

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2014

Volume 4 | Nº2



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

Raphaela Capella de Souza Póvoa

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Residente em Cirurgia Bucodentofacial/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Amanda Benevides da Nova

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em Ortodontia pela Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Rosemiro de Menezes Maciel

Mestre em Radiologia Odontológica/São Leopoldo Mandic, Professor Substituto de Estomatologia/UERJ, Professor do curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ, Professor do curso de Especialização em Estomatologia/ São Leopoldo Mandic, Rio de Janeiro, Brasil.

Maria Eliza Barbosa Ramos

Doutora em Odontopediatria/UFRJ, Professora Associada de Estomatologia/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Mônica Simões Israel

Mestre e Doutora em Patologia/UFF, Professora Adjunta de Estomatologia/UERJ, Coordenadora do Curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ e do curso de Especialização em Estomatologia/ São Leopoldo Mandic, Professora de Patologia Geral e Patologia Bucal das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

A displasia cimento-óssea florida consiste em uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares. O seu diagnóstico baseia-se no aspecto radiográfico. Quando assintomática, não requer intervenção cirúrgica. Relato do caso: Paciente do gênero feminino, melanoderma, 48 anos de idade apresentou-se com múltiplas áreas radiopacas envolvendo todos os quadrantes, que foram visualizadas em radiografia panorâmica realizada para início de tratamento odontológico. Conclusão: Demonstrar a importância do exame radiográfico de rotina, sugerindo que todo paciente a ser triado deve realizar radiografias e que estas devem ser analisadas, já que através deste ato é possível detectar lesões até então desconhecidas.

Palavras Chave: Neoplasias ósseas, Osteomielite, Radiografia.

ABSTRACT

Introduction: Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a benign fibro-osseous lesion. The diagnosis is based on the radiographics aspects. Unless symptoms are noted, no treatment is indicated. Case Report: A female patient, black, 48-year-old presented with multiple radiopaque areas involving all quadrants of the jaws on the basis of conventional panoramic radiograph ordered to begin a dental treatment. Conclusion: To show the routine radiograph's importance, suggesting that every patient has to be screening by this exam. This act turns unknown lesions' diagnosed possible.

Keywords: Bone Neoplasms, Osteomyelitis, Radiography.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição dos aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos foi feita por Melrose et al (1976), usando o termo "displasia óssea florida" e descrevendo massas exuberantes semelhantes a cimento em ambos os ossos gnáticos. Posteriormente, WALDRON (1993) sugeriu o termo displasia cimento-óssea florida (DCOF) devido à presença de cimento e osso. Esta entidade geralmente se apresenta de forma assintomática sendo diagnosticada pelo aspecto radiográfico. Entretanto, pode-se diferenciar lesões como a displasia periapical, cementoma gigante, osteomielite crônica esclerosante difusa (OCED) e a doença óssea de Paget. [5, 6, 4, 10, 7] Na maioria dos casos a DCOF pode ser completamente assintomática e em uma minoria o paciente pode queixar-se de dor persistente de baixa intensidade. A escolha do tratamento vai de acordo com o estágio da lesão, não havendo normalmente a necessidade de intervenção cirúrgica, exceto em casos sintomáticos associados à osteomielite.

REVISÃO DE LITERATURA

A DCOF consiste em uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares que ocorre em áreas dentadas ou não. Acomete principalmente mulheres melanodermas com predileção para meia idade. O envolvimento da lesão geralmente é multifocal com tendência para bilateralidade, sendo frequentemente simétrico. Na maioria das vezes é assintomática, sendo encontrada em radiografias de rotina. Pode apresentar dor intensa quando associada à osteomielite, uma complicação decorrente de infecção secundária.

O diagnóstico da DCOF é baseado no aspecto radiográfico, onde as lesões se mostram como massas radiopacas, irregulares, circundadas por uma borda radiolúcida. Essas massas tendem para a simetria, com localização bilateral e são mais comuns na mandíbula do que na maxila.

Histopatologicamente, observam-se fragmentos de tecido celular mesenquimal composto de fibroblastos fusiformes e fibras colágenas com numerosos vasos sanguíneos de pequeno calibre. Áreas de hemorragia ao longo da lesão podem ser visualizadas. No tecido conjuntivo fibroso há uma mistura de osso trabeculado, osso lamelar e partículas semelhantes a cimento.

Como a DCOF não é neoplásica, não requer remoção. Caso haja sintomatologia, envolvendo um processo de osteomielite crônica, a conduta é mais difícil. Antibióticos podem ser indicados, embora, muitas vezes, não sejam eficazes. Em alguns casos, o cisto ósseo simples pode estar associado e persiste ou aumenta de tamanho após intervenção cirúrgica. Quando isso ocorre, o cisto ósseo simples e a proliferação fibro-óssea circunjacente devem ser curetados por completo, auxiliando na cicatrização.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 48 anos de idade, foi encaminhada ao Serviço de Estomatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), devido à presença de múltiplas áreas radiopacas distribuídas por todos os quadrantes, que foram visualizadas em radiografia panorâmica realizada para início de tratamento odontológico.



Fig. 1 – Radiografia panorâmica mostrando múltiplas áreas radiopacas distribuídas por todos os quadrantes.

A paciente era portadora de prótese total superior e apresentava-se assintomática, e, ao exame clínico intra-bucal, não foram observadas alterações (Figs. 2a, 2b, 2c e 2d). Diante destes achados, o diagnóstico de displasia cemento-óssea florida foi estabelecido. Como a paciente apresentava-se sem sintomatologia, a opção de tratamento foi a preservação, através de radiografias panorâmicas anuais. Além disso, a paciente foi orientada quanto à importância da higienização e dos cuidados com a saúde oral, para que fossem evitadas exodontias consequentes ou manipulações cirúrgicas, prevenindo desta forma um quadro de osteomielite posterior.



Fig.2a - Aspecto intrabucal com a prótese total superior. Fig. 2b, 2c e 2d - Aspecto intra-bucal sem alterações após a retirada da prótese total superior.

DISCUSSÃO

Na classificação de tumores odontogênicos mais recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), a DCOF é considerada uma lesão óssea não neoplásica constituída por uma proliferação fibroblástica associada a trabéculas irregulares de osso e material acelular semelhante a cimento, incluída no espectro das lesões fibro-ósseas.

Apesar de a OMS considerar o cementoma gigantiforme Familiar e a Displasia Cimento-Óssea Florida uma entidade única devido à presença dos mesmos achados histopatológicos, estudos demonstram diferenças que justificam considerá-las quadros distintos. O cementoma gigantiforme familiar apresenta caráter autossômico dominante, acometendo preferencialmente pacientes leucodermas, na primeira ou segunda década da vida, com crescimento relativamente rápido, resultando em deformidade facial proeminente.[6] Young et al. (1989) relataram uma família com cementoma gigantiforme presente em cinco gerações, mostrando que, embora haja semelhança nos achados histopatológicos, as características clínicas são distintas e importantes para o estabelecimento do diagnóstico. [11] Devem ser incluídas também no diagnóstico diferencial da DCOF, a doença óssea de Paget e a displasia cimento-óssea periapical e OCED. Apesar das semelhanças clínicas e radiológicas, a DCOF e a OCED podem ser distinguidas por alguns aspectos. A OCED não exibe predileção por mulheres melanodermas e o aspecto radiográfico radiopaco não é proveniente de lesões fibro-ósseas, como ocorre no desenvolvimento da DCOF. Já a doença óssea de Paget pode ser poliostótica e apresenta alterações nos valores laboratoriais (elevação da fosfatase alcalina em estágio ativo), enquanto a DCOF é monostótica e não mostra alterações bioquímicas.

O manejo do paciente sintomático é complicado. Desta forma, quando assintomático, o paciente é normalmente mantido sob observação sem intervenções cirúrgicas. A presença de sintomatologia é associada à exposição de massas escleróticas na cavidade oral, por isso, devem ser evitadas extrações de elementos dentários próximos às massas ou cirurgias, incluindo biópsias e implantes dentários. Ainda por este motivo, deve ser de grande importância a orientação ao paciente quanto à dieta não cariogênica e a correta higienização bucal.

A causa da DCOF é desconhecida e não há uma explicação para a predileção racial ou de faixa etária. Toffanin e Young sugeriram a possibilidade de um envolvimento genético em alguns casos. [10, 11] No entanto, a revisão de literatura feita por Macdonald em 2003 mostrou 59% dos casos em pacientes negros, 37% em pacientes asiáticos e 3% em pacientes brancos. A predileção por pacientes de meia idade e melanodermas, juntamente com os achados radiográficos, permite o diagnóstico da DCOF.

Neste trabalho relatou-se um caso de DCOF assintomática, cujo diagnóstico foi baseado nos elementos clínicos, idade, gênero e cor da paciente, assim como nos aspectos radiográficos e na localização múltipla das lesões nos quadrantes, que são achados característicos desta entidade.

CONCLUSÃO

A displasia cimento-óssea florida é considerada, basicamente, um achado radiográfico. Desta forma, podemos conferir a importância das radiografias de rotina para início de tratamento odontológico. Este relato sugere que todo paciente a ser triado deva realizar radiografias e estas devam ser analisadas, já que através deste ato é possível detectar lesões até então desconhecidas. Este procedimento pode proporcionar um diagnóstico precoce conferindo um melhor prognóstico. O paciente diagnosticado deve ser controlado periodicamente e a curetagem da lesão é indicada apenas em casos dolorosos com infecções secundárias. Nos casos assintomáticos, faz-se necessária a prevenção de qualquer necessidade de intervenção cirúrgica, como extrações. Para isso, o mesmo deve ser orientado quanto aos cuidados com a higienização bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIJI, Y et al. Florid cemento-osseous dysplasia: Radiographic study with special emphasis on computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78:391-6.

KÖSE TE, KÖSE OD, KARABAS HC, ERDEM TL, OZCAN I. Findings of florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases. *J Oral Maxillofac Res* 2014; Jan 1;4(4)

MACDONALD; JANKOWSKI, DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32:141-9.

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.

MUWAZI L, KAMULEGEYA A. The 5-year prevalence of maxillofacial fibro-osseous lesions in Uganda. *Oral Dis.* 2014 Mar 8.

NEVILLE, Brad W; DAMM, Douglas D; ALLEN, Carl M; BOUQUOT, Jerry E *Patologia oral e maxilofacial*, 3a edição. Elsevier, 2009.

REKABI AR, ASHOURI R, TORABI M, PARIROKH M, ABBOTT PV. Florid cemento-osseous dysplasia mimicking apical periodontitis: A case report. *Aust Endod J.* 2013; Dec;39(3):176-9.

TOFFANIN, A; BENETTI, R; MANCONI, R. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Oral and Maxillofac Surg* 2000; 58: 1440-6.

TONIOLI, Matthew B; SCHINDLER, William G. Treatment of a maxillary molar in a patient presenting with florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Journal of Endodontics* 2004, set; 30 (9): 665-7.

WALDRON, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51:828-35.

YOUNG, SK; MARKOWITZ, NR; et al. Familial gigantiform cementoma: classification and presentation of a large pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:740-7.



www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro