

MANEJO CIRÚRGICO DE SEQUESTRO ÓSSEO PÓS-EXODONTIA EM PACIENTE PORTADOR DE DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: RELATO DE CAO

SURGICAL MANAGEMENT OF POST-EXODONTIA BONE SEQUESTRAL IN PATIENTS WITH DISPLASIA BONE CEMENT-FLORIDA: CASE REPORT

LUIS CLAUDIO CARDOSO DOS SANTOS¹
LORRAN DE ANDRADE PEREIRA¹
JULIANA MARIA ARAÚJO SILVA¹
DIEGO MAIA DE OLIVEIRA BARBOSA¹
RAFAEL DRUMMOND RODRIGUES¹
MARCELO OLDACK SILVA DOS SANTOS¹
PRISCILA VITAL FIALHO¹
DAIANA CRISTINA PEREIRA SANTANA¹
ANDRÉ SAMPAIO SOUZA²
ROBERTO ALMEIDA DE AZEVEDO³

RESUMO

A displasia cimento-óssea florida (DCOF) é uma condição não neoplásica, esclerosante limitada aos ossos maxilares, relacionada ao osso do processo alveolar e, na maioria dos casos envolvendo bilateralmente a mandíbula. É uma condição rara que se apresenta nos maxilares, de forma autolimitante, evoluindo de um estágio osteolítico para osteoblástico, com prevalência pelo gênero feminino, de meia idade a idosas, melanoderma. Dessa forma, o objetivo do trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente portadora de displasia cimento-óssea florida apresentando osteomielite local após exodontia. Paciente de 57 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório do Hospital Manoel Victorino (Salvador, BA) do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, referindo histórico de exodontia do dente 47 há aproximadamente 02 anos, sem cicatrização local e presença de supuração e odor fétido. Ao exame intrabucal notou-se a presença fístula na região do dente 47 com secreção purulenta espontânea e presença de tecido necrótico. Ao exame de imagem (radiografia panorâmica), foi observado presença de lesões radiopacas multifocais das áreas posteriores mandibulares. Foi submetida a cirurgia, sob anestesia geral, para curetagem de sequestro ósseo e fechamento primário do defeito por primeira intenção e acompanhamento. O objetivo do trabalho foi relatar um caso clínico de um sequestro ósseo mandibular em uma paciente com displasia cimento-óssea florida.

UNITERMOS: Cirurgia Bucal; Osteomielite; Displasia Fibrosa Óssea

INTRODUÇÃO

A displasia cimento-óssea florida (DCOF) é uma condição não neoplásica, esclerosante, limitada aos ossos maxilares, relacionada ao osso do processo alveolar e, na maioria dos casos, envolvendo bilateralmente a mandíbula^{3,4}. Nesse processo, o osso normal é substituído por tecido conjuntivo fibroso com material mineralizado pouco celularizado, densamente formado e irregular¹².

Quando infectada, pode levar à supuração e formação de sequestros, resultando assim em um quadro de osteomielite¹.

Descrita também como cementoma gigantiforme, osteomielite esclerosante crônica, osteíte esclerosante, estenoses múltiplas e massas cementárias escleróticas⁵, a DCOF não possui etiologia definida, apesar de alguns autores associarem sua origem ao ligamento periodontal, devido suas características histopatológicas serem

¹ Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID – Salvador - Ba

² Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID – Salvador - Ba

³ Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID – Salvador - Ba

bem semelhantes, à um defeito extraligamentar no osso em remodelação e à distúrbios hormonais^{6,7}.

As displasias cemento-ósseas são as mais prevalentes dentro das displasias fibro-ósseas, por apresentarem características clínicas e radiográficas definidas, que limitam as hipóteses diagnósticas¹. É uma condição rara que se apresenta nos maxilares de forma autolimitante, evoluindo de um estágio osteolítico para osteoblástico. Há prevalência pelo gênero feminino, pacientes de meia idade a idosas, e melanodermas⁸.

Geralmente apresenta-se de forma assintomática e seu diagnóstico pode ser realizado através exame radiográfico de rotina. Nos casos sintomáticos, os pacientes apresentam dor moderada, podendo haver fístulas em mucosa, com exposição de um material semelhante ao osso e de coloração amarelada².

Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida bem definida, contendo áreas radiopacas irregulares em seu interior, que podem ser únicas ou múltiplas. Histologicamente, observa-se lacunas contendo tecido conjuntivo, massas de tecido calcificado que remete à cemento secundário, já que existe deposição de cimento, tecido ósseo ou ambos com poucos vasos sanguíneos¹⁰.

Nos casos em que sintomas não são relatados pelo paciente, o tratamento de escolha é o acompanhamento anual através de exames de imagens. Para os casos em que há sintomatologia, o tratamento deve ser iniciado com a eliminação dos processos displásicos que causam irritação ou inflamação⁶.

A cirurgia para exérese pode ser indicada, apesar de causar defeitos ósseos que podem ser reparados com enxertos ósseos vascularizados. A saucerização do osso necrótico pode acelerar a cura. O prognóstico pode ser previsível, já que a osteomielite é a principal complicação^{6,9}. Dessa forma, o objetivo do trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente portadora de displasia cemento-óssea florida apresentando osteomielite local após exodontia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório do Hospital Manoel Victorino (Salvador-BA) do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, referindo histórico de exodontia da unidade dentária 47 há aproximadamente 02 anos, sem cicatrização local e presença de supuração e odor fétido. Ao exame anamnésico, negou etilismo ou tabagismo, referiu hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo II, com uso regular de Losartana, Hidroclorotiazida, Glibenclamida e Metformina para tratamento.

Ao exame físico extra-oral não foi observado nenhum sinal de assimetria facial, bem como fístula cutânea. Ao exame intra-oral, notou-se presença de fístula na região distal ao dente 45 com secreção purulenta espontânea e presença de tecido necrótico (Figura 1A). Ao exame radiográfico panorâmico, pôde-se observar presença de lesões radiopacas multifocais das áreas posteriores mandibulares (Figura 1B).



FIGURA 1A. Fotografia Pré-operatória de exposição de tecido necrótico intra-oral; FIGURA 1B. Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando lesão sugestivas de displasia florida com sinais de sequestro ósseo em região de corpo mandibular direito e desvio do canal mandibular no sentido crânio caudal.

Desta forma, planejou-se uma abordagem cirúrgica para curetagem de sequestro ósseo, sob anestesia geral, seguido de encaminhamento do material coletado para exame histopatológico. Durante o trans-cirúrgico, a lesão apresentou-se clinicamente compatível com sequestro ósseo, apresentando ponto de clivagem, não sangrante e bem delimitada por tecido ósseo com características de normalidade (Figura 2A e 2B).

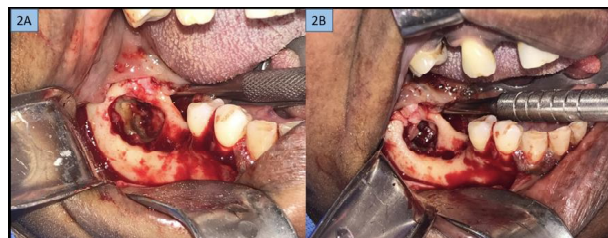


FIGURA 2A e 2B. Foi realizado acesso intrasacular com relaxante na mesial da unidade dentária 44, descolamento mucoperiosteal e exposição do defeito ósseo necrótico, possibilitando exérese da lesão.

O exame histopatológico apresentou-se como conclusão a presença de processo inflamatório crônico inespecífico erosivo em mucosa e focos de calcificação distrófica compatível com displasia cemento-óssea (Figura 3A). Após 24 meses do procedimento cirúrgico realizado, paciente permanece em acompanhamento pela equipe, sem a presença de fístula e/ou sintomatologias locais (Figura 3B).

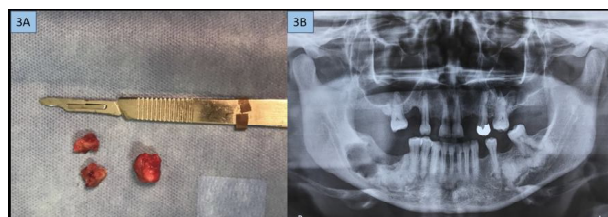


FIGURA 3A. Peça cirúrgica. FIGURA 3B. Radiografia panorâmica pós-operatória.

DISCUSSÃO

As lesões fibro-ósseas atraem crescente interesse científico, com o objetivo de distingui-las e pôr fim às discussões diagnósticas decorrentes da superposição de suas características. A DCOF é caracterizada como uma lesão benigna, não neoplásica, assintomática, restringindo-se ao processo alveolar ou a áreas contíguas aos elementos dentários⁸. De acordo com Gaetti-Jardim et al.⁴ Neto et al.⁸, a DCOF tem prevalência pelo sexo feminino, de meia idade a idosas, e melanodermas, o que corrobora com o presente caso clínico.

Köklü et al.⁵, reforçaram que os casos de DCOF podem apresentar duas formas clínicas, sendo a primeira caracterizada por massas escleróticas, assintomática e sem sinais de inflamação, requerendo apenas preservação com radiografias periódicas⁵. E, na segunda, há presença de inflamação na condição preexistente, necessitando de tratamento medicamentoso e cirúrgico⁵, como no presente relato, onde a paciente cursava com sinais de inflamação e presença de tecido necrótico.

Kose et al.⁶ e Castro et al.¹ ressaltam que um diagnóstico correto desta patologia é fundamental e que esteja baseado nos achados clínicos e radiográficos de rotina, não havendo, na maioria dos casos, necessidade de biópsia e exame histopatológico para sua confirmação. Este tipo de abordagem deve ser evitado, já que procedimento invasivo tem sido associado à osteomielite^{1,6}. No entanto, o serviço acredita que todo o material coletado do paciente deve ser enviado para exame histopatológico, como foi feito.

Segundo Silva et al.¹¹, a análise microscópica de um fragmento de tecido obtido através de biópsia é, muitas vezes, imprescindível para a confirmação do diagnóstico sugestivo, após exame clínico anamnésico e radiográfico. Ainda, que o estudo histopatológico é fundamental não só para estabelecer diagnóstico e tratamento de lesões que acometem o sistema estomatognático, mas também para planejamento e execução de programas de saúde pública.¹¹

Apesar da sua etiologia desconhecida, alterações reativas ou mudanças no ligamento periodontal podem ser evidenciadas no exame histopatológico, de acordo com Castro et al.¹. No caso apresentado, paciente passou à apresentar sinais e sintomas após realização de exodontia da unidade dentária 47.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A displasia cemento-óssea florida apresenta-se como uma condição óssea que requer acompanhamento clínico contínuo pelo Cirurgião Bucomaxilofacial. A manutenção de uma boa saúde

bucal minimiza lesões ósseas que podem levar à abordagens cirúrgicas invasivas e perda de qualidade de vida do paciente.

ABSTRACT

Flowery cementum-bone dysplasia (DCOF) is a non-neoplastic, sclerosing condition limited to maxillary bones, related to the alveolar process bone and, in most cases, bilaterally involving the mandible. When infected can lead to suppuration and kidnapping, resulting in a picture of osteomyelitis. It is a rare condition that occurs in the jaws, in a self-limiting way, evolving from an osteolytic stage to osteoblastic, with prevalence by the female gender, from middle age to the elderly, melanoderma. Therefore, the aim of this paper is to report a diagnosed case of florid cemento-ousseous dysplasia, presenting local osteomyelitis after a extraction. Patient 57 years old, melanoderma, attended the outpatient clinic of the Hospital Manoel Victorino (Salvador, BA) of the Bucomaxillofacial surgery and traumatology department, referring to a history of the right mandible exodontia for approximately 2 years, without local scarring and presence of odor and suppuration fetid The intra-oral examination revealed the presence of a fistula in the region distal to the tooth 47 with spontaneous purulent secretion and necrotic tissue. At the imaging examination (panoramic radiography), the presence of multifocal radiopaque lesions of the mandibular posterior areas was observed. She underwent surgery under general anesthesia for curettage of bone sequestration and primary closure of the defect by first intention and follow-up. The objective of this study was to report a clinical case of a mandibular bone sequestration in a patient with florid cemento-ousseous dysplasia.

UNITERMS: Surgery, Oral; Osteomyelitis; Ficrous Dysplasia of Bone

REFERÊNCIAS

1. Castro TF, Iwaki LCV, Piralisi N, Silva MC, Tolentino ES. Manifestações Imaginológicas distintas na Displasia Cemento-óssea Florida. RFO. 2017;22(2):203-206.
2. Chattopadhyay J, Ghanta S. Florid Cemento-Osseus Dysplasia with Multiple Impacted Supernumerary Teeth in Maxila and Mandible – A Case Report. International Journal of Contemporary Medical Research. 2016;3(8):2198-2200.
3. Consolaro A, Paschoal SRB, Ponce JB, Miranda DAO. Florid cemento-osseous dysplasia: a contraindication to orthodontic treatment in

compromised areas. *Dental Press J Orthod.* 2018;23(3):26-34

4. Gaetti-Jardim EC, Santiago Junior JF, Guastaldi FPS, Magro Filho O, Garcia Junior IR, Gaetti Jardim Junior E. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2010;31(2):31-4
5. Köklü HK, Çankal DA, Bozkaya S, Ergun G, Bar E. Florid cemento-osseus dysplasia: report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent.* 2013;5(1):e58-61.
6. Kose TE, Kose OD, Karabas HC, Erdem TL, Ozcan I. Findings of Florid Cemento-Osseus Dysplasia: a Report of Three cases. *J Oral Maxillofac Res.* 2013;4(4):1-6.
7. Moreti LCT, Barbosa PAC, Boer NCP, Fernandes KGC, Ogata Mitsuru. Displasia Cemento-Óssea Flórida: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2016;5(2):120-125.
8. Neto JNN, Moreira CVA, Figueiredo LMG, Souza SR, Junior BC. Osteomielite associada à Displasia Cemento-Óssea Florida – Relato de Caso. *Rev Baiana Odonto.* 2015;6(1):52-57.
9. Nil S, Han B, Guo Y, Li Z, Yang J, Liu W. Florid Osseus Dysplasia coexisting with focal osseus dysplasia in the jaw: a case report and literature review. *Int J Clin Exp Med.* 2016;9(3):6133-6137.
10. Rao KA, Shetty SR, Babu SG, Castelino RL. CO-Occurrence of Florid Cemento-Osseus Dysplasia and Chronic Diffuse Osteomyelitis. *International Journal of Health Sciences & Research.* 2015;5(8):605-609.
11. Silva TCG, Gonnelli FAS, Rocha LA, Palma LF. Estudo epidemiológico de biópsias realizadas em uma clínica odontológica universitária no período entre 2011 e 2018. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2019;40(1):52-5.
12. Silva TLP, Camargo WR. Displasia cemento óssea flórida – relato de caso. *Revista Uningá Review.* 2017; 29(2):34-37.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

LUÍS CLÁUDIO CARDOSO DOS SANTOS

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA – Salvador-BA).
Avenida Araújo Pinho, 62, Canela, Salvador, Bahia, Brasil, CEP: 40.110-150.
Fone: (71) 99633-8313
E-mail: luisclaudiocs@gmail.com

