

Importância dos aspectos imaginológicos no plano de tratamento da displasia óssea florida: Relato de caso

Importance of imaginological aspects in the florid osseous Dysplasia treatment plan: case report

RESUMO

A displasia óssea florida (DOFL) é uma lesão fibro-óssea relativamente incomum dos maxilares, que acomete, principalmente, mulheres melanodermas de meia idade e geralmente é diagnosticada em radiografias de rotina. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente de 50 anos de idade, melanoderma, encaminhada ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará para avaliação imaginológica. Clinicamente, não foi observada nenhuma alteração de volume de estruturas faciais ou intraorais. A radiografia panorâmica evidenciou imagens radiopacas circunscritas por halos radiolúcidos, localizadas bilateralmente em região edêntula de corpo mandibular, sugestivas de DOFL. Na tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), observaram-se áreas hiperdensas em regiões mandibulares edêntulas, sem expansão de corticais ósseas vestibulares e linguais, e recobertas por fina espessura de tecido ósseo, típicos da displasia. Diante do diagnóstico clínico-imaginológico de DOFL, a paciente foi encaminhada para tratamento odontológico multidisciplinar. Por meio da TCFC, foi possível se estabelecer um plano de tratamento que consistiu em procedimentos minimamente intervencionistas, considerando os aspectos clínicos e imaginológicos das lesões observadas. Em sumário, o presente trabalho reforça a importância do exame clínico meticuloso aliado à avaliação por meio de TCFC, com fins de embasar um plano de tratamento adequado em casos de DOFL assintomáticos.

Palavras-chave: Displasia Fibrosa Óssea; Displasia Óssea Florida; Displasia Cimento-Óssea Florida; Diagnóstico Diferencial; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico.

ABSTRACT

Florid osseous dysplasia (FOD) is a fibrous lesion relatively uncommon of maxillary bones, mainly affects middle-age black women and generally is diagnosed on routine radiographs. This paper aims to report a case of black woman, aged 50 years, referred to Dentistry Faculty of Federal University of Ceará for imaging evaluation. Clinically, there were no facial or intraoral structures alterations. Panoramic radiography showed radiopaque images circumscribed by radiolucent halos, located bilaterally in the edentulous mandibular body region suggestive of FOD. Cone beam computed tomography (CBCT) showed hyperdense areas in edentulous mandibular regions, with no expansion of buccal and lingual cortical bone, and covered by fine thickness of bone tissue, characteristic of FOD. After the clinical-imaging diagnosis of FOD, the patient was referred for multidisciplinary dental treatment. Through the CBCT, it was possible

Rocharles Cavalcante Fontenele

Mestrando em Radiologia Odontológica, Departamento de Diagnóstico Oral, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo-Sp, Brasil.

Daniel Almeida Ferreira Barbosa

Mestrando em Clínica Odontológica, Programa de Pós-graduação em Odontologia, curso de Odontologia Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ce, Brasil.

Alyne Vieira de Menezes Pimenta

3DDS, MSc, PhD, Professor Adjunto, Departamento de Clínica Odontológica, curso de Odontologia Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ce, Brasil.

Lúcio Mitsuo Kurita

3DDS, MSc, PhD, Professor Adjunto, Departamento de Clínica Odontológica, curso de Odontologia Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ce, Brasil.

Fábio Wildson Gurgel Costa

3DDS, MSc, PhD, Professor Adjunto, Departamento de Clínica Odontológica, curso de Odontologia Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ce, Brasil.

ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fábio Wildson Gurgel Costa
Rua João Sorongo, 1016/205 - Jardim América
Fortaleza-Ce/Brasil
CEP: 60416-000
Fone: +55 85 99103219
E-mail: fwildson@yahoo.com.br

to establish a treatment plan that consisted of minimally interventional procedures considering the clinical and imaging limits of the observed lesions. In summary, the present case emphasizes a meticulous clinical examination along with an evaluation by means of CBCT allowing an adequate treatment plan for asymptomatic FOD.

Key words: Fibrous Dysplasia of Bone, Florid Osseous Dysplasia, Differential Diagnosis, Cone Beam Computed Tomography.

INTRODUÇÃO

Segundo a classificação publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 e atualizada em 2017, as lesões fibro-ósseas são classificadas de acordo com os seguintes parâmetros: idade, sexo, localização da lesão e características histopatológicas, clínicas e radiográficas. Essa classificação inclui fibroma cimento-ossificante, cementoblastoma benigno e displasias ósseas (DO)¹. A displasia óssea florida (DOFL) representa um dos grupos das DO e foi previamente conhecida por fibroma cimento ossificante, osteíte esclerosante, cementoma gigantiforme, enostósias múltiplas e massas de cimento escleróticas presentes nos maxilares, sendo inicialmente descrita por Melrose et al. em 1976².

A DOFL é uma condição não neoplásica limitada aos ossos maxilares, em que há substituição de tecido ósseo por tecido conjuntivo fibroso e osso metaplásico; com a maturação, o trabeculado ósseo se torna espesso com estruturas curvilíneas, sendo que, na fase final, as trabéculas individuais fundem-se e formam massas lobulares³.

Essa lesão é mais comumente encontrada em pacientes de meia-idade, tendo predileção por mulheres negras com mais de 45 anos de idade, apesar de também poder ocorrer em caucasianos e asiáticos⁴. Um estudo epidemiológico retrospectivo em uma população brasileira realizou uma análise descritiva de 82 casos diagnosticados como DO por meio de imagens de TCFC, dos quais apenas 12 casos (14,6%) foram subclassificados como DO florida, sendo a menor casuística quando comparada com a DO periapical (57,3%) e a DO focal (28%)⁵. Clinicamente, as lesões se localizam nas porções periapicais de dentes que apresentam vitalidade pulpar, geralmente em região de pré-molares e molares inferiores. Essas lesões podem ser encontradas em todos os quadrantes com tendência a distribuir-se de forma simétrica, nas arcadas dentárias.

DOFL é normalmente assintomática, sendo, muitas vezes, descoberta casualmente durante um exame radiográfico de rotina, mas, na presença de infecções secundárias, essas lesões podem ser sintomáticas. As principais causas desses processos infecciosos são exodontias, compressão excessiva exercida por próteses mal adaptadas ou outros motivos que causem exposição desses tecidos, como nas cirurgias periodontais e biópsias³.

Existe um número considerável de outras lesões que apresentam características radiográficas semelhantes à DOFL; assim, faz-se necessário se conhecerem os possíveis diagnósticos diferenciais. Dentre eles, pode-se destacar a síndrome de Gardner, doença de Paget, osteomielite esclerosante difusa, dentre outros^{2,4,6}.

O tratamento da DOFL está atrelado à presença de sintomatologia. Em casos assintomáticos, não é necessária a realização de intervenções, apenas de avaliações clínicas e radiográficas com uma certa periodicidade, observando-se a existência de alterações no comportamento clínico-imaginológico das lesões. Para os casos sintomáticos, o tratamento é necessário quando há infecção local associada, pois a natureza avascular da lesão aumenta a susceptibilidade para a disseminação e desenvolvimento de processos infecciosos mais severo, acarretando em sequestros ósseos, osteomielites e deformidades faciais⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade e melanoderma compareceu à Clínica de Radiologia Odontológica da Universidade Federal do Ceará para a realização de avaliação imaginológica, requisitada pela Clínica Integrada da mesma Universidade. Ao exame clínico extraoral, não se observou alteração de volume de estruturas faciais, e, ao exame intraoral, a mucosa se apresentava íntegra e sem evidência de expansão óssea. (Figura 1)

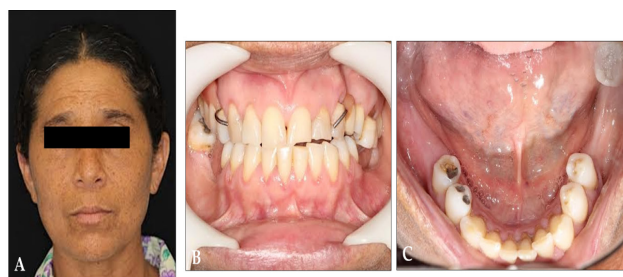


Figura 1 - Exame clínico extraoral (A) e intraoral (B/C) sem alterações de volume dignas de nota.

A radiografia panorâmica (Figura 2) evidenciou imagens radiopacas circunscritas por halos radiolúcidos, bilateralmente em região de corpo da mandíbula, sugestivas de DOFL. Complementou-se a avaliação imaginológica com uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), na qual foram observadas imagens hiperdensas em regiões edêntulas de corpo da mandíbula de ambos os lados, sem expansão de corticais ósseas vestibulares e linguais, e recobertas por fina espessura de tecido ósseo. (Figura 3)



Figura 2 - Radiografia panorâmica evidencia imagens radiopacas circunscritas por halos radiolúcidos, bilateralmente, em corpo mandibular, sugestivas de DOFL.

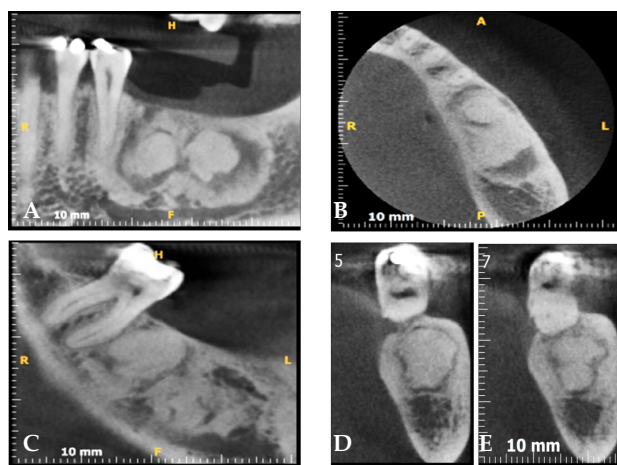


Figura 3 - A) Reformatação panorâmica da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) do lado esquerdo revela imagens hiperdensas em região de dentes 36 e 37. B) Imagem axial da TCFC da região do lado esquerdo mandibular sem expansão de cortical óssea vestibular e lingual evidente e recoberta por fina espessura de tecido ósseo. C) Reformatação panorâmica da TCFC de região de dentes 46 e 47 apresentando áreas hiperdensas; D/E) Cortes transversais da TCFC do lado direito mandibular evidenciando imagem hiperdensa bem delimitada por halo hipodenso.

Com base nos achados clínico-imaginológicos, foi estabelecido o diagnóstico inicial de DOFL e, ao correlacionar com aspectos anamnéticos, como raça e idade, e clínicos, como ausência de sintomatologia dolorosa e teste de sensibilidade pulpar

positivo em todos os dentes, o diagnóstico final foi de DOFL. A ausência de sintomatologia dolorosa e maior susceptibilidade para o desenvolvimento de infecção local, devido à natureza avascular da lesão, justificaram a não realização de biópsia.

A paciente foi encaminhada para tratamento odontológico multidisciplinar. A conduta adotada consistiu na adequação do meio bucal e reabilitação com próteses parciais confeccionadas, considerando-se os aspectos imaginológicos das lesões mandibulares. Além disso, foi enfatizada a importância dos cuidados com a higiene oral para que, assim, se evite a realização de procedimentos mais invasivos que conduzam a um prognóstico desfavorável, considerando-se as peculiaridades das lesões. Esta entrará em um período de acompanhamento periódico para seguir a avaliação e a evolução do caso.

DISCUSSÃO

No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a displasia óssea (DO) em três subgrupos de acordo com a localização: DO periapical, quando ocorre na região periapical dos dentes anteriores; DO focal, quando associado a um único dente, e DO florida, quando há envolvimento multifocal, ocorrendo em mais de um quadrante dos maxilares^{1,3}. Considerando-se que essas lesões eram previamente consideradas cemento-ósseas, Brannon e Fowler⁸ mostraram, em um estudo histopatológico, que as DO eram compostas por um osso anormal e não como uma forma de cemento. Dessa forma, desde a classificação de 2005, a terminologia “cemento-óssea” não deveria ser mais utilizada.

A etiologia da DOFL ainda não é clara, no entanto, o mais aceito na literatura é que alterações reativas, como atrofia alveolar reativa tanto pelo uso prolongado de próteses dentais como após exodontias, ou alterações displásicas no ligamento periodontal podem ser causa para a doença⁷. A realização do diagnóstico diferencial com outras lesões baseia-se nas características clínicas, imaginológicas e, quando necessário, histopatológicas, sendo de grande importância para o correto diagnóstico final. Algumas das lesões que podem ser confundidas com a DOFL são: Displasias ósseas periapical e focal, doença de Paget, síndrome de Gardner, osteomielite, fibroma cemento-ossificante e displasia fibrosa.

A DO periapical é, muitas vezes, observada na região dos ápices dentais, na região anterior e,

geralmente, não excede o tamanho de 1cm. A DO focal é, normalmente, observada de forma isolada, principalmente nas regiões periapicais dos dentes anteriores inferiores ou dos molares inferiores, não excedendo mais do que 2cm de diâmetro^{5,9}. Assim como no presente caso, a DOFL se apresenta, principalmente, bilateralmente na região posterior mandibular e, muitas vezes, de forma simétrica, o que caracteriza a diferença na localização de sítio mais acometido em relação à DCO periapical e focal.

A DOFL é mais frequentemente relatada em mulheres de meia-idade, de ascendência africana, não tendo uma explicação precisa para essa predileção por sexo e grupo étnico. Melrose et al.² relataram um estudo com um grupo de 34 casos de DOFL, dos quais 32 eram indivíduos do sexo feminino e negras pertencentes a uma população predominantemente caucasiana, com uma média de idade de 42 anos, corroborando esse caso relatado de paciente do sexo feminino, melanoderma e de 50 anos de idade. No entanto, Macdonal-Jankowski realizou um estudo, no qual comparou a prevalência da DOFL em diferentes etnias. Das 156 mulheres avaliadas que apresentavam lesão, 59,6% eram melanodermas, 37,2%, orientais, e 3,2% eram indianas ou caucasianas. De acordo com esses autores, outros 16 também afirmaram que essa lesão pode ocorrer em diferentes etnias, como asiáticos e caucasianos¹⁰.

A avaliação imaginológica minuciosa é essencial para o diagnóstico diferencial da DOFL com outras lesões, como a doença óssea de Paget. A localização e a extensão das massas radiopacas com ou sem halo radiolúcido são determinantes para a diferenciação, visto que, na DOFL, as lesões se localizam acima do canal alveolar inferior, enquanto que, na doença de Paget, podem envolver toda a mandíbula e exibir perda da integridade da lâmina dura. Nesse contexto, a TCFC é importante auxiliar na diferenciação de DOFL com outras lesões que apresentam aparência esclerótica semelhante devido à possibilidade de avaliação das lesões a partir de cortes axiais, sagitais, coronais e reformatações das regiões acometidas. Nesse caso, a partir da avaliação da TCFC, observou-se a preservação do canal alveolar inferior e a integridade da lâmina dura dos dentes adjacentes às lesões, sendo descartada a hipótese de doença de Paget⁷.

A síndrome de Gardner pode ser erroneamente confundida com a DOFL, no entanto essa alteração sindrômica está associada

com outras alterações esqueléticas, tumores de pele e anomalias dentárias, que não são vistas na DOFL, pois essa apresenta envolvimento somente em áreas de suporte dentário⁶. Já o Fibroma cemento-ossificante exibe expansão óssea vestibulo-lingual mais severa que as observadas na DOFL, devido a sua origem neoplásica, enquanto que a displasia fibrosa tem como característica radiográfica marcante o aspecto de vidro fosco, sendo facilmente diferenciada da DOFL, apesar de apresentar desenvolvimento semelhante⁷.

Comumente, o diagnóstico de DOFL é feito durante a realização de exames radiográficos de rotina, especialmente radiografias panorâmicas. No presente caso, a paciente foi diagnosticada após a realização de uma imagem panorâmica para outros fins de avaliação. Radiograficamente, a DOFL pode apresentar-se em um dos três estágios de desenvolvimento, os quais são denominados de osteolítico (áreas radiolúcidas bem definidas, que podem ser confundidas com rarefações periapicais circunscritas), misto (áreas radiopacas visualizadas em conjunto com áreas radiolúcidas) e osteogênico (áreas radiopacas bem definidas circundadas por fino halo radiolúcido)³. Nas imagens do presente caso, foi possível observar que as massas escleróticas se apresentam, na sua maioria, no estágio final de desenvolvimento, no qual se observa predominância de áreas radiopacas em detrimento das áreas radiolúcidas.

No presente caso, optou-se pela não realização da biópsia devido à ausência de sintomatologia. O tratamento cirúrgico pode acarretar o desenvolvimento de processos infecciosos, alterações no contorno facial, em decorrência da extensão da cirurgia para a remoção das lesões e até osteomielite. Atualmente, recomenda-se fortemente que procedimentos cirúrgicos sejam evitados nas áreas envolvidas pelas lesões, visto que foi observado que esses pacientes podem apresentar uma cicatrização não favorável, podendo, inclusive, formar áreas de sequestro ósseo³. Nos casos assintomáticos, como apresentado no presente relato, a opção mais apropriada para conduta terapêutica é o acompanhamento imaginológico, além de retornos clínicos para reforço da higiene oral e readequação do meio bucal. Em casos sintomáticos, entretanto, a terapia antibiótica associada à sequestrectomia é considerada a abordagem terapêutica mais indicada⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sumário, o correto diagnóstico diferencial da DOFL com outras lesões, baseado na correlação da anamnese, achados clínicos e características imaginológicas, deve ser estabelecido para que adequada conduta clínica seja indicada, visto que intervenções não indicadas podem acarretar complicações importantes ao paciente. Em especial, o uso da TCFC ilustrada no presente caso reforça a importância desse exame, quando o objetivo é uma acurada avaliação dos quadrantes acometidos em casos de DOFL, principalmente quando esses são edêntulos.

REFERÊNCIAS

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumours. 4th Ed. Lyon: IARC, 2017.
2. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;41:62–82.
3. Daviet-Noual V, Ejeil A.L., Gossiome C, Moreau N, Salmon B. Differentiating early stage florid osseous dysplasia from periapical endodontic lesions: a radiological-based diagnostic algorithm. *BMC oral health.* 2017; 17(1):161.
4. Sarmento DJ de S, de Brito Monteiro BV, de Medeiros AMC, da Silveira EJD. Severe florid cemento-osseous dysplasia: A case report treated conservatively and literature review. *Oral Maxillofac Surg.* 2013;17(1):43–46.
5. Cavalcanti PHP, Nascimento EHL, Pontual MLA, Pontual AA, Marcelos PGCL, Perez DEC, Ramos-Perez FMM. Cemento-Osseous Dysplasias: Imaging Features Based on Cone Beam Computed Tomography Scans. *Brazilian Dental Journal.* 2018; 29(1): 99-104.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. *Oral and Maxillofacial Pathology.* St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2016. Bone pathology; pp. 596–601.
7. Yildirim E, Bağlar S, Ciftci ME, Ozcan E. Florid cemento-osseous dysplasia: A rare case report evaluated with cone-beam computed tomography. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016;20(2):329.
8. Brannon RB, Fowler CB. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol.* 2001;8:126–143.
9. Bhandari R, Sandhu SV, Bansal H, Behl R, Bhullar RK. Focal cemento-osseous dysplasia masquerading as a residual cyst. *Contemp Clin Dent.* 2012;3(1):60–62.
10. Macdonald-Jankowski D. Fibrous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2009;38:196–215.