

Osteomielite de Garré. Atualização do tema e relato de dois novos casos clínicos

Garré's osteomyelitis. An update and report of two new cases

Marceli Moço Silva

Doutoranda em Estomatologia da FO de Araçatuba (Unesp)

Alvimar Lima Castro

Professor Titular de Estomatologia da FO de Araçatuba (Unesp)

Eni Vaz Franco Lima Castro

Professora Assistente das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul (Funec)

Gilberto Aparecido Coclete

Professor Assistente do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da FO de Araçatuba (Unesp)

Resumo

O presente artigo objetivou atualizar o tema e relatar dois casos clínicos de Osteomielite de Garré em crianças. No primeiro caso clínico, havia história de cárie no dente 36, extraído havia 10 dias. Extrabucalmente observava-se tumefação dolorida em região submandibular esquerda. A radiografia oclusal evidenciou expansão da tábua óssea vestibular em camadas com aspecto de "casca de cebola". O tratamento instituído foi antibioticoterapia após cultura e antibiograma. No segundo caso havia tumefação em região submandibular esquerda e restauração metálica no dente 36 com imagens radiolúcidas periapicais circunscritas. Foi realizado tratamento endodôntico e antibioticoterapia. A condição evoluiu favoravelmente em ambos os casos, não havendo sinais de recidiva após 3 meses.

Palavras-chave: osteomielite; mandíbula; Garré.

Abstract

The present article aimed to update and report two clinical cases of Garré's osteomyelitis in children. In the first case, there was history of dental caries in the tooth 36 submitted to extraction ten days before. Extrabucally it was observed painful tumefaction in left submandibular region. The occlusal radiography showed expansion of the board vestibular bone in concentric layers. The treatment was antibiotics after culture and antibiogram. The second case presented swelling in the left submandibular, metallic restoration in the tooth 36 with periapical radiolucent image. It was applied endodontic treatment and antibiotics. The condition has evolved favourably in both reported cases with signs of relapse after follow-up of 3 months.

Keywords: osteomyelitis; mandible; Garré's.

Introdução

A osteomielite de Garré primeiramente descrita em ossos longos como periostite ossificante por Carl Garré, em 1893, referia uma reação periosteal resultante de infecção de baixa virulência ou irritação crônica. Na literatura odontológica foi descrita inicialmente por BERGER (2), em 1948, como ossificação perimandibular, sendo o termo osteomielite de Garré referido por PELL (13) ao descrever um caso envolvendo mandíbula. Outros termos têm sido utilizados como periostite de Garré, periostite ossificante, periostite ossificante não supurativa e ossificação perimandibular, sendo atualmente mais utilizada a denominação de osteomielite de Garré (9, 11).

Quanto à ocorrência, tem-se observado com maior frequência em tíbia, fêmur e ossos maxilares, principalmente mandíbula de pessoas com menos de 25 anos (4, 12), havendo também relatos em maxila (5, 7, 8).

Quanto às características clínicas da osteomielite de Garré, os pacientes exibem quadros típicos, tais como: aumento do volume lateral da borda posterior do corpo da mandíbula de consistência firme, cor da pele normal ou discretamente eritematosa, gerando assimetria facial. A mucosa bucal em geral não apresenta sinais e sintomas, entretanto, pode existir dor ou desconforto local, linfadenopatia regional do tipo inflamatória, seguida ou não de febre nas fases iniciais do processo e leucocitose (3, 4).

O diagnóstico da osteomielite de Garré é essencialmente clínico/radiográfico, considerando-se a análise radiográfica imprescindível para a determinação do diagnóstico. É decisiva a observação de lesão radiolúcida difusa periapical associada a dente com cárie e comprometimento pulpar, além de crescimento ósseo periosteal em camadas na superfície externa da cortical, semelhante às camadas de "cebola seccionada" (8).

Histologicamente é observado um quadro osteofibroso com características benignas, rico em fibras colágenas, moderadamente celularizado e com discreto infiltrado linfocitário, além de uma massa supracortical e subperiosteal composta por tecido reativo neoformado com aparência osteóide, identificando-se osteoblastos circundando essas trabéculas, que são frequentemente orientadas de forma perpendicular ao córtex e paralelas umas com as outras, com tecido fibroso entre elas. Esse padrão de calcificação tem sido também observado em alguns casos de doença de Caffey, hipervitaminose A, sífilis, leucemia, sarcoma de Ewing, neuroblastoma metastático, displasia fibrosa, querubismo e até em reparo de fratura óssea (1, 3, 5, 9).

Quanto à terapêutica, há relatos de sucesso apenas com a remoção da causa, como tratamento endodôntico ou exodontia, (4) sendo também considerada a importância de antibioticoterapia (3, 6, 15). Em alguns casos tem sido recomendado um protocolo terapêutico incluindo rompimento do foco de infecção, debridamento e remoção de tecido ósseo necrótico do periápice, cultura e identificação específica do patógeno, drenagem e irrigação da região, antibioticoterapia baseada na coloração de Gram e estabilização dos tecidos calcificados na região, podendo se associar a essa terapêutica a decorticalização, para aumentar a perfusão microvascular da região (10), uso de retalhos irrigados ou oxigenação hiperbárica (14).

Considerando a ocorrência pouco frequente no consultório odontológico, o presente artigo teve como objetivo apresentar dois novos casos clínicos de osteomielite de Garré, enfocando suas características clínicas, radiográficas e terapêuticas.

Caso Clínico 1

Paciente melanoderma do sexo feminino com 13 anos de idade, com história de exodontia do dente 36 a dez dias, devido dor e destruição total de sua coroa. A paciente trazia consigo uma radiografia periapical que evidenciava presença de raízes residuais do 36, com área radiolúcida periapical. Extrabucalmente notava-se tumefação avermelhada na região de pele submandibular esquerda (Figura 1), presença de enfartamento ganglionar tipo inflamatório na mesma região e, intrabucalmente, discreto abaulamento no fórnix vestibular inferior posterior esquerdo, de consistência firme

e sem alteração de cor (Figura 2). A história médica não foi contributiva.

Foi realizada radiografia oclusal que mostrou expansão da tábua óssea vestibular em várias linhas radiopacas sobrepostas e dispostas paralelamente umas com as outras, com aspecto de “casca de cebola” (Figura 3).

Com o diagnóstico clínico de osteomielite de Garré, foram realizados cultura e antibiograma, identificando-se bactérias gram-positivas com alta sensibilidade a amoxicilina, a partir das quais foi realizada antibioticoterapia (Amoxicilina 500mg de 8/8 horas pelo período de 10 dias). O acompanhamento de noventa dias não mostrou evidências clínicas de lesão.



Figura 1. Caso clínico 1: tumefação avermelhada na pele da região submandibular do lado esquerdo

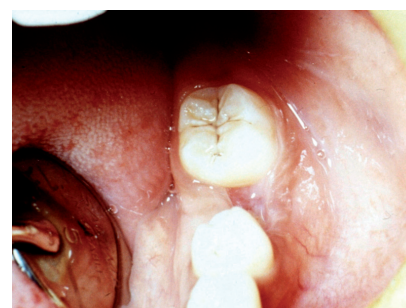


Figura 2. Caso clínico 1: abaulamento no fundo de vestibulo posterior inferior do lado esquerdo



Figura 3. Caso clínico 1: radiografia oclusal inferior mostrando linhas radiopacas concêntricas com aspecto de “casca de cebola” na face vestibular da mandíbula

Caso Clínico 2

Paciente leucoderma do sexo masculino com 10 anos de idade, apresentando tumefação avermelhada na região submandibular esquerda e presença de enfartamento ganglionar do tipo inflamatório. A história médica nada evidenciou que fosse digno de nota, observando-se intrabucalmente restauração metálica no dente 36. Radiograficamente havia áreas radiolúcidas difusas periapicais nesse dente e espessamento periosteal da tábua óssea vestibular (Figura 4).

Com base nos exames clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica foi de osteomielite de Garré, realizando-se tratamento endodôntico do 36 (sem vitalidade pulpar) e antibioticoterapia com Amoxicilina 500mg de 8/8horas pelo período de 10 dias. O acompanhamento de 3 meses não mostrou sinais de lesão.

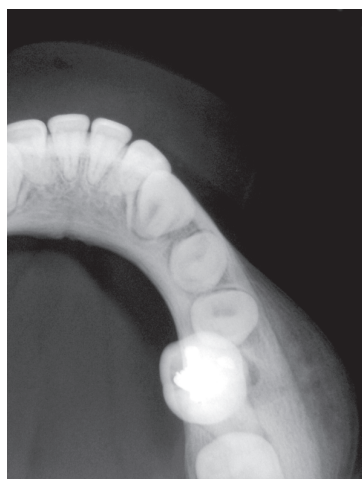


Figura 4. Caso clínico 2: radiografia oclusal inferior mostrando expansão da cortical óssea vestibular por osteoformação em camadas na face vestibular da mandíbula

Discussão

Os dois casos clínicos relatados ocorreram em crianças com menos de 15 anos, em concordância com a literatura consultada, que traz a maioria dos casos com a mesma faixa etária de idade (4). Não se sabe ao certo o que provoca esse tipo de reação no tecido ósseo, porém algumas hipóteses são consideradas, como a alta atividade do periósteo na criança, que reagiria frente a uma infecção de baixa virulência ou como resultado do desequilíbrio entre as atividades osteoblásticas e osteoclásticas com predominância da primeira, determinada por fatores individuais. Sabe-se que o tecido ósseo de indivíduos jovens reage com muito mais dinâmica que em indivíduos de mais idade (12).

Quanto à localização, os dois casos relatados no presente artigo ocorreram em mandíbula, também em concordância com a literatura, que indica maior ocorrência nessa região. A maxila é raramente sítio de processo osteomielítico, identificando-se apenas um caso descrito em maxila adulta (7). Este fato teria explicação baseada em dois aspectos principais: a anatomia e a vascularização dessas regiões (5, 11).

Além da predileção por mandíbulas de crianças, a osteomielite de Garré é usualmente descrita na literatura como uma infecção associada ao primeiro molar inferior permanente acometido por cárie (3, 8). A preferência por esse dente talvez pudesse ser explicada pelo fato de que o primeiro molar inferior é um dos primeiros dentes permanentes a irromper na cavidade bucal, conseqüentemente o que ficaria mais tempo exposto a agentes cariogênicos, favorecendo

a proliferação bacteriana. Além disso, há relatos sobre a possibilidade da ocorrência estar associada à doença periodontal e outros fatores como exodontias recentes, traumas e alterações metabólicas sob a forma reacional do organismo frente a uma agressão de longa frequência de atuação, de caráter crônico e não supurativo (6, 8).

Os presentes relatos reforçam que o diagnóstico da osteomielite de Garré é basicamente clínico, somando-se a exame físico da lesão e os achados radiográficos. Apesar de não ser isoladamente conclusivo, o exame radiográfico é de grande valor no processo de diagnóstico, em especial na identificação de lesão periapical crônica e das lamelas periosteais concêntricas (4).

Algumas enfermidades mostram características radiográficas semelhantes às da osteomielite de Garré e precisam ser diferenciadas, entre elas a síndrome de Caffey (hiperostose cortical infantil), que além dos ossos faciais pode acometer outros ossos, como clavículas, pélvis e as extremidades; o sarcoma de Ewing, que exibe um crescimento rápido acompanhado de neuralgia e parestesia, associando-se a lesões osteolíticas e difusas, com predileção por homens na terceira década de vida, com sinais de febre e tumefação local, seguidas de imagens que lembram “casca de cebola” ou “raios de sol” ou “roído de traça”; a hipervitaminose A, que não causa tumefação facial e a displasia fibrosa que apresenta aspecto radiográfico de “vidro fosco” (1, 3, 5, 9).


Nos casos clínicos apresentados o tratamento proposto foi a remoção da causa: no primeiro caso já havia sido realizada a extração do dente envolvido ne-

cessitando apenas de antibioterapia e no segundo caso a endodontia e a antibioticoterapia, sendo que esse tipo de terapêutica é recomendado pela literatura (3, 6, 15). O uso da terapia adjunta de oxigênio hiperbárico tem sido incluído nas formas mais refratárias de osteomielites dos maxilares por acentuar a resposta imunológica local e regional dos maxilares, bem como,

para produzir angiogênese microvascular por perfusão (14). No entanto, o processo é de alto custo, além de existirem poucos aparelhos disponíveis no mercado, deixando o procedimento pouco viável.

Conclusão

O diagnóstico da osteomielite de Garré é eminentemente clínico e radiográfico, só necessitando da

confirmação histológica em casos onde surjam dúvidas, quando a imagem radiográfica não mostra claramente a expansão da cortical em camadas e não apresentar necrose pulpar e lesão periapical associada. O prognóstico é favorável quando é removida totalmente a causa e realizada antibioticoterapia coadjuvante. 

Referências Bibliográficas

1. BELLI, E., MATTEINI, C., ANDREANO, T. Sclerosing osteomyelitis of Garré periostitis ossificans. *J. Craniofac. Surg.*, v. 13, n. 6, p. 765-768, Nov., 2002.
2. BERGER, A. Perimandibular ossification of possible traumatic origin: report of a case. *J. Oral Surg.*, v. 6, n. 1, p. 353-356, 1948.
3. BOSSCHE, L. H. V., DEMEULEMEESTER, J. D. A., BOSSUYT, M. H. Periodontal infection leading to periostitis ossificans (Garré's osteomyelitis) of the mandible. Report of case. *J. Periodontol.*, v. 64, n. 1, p. 60-62, Jan., 1993.
4. CASTRO, F. P. M. S., GUARÉ, R. O., MATHIAS, R. S. Osteomielite de Garré: considerações gerais e relato de caso clínico. *Ver. ABO Nac.*, v. 9, n. 4, p. 247-250, ago.-set., 2001.
5. CORTEZZI, W., FERREIRA, S. M. S., SANTOS, M. G. G. Osteomielite dos maxilares (III). *RBO*, v. 14, n. 5, p. 33-43, set.-out., 1987.
6. DUTRA, M. E. P., OLIVEIRA, J. X., FERREIRA, E. T. T. *et al.* Osteomielite de Garré. Revisão atualizada da literatura. *Rev. Odontol. UNICID*, v. 9, n. 2, p. 149-154, jul.-dez., 1997.
7. EISENBUD, L., MILLER, J., ROBERTS, L. Garré's proliferative periostitis occurring simultaneously in four quadrants of the jaws. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 51, n. 2, p. 172-178, Feb., 1981.
8. FELSBERG, G., GORE, R. L., SCWETZER, M. E. *et al.* Sclerosing osteomyelitis of Garré (periostitis ossificans). *Oral Surg. Oral Méd. Oral Pathol.*, v. 70, n. 1, p. 117-120, Jun., 1990.
9. FREITAS, C., CAVALCANTI, M. G. P., VARELI, O. J. Aspectos radiográficos das osteomielites: revisão da literatura. *RBO*, v. 54, n. 6, p. 314-317, 1997.
10. HUDSON, J. W. Osteomyelitis of the jaws: a 50-year perspective. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 51, n. 12, p. 1294-1301, Dec., 1993.
11. JACOBSON, H. L. J., BAUMGARTNER, J. C., MARSHALL, J. G. *et al.* Proliferative periostitis of Garré: Report of a case. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 94, n. 1, p. 111-114, Jul., 2002.
12. KANNAN, S. K., SANDHYA, G., SELVARANT, R. Periostitis ossificans (Garre's osteomyelitis) radiographic study and two cases. *Int. J. Pediatric Dent.*, v. 16, n. 1, p. 59-64, Jan., 2006.
13. PELL, G. J. Garré's osteomyelitis of the mandible: a report of a case. *J. Oral Surg.*, v. 13, n. 3, p. 248-252, Jul., 1955.
14. STRAUSS, M. B. Chronic refractory osteomyelitis: review and role of hiperbaric oxygen. *Hyperbolic Oxygen Review*, v. 1, n. 1, p. 231, 1980.
15. SUEI, Y., TAGUCHI, A., TANIMOTO, K. Diagnosis and classification of mandibular osteomyelitis. *Oral Surg. Oral Méd. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 100, n. 2, p. 207-214, Aug., 2005.

Recebido em: 15/05/2008

Aprovado em: 13/10/2008

Marceli Moço Silva

Alameda Padre Anchieta, 719 – Centro
Adamantina/SP, Brasil – CEP: 17800-000
E-mail: marcelisilva@uol.com.br