



DISSERTAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO (ARTIGO TIPO “CASO CLÍNICO”)

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE PATOLOGIAS ÓSSEAS MANDIBULARES
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Teresa Vanessa Sampaio Vieira

Afiliação Joaquim Luís Magalhães Vieira
Maria Emília Fernandes Sampaio

Morada Edifício Cidade Nova, Bloco D, 3º Frente
Rua António Manuel Cerqueira Magro
Borba de Godim
4615-594 Lixa

Porto, Julho de 2012



DISSERTAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO (ARTIGO TIPO “CASO CLÍNICO”)
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE PATOLOGIAS ÓSSEAS MANDIBULARES
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Teresa Vanessa Sampaio Vieira

Orientador: Professor Doutor António Cabral de Campos Felino

Porto, Julho de 2012

RESUMO

Introdução: A Ortopantomografia é usada por rotina nos consultórios médico-dentários, e permite-nos detetar lesões com alteração da densidade óssea nas estruturas maxilo-faciais. As características radiográficas das lesões ajudam-nos a estabelecer diagnósticos, embora esses dados devam ser complementados com história e avaliação clínicas completas; por vezes exames complementares de diagnóstico adicionais são necessários. A Osteosclerose Idiopática caracteriza-se por lesões ósseas sem etiologia conhecida, geralmente presentes na mandíbula, e cuja densidade óssea está aumentada; a sua imagem radiográfica apresenta portanto radiopacidade superior à do osso circundante. Imagens semelhantes podem ocorrer associadas à Osteite Condensante, ao Osteoma Compacto e à Displasia Cimento-óssea Periapical; o diagnóstico diferencial com estas patologias deve ser feito. **Descrição do Caso:** Numa consulta de triagem, na Unidade Clínica Cirurgia Oral IV do Curso Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto, surgiu um paciente, do sexo masculino, de 31 anos de idade. Na análise da Ortopantomografia detetou-se uma área radiopaca, adjacente ao periápice das raízes dos dentes 36 e 37, de causa desconhecida. Não há sintomatologia e pensa-se que os dentes envolvidos estão vitais. Não se detetou clinicamente expansão da cortical óssea. **Discussão:** Os dados clínicos e radiográficos são congruentes com o diagnóstico de Osteosclerose Idiopática. Uma vez que não conseguimos atribuir a origem da lesão a um distúrbio inflamatório descartamos a hipótese de se tratar de uma cicatriz de Osteite Condensante. Não se detetou expansão da cortical óssea, portanto não estaremos perante um Osteoma Compacto. A Displasia Cimento-óssea Periapical apresenta, radiograficamente, um halo radiolúcido em torno da área radiopaca; esta característica não ocorre nas lesões de Osteosclerose Idiopática e não existe na lesão encontrada. **Conclusão:** Embora se possa fazer um diagnóstico seguro de Osteosclerose Idiopática com base nos dados clínicos e radiográficos, propomos a realização de exame complementar de diagnóstico, SPECT/CT óssea, que nos dá informações sobre alterações morfológicas e alterações da atividade osteoblástica.

ABSTRACT

Introduction: Usually Orthopantomography is used in dental offices and allow us to detect lesions with bone density abnormalities in maxillofacial structures. Lesions radiographic features help us to make diagnosis, although those must be complemented with clinical history and evaluation; sometimes additional diagnostic complementary tests are required. Idiopathic Osteosclerosis is characterized by bone lesions without known cause, commonly present in jaw, and whose bone density is increased; its radiographic image has more radiopacity than surrounding bone. Similar images may be present in Condensing Osteitis, Compact Osteoma and Periapical Cemento-osseous Dysplasia; those pathologies do differential diagnosis with Idiopathic Osteosclerosis.

Case Description: A male patient, 31 years old, came to a screening office visit, in Unidade Clínica Cirurgia Oral IV of Curso Mestrado Integrado em Medicina Dentária of Universidade do Porto. At the study of his orthopantomography it was detected a radiopaque area, adjacent to the root apices of 36 and 37 teeth, with no known cause.

There was no symptomatology and it is believed the teeth were vital. It wasn't detected

osseous cortical expansion. **Discussion:** Clinical and radiographic features are congruent with the diagnosis of Idiopathic Osteosclerosis. It is rejected the hypothesis that lesion is a scar of Condensing Osteitis because we cannot attribute an inflammatory disorder to its beginning. It wasn't detected osseous cortical expansion, so it shouldn't

be a Compact Osteoma. In radiographies, Periapical Cemento-osseous Dysplasia presents a radiolucent halo surrounding radiopaque area; this feature doesn't occur in Idiopathic Osteosclerosis and it isn't present in lesion founded.

Conclusion: Although we may do a reliable diagnosis of Idiopathic Osteosclerosis based on clinical and radiographic features, we propose the execution of a diagnostic complementary test, osseous SPECT/CT, which gives information about morphologic and osteoblastic abnormalities.

PALAVRAS-CHAVE: Osteosclerose Idiopática, diagnóstico diferencial, Osteoma Compacto, Osteite Condensante, Displasia Cemento-óssea Periapical, SPECT/CT, Ortodontomografia.

KEY-WORDS: Idiopathic Osteosclerosis, differential diagnosis, Compact Osteoma, Periapical Cemento-osseous Dysplasia, SPECT/CT, Orthopantomography.

INTRODUÇÃO

A Ortopantomografia é um exame radiográfico usado por rotina nos consultórios médico-dentários. Com a sua análise é possível detetar-se anomalias ou alterações ao nível das estruturas anatómicas maxilofaciais, nomeadamente ósseas e dentárias. No que diz respeito às estruturas ósseas mandibulares, com este exame podemos observar imagens radiopacas ou radiolúcidas sugestivas de condensação ou rarefação óssea respetivamente, que poderão ser úteis no despiste de lesões nestes tecidos (neoplásicas, inflamatórias e degenerativas). De acordo com as diversas características da aparência (forma, contorno, tamanho, etc.) e da localização das lesões, a Ortopantomografia ajuda-nos a colocar hipóteses de diagnóstico, embora possa ser necessário realizar-se estudo clínico e exames complementares para se obter um diagnóstico definitivo.

Em consulta de triagem, na Unidade Clínica Cirurgia Oral IV do Curso Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto, a 31 de Outubro de 2011, surgiu um paciente, P. B., do sexo masculino, de 31 anos de idade. No estudo da Ortopantomografia realizada no mesmo dia, observámos a presença de uma área radiopaca junto ao periápice da raiz distal do dente 36 e das raízes do dente 37.

No estudo dos dados clínicos obtidos levantou-se a suspeita de estarmos perante uma imagem representativa de Osteosclerose Idiopática (OI), que radiograficamente apresenta uma imagem correspondente a uma área de radiopacidade aumentada^{1,2,3,4,5}, de causa desconhecida^{1,2,3,4,5,6,7}, não podendo ser atribuída a nenhum distúrbio inflamatório⁸, displásico, neoplásico ou sistémico^{1,6}. Pensa-se que a prevalência da OI é de aproximadamente 5%, embora não haja certeza quanto a este valor^{6,8,9}. Cerca de 90% das lesões ocorre na mandíbula^{6,8,10}, maioritariamente na região do primeiro molar, embora seja também frequente estas surgirem junto ao segundo pré-molar e ao segundo molar^{6,11}; este tipo de lesões pode estar presente noutros ossos⁶. Na maioria dos casos, a OI apresenta um único foco, no entanto num pequeno número de pacientes podem ser observadas duas ou três áreas de envolvimento⁶. As lesões de OI são invariavelmente assintomáticas^{1,2,3,4,5,7} e não estão associadas a expansão detetável da cortical óssea^{1,6,7}. A maioria surge no final da primeira década de vida ou início da segunda e, após serem notadas, podem manter-se estáticas, mas muitas demonstram um crescimento lento⁶. Em grande parte dos casos, quando o paciente atinge a maturidade a área esclerótica

estabiliza, embora numa pequena percentagem ocorra diminuição ou regressão total⁶. Na terceira década de vida ocorre o pico de prevalência⁶.

A Osteíte Condensante (OC) e o Osteoma Compacto (OCto) são amplamente referidos na bibliografia consultada como diagnósticos diferenciais da OI. Há ainda referência, embora menos frequente, à Displasia Cimento-óssea Periapical (DCOP) como tendo semelhanças com essa lesão.

Focos radiopacos parecidos com os de OI podem ocorrer em áreas periapicais de dentes com polpas não vitais ou significativamente inflamadas^{1,6}; estas lesões representam uma resposta a estímulos inflamatórios de elevado grau^{1,6} e devem ser designadas de OC ou Osteomielite Esclerosante Crónica Focal^{1,6}, podendo ocorrer a partir de um processo de reparação ou cicatrização^{12,13}.

Embora o OCto mostre semelhanças histológicas e radiográficas com a OI, diferencia-se desta por apresentar crescimento contínuo e expansão da cortical óssea⁶.

Apesar de num dos seus estadios a Displasia Cimento-óssea Periapical apresentar radiograficamente imagens de lesões calcificadas associadas a dentes vitais e ser raro o crescimento e a expansão da cortical óssea, estas encontram-se circunscritas por um halo radiolúcido⁶; além disso, por norma estas lesões envolvem vários dentes e predominam na região anterior da mandíbula^{6,14}.

Frequentemente o diagnóstico de OI pode ser feito com confiança, baseado na história, nos dados clínicos e nos achados radiográficos⁶. Para o estudo do diagnóstico diferencial propomos a realização de exame complementar, a Cintigrafia Óssea na modalidade híbrida SPECT/CT^{15,16} (Single Photon Emission Computed Tomography) com HDP-Tc-99m (um difosfonato marcado com o radioisótopo ^{99m}Tc), que permite avaliar não só alterações morfológicas mas também aumento da atividade osteoblástica^{15,16}. A realização de biópsia deve ser considerada apenas se estiverem presentes sintomas ou expansão da cortical óssea⁶.

Com o estudo deste caso clínico pretende-se realçar a importância do despiste de lesões orofaciais através da observação meticulosa da Ortopantomografia. Além disso, propõe-se a realização de um exame complementar de diagnóstico não invasivo, a SPECT/CT óssea, que poderá trazer não só dados úteis para o diagnóstico diferencial da lesão, como também ser uma mais-valia em termos académicos e científicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

No dia 31 de Outubro de 2011, surgiu na consulta de triagem na Unidade Clínica Cirurgia Oral IV do Curso Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto o paciente P. B., do sexo masculino, caucasiano, de 31 anos de idade. O motivo de consulta era o tratamento de lesões de cárie.

O paciente referiu ser asmático, sem sofrer sintomatologia devido à doença há bastante tempo. Não existiam outras informações sobre a história clínica e sobre a história familiar relevantes. O paciente aparentava ter boa higiene oral, e embora possuísse inúmeros tratamentos dentários conservadores, apresentava boa condição geral da saúde oral.

Ao observar-se a Ortopantomografia realizada na data da consulta verificou-se uma imagem de radiopacidade aumentada a envolver o periápice da raiz mesial do dente 37, e próxima do periápice da raiz distal dos dentes 36 e 37 (Fig. 1).



Fig. 1: Ortopantomografia obtida no dia 31 de Outubro de 2011. Note-se a imagem radiopaca adjacente, inferiormente, ao dente 37.

Na Ortopantomografia, a lesão aparenta uma massa bem definida, aproximadamente elíptica, que apresenta uma mistura de vários graus de radiopacidade, não sendo portanto homogénea; não se encontra circunscrita por um halo radiolúcido.

Ao analisarmos o Raio-X periapical (Fig. 2) não detetamos alterações evidentes na integridade periodontal. Pensa-se que não existe reabsorção radicular dos dentes

envolvidos, no entanto, devido à semelhança do grau de radiopacidade das peças dentárias e da lesão, não podemos afirmá-lo com certeza baseando-nos apenas na informação obtida através deste Raio-X e da Ortopantomografia. No Raio-X periapical a lesão aparenta radiopacidade mais homogênea do que na Ortopantomografia.



Fig. 2: Raio-X periapical, região dos dentes 36 e 37, mostrando a lesão radiopaca.

Na observação extra-oral verificou-se que o paciente apresentava simetria facial (Fig. 3).








Fig. 3: Fotografia extra-oral frontal do paciente, onde se verifica haver simetria facial.

Na inspeção intra-oral, em que se fez palpação dos bordos medial e lateral do corpo da mandíbula (através da mucosa), à esquerda, não se detetou qualquer anomalia, nomeadamente expansão da cortical óssea. A nível dentário, no terceiro quadrante não foram identificadas lesões de cárie (através de avaliação visual e radiográfica). Ao ser questionado, o paciente não referiu nenhum sintoma localizado nessa região, nem naquele momento nem no passado. Com os dados clínicos e radiográficos recolhidos admite-se que os dentes 36 e 37 estariam vitais, embora a avaliação clínica deva contemplar o estudo da vitalidade através dos testes de sensibilidade ao frio e ao quente e do teste elétrico cujos resultados se espera serem positivos.

Observou-se a existência de uma restauração oclusal no dente 36, em amálgama, profunda. Como se pode verificar através das imagens da Tabela I, a restauração foi realizada já na idade adulta, muitos anos após o início do desenvolvimento da lesão, facto a ser discutido no Desenvolvimento. Outra informação relevante, e que se verifica nas imagens da Tabela 1, é que a lesão surge após a erupção do dente 36 e algures entre os 7 e os 12 anos de idade do paciente.

Tabela I – Evolução radiográfica da imagem radiopaca em estudo

7 Anos e 3 meses	12 Anos e 8 meses	18 Anos e 10 meses	23 Anos e 4 meses	31 Anos e 5 meses
				

Nota: Estas imagens constituem cortes de Ortopantomografias obtidas entre os 7 e os 31 anos de idade do paciente. Nestas observamos a evolução da imagem radiopaca associada ao periápice da raiz distal do dente 36 e das raízes do dente 37, desde a infância até ao início da terceira década de vida. À exceção da última Ortopantomografia, realizada na FMDUP, todas são da cortesia do Prof. Dr. António Felino.

DISCUSSÃO

A informação recolhida e apresentada na Descrição do Caso é consistente com o diagnóstico de OI. Na Ortopantomografia da Fig. 1 observamos uma imagem que corresponde a uma área de radiopacidade aumentada, associada ao periápice dos dentes 36 e 37, para a qual não se conhece causa, isto é, não podemos atribuir a lesão a nenhum distúrbio inflamatório, displásico, neoplásico ou sistémico.

Ao analisarmos a evolução da lesão ao longo da vida do paciente, verificamos que esta deverá ter surgido algures entre o fim da primeira década de vida e o início da segunda, tendo aparentemente estabilizado no início da terceira década de vida, uma vez que não se observam alterações no formato da imagem da lesão da Ortopantomografia dos 23 anos de idade para a Ortopantomografia dos 31 anos de idade; se analisarmos com cuidado ambas as imagens podemos até verificar que a variação de homogeneidade da radiopacidade da lesão se mantém, o que nos leva a crer que houve estabilização da lesão no início da idade adulta do paciente, quando este atingiu a maturidade.

A localização da lesão é a tipicamente descrita para lesões de OI, ou seja, na região dos primeiro e segundo molares, a nível mandibular, e surge como lesão única, não havendo sintomatologia associada nem expansão da cortical óssea clinicamente detetável.

Ainda em concordância com o diagnóstico de OI, pensamos que os dentes envolvidos pela lesão estarão vitais, não tendo sido detetadas lesões de cárie nos mesmos, além de o paciente não ter referido qualquer sintomatologia associada à região envolvente, nem atual nem passada. A vitalidade dos dentes deverá ser confirmada através de testes de sensibilidade ao frio e ao quente e do teste elétrico, para podermos afirmar com certeza que estes de facto se apresentam vitais.

Pode verificar-se pela Tabela I que a única restauração presente no terceiro quadrante foi realizada após os 23 anos de idade, no dente 36. Não sabemos se esta restauração terá sido realizada para tratar uma cárie associada a um processo inflamatório significativo, mas sabemos que foi feita já na vida adulta, ou seja muito depois do início da lesão radiopaca associada ao ápice da raiz distal deste dente; este facto indica-nos que não podemos atribuir ao aparecimento da lesão a existência de um processo inflamatório, conhecido, ocorrido neste dente e associado a cárie. É importante

realçar desde já o valor que tem podermos ter acesso aos dados radiográficos passados do paciente para nos ajudar a conhecer a decurso da história dentária e óssea, e assim estudar e compreender o processo de evolução da lesão; sem esses dados não teríamos como saber quando foi realizada a restauração, podendo erradamente ser atribuída a existência de um processo inflamatório devido a uma cárie profunda ao aparecimento da lesão. Embora a lesão esteja adjacente ao periápice da raiz distal do dente 36, pelas imagens da Tabela I verificamos ainda que esta tem início após a erupção deste dente.

Segundo Robert P. Langlais et. al., em certas circunstâncias, pode ocorrer aumento da formação óssea relacionada com pressão ou stress exercidos sobre o osso⁸, que leva ao aparecimento de condensação óssea localizada nessa região⁸; estes casos são diagnosticados como Osteosclerose⁸. No caso aqui estudado não conseguimos associar esta causa ao aparecimento da lesão.

Como já se referiu na Introdução, existem patologias com semelhanças em relação à OI^{6,17} e com as quais podemos fazer o diagnóstico diferencial.

A OC é a patologia mais vezes referida como diagnóstico diferencial da OI. Embora as lesões de OC apresentem semelhanças radiográficas com as de OI, estas surgem como uma cicatriz resultante de um processo de reparação que ocorre após uma infeção periapical aguda ou um processo inflamatório moderado provocado por uma cárie profunda¹². Enquanto as lesões de OI, após se desenvolverem, tendem a estabilizar, as lesões radiopacas associadas a OC geralmente acabam por regredir, havendo redução ou remissão total da condensação óssea, acabando aquele osso por adquirir praticamente a mesma densidade óssea que o osso adjacente¹². Assim, e uma vez que a OC está associada a dentes não vitais ou sujeitos a processos inflamatórios moderados, poderemos descartar a hipótese de estarmos perante uma lesão deste tipo; isto porque, como foi já discutido, apesar de ter possivelmente havido um processo inflamatório devido a uma lesão de cárie intermédia e profunda (restauração próxima do corno pulpar mesial) no dente 36, este terá ocorrido já na idade adulta, sendo que a lesão radiopaca próxima ao dente surgiu muitos anos antes.

Outra patologia que tem semelhanças, quer radiográficas quer histológicas, com a OI é o OCTo. O crescimento contínuo e a expansão da cortical óssea são características do OCTo que não estão presentes na OI. Durante a avaliação clínica não se detetaram alterações a nível ósseo naquela região, porém a realização de Tomografia

Computorizada (TAC) poderá ser útil para estudarmos a lesão do ponto de vista tridimensional e para avaliarmos se não existe de facto expansão da cortical óssea, por comparação do volume do corpo da mandíbula à esquerda e à direita (através de cortes axiais); este exame complementar de diagnóstico permite portanto detetar alterações morfológicas.

Em alternativa à TAC, propomos que se realize Cintigrafia Óssea, na modalidade híbrida SPECT/CT, que permite estudar não só alterações morfológicas mas também alterações da atividade osteoblástica, que ocorrem em inúmeros processos patológicos, incluindo os neoplásicos^{15,16}; assim, este exame torna-se mais completo que a TAC. A SPECT/CT óssea poderá ser incluída nos exames auxiliares de diagnóstico em casos de imagens radiográficas de lesões atípicas e que causam incerteza nos médicos dentistas no momento do diagnóstico; este combina as potencialidades da Cintigrafia Óssea com as da Tomografia Computorizada, e poderá preceder a realização de Biópsia Óssea em casos duvidosos, uma vez que dá informações diagnósticas muito úteis, tendo a grande vantagem de ser um exame não invasivo.

A realização de Biópsia Óssea está indicada apenas quando há sintomas ou expansão da cortical óssea e não é aconselhada nos casos em que através da avaliação clínica e radiográfica se consegue fazer o diagnóstico de OI⁶. Quando é possível o diagnóstico ser efetuado com confiança com esses dados, deverá evitar-se a realização de Biópsia Óssea uma vez que este procedimento pode levar a complicações, sem trazer benefícios diagnósticos¹⁸.

Finalmente, a DCOP, no estadio final do seu desenvolvimento, poderá apresentar imagens radiográficas semelhantes às de OI, além de estar quase sempre associada a dentes vitais e que invulgarmente possuem restaurações, de ser assintomática¹⁴, e raramente sofrer crescimento progressivo e expansão da cortical óssea⁶. Porém, estas lesões ocorrem predominantemente na região anterior da mandíbula¹⁴, ao contrário da OI que por norma surge associada ao segundo pré-molar, ao primeiro molar ou ao segundo molar; além disso, as lesões de DCOP geralmente têm uma área de envolvimento mais abrangente do que a OI⁶. No entanto a característica que nos leva a crer que não estaremos perante uma DCOP é a ausência de um halo radiolúcido em torno da calcificação, que ocorre na DCOP mas não na OI⁶. É assim de

reforçar que características radiográficas das lesões poderão ser decisivas para o seu diagnóstico.

A confirmar-se o diagnóstico de OI, nenhum tratamento está indicado^{6,8,19}. Quando a lesão é descoberta durante a adolescência, é prudente a realização periódica de radiografias até que ocorra estabilização da área⁶. Uma vez que o paciente é já adulto e as radiografias indicam que há estabilidade da lesão (de acordo com as Ortopantomografias analisadas, não terá havido alterações observáveis desde os 23 até aos 31 anos de idade), a probabilidade de ocorrer progressão ou alteração da lesão é quase nula⁶.

Apesar de não ser necessário realizar-se qualquer tipo de tratamento quando se diagnosticam lesões de OI, é importante que se tenha consciência de haver a possibilidade, embora rara, de surgirem complicações associadas a elas, nomeadamente alteração da posição de dentes que erupcionam junto a lesões de OI⁷. Além disso, em Tratamento Ortodôntico em pacientes com OI, poderá haver dificuldade ou impedimento de movimentos dentários se a condensação envolver as raízes⁷. Luciano Marques-Silva et al.⁷ relatam um caso de erupção dentária ectópica associada à presença de uma lesão de OI, que causou reabsorção radicular; esta complicação é extremamente rara⁷. Outras complicações que podem surgir são retenção dentária^{2,7} e compressão nervosa².

Devido à densidade óssea da lesão ser muito semelhante à densidade dentária, é difícil percebermos se existe ou não reabsorção radicular dos dentes; além disso, e uma vez que as Ortopantomografias e o Raio-X periapical são exames que apenas nos dão uma visão bidimensional dos objetos, não conhecemos o formato real da lesão. Com a realização de um exame imagiológico tridimensional poderíamos saber se existe ou não reabsorção dos ápices radiculares, qual o formato real da lesão e qual a sua relação com as raízes dentárias; tais informações poderiam ser úteis se houvesse indicação para realização de Tratamento Ortodôntico, prevendo-se possíveis complicações. Assim, quer a TAC quer a SPECT/CT são úteis, sendo que para diagnóstico o segundo é mais completo.

Foi referida no início da Introdução a importância que a Ortopantomografia tem no despiste e no diagnóstico de lesões nas estruturas maxilofaciais. Este facto foi claramente comprovado com a discussão deste caso clínico. Foi através da

Ortopantomografia realizada na consulta de triagem que detetámos a lesão, impercetível clinicamente. Da Ortopantomografia pudemos retirar informações importantes que nos ajudaram a realizar o diagnóstico diferencial com outras patologias, que embora apresentem semelhanças radiográficas com a OI também mostram diferenças.

O acesso às Ortopantomografias mais antigas do paciente permitiu que estudássemos a história da evolução da lesão em termos radiográficos, ajudando-nos também a estabelecer o diagnóstico. Ao contrário do que sucede neste caso em particular, existem doenças com prognósticos mais ou menos graves, e cujo conhecimento da evolução radiográfica poderá ser decisivo para se realizar um diagnóstico, um plano de tratamento e um prognóstico mais certos.

CONCLUSÃO

Após estudarmos os dados clínicos e radiográficos conhecidos deste caso clínico chegamos ao diagnóstico de OI. Embora a OC, o OCto e a DCOP apresentem imagens radiográficas semelhantes às de OI, há características que estão presentes nestas patologias e que não foram observadas na lesão encontrada. O diagnóstico diferencial é particularmente importante nas lesões de aparência atípica.

As lesões de OI não requerem tratamento, exceto quando provocam retenção dentária ou compressão nervosa.

Propõe-se a realização de SPECT/CT óssea, que pode dar informações preciosas para o diagnóstico diferencial da OI com as restantes patologias supracitadas. Além do benefício diagnóstico, este exame complementar poderá trazer benefícios acadêmicos e científicos, através da divulgação dos seus resultados.

Destaca-se o valor da Ortopantomografia no diagnóstico de lesões nas estruturas maxilofaciais, nomeadamente daquelas que envolvem aumento ou diminuição da densidade óssea e que por isso mostram imagens radiopacas ou radiolúcidas, respetivamente.

Realça-se também a importância que as histórias clínica e radiográfica têm para se obter diagnósticos corretos. A existência de informação radiográfica da lesão desde antes do início de desenvolvimento até à fase de estabilização é também uma mais-valia científica, e a divulgação destes dados é pertinente.

Talvez pelo facto de as lesões de OI serem benignas e normalmente não requererem tratamento, não existe muita informação disponível sobre este tema e poucos são os casos clínicos descritos. No entanto, devido às potenciais complicações associadas a estas lesões, a descrição de novos casos pode alertar os médicos-dentistas e trazer mais conhecimento sobre a OI.

REFERÊNCIAS

1. MILOGLU, O., et al., The frequency and characteristics of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis lesions in a Turkish patient population, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2009 Dec 1;14 (12):e640-5.
2. GARAU, V, et al., Idiopathic osteosclerosis in jaw bones. Clinical statistic study on a population of Sardinian origin, *Minerva Stomatol*, 2002 Sep;51(9):377-83.
3. EVERSOLE, L. R., *Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and Treatment*, 4th edition books.google.com
4. MACDONALD, D., *Oral and Maxillofacial Radiology: A Diagnostic Approach*, Wiley-Blackwell books.google.com
5. SARAF, *Textbook of Oral Pathology*, Jaypee books.google.com
6. NEVILLE, B. W. et al., *Oral & Maxillofacial Pathology*, W.B. Saunders Company, 2002, 2th ed.: 540-541.
7. MARQUES-SILVA, L. et al., A rare complication of idiopathic osteosclerosis, *Med Oral Patol Cir Bucal*, 2007; 12:E233-4.
8. LANGLAIS, R. P. et al., *Diagnostic Imaging of the Jaws*, Williams & Wilkins, 1995: 22, 55, 208-209, 529-532.
9. SISMAN, Y., et al., The Frequency and Distribution of Idiopathic Osteosclerosis of the Jaw, *Eur J Dent*, 2011, 5: 409-414.
10. MCDONALD-JANKOWSKI, DS, Idiopathic osteosclerosis in the jaws of Britons and of the Hong Kong Chinese: radiology and systematic review, *Dentomaxillfac Radiol*, 1999 Nov;28(6):357-63.
11. YONETSU, K, et al., Idiopathic osteosclerosis of the jaws: panoramic radiographic and computed tomographic findings, *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1997 Apr;83(4):517-21.
12. STAFNE, E. C., GIBILISCO, J. A., *Diagnóstico Radiológico Bucal, Interamericana*, 1982, 4^a edição: 119-125.
13. HOLLY, D, et al, Condensing osteitis in oral region, *Bratisl Lek Listy*, 2009;110(11):713-5.
14. ALSUFYANI, N. A. et al., Osseous (Cemento-osseous) Dysplasia of the Jaws: Clinical ad Radiographic Analysis, *J Can Dent Assoc*, 2011; 77:b70.

15. BYBEL, B., et al., SPECT/CT Imaging: Clinical Utility of an Emerging Technology, RSNA, 2008, 28:1097-1113.
16. MARIANI, G., et al., A review on the clinical uses of SPECT/CT, Eur J Nucl Med Mol Imaging, DOI 10.1007/s00259-010-1390-8.
17. HALSE, A., et al., Idiopathic osteosclerosis of the jaws followed through a period of 20-27 years, Int Endod J, 2002 Sep;35(9):747-51.
18. CAWSON, R. A. et al., Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002, 7th ed.: 93.
19. NOUJEIM, M, et al., Unusual presentation of idiopathic osteosclerosis: a case report; Gen Dent, 2008 Mar-Apr;56(2):182-5.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Felino pela disponibilidade e pela confiança que depositou em mim, e acima de tudo pela motivação que me fez querer dar o meu melhor.

À Professora Doutora Otília Lopes que, assim como o Professor Doutor António Felino, me alimentou o entusiasmo pelo estudo da Medicina Oral.

Ao meu irmão pelas longas e interessantes conversas nas quais se fez muitas vezes “luz”.

Aos meus queridos pais e namorado pelo apoio, sempre.