

Displasia Cimento-Óssea Florida: Diagnóstico e Acompanhamento de um Caso Clínico

ANDRÉ CASTRO ¹, ALEXANDRA BREZOVSKÁ ¹, PAULA MARIA LEITE ², JORGE MARINHO ², MANUEL JÁCOME ³

¹ INTERNA/O DE ESTOMATOLOGIA, INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E., PORTO, PORTUGAL

² ASSISTENTE HOSPITALAR DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA, INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E., PORTO, PORTUGAL

³ ASSISTENTE HOSPITALAR DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E., PORTO, PORTUGAL



Introdução

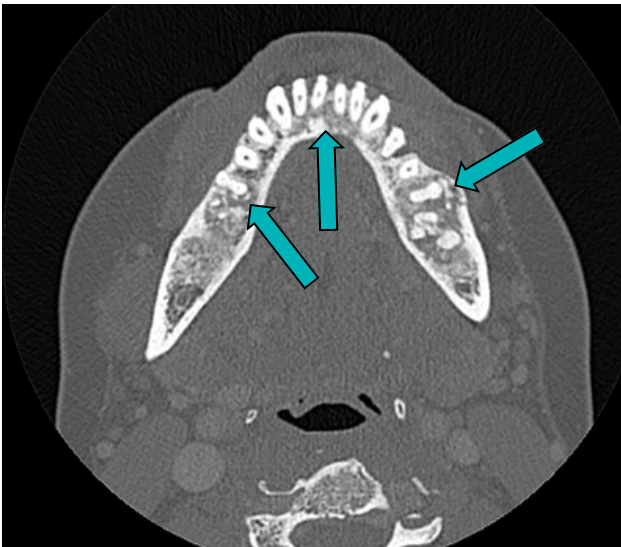
A displasia cimento-óssea florida é uma lesão fibro-óssea benigna não neoplásica, exclusiva das áreas portadoras de dentes dos ossos gnáticos [1,2,3,4,5]. Estudos moleculares demonstraram que é impulsionada pela ativação da via de sinalização da proteína quinase ativada por mitogénios (RAS-MAPK), contrariando a visão tradicional de um processo meramente reativo ou hamartomatoso [1]. Afeta sobretudo mulheres de meia-idade, particularmente de ascendência africana e asiática [1,2,3,4,5]. Apesar de geralmente assintomática, a progressiva mineralização pode comprometer a vascularização óssea, aumentando o risco de infeção secundária e osteonecrose [1,2,3,4,5].

Descrição do Caso Clínico

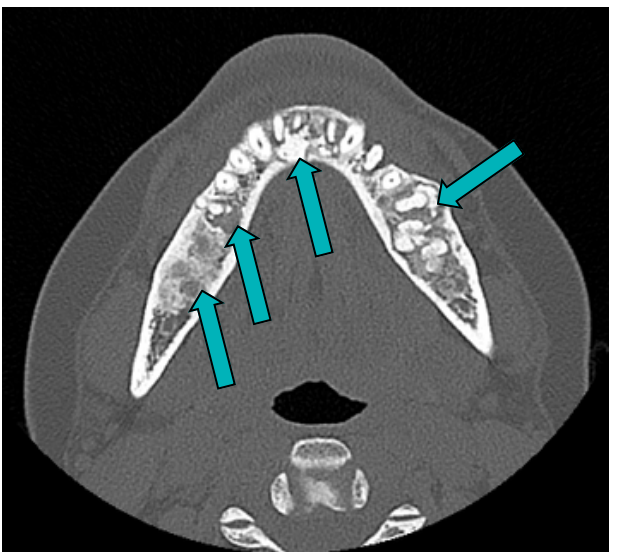
Doente do sexo feminino, com quarenta e quatro anos, recorreu por tumefação vestibular mandibular adjacente aos dentes 34 e 35, com um ano de evolução, associada a parestesia mandibular esquerda esporádica. Tomografia computadorizada inicial revelou múltiplas lesões expansivas multiquadrantes com densidade em vidro despolido, calcificações irregulares circundadas por halo radioluciente e atingimento cortical, sugerindo múltiplos odontomas complexos (Figura 1). A hipótese de Síndrome de Gardner foi excluída após colonoscopia sem evidência de polipose intestinal. Biópsia óssea revelou lesão fibro-óssea constituída por componente fibroblástico e mineralizado, sugestiva de fibroma ossificante central. Contudo, a correlação imagiológica (Figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 7) com os achados anatomopatológicos (Figura 8) e a multicentricidade das lesões permitiu estabelecer o diagnóstico definitivo de displasia cimento-óssea florida. A doente mantém vigilância clínica e imagiológica anual desde dezembro de 2022, verificando-se estabilidade das lesões até março de 2026.



Figura 1 – Corte axial de TC de 2022 demonstrando múltiplas lesões expansivas mandibulares, com calcificações internas heterogêneas e preservação da cortical óssea.



Figuras 2, 3 e 4 – Cortes axial (à esquerda) e sagitais (ao centro e à direita) de 2024 demonstrando múltiplas áreas de expansão óssea mandibular, com centros densamente mineralizados e periferia hipodensa, sem reação periosteal ou características de agressividade.



Figuras 5, 6 e 7 – Cortes axial (à esquerda) e sagitais (ao centro e à direita) de 2026 demonstrando múltiplas áreas de expansão óssea mandibular compatíveis com as imagens de 2022 e de 2024.

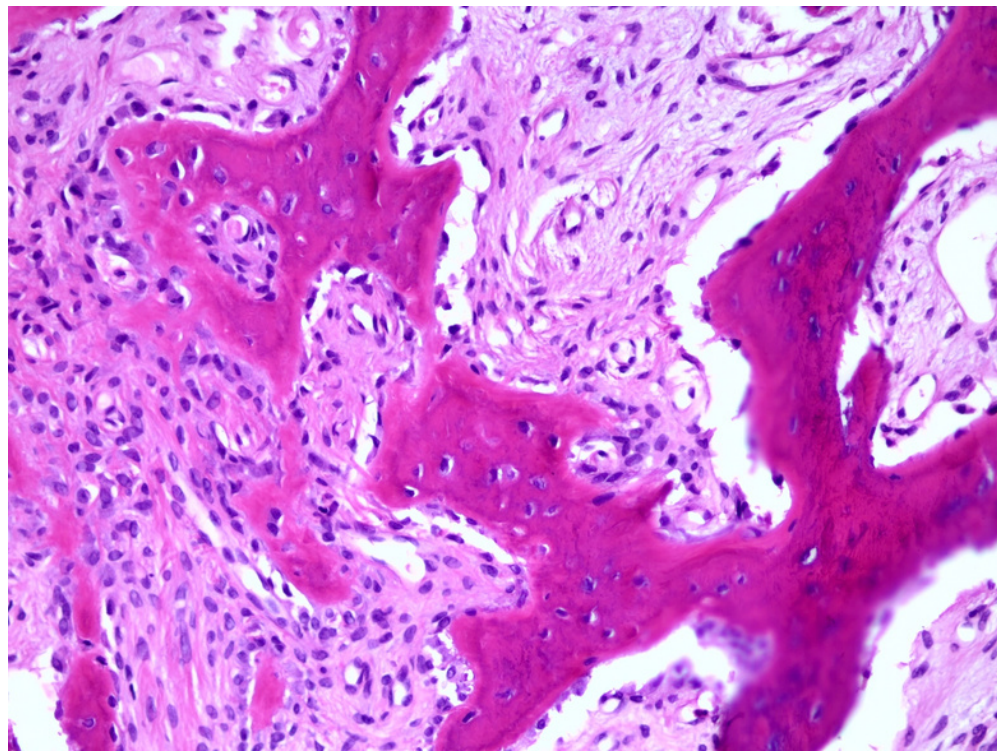


Figura 8 – Ao exame histológico observa-se lesão fibro-óssea, constituída por um componente fibroblástico moderadamente celular e um componente mineralizado constituído por tecido ósseo maduro e imaturo, com presença de osteoblastos, por vezes com núcleos tumefactos. Estes aspetos conjuntamente com os achados clínicos e imagiológicos, são consistentes com o diagnóstico de Displasia Cimento-Óssea Florida.

Discussão e Conclusões

O diagnóstico diferencial com o fibroma ossificante é essencial, uma vez que este constitui uma neoplasia verdadeira com indicação cirúrgica, enquanto a displasia cimento-óssea florida deve ser tratada de forma conservadora [1,3,4,5]. A literatura recomenda evitar a biópsia em casos assintomáticos devido ao risco de infeção e sequestro ósseo; neste caso, foi indispensável para excluir outras patologias perante a expansão cortical [1,2,3,4,5]. A parestesia poderá relacionar-se com o envolvimento apical e a extensão das lesões [4]. O tratamento baseia-se na manutenção rigorosa da higiene oral, profilaxia dentária periódica e vigilância prolongada [3,4,5]. Este caso reforça a importância da correlação clínico-radiográfica para um diagnóstico correto e para evitar intervenções desnecessárias [1,3,4,5].

Bibliografia

1. Haefliger S, Turek D, Andrei V, Alborelli I, Calgua B, Ameline B, Harder D, Baumhoer D. Cimento-osseous dysplasia is caused by RAS-MAPK activation. Pathology. 2023 Apr;55(3):324-8.
2. Zhang Y, Li Y, Zheng J, Yuan C. Florid cemento-osseous dysplasia resembling periapical inflammation: A case report. Asian J Surg. 2025 Aug;48(8):4341-2.
3. Bastos YVP, Carlos R, De Oliveira PT, Pires BC, Cangussu MCT, Xavier FCA, Koga-Ito CY, Manieri PR, Souza AS, Carneiro Júnior B, Ramalho LMP, Cury PR, Dos Santos JN. Florid cemento-osseous dysplasia-related osteonecrosis: A series of cases. Ann Diagn Pathol. 2022 Oct;60:152009.
4. Gabay M, DiPede L, Fornatora M, Yang J, Ogwo C. Treatment indications for symptomatic versus asymptomatic florid cemento-osseous dysplasia in adult patients: a systematic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2024 Dec;138(6):686-701.
5. Nam I, Ryu J, Shin SH, Kim YD, Lee JY. Cimento-osseous dysplasia: clinical presentation and symptoms. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2022 Apr;48(2):79-84.