

Displasia cemento-óssea florida: relato de caso clínico

Florid cemento-osseous dysplasia: a case report

Displasia ósea florida: reporte de caso

Ellen Rayana Pereira da SILVA¹

Luciano Cincurá Silva SANTOS²

Fabio Ornellas PRADO³

¹Cirurgiã-Dentista pela UESB Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 45208-091 Jequié-BA, Brasil

²Professor Adjunto do Departamento de Saúde 1, UESB Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 45208-091 Jequié-BA, Brasil

³Professor Titular do Departamento de Saúde 1, UESB Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 45208-091 Jequié-BA, Brasil

Resumo

A displasia cemento-óssea florida é uma patologia que afeta preferencialmente o osso mandibular de mulheres negras acima de quarenta anos. Na maioria dos casos esta se caracteriza por ser assintomática, sendo apenas diagnosticada através de exames radiográficos. O presente artigo relata o caso de uma paciente leucoderma de 26 anos de idade, com lesões de displasia cemento-óssea florida, localizadas bilateralmente em mandíbula, e seu tratamento cirúrgico. Conclui-se ressaltando a importância do conhecimento clínico sobre essa patologia, pois esse entendimento será essencial para obtenção de um diagnóstico preciso e na elaboração de plano de tratamento adequado, proporcionando ao paciente melhor prognóstico.

Descritores: Displasia Fibrosa Ósea; Cimento Dentário; Doenças Ósseas.

Abstract

Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a condition that preferentially affects the mandible of black women over forty years. In most cases this pathology is asymptomatic, being only diagnosed through radiographic examinations. This article reports the case of a 26-years leucoderma woman, which had florid cement-osseous dysplasia bilaterally in the jaw, and the surgical treatment of the case. It was concluded pointing the importance of clinical knowledge of this pathology, because this understanding will be essential to obtain an accurate diagnosis and developing appropriate treatment plan providing to the patient a better prognosis.

Descriptors: Fibrous Dysplasia of Bone; Dental Cementum; Bone Diseases.

Resumen

Displasia Cemento Ósea Florida (DCOF) es una condición que afecta preferentemente a la mandíbula de mujeres negras con más de cuarenta años. En la mayoría de los casos esta patología es asintomática, siendo diagnosticada solamente por medio de exámenes radiográficos. Este artículo divulga el caso de una mujer de 26 años leucoderma, que tenía Displasia Cemento Ósea Florida bilateral en la mandíbula y el tratamiento quirúrgico del caso. Se concluye señalando la importancia del conocimiento clínico de esta patología, ya que este entendimiento será esencial para obtener un diagnóstico preciso y desarrollar el plan de tratamiento apropiado ofrecer al paciente un mejor pronóstico.

Descritores: Displasia Fibrosa Ósea; Cimento Dental; Enfermedades Óseas.

INTRODUÇÃO

A displasia cemento ósea florida (DCOF) foi descrita pela primeira vez por Melrose et al.¹ em 1976, sendo constatada sua maior incidência em mulheres negras de meia idade. Essa patologia possui alta tendência em afetar bilateralmente e de forma simétrica a região posterior dos ossos gnáticos, principalmente a mandíbula². Na maioria dos casos a DCOF é caracterizada por ser assintomática, descoberta apenas quando são realizados exames radiográficos rotineiros³.

Radiograficamente, essa patologia caracteriza-se por apresentar massas radiopacas difusas, onde uma zona radiolúcida é parcialmente coberta por uma ou mais massas radiopacas. Tipicamente, estas massas têm formato lobular ou granulomatoso e um aspecto radiopaco semelhante com as radiopacidades em flocos de algodão da doença de Paget. Os bordos e os espaços radiolúcidos que envolvem a DCOF são bastante regulares e bem definidos⁴.

Quando associada à osteomielite, a DCOF pode se tornar sintomática devido ao aumento volumétrico intra e/ou extrabucal, levando ao desenvolvimento de fístulas com drenagem de secreção purulenta e formação de sequestro ósseo. Tais processos infecciosos são decorrentes da má vascularização do tecido cementário, dificultando o processo de reparo⁵.

Tanto as áreas dentadas quanto as edêntulas podem ser afetadas, sendo que essas lesões não comprometem a fixação nem a vitalidade dos dentes, nem provocam mobilidade nos mesmos. Por outro lado, as lesões localizadas próximo ao forame mental podem comprimir o nervo homônimo, produzindo dor, parestesia e até anestesia. Quando centralizada acima do canal mandibular, as lesões grandes podem deslocá-lo para uma posição inferior, podendo causar parestesia do nervo alveolar inferior³.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de Displasia Cemento Ósea Florida, detalhando suas manifestações clínicas e radiográficas, bem como forma de tratamento.

CASO CLÍNICO

Paciente gênero feminino, leucoderma, 26 anos de idade, compareceu ao Módulo de Odontologia da UESB, campus Jequié-BA para realização de exames bucais de rotina. Durante anamnese, a paciente relatou que sentia “estalos nos ossos da boca e tinha manchas nos dentes”.

Ao exame clínico, observou-se que a paciente apresentava edentulismo parcial, com ausência dos elementos: 15, 14, 13, 24, 25, 27, 37, 36, 35, 34, 45, 46 e 47, sendo apenas os espaços protéticos da arcada superior reabilitados por prótese parcial removível. Ao exame radiográfico panorâmico, detectou-se área radiolúcida preenchida por massas radiopacas de formato ovóide no terceiro quadrante no corpo esquerdo da mandíbula e uma extensa lesão radiolúcida com massas radiopacas difusas no terceiro quadrante no corpo direito da mandíbula, sugestiva de displasia óssea (Figura 1A).

Como a lesão apresentava-se assintomática, decidiu-se pelo acompanhamento clínico e radiográfico semestral. Dois anos após a consulta inicial, percebeu-se evolução da lesão em forma e tamanho (Figura 1B), além disso, a paciente relatou sintomatologia dolorosa no lado direito da mandíbula, principalmente durante alimentação. Dessa forma, para confirmação diagnóstica foi realizada biópsia incisiva intra-óssea na lesão do lado direito da mandíbula, tendo como resultado do laudo histopatológico displasia cemento-óssea. Verificou-se à microscopia material calcificado caracterizado por massa de tecido ósseo, por vezes sob a forma de

trabéculas maduras e basofílicas, com áreas de tecido cementóide entremeadas por tecido conjuntivo fibrocelular.

Diante dessa situação, foi decidido em âmbito clínico que a melhor conduta para resolução desse caso seria o tratamento cirúrgico da lesão do lado direito, pois além de provocar sintomatologia dolorosa, o aumento volumétrico

desta passou a causar problemas funcionais e estéticos. Foi solicitada Tomografia Computadorizada (Figura 1C), essencial para o planejamento cirúrgico, bem como exames laboratoriais para verificação do estado de saúde geral da paciente. O procedimento foi realizado no Hospital Geral de Vitória da Conquista-BA, sob anestesia geral.

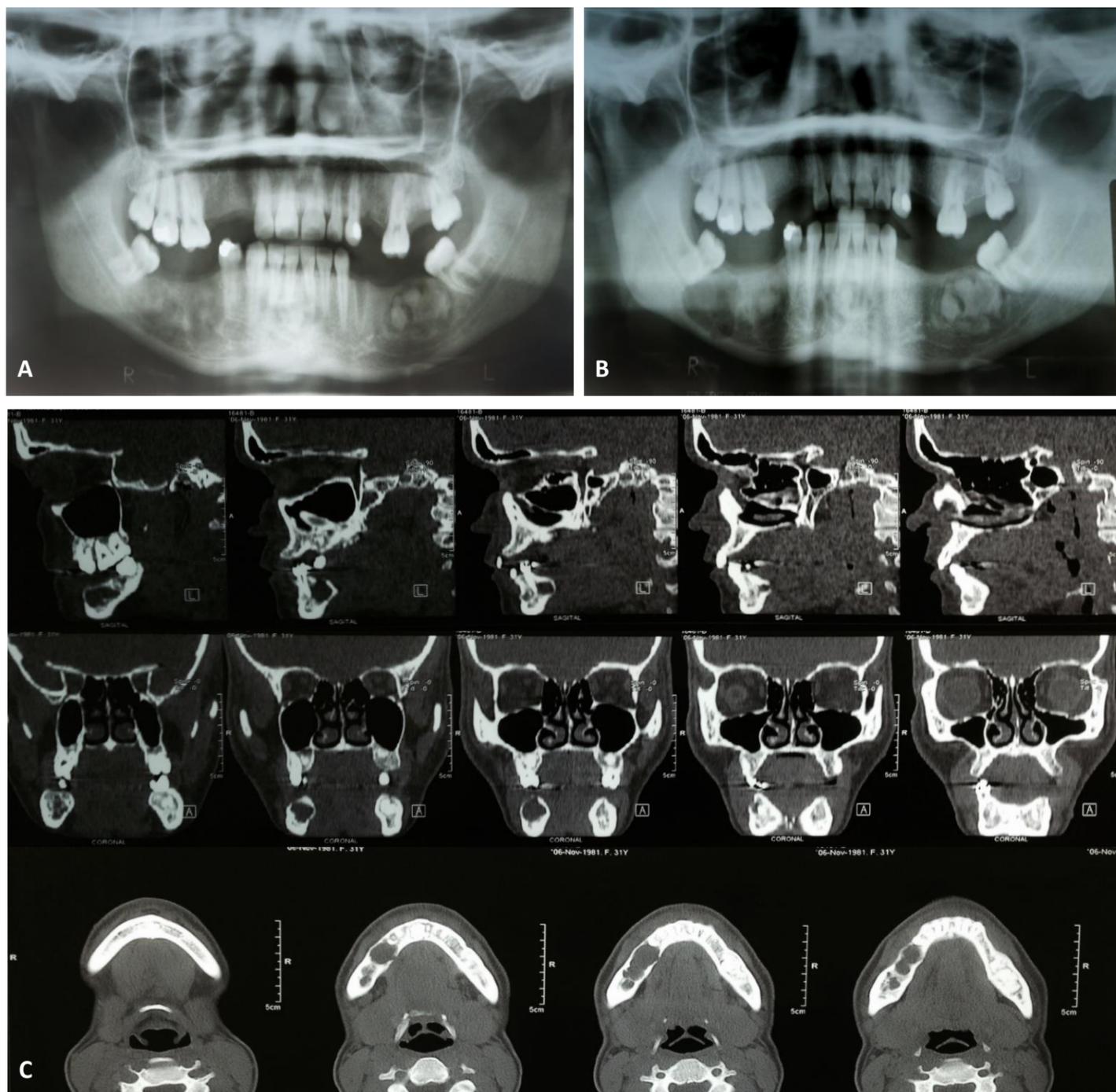


Figura 1. Exames Imaginológicos: A) Radiografia panorâmica inicial, presença de massas radiopacas intercaladas com regiões radiolúcidas no corpo direito e esquerdo da mandíbula. B) Radiografia panorâmica 2 anos depois do exame clínico inicial; C) Tomografia computadorizada. Imagem predominantemente hipodensa no corpo mandibular direito e mista hipodensa e hiperdensa na região de corpo mandibular esquerdo. Corte sagital, coronal e axial.

A lesão foi removida parcialmente através de osteoplastia; para tal finalidade, foram utilizados cinzel, martelo, broca 701 e fresa cirúrgica para o refinamento ósseo (Figuras 2 a 4).



Figura 2. Trans-operatório.

A paciente está há 9 meses sob acompanhamento clínico e radiográfico no Módulo de Odontologia da UESB (Figura 5), mantendo-se assintomática e com neoformação óssea satisfatória no local da cirurgia.



Figura 3. Acesso intra-oral e lesão.



Figura 4: Resultado após a osteoplastia.



Figura 5: Radiografia panorâmica 9 meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A DCOF é uma patologia que afeta preferencialmente mulheres negras na quarta década de vida. Segundo Toyosawa⁶ essa predileção pode ser explicada pela concentração de osteocalcina óssea. A osteocalcina é uma proteína não colágena, presente na matriz óssea, abundante em quadros de displasias do tecido ósseo e que interfere na atividade osteoblástica. Nas mulheres, a concentração de osteocalcina é menor comparada aos homens, porém ao atingirem idades mais avançadas há um aumento temporário no nível dessa proteína. Dessa forma, o envelhecimento relacionado ao aumento da osteocalcina em mulheres pode estar associado na diminuição da formação e remodelação óssea, o que leva esse grupo a ter uma predisposição maior para o desenvolvimento de displasias ósseas.

Entretanto, comparado a outros estudos^{1,3} o caso relatado apresenta menor idade que a média da literatura e grupo étnico distinto. Por outro lado, o caso não representa uma exceção, visto que outros pesquisadores^{2,7} encontraram essa patologia em mulheres caucasianas e orientais na segunda e terceira décadas de vida.

Até o momento, não se sabe qual a patogênese da DCOF, porém, acredita-se que restos de cimento que ficam alojados no osso após extrações dentárias, podem ser um dos desencadeadores da DCOF⁷. No caso apresentado, radiograficamente podemos avaliar que a região de envolvimento da lesão se dá justamente nas áreas edentulas da mandíbula, o que nos faz suspeitar que o desenvolvimento dessa lesão pode ter iniciado após as exodontias dos molares.

A tomografia computadorizada (TC) é um exame de grande auxílio na avaliação da extensão da lesão, que nos permite verificar a proximidade desta com estruturas anatômicas importantes. De acordo com Beylouni⁸, devido à capacidade de proporcionar cortes axiais, frontais e sagitais, a TC pode ser largamente aproveitada para avaliarmos a evolução dessas lesões. A reconstrução tridimensional de áreas ósseas tem se mostrado ferramenta muito importante, pois a partir das imagens obtidas pela TC pode-se distinguir a DCOF de outras lesões que exibem aparência esclerótica

semelhante em radiografias convencionais.

Quanto ao tratamento da DCOF, lesões pequenas, assintomáticas e que se apresentam estáveis durante o acompanhamento clínico e radiográfico, não necessitam de nenhuma intervenção cirúrgica, se fazendo necessário apenas acompanhamento periódico, controle com profilaxia e reforço de higiene bucal^{3,8}.

Por outro lado, lesões que possuem sintomatologia dolorosa e continuam a crescer, comprometendo estética e funcionalmente o paciente, requerem tratamento cirúrgico e antibioticoterapia, deixando pouco osso remanescente⁹. No caso relatado, a evolução da lesão nos levou a decidir que a melhor conduta para o tratamento da mesma seria a intervenção cirúrgica, pois, como foi descrito anteriormente, a lesão que acometia o lado direito da mandíbula da paciente passou a causar sintomatologia dolorosa, com aumento de volume e comprometimento de função mastigatória, além de causar assimetria facial.

Após o tratamento, a paciente está em acompanhamento através de exames clínicos e radiográficos e, até o momento, não relatou sintomatologia dolorosa. Nove meses após a cirurgia, observou-se radiograficamente área de neoformação óssea em boa parte da região afetada. Dessa forma, consideramos a recuperação como satisfatória, tendo em vista que esse é um processo lento. Segundo Bencharit et al.¹⁰ a remoção completa de tecido necrótico pode causar no tecido ósseo um defeito de descontinuidade e irregularidade, sendo necessária posteriormente a reconstrução desse tecido com enxerto ósseo. Outra opção a ser realizada após o enxerto é a instalação de implantes dentários, a fim de restaurar a forma adequada e a função óssea.

CONCLUSÃO

Conclui-se que é de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre as manifestações clínicas e radiográficas da DCOF, pois esse entendimento será essencial para obtenção de um diagnóstico preciso e elaboração de plano de tratamento adequado, proporcionando ao paciente um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathological study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 41(1):62-82..
2. Noronha Santos Netto J, Machado Cerri J, Miranda AM, Pires FR. Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013; 115(5):e56-65
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
4. Whaites E. *Princípios de Radiologia odontológica.* 4. ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2009.
5. Pereira Filho VA, Paza AO, Mazzonetto R, Moreira RWF, Vargas PA. Displasia óssea florida. *BCI.* 2000; 7(25):33-5.
6. Toyosawa S, Yuki M, Kishino M, Ogawa Y, Ueda T, Murakami S et al. Ossifying fibroma vs. fibrous dysplasia of the jaw: molecular and immunological characterization. *Mod Pathol.* 2007;20(3):389-96.
7. Gündüs K, Avsever H, Karaçaylı Ü, Şenel B, Pişkin B. Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Braz Dent J.* 2009; 20(4):347-50.
8. Beylouni, I, Farge, P, Mazoyer, J. F. & Coudert, J. L. 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(6):707-11.

9. White S, Pharoah M. Radiologia oral. Fundamentos e Interpretação. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
10. Bencharit, S.; Schardt-Sacco, D.; Zuniga, J. R. & Minsley, G.E. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: A clinical report. J Prosthet Dent. 2003; 90(3):220-4.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Fábio Ornellas Prado

fprado@uesb.edu.br

Submetido em 22/02/2018

Aceito em 27/03/2018