

# DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: RELATO DE UM CASO

## FLORID CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA: A CASE REPORT

**Maria Rozeli de Souza Quirino**

Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté

### RESUMO

A displasia cemento-óssea florida (D.C.O.F.) constitui-se numa condição incomum que se apresenta como massas exuberantes de cimento e osso, em várias partes dos maxilares. Tem sido descrita na literatura com uma terminologia variável. A complicação mais frequentemente associada à condição é a osteomielite crônica, provavelmente relacionada à escassa irrigação sangüínea no osso afetado. Este artigo relata um caso bem definido de D.C.O.F. associado à osteomielite, em mulher da raça negra com 63 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Displasia Cemento-Óssea Florida, Displasia Óssea Florida, Osteomielite.

### INTRODUÇÃO

Lesões contendo cimento e/ou osso formam um grupo complexo de lesões associadas às áreas dentadas dos maxilares. Foram classificadas anteriormente como tumores odontogênicos, referidos na literatura como displasia periapical, cementoma gigantiforme, cementoma múltiplo familiar, displasia óssea florida e displasia cemento-óssea florida (Domingues et al., 1987; Oikarinen et al., 1991; Wolf et al., 1989; Young et al., 1989). No entanto, atualmente, são consideradas lesões não neoplásicas, por Kramer et al. (1992), e lesões fibro-ósseas, por Waldron (1993).

Melrose et al. (1976) foram os primeiros autores a aplicar o termo “displasia óssea florida” para condições que mostravam massas exuberantes de cimento e osso em ambos os maxilares, não associadas a anormalidades em outra parte do esqueleto e sem apresentação de distúrbios na bioquímica do sangue.

Os termos osteíte esclerosante, osteomielite esclerosante e osteomielite crônica esclerosante difusa (O.C.E.D.) também têm sido aplicados para D.C.O.F., mas estes termos são apropriados para outras condições distintas (Schneider e Mesa, 1990).

A D.C.O.F. é uma condição incomum, prevalente em mulheres acima dos 40 anos de idade e da raça negra, sendo essencialmente uma condição benigna. Constitui-se, muitas vezes, em achados radiográficos representados por massas lobulares, irregulares, radiopacas, circundadas por área radiolúcida, com nítida tendência para localização simétrica, bilateral, afetando mais mandíbula do que maxila, tanto em áreas dentadas quanto em áreas desdentadas. Não existe uma causa aparente, e as lesões são assintomáticas, exceto quando ocorre a complicação da osteomielite, devido à exposição das massas escleróticas calcificadas ao meio bucal, como resultado de atrofia alveolar progressiva sob a prótese ou após extração de dente na área envolvida pelo processo (Beylouni et al., 1998; Melrose et al., 1976; Neville et al., 1998; Regezi e Sciubba, 1989; Wolf et al., 1989; Waldron, 1993).

### RELATO DO CASO

Mulher da raça negra, 63 anos de idade, procurou o Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário (UNITAU), queixando-se de “dente inflamado, extremamente dolorido”. Conforme relatou a

paciente, o problema iniciara-se 4 anos antes, com aumento de volume na mandíbula, o que a impossibilitava de continuar usando a prótese total inferior e, após ter sido submetida a várias cirurgias, o problema continuava.

Na história odontológica, a paciente referiu uso de prótese total superior e inferior havia aproximadamente 25 anos, e, na história médica, revelou hipertensão arterial.

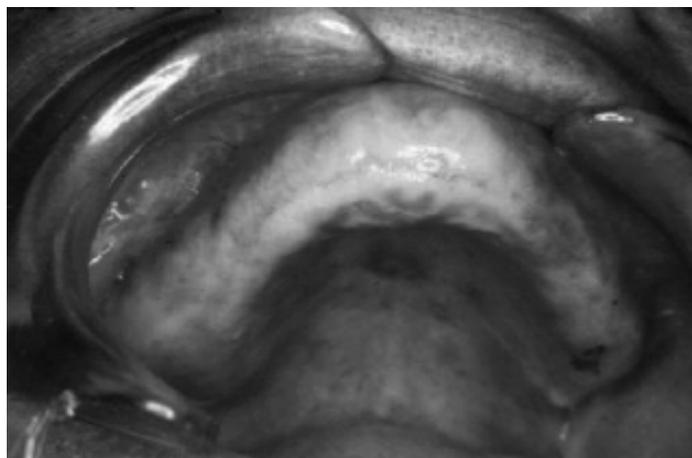
Ao exame clínico extra-bucal, apresentou enfiamento tipo inflamatório agudo nos linfonodos da cadeia submandibular de ambos os lados. Ao exame intra-bucal, na região mandibular, observou-se eversão do sulco gengivo-labial e jugal, mucosa do rebordo alveolar edemaciada, ulcerada com exsudato purulento e exposição “óssea” (Figura 1), além de odor fétido; na maxila observou-se aumento de volume do rebordo, na região anterior e posterior do lado direito, recobertos por mucosa rósea de aspecto normal (Figura 2).

Quanto aos exames complementares, o exame bioquímico do sangue não apresentou anormalidade, e, na radiografia panorâmica, observamos múltiplas áreas radiopacas circundadas por área radiolúcida, dispostas pela região relativa aos premolares do lado esquerdo, ultrapassando a linha média até a região concernente aos premolares direitos na mandíbula e na região anterior e posterior da lado direito da maxila (Figura 3).

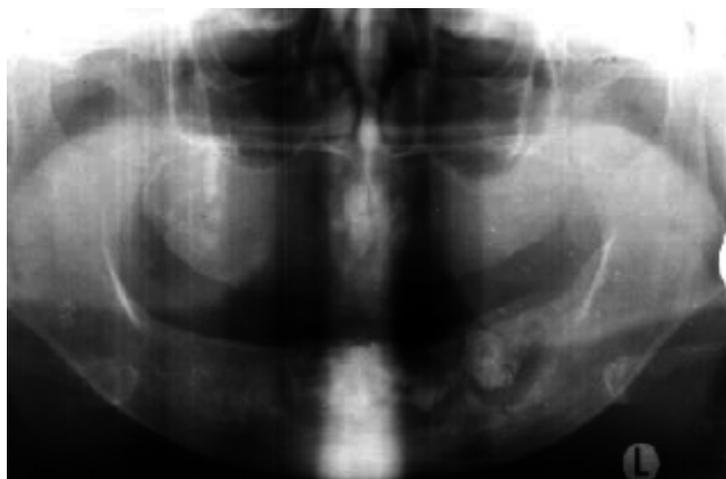
A hipótese diagnóstica foi displasia cemento-óssea x osteomielite. Realizada a biópsia, o resultado do exame anatomopatológico foi displasia cementiforme associada à osteomielite.



**Figura 1** - Aspecto clínico das lesões da mandíbula.



**Figura 2** - Aspecto clínico da maxila.



**Figura 3** - Radiografia panorâmica demonstrando as massas radiopacas circundadas por áreas radiolúcidas difusas na mandíbula e região anterior e posterior direita da maxila.

## DISCUSSÃO

D.C.O.F. é uma condição incomum, prevalente em mulheres negras, de causa desconhecida, e traz muitas discussões a seu respeito. A Organização Mundial da Saúde (WHO), na classificação dos tumores odontogênicos, considera a D.C.O.F. como lesão não neoplásica (Kramer et al., 1992). Constituída por uma proliferação fibroblástica associada a trabéculas irregulares de osso e material acelular semelhante a cimento, é incluída no espectro das lesões fibro-ósseas (Waldron, 1993).

Apesar da WHO(1992) considerar o Cementoma Gigantiforme Familiar (C.G.F.) e D.C.O.F. sinônimos e de os achados histológicos serem semelhantes, os estudos demonstram diferenças marcantes entre estas duas entidades, pois o C.G.F. apresenta caráter autossômico dominante, ocorrendo exclusivamente em brancos, na primeira ou segunda década da vida, com crescimento relativamente rápido, resultando em deformidade facial proeminente (Neville et al., 1998).

Young et al. (1989) apresentaram uma família americana com C.G.F., pôde ser confirmado por cinco gerações, e concluíram que, apesar dos achados histológicos do C.G.F., da D.C.O.F. e da displasia cementiforme periapical serem idênticos, as características clínicas e radiográficas são frequentemente tão importantes quanto o histológico, para estabelecer o diagnóstico. Concluíram também que deveriam ser reconhecidas como entidades separadas; com o que concordam Oikarinen et al. (1991), que diagnosticaram C.G. de natureza familiar em três membros de uma mesma família.

No diagnóstico diferencial da D.C.O.F deve-se incluir doença de Paget e osteomielite crônica esclerosante difusa (O.C.E.D.). A doença de Paget pode acometer vários ossos e, de modo geral, apresenta alterações sanguíneas (elevação da fosfatase alcalina em estágio ativo), enquanto as lesões da D.C.O.F. são restritas às áreas dentadas dos maxilares e não apresentam significantes anormalidades bioquímicas. D.C.O.F e O.C.E.D. são duas condições distintas dos maxilares, cercadas também por confusão, devido aos muitos sinônimos aplicados para cada uma das condições e ao uso do termo “osteomielite esclerosante” para ambas (Jakobson, 1984; Melrose et al., 1976; Schneider e Mesa, 1990; Wolf et al., 1989).

Este caso apresentado por nós obedece aos critérios citados por Melrose et al. (1976), para D.C.O.F.; mulher negra de 63 anos de idade, com apresentação exuberante nos maxilares. Apesar de existir exemplos com existência de osteomielite concomitante, esta pode ser considerada somente como uma complicação do quadro clínico, sendo os sintomas de dor e fístulas, apresentados pela paciente, devido à complicação pela osteomielite, e não pelas lesões displásicas.

Poderíamos considerar que os casos de D.C.O.F. podem apresentar dois quadros clínicos. No primeiro, as massas escleróticas são assintomáticas, não comportando sinais de inflamação. No segundo, uma inflamação é sobreposta à condição pré-existente. Entre os fatores responsáveis pela exposição das massas displásicas à cavidade bucal, permitindo uma infecção secundária, poderíamos incluir extrações dentárias na área afetada, biópsia óssea, tratamento endodôntico e uso de próteses sobre o tecido esclerótico (Schneider e Mesa, 1990).

A patogênese dessa complicação da D.C.O.F. poderia ser relacionada à escassa irrigação sanguínea no osso afetado e às massas escleróticas avasculares, particularmente susceptíveis à infecção secundária (Melrose et al., 1976; Schneider e Mesa, 1990).

Melrose et al. (1976) ainda salientam o fato de que este tecido tem pequena ou nenhuma capacidade para reabsorção fisiológica abaixo das próteses, com resultante ulceração da mucosa e pronta exposição, ao meio bucal, de fragmentos mineralizados, amarelados, com conseqüente infecção secundária.

Microscopicamente, as alterações inflamatórias consistentes com osteomielite são vistas nos quadros de O.C.E.D. e em muitos casos de D.C.O.F., pois os espécimes da biópsia são usualmente obtidos durante os episódios sintomáticos. Enquanto a O.C.E.D. é primariamente uma condição inflamatória, que requer antibioticoterapia e, às vezes, intervenção cirúrgica para o seu tratamento, a D.C.O.F. deverá ser tratada somente quando a inflamação for sobreposta ao processo displásico (Millet, 1990; Schneider e Mesa, 1990).

Neste caso, a paciente, portadora das mesmas próteses totais há aproximadamente 25 anos, apresenta sintomatologia relacionada apenas à mandíbula. Provavelmente, o uso da prótese total inferior provocou ulceração da mucosa e exposição das massas escleróticas ao meio bucal, tendo sido agravada por infecção (osteomielite); requerendo, portanto, antibioticoterapia e remoção das áreas afetadas. Por ser uma condição benigna inócua, quando não existem complicações, não há necessidade de intervenções terapêuticas, devendo apenas fazer-se controle periódico, por meio de avaliação clínica e radiografias panorâmicas, principalmente se o paciente for portador de próteses totais, pois o início dos sintomas condiz com o desenvolvimento de processo inflamatório decorrente de infecção (osteomielite crônica ou aguda).

## CONCLUSÃO

A displasia cemento-óssea florida é uma lesão incomum, muitas vezes se constitui num achado radiográfico, necessitando de controles periódicos, principalmente em pacientes desdentados.

O tratamento com antibióticos e intervenção cirúrgica só são indicados na presença de infecção secundária.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com osteomielite crônica esclerocente difusa (O.C.E.D.), cementoma gigantiforme familiar (C.G.F.), displasia cementiforme periapical e doença de Paget.

O diagnóstico deve ser feito associando-se as características clínicas, radiográficas e histológicas.

## ABSTRACT

Florid cemento-osseous dysplasia (F.C.O.D.) is an uncommon disease characterized by exuberant masses of cemento-osseous tissue localized in several parts of the jaws. It has been described in the literature under a variety of terms. Chronic osteomyelitis is a frequently associated complication, due to impaired blood circulation in the lesions. This paper reports a well established case of F.C.O.D. with associated osteomyelitis diagnosed a 63-year-old black woman.

KEY-WORDS: Florid Cemento-Osseous Dysplasia, Florid Osseous Dysplasia, Osteomyelitis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEYLOUNI, I., FARGE, P., MAZOYER, F., COUDERT, J.L. Florid cemento-osseous dysplasia: report of a case documented thomagraphy and 3D imaging. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.85, n.6, p.707-711, June. 1998.

DOMINGUES, F.V. ESPINAL, E.G., FERREIRA, J.L. Cementoma gigantiform: report of 2 cases. *Dentomaxillofac. Radiol.*, v.16, n.2, p.113-116, 1987.

JACOBSSON, S. Diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible. *Int. J. Oral Surg.*, v.13, p.363-385, 1984.

KRAMER, I.R.H., PINDBORG, J.J., SHEAR, M. The WHO histological typing of odontogenic tumours. *Cancer*, v.70, n.12, p.2988-2994, Dec.1992.

MELROSE, R.J. ABRAMS, A.M.; MILLS, B.G. Florid osseous dysplasia: a clinical-pathology study of thirty-four cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.41, n.1, p.62-82, Jan. 1976.

- MILLET, D.T. Gigantiform cementoma showing apprent activity on a bone scan. *Dentomaxillofac. Radiol.*, v.19, n.3, p.137-138, Aug. 1990.
- NEVILLE, B.W, DAMM, D.D., ALLEN, C.M., BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. 705p.
- OIKARINEMN, K., ALTONEN, M., HOPPONEN, R.P. Gigantiform cementoma affecting a caucasian family. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.29, n.3, p.194-197, June 1991.
- REGEZI, J.A., SCIUBBA, J. Patologia Bucal. *Correlações Clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 390p.
- SCHNEIDER, L.C., MESA, M.L. Differences between florid osseous dysplasia and chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.70, n.3, p.308-312, Sep. 1990.
- WALDRON, C.A. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac. Surg.*, v.5, n.8, p.828-35, Aug. 1993.
- WOLF, J., HIETANEN, J., SANE, J. Florid cemento-osseous dysplasia (Gigantiform Cementoma) in caucasian woman. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.27, n.1, p.46-52, Feb. 1989.
- YOUNG, S.K., MARKOWITZ, N.R., SULLIVAN, S., SEALE, T.W., HIRSCHI, R. Familial gigantiform cementoma: classification and presentation of a large pedigree. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.68, n.6, p.740-747, Dec.