

Introdução

A Osteíte Condensante caracteriza-se por uma densidade óssea aumentada, difusa ou bem definida, cuja esclerose é confinada aos limites do osso. A etiologia subjacente pode ser uma infeção ou irritação, ou um processo reparador após trauma e infeção. Osteomielite esclerosante focal crónica e osteíte esclerosante são sinónimos¹.

O diagnóstico é realizado com base nas características clínicas e radiográficas da lesão. Clinicamente, é geralmente assintomática afetando pessoas de qualquer idade, com predileção pelo sexo feminino e a zona mais comumente afetada é a mandíbula, mas também pode afetar o maxilar superior, fémur, tibia e o cotovelo. Radiologicamente, caracteriza-se por uma lesão radiopaca densa e uniforme junto do ápex do dente associado, com margens bem definidas e uma ligeira transição para o osso circundante². A osteíte condensante desenvolve-se mais frequentemente associada a dentes com grandes cáries, restaurações profundas ou polpa afetada¹. Os dentes adjacentes à lesão podem apresentar espessamento do ligamento periodontal e lâmina dura. A imagem radiológica mantém-se após extração do dente associado.

No que concerne ao tratamento, existem várias opções terapêuticas de acordo com a condição particular do dente associado à lesão. Se a osteíte condensada está associada a TER mal efectuados, é recomendado o tratamento etiológico da inflamação pulpar ou trauma oclusal. Se a lesão sofrer uma exacerbação aguda, o melhor tratamento, nesse caso, seria, então, conservador – antibioticoterapia. No caso de não apresentar sintomatologia, o controlo radiográfico é o tratamento mais aconselhado.

Descrição do caso clínico

Paciente, do género feminino, de 63 anos de idade, que compareceu à consulta de Patologia e Cirurgia Oral da FMDUP para tratamentos médico-dentários. A história médica não revelou patologias sistémicas associadas. No exame físico intra-oral não foram observadas alterações relevantes. Aquando do exame radiográfico (ortopantomografia), observou-se uma lesão radiopaca na região do dente 35 e na região edêntula dos molares do 3º quadrante. Foram realizadas radiografias intra-orais em incidência periapical e observou-se um espessamento do ligamento periodontal e integridade da lâmina dura dos dentes adjacentes às lesões. Para esclarecimento de diagnóstico foi realizada uma Tomografia Computorizada (TC).

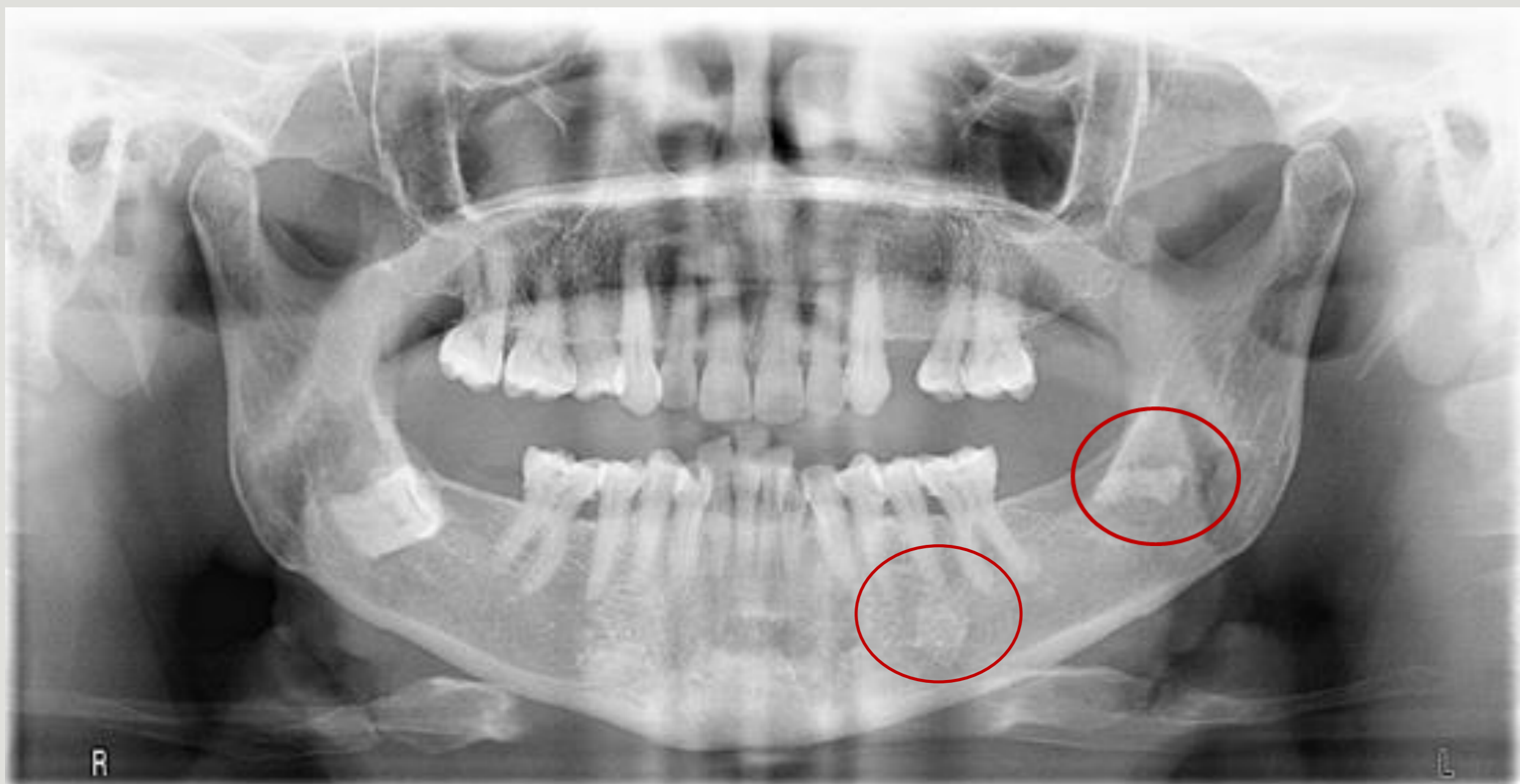


Fig. 1. Ortopantomografia com achado radiológico na região do ápex no dente 35 e na região edêntula dos molares do 3º quadrante.

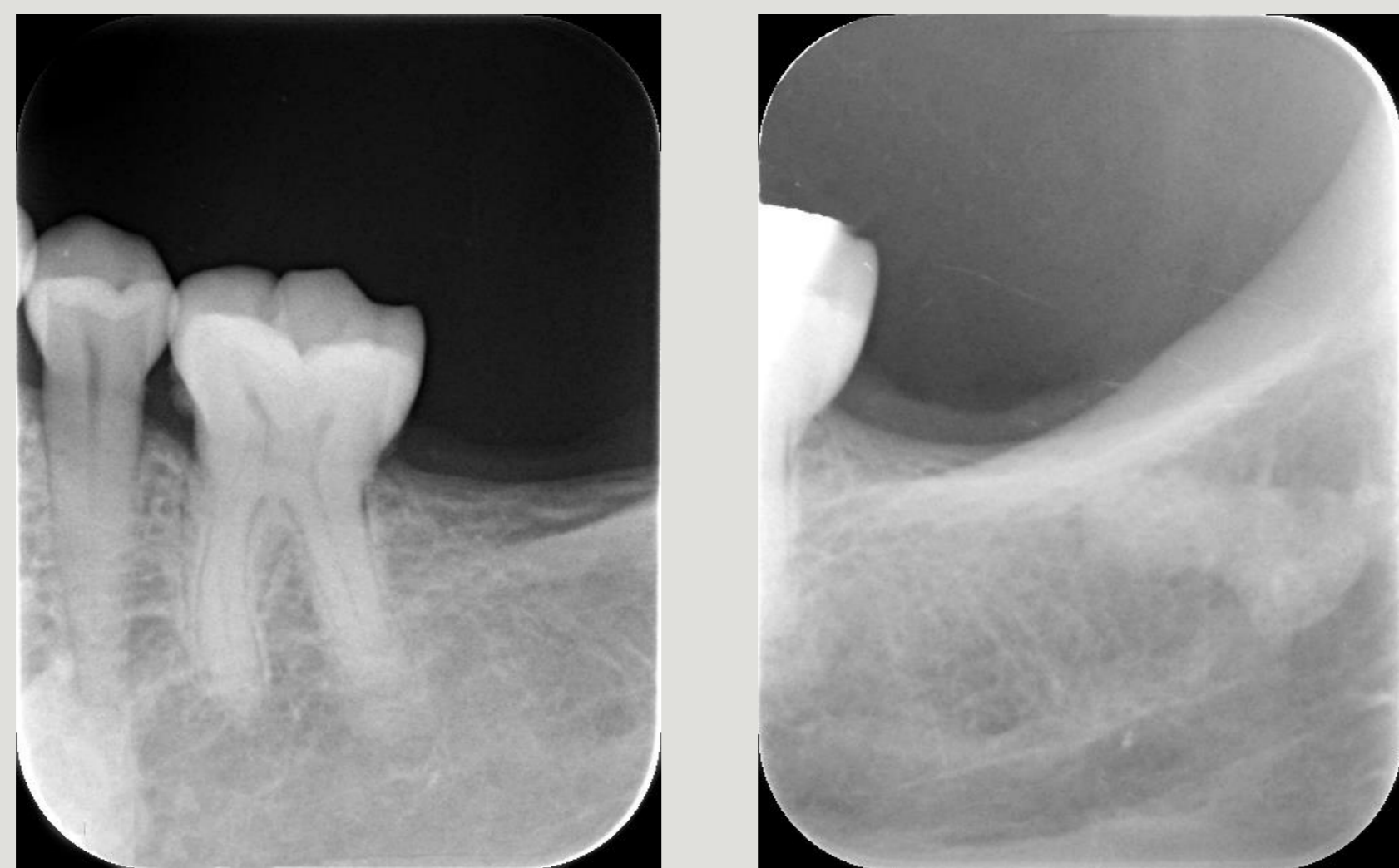


Fig. 2. e 3. Rx periapicais – dentes 35, 36 e região posterior do 3º quadrante.

Discussão

As características clínicas e radiográficas foram compatíveis com o diagnóstico inicial de osteíte condensante. Na TC, em aquisição helicoidal, foram obtidas imagens axiais e imagens panorâmicas, reformatadas segunda a curva central indicada nas imagens axiais. Foi possível observar-se um foco de osteocondensação periapical na localização do dente 35, mas também na zona edêntula dos molares do 3º quadrante. Não se verificou expansão da mandíbula, nem irregularidades das corticais, assim como outras alterações de densidade óssea mandibular, designadamente que sugerissem lesão osteolítica. É importante que se proceda ao diagnóstico diferencial com as seguintes patologias: esclerose idiopática, displasia cimento-óssea periapical, osteoma, cimentoblastoma, osteoblastoma, hipercimentose e odontoma complexo. No caso clínico apresentado recomenda-se o tratamento etiológico do trauma oclusal nos dentes adjacentes às áreas de osteocondensação. As áreas de Osteíte Condensante não são muito extensas, pelo que a remoção cirúrgica através da biópsia não é recomendada. A biópsia óssea é um procedimento invasivo cuja técnica envolve perda óssea vertical e horizontal e implica procedimentos cirúrgicos adicionais para a reabilitação da área. Nos casos em que ocorre exacerbação aguda de uma Osteíte Condensante, o tratamento recomendado é conservador - antibioticoterapia.

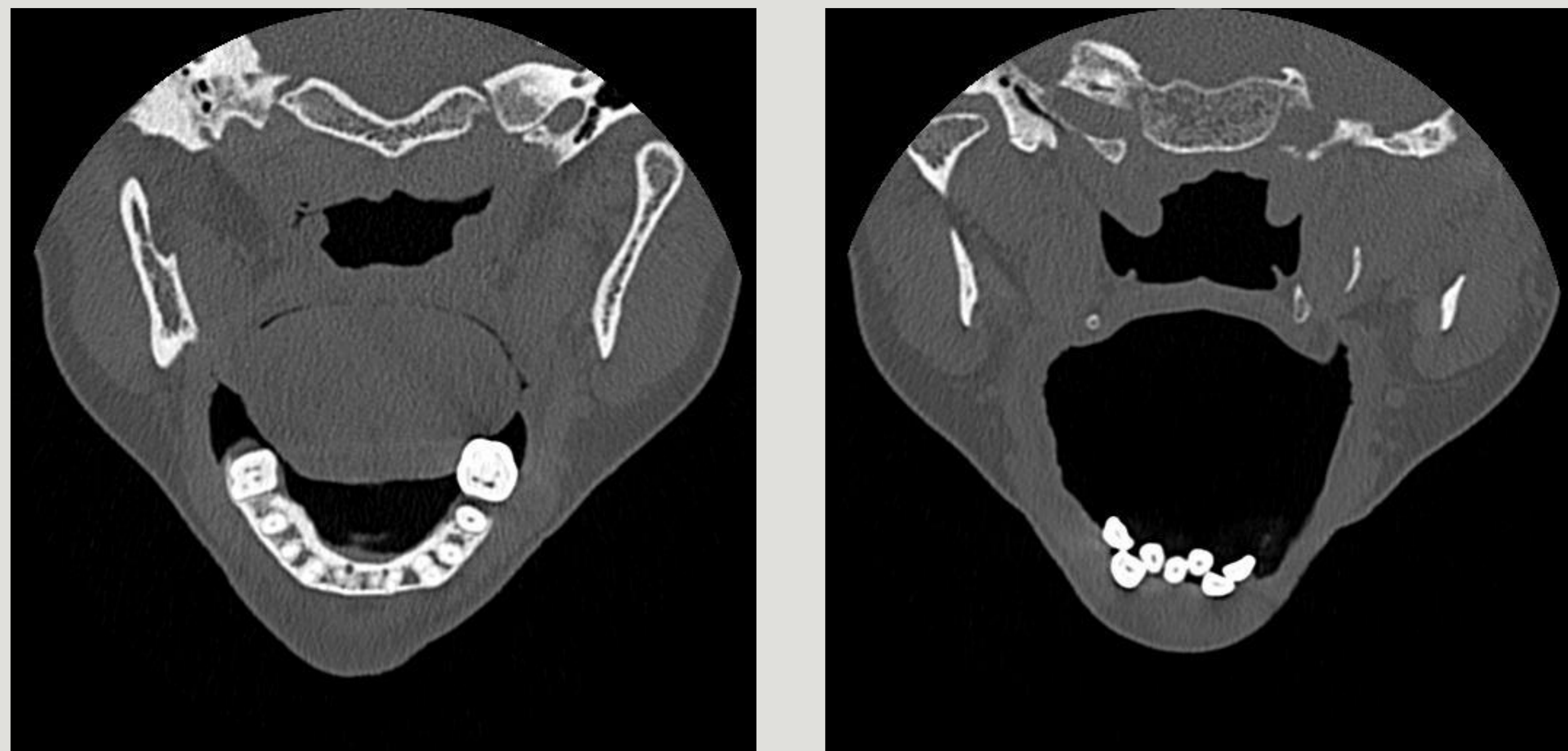
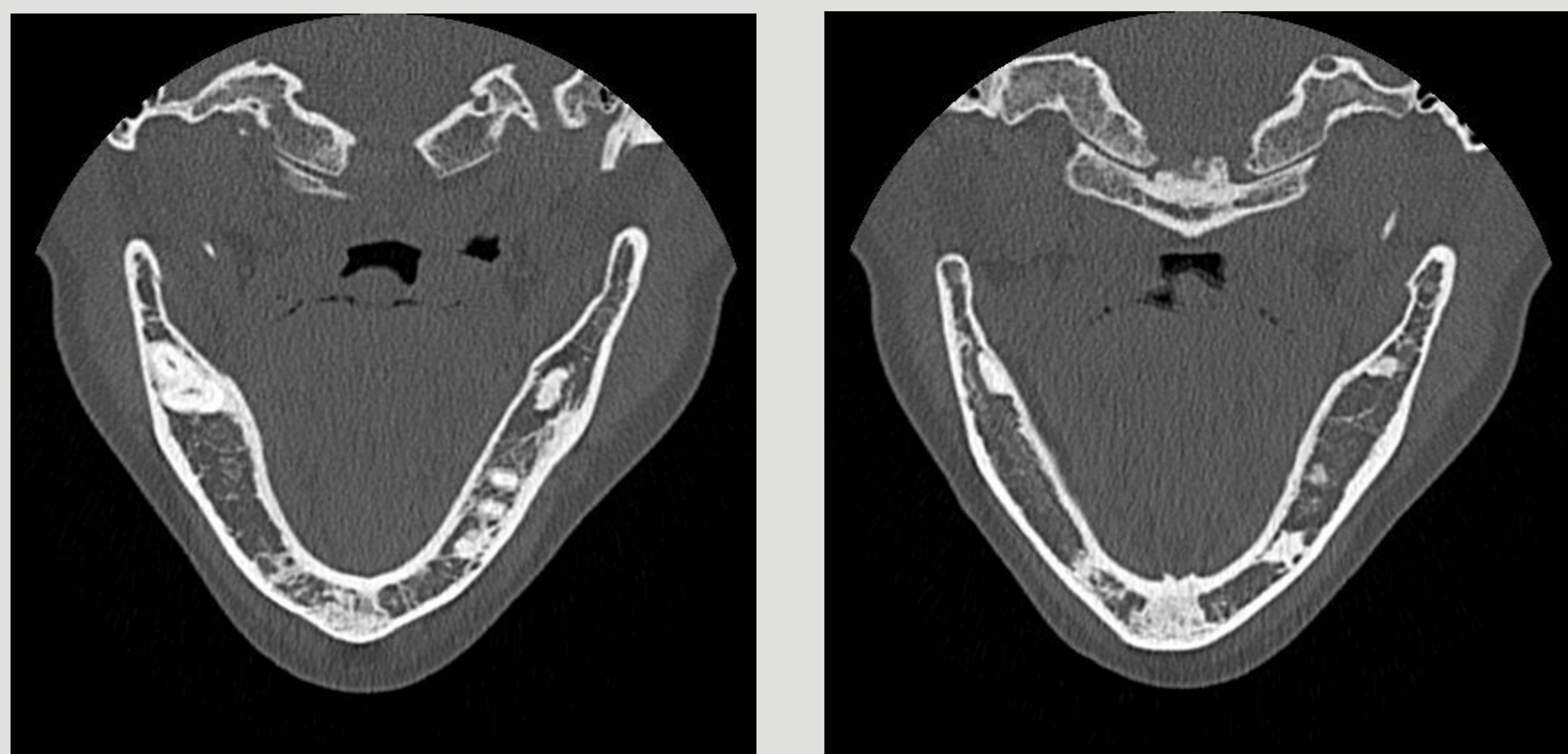


Fig. 4. 5. 6. e 8. Imagens axiais obtidas pela Tomografia Computorizada.



Fig. 9. Imagem panorâmica da TC.

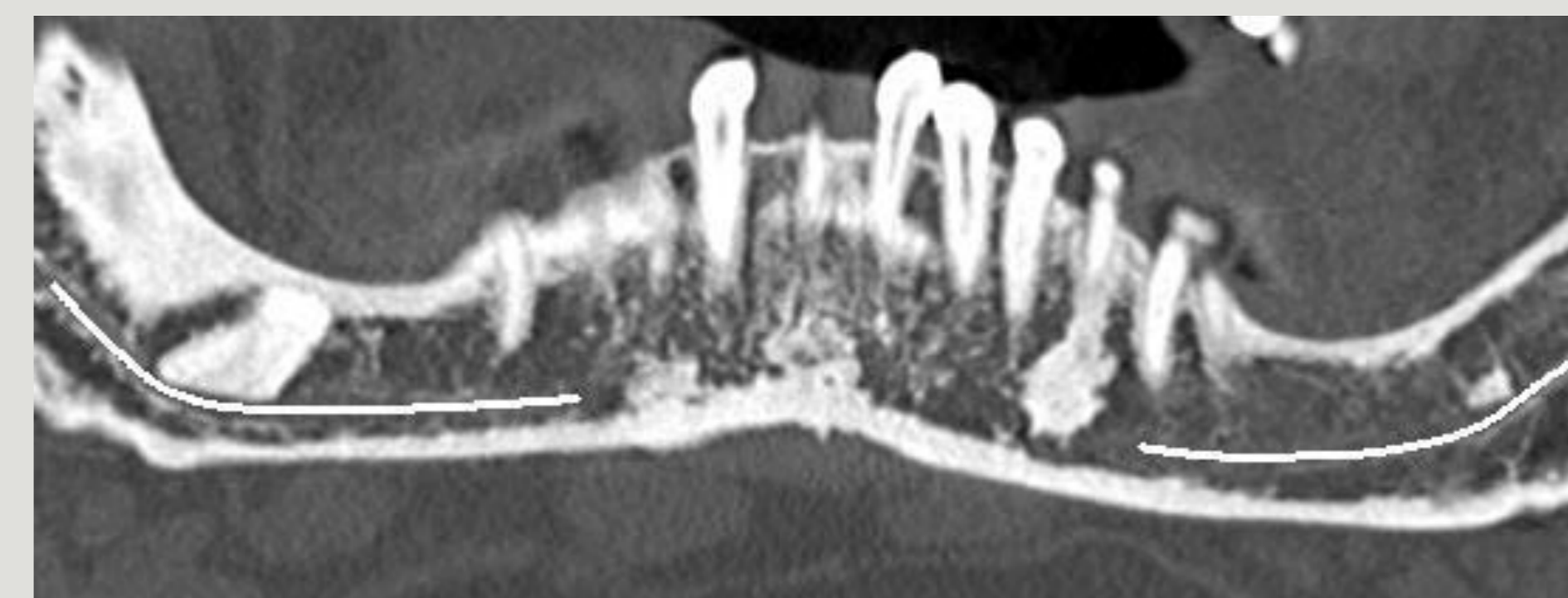


Fig. 10. Imagem panorâmica da TC, onde se pode visualizar o canal mandibular definido.

Conclusão

O tratamento recomendado para a osteíte condensante do presente caso clínico é o controlo radiográfico. O tempo do controlo radiográfico e os intervalos entre exames não está definido e por isso varia de acordo com os critérios de cada Médico Dentista.

Bibliografia

1_Holly D, Jurkovic R, Mracna J. Condensing osteitis in oral region. Bratislavské lekárske listy. 2009;110(11):713.
2_Stafne E. Gibilisco J. Oral roentgenographic diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1975.