

Displasia Cementiforme e Osteíte Condensante – Incidência e Controvérsia de nomenclatura

Cemento-osseous Dysplasia and Condensing Osteitis – Incidence and Nomenclature Controversy

LEANDRO CARNEVALLI FRANCO DE CARVALHO¹
TALINE SANTANA PEREIRA SILVA²
MURILO DE CARVALHO COUTINHO NETTO²
LARA WESTIN DIAS²

RESUMO

Objetivo: Correlacionar duas patologias distintas que, erroneamente tem recebido a mesma denominação na literatura, visando estabelecer uma padronização, evitando contradições no diagnóstico, no tratamento e verificando as suas incidências. *Material e Métodos:* Foram analisadas radiografias periapicais de 629 prontuários de pacientes das Clínicas Odontológicas do Curso de Odontologia da UNIFENAS. Foi utilizado o Teste de Diferença de Proporções (Z) (ao nível de significância de 1%). *Resultados:* A média das idades dos pacientes da amostra foi de 30,82 anos e para os portadores de uma e ou ambas patologias foi de 23,32 anos. As patologias apresentaram uma incidência de 3,82%; 15 pacientes (2,54%) com displasia cementiforme, um paciente com as duas incidências e; sete pacientes (1,27%) com osteíte condensante. *Conclusão:* As displasias cementiformes prevaleceram sobre as osteítes condensantes, sendo os primeiros molares inferiores os dentes mais acometidos. A osteíte condensante apresentou maior incidência no lado direito e na displasia cementiforme a etnia leucoderma prevaleceu.

DESCRIPTORIOS

Patologia bucal. Diagnóstico. Radiografia dentária.

SUMMARY

Objective: To correlate two distinct pathologies that have erroneously received the same designation in literature, in order to establish standardization, avoiding contradictions in diagnosis and wrong treatment and check their incidence in the patients. *Material and methods:* Periapical radiographs from the records of 629 patients of the Dental Clinic of Faculty of Dentistry of UNIFENAS were analyzed. The Test of Difference Proportion (Z) at the level of 1% significance was used. *Results:* The average age of the patients of the sample was 30.82 years and for the patients with one or both pathologies the average was 23.32 years. The incidence of pathologies reached 3.82%. 15 patients (2.54%) presented cemento-osseous dysplasia. One patient presented both pathologies. Seven (1.27%) presented condensing osteitis. *Conclusion:* The cemento-osseous dysplasia prevailed over condensing osteitis and the first lower molars were found to be the most affected teeth. The condensing osteitis presented greater incidence on the right side. As to the cemento-osseous dysplasia the Caucasian people were the prevailing group.

DESCRIPTORS

Pathology Oral. Diagnosis. Radiography Dental.

1 Professor da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS Mestre em Radiologia Odontológica
2 Cirurgiã(o)-Dentista graduada pela UNIFENAS.

Na literatura, existe certa confusão quanto à terminologia e as causas de processos de esclerose óssea e de formação de tecido cementiforme, que podem ou não estar associados a processos de origem dentária.

A nomenclatura encontrada para este espectro de lesões inclui termos como osteíte condensante, osteíte esclerosante, osteoesclerose, ilha de osso denso, enostoses, osteomielite esclerosante focal (WOOD, GOAZ, 1997).

Áreas localizadas de osso esclerótico ocorrem na mandíbula e podem ser formadas por diferentes agentes, como estresse, trauma e infecção. Se o osso esclerótico é formado como resultado direto de infecção, o termo osteíte condensante (OC) é utilizado por alguns autores como ZEGARELLI (1964); STAFNE (1975) e WUERHMAN (1981).

DUKJÆ, FILIPOVIÆ-ZORE, BAGO (2006), relatam que, histologicamente, devido à remodelação óssea comprometida, a OC geralmente inclui troca de medula óssea normal por tecido conjuntivo fibroso, ocasionalmente, acompanhada por células inflamatórias, de neoformação óssea e presença de sequestro ósseo. A lesão se caracteriza pela atividade dominante dos osteoblastos resultando em aposição óssea estimulada por ligeira infecção periapical.

Para COLOMBINI (2007), a displasia cementiforme (DC) é lesão de ocorrência nos maxilares, caracterizada pela formação de massas mineralizadas semelhantes ao cimento e associada a um padrão autossômico dominante, pobre em sintomatologia.

Vários autores denominam a DC como osteomielite esclerosante crônica focal (FREITAS, 1988; CASTRO 2002; SPAZZIN, 2004; TROWBRIGDE, 2005; BURKHERT e LONG, 2007; WHITE e PHAROAH, 2007).

Para STAFFER (1985), DOMINGUES, ROSA (1989), MOREIRA (2002) DUKIC, ZORE, BAGO (2006), CAWSON (2008) e MILOGLU (2009), a osteíte condensante (OC) e a displasia cementiforme (DC) se referem à mesma lesão.

O objetivo deste trabalho foi comparar duas patologias distintas que, erroneamente, têm recebido a mesma denominação por vários autores na literatura, visando estabelecer uma padronização, evitando contradições no diagnóstico e no tratamento e verificando as suas incidências nos pacientes das Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia da UNIFENAS.

Revisão da literatura

A porção mineralizada do tecido ósseo responde

a agressões crônicas e de baixa intensidade com uma hiperplasia reativa, traduzindo-se por esclerose ou deposição periosteal. Agressões bruscas ensejam usualmente reabsorção ou até mesmo necrose óssea. A presença de osso imaturo é indicativa da rápida deposição e reparação ou da existência de uma condição patológica específica (ARAÚJO, ARAÚJO, 1984).

Osteíte Condensante (OC)

Conforme ZEGARELLI *et al.* (1964), a radiopacidade da OC é moderada contrastando com o osso adjacente e pode estender-se ao longo das superfícies laterais da raiz a um terço ou metade de seu comprimento

Para STAFNE, GIBILISCO (1975), na OC o osso apresenta densidade aumentada, difusa ou bem definida, cuja esclerose é confinada aos limites do osso. É resultante de uma infecção branda ou irritação, ou como um processo reparador após trauma e infecções agudas como osteomielite e infecção periapical aguda.

Para ELIASSON *et al.* (1984), se o osso esclerótico é resultante direta de uma infecção de longa duração e baixa intensidade, o termo OC é utilizado. O espaço medular torna-se diminuído em tamanho ou obliterado até o osso assemelhar-se a osso compacto. Pré-molares e os molares inferiores são mais acometidos. O tratamento endodôntico ou a exodontia é o recomendado, podendo a esclerose óssea persistir ou desaparecer gradativamente.

Segundo CAWSON (1995), a OC é um aumento da densidade óssea resultante, invariavelmente, de uma infecção crônica periapical ou periodontal, de curso clínico relativamente longo, onde a resistência tecidual é elevada e os microorganismos são de baixa virulência. Primeiro molar inferior com comprometimento pulpar é mais acometido.

Para WOOD, GOAZ (1997) o termo OC ou esclerosante é usado quando a inflamação é o provável fator inicial do processo esclerosante ósseo, sendo mais frequente no periápice de um dente com uma infecção pulpar.

Já para YONETSU *et al.* (1997), a OC resulta diretamente de uma inflamação crônica e as osteoescleroses idiopáticas se referem a uma radiopacidade localizada que não é seqüela de uma infecção ou doença crônica e apresentam radiopacidade maior que a encontrada na OC.

Para LANGLAND, LONGLAIS (2002), a OC, é uma resposta óssea à infecção bacteriana branda em indivíduos com alto grau de resistência e de reatividade

tecidual. O retorno ao padrão normal da trabécula pode ocorrer após o tratamento do canal radicular, embora o osso esclerótico possa manter-se como cicatriz. Radiograficamente mostra uma massa radiopaca bem circunscrita, dura e compacta, estendendo-se abaixo ou ao redor do ápice de uma das duas raízes.

Para BOONYAPAKORN, REICHART (2006), a OC também representa uma reação local a uma infecção local ou uma inflamação crônica. Geralmente é assintomática.

Para DUKIÆ, FILIPOVIÆ-ZORE e BAGO (2006), na OC a remodelação óssea é comprometida, geralmente inclui troca de medula óssea normal por tecido conjuntivo fibroso. Caracteriza-se pela atividade dominante dos osteoblastos, resultando em aposição óssea. Radiograficamente mostra uma massa radiopaca periapical uniforme e densa, combinada com a perda da lâmina dura apical e com o alargamento do espaço do ligamento periodontal. A OC deve ser diferenciada da esclerose idiopática, principalmente por estar relacionada a lesões patológicas da polpa dental, e não a processo inflamatório ou neoplásico.

Para WHITE, PHAROAH (2007), quando a maior parte da lesão consiste no aumento de formação óssea, o termo osteíte esclerosante periapical é usado. Ocasionalmente, a lesão pode aparentar ser composta inteiramente de osso esclerótico (osteíte esclerosante), mas normalmente existe alguma evidência de espessamento da porção apical do espaço correspondente ao ligamento periodontal.

Conforme STAVROU, TOSIOS (2007), um estímulo inflamatório de baixo grau, assim como uma inflamação periapical ou uma maloclusão, podem ser considerados fator causal de OC. Quando a causa aparente não pode ser bem identificada, o termo osteoesclerose é aplicado.

Já para AVRAMIDOU *et al.* (2008), a OC é uma esclerose óssea consequência de um irritante crônico de baixo grau. Apresenta-se radiograficamente localizada, anormalmente opaca, arredondada ou elíptica em sua forma, com um esboço distinto. Pode variar de alguns milímetros até severos centímetros.

Para NEVILLE *et al.* (2008), são áreas localizadas de esclerose óssea associada a ápices de dentes com pulpíte, por cáries profundas ou grandes restaurações. Essa esclerose secundária do osso é mais comumente encontrada em crianças e adultos jovens. Consiste em uma zona de densidade radiopaca localizada, uniforme, adjacente ao ápice com espessamento do espaço do ligamento periodontal ou uma lesão inflamatória periapical. A maioria dos casos ocorre nas áreas dos pré-molares e molares inferiores. A lesão não apresenta

radiolucidez nas bordas como é observada nos casos de displasia cimento-óssea focal. Além disso, a radiopacidade não está separada do ápice como deveria estar no caso de uma osteoclerose idiopática. O tratamento e o prognóstico consistem na resolução da infecção odontogênica local. Após o tratamento apropriado, aproximadamente 85% dos casos de OC regrediram, parcial ou totalmente. Uma área residual de OC que permanece após a resolução da inflamação pode ser chamada de osso cicatricial ou cicatriz óssea.

Para ROBERTS (2009), a OC é uma reação esclerótica aparentemente provocada pela resistência tecidual do paciente associada a um baixo grau de virulência dos microorganismos. Nos casos de exodontia, a área da osteíte condensante pode permanecer na cavidade bucal por tempo indeterminado. O diagnóstico diferencial é a osteoesclerose idiopática.

Para MILOGLU *et al.* (2009), são consideradas OC apenas aquelas lesões que estiverem associadas diretamente a uma inflamação crônica, que geralmente se desenvolve no periápice de um dente com cárie ou grandes restaurações.

Displasia Cementiforme (DC)

Para FREITAS *et al.* (1988), a displasia cementiforme (DC), também denominada osteomielite esclerosante crônica focal, é uma reação do tecido ósseo a uma infecção, geralmente observada em casos de resistência tecidual extremamente elevada ou infecção de baixa intensidade. Apresenta uma massa radiopaca circunscrita envolvendo-se o periápice do molar inferior.

Conhecida também como OC, por DOMINGUES, ROSA (1989), a DC é uma neoformação ósseo-endostal periapical ou perirradicular, de origem infecciosa de baixa virulência e longa duração, proveniente do canal radicular. O dente está vital e apresenta necrose pulpar parcial com infecção crônica. É mais frequente em pessoas jovens e na região de primeiro molar inferior permanente.

Já para CASTRO (2000), a DC, também denominada osteomielite esclerosante crônica focal, é uma lesão de origem infecciosa, de evolução lenta e assintomática, que acomete pessoas jovens, de ambos os sexos, ao nível apical do primeiro molar inferior. Evidencia uma área radiopaca uniforme e bem delimitada que não está unida ao dente.

Para MOREIRA (2000), a DC é um aumento da densidade óssea resultante, invariavelmente, de uma infecção crônica periapical ou periodontal, onde a resistência tecidual é elevada e os microorganismos são

de baixa virulência. Não há necessidade de tratamento da lesão óssea, pois tende a desaparecer após o tratamento do dente causador.

Para SPAZZIN *et al.* (2004), a DC ou osteomielite esclerosante focal é uma reação óssea focal a uma infecção de baixa intensidade e de longa duração, com alta resistência tecidual, também chamada de osteíte condensante. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito com segurança nas características da história e das radiografias. Localiza-se nos ápices dos primeiros molares inferiores e, em pequena porcentagem, em segundos molares e pré-molares, sendo detectada nos exames radiográficos pela total ausência de manifestações clínicas. A área radiopaca pode variar de milímetros a vários centímetros com limites nítidos ou difusos. Deve ser realizado tratamento endodôntico, com acompanhamento radiográfico a cada três meses. Se aumentar o tamanho da lesão, é aconselhada a exodontia. A maioria dos casos regride apenas com tratamento endodôntico, havendo inclusive remodelação óssea e reparação da membrana periodontal.

Segundo GORDON, TROWBRIDGE (2005), a osteomielite esclerosante focal crônica é uma lesão periapical que com osteogênese reativa causada por inflamação crônica da polpa dental. Desenvolve-se na região de molares inferiores, em resposta a uma infecção de baixo grau, que resulta de uma lesão de cárie profunda.

Segundo BURKHERT, LONG (2007), a osteomielite esclerosante focal é uma reação inflamatória que usualmente envolve uma inflamação pulpar ou necrose pulpar. Entretanto, pode estar associada a um dente sem alteração. A região dos molares inferiores é a de maior prevalência, sendo o primeiro molar inferior o dente mais afetado. A faixa etária de 20 anos é a mais acometida. Não há diferença de prevalência por gênero. Algumas vezes, referem-se à osteomielite como osso esclerótico ou cicatriz óssea. Uma inflamação local da polpa ou uma necrose pulpar é frequentemente denominada de OC. A lesão é usualmente uma reação a algum tipo de trauma ou reação inflamatória a algum estímulo, tal como inflamação pulpar de longa data. A lesão produz uma combinação de osso denso e áreas radiolúcidas que pode ser difusa e não apresentar uma aparência completamente opaca. O dente deve ser tratado, e a cárie removida. Tratamento endodôntico deve ser feito dependendo do dano do dente. Em alguns casos, não há tratamento definido e este é baseado em cada caso.

MILOGLU *et al.* (2009), salienta que radiopacidades podem desenvolver-se na área periapical

de um dente com necrose ou como uma resposta a um estímulo inflamatório de longa data. Essas lesões devem ser designadas de OC ou osteomielite esclerosante crônica focal, e não devem ser denominadas osteoesclerose idiopática.

MATERIAL E MÉTODOS

Com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIFENAS (parecer 80/2009) foram analisados aleatoriamente 600 prontuários de pacientes da Clínica Odontológica com radiografias periapicais. Os dados foram anotados em fichas próprias contendo a identificação dos pacientes, número de registro, idade, etnia, incidência e localização de osteíte condensante e displasia cementiforme. A incidência e a prevalência das lesões ósseas foram organizadas através de levantamento radiográfico em que se considerou que as lesões associadas ao periápice dental (Figura 1) foram classificadas como displasia cementiforme e as lesões sem relação dental (Figura 2), como osteíte condensante. As radiografias foram analisadas por três examinadores, previamente calibrados, em um negatoscópio de luz homogênea, difusa, com auxílio de uma lupa de 4x, em uma sala obscura e blindando-se suas margens. Os resultados obtidos com o objetivo de comparar os achados aos tipos de lesão foram submetidos posteriormente a testes de hipóteses para concluir se há diferenças significativas entre suas incidências, localização e em razão do gênero e da etnia. Foi utilizado o Teste de Diferença de Proporções (Z) ao nível de significância de 1%.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com uma amostra de 629 pacientes, cuja média de idade foi de 30,82 anos, e 23,32 para os portadores das respectivas patologias. A média de idade dos pacientes com displasia cementiforme foi de 24,53 anos; a média de idade dos pacientes com osteíte condensante foi de 20,71 anos.

As patologias aqui estudadas apresentaram uma incidência de 3,82%; sendo 15 pacientes (2,54%) com displasia cementiforme, um paciente com as duas incidências e; sete pacientes (1,27%) com osteíte condensante.

Com relação ao gênero, 59,94% eram do gênero feminino e 40,06%, do masculino, havendo diferença estatística ($p=0,01$) do gênero feminino ($Z=6,82^{**}$).



Figura 1 – Lesão radiopaca periapical associada ao periápice dental compatível com Displasia Cementiforme.



Figura 2 - Lesão radiopaca sem relação dental compatível com Osteíte Condensante.

Com relação entre a etnia e o gênero; 64 (10,17%) eram feodermas, 29 (4,61%) do gênero feminino e 35 (5,56%) do gênero masculino; dos 62 (9,86%) melanodermas, 41 (6,52%) eram do gênero feminino e 21 (3,34%) do gênero masculino; 503 (79,97%) eram leucoderma, 307 (48,81%) do gênero feminino 196 (31,16%) do gênero masculino. (Tabela 1).

Os pacientes leucodermas apresentaram alta diferença estatística ($Z=24,88^{**}$) sobre as demais etnias, não havendo diferença entre as etnias feoderma e melanodermas ($Z=0,19$).

No gênero feminino a etnia leucoderma predominou sobre as demais etnias ($Z=19,43^{**}$), não havendo diferença estatística entre as demais etnias.

No gênero masculino a etnia leucoderma teve alta predominância sobre a feoderma ($Z=14,39^{**}$), o mesmo acontecendo com a etnia feoderma ($Z=1,98^*$) sobre a melanoderma ($p=0,05$).

A incidência de displasia cementiforme foi

altamente predominante na etnia leucoderma sobre as demais ($Z=4,02^{**}$), prevalecendo no gênero feminino (Tabela 2).

Na osteíte condensante não houve diferença estatística entre as etnias leucoderma e melanoderma ($Z=1,08$), e a leucoderma foi predominante sobre a feoderma ($Z=1,67^*$). O gênero feminino predominou sobre o masculino ($Z=2,83^{**}$) (Tabela 3).

Em analogia às patologias, a displasia cementiforme prevaleceu sobre a osteíte condensante ($Z=2,31^*$). A etnia leucoderma foi mais afetada que as demais, assim como a prevalência dos leucodermas na incidência de displasias cementiformes. (Tabela 4).

Foi encontrada uma incidência de 66,67% de displasias cementiformes e 33,33% de osteítes condensantes (Tabela 5).

Não houve diferença estatística entre os lados direito e esquerdo nas displasias cementiformes ($Z=-0,71$), diferentemente da osteíte condensante onde o

Etnia	n	Feminino	Masculino
Feoderma	64 (10,17%)	29 (4,61%)	35 (5,56%)
Melanoderma	62 (9,86%)	41 (6,52%)	21 (3,34%)
Leucoderma	503 (79,97%)	307 (48,81%)	196 (31,16%)
	629 (100%)	377 (59,09%)	252 (40,06%)

Tabela 1 – Relação entre etnia e gênero.

Etnia		Feminino	Masculino
Feoderma	0	0	0
Melanoderma	2 (0,32%)	1 (0,16%)	1 (0,16%)
Leucoderma	13 (2,07%)	9 (1,43%)	4 (0,64%)
	15 (2,39%)	10 (1,59%)	5 (0,8%)

Tabela 2 – Incidência de displasia cementiforme.

Etnia	n	Feminino	Masculino
Feoderma	1 (0,16%)	1 (0,16%)	0
Melanoderma	2 (0,32%)	1 (0,16%)	1 (0,16%)
Leucoderma	4 (0,64%)	4 (0,64%)	0
	7 (1,12%)	6	1 (0,16%)

Tabela 3 – Incidência de osteíte condensante

Etnia	n	DC	OC
Feoderma	1 (4,55%)	0	1 (4,55%)
Melanoderma	4 (18,18%)	2 (9,09%)	2 (9,09%)
Leucoderma	17 (77,27%)	13 (59,09%)	4 (18,18%)
	22 (100%)	15 (68,18%)	7 (31,82%)

Tabela 4 – Relação étnica entre displasia cementiforme e osteíte condensante.

Dente	Displasia cementiforme	Osteíte condensante
34	1 (4,17%)	0
35	1 (4,17%)	0
36	7 (29,17%)	2 (8,33%)
44	2 (8,33%)	1 (4,17%)
45	0	3 (12,50%)
46	5 (20,83%)	2 (8,33%)
	16 (66,67%)	8 (33,33%)

Tabela 5 – Incidência dental de displasia cementiforme e osteíte condensante.

lado direito foi realmente prevalente sobre o lado esquerdo ($Z=2,00^*$).

Nas displasias cementiformes, a região dos molares inferiores foi altamente prevalente sobre a região de pré-molares inferiores ($Z=2,83^{**}$).

Ao comparar a incidência dental de displasias cementiformes, o primeiro molar inferior esquerdo foi prevalente sobre os demais pré-molares ($Z=1,97^*$), porém ao comparar com demais molares não houve diferença significativa.

DISCUSSÃO

Para STAFNE, GIBILISCO (1975) o osso esclerótico presente na OC é resultado direto da infecção periapical e periodontal relativamente de longa duração. Quando a infecção é removida, a densidade radiográfica do osso afetado comumente retorna, parcial ou completamente, ao normal.

ELLIASSON (1984) define o tratamento endodôntico como o indicado para o tratamento da lesão de OC.

LANGLAND, LONGLAIS (2002) ressaltam que o osso periapical responde à infecção por um aumento difuso no osso trabecular preferivelmente à destruição, geralmente em pacientes com menos de 20 anos de idade, por lesões de cárie amplas e polpas cronicamente inflamadas; entretanto, pode ocorrer ao redor do ápice de qualquer dente.

A média de idade dos portadores de OC foi de 20,71 anos. MILOGLU (2009) encontrou maior prevalência dessa patologia em pacientes com idade média de 32,8 anos; CAWSEN (1995), com idade inferior a 20 anos, assim como relatou ELLIASSON (1984).

Nos casos de OC, a incidência de 1,27% deste estudo está em conformidade com os valores encontrados de 7,0% por ELLIASSON (1984); 6,7% por MARMARY, KUTINER (1986); 5,4% por GEIST, KATZ (1990); 4,5% por WILLIAMS, ROBBINS (1998); 6,7% por CELAP-PIGAC (2005); diferentemente de AVRAMIDOU (2008), que encontrou uma incidência de 42,4%.

Neste estudo, a osteíte condensante apresentou maior incidência no gênero feminino (1,12%), valor confirmado por AVRAMIDOU *et al.* (2008) 2,70% e MILOGLU (2009), 0,90%.

Mc DONNELL (1993) encontrou 67,3% de pacientes do gênero feminino com osteíte condensante em seu estudo, numa proporção de mulher para homem de 2:1. Já GEISTZ, KATZ (1990), confirmaram essa maior

frequência de osteíte condensante em pacientes do gênero feminino numa proporção de 1,5:1.

A região dos molares inferiores foi prevalente para a OC, resultado também encontrado por ELLIASSON (1984), MARMARY e KUTINER (1986), confirmado por CAWSEN (1995), WILLIAMS, BROOKS (1998), DUKIC (2006), MILOGLU (2009).

Mc DONNELL (1993) observou 9,7% de OC relacionada a áreas de reabsorção radicular e AVRAMIDOU *et al.* (2008) observou 2,9%.

Com relação à distribuição por etnia, Mc DONNELL (1993) relatou que 71,0% eram leucoderma, 1,0% melanoderma e xantoderma 14% maiores que encontrados neste estudo, que apresentou 18,18% para a etnia leucoderma e 9,09% para a melanoderma.

A DC, também denominada por FREITAS *et al.*, 1988, como osteomielite esclerosante crônica focal, afeta quase exclusivamente pacientes jovens, menores de 20 anos, e o dente mais comumente envolvido é o primeiro molar inferior, podendo estar, ou não, associado a sensibilidade dolorosa.

FREITAS (1988) e DOMINGUES (1989) indicam como tratamento de DC o tratamento endodôntico ou a extração do dente ao qual a lesão está associada.

A incidência de 2,54% de DC deste estudo foi compatível com os achados de ELLIASSON (1984), 2,0% e MILOGLU (2009), 0,8%.

A média de idade dos pacientes desta amostra foi de 30,82 anos, semelhante à de Mc DONNELL (1993): 36 anos; e MILOGLU (2009): 33,4 anos, média menor que a encontrada por WILLIAMS e BROOKS (1998): 44 anos.

A média de idade dos pacientes portadores de DC foi 24,53 anos, o que foi confirmado por CASTRO (2007), que encontrou a patologia mais prevalente entre 20 e 30 anos. FREITAS (1984), por sua vez, aponta a patologia mais prevalente em indivíduos com idade inferior a 20 anos. DOMINGUES, FREITAS (1988) citam apenas a preferência por indivíduos jovens, sem mencionar uma média de idade.

A DC também prevaleceu no gênero feminino (1,59%). Já CASTRO (2007) relata a incidência da patologia em ambos os gêneros sem identificar a prevalência.

Na DC, a região dos molares inferiores foi prevalente, em conformidade com FREITAS (1988), DOMINGUES, ROSA (1989), GORDAN, TROWBRIDGE (1993); MOREIRA (2000), SPAZZIN (2004), CASTRO (2007), não havendo diferença estatística entre o lado esquerdo e o direito.

Embora o diagnóstico diferencial entre as lesões

deva ser realizado através de exame anátomo-patológico e imuno-histoquímico, tal procedimento é clinicamente questionável, pois não há necessidade de biópsia pelo fato de o tratamento preconizado estar relacionado com a remoção da causa, dispensando a intervenção cirúrgica e realizando o acompanhamento radiográfico, em conformidade com SPAZZIN *et al.* (2004).

CONCLUSÃO

Segundo os critérios propostos neste estudo pode-se concluir que:

As displasias cementiformes prevaleceram sobre as osteíte condensantes, sendo os primeiros molares inferiores os dentes mais acometidos.

A osteíte condensante apresentou maior incidência no lado direito.

Na displasia cementiforme a etnia leucoderma prevaleceu sobre as demais.

Novos estudos devem ser realizados para a padronização da nomenclatura das referidas lesões, em razão das diversas e, até, contraditórias, classificações adotadas pelos vários autores consultados.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO NS, ARAÚJO VC. *Patologia Bucal*. 1ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1984, 239p.
2. AVRAMIDOU FM, MARKOU E, LAMBRIANIDIS T. *Cross-sectional study of the radiographic appearance of radiopaque lesions of the jawbones in a sample of Greek dental patients*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, 106:38-43,2008
3. CAWSON R.A.; BINNIE, W.H.; EVESON, J.W. *Atlas colorido de enfermidades da boca; Correlações clínicas e patológicas*. Artes Médicas: São Paulo, 2. ed. 1995, 356p .
4. CELAP- PIGAC B. *Uèestalost apikalnog kondezirajuæeg ostitisa udru•enogs kroniènim pulpitisom u zagrebaèkoj populaciji [master thesis]*. Zagreb: *Stomatološki fakultet*; 2005.
5. Disponível em: Colombini Nelson E. P. <<http://www.reabilitaface.com.br/tumoresmandibulares.htm>>, Acesso em: 21/08/2007.
6. DOMINGUES, A.M.; ROSA, J.E. *Lesões Dento-Alveolares*. Rio de Janeiro: EPUME, 1989, 149p.
7. DOUGLAS GD; TROWBRIGDE HO. *Chronic focal sclerosing osteomyelitis associated with a cracked tooth. Report of a case*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* ,76(3):351-5,1993.
8. DUKIC W, ZORE I , BAGO I. *Condensing osteitis – case report*. *Acta stomatol croat.* , 40 (2): 182-8, 2006.
9. ELIASSON S, HALVARSSON C, LJUNGHEIMER C. *Periapical condensing osteitis and endodontic treatment*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 57(2):195-9,1984
10. FREITAS *et al.* *Radiologia Odontológica*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988, 610p.
11. GEIST JR, KATZ JO. *The frequency and distribution of idiopathic osteosclerosis*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 69(3):388-93,1990.
12. HEDIN M, POLHAGEN L. *Follow-up study of periradicular bone condensation*. *Scand J Dent Res.* ,79(6):436-40. 1971.
13. IKUTA *et al.* *Atlas de Diagnóstico Oral por Imagens*. 2. ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1999, 269p.
14. LANGLAND, O.E.; LONGLAIS, R.P. *Princípios do Diagnóstico por Imagem em Odontologia*. 1. ed. Santos Livraria e Editora, 2002.
15. MARMARY Y,KUTINER G. *A radiographic survey of periapical jawbone lesions*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*,61:405-8, 1986.
16. MARQUES SILVA L, GUIMARAES AL, DILASCIO ML, CASTRO WH, GOMEZ RS. *A rare complication of idiopathic osteosclerosis*. *Med Oral Patol Oral Cir*, 12:233-4,2007
17. MC DONNELL D. *Dense bone island. A review of 107 patients*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* ,76(1):124-8,1993.
18. MILOGLU O, YALCIN E, BUYUKKURT MC, ACEMOGLU. *The frequencies and characteristics of idiopathic Osteoscleroses and condensing osteitis lesions in a Turkish patient population*. *Patologia oral cirurgia bucal*. 2009.
19. MOREIRA, C.A. *Diagnóstico por Imagem e Odontologia*. São Paulo: Robe Editorial, 2000.
20. NEVILLE B. W.; ALLEN C. M.; D. D. DOUGLAS ET AL. *Patologia oral e maxillofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, 820p.
21. PHAROAH, MJ.; WHITE, S.C. *Radiologia Oral: Fundamentos e Interpretações*. 5. ed. São Paulo: Mosby Elsevier, 2007.
22. SPAZZIN ET AL. *Osteomielite dos maxilares*. *Rev. médica HSVP.*; 16 (34): 23-27, 2004.
23. STAFNE, E.C.; GIBILISCO, J.A. *Diagnóstico Radiográfico Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1975.
24. WILLIAMS TP, BROOKS SL. *A longitudinal study of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis*. *Dentomaxillofac Radiol.*, 27:275-8, 1998.
25. WOOD NK, GOAZ PW. *Differential diagnosis of oral lesions*. 5 th ed. St Louis: Mosby- Yearbook; 1997.
26. ZEGARELLI, E.V. *et al.* *The progressive calcification of the cementoma*. *Oral Surg*,18(2): 180-3, 1964.

CORRESPONDÊNCIA

Leandro Carnevali Franco de Carvalho
Curso de Odontologia - UNIFENAS
Rod MG 179 Km 0 – Campus Universitário
37.130-000 Alfenas – Minas Gerais - Brasil

E-mail

leandro.carnevali@unifenas.br