

DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Florid cemento-osseous dysplasia: case report

Ellen Gaby Neves *

Maria de Paula Caldas *

Solange Maria de Almeida **

Frab Norberto Bóscolo **

Francisco Haiter Neto **

RESUMO

A displasia cemento-óssea florida é uma lesão benigna, assintomática, caracterizada por múltiplas massas escleróticas, simetricamente distribuída nos maxilares. Na maioria das vezes, envolvem as regiões contíguas aos dentes, restringindo-se ao osso alveolar e apresentam aspectos radiográficos característicos e importantes para o seu diagnóstico. O objetivo, neste trabalho, é relatar um caso clássico de displasia cemento-óssea florida de um paciente, enfatizando suas características clínicas e radiográficas, assim como a importância de um acompanhamento radiográfico anual do caso, para avaliar possível desenvolvimento da lesão.

UNITERMOS

Cimento dentário, Radiografia, Osso.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Displasias cemento-ósseas são grupos de desordens que envolvem, essencialmente, o mesmo processo patológico. Elas são, geralmente, classificadas na sua extensão e aparência radiográfica em três grupos: periapical (ao redor da região periapical dos dentes), florida (massa esclerótica simétrica) e focal (lesão isolada). A displasia cemento-óssea florida é uma desordem estritamente localizada em áreas de suporte dentário e não está associada com qualquer outra doença do esqueleto⁷.

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) foi descrita pela primeira vez por Melrose *et al*¹¹ (1976). Consiste em uma lesão dos maxilares caracterizada, histologicamente, pela coexistência de cimento e osso¹¹.

O diagnóstico da DCOF é baseado principalmente em achados clínicos e radiográficos. Por ela ser, em alguns casos, assintomática, é detectada em radiografias realizadas para outros fins. Na ausência de sinais clínicos, a reavaliação com radiografias panorâmicas, a cada dois ou três anos, torna-se importante e, em caso de novos sinais ou sintomas se desenvolverem, a tomografia computadorizada pode ser considerada³.

Em grande parte dos casos, não há necessidade de biópsia para sua confirmação, pois procedimentos invasivos nas áreas envolvidas, tais como extrações dentárias, biópsias ósseas e tratamentos endodônticos sem antibioticoterapia prévia têm sido associados com a ocorrência de

osteomielite^{1,7,12,14,17}.

A causa desta lesão é desconhecida^{3,5}. Supostamente, elas surgem de elementos do ligamento periodontal²², porém, Toffanin *et al*²⁰ (2000), acreditam que existe um componente genético envolvido em alguns casos, existindo um pequeno número de relatos nos quais a hereditariedade da lesão pode ser demonstrada⁵.

Mesmo sendo bastante incomum, a DCOF pode afetar vários membros de uma mesma família⁵. Existem alguns casos na literatura, como o relatado por Sedano *et al*¹⁵ (1982), em que a forma familiar da displasia cemento-óssea florida, ocorreu em 10 membros de uma família. Young *et al*²³ (1989), descreveram um caso em que a displasia cemento-óssea florida ocorreu em 55 membros da mesma família.

Young *et al*²³ (1989), afirmaram que a DCOF tem sido relatada em populações negras, asiáticas e brancas, mas a apresentação clássica desta desordem é encontrada em mulheres negras de meia idade. Em uma pesquisa realizada pelos autores, nove casos de DCOF foram diagnosticados num período de 34 anos. Desses, oito foram em mulheres chinesas de meia idade.

Nos estudos de Macdonald-Jankowski⁹ (1996), foram diagnosticados 23 casos de displasia-óssea florida, confirmados histologicamente, em mulheres chinesas de Hong Kong. Em todos os casos, foram avaliadas radiografias panorâmicas e em alguns desses avaliaram-se também radiografias periapical e oclusal. O diagnóstico histológico foi baseado na presença de

*Doutorandas em Radiologia Odontológica da FOP/UNICAMP

** Professores Associados de Radiologia Odontológica da FOP/UNICAMP

mineralização com características de cimento dentro da massa de tecido fibroso da displasia.

A DCOF é definida como massa lobulada de tecido cimento-ósseo denso, altamente mineralizado, quase acelular. É composta de múltiplas lesões localizadas no processo alveolar de vários quadrantes dos maxilares²².

Sua distribuição simétrica e o envolvimento dos quatro quadrantes distingue a displasia cemento-óssea florida da displasia cemento-óssea periapical, a qual envolve classicamente a área apical de dentes incisivos mandibulares vitais^{13,19}.

Radiograficamente, a DCOF reflete a seqüência do processo patológico, desde um estágio osteolítico inicial, representado por uma radiolucência bem definida, até um estágio maduro onde, devido a uma quase completa substituição de tecido fibroso por cimento, a displasia florida aparece como um ou mais conglomerados grandes radiopacos, que podem ser separados de osso normal adjacente por espaços radiolúcidos¹⁶. Apresentam-se com formatos irregulares, lobulares, pouco demarcados¹⁷.

Do ponto de vista microscópico, a DCOF é constituída de massas de material densamente calcificado, semelhante a cimento secundário, com poucas células e lacunas preenchidas por tecido conjuntivo. Poucos vasos sanguíneos são observados⁴. Segundo Arijj *et al*¹ (1994), a vascularidade da lesão diminui com o aumento da deposição de cimento.

De acordo com Arijj *et al*¹ (1994), na maioria das situações, as lesões não necessitam ser tratadas. O tratamento só é requerido quando ocorrem infecções das lesões. Nesses casos, o paciente pode apresentar dor associada à ulceração da mucosa. Uma vez que o paciente se torne sintomático, tratamento de infecções secundárias é muito difícil e antibióticos, geralmente, não causam efeito, devido à natureza avascular da lesão, requerendo debridamento cirúrgico e enucleação⁶.

A forma agressiva da DCOF é rara. Intervenções cirúrgicas nesse tipo de displasia podem ser necessárias e podem levar a um defeito maior no arco, requerendo reconstrução⁶.

Bencharit *et al*² (2003), relataram um caso descrevendo o tratamento de uma paciente de 58 anos de idade, com displasia cemento-óssea florida, que consistiu em remoção completa da lesão infectada e osso necrótico, seguido de

enxerto ósseo vascularizado para manter a continuidade mandibular. Foi realizada, também, reconstrução da estética e função com implantes dentários.

Diante dos dados descritos, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de displasia cemento-óssea florida.

Relato do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 37 anos, raça negra, compareceu à Clínica de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, com indicação de radiografia panorâmica para colocação de implante dentário. Radiograficamente foram observadas duas imagens arredondadas com aspecto misto, radiopacas no centro com contornos radiolúcidos, localizadas na região de corpo mandibular do lado direito (Figura 1). Para uma visualização mais detalhada da lesão, foram realizadas mais duas radiografias periapicais e uma radiografia oclusal (Figuras 2, 3 e 4).

Durante a anamnese, a paciente relatou ausência de sintomatologia. Diante das características radiográficas da lesão, associadas com os dados pessoais da paciente, chegou-se ao diagnóstico de displasia cemento-óssea florida, visto que mulheres de meia idade e da raça negra são características bastante comuns e importantes desta lesão.

Devido à ausência de sinais clínicos, torna-se necessária a realização anual de radiografias panorâmicas para avaliar possível progressão da lesão, não sendo indicada a sua remoção cirúrgica.

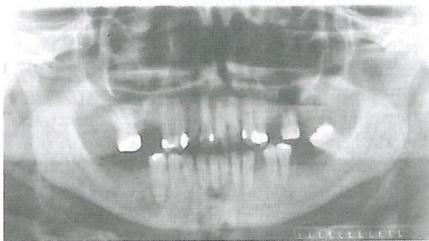


Figura 1 - Radiografia panorâmica de paciente com displasia cemento-óssea florida.

DISCUSSÃO

A displasia cemento-óssea florida pertence ao grupo de doenças chamadas lesões fibro-ósseas²². O termo lesões fibro-ósseas refere-se a um processo

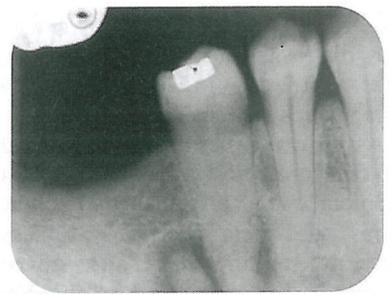


Figura 2 - Radiografia periapical da região de pré-molares inferiores do lado direito mostrando lesão radiopaca, com contorno radiolúcido, localizada na face distal do dente 45.



Figura 3 - Radiografia periapical da região de molares inferiores do lado direito mostrando lesão radiopaca, com contorno radiolúcido.

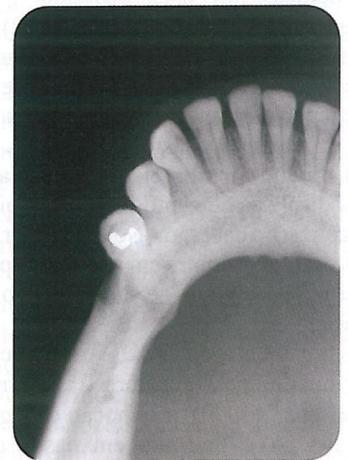


Figura 4 - Radiografia oclusal da região mandibular direita mostrando ausência de expansão da cortical.

distinto, em que a arquitetura óssea normal é substituída por fibroblastos e fibras colágenas contendo quantidades variáveis de material mineralizado¹⁸. A displasia cemento-óssea periapical e a displasia cemento-óssea florida representam as lesões fibro-ósseas mais comuns dos

maxilares¹⁹.

A displasia cemento-óssea florida é uma condição não neoplásica, assintomática e benigna⁴.

Assim como verificado no presente caso clínico, a apresentação clássica desta desordem é a ocorrência em mulheres negras, de meia idade²³, fato esse confirmado por diversos outros autores^{12,14,17,21}. Em contraste, Loh e Yeo⁸ (1989), afirmaram que alguns casos de DCOF têm sido relatados em brancos.

Uma revisão de literatura sistemática realizada por Macdonald-Jankowski¹⁰ (2003), mostrou que 59% dos casos de DCOF ocorreram em pacientes negros, 37% em pacientes asiáticos e 3% em brancos. Para Beylouni *et al*³ (1998), não há uma explicação satisfatória para a predileção de gênero e raça.

Radiograficamente, a displasia florida pode apresentar graus variados de radiopacidades, com ou sem margem radiolúcida, dependendo da fase em que ela se encontra^{11,16}. Sendo a fase inicial representada por uma radiolucência, pode-se afirmar que a lesão observada na paciente deste caso apresenta-se numa fase mais madura, onde foi possível observar conglomerados radiopacos arredondados, contornados por halos radiolúcidos.

Segundo Beylouni *et al*³ (1998), a displasia cemento-óssea florida tem uma tendência a ser bilateral, geralmente simétrica. No entanto, no presente caso, a lesão acometeu apenas um quadrante. O que distingue a lesão, relatada neste caso, com a displasia cemento-óssea periapical é a localização da lesão. No caso descrito, a lesão não se encontra em região de ápice dentário, restringindo-se somente ao osso alveolar.

O tratamento da DCOF é raramente mencionado na literatura²⁰. Segundo Finical *et al*⁶ (1999), a remoção cirúrgica da lesão só é indicada em casos que ocorram sintomatologia dolorosa. Como, no presente caso, a paciente não relatou nenhuma sintomatologia, não houve necessidade de realização de cirurgia para a remoção da lesão, sendo necessária apenas preservação do caso, com realização de radiografias panorâmicas anuais.

É importante salientar que o diagnóstico da displasia cemento-óssea florida é baseado, principalmente, em achados clínicos e radiográficos, não

havendo necessidade, na maioria dos casos, de biópsia para sua confirmação.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a paciente demonstrou características relevantes para o diagnóstico da displasia cemento-óssea florida, como: sexo, raça, idade e características radiográficas, sendo de fundamental importância a preservação anual do caso, já que a paciente também não revelou nenhuma sintomatologia dolorosa.

SUMMARY

Florid cemento-osseous dysplasia is a benign, asymptomatic lesion. It is characterized by multiple sclerotic masses symmetrically distributed in the maxillaries. Most of the time, it involves regions close to the teeth and presents characteristics and important radiographic features for the diagnostic. The aim of this study is to present a classic case report of florid cemento-osseous dysplasia, emphasizing its clinical and radiographic characteristics as well as the importance of an annual radiographic accompaniment to verify possible development of the lesion.

UNITERMS

Dental cementum, Radiography, Bone.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariji Y, Ariji E, Higuchi 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(3):391-6.
- Bencharit S, Schardt-Sacco D, Zuniga JR, Minsley GE. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2003;90(3):220-4.
- Beylouni I, Farge P, Mazoyer JF, Coudert JL. 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.
- Cawson RA, Binnie WH, Everson JW. Atlas colorido de enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas. 2ed São Paulo: Artes Médicas, 1995.
- Coleman H, Altini M, Kieser J, Nissenbaum M. Familial florid cemento-osseous dysplasia- a case report and review of the literature. *J Dent Assoc S Afr* 1996; 51(12):766-70.
- Finical SJ, Kane WJ, Clay RP, Bite U. Familial gigantiform cementoma. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(3):949-54.
- Jerjes W, Banu B, Swinson B, Hopper C. Florid

cemento-osseous dysplasia in a young Indian woman. A case report. *Br Dent J* 2005;198(8):477-8.

- Loh F, Yeo J. Florid osseous dysplasia in Orientals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68(6):748-53.
- Macdonald-Jankowski DS. Florid osseous dysplasia in Florid osseous dysplasia Hong Kong Chinese. *Dentomaxillofac Radiol* 1996;25(1):39-41.
- Macdonald-Jankowski DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2003;32(3):141-9.
- Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41(1):62-82.
- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology*. 2. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002.
- Ong ST, Siar CH. Florid cemento-osseous dysplasia in young Chinese man. Case report. *Aust Dent J* 1997;42(6):404-8.
- Schneider LC, Mesa ML, Brickman JH. Complications of endodontic therapy in florid osseous dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64(1):114-6.
- Sedano HO, Kuba R, Gorlin RJ. Autosomal dominant cemental dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;54(6):642-46.
- Shafer W, Hine M, Levy B. *A textbook of oral pathology*, 4ed Philadelphia: WB Saunders, 1983.
- Soames J, Southam JC. *Oral Pathology*. 2ed Oxford: Oxford Univ. Press, 1993.
- Soares ECS, Scortegagna A, Azoubel E, Pezzi LPG, Santana-FILHO M. Lesões fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical X displasia cemento-óssea florida. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1998;39(2):26-30.
- Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento- osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas, I: A pathologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84(3): 301-9.
- Toffanin A, Benetti R, Manconi R. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58(12):1440-6.
- Tonioli MB, Schindler WG. Treatment of a maxillary molar in a patient presenting with florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Endod* 2004;30(9):665-7.
- Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43(4):249-62.
- Young SK, Markowitz NR, Sullivan S, Seale TW, Hirschi R. Familial gigantiform cementoma: classification and presentation of a large pedigree. *Oral Surg Oral med Oral Pathol* 1989;68(6):740-7.

AUTOR RESPONSÁVEL

Francisco Haiter Neto

Av. Limeira 901, Bairro Areião - Caixa Postal 52 - Piracicaba - SP - Cep.: 13.414-903 Tel: (19) 3412-5327 E-mail: radiologia@fop.unicamp.br

Recebido para publicação: 10/10/2007
Aceito para publicação: 20/11/2007