



## DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLÓRIDA ASSOCIADA A INFECÇÃO: RELATO DE CASO

### FLORIDA CEMENTO-BONE DYSPLASIA ASSOCIATED WITH INFECTION: CASE REPORT

Ivana Firme de Matos<sup>1</sup>  
Marcelo Victor Coelho Marques<sup>2</sup>  
Dayane de Araujo da Silva<sup>3</sup>  
Paulo Henrique Pola<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna de graduação em Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Bahia, Brasil.  
E-mail: [ivamatos14@gmail.com](mailto:ivamatos14@gmail.com)

<sup>2</sup>Aluno de graduação em Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Bahia, Brasil.  
E-mail: [marcelomarques221b@gmail.com](mailto:marcelomarques221b@gmail.com)

<sup>3</sup>Aluno de graduação em Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Bahia, Brasil.  
E-mail: [dayane.araujo.bsb@gmail.com](mailto:dayane.araujo.bsb@gmail.com)

<sup>4</sup>Cirurgião Dentista, Mestre em Odontologia, Professor da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: [phpola@hotmail.com](mailto:phpola@hotmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** A displasia cemento óssea florida (DCOF) faz parte do grupo de lesões fibro-ósseas caracterizadas pela substituição do tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso e variados componentes minerais. Afeta predominantemente o osso mandibular de mulheres negras de meia idade. Caracteriza-se, geralmente, por ser assintomática, diagnosticada somente através de exames radiográficos. Entretanto, pode tornar-se sintomática quando associada a infecções secundárias. **Objetivo:** Apresentar caso clínico de um indivíduo acometido de DCOF com presença abcesso fistuloso em rebordo anterior de mandíbula, abordando a etiologia, diagnóstico e conduta. **Relato de caso:** Paciente melanoderma, 70 anos, gênero feminino, cor negra, queixando-se de dor, apresentando fistula e sequestro ósseo na região do dente 42 ausente. Como tratamento, optou-se pela abordagem cirúrgica e antibioticoterapia. **Discussão:** A DOFL apresenta-se com características autolimitantes e assintomáticas, toda via, em virtude da má vascularização do tecido cementário, que dificulta o processo de reparo, este tecido torna-se susceptível a infecções, que podem promover quadros de osteomielites e por consequência, a formação de sequestros ósseos acompanhados ou não pela formação de fístulas. Na presença desses sinais e sintomas, uma intervenção deve ser estabelecida, consistindo basicamente em farmacoterapia antibiótica e/ou intervenção cirúrgica. **Conclusão:** É notório a importância do conhecimento clínico e radiográfico dessa patologia para a obtenção de um diagnóstico preciso e elaboração de plano de tratamento adequado, proporcionando assim melhor prognóstico ao paciente.

**Palavras-chave:** Displasia Fibrosa Óssea; Doenças do Desenvolvimento Ósseo; Doenças Maxilomandibulares.

## ABSTRACT

**Introduction:** Florid cemento-osseous dysplasia (DCOF) is part of the group of fibro-osseous lesions characterized by the replacement of normal bone tissue by fibrous connective tissue and various mineral components. It predominantly affects the mandibular bone of middle-aged black women. It is usually characterized by being asymptomatic, diagnosed only through radiographic exams. However, it can become symptomatic when associated with secondary infections. **Objective:** To present a clinical case of an individual with COPD associated with infection and drainage by fistula, addressing its diagnosis and treatment. **Case report:** A 70-year-old melanoderm patient with DCOF lesions, complaining of pain, with fistula and bone sequestration. As treatment, we opted for the surgical approach, with conservative enucleation of the lesion restricted to the anterior mandibular area with bone sequestration and antibiotic therapy. **Discussion:** The DOFL presents itself with self-limiting and asymptomatic characteristics, however, due to the greater vascularization of the tissue, which makes the repair process difficult, this tissue becomes susceptible to cement, which can promote osteomyelitis and, consequently, the formation of solidary abductions accompanied or not by the formation of fistulas. In the presence of these signs and symptoms, an intervention should be established, basically consisting of antibiotic pharmacotherapy and/or surgical intervention. **Conclusion:** It is clear the importance of clinical and radiographic knowledge of this pathology to obtain an accurate diagnosis and development of an adequate treatment plan, thus providing a better prognosis for the patient.

**key words:** Fibrous Dysplasia of Bone; Bone Diseases, Developmental; Jaw Diseases.

## INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas compreendem a um grupo diversificado de lesões benignas caracterizadas pela substituição do tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso e variados componentes minerais (FENERTY *et al.*, 2017). Faz parte desse grupo a displasia cemento-óssea florida (DCOF), lesão não neoplásica, não rara, associada predominantemente a mulheres negras de meia idade, envolvendo principalmente a mandíbula em mais de um quadrante (SILVA; SANTOS; PRADO, 2018; KUNGOANE; ROBINSON, 2021).

A DCOF apresenta etiologia e patogêneses desconhecida, comumente assintomática, descoberta através de exames radiográficos de rotina. Todavia, pode tornar-se sintomática e haver presença de fístula com drenagem de secreção purulenta e formação de sequestro ósseo, quando associada a infecções, como osteomielite. Pois o osso envolvido pela lesão é suscetível à infecção proveniente de lesões periapicais ou periodontais, trauma e exposição óssea por meio de procedimentos cirúrgicos como exodontia, colocação de implante ou tratamentos ortodônticos, em virtude da má vascularização do tecido cementário, que dificulta o processo de reparo (ALSUFYANI; LAM, 2011; CONSOLARO *et al.*, 2018; NEVILLE *et al.*, 2009; PEREIRA FILHO *et al.*, 2000; KATO *et al.*, 2020).

Radiograficamente, essa lesão caracteriza-se por apresentar uma zona radiolúcida bem definida contendo em seu interior uma ou mais massas radiopacas difusas (SILVA; SANTOS; PRADO, 2018). Nas fases iniciais da infecção, o diagnóstico se faz através da avaliação clínico radiográfico, sendo assim de grande valia o monitoramento periódico para os indivíduos com DCOF (KATO *et al.*, 2020).

Em casos de infecção quando a antibioticoterapia isolada se mostra ineficaz, é necessário a intervenção cirúrgica diante dos quadros cronificados. (MORETI *et al.*, 2016; KATO *et al.*, 2020).

Tendo em vista que é comum a DCOF estar associada a quadros infecciosos, baseados nos achados clínicos e exames de imagem, se faz necessário discutir sobre essa condição para um diagnóstico e conduta adequada. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de um indivíduo acometido de Displasia Cimento-Óssea Florida associado a abscesso crônico e trajeto fistuloso, abordando o manejo terapêutico e medicamentoso, assim como seu acompanhamento.

## **RELATO DE CASO**

Paciente A.F.S., melanoderma, sexo feminino, lavradora, 73 anos de idade, cor negra, negou alergias a medicamentos; informou ser hipertensa, fazendo uso diário de candesartana cilexetila + hidroclorotiazida. A paciente encaminhada ao Serviço

de Cirurgia Oral do Centro de Especialidades Odontológicas, localizado na cidade de Cachoeira–BA, em maio de 2022, com a queixa principal: “pus e dor inchaço as vezes na gengiva na parte de baixo com gosto amargo na boca”. Durante a anamnese, paciente relatou dor na região do rebordo anterior mandibular do lado direito, e vinha fazendo uso de amoxicilina e posteriormente amoxicilina associada a clavulanate potássico, por volta de 2 meses, porém, sem remissão da fístula e da sintomatologia dolorosa. Ao exame físico extraoral não foi observado assimetria facial. Ao exame físico intraoral, observou-se ausência dos elementos dentários 41 e 42 e presença de fístulas e discreta expansão do rebordo alveolar. Na região dos elementos dentários 33 e 34, também observou-se a presença de fístula, sem expansão das bordas alveolares (Figura 1).



Figura 1 - Aspecto clínico intraoral: fístula em área edêntulo, região dentes 41,42 e entre os elementos dentários 33 e 34.

Foi solicitado um exame radiográfico panorâmico no qual notou-se múltiplas imagens radiopacas irregulares circundadas por radiolucências em corpo e periápice de dentes da mandíbula. Na região dos dentes 41 e 42 observa-se imagem radiolúcida com bordos bem definidos, envolvendo radiopacidade irregular, compatível com sequestro ósseo, de aparência benigna. (Figura 2).

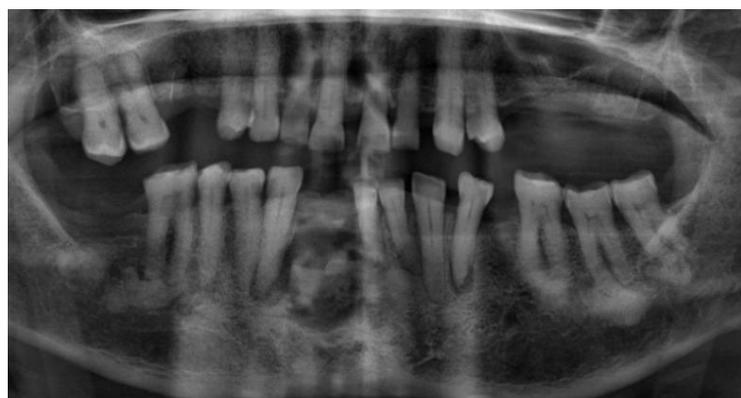


Figura 2 - Aspecto radiográfico: áreas radiopacas dispersas no processo alveolar inferior, bem como região mandibular anterior com áreas apresentando características de sequestros ósseo.

Após associação dos achados epidemiológicos, clínicos e análise dos exames de imagem, estabeleceu-se como hipótese de diagnóstico a Displasia Cemento Óssea Flúrida, apresentando infecção de origem desconhecida, e características compatíveis com sequestro ósseo. Para o tratamento foi proposto tratamento cirúrgico de fístula e remoção e curetagem do conteúdo da lesão, com remoção da lesão somente na área mandibular anterior (região de 41 e 42) semelhante a sequestro ósseo.

No pré-operatório foi instituído 08 mg de dexametasona e 02 g de amoxicilina, 1 hora antes do procedimento. Foi realizada a antisepsia extra e intraoral com dicluconato de Clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente, aposição dos campos operatórios, anestesia local com a técnica de bloqueio do nervo mentual bilateral, utilizando 02 tubetes de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. O acesso à lesão se deu por meio de retalho mucoperiosteal tipo Newman Modificado, que se estendia desde a papila distal do dente 43, onde foi realizado a relaxante logo após, até a região do dente 33, onde foi realizado a outra relaxante da mesma forma. (Figura 3).



Figura 3 - Retalho bucal mucoperiosteal tipo Newman Modificado com duas relaxantes e visualização de área com ósseo necrótico.

Foi realizado exérese do osso necrótico utilizando alveolótomo. Em seguida, a região óssea foi regularizada com o auxílio de lima para osso e realizada irrigação copiosa com soro fisiológico a 0,9% (Figura 4).

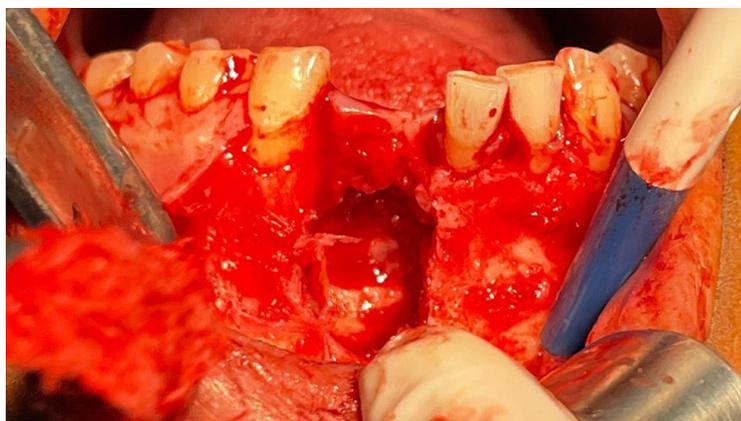


Figura 4 - Loja óssea após a exérese do osso necrótico e regularização óssea da região.

Para auxiliar na hemostasia, foi utilizado fibrina de boi (Figura 5). O retalho foi reposicionado sobre o osso e foram feitas suturas com fio de náilon 4.0. No pós-operatório, foram prescritos ao paciente amoxicilina 500 mg + clavulonato de potássio - 500 + 125mg de 08/08, por 07 dias, Ibuprofeno 600 mg de 08/08, por 03

dias e Dipirona 500 mg de 06/06, por 02 dias. A paciente foi encaminhada avaliação endodôntica.



Figura 5 - utilização de fibrina de boi para auxiliar na hemostasia.

Na consulta de acompanhamento, uma semana após o procedimento, notou-se que a paciente evoluiu de forma satisfatória e sem complicações pós-cirúrgicas. Foi observado edema compatível com procedimento cirúrgico, suturas limpas e em posição, sem sinais de infecção e deiscência e ausência de sintomatologia dolorosa (Figura 5).

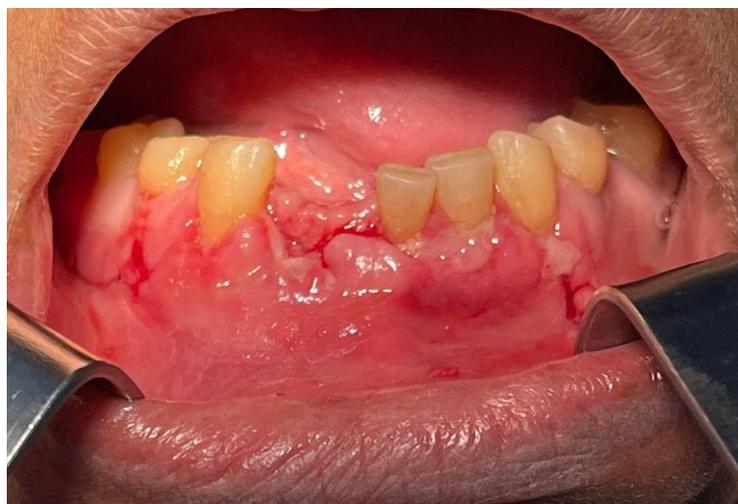


Figura 6 - Pós-operatório de uma semana, observa-se edema compatível com procedimento cirúrgico.

## **DISCUSSÃO**

Denominadas displasias fibro-ósseas, as lesões enquadradas neste grupo podem ser compreendidas em displasias fibrosas ou displasias ósseas, que se assemelham em características histopatológicas e na formação de um tecido fibroso e conjuntivo em substituição ao tecido ósseo. Mas apesar das semelhanças, diferem-se nas manifestações clínicas e nas técnicas de intervenção pelo profissional (BARNES *et al.*, 2005; ALSUFYANI; LAM, 2011).

No que diz respeito as Displasias Ósseas, estas podem ser subdivididas em três tipos: displasia cimento-óssea periapical, displasia cimento-óssea focal e displasia cimento-óssea florida, podendo ainda serem encontradas na literatura com a denominação simplificada, onde removeu-se termo “cimento” indo em conformidade com a classificação imposta em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), passando a serem denominadas: displasia óssea periapical (DOP), displasia óssea focal (DOF) e displasia óssea florida (DOFL), além de incluir o denominado cementoma Gigantiforme Familiar (KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1993; BARNES *et al.*, 2005).

Os três primeiros tipos apresentam-se com características semelhantes, sendo idiopáticos, não neoplásicos e podendo ser localizados em áreas edêntulas ou dentadas, revelando também uma predileção pelo sexo feminino, raça negra e de meia idade (em torno da 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> década de vida). De maneira geral, são basicamente variantes de uma mesma lesão, diferenciando-se em características clínicas e imagiológicas (RESNICK; NOVELLINE, 2008; ALSUFYANI; LAM, 2011).

Em análise epidemiológica, a DOF e a DOP são as mais comumente encontradas. Quando se observa uma DOF com múltiplas áreas de acometimento (no mínimo dois quadrantes ósseos), a mesma passa a ser denominada DOFL (MELROSE; ABRAMS; MILLS, 1976). Com relação a sua etiologia, as Displasias Ósseas apresentam etiologia desconhecida (CONSOLARO *et al.*, 2018). Alguns

autores sugerem natureza reacional envolvendo elementos do ligamento periodontal, já que as lesões apresentam origem em regiões próximas ao ligamento periodontal e possuem semelhanças histopatológicas com o mesmo, outros, devido à sua relevante prevalência entre o sexo feminino e por ser um defeito na remodelação óssea extra ligamentar, defendem a relação com fatores locais e hormonais (MORETI et al., 2016).

No que se refere à DOFL, especificamente, trata-se de uma displasia limitada aos ossos gnáticos, descrita pela primeira vez em 1976, e assim como as demais, é de caráter benigno, apresentando múltiplos focos escleróticos, distribuídos pela estrutura óssea acometida, comumente encontradas nas regiões posteriores dos maxilares. E por se tratar de uma condição que afeta tanto áreas dentadas como desdentadas, sua etiologia não demonstra ter correlação com a presença ou ausência de elementos dentários. (NOVELLINE, 2008; ALSUFYANI; LAM, 2011).

Embora idiopática, algumas teorias buscam elucidar a patogênese da lesão em questão, e dentre tais, cita-se uma relação com a escassa irrigação sanguínea nas regiões afetadas, o que por consequência promoveria a formação de massas ósseas escleróticas, promovendo ou não um quadro sintomático por uma infecção secundária. Quando presentes, as infecções podem promover quadros de osteomielites e por consequência, a formação de sequestros ósseos acompanhados ou não pela formação de fístulas (CHO; JUNG; NAH, 2007; ALSUFYANI; LAM, 2011).

E por se tratar de uma lesão assintomática (quando não apresenta infecção secundária), na maioria dos casos nenhum tratamento cruento é indicado, tendo em vista que a exposição do tecido ósseo poderá promover sintomatologia álgica, trazendo queixas ao paciente. Desta forma, recomenda-se nestes casos, o acompanhamento clínico-radiográfico regular em conjunto ao estímulo do controle adequado do biofilme dental. Observando-se sinais e sintomas clínicos de infecção, uma técnica cruenta pode ser estabelecida, consistindo basicamente em acesso cirúrgico e exérese do tecido esclerótico, juntamente com a farmacoterapia antibiótica. (BARNES *et al.*, 2005; MACDONALD-JANKOSKI, 2009).

Apesar de suas características benignas, e das recomendações simplificadas de tratamento, a lesão em hipótese alguma deve ser subestimada, tendo em vista que ainda se caracteriza como uma alteração no padrão tecidual normal. Além disto, em alguns casos o seu manuseio pode ser complicado, não trazendo resultados satisfatórios. Diversos são os relatos literários que demonstram situações de persistência a lesão, mesmo que alguns destes, estas se mantenham sem apresentação de sintomatologias (BARNES *et al.*, 2005; MACDONALD-JANKOSKI, 2009).

É importante ressaltar que o seu diagnóstico é feito basicamente em análise clínica e radiográfica, não sendo necessário na grande maioria dos casos a realização de uma biópsia para a confirmação, principalmente por se tratar de uma lesão assintomática que pode se tornar sintomática após manipulação cirúrgica, como demonstram os casos na literatura (RESNICK; NOVELLINE, 2008; ALSUFYANI; LAM, 2011). E sendo seu diagnóstico majoritariamente por meio da análise imaginológica, entender como esta lesão se apresenta em exames de imagem é de fundamental importância. Radiograficamente se apresentam como irregularidades radiopacas, lobulares circunscritas por áreas radiolúcidas, sendo comparadas em algumas literaturas com um aspecto de “chão de vidro”

E por se tratar de uma lesão com tais características, nenhum tratamento é indicado, mantendo-se um acompanhamento clínico-radiográfico regular e estimulando um controle adequado do biofilme dental. Observando-se sinais e sintomas clínicos de infecção, uma abordagem de intervenção deve ser estabelecida, consistindo basicamente em farmacoterapia antibiótica e/ou intervenção cirúrgica (BARNES *et al.*, 2005; MACDONALD-JANKOSKI, 2009).

## **CONCLUSÃO**

Em análise das informações literárias apresentadas, observa-se que o presente relato, traz um típico caso de DOFL, apresentando aspectos clínicos, radiográficos e epidemiológicos condizentes com as análises científicas sobre a

lesão. E indo de encontro aos conhecimentos científicos estabeleceu-se também a intervenção, consistindo em acesso cirúrgico e exérese, associada à farmacoterapia antibiótica. Observando-se um sucesso do tratamento, com resolução da sintomatologia dolorosa na região abordada, além de um adequado processo cicatricial.

Desta forma, ressalta-se que é fundamental o conhecimento por parte do cirurgião-dentista, sobre as características clínicas e radiográficas da DOFL, de forma que o mesmo seja apto a realizar o diagnóstico preciso e elaborar o plano de tratamento mais adequado, proporcionando assim ao paciente um melhor prognóstico.

## REFERÊNCIAS

- ALSUFYANI, N., LAM, E. Osseous (cemento-osseous) dysplasia of the jaws: clinical and radiographic analysis. **J Can Dent Assoc.** v.77, n.70, 2011.
- BARNES, L. *et al.* Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Kleihues R Sobin LH, series eds. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon, France: IARC Press, 2005.
- CASTRO, T. *et al.* Manifestações imagiológicas distintas na displasia cemento-óssea florida, Passo Fundo. **RFO.** v.22, n.2, p.203-206, 2017.
- CONSOLARO A., *et al.* Florid cemento-osseous dysplasia: a contraindication to orthodontic treatment in compromised áreas, Maringá. **Dental Press J Orthod.** v.23, n.3, p. 26-34, jun, 2018.
- CHO, B., JUNG, Y., NAH, K. The prevalence, clinical and radiographic characteristics of cemento-osseous dysplasia in Korea. **Korean Journal of Oral and Maxillofacial Radiology.** v.37, n.4, p.185-9, 2007.
- FENERTY, S. *et al.* Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. **Skeletal Radiol.** v.46, n.5, p.581-590, 2017.
- KATO, C. *et al.* Infected Cemento-Osseous Dysplasia: Analysis of 66 Cases and Literature Review. **Head Neck Pathol.** v.14, n.1, p.173-182, mar, 2020.

KRAMER, I., PINDBORG, J., SHEAR, M. The World Health Organization histological typing of odontogenic tumours. Introducing the second edition. **Eur J Cancer B Oral Oncol.** v.29, n.3, p.169-71, jul,1993.

KUNGOANE, T., ROBINSON, L. Florid Cemento-Osseous Dysplasia with a Concurrent Glandular Odontogenic Cyst. **Head Neck Pathol.** v.15, n.1, p. 262-266, mar, 2021.

LIMA, A. *et al.* Displasia Cemento-Óssea Florida: Relato de caso. **REAS/EJCH.** v.20, n.560, p. 1-5, 2019.

MACDONALD-JANKOWSKI, D. Fibrous dysplasia: a systematic review. **Dentomaxillofac Radiol.** v.38, n.4, p.196-215, maio, 2009.

MELROSE, R., ABRAMS, A., MILLS, B. Florid osseous dysplasia. A clinicalpathologic study of thirty-four cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** v.41, n.1, p.62-82, jan,1976.

MORETI, L. *et al.* Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. **Arch Health Invest.** v.5, n.2, p.120-125, 2016.

NEVILLE, B. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

PEREIRA FILHO, V. *et al.* Displasia óssea florida. **Revista brasileira de cirurgia e implantodontia.** v.7, n.25, p. 33-35, abr.-jun, 2000.

PHATTARATARATIP, E. *et al.* A clinic pathologic analysis of 207 cases of benign fibro-osseous lesions of the jaws. **Int J SurgPathol.** v.22, p.326-33, 2014.

RESNICK, C., NOVELLINE, R. Cemento-osseous dysplasia, a radiological mimic of periapical dental abscess. **Emerg Radiol.** v.15, n.6, p.367-74, nov, 2008.

SILVA, E., SANTOS, L., PRADO, F. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso clínico. **Archives of Health Investigation.** v.7, n. 5, p.174-177, 2018.