

Displasia cementária periapical – relato de caso

Periapical cemental dysplasia – case report

Sandro Bittencourt*
Ana Luisa Meira**
Patrícia Santos Ferreira***
Urbino da Rocha Tunes***
Érica Del Peloso Ribeiro*
Marcio Zaffalon Casati****

Resumo

A displasia cementária periapical (DCP) é um tumor odontogênico benigno de origem mesenquimal, derivado do ligamento periodontal. É comumente descoberta em exames radiográficos de rotina uma vez que não apresenta sinais ou sintomas clínicos. Devido às suas características radiográficas pode ser confundida com lesões periapicais inflamatórias, cistos periodontais, e lesões fibro-ósseas. O objetivo deste artigo é revisar a literatura, relatar um caso de DCP e ressaltar a importância de um correto diagnóstico.

Palavras-chave: Periodonto, patologia; Periodonto, radiografia; Doenças periapicais

Abstract

The peripapical cemental dysplasia (DCP) is a benign odontogenic tumor that originates from mesenchymal elements of the periodontal ligament. It is commonly discovered in routine radiographs since it does not present clinical signs and symptoms. Because of the radiographic characteristics it can be wrongly diagnosis as endodontic periapical pathosis, periodontal cysts and fibro-osseous lesions. The aim of this article is review the literature, report a case of DCP and bond the importance of a correct diagnosis.

Key words: Periodontium, pathology; Periodontium, radiography; Periapical diseases

Introdução e Revisão da literatura

A displasia cementária periapical (DCP) é um tumor odontogênico benigno de origem mesenquimal, derivado do ligamento periodontal^{1,14}. Sua etiologia ainda permanece desconhecida embora, alguns autores, acreditam que represente uma reação incomum do osso periapical a um fator irritante local^{8,14}, enquanto outros sugerem que o traumatismo, distúrbios hormonais, fatores sistêmicos e genéticos possam estar envolvidos no seu desenvolvimento^{11,13}.

A DCP é autolimitante, ou seja, o córtex ósseo não é expandido e o crescimento progressivo é raro^{8,11}. Não há manifestações clínicas sendo, portanto, assintomáticas exceto quando localizadas próximo ao forame mentoniano, devido à compressão do nervo que pode levar a dor e parestesia¹³. Por estas razões, esta lesão normalmente é descoberta em exames radiográficos de rotina.

Existe uma marcada predileção por mulheres (14:1) e aproximadamente 70% dos casos afetam negros. O diagnóstico nunca é feito antes dos 20 anos de idade. Nos exames imageológicos são observadas mais frequentemente em áreas correspondentes às raízes dos incisivos inferiores. Focos múltiplos são mais habituais, mas quando único, não excede 1 cm de diâmetro. Pode-se perceber ainda que a lesão está contígua ao ligamen-

to periodontal e a lámina dura permanece intacta^{8,12,15}.

Esta patologia possui uma evolução natural, passando por três fases de desenvolvimento: osteolítica; cementoblástica e de maturação. A 1^a fase caracteriza-se pela substituição do tecido ósseo por tecido fibroso o que determinada uma radiolucidez periapical. Na 2^a fase ocorre deposição de espículas de cimento, devido ao aumento da atividade cementoblástica, ocasionando áreas de condensação focal opaca com áreas de rarefações. Na fase final, de maturação, há uma completa calcificação da região fornecendo uma imagem radiopaca, muitas vezes circundada por um estreito halo radiolúcido. A DCP pode levar meses ou até anos para atingir a fase de maturação^{4,14}.

O tratamento é desnecessário já que a lesão estabiliza-se sem causar complicações, sendo necessário apenas à observação periódica.

Sabendo-se das características da DCP, nota-se a sua grande semelhança com outras patologias como as de origem endodôntica (cistos e granuloma) que são condições mais comumente encontradas e que se assemelham com a 1^a fase ou osteolítica^{5,7}. Portanto, é essencial a realização do teste de vitalidade pulpar já que em casos de DCP a polpa encontra-se sensível ao teste, não justificando tratamento endodôntico.

* Doutorando em Clínica Odontológica, área de Periodontia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP – Unicamp). E-mail: sandrobittencourt@yahoo.com

** Aluna do Curso de Especialização em Periodontia da Associação Brasileira de Odontologia da Bahia (ABO-BA).

*** Professor de Periodontia do Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC).

**** Professor Assistente de Periodontia da FOP/UNICAMP.

Relato do caso clínico

A paciente, uma mulher de 37 anos de idade, leucoderma, procurou o Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências para tratamento periodontal. O exame radiográfico periapical de rotina (Figura 1), na região dos incisivos e caninos inferiores, revelou área radiolúcida, próxima ao periápice da unidade 42, com o espaço do ligamento periodontal e a lámina dura preservados. Os dentes estavam hígidos, sem aumento de volume na região, sem desajustes oclusais significativos, responderam positivamente aos testes de vitalidade pulpar e sem nenhum outro sinal ou sintoma clínico que justificasse a imagem radiográfica obtida. De acordo com estas características, foi fechado o diagnóstico de DCP na 1^a fase (osteolítica).



Figura 1. Radiografia periapical dos incisivos inferiores.
Notar aspecto radiolúcido próximo ao ápice da unidade 42

Discussão

Em situações típicas, a idade, o sexo, a localização, o aspecto radiográfico e a vitalidade pulpar auxiliam no diagnóstico da condição referida, tornando desnecessária a biópsia^{4-6,8}. Contudo, quando estes fatores são atípicos pode-se indicar a realização de uma biópsia^{8,15}. A maior preocupação é a falha em reconhecer a natureza da lesão, o que pode resultar em um tratamento endodôntico ou exodontôntico desnecessários, por se acreditar que a lesão represente uma lesão periapical inflamatória.

Mesmo não necessitando de tratamento e sendo uma patologia benigna autolimitante, o paciente deve ser informado e orientado sobre esta condição.

O caso clínico relatado possui características incomuns no que diz respeito à cor e ao número de lesões. A DCP é freqüentemente observada em mulheres melanodermas^{3,8} porém, no presente caso, foi encontrada em uma leucoderma. Sallum *et al.*⁹ (1996) também relataram um caso de DCP em uma mulher de cor branca. Outra característica comum à DCP é que esta patologia geralmente envolve dois ou mais dentes hígidos^{2,8,10}, entretanto, no caso relatado a lesão é única. Este fato pode oferecer uma dificuldade maior de diagnóstico¹⁵.

O diagnóstico diferencial varia de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Para a DCP na 1^a fase, o diagnóstico diferencial inclui as periapicopatias (cisto periodontal apical e granuloma). Entretanto, estas lesões apresentam teste de vitalidade pulpar negativo.

Conclusão

O correto diagnóstico da displasia cementária periapical é responsabilidade do cirurgião-dentista. Apesar de ser uma lesão simples, que necessita apenas de acompanhamento radiográfico, faz-se necessário o conhecimento de outras patologias que possuem características semelhantes para um correto diagnóstico. Destas, as periapicopatias são as mais comuns e mais passíveis de erros. Por isto, o teste de vitalidade pulpar deve ser realizado assim como um bom exame clínico e radiográfico. Esta cuidadosa avaliação evita decisões errôneas e garante o sucesso do tratamento.

Referências

- Baden E, Saroff SA. Periapical cemental dysplasia and periodontal disease. A case report with review of the literature. J Periodontol. 1987;58(3):187-91.
- Falace DA, Cunningham CJ. Periapical cemental dysplasia: simultaneous occurrence in multiple maxillary and mandibular teeth. J Endod. 1984; 10(9):455-6.

3. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol.* 2004;6(4):131-5.
4. Galgano C, Samson J, Kuffer R, Lombardi T. Focal cemento-osseous dysplasia involving a mandibular lateral incisor. *Int Endod J.* 2003;36(12):907-11.
5. Gariba-Silva R, Sousa-Neto MD, Carvalho JR Jr, Saquy PC, Pecora JD. Periapical cemental dysplasia: case report. *Braz Dent J.* 1999;10(1):55-7.
6. Gonçalves M, Pispico R, Alves FA, Lugão CEB, Gonçalves A. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. *Braz Dent J.* 2005;16(3):247-50.
7. Koehler GK. Periapical cemental dysplasia simulating endodontic failure. *Gen Dent.* 1994;42(2):162-3.
8. Manganaro AM, Millett GV. Periapical cemental dysplasia. *Gen Dent.* 1996;44(4):336-9.
9. Sallum EA, Lima AFM, Toledo S, Sallum AW. Displasia cementária periapical. *Rev Bras Odontol.* 1996;53(6):24-6.
10. Smeele LE, Baart JA, Van der Waal I. Unusual behaviour of periapical cementous dysplasia. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1991;29(1):58-60.
11. Smith S, Patel K, Hoskinson AE. Periapical cemental dysplasia: a case of misdiagnosis. *Br Dent J.* 1998;185(3):122-3.
12. Tanaka H, Yoshimoto A, Toyama Y, Iwase T, Hayasaka N, Moro I. Periapical cemental dysplasia with multiple lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1987;16(6):757-63.
13. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(8):828-35.
14. Waldron CA. Patologia óssea. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.431-80.
15. Wilcox LR, Walton RE. Case of mistaken identity: periapical cemental dysplasia in an endodontically treated tooth. *Endod Dent Traumatol.* 1989; 5(6):298-301.

Recebido em 11/8/2006

Aceito em 23/10/2006