

Displasia Cimento-Óssea Florida: Relato de caso

Cement-Bone Dysplasia Florida: Clinical case report

Displasia Cimento Óseo Florida: Relato de caso

Ana Luiza Carneiro Lima^{1*}, Évellin Costa Cardoso¹, Aluísio Ferreira Celestino Júnior^{1,2}, Douglas Magno Guimarães^{1,2}, Janaína Cunha Fonseca¹, Amujacy Tavares Vilhena¹, Lucas Dias Silva¹, Dayana Santos Mota¹.

RESUMO

Introdução: As displasias cimento-ósseas constituem um grupo de lesões não neoplásicas do osso, caracterizadas pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso celular e osso metaplásico. Em geral, são lesões assintomáticas que acometem mais o gênero feminino e que radiograficamente são caracterizadas como massas difusas, radiopacas que são observadas em regiões alveolares de múltiplos quadrantes. Estas características desempenham um papel importante no estabelecimento do diagnóstico.

Detalhamento do caso: Paciente do sexo feminino, melanoderma, de 43 anos, que procurou atendimento, com interesse em realizar reabilitação oral na maxila e mandíbula. No que concerne ao exame radiográfico verificou-se lesão de aspecto misto na região de corpo da mandíbula, bilateral, mostrando calcificações densas e ausência da expansão da cortical óssea. **Discussão:** Em que pese a natureza autolimitada das displasias ósseas, o tratamento de um paciente assintomático consiste num *follow-up* clínico e radiográfico, com o objetivo de assegurar que não haja expansão da lesão.

Palavras-Chave: Displasia Fibrosa Óssea, Doenças do Desenvolvimento Ósseo, Cimento Dental.

ABSTRACT

Introduction: The cemento-osseous dysplasias are a non-neoplastic group of bone, characterized by replacement of normal bone to a fibrous connective tissue with metaplastic bone. In general, these lesions are asymptomatic, frequent in females and the radiographic features include well delimited radiopaque mass in jaws bones. **Case report:** the aim is report a clinical case of a 43 years old blackfemale, which reached dental treatment interest in performing oral rehabilitation in the maxilla and mandible. Regarding the radiographic examination, was observed a mixed-appearance lesion in the bilateral mandible body region, showing dense calcifications and absence of the cortical bone expansion. **Discussion:** The clinical case highlights the importance of complementary imaging tests to aid the early diagnosis of fibro-osseous lesions that affect the oral cavity and may not present symptoms. It also establishes the responsibility of the dentist to ensure the follow-up of patients diagnosed. Also, is emphasized in this clinical case in order to avoid an incorrect diagnosis which may lead to an invasive and unnecessary treatment.

Keywords: Fibrous Bone Dysplasia, Bone Developmental Diseases, Dental Cement.

¹ Centro Universitário do Estado do Pará, Belém-PA. *E-mail: ana_luizacarneiro@hotmail.com

² Docente do Centro Universitário do Estado do Pará.

RESUMEN

Introducción: Las displasias cemento-ósseas constituyen un grupo de lesiones no neoplásicas del hueso, caracterizadas por la sustitución del hueso normal por tejido conjuntivo fibroso celular y hueso metaplásico. En general, son lesiones asintomáticas que acomete más el género femenino y que radiográficamente se caracterizan como masas difusas, radiopacas que se observan en regiones alveolares de múltiples cuadrantes. Estas características desempeñan un papel importante en el establecimiento del diagnóstico.

Detalle del caso: Paciente del sexo femenino, melanoderma, de 43 años, que buscó atención, con interés en realizar rehabilitación oral en la maxila y mandíbula. En lo que concierne al examen radiográfico se verificó lesión de aspecto mixto en la región de cuerpo de la mandíbula, bilateral, mostrando calcificaciones densas y ausencia de la expansión de la cortical ósea. **Discusión:** En que pese a la naturaleza autolimitada de las displasias óseas, el tratamiento de un paciente asintomático consiste en un seguimiento clínico y radiográfico, con el objetivo de asegurar que no haya expansión de la lesión.

Palabras llave: Displasia fibrosa ósea, Enfermedades del desarrollo, Cemento dentinario.

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas benignas (LFOB) são patologias raras e compõem um grupo diversificado de lesões com desenvolvimento neoplásico, reativo ou displásico que podem afetar os ossos craniofaciais, sendo composta por três grupos: displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasia cemento-óssea (PHATTARATARATIP E, et al., 2014). No Brasil, as LFOB representam cerca de 1.4% de todas as lesões do complexo maxilo-mandibular, sendo a DCO as mais frequentes com 48.8% seguida de displasia fibrosa (26.9%) e fibroma ossificante (24.3%) (KATO C, et al., 2018). O termo displasias cemento-ósseas (DCO) foi adotado na classificação de 1992 da Organização Mundial de Saúde-OMS como uma designação representativa de um grupo de lesões não neoplásicas do osso, caracterizadas pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso celular e osso metaplásico (AMARISTA-ROJAS F, et al., 2016).

As DCO são normalmente classificadas em três tipos: cemento-óssea periapical quando localizada na região anterior da mandíbula, cemento-óssea focal quando localizada em um quadrante na região posterior da mandíbula com presença de lesão única e cemento-óssea florida acometimento bilateral dos maxilares (LIN T, et al., 2010). No diagnóstico destas condições são de valor dados como a idade, o gênero, a raça, a localização, o aspecto radiográfico e a vitalidade dos dentes, pois são mais prevalentes em mulheres de meia idade, geralmente na 4ª e 5ª décadas de vida, com predileção pela raça negra, ocorrendo no rebordo alveolar (DAS BK, et al., 2013).

Segundo Consolaro A, et al. (2018) a etiologia e a patogênese das Displasias Ósseas é desconhecida. Segundo outros autores, por se originar em regiões próximas ao ligamento periodontal e demonstrar semelhanças histopatológicas com a sua estrutura, pensa-se ter origem em elementos do ligamento periodontal (natureza reacional), outros sugerem que, devido à sua prevalência em mulheres, representam um defeito na remodelação óssea extra ligamentar que pode ser desencadeada por fatores locais e possivelmente relacionada com desequilíbrios hormonais (MORETI L, et al., 2016).

Clinicamente, as lesões em geral são limitadas a maxila/mandíbula correspondentes às regiões periapicais dos dentes. Na maioria das vezes não ocorre expansão óssea e os dentes mantêm a vitalidade pulpar (CASTRO T, et al., 2017). Essa patologia possui alta tendência em afetar bilateralmente e de forma simétrica a região posterior dos ossos gnáticos, principalmente a mandíbula (SILVA E, et al., 2018). As lesões apresentam áreas escleróticas, em geral, envolvidas por uma camada radiolúcida delgada. Estudos de Povia R, et al. (2014) constataram que tais lesões são em geral bilaterais e contíguas aos dentes, mas restritas ao osso alveolar. Entretanto, seu desenvolvimento não parece estar relacionado a presença ou ausência de elementos dentários.

DETALHAMENTO DO CASO

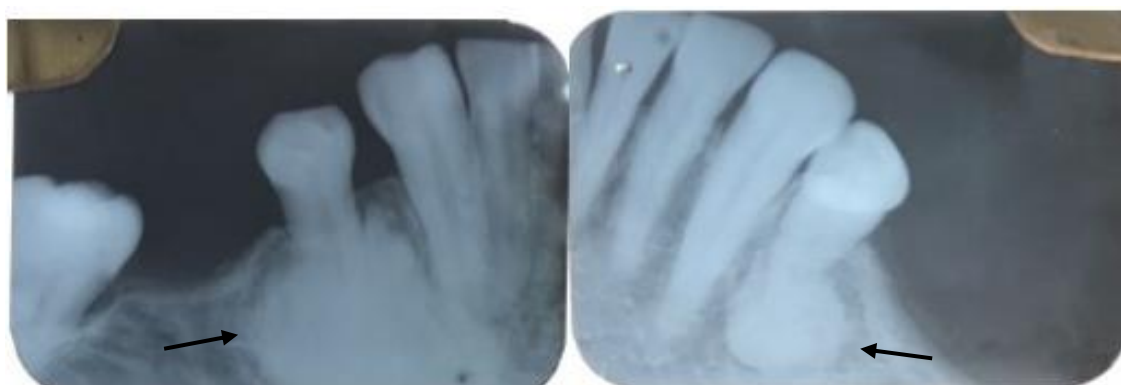
Paciente sexo feminino, parda, 43 anos, procurou atendimento clínico para reabilitação oral total superior e parcial inferior. Ao exame clínico (**Figura 1**), nenhuma anormalidade foi detectada. Para avaliar o suporte ósseo dos elementos dentais pilares da prótese parcial removível, realizou-se exame radiográfico periapical (**Figura 2**).

Figura 1 - Aspecto intrabucal, ausência de coloração anormal da mucosa ou expansão óssea.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

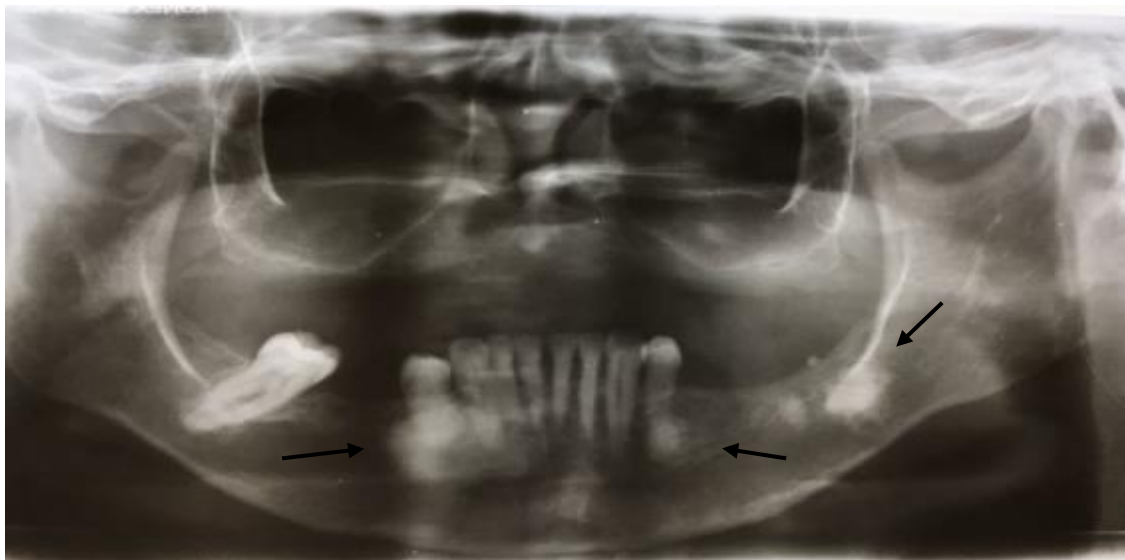
Figura 2 - Exame radiográfico periapical de região de pré-molares inferiores direito e esquerdo, observa-se áreas radiopacas delimitadas por halo radiolúcido dos segundos pré-molares inferiores.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao exame radiográfico verificou-se a presença de áreas radiopacas de aspecto misto na região de periápice dos dentes 34 e 44 com espaço do ligamento periodontal e lâmina dura preservados, excluído o diagnóstico diferencial de cementoblastoma. Foi realizado o teste de vitalidade pulpar o qual foi positivo para os dentes envolvidos. Na radiografia panorâmica (**Figura 3**) foram observadas múltiplas massas escleróticas dispersas pela mandíbula. As lesões mediam entre 9 a 13 mm, mostrando calcificação densa circunscrita por um halo radiolúcido, mas sem expansão óssea, esse padrão exclui os diagnósticos diferencial de displasia cemento-óssea periapical, na qual as massas escleróticas estão confinadas apenas na região anterior de mandíbula, e displasia cemento-óssea focal, onde as massas escleróticas acometem apenas um quadrante.

Figura 3 - Exame radiográfico panorâmico no qual se nota múltiplas áreas radiopacas dispostas em mandíbula.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Desta maneira, a associação dos achados clínicos, mulher acima dos 40 anos e de cor parda, e radiográficos, múltiplas lesões radiopacas localizadas em mais de um quadrante que preservam a lamina dura dos dentes envolvidos mantendo a vitalidade dos dentes levou ao diagnóstico de DCOF.

Os achados epidemiológicos (raça, idade, gênero), clínicos (lesão assintomática e que não compromete a vitalidade dos dentes contíguos) e características radiográficas são compatíveis com DCOF. A paciente também foi encorajada a manter boa higiene bucal, para prevenir perda de dentes e periodontite severa, que poderia originar infecção no osso, além de encaminhá-la para realizar reabilitação protética.

DISCUSSÃO

Vários tipos de lesões fibro-ósseas-maxilo-faciais apresentam uma característica bastante comum, qual seja, a substituição de osso normal por tecido conjuntivo. Este tecido conjuntivo, entretanto, apresenta características distintas de um tecido conjuntivo fibroso normal, ou seja, trata-se um misto de tecido mineralizado formado por osso maduro, osteoide e cementoide, isto é, calcificações semelhantes ao cimento (MORETI L, et al., 2016).

A DCOF é uma condição mais relatada em mulheres afrodescendentes de meia idade com idade média acima de quarentas anos, na maioria das vezes indolor (CASTRO T, et al., 2017), características semelhantes à encontrada neste estudo, no qual a paciente era do sexo feminino, 43 anos de idade e assintomática.

Radiograficamente, a DCOF é caracterizada como massas difusas, radiopacas que são observadas em regiões alveolares de múltiplos quadrantes; esta característica desempenha um papel importante no estabelecimento de diagnóstico. As lesões são normalmente próximas aos dentes. Para estabelecer o diagnóstico diferencial, o aspecto radiológico, embora não patognomônico, é muito característico. Geralmente, nenhuma expansão do osso cortical é observada a menos que seja associada a lesões císticas (KOKLU H, 2013; AMARISTA-ROJAS F, et al., 2016).

Com base nas semelhanças radiográficas, o diagnóstico diferencial da DCOF deve incluir doença de Paget do osso e osteomielite crônica esclerosante difusa. A Doença de Paget dos ossos (DP) é definida como uma desordem metabólica benigna do osso, e se caracteriza pelo aumento desorganizado da remodelação óssea, podendo envolver um ou mais ossos (BARRANHAS A, et al., 2012). Radiograficamente, a DP pode manifestar-se como áreas radiopacas múltiplas com aparência de "algodão" podendo causar perda de lâmina dura nos

dentos envolvidos, enquanto que, na DCOF, as alterações estão centradas acima do canal mandibular e não há envolvimento dentário, preservando a lâmina dura (BARRANHAS A, 2012; CASTRO T, et al., 2017). A DP é, muitas vezes, polioestótica, podendo envolver múltiplos ossos como vértebras, fêmur, crânio, pelve e esterno, produzindo alterações bioquímicas como os elevados níveis de fosfato sérico e fosfatase alcalina (BARRANHAS A, 2012; LIN T, et al., 2010). A DCOF é exclusiva dos ossos gnáticos e não produz alterações bioquímicas (CASTRO T, et al., 2017).

Outro diagnóstico diferencial da DCOF é osteomielite crônica esclerosante difusa (OCED), que consiste em uma inflamação primária crônica previamente episódios cíclicos de dor e aumento de volume, e, radiograficamente, mostra-se como uma área de esclerose difusa, contendo pequenos focos osteolíticos mal definidos nas radiografias (CASTRO T, 2017; DAS BK, 2013, KATO CNAO, et al., 2018). Assim, a OCED deve ser cogitada somente quando um processo infeccioso for diretamente responsável pela esclerose óssea. Há relatos de osteomielite em casos de DCOF, tais processos infecciosos são decorrentes da má vascularização do tecido cementário, dificultando o processo de reparo, levando ao desenvolvimento de fístulas com drenagem de secreção purulenta e formação de sequestro ósseo (SILVA E, et al., 2018). Como se trata de infecção secundária em lesões ósseas previamente estabelecidas, estes eventos patológicos não poderão ser considerados como uma osteomielite esclerosante primária (MONTI L, et al., 2012).

O exame histopatológico é facultado para o diagnóstico da DCOF, podendo este ser baseado nas características clínicas e radiográficas. Assim, torna indispensável um rigoroso acompanhamento clínico-radiográfico (KATO CNAO, 2018; PHATTARATARATIP E, et al., 2014). Usualmente, as lesões da DCOF são poucos vascularizadas e consecutivamente com risco de infecção, e por isso procedimentos cirúrgicos, como biopsia, exodontia e implantes, nessas regiões não são e devem ser evitados sempre que possível (CASTRO T, et al., 2017). Em conclusão, A DCOF é uma condição rara que possui certas peculiaridades clínicas e radiográficas, necessitando do profissional responsável pelo caso cuidados em relação ao diagnóstico e manejo do paciente.

REFERÊNCIAS

1. AMARISTA-ROJAS F, et al. Florid osseous dysplasia. Case report and literature review. *Revista Odontológica Mexicana*, 2016; 11 (19):123-127.
2. BARRANHAS A, et al. Diagnóstico da doença de paget óssea baseado em suas manifestações orais, Barranhas. *Revista ABRO*, 2012; 95-102.
3. CASTRO T, et al. Manifestações imaginológicas distintas na displasia cemento-óssea florida, Passo Fundo. *RFO*, 2017; V.22 (2): 203-206.
4. CONSOLARO A, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: a contraindication to orthodontic treatment in compromised áreas, Maringá. *Dental Press J Orthod*. 2018; 23(3): 26-34.
5. DAS BK, et al. Displasia cemento-óssea florida. *J Oral Maxillo fac Pathol*, 2013; 17(1): 150.
6. KATO CNAO, et al. Retrospective Study of 383 Cases of Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. *J Oral Maxillofac Surg*, 2018; 76 (11): 2348–2359
7. KOKLU H, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings, Ancara-Turquia. *J Clin Exp Dent*, 2013; 5(1): e58–e61.
8. LIN T, et al. Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD): case report. *Journal of Dental Sciences*, 2010; 10(3): 242-245.
9. MONTI L, et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso, Araçatuba-SP. *Odonto*, 2012; 20(40): 95-100.
10. MORETI L, et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso, Fernandópolis-SP. *Arch Health Invest*, 2016; 5(2): 120-125.
11. PHATTARATARATIP E, et al. A clinic pathologic analysis of 207 cases of benign fibro-osseous lesions of the jaws. *Int J SurgPathol*. 2014;22: 326-33.
12. PÓVOA R, et al. Displasia Cemento-Óssea Florida: relato de caso clínico, Rio de Janeiro. *Ciência atual*, 2014; 02-07.
13. SILVA E, et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso clínico, Jequié-BA. *Arch Health Invest*, 2018; 7(5): 174-177.