

DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: RELATO DE CASO

FLORID CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA: A CASE REPORT

Ellen Cristina **GAETTI-JARDIM**¹

Joel Ferreira **SANTIAGO JÚNIOR**²

Fernando Pozzi Semeghini **GUASTALDI**³

Oswaldo **MAGRO FILHO**⁴

Idelmo Rangel **GARCIA JÚNIOR**⁴

Elerson **GAETTI JARDIM JÚNIOR**⁵

RESUMO: A displasia cemento-óssea florida é uma lesão assintomática fibro-óssea presente na maxila e mandíbula de etiologia incerta. Possui maior expressão no gênero feminino, pacientes melanoderma e, de meia idade ao idoso. Esta displasia é uma condição assintomática que pode ser descoberta quando uma radiografia é realizada. A biópsia é contra-indicada para evitar infecção de difícil tratamento. Será descrito o caso clínico de uma mulher branca de 52 anos de idade, que procurou a Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxillofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba com dor na porção posterior esquerda da mandíbula. Após exame radiográfico foi diagnosticada a displasia cemento-óssea florida. Como tratamento, foi instituído o acompanhamento clínico e radiográfico.

UNITERMOS: Cavidade Bucal, mandíbula, neoplasias maxilares.

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas atraem crescente interesse científico, com os objetivos de distinguir definitivamente estas e de pôr fim às discussões diagnósticas decorrentes da superposição de suas características¹⁰.

Melrose et al.⁷ descrevem a “displasia óssea florida”, como sendo uma condição não rara⁴ predominante em pacientes do sexo feminino, da raça negra e, um processo fibro-cemental, localizado em mais de um quadrante dos ossos dos maxilares apresentando as mesmas características do cementoma gigante, que já havia sido descrito anteriormente, como sendo uma patologia que se caracteriza por uma massa radiopaca difusa na mandíbula, que promove uma expansão das corticais ósseas e apresenta uma relação familiar³.

A displasia óssea florida ou displasia cemento-óssea florida (DCOF) caracteriza-se por uma lesão benigna, não neoplásica, assintomática, restringindo-se ao processo alveolar ou a áreas contíguas aos elementos dentários. Na maioria das vezes é um achado radiográfico, porém há relatos

de casos em que houve a expansão das corticais ósseas, principalmente em áreas edêntulas^{3,8}.

O paciente pode queixar-se de dor moderada e haver presença de fístula na mucosa. Pode ainda ocorrer exposição, através da mucosa, de um material semelhante a osso, com coloração amarelada^{4,8}, osso envolvido pela lesão é suscetível à infecção, como osteomelite, proveniente de uma lesão periapical ou periodontal⁶.

Radiograficamente descreve-se como uma área radiolúcida bem definida, contendo áreas radiopacas irregulares em seu interior, que podem ser únicas ou múltiplas^{4,8}.

Histologicamente encontram-se lacunas contendo tecido conjuntivo, massas de tecido calcificado lembrando um cimento secundário, já que existe deposição de cimento, tecido ósseo ou ambos com poucos vasos sanguíneos^{4,10}.

O tratamento de escolha deve ser sintomático, eliminando os processos displásicos que causam irritação e/ou inflamação, sobretudo em pacientes portadores de próteses totais, quando o simples desgaste destas não mostrar resultados satisfatórios.

¹Mestranda do Programa de Pós Graduação em Odontologia, na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

²Mestrando do Programa de Pós Graduação em Odontologia, na área de Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

³Doutorando do Programa de Pós Graduação em Odontologia, na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

⁴Professor Adj. do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

⁵Professor Adj. do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente que apresentou displasia cemento óssea florida.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 52 anos de idade, cor branca, relatando dor na região do rebordo mandibular do esquerdo, principalmente durante a mastigação. Clinicamente, não se constatou assimetria facial. A paciente apresentava-se edêntula, com expansão das bordas alveolares, mais acentuada no lado esquerdo, na área de molares superiores. (Figura 1).



FIGURA 1 - Aspecto clínico intra-bucal: expansão das bordas alveolares edêntulas, mais acentuada na região de molares superiores à esquerda

Na radiografia panorâmica foram observadas múltiplas massas escleróticas envoltas por halo radiolúcido, dispersas pela mandíbula. Todo o processo alveolar da mandíbula apresentava radiopacidade irregular com características de seqüestros (Figuras 2 e 3).

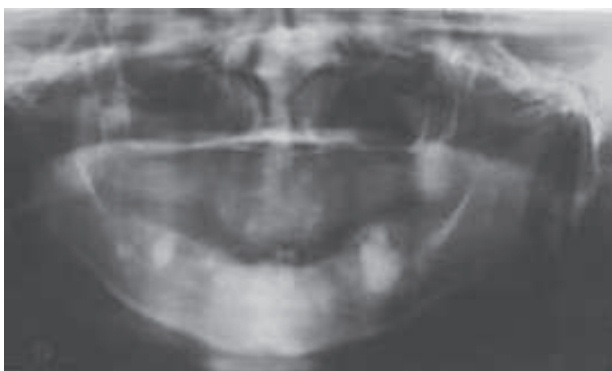


FIGURA 2 - Aspecto radiográfico: áreas radiopacas em todo o processo alveolar.

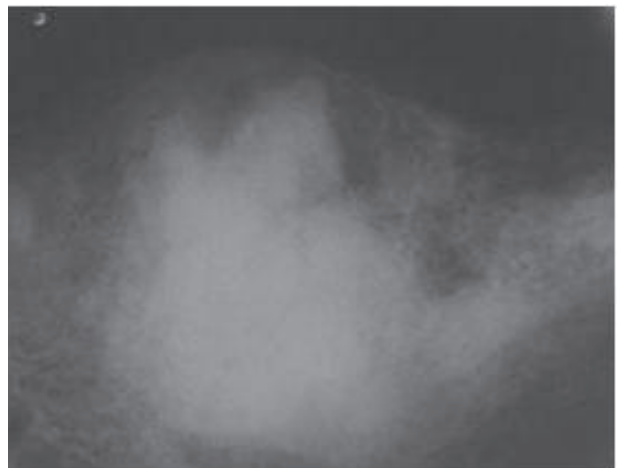


FIGURA 3- Aspecto radiográfico: lado esquerdo da mandíbula observam-se áreas com características de seqüestros.

Realizou-se biópsia no lado esquerdo da mandíbula (região de 36) para remoção foco esclerótico. O exame histopatológico demonstrou tecido altamente calcificado, avascular e semelhante ao cimento dentário (Figuras 4 a 6), além de quadro compatível com processo inflamatório.

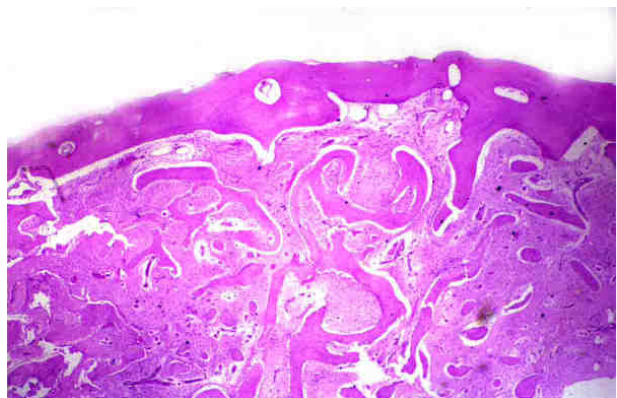


FIGURA 4- Aspecto histológico: lado esquerdo da mandíbula observam-se áreas com características de seqüestros. (Hematoxilina e Eosina – aumento de 10X)

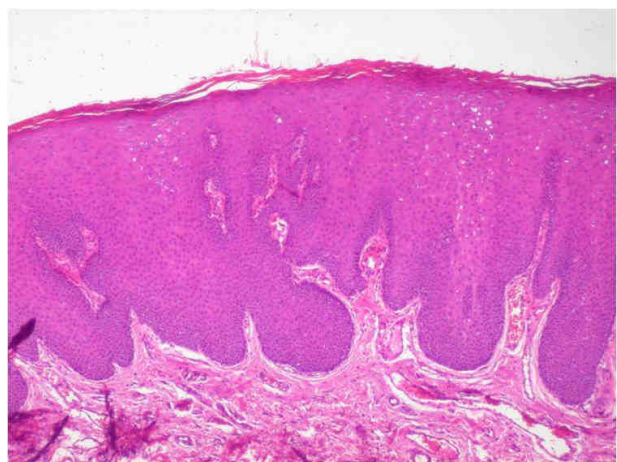


FIGURA 5- Aspecto histológico: lado esquerdo da mandíbula observam-se áreas com características de seqüestros. (Hematoxilina e Eosina – aumento de 20X)

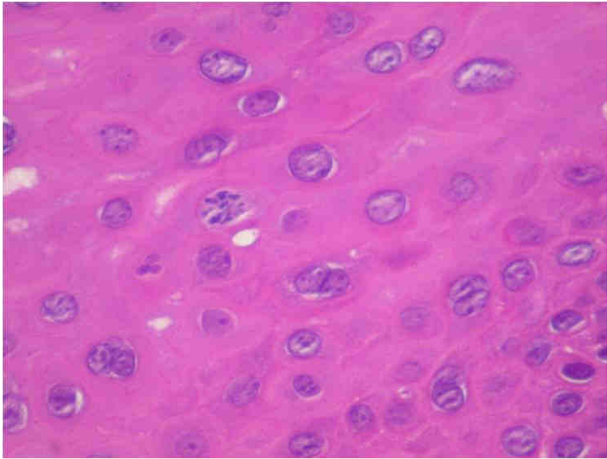


FIGURA 6- Aspecto histológico: lado esquerdo da mandíbula observam-se áreas com características de seqüestros. (Hematoxilina e Eosina – aumento de 40X)

DISCUSSÃO

A DCOF é uma condição benigna, não neoplásica, caracterizada por formação de múltiplas áreas lobulares de osso ou cimento relativamente acelular, entremeados por tecido fibroso, acometendo os maxilares bilateralmente⁷. De acordo com Melrose et al.⁷ existe uma maior incidência de DCOF em mulheres negras e acima de 40 anos.

Segundo Melrose et al.⁷; Neville et al.⁹ e Souza Junior et al.¹¹ relataram que nos casos de lesões assintomáticas os achados radiográficos são casuais, concordando assim com este estudo, já que a paciente tinha como motivo da realização da tomada radiográfica e, estava com dor na porção posterior da mandíbula esquerda.

O termo displasia cemento-óssea florida foi proposto na segunda edição do “World Health Organization’s”^{1,5}. Por ser uma lesão assintomática e benigna, nenhum tratamento é indicado ou necessário. Porém, devem ser realizadas radiografias de controle por muitos anos, para se assegurar que não haja mudança na benignidade da lesão^{1,9}.

No caso clínico apresentado a paciente relatou dor moderada, intermitente, somente no lado esquerdo da mandíbula, esses aspectos são compatíveis com osteomielite crônica e estão de acordo com relatos anteriores^{11,12}, o que mostra ainda mais a importância do diagnóstico associado aos exames complementares sempre associados as características sintomatológicas.

De acordo com Arijji et al.² e Neville et al.⁸, somente com a radiografia panorâmica pode-se fazer o diagnóstico sugestivo de DCOF, porém em casos onde ocorre infecção secundária ou degeneração cística, a tomografia computadorizada é de grande utilidade para se dimensionar a lesão no sentido vestibulo lingual¹¹.

É importante observar que o diagnóstico da DCOF é baseado principalmente nos achados clínicos e radiográficos, não havendo necessidade em grande parte dos casos, de biópsias para a sua confirmação. Na medida do possível deve-se evitá-la, pois procedimentos invasivos nas áreas envolvidas tais como exodontias e biópsia óssea têm sido associadas com a ocorrência de osteomielites. Algumas lesões fazem diagnóstico diferencial com a DCOF, como doença de Paget, osteomielite esclerosante difusa e cementoma gigantiforme familiar (CGF), as quais foram excluídas.

A osteomielite é a principal complicação da DOF. As massas mineralizadas são altamente densas, avasculares e apresentam pouca capacidade de remodelação sob próteses, predispondo a ulceração da mucosa, exposição óssea e formação de seqüestros⁴.

O acompanhamento clínico-radiográfico é indispensável, sendo o prognóstico bom. O exame clínico-anamnésico realizado com destreza, associado aos imagenológicos são prescindíveis de biópsia para o diagnóstico correto dessa entidade, melhorando assim seu prognóstico, já que exodontias podem ser causa de infecção secundária e complicações. O tratamento consiste em acompanhamento clínico e radiográfico para os pacientes assintomáticos e antibioticoterapia aliada à curetagem para os pacientes sintomáticos acometidos por osteomielite crônica¹¹.

CONCLUSÃO

Enfatiza-se com este caso clínico apresentado a importância dos exames por imagem no auxílio diagnóstico das lesões fibro-ósseas que acometem principalmente o complexo bucomaxilofacial e, que neste caso foi de fundamental importância para o diagnóstico.

ABSTRACT

The florid cemento-osseous dysplasia is an asymptomatic lesion present in the fibro-osseous maxilla and mandible of uncertain etiology. It has higher expression in females, and patients melanoderm, middle-aged to elderly. This dysplasia is an asymptomatic condition that can be discovered when a radiograph is performed. A biopsy is contraindicated to avoid infection difficult to treat. We report the case of a white woman 52 years old, who searched the Clinic of Surgery and Traumatology Bucco-maxillofacial surgery, Faculty of Dentistry of Araçatuba with pain in the posterior portion of left mandible. After radiographic examination was diagnosed with florid cemento-osseous dysplasia. Treatment was instituted clinical and radiographic.

UNITERMS: Oral Cavit, mandible, maxillary neoplasms.

REFERÊNCIAS

1. Alves CR, Manzi FR. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso clínico. *Arq Bras Odontol.* 2007; 3: 25-31.
2. Arijji Y, Arijji E, Higushi Y, Kubo S, Nakayama E, Kanda S. Florid cemento-osseous dysplasia. Radiographic study with special emphasis on computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78: 391-6.
3. Freimüller J, Beal S, Marteli AC, Boleta-Ceranto DCB, Tanaka RA. Displasia cemento-óssea florida: relato de um caso clínico. *Arq Ciên Saúde Unipar.* 2004; Suppl 3. Disponível em: < http://tapajo.unipar.br/site/ensino/pesquisa/publicacoes/revistas/revis/view03.php?ar_id=1394>. Acesso em: 18 fev 2011.
4. Grasselli S, Da Silva CM, Fontanella VRC. Displasia óssea florida. *Stomatos.* 2001; 7: 55-8.
5. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogênico tumours: a commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70: 2988-94.
6. [Kuo SB](#), [Chen WH](#), [Suen PC](#), [Zen EC](#). Florid osseous dysplasia: case report. *Changgeng Yi Xue Za zhi.* 1999; 22:147-52.
7. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BH. Florid Osseous Dysplasia, a Clinical-Pathologic Study of Thirty-four Cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 41: 33-9.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology.* 1 ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
10. Sant'Ana Filho M, Pezzi LPG, Azoubel E, Scortegagna A, Soares ECS. Lesões fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical X displasia cemento-óssea florida. *Rev Fac Odontol.* 1998; 39: 26-30.
11. Souza Júnior EJC, Menezes ARM, Ramalho MP, Falcão AFP. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. *Odontol Clín Científ.* 2008; 7: 347-51.
12. Studart-Soares EC, Scortegana A, Azoubel E, Pezzi LPG, Sant'ana Filho M. Lesões fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical X displasia cemento-óssea florida. *Rev Fac Odontol.* 1998; 39: 26-30.

Endereço para correspondência

Idelmo Rangel Garcia Júnior
Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
idelmo@foa.unesp.br