

Lesões benignas e malignas da mandíbula e maxila: achados de imagem e abordagem sistemática

Leonor Garbin Savarese^{1,a}, Murilo Bicudo Cintra^{2,b}, Marcello Henrique Nogueira-Barbosa^{1,c}, Gustavo Santos Boasquevisque^{1,d}

Resumo

As lesões ósseas da mandíbula e da maxila são achados relativamente frequentes em exames de imagem, mas ainda representam um desafio diagnóstico para o radiologista na prática clínica. Muitas dessas lesões compartilham características radiográficas semelhantes, dificultando a diferenciação entre entidades benignas, infecciosas e malignas, o que pode retardar a conduta adequada. Este artigo tem como objetivo ilustrar os principais achados de imagem e apresentar uma abordagem sistemática baseada em padrões radiológicos como tipo de atenuação, margens, relação com estruturas dentárias e distribuição anatômica, a fim de auxiliar na construção do diagnóstico diferencial e no direcionamento clínico-terapêutico.

Unitermos: Mandíbula; Imageamento por ressonância magnética; Tomografia computadorizada por raios X; Maxila.

1. Departamento de Imagem Médica, Hematologia e Oncologia Clínica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Dra. Leonor Garbin Savarese. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14049-090. Email: lsavarese@hcrp.usp.br

a. <https://orcid.org/0000-0002-1372-9162>; b. <https://orcid.org/0000-0002-9862-0392>; c. <https://orcid.org/0000-0002-7436-5315>; d. <https://orcid.org/0009-0009-0631-9251>.

Submetido em 30/6/2025. Revisado em 2/11/2025. Aceito em 2/11/2025. Editor-Responsável: Dr. Valdair Francisco Muglia

Disponibilidade de dados: Não aplicável

Como citar este artigo:

Savarece LG, Cintra MB, Nogueira-Barbosa MH, Boasquevisque GS. Lesões benignas e malignas da mandíbula e maxila: achados de imagem e abordagem sistemática. Radiol Bras. 2026;59:e20250066.

INTRODUÇÃO

As lesões ósseas da mandíbula e da maxila englobam uma variedade de entidades benignas, infecciosas, fibro-ósseas e malignas, muitas vezes com características de imagem sobrepostas, o que dificulta o diagnóstico diferencial⁽¹⁻³⁾. A correta identificação dessas lesões depende da análise sistemática de sua localização, relação com estruturas dentárias, margens, padrão de atenuação e comportamento expansivo⁽⁴⁻⁶⁾. **A radiografia panorâmica odontológica representa o método de triagem mais utilizado na prática clínica, frequentemente responsável pela detecção inicial dessas alterações.** Entretanto, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) têm papel fundamental na caracterização das lesões, permitindo avaliar sinais de agressividade, tais como ruptura da cortical, invasão de partes moles e necrose^(2,7). Além disso, atualizações recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como a classificação de 2022, trouxeram mudanças importantes na abordagem de tumores odontogênicos e lesões fibro-ósseas⁽⁸⁾.

Este artigo tem como objetivo ilustrar os principais achados de imagem das lesões benignas e malignas da

mandíbula e maxila, destacando critérios radiológicos úteis na construção do diagnóstico diferencial.

Lesões odontogênicas

Cisto periapical

O cisto periapical (ou radicular) é o cisto odontogênico inflamatório mais frequente, representando uma seqüela comum de necrose pulpar, resultante de um processo inflamatório crônico, geralmente secundário à cárie dentária ou trauma. A infecção se estende até o ápice do dente, levando à formação do cisto.

Na imagem, apresenta-se como uma lesão radiolucida, unilocular, bem delimitada, de contornos corticais finos e localização periapical, geralmente com menos de 1 cm (Figura 1). Pode ocorrer fusão com lesões contíguas ou expansão óssea discreta^(1,3).

Cisto dentífero

O cisto dentífero (ou folicular) é o cisto odontogênico de desenvolvimento mais comum, relacionado a dentes não irrompidos, especialmente terceiros molares e caninos. Envolve a coroa do dente, com predileção por jovens adultos. Pode atingir grandes dimensões,



Figura 1. Cisto periapical em paciente feminina de 37 anos. Imagens de TC evidenciam lesão radiolucida circunscrita ao redor da raiz do incisivo central superior esquerdo.

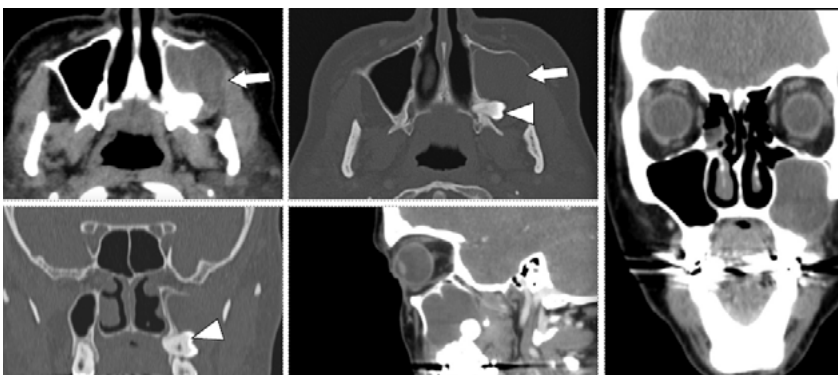


Figura 2. Cisto dentífero em paciente feminina de 44 anos. Lesão unilocular expansiva radiolucida em torno da coroa do terceiro molar superior esquerdo incluído (ponta de seta), com limites bem definidos, estendendo-se ao seio maxilar esquerdo e determinando lise óssea de sua parede posterolateral (setas brancas). Observa-se elevação do processo alveolar maxilar esquerdo, representado por uma fina linha óssea (seta amarela), indicativa de crescimento da lesão em direção ao seio maxilar.

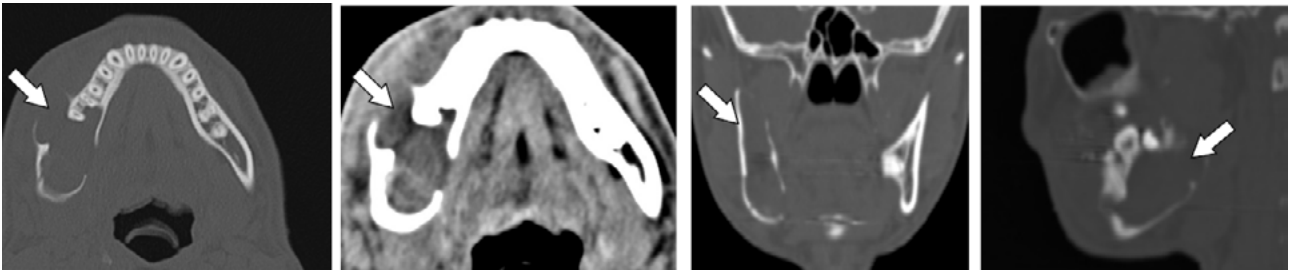


Figura 3. Ceratocisto odontogênico em paciente masculino de 22 anos. Imagens de TC evidenciam lesão radiolúcida na mandíbula à direita, com bordas finas e escleróticas, determinando expansão e erosão óssea. Nota-se reabsorção de raízes dentárias.

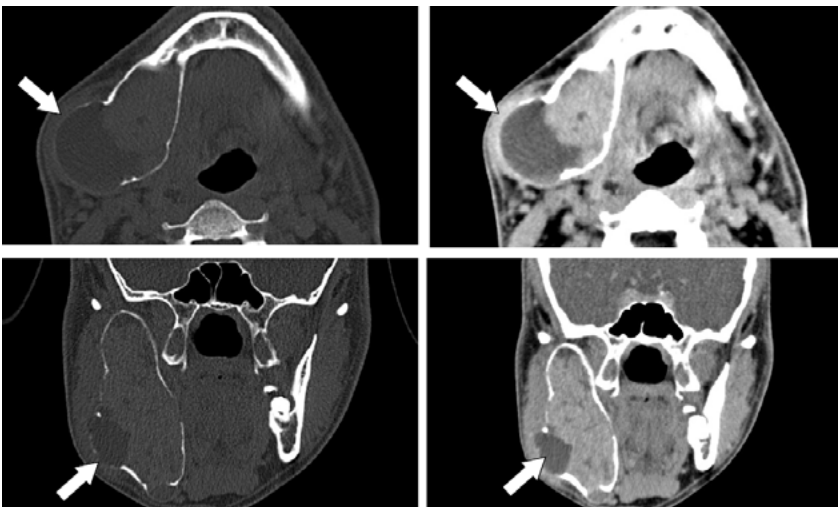


Figura 4. Ameloblastoma da mandíbula direita em paciente masculino de 25 anos. Imagens de TC axiais e coronais evidenciam lesão expansiva radiolúcida, sólido-cística, unilocular na mandíbula à direita, com afilamento e destruição cortical.

promovendo deslocamento de dentes adjacentes ou remodelamento ósseo. Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, envolvendo o colo e a coroa dentária, com margens corticais contínuas (Figura 2). A extensão ao seio maxilar ou ao ramo mandibular pode ocorrer em tumores volumosos^(1,3).

Ceratocisto odontogênico

O ceratocisto odontogênico (atualmente denominado tumor odontogênico ceratocístico pela OMS 2022) é uma lesão benigna, porém localmente agressiva, derivada da lâmina dentária. Com predileção pela mandíbula posterior, caracteriza-se por crescimento infiltrativo, alta taxa de recorrência e possibilidade de múltiplas lesões quando relacionado à síndrome de Gorlin-Goltz. À imagem, é tipicamente uma lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, com margens bem definidas, frequentemente com expansão óssea discreta e reabsorção radicular, com maior crescimento no sentido anteroposterior da mandíbula (eixo longitudinal), como mostrado na Figura 3. Apresenta-se com conteúdo líquido ou queratina⁽⁸⁾, e a RM mostra lesão cística sem componentes sólidos e com realce periférico.

Ameloblastoma

O ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial benigno, porém agressivo, derivado das células formadoras de esmalte. Acomete principalmente adultos jovens e localiza-se preferencialmente na região posterior da mandíbula, frequentemente associado a molares impactados. Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão expansiva, mais frequentemente multilocular, com padrão clássico em “bolha de sabão” ou “favo de mel”, e mais raramente unilocular. Tipicamente, o ameloblastoma apresenta maior crescimento no sentido bucolingual da mandíbula (eixo transversal); pode haver reabsorção das raízes adjacentes e afinamento cortical, sem reação periosteal⁽²⁾. A RM identifica mais facilmente as áreas sólidas da lesão, que exibem restrição à difusão e realce pós-contraste (Figura 4).

Fibroma ossificante

O fibroma ossificante é uma lesão fibro-óssea benigna, composta por estroma fibrocelular e material mineralizado variável, de origem periodontal. Acomete principalmente mulheres jovens, entre a segunda e quarta décadas de vida, e ocorre com predileção pela mandíbula posterior. À imagem, manifesta-se como uma lesão unilocular,

bem delimitada, com margens escleróticas, podendo ter aspecto lítico, esclerótico ou em vidro fosco conforme o estágio evolutivo. Pode haver expansão e remodelamento ósseo (Figura 5). A variante juvenil apresenta comportamento mais agressivo⁽⁹⁾.

Odontoma

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns e resultam de uma anomalia de desenvolvimento, sendo considerados hamartomas. Acometem preferencialmente crianças e adolescentes, podendo obstruir a erupção dentária. Radiograficamente, são lesões bem delimitadas, com margens escleróticas e um halo de atenuação reduzida. Podem ser radiopacos, mistos ou inicialmente radiolucentes. São classificados em compostos (com estrutura semelhante a dentes) ou complexos (massa desorganizada de tecido dentário). A presença do halo auxilia na diferenciação com osteomas^(3,6), como ilustrado na Figura 6.

Displasia cemento-óssea florida

A displasia cemento-óssea florida é uma condição fibro-óssea⁽³⁾ benigna, de natureza hamartomatosa, que acomete tipicamente dois ou mais quadrantes da mandíbula, podendo envolver toda a arcada inferior. Inicialmente, apresenta-se na forma de lesões radiolucentes; posteriormente, surgem áreas de atenuação em vidro fosco, radiopacas ou mistas. As margens são geralmente bem definidas. Está associada a risco aumentado de osteomielite, especialmente após extrações ou procedimentos invasivos. A ausência de deslocamento dentário ajuda na diferenciação com outros processos expansivos (Figura 7).

Lesões não odontogênicas

Cisto ósseo aneurismático

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão expansiva, não neoplásica e rara na mandíbula e maxila. É mais comum em pacientes jovens e pode estar associado a outras lesões, tais como fibroma ossificante e displasia fibrosa. Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão osteolítica, uni ou multilocular, com múltiplas cavidades císticas separadas por septos, muitas vezes com níveis líquido-líquido identificáveis em TC ou RM. Os septos geralmente apresentam realce após contraste⁽²⁾, como pode ser visto na Figura 8.

Granuloma central de células gigantes

O granuloma central de células gigantes é uma lesão óssea benigna de origem inflamatória reparativa, possivelmente relacionada a trauma. Acomete mais frequentemente meninas e mulheres jovens. Inicialmente

manifesta-se como uma lesão unilocular pequena; com a evolução, a lesão pode se tornar multilocular e expansiva, com remodelamento e erosão cortical (Figura 9). O principal diagnóstico diferencial é com o tumor marrom do hiperparatireoidismo, sendo fundamentais os dados laboratoriais e a faixa etária para a distinção⁽⁵⁾.

Osteoma

Os osteomas são tumores ósseos benignos⁽¹⁰⁾ compostos por osso compacto maduro. Afetam com maior frequência os ossos craniofaciais, especialmente o corpo posterior e o côndilo da mandíbula. Apresentam-se como massas escleróticas, bem delimitadas, geralmente pedunculadas, não associadas a dentes. Não há halo perilesional. Pode haver leve expansão óssea. Estão associados, ocasionalmente, a cistos ósseos simples (Figura 10). A presença de múltiplos osteomas na mandíbula deve levantar a suspeita de síndrome de Gardner.

Torus mandibular

Os tori são exostoses benignas⁽⁶⁾ compostas por osso cortical denso. Representam uma variante anatômica comum em adultos, de etiologia multifatorial. São geralmente assintomáticos, de crescimento lento e cobertos por uma mucosa fina e pouco vascularizada. Podem ser encontrados na região lingual da mandíbula (torus mandibular), no palato duro (torus palatino) ou na maxila. São lesões bem delimitadas, com atenuação óssea homogênea e sem halo periférico (Figura 11).

Tumor marrom

O tumor marrom é uma lesão óssea de células gigantes⁽⁵⁾ secundária ao hiperparatireoidismo de longa duração. Pode acometer qualquer osso do corpo, incluindo a mandíbula e o esqueleto facial. Radiograficamente, apresenta-se como lesão osteolítica, uni ou multilocular, com margens bem ou pouco definidas, podendo causar expansão cortical (Figura 12). A desmineralização óssea generalizada é comum. O diagnóstico é confirmado por meio de exames laboratoriais (paratormônio elevado e hipercalcemia).

Displasia fibrosa

A displasia fibrosa é uma lesão óssea benigna⁽⁹⁾ caracterizada pela substituição do osso normal por tecido fibroso e trabéculas imaturas de osso. Pode ser monostótica ou poliostótica, sendo frequente o acometimento poliostótico em cabeça e pescoço pela contiguidade entre os ossos. Radiograficamente, manifesta-se como lesão de margens mal definidas, com atenuação em vidro fosco, embora possam ocorrer padrões líticos, escleróticos ou

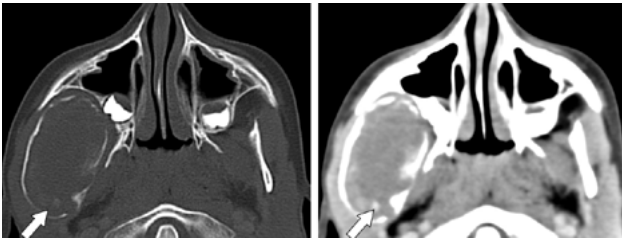


Figura 5. Fibroma ossificante em paciente masculino de 8 anos. Notar a presença de lesão predominantemente radioluciente no ramo direito da mandíbula, ovalada, determinando expansão e remodelamento ósseo. Discretos focos de matriz mineralizada são evidentes (setas).

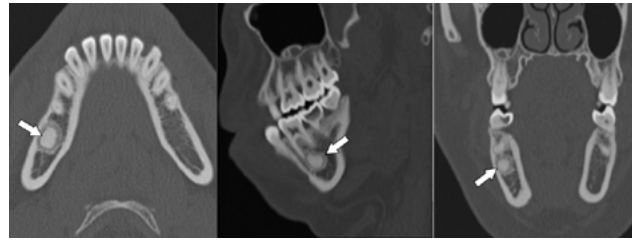


Figura 6. Paciente feminina de 21 anos. Lesão com bordas escleróticas, halo de baixa atenuação e interior radiodenso, de densidade semelhante à dos dentes, localizada na mandíbula à direita junto à raiz do primeiro molar, compatível com odontoma.



Figura 7. Paciente feminina de 50 anos. Notar a presença de múltiplas áreas radiodensas bem demarcadas, de aspecto em vidro fosco, ocupando a região periapical difusamente na mandíbula e maxila, com efeito expansivo, compatível com displasia cemento-óssea florida.

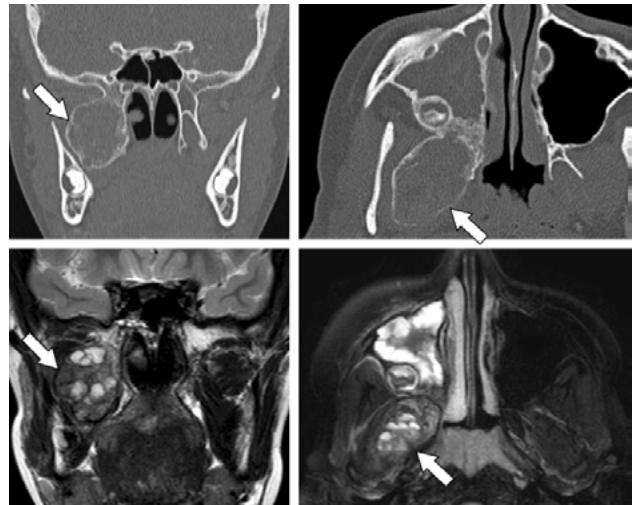


Figura 8. Cisto ósseo aneurismático em paciente masculino de 13 anos. Notar a formação expansiva heterogênea com centro na junção pterigomaxilar direita, apresentando imagens com hipersinal em T2 que formam níveis no seu interior, deslocando os músculos pterigoideos e o espaço parafaríngeo.

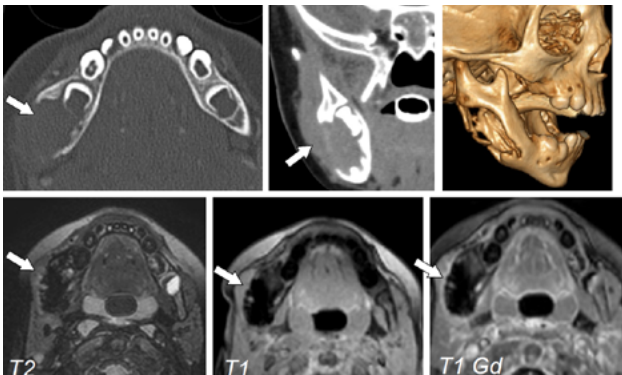


Figura 9. Granuloma central de células gigantes em paciente masculino de 1 ano e 4 meses. Imagens de TC e RM evidenciam lesão cística na mandíbula direita, com expansão, remodelamento e erosão óssea.

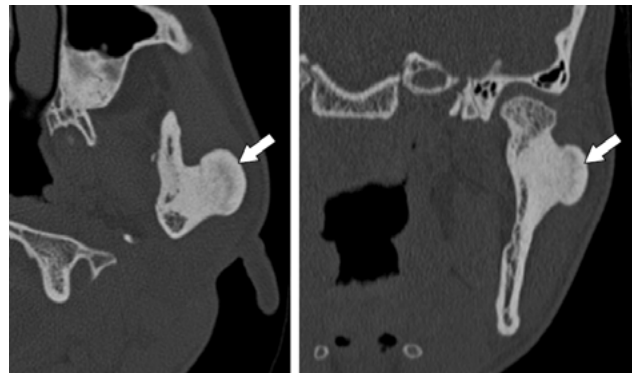


Figura 10. Osteoma em paciente feminina de 19 anos com síndrome de Gardner. Imagens de TC evidenciam lesão osteoblástica exotótica no ramo da mandíbula esquerda, de limites bem definidos.

mistos. Exibe padrão de crescimento longitudinal, geralmente sem deslocamento dentário (Figura 13). A diferenciação com fibroma ossificante pode ser feita com base na zona de transição mal definida e no comportamento mais infiltrativo da displasia fibrosa.

Osteorradionecrose

A osteorradionecrose é uma complicação tardia⁽⁷⁾ da radioterapia, podendo ocorrer meses ou anos após o tratamento. Sua ocorrência está relacionada à dose e à duração da exposição. Acomete preferencialmente a mandíbula, especialmente o corpo mandibular, devido ao suprimento vascular reduzido. Radiograficamente, observam-se áreas de esclerose entremeadas com regiões líticas, com margens irregulares, interrupção cortical e sequestros ósseos (Figura 14). A osteomielite é a principal complicação.

Osteomielite

A osteomielite mandibular é uma infecção óssea⁽⁷⁾ geralmente associada à imunossupressão, trauma, cirurgia ou radioterapia prévia. Também pode se desenvolver

como complicação de infecções dentárias não tratadas.

A forma aguda pode não apresentar achados de imagem nos estágios iniciais. Na fase crônica, evidencia-se destruição cortical, reação periosteal, sequestros ósseos, obliteração dos planos gordurosos e padrão lítico, esclerótico ou misto (Figura 15). A RM pode ser útil para a avaliação da extensão e da resposta ao tratamento.

Mieloma múltiplo

O mieloma múltiplo pode acometer a mandíbula isoladamente ou no contexto de envolvimento sistêmico. As lesões podem ser assintomáticas e, em alguns casos, preceder o diagnóstico sistêmico. Radiograficamente, apresenta-se em forma de lesões radiolúcentes ovoides, bem delimitadas, com erosão cortical, sem expansão ou reação periosteal (Figura 16). As lesões típicas em “saca-bocado” podem estar presentes, mas não são obrigatórias⁽³⁾.

Lesões malignas

As lesões malignas da mandíbula e maxila são menos comuns⁽²⁾, porém devem ser sempre consideradas no



Figura 11. Torus mandibular em paciente masculino de 68 anos. Imagem axial de TC evidencia protuberâncias ósseas (setas) nos aspectos internos dos corpos mandibulares na região dos pré-molares.



Figura 12. Tumor marrom em paciente masculino de 21 anos. Extensa lesão lítica expansiva de aspecto insuflativo, acometendo o ângulo e corpo da mandíbula à direita, com densidade de partes moles, sem realce pós-contraste. Nota-se lesão semelhante acometendo os ossos maxilar e palatino à direita, estendendo-se ao seio maxilar, com destruição de suas paredes e extensão para a cavidade nasal ipsilateral.

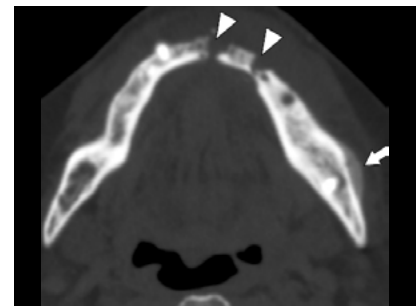
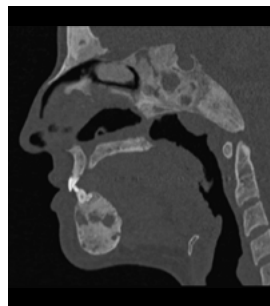
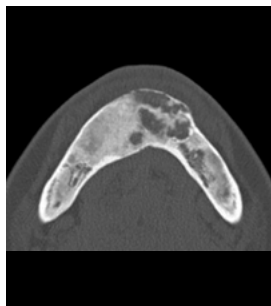


Figura 13. Paciente feminina de 20 anos. Notar acentuado espessamento e esclerose óssea, com aspecto em vidro fosco, envolvendo a mandíbula e os osso frontais, etmoidais, esfenoidais e maxilares, bem como os cornetos nasais, compatível com displasia fibrosa poliostrófica.

Figura 14. Osteorradionecrose em paciente masculino de 67 anos com história de radioterapia. Imagem axial de TC evidencia esclerose, perda do trabeculado ósseo, interrupção cortical e área de atenuação de partes moles (seta) na mandíbula.

diagnóstico diferencial diante de achados radiológicos suspeitos. Os sinais de alerta incluem lesões extensas, margens mal definidas, padrão infiltrativo, realce heterogêneo ao contraste, necrose central, destruição óssea agressiva e envolvimento de partes moles. Esses achados indicam a necessidade de investigação histopatológica e encaminhamento especializado para definição terapêutica (Figuras 17 e 18). A identificação precoce e a correlação clínico-laboratorial são essenciais para o manejo adequado.

Abordagem sistemática das lesões da mandíbula e maxila

O Quadro 1 resume os principais achados radiológicos das lesões ósseas mais frequentes da mandíbula e da maxila. A análise deve seguir uma abordagem sistemática (Figura 19), avaliando primeiramente sinais de agressividade — margens mal definidas, padrão infiltrativo, realce heterogêneo, áreas de necrose e destruição óssea — que sugerem tumores malignos, metástases, osteorradionecrose ou osteomielite, sobretudo em lesões de padrão misto. Na ausência desses sinais, procede-se à classificação da

atenuação em radiolucente, radiopaca ou vidro fosco. As lesões radiolucidas devem ser avaliadas segundo sua relação com os dentes: sem componente sólido, incluem cisto periapical, cisto folicular e ceratocisto odontogênico; com componente sólido, ameloblastoma e fibroma ossificante. Se não relacionadas aos dentes, consideram-se cisto ósseo aneurismático, mieloma múltiplo e granuloma central de células gigantes. Nas lesões radiopacas, a associação dentária sugere cementoblastoma, displasia cemento-óssea, osteíte condensante ou odontoma; sem essa associação, pensa-se em osteoma, torus ou exostoses. A distribuição também auxilia: lesão unifocal sugere fibroma ossificante; multifocal, displasia cemento-óssea florida ou tumor marrom. Finalmente, no padrão em vidro fosco, a apresentação unifocal aponta para fibroma ossificante; a multifocal, para displasia cemento-óssea florida ou tumor marrom; e a difusa, para displasia fibrosa ou osteodistrofia renal. A integração desses parâmetros de imagem com dados clínicos e laboratoriais permite ao radiologista estreitar o diagnóstico diferencial, orientar a conduta e, quando indicado, recomendar biópsia ou seguimento especializado.

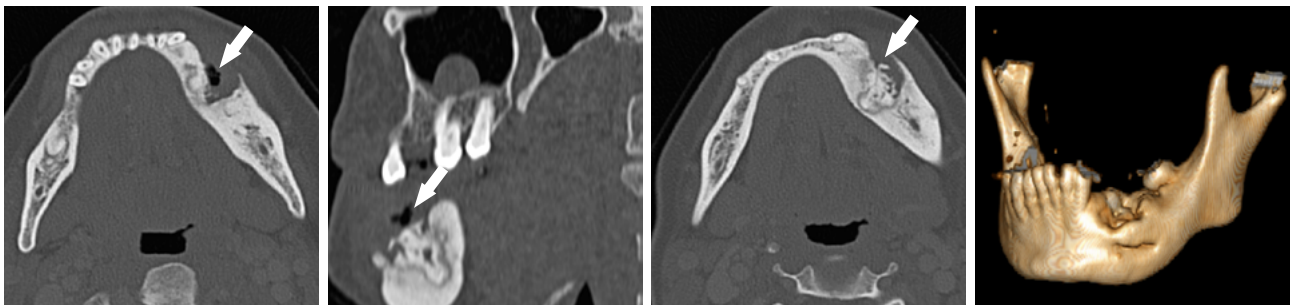


Figura 15. Paciente masculino de 53 anos com osteomielite mandibular. Imagem axial de TC com janela óssea mostra área esclerótica de sequestro com uma área de baixa atenuação ao redor (setas).

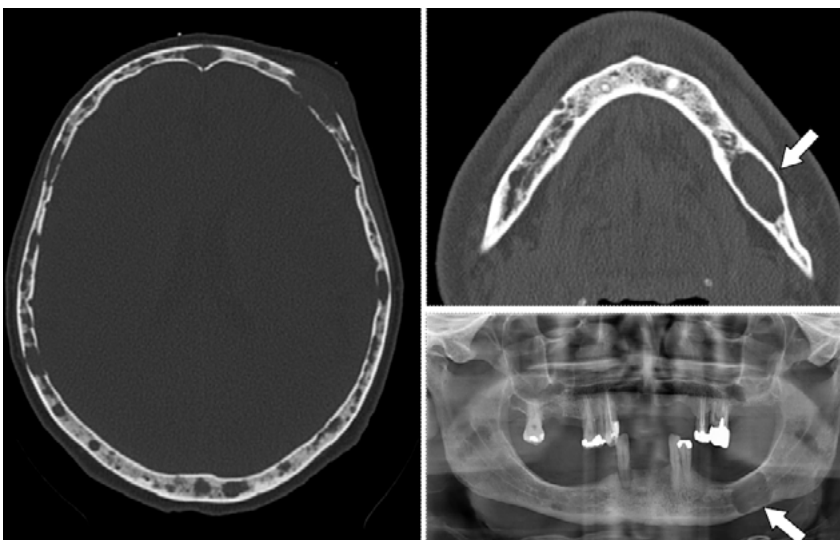


Figura 16. Paciente feminina de 50 anos. Notar a presença de múltiplas lesões osteolíticas dispersas pelo crânio, de contornos bem delimitados e sem osso reacional. Nota-se nas imagens de TC e radiografia panorâmica uma lesão osteolítica na mandíbula à esquerda, sem margens escleróticas.

Atualizações da classificação OMS 2022 e implicações radiológicas

A 5ª edição da classificação da OMS, de 2022, revisitou conceitos fundamentais que impactam diretamente a interpretação radiológica e o manejo das lesões da mandíbula e da maxila. Destaca-se o reagrupamento das lesões fibro-ósseas em duas categorias bem definidas: o fibroma ossificante, agora estritamente neoplásico e expansivo (com halo esclerótico periférico e indicação de ressecção em bloco), e as displasias cemento-ósseas (periapicais, focais e floridas), processos não neoplásicos manejados de forma conservadora e caracterizados por lesões uni ou multifocais em padrão de vidro fosco, com margens nítidas. O ceratocisto odontogênico voltou ao status de lesão cística agressiva, enfatizando-se, nas imagens, margens bem definidas, adelgaçamento ou erosão cortical e extensão ao longo do canal mandibular — características que exigem planejamento cirúrgico com margens amplas e seguimento prolongado. Passaram também a figurar na classificação novos carcinomas odontogênicos (como o carcinoma ameloblástico), reforçando a necessidade de biópsia sempre que se observar infiltração de partes moles ou margens atípicas em lesões previamente benignas. Por fim, a OMS 2022 reforçou a obrigatoriedade da integração clínico-radiológica-patológica, sobretudo em lesões limítrofes, além de refinar as definições de neoplasias mesenquimais, tais como o fibroma ameloblástico e o mixoma odontogênico, de modo que massas gelatinosas ou com padrões infiltrativos suscitam imediatamente o alerta para transformação sarcomatosa. Essas mudanças trazem critérios radiológicos mais claros para distinguir cistos de tumores, diferenciar processos hamartomatosos de neoplásicos e diagnosticar precocemente malignizações, assegurando condutas terapêuticas mais precisas e eficazes.

CONCLUSÃO

As lesões de partes moles e ósseas da mandíbula e maxila abrangem um amplo espectro de entidades benignas, inflamatórias, infecciosas e malignas, muitas vezes com características radiológicas sobrepostas. A abordagem sistemática baseada em padrões de imagem — incluindo tipo de atenuação, margens e relação com estruturas dentárias — é especialmente útil em casos com apresentações atípicas ou lesões com características sobrepostas e distribuição anatômica; facilita o raciocínio diagnóstico e contribui para uma interpretação mais acurada. O reconhecimento dos sinais de agressividade e das particularidades de cada entidade permite ao radiologista não apenas sugerir um diagnóstico diferencial mais preciso, mas também atuar de forma decisiva no encami-

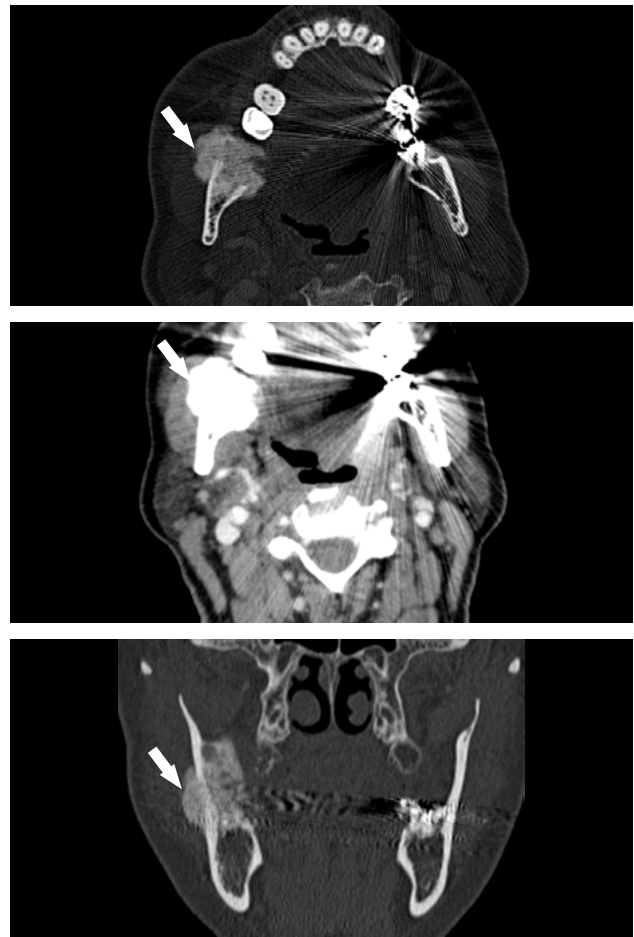


Figura 17. Paciente feminina de 57 anos com lesão cortical exofítica lobulada no ângulo da mandíbula direita, com coeficiente de atenuação cálcica, esclerótica (seta), com reação periosteal irregular e discreto componente de partes moles, compatível com neoplasia. Diagnóstico final: osteossarcoma.



Figura 18. Paciente feminina de 18 anos com lesão expansiva sólida na maxila, com finas imagens cálcicas no seu interior, com padrão de mineralização de matriz condroide (seta), determinando erosão da maxila e abaulando a face nessa região. Diagnóstico final: condrossarcoma.

Quadro 1—Principais achados radiológicos característicos das lesões ósseas mais frequentes da mandíbula e da maxila.

| Lesão | Achados de imagem |
|-------------------------------|---|
| Cisto periapical | Radioluciente, unilocular, bem delimitado e periapical (< 1 cm), com finas margens corticais e discreta expansão óssea. |
| Cisto dentígero | Radioluciente, unilocular, bem definido, envolvendo a coroa de dente incluso, com margens contínuas e possível expansão. |
| Ceratocisto odontogênico | Radioluciente uni ou multilocular, margens finas e escleróticas, expansão discreta e reabsorção radicular. Crescimento anteroposterior e potencial erosão cortical. |
| Ameloblastoma | Expansivo, uni ou multilocular, padrão em “bolha de sabão”, reabsorção radicular e afinamento cortical. RM: áreas sólidas com realce e restrição. |
| Fibroma ossificante | Lesão bem delimitada com margens escleróticas, densidade variável (lítica, mista ou vidro fosco) e remodelamento ósseo. Variante juvenil mais agressiva. |
| Cisto ósseo aneurismático | Expansivo, uni ou multilocular, com septos realçados e níveis líquido-líquido em TC/RM. Pode estar associado a lesões pré-existentes. |
| Mieloma múltiplo | Radioluciente, ovoide, bem delimitado, sem expansão ou reação periostal. Pode exibir padrão em “saca-bocado”. |
| Granuloma de células gigantes | Radioluciente uni ou multilocular, expansivo, com erosão cortical e remodelamento. Diagnóstico diferencial com tumor marrom. |
| Odontoma | Radiopaco ou misto, bem delimitado, com halo radioluciente. Pode ser composto (semelhante a dentes) ou complexo (massa amorfa). |
| Osteoma | Massa radiopaca, esclerótica e bem circunscrita, geralmente pedunculada e sem relação dentária. Múltiplos casos sugerem síndrome de Gardner. |
| Torus | Exostose cortical densa, homogênea e bem definida, sem halo ou efeito expansivo. |
| Displasia cemento-óssea | Inicialmente radioluciente, evolui para vidro fosco ou radiopaca, com margens nítidas e padrão multifocal. |
| Tumor marrom | Radioluciente expansivo uni ou multilocular, com afinamento cortical e desmineralização difusa. Relacionado ao hiperparatireoidismo. |
| Displasia fibrosa | Vidro fosco, margens mal definidas, padrão infiltrativo e crescimento longitudinal. Pode ser mono ou polioestótica. |
| Osteorradionecrose | Áreas líticas e escleróticas irregulares, com sequestros ósseos e interrupção cortical. |
| Osteomielite | Padrão lítico, esclerótico ou misto, com reação periostal crônica, sequestros e obliteração dos planos gordurosos. Pode decorrer de infecção dentária não tratada. |
| Tumores malignos | Extensos, margens indefinidas, padrão infiltrativo, necrose, realce heterogêneo e invasão de partes moles. |

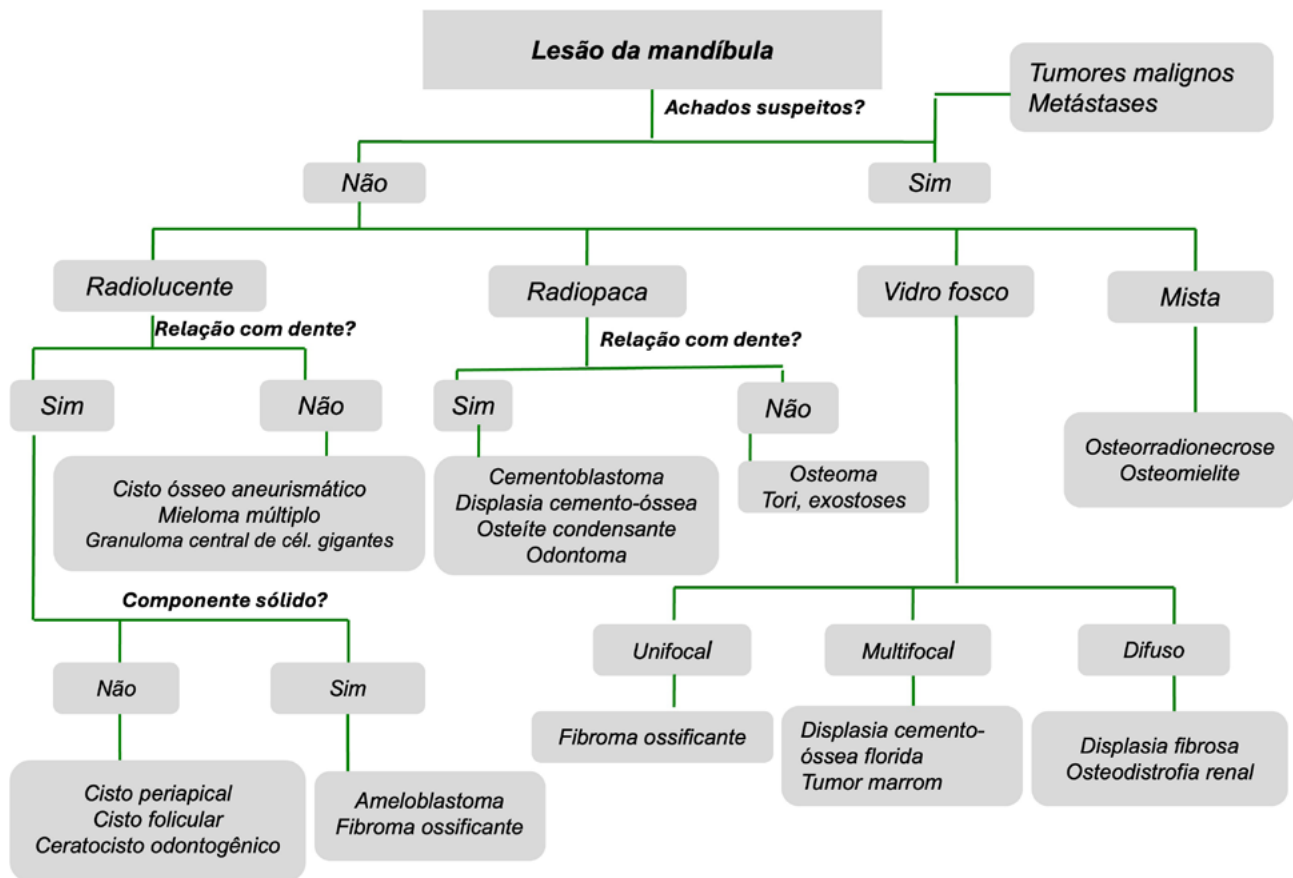


Figura 19. Fluxograma para abordagem sistemática de lesões da mandíbula com base em achados de imagem.

nhamento e conduta clínica adequada. O conhecimento aprofundado dessas lesões, aliado à correlação clínica e eventualmente laboratorial, é fundamental para evitar atrasos diagnósticos e desfechos desfavoráveis. A classificação da OMS 2022 trouxe atualizações importantes quanto à terminologia e comportamento de algumas lesões odontogênicas, o que reforça a necessidade de constante atualização na interpretação das imagens⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Devenney-Cakir B, Subramaniam RM, Reddy SM, et al. *Cystic and cystic-appearing lesions of the mandible: review*. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196(6 Suppl):WS66-77.
2. Meyer KA, Bancroft LW, Dietrich TJ, et al. *Imaging characteristics of benign, malignant, and infectious jaw lesions: a pictorial review*. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;197(3):W412-421.
3. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, et al. *Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review*. *Radiographics*. 1999;19(5):1107-1124.
4. Özgür A, Kara E, Arpacı R, et al. *Nonodontogenic mandibular lesions: differentiation based on CT attenuation*. *Diagn Interv Radiol*. 2014;20(6):475-480.
5. Avril L, Lombardi T, Ailianou A, et al. *Radiolucent lesions of the mandible: a pattern-based approach to diagnosis*. *Insights Imaging*. 2014;5(1):85-101.
6. Neyaz Z, Gadodia A, Gamanagatti S, et al. *Radiographical approach to jaw lesions*. *Singapore Med J*. 2008;49(2):165-176.
7. Dunfee BL, Sakai O, Pistey R, et al. *Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible*. *Radiographics*. 2006;26(6):1751-1768.
8. Choi YS, Kim JH, Rho MH, et al. *Imaging approach for jaw and maxillofacial bone tumors with updates on the 2022 World Health Organization classification*. *World J Radiol*. 2024;16(4):294-309.
9. El-Mofty SK. *Fibro-osseous lesions of the craniofacial skeleton: an update*. *Head Neck Pathol*. 2014;8(4):432-444.
10. Curé JK, Vattoth S, Shah R. *Radiopaque jaw lesions: an approach to the differential diagnosis*. *Radiographics*. 2012;32(7):1909-1925.

