

Cementoblastoma Benigno: Relato de caso

Benign Cementoblastoma: Case Report

RESUMO

O cementoblastoma benigno ou cementoma verdadeiro é uma neoplasia odontogênica benigna. Acredita-se que essa lesão é a única neoplasia verdadeira do cimento. Ela apresenta incidência entre 1 e 6,2% dentre os tumores odontogênicos, o que vem a torná-la rara. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de cementoblastoma benigno, enfatizando as peculiaridades desse tumor, a importância do diagnóstico correto e o estabelecimento de um tratamento adequado, bem como ressaltar a importância da preservação do caso.

Palavras-chave: Cementoma; tumores odontogênicos; cimento dentário; cirurgia bucal.

ABSTRACT

Benign cementoblastoma or true cementoma is a benign odontogenic tumour. It is believed that this lesion presents the unique true cementum neoplasm. It is a rare lesion comprising 1 to 6,2% of odontogenic tumours. Therefore, the objective of this study was to report the case of a patient diagnosed with benign cementoblastoma, emphasizing the peculiarities of this tumor, the importance of correct diagnosis and appropriate treatment setting, as well as underscoring the importance of proactive observation.

Keywords: Cementoma; odontogenic tumours; dental cementum; oral surgery.

Recebido em 27/08/16
Aprovado em 11/02/16

Moacyr Tadeu Vicente Rodrigues
Professor Mestre das disciplinas de
Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade São
Lucas (FSL), Porto Velho-RO

Rodrigo Queiroz Aleixo
Professor Mestre da disciplina de
Diagnóstico da Faculdade São Lucas
(FSL), Porto Velho-RO

José Marcelo Vargas Pinto
Professor Especialista da disciplina de
Cirurgia da Faculdade São Lucas (FSL),
Porto Velho-RO

Gustavo Vieira da Costa
Mestre em Radiologia Odontológica,
atualmente representante comercial

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Neiandro dos Santos Galvão - Professor
Especialista da disciplina de Diagnóstico
da Faculdade São Lucas (FSL), Porto
Velho, RO.
Endereço: R. Alexandre Guimarães, 1927
- Areal, Porto Velho - RO, CEP 78916-450,
Telefone: (69) 3211-8060 E-mail:
neiandrogalvao@gmail.com

INTRODUÇÃO

O complexo maxilo-mandibular está sujeito ao desenvolvimento de diversas afecções, dentre elas, estão os tumores benignos da cavidade bucal. É significativamente importante a participação do cirurgião-dentista no processo de diagnóstico e tratamento das lesões, tendo em vista que se não tratadas, algumas delas irão levar à destruição tecidual extensa, deformidade e, principalmente, a danos maiores.

Com exceção do odontoma, os tumores odontogênicos são bem raros, provavelmente constituindo menos de 1% de todos os cistos e tumores maxilares¹. Por sua vez, o cementoblastoma benigno ou cementoma verdadeiro apresenta incidência entre 1% a 6,2%, dentre todos os tumores odontogênicos, o que o caracteriza como lesão rara^{2,3}.

Alguns trabalhos têm sido documentados com o propósito de se discutir em as características clínicas e radiográficas do cementoblastoma assim como suas variações. Nesses estudos, são ressaltadas a importância do diagnóstico correto para o estabelecimento de um tratamento adequado bem como a importância da preservação do caso⁴⁻¹⁰.

Entretanto, esse relato de caso, como poucos estudos, consegue oferecer, além das informações de diagnóstico e tratamento, uma preservação documentada que conclui com a reabilitação completa da paciente.

RELATO DE CASO

Paciente PTCS, leucoderma, gênero feminino, 14 anos de idade, sem antecedentes médicos e odontológicos relevantes, procurou atendimento na clínica de Estomatologia da Faculdade, queixando-se de dor em região mandibular direita.

Durante exame físico loco-regional, a partir da manobra semiotécnica da palpação, foi constatado que havia uma tumefação consistente próxima às raízes do dente 46, região onde se queixava de muita dor. Durante o exame, foi verificado, ainda, que houve intervenção endodôntica no dente 46, a fim de aliviar a sintomatologia, porém sem sucesso.

O exame clínico não foi o suficiente para a determinação de um diagnóstico presuntivo, razão

pela qual foram solicitados exames complementares de diagnóstico por imagem. A imagem radiográfica obtida pela radiografia panorâmica, possibilitou a visualização de uma área radiopaca bem delimitada e circunscrita por um halo radiolúcido, relacionado ao dente 46, não sendo observados os limites entre a lesão e a porção apical do dente, sugestivo de fusão entre eles (Figura 1).



Figura 1 - Aspecto clínico e radiográfico pré-operatório.

Os achados clínicos e radiográficos possibilitaram o diagnóstico presuntivo de cementoblastoma benigno. O plano de tratamento estabelecido foi a enucleação da lesão, exodontia do dente 46, curetagem periférica e o encaminhamento da peça cirúrgica para exame histopatológico.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob ambiente ambulatorial, com anestesia local, por meio de bloqueio regional (técnica das três posições: bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal), utilizando o sal anestésico Articaina 4% com epinefrina 1:100.000.

Após rebatimento do retalho mucoperiosteal do tipo Newman, verificou-se comprometimento da cortical vestibular. O planejamento cirúrgico visava à odontosecção e ao seccionamento da lesão no sentido vestibulo-lingual, a fim de removê-los em apenas dois fragmentos. Porém, devido à extensão da lesão tanto para vestibular quanto para lingual, realizou-se exérese em mais fragmentos, no intuito de preservar o máximo possível de tecido sadio.

O laudo histopatológico possibilitou o estabelecimento do diagnóstico final de cementoblastoma benigno. Em seu laudo, foi descrito que se tratava de tecido conjuntivo, com áreas irregulares de ossificação, onde havia presença de discretas linhas de reversão, células poliédricas basofílicas na periferia e numerosos osteócitos. O tecido conjuntivo circunjacente apresentava fibrogênese exuberante (Figura 2).

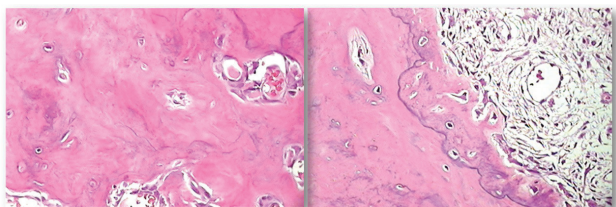


Figura 2 - Aspecto histopatológico.

Definido o diagnóstico final, iniciou-se o controle clínico-radiográfico da paciente. A primeira proervação foi realizado após trinta dias da cirurgia na qual onde verificou-se uma imagem bem radiolúcida, principalmente na região onde a lesão se encontrava, devido, provavelmente, ao comprometimento das corticais vestibular e lingual pelo tumor. No último controle radiográfico, (20 meses após a cirurgia), é possível a visualização de trabeculado ósseo, e radiopacidade no centro da loja óssea, sugestivo de neoformação óssea sem recidiva (Figura 3).

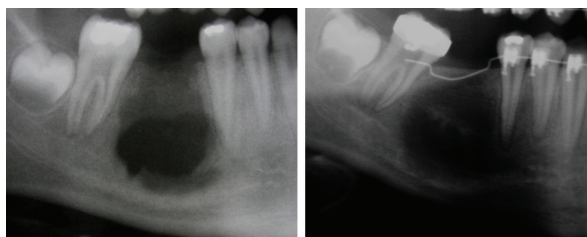


Figura 3 - Aspecto radiográfico pós-operatório.

Como proposta de tratamento, optou-se pela manutenção do espaço edêntulo por meio de aparelho ortodôntico, com posterior reabilitação, com implante dentário e prótese sobre implante.

DISCUSSÃO

O cementoblastoma benigno apresenta peculiaridades clínicas e radiográficas relevantes. Em geral, os pacientes com essa lesão são adultos jovens, abaixo de 25 anos de idade, podendo apresentar sintomatologia e tumefação consistente na região afetada. Geralmente, localiza-se em mandíbula na região das raízes de molares e pré-molares, onde há expansão das corticais ósseas^{2,3,4,5}.

Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiopaca ou mista, delimitada por um halo radiolúcido, associado ao dente de origem, onde ocorre uma fusão, impossibilitando a visualização dos limites entre a lesão e o dente⁸.

As características clássicas dessa lesão podem ser observadas nesse caso, tanto clinicamente (idade, localização, crescimento lento, sintomatologia e tumefação) quanto radiograficamente (Imagem radiopaca circunscrita por um halo radiolúcido, fusionado ao dente de origem). Segundo Souza *et al.*,⁸ (2004), é importante considerar que nem sempre a lesão irá apresentar-se de forma característica, o que pode dificultar o seu diagnóstico.

Uma consideração relevante é quanto ao tempo de maturação da lesão, pois este interfere no processo de diagnóstico, já que, quando imaturas, geralmente são radiolúcidas, tendo como diagnóstico diferencial: cisto ósseo inflamatório displásico, lesão central de células gigantes e ameloblastoma. Quando maduros, esses tumores apresentam-se radiopacos, incluindo outras lesões no diagnóstico diferencial, como fibroma ossificante, odontoma, osteoblastoma, hipercementose atípica e tumores odontogênicos calcificados, além de radiograficamente poder haver calcificações lineares evidentes, que fornecem um quadro incomum, diferenciado, que pode, até mesmo, sugerir um osteossarcoma^{7,8}.

O diagnóstico final desse tumor só é possível após realização de exame histopatológico. Apesar de poder apresentar sinais clínicos e radiográficos muito sugestivos, é importante salientar a cautela do profissional quanto ao diagnóstico diferencial deste tumor.

Microscopicamente, essa lesão fibro-óssea assemelha-se ao osteoblastoma, porém o cementoblastoma benigno diferencia-se devido a sua associação com o dente envolvido. Esses detalhes elucidam a importância de um resumo clínico bem elaborado, a ser enviado ao patologista juntamente com a peça cirúrgica. Pode, ainda, ser confundido com osteoma e osteossarcoma atípico^{5,7,10}.

Em uma revisão realizada por Brannon *et al.*,² (2002), conclui-se que o melhor tratamento para o cementoblastoma benigno consiste na enucleação da lesão juntamente com o dente ou dentes afetados e curetagem periférica do osso circunjacente, devido aos relatos de recidivas da lesão em tratamentos mais conservadores, o que vem a justificar e corroborar o tratamento proposto e realizado na paciente desse relato.

Neste mesmo estudo², fica evidente que se trata de um tumor com potencial recidivante, portanto a preservação mediante controle clínico-radiográfico deve ser realizado impreterivelmente, independente do tipo de tratamento adotado. É importante que o paciente esteja ciente da relevância desse acompanhamento e das consequências da sua não realização. No presente relato, a paciente está sob controle clínico-radiográfico, não tendo até o presente momento sido observado nenhum sinal de recidiva, revendo aspecto de normalidade na região operada.

No presente momento, a paciente está totalmente reabilitada após tratamento ortodôntico, que objetivou a manutenção do espaço na arcada para reabilitação com implante dentário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados observados nesse caso corroboram os achados documentados pela literatura. Tal caso reforça as peculiaridades do cementoblastoma, que, devido à baixa incidência na população, muitas vezes, não é incluído no diagnóstico diferencial das lesões associadas às raízes dentárias.

REFERÊNCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jodan R.C.K. Oral pathology, clinical pathologic correlations. 4th ed. St. Louis: WB Saunders. 2003: 246-88.
2. Brannon RB et al. Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 2002; 93: 311-320.
3. L. Barnes, J.W. Eveson, P. Reichart, and D. Sidransky, Pathology & Genetics Head and Neck Tumours WHO Classification of Tumours, 2005.
4. Sharma N. Benign Cementoblastoma: A review of literature with a case report. *Contemporary Clinical Dentistry* Jan-Mar 2014 Vol 5 Issue 1
5. Jelic JS, Loftus MJ, Miller AS, Cleveland DB. Benign cementoblastoma: report of an unusual case and analysis of 14 additional cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 1033–1037.
6. Prakash R1, Gill N, Goel S, Verma S. Cementoblastoma. A report of three cases. *N Y State Dent J*. 2013 Mar;79(2):41-3.
7. G. Iannaci, R. Luise, G. Iezzi, A. Piattelli, and A. Salierno, “Multiple Cementoblastoma: A Rare Case Report,” *Case Reports in Dentistry*, vol. 2013, Article ID 828373, 4 pages, 2013. doi:10.1155/2013/828373.
8. Souza, LN et al. Case report – Atypical hypercementosis versus cementolastoma. *Dentomaxillofac Radiol*, 2004; 33: 267-270.
9. Bilodeau, E. Collins, B. Costello, B. Potluri, A. Case Report: a Pediatric Case of Cementoblastoma Histologic and Radiographic Features of an Osteoblastoma and Osteosarcoma. *Head and Neck Pathol* (2010) 4:324–328.
10. Gulses A1, Bayar GR, Aydin C, Sencimen M. A case of a benign cementoblastoma treated by enucleation and apicoectomy. *Gen Dent*. 2012 Nov-Dec;60(6):e380-2.