

Cementoblastoma benigno

análise dos casos publicados nos últimos dez anos e relato de um novo caso

Benign cementoblastoma

a review of the published cases in the last ten years and a new case report

Resumo

O cementoblastoma benigno é uma neoplasia benigna de origem odontogênica que se caracteriza pela formação de massas de tecido semelhante a cimento e cuja ocorrência é relativamente rara. No presente estudo, realizou-se uma revisão de literatura dos casos reportados de 1990 a 2001 nos índices Medline, Lilacs e BBO, incluindo-se entre eles um novo caso. Os dados foram tabulados e analisados para identificar as características clínicas e radiográficas da lesão, bem como as técnicas utilizadas no seu tratamento, comparando-se com as características e a forma de tratamento do relato de caso. Obteve-se como resultado que o cementoblastoma benigno corresponde a 2% dos tumores de origem odontogênica e não possui predileção por um dos gêneros, apenas uma leve tendência para o sexo feminino; em 78,9% dos casos ocorre antes dos trinta anos de idade. A expansão das corticais ósseas ocorre em 68,4% dos casos e os pacientes relatam dor em 78,8% dos relatos. A mandíbula é a mais afetada, principalmente os primeiros molares inferiores; reabsorção radicular está sempre presente e, radiograficamente, a lesão se apresenta como uma massa radiopaca com halo radiolúcido em 68,75% dos relatos, com tamanho médio de 14,3 mm. O tratamento geralmente consiste em remover o tumor juntamente com o dente envolvido, seguido de curetagem óssea. Em seu diagnóstico diferencial, devem-se considerar: odontoma, osteoblastoma, osteomielite esclerosante focal, hiper cementose, displasia cementária periapical, osteoma, fibroma cementificante, osteoma osteóide e osteossarcoma.

Palavras-chave: cementoblastoma, cementoblastoma benigno, cementoma, neoplasias odontogênicas, tumores odontogênicos, lesão radiopaca.

Introdução

O cementoblastoma benigno foi descrito, primeiramente, na literatura por Norberg em 1930. Sua ocorrência é relativamente rara, pois corresponde a menos de 2% dos tumores de origem odontogênica (Daley et al., 1994). O tumor é descrito pela Organização Mundial de Saúde como um tumor odontogênico benigno, formado por tecido semelhante a cimento, com radiopacidade central e rodeado por uma linha radiolúcida e que está fusionado à raiz de um dente, o qual sofre reabsorção. Histologicamente, trata-se de um neoplasma caracterizado pela formação de massas de tecido semelhante a cimento, que contém um grande número de linhas de reversão e apresenta tecido desmineralizado na periferia da massa ou na área mais ativa de crescimento (Kramer et al., 1992).

Em recente revisão de literatura, Ulmanky et al. (1994) analisaram 71 casos publicados e bem documentados em 63 anos, desde a primeira publicação por Norberg em 1930, observando que 79% dos pacientes tinham menos de trinta anos, com leve preferência pelo gênero feminino; 78% dos casos ocorreram na mandíbula, com maior incidência na área de primeiro molar e pré-

molar. A dor esteve presente em 61% dos casos e 93,8% deles apresentavam, radiograficamente, uma massa radiopaca fusionada à raiz de um dente e rodeada por um halo radiolúcido. Dentes decíduos também podem ser afetados (Cannel, 1991).

O tumor possui poder ilimitado de crescimento e geralmente o tratamento consiste em remoção da lesão juntamente com o dente envolvido (Cundiff, 2000). Alguns autores obtiveram êxito na remoção cirúrgica do tumor em conjunto com o tratamento endodôntico, sem remover o dente envolvido (Biggs e Benati, 1995). Com a remoção total do tumor, geralmente não ocorre recidiva, embora seja descrita na literatura (Cavandini e Cambiaggi, 1977).

No diagnóstico diferencial do cementoblastoma benigno, devem-se incluir lesões como o odontoma, osteoblastoma, osteomielite esclerosante focal, hiper cementose (Regezi et al., 1978), displasia cementária periapical, osteoma, osteoma osteóide, fibroma cementificante e osteossarcoma (Abrams et al., 1974).

O objetivo do presente estudo é, através de uma revisão de lite-

Tiago Lima Menegaz¹

José Luis Pretto¹

Guilherme Zanatta²

Marcos Eugênio de Bittencourt³

¹ Cirurgiões-dentistas Universidade de Passo Fundo – UPF.

² Aluno da graduação de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

³ Mestre em Odontologia Social e professor de Odontologia Social e Preventiva da FO - UPE.

ratura dos casos reportados na última década – de 1990 a 2001 –, incluindo o relato de um novo caso de cementoblastoma benigno, com a tabulação e análise dos dados obtidos, identificar as características clínicas e radiográficas da lesão para auxiliar em seu diagnóstico e compará-las com as características do presente caso.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, com 22 anos de idade, procurou o cirurgião-dentista queixando-se de uma leve dor no segundo molar permanente inferior direito. Ao exame clínico, não foi detectada nenhuma modificação nas corticais ósseas ou nos tecidos gengivais; o dente apresentava-se vital e com uma pequena restauração de amálgama na face oclusal. No exame radiográfico, observou-se uma massa radiopaca de 15 mm de diâmetro, fusionada ao ápice da raiz distal do dente 47, a qual apresentava um terço já reabsorvido pela lesão. Solicitadas novas radiografias, após a interpretação e exclusão de outras patologias semelhantes, chegou-se ao diagnóstico inicial de cementoblastoma benigno.

O tratamento proposto foi a remoção cirúrgica do tumor juntamente com o dente envolvido, através da técnica cirúrgica de exodontia a retalho, com enucleação da lesão e curetagem da loja óssea. Por não haver nenhum tipo de contra-indicação ou fator sistêmico que complicasse ou contra-indicasse a cirurgia, o procedimento foi realizado em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. Foi realizado bloqueio anestésico dos nervos dentário inferior, lingual e longo-bucal direitos. Para facilitar o acesso à região, optou-se por uma incisão horizontal intra-sulcular, que se estendeu da distal do terceiro molar até a mesial do primeiro molar, onde nova incisão vertical foi realizada para criar um retalho de dois lados.

Para a remoção do tumor e do elemento dentário envolvido, foi necessária a utilização de brocas na secção das massas calcificadas, sob irrigação com soro fisiológico. Após

a enucleação da patologia e a curetagem e limpeza da loja cirúrgica, foi realizada sutura com fio mononylon 4.0. A peça cirúrgica removida foi acondicionada imediatamente em um recipiente contendo solução de formalina com concentração de 10%, cujo volume era vinte vezes superior ao tamanho do espécime, onde esta ficou totalmente imersa e, após, foi encaminhada para exame histopatológico. As lâminas histológicas obtidas após descalcificação do material foram coradas segundo a técnica hematoxilina-eosina (HE), e a análise histopatológica confirmou o diagnóstico inicial de cementoblastoma benigno. No acompanhamento pós-operatório, não houve complicação e as suturas foram removidas sete dias após a cirurgia.

Métodos

A revisão de literatura foi realizada com base nos relatos de casos publicados de 1990 a 2001 constantes nos bancos de dados Medline, Lilacs e BBO. Foram encontrados 19 artigos que descreviam 65 casos de cementoblastoma benigno, dos quais se resgataram 15, que tratavam de 61 ocorrências da lesão. O presente relato de caso foi somado aos outros 61 já relatados, totalizando, portanto, 62 ocorrências nesta última década, que serviram como objeto de estudo nesta revisão de literatura. Os relatos de caso descritos por Rubino et al. (1999), Piattelli et al. (1990), Flaitz (1993) e Haning (1992) foram descartados em razão de dificuldades para se obter os periódicos em que estão descritos.

Os dados obtidos nas descrições dos casos encontrados na literatura foram registrados em uma tabela (Tabela 1) e as variáveis analisadas foram: idade e gênero do paciente, dente ou região acometida pela lesão, presença de dor, deformação das corticais ósseas, diâmetro da lesão (avaliada em milímetros), presença ou não de reabsorção radicular, radiopacidade central e de halo radiolúcido circunscrevendo a lesão, forma de tratamento executado e técnica

anestésica utilizada na cirurgia para remoção do tumor.

Discussão

O termo *cementoblastoma benigno* foi proposto por Kramer et al. em 1970, sendo aceito ainda atualmente. A lesão foi primeiramente descrita na literatura por Norberg, em 1930, como cementoma verdadeiro. É uma lesão produzida por cementoblastos neoplásicos, segundo Eversole et al. (1973), originados do mesênquima do ligamento periodontal (Kramer et al., 1992). De acordo com Farman et al. (1979), estima-se que a incidência seja de um caso a cada um milhão de pessoas por ano e de um caso a cada mil biópsias (Dominguez et al., 2000).

No diagnóstico diferencial do cementoblastoma benigno, devem-se incluir lesões como o odontoma, osteoblastoma, osteomielite esclerosante focal, hiper cementose (Regezi e Sciubba, 1991); displasia cementária periapical, osteoma, fibroma cementificante, osteoma osteóide e osteossarcoma também devem ser incluídos, segundo Abrams et al. (1974). Para a Organização Mundial da Saúde, o cementoblastoma benigno e o fibroma cementificante são as únicas neoplasias cementárias verdadeiras (Kramer et al., 1992).

Trata-se de uma lesão relativamente rara: Regezi et al. (1978) analisaram 706 casos envolvendo tumores odontogênicos e descreveram que o cementoblastoma benigno corresponde a apenas 0,2% do total; Gunham et al. (1990) encontraram 6,2% na Turquia; Mothes et al. (1991), na Alemanha, relataram uma prevalência de 2,1%; Daley et al. (1994), em estudo na população canadense, obtiveram 1,79%; Odukoya (1995), em pesquisa na Nigéria, encontrou apenas 0,7%; Taylor et al. (1997), pesquisando no México, obteve 0,8% e Lu et al. (1998) encontraram 2,6% na China. Com a análise das publicações estatísticas da incidência dos tumores de origem odontogênica em vários países, pode-se propor que o cementoblastoma benigno fa 2,1% dos tumores odontogênicos.

Neste relato, identificou-se a lesão em um homem de 22 anos. Pacientes com 22 anos foram encontrados em outras quatro ocasiões (Regezi e Sciubba, 1991; Mac Donald e Wu, 1992). Observando a faixa etária que vai dos 21 a 30 anos de idade, encontraram-se 43,5% das ocorrências, e analisando isoladamente em homens, foram 44,8% dos casos, levemente superior à percentagem encontrada nas mulheres (42,4%). Para Dominguez et al. (2000), o predomínio da lesão é na segunda e terceira décadas; indivíduos com menos de trinta anos correspondem a 80,6% das incidências e, analisando isoladamente o gênero masculino, este dado vai para 86,2% dos relatos, ao passo que, para as mulheres, corresponde a 75,7%. Ulmanky et al. (1994) relataram que três quartos dos pacientes atingidos tinham idade inferior a trinta anos (73%) e que em 50% dos casos a idade era inferior a vinte anos; a média de idade foi de 26 anos, assim como obtiveram Jelic et al. (1993).

No presente estudo, analisando os gêneros separadamente, obteve-se média de 23 anos para os homens e 28 para as mulheres, sendo a média de idade nestas maior do que naqueles, como também relataram Dominguez et al. (2000) (mulheres 27 anos e homens 23). A variação de idade neste estudo foi dos oito aos 71 anos. Ulmanky et al. (1994) obtiveram variação dos seis aos 75 anos; para Dominguez et al. (2000), dos 12 aos setenta anos e, para Jelic et al. (1993), dos 15 aos 71 anos. O sexo masculino, ao qual pertencia o paciente deste relato, foi encontrado em mais 29 casos na presente revisão, contra 33 do feminino.

Identificou-se, portanto, na presente revisão de literatura, que o sexo feminino (53,2%) tem leve prevalência em relação ao masculino, concordando com os resultados obtidos por Ulmanky et al. (1994), porém discordando dos relatos de Dominguez et al. (2000), que dizem ser ligeiramente mais freqüente em homens, na relação de 1,1/1, e Jelic et al. (1993), que afirmam ser a distribuição igual para os dois sexos.

O presente relato de caso está de acordo com os resultados encontrados na revisão de literatura em relação à faixa etária, porém o mesmo não ocorre em relação ao gênero.

As lesões, de acordo com os dados da presente pesquisa, ocorrem com maior freqüência na mandíbula (Jelic et al., 1993; Ulmanky et al., 1994; Dominguez et al., 2000), 51 casos, que correspondem a 91,2% dos relatos; na maxila foram encontrados apenas cinco casos (Garlick e Newhouse, 1990; Slootweg, 1992; Huvar e Butura, 1995; Dominguez et al., 2000). No presente relato, a lesão envolvia o segundo molar inferior direito permanente (elemento 47), ocorrência também descrita por outros dois autores (Ulmanky et al., 1994; Dominguez, 2000).

O dente 47, nesta revisão de literatura, corresponde a 10% dos relatos, ocupando a terceira posição em relação às ocorrências. O elemento dental com maior incidência de casos é o primeiro molar inferior permanente esquerdo (elemento 36), em 40% dos casos, seguido pelo primeiro molar inferior permanente direito (elemento 46), com 26,6% dos casos. Como também descreveram Ulmanky et al. (1994), o 36 é o dente mais afetado, com 50% dos casos; portanto, os molares permanentes inferiores são os mais afetados pelo cementoblastoma benigno, correspondendo a 66,6% das ocorrências. Alguns autores afirmam que, juntando as ocorrências em áreas de molar e pré-molar, obtêm-se aproximadamente 90% das descrições da lesão (Jelic et al., 1993; Ulmanky et al., 1994; Dominguez et al., 2000).

Geralmente, a lesão está associada a dentes erupcionados, porém dentes impactados e decíduos também foram documentados (Piattelli et al., 1990). De acordo com Papageorge et al. (1987), a lesão pode estar associada a vários dentes; também há relatos de manifestação bilateral da lesão (Jelic et al., 1993). O relato de caso descreve a lesão localizada na mandíbula, concordando com a maioria dos casos analisados na literatura, porém a ocorrência em segundo

molar inferior permanente direito não é a mais comum, sendo esta a terceira área mais afetada.

Clinicamente, o caso relatado envolvia um dente vital, que respondia normalmente aos testes de vitalidade pulpar, com a face oclusal restaurada com amálgama, sem deformação das corticais ósseas, mas, segundo o paciente, que apresentava dor na região posterior direita da mandíbula. O dente envolvido geralmente é vital, mas em alguns casos não responde ao teste de vitalidade, segundo Krausen et al. (1977); de acordo com os relatos de Abrams et al. (1974) e Zachariades et al. (1985), em estágios iniciais, a polpa responde normalmente aos testes de vitalidade, porém, em estágios mais avançados, pode ser necrosada. Na presente pesquisa, a dor foi descrita em 26 casos, correspondendo a 78,8% das descrições; apenas em sete casos (Mac Donald e Wu, 1992; Ulmanky et al., 1994; Huvar e Butura, 1995), a dor não esteve presente; Jelic et al. (1993) relataram que a dor esteve presente em 60% dos casos.

O presente relato de caso está de acordo com os dados obtidos pela presente revisão de literatura no que se refere à presença de dor, pois esta característica esteve presente em 78,8% dos casos analisados; segundo MacDaniel (1987), a dor de baixa intensidade foi mencionada em 50% das ocasiões. A expansão das corticais ósseas é o sintoma mais comum para Hoffman (1987) e, nesta revisão, foi identificada em 68,4% das descrições, diferentemente do que foi descrito anteriormente no relato de caso, que está incluído entre os cinco casos (Mac Donald e Wu, 1992; Ulmanky et al., 1994; Huvar e Butura, 1995) em que não houve nenhuma modificação das corticais, que correspondem a 31,6%.

Radiograficamente, o caso relatado neste trabalho caracterizava-se por uma massa radipaca de aproximadamente 15 mm, aderida à raiz distal do 47, que sofria reabsorção, e por uma linha radiolúcida circunscrevendo a lesão. Nesta revisão de literatura, a radiopacidade central foi relatada em 22 casos, correspondendo

a 91,6%; em apenas dois casos, o centro da lesão era radiolúcido (Mac Donald e Wu., 1992; Ulmansky et al., 1994). Gingell (1984) acredita que essa forma radiolúcida da lesão representa um estágio inicial, com a matriz não calcificada.

Ainda neste trabalho, obteve-se que a variação do diâmetro da lesão vai de 5 a 50 mm, tendo como média 14,3 mm; portanto, o diâmetro da lesão do relato de caso estava 0,7 mm acima da média geral. Além deste caso, outros quatro relatos tinham este mesmo diâmetro de 15 mm (Jelic et al., 1993; Dominguez et al., 2000). MacDaniel (1987) estima que o crescimento da lesão seja de 0,5 cm/ano. A presença de uma linha radiolúcida circunscrevendo a lesão foi relatada em 19 casos (90% do total analisado) e somente em três casos esta característica não foi relatada (Mac Donald e Wu, 1992; Slootweg, 1992; Ulmansky et al., 1994). Em 100% dos casos nesta revisão de literatura havia reabsorção da raiz do elemento dentário envolvido pelo cementoblastoma benigno, concordando com o achado descrito no relato de caso.

Com a análise dos casos nesta revisão bibliográfica, foi possível identificar uma imagem radiográfica que esteve presente em 68,75% dos casos, bem documentados, a qual se caracterizava por uma imagem radiopaca aderida à raiz de um dente que sofria reabsorção e circundada por uma linha radiolúcida, concordando com as características radiográficas descritas no presente relato de caso.

O tratamento proposto para o caso descrito foi a remoção cirúrgica do tumor juntamente com o dente, através da técnica de exodontia a retalho com enucleação da lesão e curetagem da loja óssea (Peterson et al., 2000), sob anestesia local com a anestesia dos nervos dentário inferior, lingual e longobucal direitos (Salomão e Salomão., 1996). Essa conduta foi encontrada em apenas outros dois casos (Mac Donald e Wu., 1992) nesta revisão de literatura, ao passo que a anestesia geral foi a forma anestésica de escolha para a realização do tratamen-

to em 18 casos (72,7%). A remoção cirúrgica do tumor, curetagem do alvéolo e exodontia do dente envolvido foram a forma de tratamento encontrada na maior parte das descrições, com 85,7%, seguida pela ressecção mandibular, em apenas dois casos (Garlick e Newhouse, 1990; Jelic et al., 1993), e pelo tratamento endodôntico do dente envolvido, com enucleação do tumor e curetagem óssea (Mac Donald e Wu, 1992).

O relato está de acordo com a presente revisão de literatura no que se refere à forma de tratamento, visto que a maioria optou pela remoção cirúrgica do tumor, curetagem do alvéolo e exodontia do dente envolvido; a anestesia local para execução do tratamento foi, porém, descrita somente em 23,7% dos tratamentos, sendo mais freqüente a anestesia geral. Está descrito na literatura apenas um caso de unirradilectomia juntamente com a remoção do tumor, sem evidências de recidiva (Dominguez et al., 2000), e casos de tratamento endodôntico do dente envolvido e remoção da lesão (Keyes e Hildebrand, 1987). A exodontia do dente envolvido ou o tratamento do endodôntico sem a remoção do tumor não paralisa o crescimento da lesão (Baart et al., 1991; Biggs e Benati, 1995; Makek, 1987; Anneroth et al., 1975); em alguns casos, produz um quadro osteomielítico, sendo necessária nova intervenção para enucleação da lesão (Dominguez et al., 2000).

Barnes (1985) afirma que não tem sido reportado caso de malignização associado ao cementoblastoma benigno. Microscopicamente, o cementoblastoma benigno revela a presença de massas arredondadas fortemente basofílicas, lembrando estrutura de cimento, algumas contendo cimento secundário; as massas maiores apresentam várias linhas reversas que lhe conferem um aspecto pagetóide. Nas porções mais ativas do tumor são evidenciados cementoblastos na periferia das massas calcificadas, um quadro que sugere aquele descrito para o osteoblastoma ou osteoma osteóide, e também deve ser assinalada a pos-

sibilidade de o tumor imitar o quadro de um osteossarcoma atípico. A massa de cimento compõe corpo comum com a raiz do dente, que mostra na área de união sinais de reabsorção (Kramer et al., 1992).

Outra característica dos cementoblastomas são células grandes, pleomórficas, que dão a impressão de serem malignas. Algumas dessas células lembram osteoblastos inchados, e outras, são multinucleadas (Everson e Scully, 1995). Apesar do pleomorfismo nuclear, existem raras figuras de mitose (Cawson et al., 1997); cementoclastos também são evidentes (Regezi e Sciubba, 1991). Conforme Dominguez et al. (2000), podem ser observados três tipos histopatológicos: Tipo I, com grande celularidade e pouca formação de tecido osteóide ou osteocementóide; Tipo II, com formação de uma rede trabecular e espaços medulares com grande atividade celular; Tipo III, com formas cementárias e trabeculares radiais muito densas, e células mais semelhantes a cementoblastos ativos.

As estruturas trabeculares são irregulares, muitas vezes pagetóide no Tipo II, e de aspecto muito mais uniforme e amorfo no Tipo III. A maioria dos casos de cementoblastoma (75%) corresponde ao Tipo II. Os quadros histológicos mostram alta correlação com os aspectos radiográficos, porém não com o tempo de evolução nem com o volume alcançado pelo tumor.

Conclusão

Após a análise dos dados obtidos na revisão de literatura sobre cementoblastoma benigno, pode-se concluir que a lesão corresponde a 2,1% dos tumores de origem odontogênica; possui leve predileção pelo sexo feminino; ocorre em 80,6% dos casos antes dos trinta anos, sendo que 43,5% dos casos estão na faixa etária dos 21 aos trinta anos e a variação de idade vai dos oito aos 71 anos; a média de idade é de 26 anos, porém, nas mulheres (29 anos), a média é mais alta que nos homens (23 anos); afeta em 91,2% das ocorrências a mandíbula, com predileção pelo

Tabela 1. Relação dos casos encontrados na revisão da literatura com as variáveis estudadas

Pesquisador	Ano	I	S	Nº D	Reabs Rad	Diam mm	RP Cent	Halo RL	Abaul	Dor	Tipo de Anest	Tratamento
1-Plattelli	1990	50	F	38	*	*	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
2-Berwick JE	1990	15	F	36	*	20	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
3-Garlic A.C.	1990	19	M	16	S	35	S	S	S	S	*	ressecção
4-Cannell	1991	8	F	85	*	10	S	S	S	S	*	exo e enucleação
5-Baart	1991	24	M	36	*	30	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
6-MacDonald	1991	36	F	35	S	20	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
7-MacDonald	1991	16	M	46	S	17	S	S	*	S	local	exo e enucleação
8-MacDonald	1991	18	M	36	S	*	N	N	S	S	geral	exo e enucleação
9-MacDonald	1991	55	F	46	*	20	S	S	N	N	local	enucleação
10-Slootweg	1992	23	F	mx/e	S	*	S	N	*	*	*	*
11-Slootweg	1992	28	M	m/d	S	*	S	S	*	*	*	*
12-Slootweg	1992	22	M	m/d	S	*	S	S	*	*	*	*
13-Jelic J.S.	1993	18	M	41-47	S	50	S	S	S	N	*	ressecção
14-Jelic J.S.	1993	18	F	*	*	*	*	*	*	S	*	*
15-Jelic J.S.	1993	18	M	pm/d	*	13	*	*	*	S	*	*
16-Jelic J.S.	1993	30	M	m/d	*	20	*	*	*	S	*	*
17-Jelic J.S.	1993	15	F	m/d	*	*	*	*	*	S	*	*
18-Jelic J.S.	1993	20	F	m/d	*	15	*	*	*	S	*	*
19-Jelic J.S.	1993	30	F	m/l	*	5	*	*	*	N	*	*
20-Jelic J.S.	1993	30	F	m/d	*	*	*	*	*	N	*	*
21-Jelic J.S.	1993	39	F	m/d	*	10	*	*	*	S	*	*
22-Jelic J.S.	1993	39	F	m/d	*	10	*	*	*	N	*	*
23-Jelic J.S.	1993	25	M	m/d	*	12	*	*	*	S	*	*
24-Jelic J.S.	1993	71	F	m/l	*	16	*	*	*	N	*	*
25-Jelic J.S.	1993	45	M	m/d	*	15	*	*	*	S	*	*
26-Jelic J.S.	1993	36	M	m/d	*	10	*	*	*	S	*	*
27-Ulmaniski	1994	25	F	47	S	7	S	S	N	S	*	exo e enucleação
28-Ulmaniski	1994	20	F	46	S	35	S	S	S	S	*	exo e enucleação
29-Ulmaniski	1994	15	F	36	S	10	N	N	S	S	*	exo e enucleação
30-Ulmaniski	1994	21	F	46	S	12	S	*	S	S	geral	exo e enucleação
31-Ulmaniski	1994	17	M	36	S	*	S	*	N	S	*	exo e enucleação
32-Biggs	1995	16	M	46	*	10	S	S	*	S	*	exo e enucleação
33-Hurvar R.J.	1995	58	F	17	*	*	S	S	N	N	*	exo e enucleação
34-Moggi K.	1996	24	M	36	*	20	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
35-Domínguez	2000	17	M	m/e	*	25	*	*	*	*	*	*
36-Domínguez	2000	30	F	36	*	12	*	*	*	*	*	*
37-Domínguez	2000	21	M	m/d	*	35	*	*	*	*	*	*
38-Domínguez	2000	23	M	36	*	20	*	*	*	*	*	*
39-Domínguez	2000	23	F	46	*	15	*	*	*	*	*	*
40-Domínguez	2000	15	M	m/a	*	50	*	*	*	*	*	*
41-Domínguez	2000	26	F	mx/d	*	20	*	*	*	*	*	*
42-Domínguez	2000	19	M	36	*	15	*	*	*	*	*	*
43-Domínguez	2000	23	F	m/e	*	30	*	*	*	*	*	*
44-Domínguez	2000	12	F	m/d	*	20	*	*	*	*	*	*
45-Domínguez	2000	33	F	m/d	*	50	*	*	*	*	*	*
46-Domínguez	2000	31	M	m/e	*	20	*	*	*	*	*	*
47-Domínguez	2000	21	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
48-Domínguez	2000	65	M	mx/d	*	20	*	*	*	*	*	*
49-Domínguez	2000	21	F	47	*	10	*	*	*	*	*	*
50-Domínguez	2000	22	M	36	*	*	*	*	*	*	*	*
51-Domínguez	2000	16	F	m/d	*	*	*	*	*	*	*	*
52-Domínguez	2000	14	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*
53-Domínguez	2000	25	F	36	*	15	*	*	*	*	*	*
54-Domínguez	2000	24	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
55-Domínguez	2000	15	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*
56-Domínguez	2000	23	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Pesquisador	Ano	I	S	Nº D	Reabs Rad	Diam mm	RP Cent	Halo RL	Abaul	Dor	Tipo de Anest	Tratamento
55-Domínguez	2000	15	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*
56-Domínguez	2000	23	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*
57-Domínguez	2000	70	F	46	*	*	*	*	*	*	*	*
58-Domínguez	2000	22	M	38	*	25	*	*	*	*	*	*
59-Domínguez	2000	22	M	36	*	30	*	*	*	*	*	*
60-Cundiff E.J.	2000	16	F	46	S	30	S	S	S	*	*	exo e enucleação
61-Pynn B.R.	2001	23	F	34	S	10	S	S	S	S	geral	exo e enucleação
62-Menegaz **	2001	22	M	47	S	15	S	S	N	S	local	exo e enucleação

** - presente relato de caso

* - os autores não descreviam tais características

primeiro molar inferior permanente (66,6%), especialmente o 36 (primeiro molar permanente esquerdo) em 40% dos relatos; clinicamente, apresenta expansão da cortical óssea em 68,4% dos casos, sendo sintomatologia dolorosa em 78,8% das ocorrências; radiograficamente, apresenta em 68,75% dos casos, uma massa radiopaca, relacionada com as raízes dos dentes, as quais sofrem reabsorção, e uma margem radiolúcida circunscrevendo a lesão.

A forma de tratamento para lesões menores ou iguais a 35 mm consiste em exodontia do dente envolvido, enucleação do tumor, seguida de curetagem ou tratamento endodôntico do dente, enucleação do tumor e curetagem da loja cirúrgica; para lesões acima ou iguais a 35 mm, o tratamento consiste em ressecção óssea, sendo 72,2% dos tratamentos realizados sob anestesia geral.

Abstract

The benign cementoblastoma is a benign neoplasia of odontogenic origin. It is characterized for the formation of masses similar to cementum and its occurrence is relatively rare. In the present study, a literature review of cases reported from 1990 to 2001 was carried out, in Medline, Lilax and BBO indices, including a new case. The data were tabulated and analyzed to identify the clinical and radiographic characteristics of the injury, as well as the techniques used in its treatment, comparing with the characteristics and treat-

ment of the case report. It was got as result that the benign cementoblastoma corresponds to 2% of odontogenic origin tumors and does not possess predilection for sex; in 78.9% of the cases, it occurs before the age of 30. The expansion of bone cortical occurs in 68.4% of the cases and patients report pain in 78.8%. The jaw is mostly affected, mainly lower first molars; root resorption is always present, and radiographically, the lesion shows itself as a radiopaque mass with radiolucent halo in 68.75% of the cases with a mean size of 14.3 mm. The treatment generally consists of removing the tumor with the involved tooth, followed by bone curettage. In its distinguishing diagnosis it must be included: odontoma, osteoblastoma, focal sclerosing osteomyelitis, hypercementosis, periapical osteoid cemental dysplasia, osteoma, cementifying fibroma, osteoma and osteosarcoma.

Key words: cementoblastoma, benign cementoblastoma, cementoma, odontogenic neoplasm, odontogenic tumors, radiopaque mass.

Referências bibliográficas

- ABRAMS, A.M.; KIRBY, J.W.; MELROSE, R.J. Cementoblastoma. *Oral Surg*, v. 38, p. 394, 1974.
- ANNEROTH, G.; ISACSSON, G.; SIQURDSSON, A. Benign cementoblastoma (true cementoma). *Oral Surg*, v. 40, p. 141-146, 1975.

BAART, J.A.; LEKKAS, C.; VANDER WALL. Residual cementoblastoma of the mandible. *J Oral Pathol Med*, v. 20, p. 300-302, 1991.

BARNES, L. *Surgical pathology of the head and neck*. Inc New York: Marcel Dekker, 1985. v. 2.

BERWICK, J.E.; MAYMI, G.F.; BERKLAND, M.E. Benign Cementoblastoma: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 48, p. 208-211, 1990.

BIGGS, T.; BENATI, F.W. A case report: surgically treating a benign cementoblastoma while retaining the involved tooth. *JADA*, v. 126, p. 1288-1290, Sep. 1995.

CANNEL, H. Cementoblastoma of deciduous tooth. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*. p. 64, May 1991.

CAVANDINI, O.A.; CAMBIAGGI, J.E. Caso clínico: recidiva de cementoblastoma benigno (cementoma verdadeiro). *La Tribuna Odontológica*, p. 106-110. abr./maio/jun. 1977.

CAWSON, R.A.; BINNIE, W.H.; EVERSON, J.W. *Atlas colorido de enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas*. 2. ed. São Paulo: Artes médicas, 1997.

CUNDIFF, E. J. Developing cementoblastoma: case report and update of differential diagnosis. *Quintessence Int*. v. 31, n. 3, p. 191-195, 2000.

DALEY, T.D.; WY SOCKI, G.P.; PINGLE, G.A. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cyst in Canadian population. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 77, n. 3, p. 276-280, 1994.

- DOMINGUEZ, F.V.; FERNANDEZ, L.R.; LUBERTI, R.E. Cementoblastoma benigno: análisis de 25 casos. *Rev Asoc Odontol Argent*, v. 88, n. 3, p. 237-244. May/Junio, 2000.
- EVERSOLE, L.R.; SABES, W.R.; DAUCHESS, V.G. Benign cementoblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 36, p. 824, 1973.
- EVERSON, J.W.; SCULLY, C. *Atlas colorido de patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1995.
- FARMAN, A. G.; KOHLER, W. W.; NORTJÉ, C. J., et al. Cementoblastoma: report of a case. *J Maxillofac Surg*, v. 37, p. 198-203. 1979.
- GARLICK, A.C.; NEWHOUSE, R.F. Benign cementoblastoma: report of a case. *Military Medicine*, v. 155, n. 11, p. 567-570, Nov. 1990.
- GINGELL, J.C.; et al. Benign cementoblastoma. *J Oral Med*, v. 68, p. 8-11, 1984.
- GÜNHAN, O.; ERSEVEN, G.; RUACAN, S. et al. Odontogenic tumors: a series of 409 cases. *Aust Dent J*, v. 35, p. 518-522, 1990.
- HOFFMAN, S. et al. *Intraosseous and parosteal tumors of the jaws*. A.F.I.P. Bethasda, 1987.
- HUVAR, R. J.; BUTURA, C. C. Benign cementoblastoma: report of case. *CDS Ver*, v. 88, n. 8, p. 36-37, Sep. 1995.
- JELIC, J. S.; LOFTUS, M. J.; et al. Benign cementoblastoma: report of an usual case análisis of 14 additional cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 51, p. 1 033-1 037, 1993.
- KEYES, G.; HILDEBRAND, K. Successful surgical endodontics for benign cementoblastoma. *Journal of Endodontics*, v. 13, n. 12, p. 566 - 569, Dec. 1987.
- KRAMER, I.R.H.; PINDBORG, J.J.; SHEAR, M. *WHO. Histological typing of odontogenic tumors*. 2. ed. Berlin: Springer-Verlag, 1992.
- KRAMER, J.R.H.; PINDBORG, J.J.; SHEAR, M. *Histological typing of Odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. Internacional histological classification of tumors*. Geneva: World Health Organization, 1970.
- KRAUSEN, A.; PULLON, P.; GULMEN, S. et al. Cementomas – aggressive or innocuous neoplasms? *Arch Otolaryngol*, v. 103, p. 349-354, 1977.
- LU, Y.; XUAN, M.; TAKADA, T. et al. Odontogenic tumors: a demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 86, dec. 1998.
- MAC DANIEL, R.K. Odontogenic cyst and tumors. Clinical evaluation and pathology. Comprehensive management of head and neck tumors. In: THAWLEY, S.E.; PANJE, W.R. *Saunders, Philadelphia*, 1987. p. 1473-1474.
- MAC DONALD, D.S.; WU, P.C. Cementoblastoma in Hong Kong Chinese: a report of four cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 73, p. 760-764, Jun. 1992.
- MAKEK, M. So called – Fibro-osseous lesions – of tumorous origin. Biology confronts terminology. *J cranio-max-fac Surg*, v. 15, p. 154-168, 1987.
- MOGGI, K.; BELAL, E.; KANO, A.; OTAKE, K. Benign cementoblastoma. Case report. *Australian Dental Journal*, v. 41, n. 1, p. 9-11, 1996.
- MOTHES, P.; KREUSCH, T.; HAMS, D.; DONATH, K.; SCHMELZLE, R. Die Häufigkeit odontogener Tumoren in Wachstumsalter. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, v. 46, p. 18-19, 1991.
- NORBERG, O. Zur Kenntnis der dysontogenetischen Geschwülste der Kieferknochen. *Vjschr Zahnheilk*, v. 46, p. 321, 1930.
- ODUKOYA, O. Odontogenic tumors: analysis of 289 Nigerian cases. *J Oral Pathol Med*, v. 24, p. 454-457, 1995.
- PAPAGEORGE, M.B.; CATALDO, E.; NGHIEM, F.T.M. Cementoblastoma involving multiple deciduous teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 63, p. 602, 1987.
- PETERSON, L.J.; ELLIS III, E.; HUPP, J.R. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 511-537.
- PIATTELLI, A.; D'ADDONA, A.; PIATTELLI, M. Benign cementoblastoma: Review of the literature and report of a case at an unusual location. *Acta Stomatologica Belgica*, v. 87, n. 3, p. 209-215, 1990.
- PYNN, B.R.; SANDS, T.D.; BRADLEY, G.B. Benign Cementoblastoma: A case report. *J Can Dent Assoc*, v. 67, n. 5, p. 260-262, May 2001.
- REGEZI, J.A.; KERR, D.A.; COURTNEY, R.M. Odontogenic tumors: an analysis of 706 cases. *J Oral Surg*, v. 36, p. 771-778, 1978.
- REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. *Patologia bucal: correlações clínico patológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- SALOMÃO, J.A.S.; SALOMÃO, J.I.S. *Manual ilustrado de anestesiologia*. São Paulo: Robe, 1996.
- SLOOTWEG, P.J. Cementoblastoma end osteoblastoma: a comparison of histologic features. *J Oral Pathol Med*, v. 21, p. 385-389, 1992.
- TAYLOR, A.M.; MONTES, C.L.; SANDOVAL, S.C. et al. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 84, p. 672-675, Dec. 1997.
- ULMANSKY, M.; HANSEN, E.H.; PRAETORIUS, F. et al. Benign cementoblastoma: a review and five new cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 77, n. 1, p. 48-55, Jan. 1994.
- ZACHARIADES, N.; SKORDALAKI, A.; PAPAINICOLAOS, S. et al. Cementoblastoma: review of the literature and report of a case in a 7 year-old girl. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 23, p. 456-461, 1985.

Endereço para correspondência

Tiago Lima Menegaz
Rua Tapuias, 251A
Passo Fundo - RS
CEP: 99020-190
Tel.: (54) 311-3568
E-mail: tiagomenegaz@bol.com.br