

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM 3 CASOS CLÍNICOS DE DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA

Andreia Hortênsio¹, Filipa Neto¹, Joana Rocha¹, Jorge Martins¹, António Ginjeira¹

¹Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

A displasia cemento-óssea (DCO), termo adotado na classificação de 1992 da Organização Mundial de Saúde, representa um conjunto de lesões fibro-ósseas não-neoplásicas, localizadas nas áreas de suporte dos dentes ou no processo alveolar edêntulo dos maxilares¹. Caracteriza-se pela substituição do tecido ósseo normal por tecido fibroso.^{2,3} A sua etiologia e patogénese ainda não estão claramente compreendidas, mas pensa-se terem origem em elementos do ligamento periodontal (processo reativo).^{2,4,5} A DCO subdivide-se em três categorias de acordo com as suas características clínicas, radiográficas e extensão do envolvimento das zonas afetadas: displasia cemento-óssea periapical, displasia cemento-óssea focal e displasia cemento-óssea florida (DCOF). A DCOF, termo introduzido por Melrose et al. 1976 para descrever uma extensa manifestação da doença em dois ou mais quadrantes, apresenta lesões como múltiplas massas escleróticas (multifocais) e têm uma localização com tendência bilateral, frequentemente quase simétrica.^{2,3,4,5,6} Na maioria dos casos estas lesões são assintomáticas não expansivas e diagnosticadas através de radiografias de rotina.^{2,4} São mais frequentemente observadas na mandíbula, com maior incidência em mulheres melanodérmicas de meia idade.^{3,4,5} Radiograficamente, numa fase inicial, quando o osso é reabsorvido e substituído por tecido fibroso, normalmente contíguo com o ligamento periodontal, estas lesões radiolúcidas são predominantemente redondas ou ovais com um bordo radiopaco bem definido (fase osteolítica). Nesta fase, as displasias podem ser facilmente confundidas com lesões periapicais, mas o dente continua a responder normalmente aos testes de sensibilidade, revelando-se vital. No segundo estadio de maturação estas lesões tornam-se mistas, de limites pouco definidos com focos radiopacos (fase cementoblástica), e finalmente, a zona mista interna torna-se completamente radiopaca (fase osteogénica) com um halo fino radiolúcido.^{2,4,5,7,8} Devido a erros de diagnóstico, alguns casos de DCOF são encaminhados para tratamento endodôntico e até cirúrgico.²

DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Três pacientes do sexo feminino com 49, 36 e 47 anos, melanodérmicas, designados como caso 1, 2 e 3, respetivamente, sem história médica relevante, apresentaram-se sem sintomas e sem antecedentes de trauma, em consultas de rotina.

A realização da ortopantomografia (Figuras 1, 2 e 3) como exame complementar de diagnóstico foi realizado nessa mesma consulta de rotina. Após identificação de múltiplas lesões radiolúcidas associadas a peças dentárias em diversas localizações da mandíbula, as pacientes foram encaminhadas para a consulta de Endodontia onde foram realizados testes de sensibilidade pulpar (Endo cold spray, Henry Schein, Alemanha), tendo-se obtido respostas positivas aos testes térmicos, coincidentes com a presença de vitalidade pulpar nos dentes em causa. Não se registou dor à percussão nem palpação, a profundidade de sondagem foi registada dentro dos valores normais e não se registou mobilidade aumentada. O diagnóstico diferencial passou primeiramente pelo estabelecimento de lesões de origem não endodôntica, com padrão coincidente com DCOF, e as pacientes informadas de que apenas será necessária a monitorização e follow-up das lesões, caso se mantenha a ausência de sintomas.

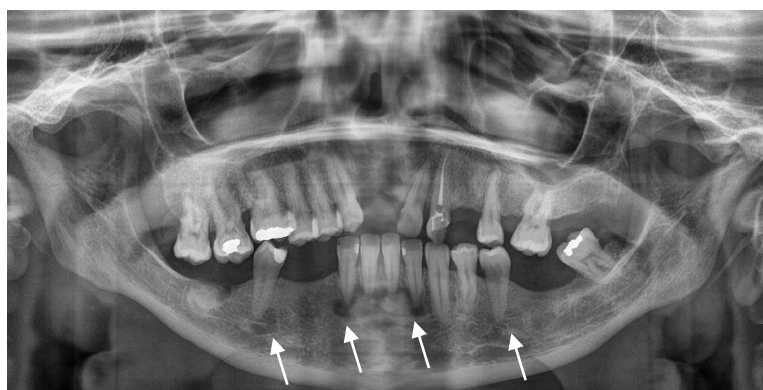


Fig. 1 - Caso 1: Ortopantomografia que permitiu identificar a presença de lesões radiolúcidas associadas aos dentes 35,42, 41, 31, 32 e 45.



Fig. 2 - Caso 2: Ortopantomografia que permitiu identificar a presença de lesões radiolúcidas associadas aos dentes 31, 33, 38, 42 e 43



Fig. 3 - Caso 3: Ortopantomografia que permitiu identificar a presença de lesões radiolúcidas associadas aos dentes 36 e 46.

DISCUSSÃO

Os três casos de DCOF descritos neste trabalho ocorreram em pacientes melanodérmicas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 35 e os 49, integrando as características descritas em 1976 por Melrose et al para esta condição⁶. Apesar da sua etiologia idiopática, Neville et al. (2009) sugere que, sendo as displasias ósseas mais prevalentes em mulheres, estas representam um defeito na remodelação óssea desencadeada por fatores locais possivelmente relacionados com desequilíbrios hormonais⁸. A DCOF é usualmente assintomática e é diagnosticada acidentalmente durante a realização de exames radiográficos de rotina⁴, tal como acontece nos casos acima relacionados. A ortopantomografia foi o exame complementar de diagnóstico que permitiu identificar numa primeira observação, a existência de múltiplos focos em mais do que um quadrante, permitindo ao clínico ponderar a existência de uma condição de origem não endodôntica e avançar com diagnóstico diferencial, refletindo a importância dos testes de sensibilidade pulpar para descartar a origem das lesões^{7,9,10,11}, como testes térmicos e teste elétrico. O diagnóstico diferencial é importante para evitar tratamentos endodônticos desnecessários, biópsias incisivas ou remoções cirúrgicas.⁴ As biópsias, são contraindicadas por aumentar o risco de infeções secundárias ou causar fraturas na região da lesão.^{12,13} O prognóstico da DCOF é excelente e o tratamento, na ausência de sintomatologia, passa por um follow-up clínico e radiográfico^{2,3,4}. De acordo com Beylouni et al. (1998), a reavaliação radiográfica deve ser realizada a cada 2-3 anos e só em casos sintomáticos, como o desenvolvimento de infeções crónicas, é que deve ser implementado um plano de tratamento.¹²

CONCLUSÕES

Para um correto diagnóstico da displasia cemento-óssea florida é importante o clínico fazer uma avaliação clínica e radiográfica exaustiva, com correta interpretação dos testes de sensibilidade pulpar. O diagnóstico diferencial é necessário para determinar a possível origem endodôntica das lesões, a fim de evitar tratamentos invasivos desnecessários e possíveis complicações.

REFERÊNCIAS:

1. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumours. A commentary on the second edition. *Cancer* 1992;70:2988-94
2. Delas D, Bernardi A, Felipe GS, Teixeira CS, Felipe WT, Felipe MCS. "Florid Cemento-osseous Dysplasia: A Case of Misdiagnosis" *J Endod* 2015 Nov;41(11):1923-6
3. Köklü HK, Cankal DA, Bozkaya S, Ergün G, Barış E. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent*. 2013;5(1):e58-61
4. Aiuto R, Gucciarmino F, Rapetti R, Sieno S, Bianchi A. Management of symptomatic florid cemento-osseous dysplasia: Literature review and a case report. *J Clin Exp Dent* 2018;10(3):291-5
5. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:828-35

6. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia: a clinical-pathological study of thirty-four cases. *Oral Surg* 1976;41:62-82
7. Resnick CM, Novelline RA. Cemento-osseous dysplasia, a radiological mimic of periapical dental abscess. *Emerg Radiol*. 2008; 15:367-74
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral and Maxilofacial*. Rio de Janeiro, RJ, Brazil: Guanabara Koogan; 2009
9. Arji Y, Arji E, Higuchi Y, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: radiographic study with special emphasis on computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:391-6
10. Gaetti-Jardim EC, Santiago Júnior JF, Guastaldi FPS, et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. *Rev Odontológica de Araçatuba* 2010;31:31-4
11. Galgano C, Samson J, Küller R, Lombardi T. Focal cemento-osseous dysplasia involving a mandibular lateral incisor. *Int Endod J*. 2003; 36:907-11
12. Beylouni I, Fargé 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;85:707-11
13. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:611-20