

Displasia cemento-óssea florida com história familiar

Florid cemento-osseous dysplasia with familiar history

Deborah Queiroz de FREITAS - Mestre em Radiologia, Departamento de Diagnóstico Oral, da FOP - UNICAMP.

Aleysson Olimpio PAZA - Aluno de Doutorado em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Departamento de Diagnóstico Oral, da FOP - UNICAMP.

Luis Augusto PASSERI - Professor Associado do Departamento de Diagnóstico Oral, Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOP - UNICAMP.

Agenor MONTEBELLO FILHO - Professor Associado do Departamento de Diagnóstico Oral, Área de Radiologia da FOP - UNICAMP.

Relevância Clínica

O conhecimento das características clínicas e radiográficas da Displasia Cemento-Óssea Florida é de grande importância. No caso relatado, se o diagnóstico incorreto dado inicialmente fosse mantido, o procedimento de eleição seria a remoção cirúrgica das lesões, o que é contra-indicado em casos assintomáticos, pois a intervenção cirúrgica pode causar complicações.

Resumo

Displasia Cemento-Óssea Florida (DCOF) caracteriza-se por um crescimento benigno de tecido conjuntivo fibroso, associado a tecido cemento-ósseo, que atinge exclusivamente os ossos maxilares. Normalmente, é assintomática e a biópsia é contra-indicada. Radiograficamente, apresenta aspectos que variam de uma imagem radiolúcida até uma aparência radiopaca com limites definidos, na sua fase madura. Em geral são bilaterais, simétricas e atingem ambos os maxilares. Poucos casos na literatura apresentam história familiar. Diante disto, este trabalho se propõe a apresentar dois casos de DCOF numa mesma família, no qual o diagnóstico inicial de uma das pacientes havia sido odontoma. No entanto, a avaliação dos aspectos radiográficos foi decisiva no diagnóstico e na conduta a ser seguida.

Palavras-chave

Doenças do desenvolvimento ósseo; diagnóstico por imagem; radiografia panorâmica.

Introdução

A Displasia Cemento-Óssea Florida é uma condição benigna não rara dos maxilares, com predileção por pacientes do sexo feminino, da raça negra, com idade média de 42 anos.

Freqüentemente são assintomáticas e as lesões são descobertas casualmente durante exame radiográfico solicitado por outro motivo. Porém os pacientes podem queixar-se de dor intermitente e fraca no osso afetado, quando a lesão se torna infectada secundariamente, o que pode decorrer de exodontias ou da compressão exercida por próteses mal adaptadas. Nessas situações, aspectos de osteomielite podem ser encontrados, como ulceração da mucosa, fistulas, supuração e dor. Os dentes da região envolvida geralmente apresentam vitalidade.

Revisão de Literatura

Apesar de Noberg⁶ (1930) ter descrito o cementoma gigantiforme, Baskar & Cutright¹ (1968) terem publicado um artigo sobre múltiplas enostoses, acredita-se que a Displasia Cemento-Óssea Florida foi assim chamada pela primeira vez por Melrose et al.³ (1976). Em seu estudo, os autores não encontraram na literatura alguma relação familiar. Também não tinham dados suficientes nos casos estudados para concluir se havia uma tendência familiar na condição em questão. Os autores ainda reportaram a tendência ao desenvolvimento de cistos ósseos solitários em pacientes com Displasia Cemento-Óssea Florida.

Noberg⁶ (1930) relatou que havia uma relação familiar, mas poucos casos dessa lesão apresentavam história familiar, quando da revisão da literatura.

Schneider et al.⁸ (1999) relataram um caso de associação da lesão com tumor maligno de células fusiformes, sendo o único encontrado na literatura consultada.

Aspectos Radiográficos: as lesões são geralmente bilaterais, simétricas e atingem ambos os maxilares. Quando está presente em apenas um deles, a mandíbula é a localização mais comum.

Segundo Langlais et al.⁴ (1995), a Displasia Cemento-Óssea

Florida é a radiopacidade generalizada mais comum dos maxilares, nos Estados Unidos. Porém, dependendo do seu estágio de maturação, as lesões podem exibir aspecto radiolúcido, misto ou radiopaco. As lesões maduras típicas são altamente radiopacas, com aspecto lobular, podendo variar de pequenas regiões ovais ou circulares a grandes áreas irregulares de calcificação, circundadas por halo radiolúcido. Seus limites são usualmente bem definidos, com bordas escleróticas.

Quando atingem proporções maiores, podem deslocar o canal mandibular para a direção inferior e o assoalho do seio maxilar para a direção superior. As raízes dos dentes envolvidos podem apresentar hiper cementose.

Podem ser observadas áreas radiolúcidas no interior das massas radiopacas, que são consideradas cistos ósseos solitários.

Aspectos Histopatológicos: microscopicamente, as lesões se caracterizam pela proliferação fibroblástica e pela presença de trabéculas de osso trançado e de material semelhante a cimento. Esse material considerado cimento é relativamente acelular. Células inflamatórias podem estar presentes em pacientes sintomáticos.

Diagnóstico Diferencial: os aspectos clínicos e radiográficos das lesões geralmente são característicos, o que facilita o seu diagnóstico. O fato de serem bilaterais e centrados no processo alveolar auxilia na diferenciação entre essa e outras lesões. White & Pharoah¹¹ (2000) incluíram a Doença de Paget e a Osteomielite Esclerosante Crônica no diagnóstico diferencial de Displasia Cimento-Óssea Florida. Lahbabi et al.³ (1998) ainda incluíram a Síndrome de Gardner no mesmo, cuja diferenciação pode ser realizada através da observação de sinais sistêmicos, como cistos sebáceos cutâneos e múltiplos pólipos intestinais, característicos da Síndrome.

A Doença de Paget afeta toda a mandíbula, enquanto a Displasia Cimento-Óssea Florida está localizada acima do canal mandibular. Além disso, a Doença de Paget é freqüentemente poliostótica, atinge pacientes em uma faixa etária mais alta e não possui periferia radiolúcida e borda esclerótica.

A Osteomielite Esclerosante Crônica possui um fator irritante predisponente, de longa duração e baixa intensidade.

Tratamento e Prognóstico: o tratamento pode ser difícil e não satisfatório. Waldron et al.¹⁰ (1975) relatou que biópsia não é indicada para pacientes assintomáticos. Para esses pacientes, o melhor tratamento consiste em exames regulares com profilaxia e reforço de bons cuidados de higiene bucal, para prevenir a doença periodontal e a perda de dentes, uma vez que exodontias são contra-indicadas.

Em pacientes com sintomas, como há um componente infeccioso na doença, o tratamento é mais difícil e antibióticos devem ser utilizados; entretanto, o sucesso pode ser limitado, provavelmente pelo fato de a infecção ser causada por microrganismos anaeróbios. Pereira Filho et al.⁷ (2000) indicaram a exérese da lesão, quando esta estiver infectada.

Relato de Casos Clínicos

Paciente do sexo feminino, 43 anos, raça negra (Figura 1) foi encaminhada à Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, para remoção de duas lesões localizadas bilateralmente na mandíbula, com hipótese diagnóstica de odontomas complexos formulada pelo profissional responsável pelo encaminhamento.



FIGURA 1

Ao exame clínico, foi constatado apinhamento dos dentes superiores e ausência de alguns elementos inferiores, mas nenhuma anormalidade foi detectada (Figura 2).



FIGURA 2

Pela análise da radiografia panorâmica (Figura 3), observou-se que as lesões eram compatíveis com Displasia Cimento-Óssea Florida.



FIGURA 3

A paciente foi encaminhada à Área de Radiologia Odontológica para complementação da documentação radiográfica, quando foram obtidas radiografias periapicais das regiões em questão (Figura 4) e radiografia oclusal inferior (Figura 5).

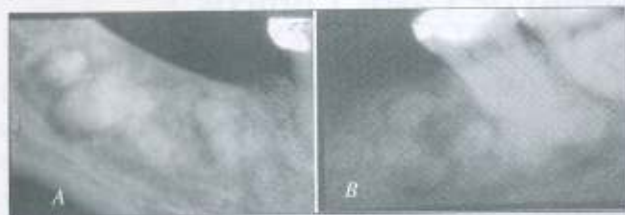


FIGURA 4



FIGURA 5

Com essas radiografias, pode-se observar ausência de expansão da mandíbula e confirmou-se a compatibilidade das imagens com Displasia Cemento-Óssea Florida. As lesões se caracterizavam por massas radiopacas, de aspecto lobular, com halo radiolúcido, localizadas bilateralmente na mandíbula, na região de molares. Pelos aspectos clínicos e radiográficos, as lesões foram diagnosticadas como Displasia Cemento-Óssea Florida.

Quando questionada, a paciente relatou que sua mãe, 80 anos, agora edêntula, apresentou dificuldades de reparação, quando submetida a exodontias. No exame clínico de sua mãe, também nenhuma anormalidade foi encontrada. Na radiografia panorâmica (Figura 6), foram observadas lesões semelhantes às descritas anteriormente, porém em três quadrantes: nos dois quadrantes inferiores e no quadrante superior direito. Pelas mesmas características clínicas e radiográficas, o diagnóstico foi de Displasia Cemento-Óssea Florida.

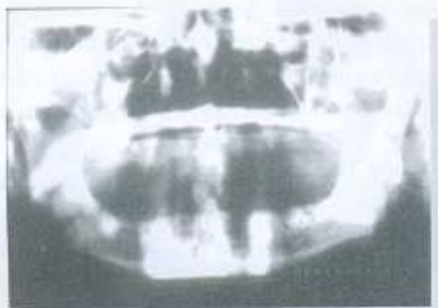


FIGURA 6

Como as pacientes eram assintomáticas, nenhuma conduta cirúrgica foi realizada. A paciente parcialmente dentada recebeu orientações sobre higiene bucal, salientando a importância da manutenção dos dentes presentes e foi

encaminhada à Área de Endodontia para tratamento dos elementos 37 e 38, que se apresentavam com necrose pulpar, visando a prevenção da contaminação das lesões. Ambas serão acompanhadas, com exames clínicos e radiográficos periódicos.

Discussão

A Displasia Cemento-Óssea Florida é uma condição não-neoplásica dos processos alveolares, caracterizada pela formação de múltiplas lesões focais, resultantes da proliferação de tecido fibroso, associado a tecido ósseo e/ou cementário, geralmente envolvendo ambos os maxilares. Sua etiologia e correlação com sexo e raça ainda são desconhecidas, havendo predileção por mulheres, da raça negra, com idade acima dos 40 anos, características que foram observadas nos casos clínicos apresentados. A lesão não tem caráter inflamatório e, em alguns casos, é relatada a presença de cistos associados a mesma (Waldron⁹, 1993). Na literatura consultada, apenas um caso de associação da lesão com tumor maligno de células fusiformes é descrito (Schneider et al.⁸, 1999).

A tendência familiar é bastante discutida na literatura. Noberg⁶ (1930) defendeu que há relação familiar; Melrose et al.⁵ (1976) relataram não ter dados suficientes para concluir tendência familiar em seu estudo; Coleman et al.² (1996) afirmaram que a maioria das lesões não tem base hereditária, porém ainda defendeu que alguns casos familiares foram documentados. Nos casos expostos, ficou estabelecida a tendência familiar.

A Displasia Cemento-Óssea Florida tem características clínicas e radiográficas bem definidas, o que facilita o seu reconhecimento. Porém deve haver critério no correto diagnóstico, uma vez que biópsia ou outros procedimentos cirúrgicos devem ser evitados. No caso em questão, se o diagnóstico incorreto dado pelo profissional que encaminhou a paciente à Faculdade fosse mantido, o procedimento de eleição seria a remoção cirúrgica das lesões, o que é extremamente contra-indicado em casos de Displasia Cemento-Óssea Florida em pacientes assintomáticos, uma vez que a intervenção cirúrgica pode levar a instalação de processo infeccioso/favorecido pela exposição de massa cemento-óssea, pouco celularizada e mal vascularizada.

Conclusões

- 1- A Displasia Cemento-Óssea Florida é um processo benigno, não inflamatório, que, quando não infectado, é assintomático e deve ser acompanhado clínica e radiograficamente.
- 2- O correto diagnóstico e a sintomatologia do paciente são importantes para decisão da conduta a ser seguida.
- 3- A Displasia Cemento-Óssea Florida pode apresentar uma tendência familiar.

Abstract

Florid Cemento-Osseous Dysplasia (FCOD) is a condition characterized by a benign increase of fibrous connective tissue, associated with a cementoosseous tissue, that affects only the jaws. It's usually asymptomatic and the biopsy is not indicated. Its radiographic aspects can vary from radiolucent to radiopaque images. The latter are considered mature and have well-defined limits. Its lesions are often bilateral, symmetrical and present in both jaws. Few cases in the literature reveal familiar history.

Due to this fact, the aim of this article is to present two cases of FCOD in the same family. One of them was firstly diagnosed as an odontoma. Therefore the analysis of the radiographic features was fundamental to the diagnosis and the management to be followed.

Keywords

Bone diseases developmental; diagnostic imaging; radiography panoramic.

Referências

1. BASKAR, S. N.; CUTRIGHT, D. E. Multiple enostosis – report of 16 cases. *J. Oral Surg.*, Chicago, v. 26, n. 5, p. 321-326, May 1968.
2. COLEMAN, H. et al. Familial florid cemento-osseous dysplasia – a case report and review of literature. *J. Dent. Assoc. S. Afr.*, Cape Town, v. 51, n. 12, p. 766-770, Dec. 1996.
3. LAHBABI, M. et al. Florid cemento-osseous dysplasia: a poorly recognized entity. Apropos of 5 cases. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, Paris, v.99, n.1, p.33-39, Apr. 1998.
4. LANGLAIS, R. P. et al. Generalized radiopacities: In: _____ . *Diagnostic imaging of the jaws*. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1995. p. 569-575.
5. MELROSE, R. J. et al. Florid osseous dysplasia – a clinical-pathologic study of 34 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 41, n. 1, p. 62-82, Jan. 1976.
6. NOBERG, O. J. Zur kenntnis der dyson togenetischen gerschwülste der luferknochen. *Vrdjsschr. F. Zahn.*, v. 46, p. 32, 1930 apud WINER, H. J. et al. Gigantiform cementoma resembling Paget's disease – Report of case. *J. Oral Surg.*, Chicago, v. 30, n. 2, p. 517-519, July 1972.
7. PEREIRA FILHO, V. A. et al. Displasia cemento-óssea florida. *Rev. Bras. Cir. Implantol.*, Curitiba, v. 7, n. 25, p. 33-35, abr./jun. 2000.
8. SCHNEIDER, L. C. et al. Malignant spindle cell tumor arising in the mandible of a patient with florid osseous dysplasia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v. 88, n. 1, p. 69-73, July 1999.
9. WALDRON, C. A. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 51, n. 8, p. 828-835, Aug. 1993.
10. WALDRON, C. A. et al. Sclerotic cemental masses of the jaws. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 39, n. 4, p. 590-604. Apr. 1975.
11. WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. Diseases of bone manifested in the jaws. In: _____ . *Oral radiology: principles and interpretation*. 4. ed. St. Louis: Mosby, 2000. p. 454-456.

Endereço para correspondência

Deborah Queiroz de Freitas

Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Departamento de Radiologia - Av. Limeira, 901 – Bairro Areião - CEP: 13414-018 - Piracicaba - SP

e-mail: deborahqueiroz@bol.com.br



Instituto
Odontológico
Marista

Dr^a. Sabrina H. Lage Fenelon
ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL
CRO - GO 3675

Rua 13 n° 734 - St. Marista - Fone: 241-8090 - Goiânia - GO - CEP 74150-140



Responsável Técnico

Dra. Lázara de
Lourdes M. Cardoso
CRO - 2956

Centro Especializado em
Radiografias e
Diagnóstico Odontológico

- Diagnóstico Bucal
- Documentação Ortodôntica
- Radiografia Odontológica
- Prevenção das Doenças Bucais
- Tomografia Linear (localização topográfica)
- Imagem Digital
- Subtração de Imagens

1ª Avenida n° 1964 - Setor Universitário - Fones: (62) 218-6085 e 218-5242
Site: www.ceradio.com.br / e-mail: ceradio@ceradio.com.br