

OSTEOMIELITE ASSOCIADA À DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA

●relato de caso●

*João Nunes Nogueira Neto**, *Carlos Vinícius Ayres Moreira***, *Leonardo Morais Godoy Figueiredo**,
*Samara Ramos de Souza**, *Braúlio Carneiro Júnior****

Autor correspondente: João Nunes Nogueira Neto - E-mail: joaonnneto@gmail.com

* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia - UFBA, Hospital Geral do Estado - HGE e Hospital Santo Antônio - HSA/OSID

** Interno do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado - HGE, ano 2014

*** Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia - UFBA e Hospital Santo Antônio - HSA/OSID

Resumo

A Displasia Cimento-Óssea Florida (DCOF) é uma lesão fibro-óssea, não neoplásica, onde ocorre a substituição do tecido ósseo por tecido conjuntivo fibroso nos maxilares. Possui predileção por pacientes do gênero feminino, melanodermas e de meia idade, apresentando-se como uma condição rara que afeta principalmente a mandíbula bilateralmente, podendo ocorrer em áreas dentadas ou edêntulas. Sua etiologia é desconhecida, embora exista hipótese relacionada à origem no ligamento periodontal, já que se baseia na formação de múltiplas áreas de osso ou cimento acelular envolvidos por tecido fibroso. A DCOF torna-se sintomática quando associada à osteomielite, principal fator agravante desta patologia. O diagnóstico diferencial, baseado nos achados clínicos e radiográficos, torna-se primordial para a direção do tratamento, que na maioria dos casos é assintomático e de prognóstico previsível. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de DCOF associada à osteomielite, relacionando as características clínicas com o método de diagnóstico e tratamento do paciente.

Palavras-chave: Anormalidades Maxilofaciais; Osteomielite; Osteonecrose.

OSTEOMYELITIS ASSOCIATED WITH FLORID CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA

●case report●

Abstract

The Florid Cemento-Osseous Dysplasia (DCOF) is a fibro-osseous, non-neoplastic lesion; where substitution occurs at the bone tissue by fibrous connective tissue in the maxillary. Has a predilection for female patients, melanodermic, and middle-aged, presenting as a rare condition which affects mainly the jaw bilaterally, and may occur in toothed or edentulous areas. The etiology is unknown, although there is hypothesis related the source in the periodontal ligament, since it is based on the formation of multiple areas of bone or acellular cementum enveloped by fibrous tissue. The DCOF becomes symptomatic when associated with osteomyelitis, the main worsening factor of this pathology. The differential diagnosis based on the clinical and radiographic findings, it is vital to the direction of the treatment, which in most instances is asymptomatic and the possible outcome. The objective of this article is to report a case of DCOF associated with osteomyelitis, relating the clinical features with the diagnostic method and treatment of the patient.

Keywords: Maxillofacial Abnormalities; Osteomyelitis; Osteonecrosis.

INTRODUÇÃO

Lesões contendo cimento e/ou osso fazem parte de um grupo complexo de doenças associadas aos maxilares.⁽¹⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou em 1971 o primeiro encontro para classificação das doenças e dividiu a Displasia em subcategorias baseada nos seus aspectos radiográficos e em sua extensão.⁽²⁾

O termo Displasia Cimento-Óssea Florida (DCOF) foi proposto primeiramente por Melrose em 1976 para designar massas de cimento ou osso em múltiplas áreas dos ossos maxilares. Entretanto, somente na segunda edição do encontro da OMS que a DCOF foi classificada, substituindo a classificação do Cementoma Giganteforme.^(1,2)

A DCOF apresenta-se como uma condição rara que afeta os maxilares. Sua prevalência é por pacientes em meia idade, do gênero feminino, melanoderma^(3,4) e sua exata etiologia continua indefinida. Mudanças reativas ou displásicas no ligamento

periodontal, bem como restos de cimento remanescentes após exodontias, estão entre as possíveis causas da DCOF.⁽⁵⁾ Histologicamente encontra-se lacunas contendo tecido conjuntivo, massas de tecido calcificado lembrando um cimento secundário, tecido ósseo ou ambos com poucos vasos sanguíneos.⁽²⁾

A DCOF é assintomática e seu diagnóstico está relacionado aos exames radiográficos de rotina, na maioria dos casos. Seu aspecto locular radiopaco circundado por uma área radiolúcida está relacionada ao grau de maturação.⁽²⁾ Ela possui predileção pela mandíbula, podendo ocorrer em áreas dentadas ou não e em diversos quadrantes.⁽⁶⁾ Possui um prognóstico geralmente previsível e a principal complicação está associada a osteomielite. O tratamento na maioria dos casos é sintomático, eliminando os processos displásicos que causam irritação ou inflamação local.⁽⁷⁾

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de DCOF, relacionando as características clínicas ao método de diagnóstico e tratamento do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero feminino, 57 anos, melanoderma, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA, com queixa de dor em região mandibular esquerda, com drenagem de secreção purulenta, após ter realizado exodontia da unidade dentária

3.5 há cerca de um ano e meio. Nos últimos 3 meses fez uso contínuo de Amoxicilina via oral, 500mg, de 8 em 8 horas.

Ao exame físico não foi observado nenhum tipo de secreção no referido local, sintomatologia dolorosa à palpação mandibular esquerda com contornos anatômicos preservados e sinais de doença periodontal. Ao exame de imagem (radiografia panorâmica) notou-se imagem radiolúcida unilocular bem delimitada com presença de foco radiopaco em seu interior em região do elemento dentário 3.3. Além disso, foi possível observar imagens de aspectos semelhantes em outras regiões da mandíbula.

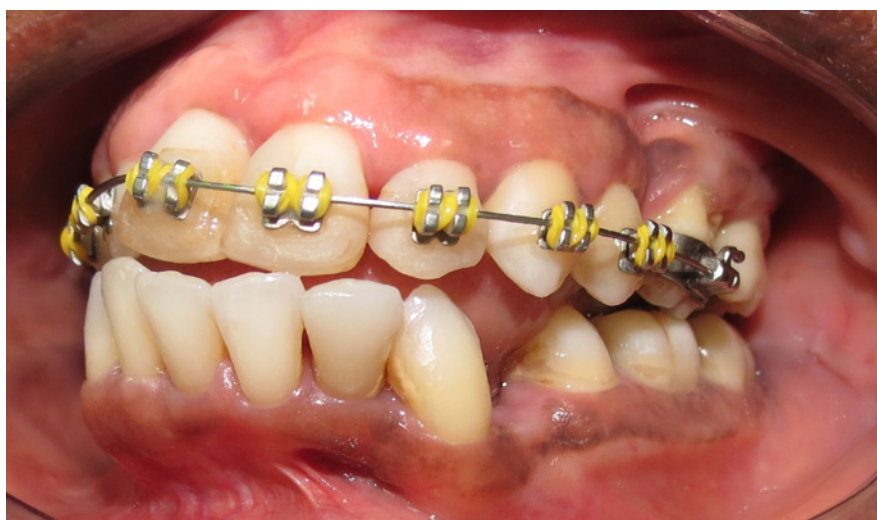


Figura 1 - Ausência de sinais de infecção no momento pré operatório



Figura 2 - Radiografia panorâmica. Presença de lesão de aspecto misto em diferentes quadrantes

A paciente foi submetida a biópsia excisional em âmbito ambulatorial, sob anestesia local, no transoperatório, pode-se observar uma lesão bem circunscrita, com cápsula friável, presença de discreta secreção purulenta e conteúdo calcificado associado ao ápice do elemento 3.3. Foi realizado a curetagem da lesão e remoção do material calcificado e do dente envolvido. Para controle pós-operatório, foi prescrito Clindamicina 300mg, via oral, de 8 em 8 horas por 07 dias.

O material coletado foi devidamente conservado em formol tamponado a 10% e encaminhado para avaliação histopatológica. Na microscopia foi evi-

denciada mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado de espessura variável, sem atipias, com marcante exocitose leucocitária. Subjacente, evidenciou-se tecido conjuntivo fibroso, sede de marcante inflamação crônica, ao lado de macrófagos xantomatosos. Outras secções mostram osso com osteoblastos vazios e permeados em áreas focais por inflamação aguda e circundados por colônias bacterianas e de actinomicetos circundadas por neutrófilos. Osso viável e dentes sem alterações também foram vistos. O diagnóstico final foi de osteonecrose (sequestro ósseo) com Osteomielite secundária e Actinomicose associada.



Figura 3 - Material encaminhado para avaliação histopatológica

A paciente retornou ao ambulatório para revisão pós-operatória com oito dias, onde, foi observado a ausência de sinais de infecção ou deiscência de sutura referindo hipoestesia do nervo mental esquerdo com melhora do quadro espontaneamente em aproximadamente trinta dias. No momento a paciente encontra-se em acompanhamento com 01 ano, sem sinais de recidiva.

DISCUSSÃO

A Displasia Cimento-Óssea Florida representa uma rara condição benigna, não neoplásica, aco-

metendo os maxilares em diferentes áreas, com a formação de múltiplas lojas de osso ou cimento acelular envolvidos por tecido fibroso. Foi descrita primeiramente por Melrose em 1976⁽⁴⁾ sendo o termo utilizado descrito na segunda edição da *World Health Organization's* em 1992 (WHO, 1992).⁽²⁾

A DCOF acomete predominantemente pacientes melanodermas, do gênero feminino em meia idade,⁽²⁾ correspondendo com o presente caso. Sua causa ainda é desconhecida, não havendo um consenso na literatura. Propostas estabelecem que alterações relacionadas ao ligamento periodontal estejam associadas já que se baseia na substituição do osso por matriz de tecido conectivo.⁽⁵⁾ Existem

raros relatos na literatura baseados na herança genética autossômica dominante com padrão familiar confirmado,⁽²⁾ o que não ocorreu com o caso abordado, sendo a informação colhida apenas por anamnese.

Normalmente essas lesões são assintomáticas. Os pacientes que apresentam sintomas de dor, sangramento, drenagem de secreção purulenta e formação de sequestros ósseos, são os mais difíceis de serem tratados.⁽⁸⁾ Esses casos sintomáticos podem estar associados a alguns fatores como uso de próteses dentárias ou exodontias causando exposição do tecido adjacente à cavidade oral. Infecções e osteomielite são possíveis complicações relacionadas aos episódios traumáticos como esse que, devido à natureza hipovascular da lesão, podem ser agravados.⁽²⁾

Em casos mais raros e severos é possível observar a presença de afecções neurológicas ou expansão de corticais.⁽⁹⁾ Na paciente avaliada não foi observada alterações nas corticais ósseas, entretanto a paciente referia parestesia do nervo mental esquerdo, tanto no pré quanto no pós operatório. Expansões de corticais podem estar relacionados à Doença de Paget e devem ser considerados na análise inicial para diagnóstico diferencial bem como Osteomielite Esclerosante Difusa Crônica,⁽⁹⁾ Fibroma Cimento-Ossificante e Síndrome de Gardner.⁽¹⁰⁾

O diagnóstico da DCOF pode ser feito somente baseado nos achados clínicos e imagiológicos. Em imagens radiográficas é possível observar aspectos radiolúcidos uniloculares com formações radiopacas intra-lesionais circundando ápices dentárias⁽⁹⁾ que, somados a acometimentos semelhantes em outras áreas, confirmam a hipótese-diagnóstica.⁽¹⁰⁾ Em alguns casos é possível avaliar a presença de bordas escleróticas e o grau de radiopacidade intra-lesional que está relacionada com o nível de calcificação e o tempo de crescimento.⁽²⁾

Os achados histopatológicos revelam presença de fragmentos de tecido mesenquimal celular composto por fibroblastos fusiformes e fibras de colágeno com presença numerosa de pequenos vasos

sanguíneos.⁽²⁾ Nela é possível observar diferentes graus de mineralização com formas entrelaçadas de osso e cimento, cercado por estruturas acelulares basofílicas. O osso da área afetada sofre alterações em sua vascularização, influenciando na formação das estruturas semelhantes ao cimento. O diagnóstico histopatológico pode estar relacionado a presença de osso necrótico compatível com sequestro ósseo,⁽⁷⁾ assim como no caso relatado.

O tratamento do paciente sintomático torna-se mais difícil devido ao processo de inflamação crônica e infecção. Geralmente o uso de antibióticos não são eficazes devido a pobre vascularização tecidual, relacionada às áreas de sequestro, nas quais formam-se massas semelhantes ao cimento. Procedimentos de biópsias aumentam o risco de infecção local e agravamento do Quadro.⁽⁴⁾ Isso difere do presente caso já que a lesão estava infectada e comprometida, necessitando de debridamento e exodontia do dente 3.3, que mesmo apresentando vitalidade pulpar, foi removido para minimizar a possibilidade de complicação pós operatória. No presente caso foi utilizada a Clindamicina no pós operatório para controle da infecção persistente relacionada à Actinomicose.

Esses pacientes deverão ser avaliados constantemente para controle de doenças periodontais afim de prevenir novas perdas dentárias. Exames de radiografias panorâmicas deverão ser solicitadas anualmente e tomografias devem ser ponderadas em caso de desenvolvimento de novos sintomas.⁽⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DCOF acomete principalmente a mandíbula de pacientes do gênero feminino, melanoderma e de meia idade. Esta lesão é geralmente assintomática e inicialmente detectada por exames imagiológicos de rotina. Uma infecção secundária, como por exemplo a osteomielite, ocorre caso haja exposição da massa óssea alveolar à cavidade bucal. Um indivíduo assintomático requer apenas um acompa-

nhamento periódico, enquanto que lesões sintomáticas requerem tratamento mais invasivo. Um acompanhamento clínico-radiográfico, bem como uma correta indicação do tratamento para as lesões sintomáticas, determina um bom prognóstico para os pacientes acometidos por DCOF.

REFERÊNCIAS

- Kose TE, Kose OD, Karabas HC, Erdem TL, Ozcan I. Findings of Florid Cemento-osseous Dysplasia: a Report of a three cases. *J Oral Maxillofac Res.* 2013;4:1-6.
- More CB, Shirolkar R, Adalja C, Tailor MN. Florid Cemento-osseous Dysplasia of maxilla and mandible: a rare clinical case. *Braz. j. oral sci.* 2012;11:513-17.
- Gaetti-Jardim EC, Junior JFS, Guastaldi FPS, Filho OM, Junior IRG, Junior EGJ. Displasia Cemento-ossea Florida: relato de caso. *Rev. Odontol. Araçatuba* 2010;31:31-4.
- Koklu HK, Çankal DA, Bozkaya S, Ergun G, Baris E. Florid Cemento-osseous Dysplasia: Reporto f
- a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent.* 2013;5:58-61.
- Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaw. *J Oral Maxillofac Surg.*1993;51:828-835.
- Shah V, Soni N, Manjunatha BS, Kumar S. Florid Cemento-osseous Dysplasia - A unusual entity a case report. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;2:161-4.
- Carvalho CHP, Lima ENA, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD. Florid Cemento-osseous Dysplasia and Osteomyelitis: A case report of a simultaneous presentation. *Rev. odonto cienc.* 2012;27:166-9.
- Srivastava A, Agarwal R, Romesh S, Sachan A, Shivakumar GC, Chaturvedi TP. Familial Florid Cemento-osseous Dysplasia: A rare manifestation in a Indian Family. *Case Rep Dent.* 2012;12:1-5.
- Pitak-Arnop P, Dhanuthai K, Chaine A, Bertrand JC, Bertolus C. Florid Osseous Dysplasia: Report of a case presenting acute cellulitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14:461-4.
10. Das BK, Das SN, Gupta A, Nayak S. Florid Cemento-osseous Dysplasi. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2013;17:1-3.