exostoses que exibem massas densas em continuidade com placas corticais. Ela é útil para delinear a extensão da lesão (Figura 3 e Figura 4) e detectar sequestros ósseos (Figura 6). A DCOF diferencia-se da Doença de Paget, pois esta atinge toda a mandíbula, enquanto aquela está localizada somente acima do canal mandibular, confirmando assim o diagnóstico do caso em questão pela TC^{11,14} (Figura 2 e Figura 5).

A DCOF apresenta em sua primeira fase, uma lise óssea e substituição por tecido fibroso, apresentando áreas de rarefações ósseas periapical¹⁵. Conforme mostra a reconstrução 3D (Figura 3 e Figura 4), em uma vista anterior e lateral direita da mandíbula da referida paciente mostrando extenso defeito ósseo característico da lesão.

A segunda fase cementoblástica apresenta características mistas, proporcionando imagens radiolúcidas e radiopacas⁷. A Figura 6, em um corte de TC transaxial, mostra este sinal típico da lesão, validando o diagnóstico do caso.

5. CONCLUSÃO

Frente a este caso clínico, conclui-se a possibilidade de detecção da Displasia Cimento Óssea Florida a partir de radiografia de rotina, pois a paciente veio também para tratamento restaurador e reabilitador sem ter a noção do processo patológico que a envolvia, revelando que, a DCOF é assintomática. O tratamento proposto em relação à lesão deve ser por acompanhamentos radiográficos e exames clínicos periódicos a fim de constatar que nada alterou a lesão. A etiologia da DCOF ainda é desconhecida, e não há nenhuma explicação satisfatória para o sexo relatado e predileção racial.

REFERÊNCIAS

- [01] Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. 2nd ed. Berlin, Germany: Springer-verlag; 1992.
- [02] Mohan RPS, Sankalp V, Singh U, Agarwal N. Florid osseous dysplasia. BMJ Case Report. 2013; (doi:10.1136/bcr-2013-010431)..
- [03] MacDonald-Jankowski DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. Dentomaxillofacial Radiology. 2003; 141-149.
- [04] Araújo DB, Queiroz IV, Romero P, Falcão AFP. Displasia cimento óssea florida. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2005; 4(2).
- [05] Regezi JA. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- [06] Regezi JA. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- [07] Ackermann GL, Altini M. The cementomas--a clinicopathological re-appraisal. The Journal of the Dental Association of South Africa= Die Tydskrif van die Tandheelkundige Vereniging van Suid-Afrika. 1992; 47(5):187-194.
- [08] Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. Atlas Colorido de Enfermidades da Boca: Correlações Clínicas e Patológicas. 2nd ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
- [09] Freitas DQ, Paza AO, Passeri LA, Montebello Filho A. Displasia Cimento- Óssea Florida com História Familiar. Robrac. 2003; 12(33).
- [10] Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976 Janeiro; 41(1):62-82.
- [11] Arijji Y, Arijji E, Higuchi Y, Kubo S, Nakayama E, Kanda S. Florid cemento-osseous dysplasia: Radiographic study with special emphasis on computed tomography. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1994; 78:391-396.
- [12] Gündüz K, Avsever H, Karaçaylı Ü, Şenel B, Pişkin B. Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. Brazilian Dental Journal. 2009; 20(4):347-350.
- [13] Köse TE, Köse OD, Karabas HC, Erdem TL, Özcan İ. Findings of Florid Cemento-Osseous Dysplasia: a Report of Three Cases. Journal of Oral & Maxillofacial Research. 2013; 4(4).
- [14] Köklü HK, Çankal DA, Bozkaya S, Ergün G, Barış E. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case

documented with clinical. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2013; 5(1):58-61.

- [15] Manzi FR, Alves CR. DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: Relato de Caso Clínico. Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2007; 3(1):25-31.