

# Cementoblastoma benigno: relato de caso clínico e revisão de literatura

Benign Cementoblastoma: clinic cases report and literature review

## RESUMO

O cementoblastoma é um tumor benigno de origem mesenquimal. Embora este neoplasma seja raro, o profissional de odontologia deve ser capaz de identificar as características clínicas que poderão conduzir para um diagnóstico precoce e tratamento adequado.

As características clínico-patológicas, o prognóstico e o tratamento bem como o diagnóstico diferencial serão apresentadas no decorrer do trabalho.

Será apresentado um caso clínico de um cementoblastoma em um paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, que envolveu as regiões de premolares e molar inferiores direito.

## UNITERMOS

Cementoblastoma Benigno; tumor odontogênico, cirurgia, patologia.

## INTRODUÇÃO

O cementoblastoma foi descrito pela primeira vez em 1930 por Noberg como sendo um raro tumor odontogênico de origem mesenquimal. Constitui-se como um neoplasma verdadeiro de cementoblastos funcionais que formam uma grande massa de cimento, ou tecido semelhante ao cimento, na raiz do dente<sup>8,13,21</sup>.

O cementoma apresenta-se na literatura com outras denominações como cementoblastoma e cementoma verdadeiro. A Organização Mundial de Saúde reúne o cementoblastoma em um grupo de tumores denominados cementomas, sendo constituído da Displasia Cementária Periapical e Fibroma Cementificante<sup>18,19,21</sup>.

---

SENA, Cláudia Moraes\*  
CARRIJO, Narúbia Dias\*  
PINHEIRO, Jerfferson do Brasil\*\*  
WATANABE, Rogério\*\*\*  
OLIVEIRA, Fabiano Jorge\*\*\*\*  
WATANABE, Satiro\*\*\*\*\*  
PINTO, Luiz Vieira\*\*\*\*\*

---

O cementoblastoma acomete principalmente indivíduos jovens, do sexo masculino, geralmente na terceira e quarta décadas de vida, porém foram encontrados na literatura casos de indivíduos que apresentaram cementoma na faixa de oito até setenta e dois anos de idade FARMAN et al<sup>11</sup> (1979); SAMIR et al<sup>19</sup> (1999).

A mandíbula é o principal sítio de ocorrência, sendo os pré-molares e molares os dentes mais acometidos por este tumor. O dente mais afetado é o primeiro molar inferior e apenas um caso envolvendo dentes decíduos foi relatado<sup>11,16,18,20</sup>.

Clinicamente o tumor mostra-se com expansão das corticais vestibular e lin-

\* Acadêmicas do 5º ano da Faculdade de Odontologia de Anápolis.

\*\* Acadêmico do 5º ano da Universidade Federal de Goiás.

\*\*\* Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Goiás.

\*\*\*\* Cirurgião-dentista graduado pela Universidade de Franca-SP.

\*\*\*\*\* Coordenador do serviço de CTBMF do Hospital Geral de Goiânia (HGG).

\*\*\*\*\* Mestre em Diagnóstico Bucal pela USP Bauru-SP.

gual, a dor é de baixa intensidade, ausência de parestesia e o dente envolvido pode não responder aos testes de sensibilidade pulpar. Os dentes associados podem estar deslocados e com vitalidade. ARITA et al<sup>2</sup> (2000); CANNELL<sup>7</sup> (1991); PIATTELLI et al<sup>18</sup> (1998).

Radiograficamente o tumor está aderido a raiz do dente e aparece como uma massa radiopaca densa, bem circunscrita, cercada freqüentemente por um halo radiotransparente fino e uniforme. O contorno da raiz afetada geralmente está apagado, devido a reabsorção da raiz e a fusão da massa com o dente. Estas características radiográficas são quase patognômicas<sup>6,18,21,22</sup>.

Microscopicamente, a maior parte da massa é composta de camadas de tecidos semelhantes ao cimento e às vezes lembrando cimento celular secundário. Geralmente, dispersas por todo tumor, são bastante prevalentes as Linhas de Reversão<sup>1</sup>.

O tratamento recomendado é a enucleação de todo o tumor, com remoção do dente afetado, a recorrência é geralmente o resultado de remoção incompleta.

Por ser um tumor com características similares a de outras patologias, consideramos importante, por meio do relato de caso, dar subsídios clínico-radiográficos e microscópicos para o correto diagnóstico diferencial.

## REVISÃO DE LITERATURA

O Cementoblastoma, provavelmente, é um neoplasma verdadeiro de cementoblastos funcionais que formam uma grande massa de cimento, ou tecido semelhante ao cimento na raiz do dente. É uma lesão bem distinta mas relativamente rara, como mostra ARITA et al<sup>2</sup> (2000), ao identificar 66 casos na literatura, porém ULMANSK et al<sup>22</sup> (1994), identificaram 71 casos documentados, incluindo cinco novos casos por ele descrito.

De acordo com os autores ULMANSK et al<sup>22</sup> (1994), PIATTELLI et al<sup>18</sup> (1998), SAMIR et al<sup>19</sup> (1999), a etiologia do cementoblastoma está relacionada com a formação e desenvolvi-

mento das lesões neoplásicas em si (fatores genéticos em associação com o meio ambiente).

Grosseiramente, o cementoblastoma aparece como uma massa calcificada que está aderida a raiz ou raízes dos dentes afetados, geralmente no terço apical. Microscopicamente as trabéculas de cimento estão depositadas total ou parcialmente na raiz do dente. O cimento formando é fortemente basofílico e mostra numerosas linhas irregulares e reversas, a semelhança do osso de Paget<sup>5,10,12</sup>.

As trabéculas de cimento estão cercadas por cementoblastos ativos e roliços. Tecido fibrovascular com numerosos vasos dilatados e grupos ocasionais de células gigantes, multinucleadas, osteoclastos-símilis, estão presentes entre as áreas densamente calcificadas.

De acordo com SAMIR et al<sup>19</sup> (1999), radiograficamente, o halo radiotransparente corresponde a uma matriz não-calcificada (cementóide) coberta por cementoblastos intercalados com tecido fibrovascular. Sem as características clínicas e radiográficas típicas, o campo microscópico periférico do cementoblastoma pode ser facilmente mal diagnosticado com outras lesões de aspecto similar.

Foi observado por grande parte dos autores aqui citados um acometimento maior do sexo feminino, verificando uma maior incidência do tumor entre a segunda e terceira décadas de vida, diagnosticados principalmente na região posterior da mandíbula.

O tratamento definitivo consiste na enucleação do tumor e exodontia do dente afetado<sup>11,16,19,22</sup>.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

W. R. T., sexo masculino, 17 anos, leucodermo, estudante, natural de Goiânia-GO, apresentou-se ao consultório particular encaminhado por outro colega, para tratamento de lesão bucal. Relatou queixa de "caroço" na boca, com mais ou menos um ano e meio de evolução, localizado na região da mandíbula, ao nível de premolares e molar inferior direito, com sintomatologia dolorosa à

palpação (FIG.1). Ao exame clínico constatou-se um aumento de volume local,



FIGURA 1 – Aspecto clínico extra-oral

com extensão para o lado vestibular e lingual (FIG.2). A mucosa apresentava-se com aspecto de normalidade e consistência dura.



FIGURA 2 – Aspecto clínico intra-oral

Foi solicitado exame radiográfico panorâmico, periapical e tomografia computadorizada da região (FIG.3 e 4).

Ao exame radiográfico foi observa-

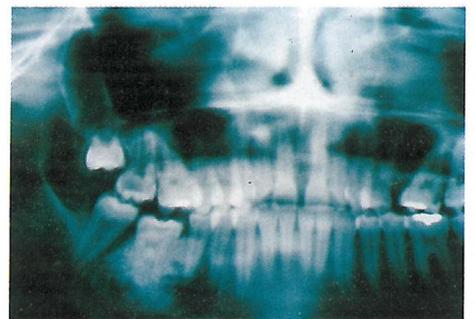


FIGURA 3 – Radiografia panorâmica com massa radiopaca aderida à raiz do dente 17

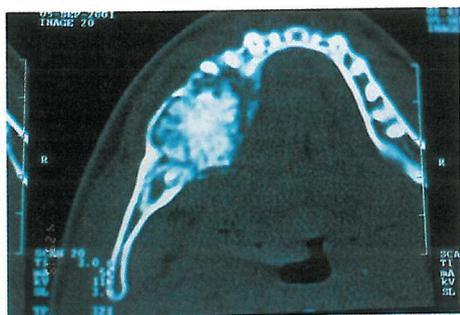


FIGURA 4 – Tomografia computadorizada em corte axial, com discreto abalamento da cortical vestibular

da uma massa radiopaca com contornos definidos, apresentando também um halo radiolúcido envolvendo a área (FIG. 5). Foi realizada uma biópsia incisional e o

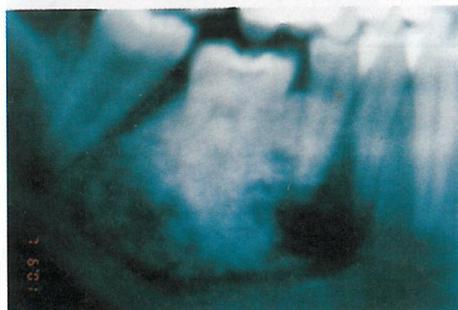


FIGURA 5 – Aspecto clínico extra-oral

material enviado ao laboratório com diagnóstico clínico de cementoblastoma benigno, lesão fibroóssea e sarcoma. O resultado deste exame histopatológico foi de displasia fibrosa (FIG.6).

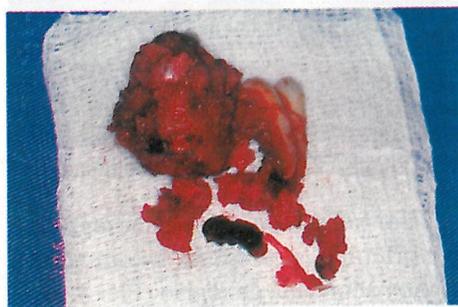


FIGURA 6 – Peça patológica enviada à biópsia

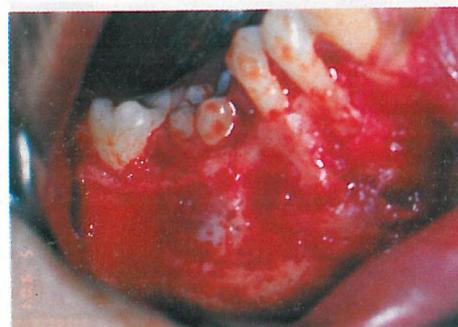


FIGURA 7 – Incisão

Posteriormente foi realizado tratamento cirúrgico, em ambiente hospitalar, para exérese total da lesão. Foi feita uma incisão intra-sulcular e uma relaxante (FIG. 7) e descolamento (FIG. 8) para a enucleação da lesão (FIG. 9).



FIGURA 8 – Descolamento

A sutura foi então realizada (FIG. 10), sendo removida após uma semana. Este material removido durante a cirurgia foi



FIGURA 9 – Enucleação da lesão

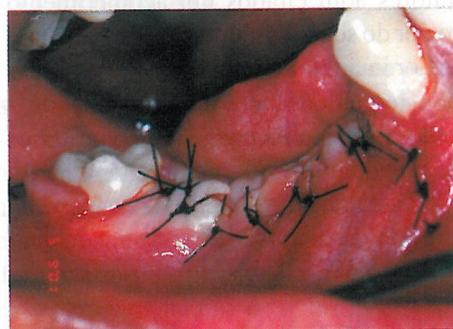


FIGURA 10 – Sutura

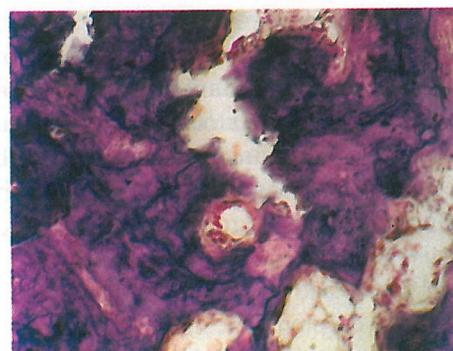


FIGURA 11 – Aspecto histológico inicial

enviado ao histopatológico (FIG. 11) e o diagnóstico final foi de que se trata-

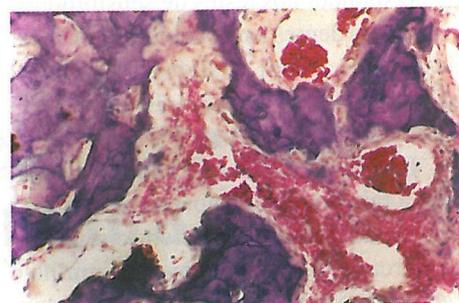


FIGURA 12 – Biópsia final

va de um cementoblastoma benigno (FIG 12), contrariando o resultado da biópsia inicial. O pós-operatório foi tranquilo (FIG. 13), já passado um ano, sem indícios de recidiva e com neoformação óssea no local afetado (FIG 14).

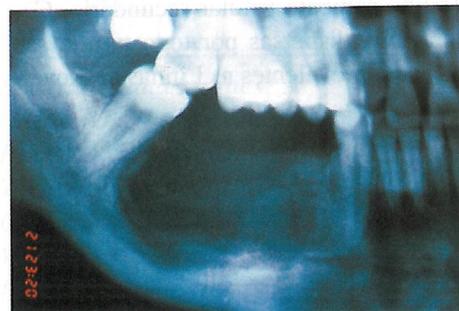


FIGURA 13 – Radiografia panorâmica pós-operatória

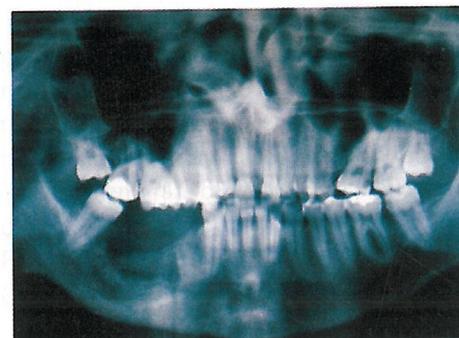


FIGURA 14 – Radiografia panorâmica após um ano, com neoformação óssea

## COMENTÁRIOS

O cementoblastoma ou cementoma verdadeiro é um tumor benigno relativamente raro com grande potencial de crescimento<sup>9,11,22</sup>.

O diagnóstico do cementoblastoma é realizado com base nos achados clínicos e radiográficos. Este tumor apresenta-se aderido a raiz de um dente ou de

vários dentes, apresentando um lento crescimento. Devido ao tumor encontrar-se aderido às raízes dos dentes, realiza-se a remoção do tumor com o dente, mesmo que este apresente vitalidade pulpar.

A maior parte dos pacientes apresenta-se com uma dor moderada, e com expansão óssea na região da lesão. Segundo a maioria dos autores, menos da metade dos casos relatados ocorrem em pacientes com idade inferior a 20 anos e a maioria com idade inferior a 30 anos. Não há predileção por sexo ou raça. A mandíbula é o local mais afetado. A metade de todos os casos está associada com o primeiro molar permanente ou segundos pré-molares. Quando são agrupadas as lesões da maxila e mandíbula, mais de 90% dos casos afetam um único dente na região posterior; contudo o tumor tem sido associado com múltiplos dentes, molares impactados e dentes decíduos<sup>7,8,18</sup>.

Radiograficamente, a lesão mostra-se, inicialmente, radiotransparente e o diagnóstico diferencial é feito com o granuloma ou cisto inflamatório, displasia cementária periapical, granuloma central de células gigantes e o ameloblastoma. A lesão, quando está em um estágio mais avançado, mostra-se radiopaco com um halo radiotransparente na periferia, cujo diagnóstico diferencial inclui: Cementoblastoma, Osteoblastoma, Odontoma, Displasia Cementária Periapical, Osteíte

Condensante e Hipercementose. O cementoblastoma é distinguido do osteoblastoma pela sua íntima associação com a raiz do dente. O osteoblastoma origina-se na cavidade medular de muitos ossos, incluindo os ossos longos e a mandíbula. O odontoma não está usualmente fusionado ao dente adjacente, apresentando-se com a mais heterogênea radiopacidade, refletindo a presença de múltiplos tecidos dentais mineralizados. A displasia cementária periapical produz uma lesão menor do que o cementoblastoma e mostra uma mudança progressiva no aspecto radiográfico com o tempo, de radiolúcido para um mix de radiopaco-radiolúcido e depois radiopaco. A osteíte condensante não apresenta um halo radiolúcido periférico. A lesão radiopaca da hipercementose é, geralmente, pequena e não há associação com dor ou inchaço mandibular<sup>6</sup>.

Histologicamente é caracterizada pela presença de tecido mineralizado semelhante ao cimento com numerosas camadas basofílicas. O tecido não mineralizado é constituído por um tecido fibroso, vascularizado em que pode ser observado um grande número de células mononucleadas ou multinucleadas, intensamente coradas<sup>5,10,12</sup>.

## CONCLUSÕES

1- Cementoblastoma ou cementoma verdadeiro relatado difere dos demais

cementomas do complexo maxilomandibular quanto aos aspectos clínicos;

2- As imagens radiográficas com aspecto de massa radiopaca densa, bem circunscrita, cercada por um halo fino e uniforme;

3- O diagnóstico definitivo é feito através do exame microscópico;

4- Devido ao seu poder de expansão o tratamento mais indicado consiste na enucleação do tumor. A recorrência é geralmente resultado de remoção incompleta.

## SUMMARY

The cementoblastoma is a benign tumor of mesenchymal origin. Even though this neoplasm is rare, the odontological professional should be able to identify the clinical characteristics that can conduce to a precocious diagnostic and appropriate treatment.

The clinic-pathological characteristics, the prognostic and the treatment, as well as the differential diagnostic will be presented on this work.

It will be presented a Cementoblastoma's case in a patient who is 17 years old, male, that involved the premolar and right lower molar region.

## UNITERMS

Benign Cementoblastoma; Odontogenic tumor, surgery, pathology.



**NÚCLEO ODONTO MÉDICO**  
 Cirurgia e Patologia Bucal  
 Trauma Maxilo-Facial

**FONE: (62) 223-8604**

*Luciano Augusto de Jesus, C.D., Esp.*  
 CRO-GO-4313  
 e-mail:lcodonto@ig.com.br

Rua 32-A nº 182 - St. Aeroporto  
 CEP 74075-480 - Goiânia-GO



• **Odontologia para Bebês**  
 • **Odontopediatria**

**Cristiana Marinho de Jesus, CD-Me**  
 CRO-GO 5638

**Fone: (62) 327-0923**  
**Cel.: (62) 9974-8923**

Rua Desembargador Jaime, nº 174 - Centro  
 Anápolis-GO - CEP 75020-040  
 e-mail: cristianamj@uol.com.br



*Jorge Garcia Anturiano*  
 CRO-GO 860

Pós-Graduação pela UMSS e  
 Especialização pela Universidade  
 do Chile e USP

• **CIRURGIA**  
 • **DIAGNÓSTICO**  
 • **REABILITAÇÃO ORAL**

**Fone: (62) 521-3200 / 213-3618**  
**Fax: (62) 521-3203 - Cel.: 9977-9770**

**E-mail anturian@internacional.com.br**

**Av. B nº 31 - Setor Oeste - Goiânia-GO**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA:

01. ARAUJO, N. S.; ARAUJO, V. C. Patologia Bucal. 2 ed. **Artes Médicas**, 1984. p. 157-158.
02. ARITA, E. S. et al. Cementoblastoma: Relato de Casos Clínicos e Revisão da Literatura. **ABRO**; v.1, n.1, p.9-14, jan/abr., 2000.
03. BAART, J. A. et al. Residual Cementoblastoma of the mandible. **J. Oral Pathol Med**. v.20, p.300-302, 1991.
04. BEGGS, J. T. et al. Surgically Treating a Benign Cementoblastoma while Retaining the Involved Tooth, **Journal of the Dental Association**. p. 1288-1290, 1995.
05. BERWICK, M. J. E. et al. Benign Cementoblastoma: a Case Report. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 48, p. 208-211, 1990.
06. BRADLEY, G. et al. Benign Cementoblastoma: A Case Report. **Journal of the Canadian Dental Association**. v.67, n.5, p.260-262, May, 2001.
07. CANNELL, H. Cementoblastoma of Deciduous Tooth. **Oral Sug Oral Med Oral Pathol**. v. 71, n. 5, p. 648, 1991.
08. CUDIA, G. et al. Cementoblastoma Benigno: Presentazione di un Caso. **Minerva Stomatologica**. v.48, n.11, p. 539-541, 1999.
09. CURRAN, J. B. et al. Benign Cementoblastoma of the Mandible. **Oral Sug Oral Med Oral Pathol**. v.35, p. 168-172, 1973.
10. EVERSOLE, L. R. et al. Benign Cementoblastoma. **Oral Sug Oral Med Oral Pathol**. v. 36. p. 824-830, 1973.
11. FARMAN, A.G. et al. Cementoblastoma: Report of case. **J Oral Surg**. v.99, p. 198-203, 1979.
12. JELIC, J. S. et al. Benign Cementoblastoma: Report of an unusual Case and Analysis of the 14 Additional Cases. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 51. p.1033-1037, 1993.
13. LUBERTI, R, F. et al. Cementoblastoma Benigno: Análisis de 25 Casos. **Assoc. Odontol. Argent**. v.88, n.3, p.237-244, Mayo/Junio, 2000.
14. MOGI, K. et al. Benign Cementoblastoma: Case Report. **Australian Dental Journal**. v. 41, n. 1, p. 9-11, 1996.
15. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilo-facial**. 1ed. Guanabara-Koogan, 1998. p. 156.
16. PAPAGEORGE, M. B. et al. Cementoblastoma Involving Multiple Deciduous Teeth. **Oral Sug Oral Med Oral Pathol**. p. 602-605. 1987.
17. PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilo-facial Contemporânea**. 3 ed. Guanabara-Koogan, 1998. p. 467-473.
18. PIATTELLE, A. et al. Benign Cementoblastoma associated with an Unerrupted Third Molar. **Oral Oncology**. v.34, p.229-231, 1998.
19. SAMIR, K. et al. Cemento – Ossifying Fibroma and Benign Cementoblastoma. **Seminars in Diagnostic Pathology**. v.16, n. 4, p.302-307, November, 1999.
20. SHAFER et al. **Tratado de Patologia Bucal**. 4 ed. Guanabara-Koogan, 1983. p.279.
21. TAVANO, O., ALVARES, L. C. **Curso de Radiologia em Odontologia**, 4 ed. Santos, 1998. p. 231-238.
22. ULMANSK, M. et al. Benign Cementoblastoma. A Review and Five New Cases. **Oral Sugery Oral Medicine Oral Pathology**. v. 77, p. 48-55. 1994.
23. YANG, I. J. et al. Immunohistochemical Demonstration of the Morphogenetic Protein Odontogenic Tumor. **J. Oral Pathol. Med**. v. 26, p. 273-277, March, 1997.

## Agora em Anápolis, Livraria Guanabara Ltda.

Livros de Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem,  
Educação Física, Veterinária, Informática etc.

Dividimos em  
**4** vezes  
sem  
juros  
no preço à vista.



**LIVRARIA GUANABARA LTDA.**

Fone: (62) 9991-1331

Av. Universitária km 3,5 Cidade Universitária  
Prédio da Faculdade de Odontologia.

Armando L. Amaral