

## DO FALSO AO VERDADEIRO: LESÕES QUE SIMULAM INFECÇÕES PERIAPICAIS E OS RISCOS DO DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO

FROM FALSE TO TRUE: LESIONS THAT MIMIC PERIAPICAL INFECTIONS AND THE RISKS OF MISDIAGNOSIS

Andrieli Franken<sup>1</sup>  
Bruna Eduarda Ribeiro da Silva<sup>2</sup>  
Emanuely da Silva<sup>3</sup>

**RESUMO:** Na rotina odontológica, a presença de uma imagem radiolúcida ao redor do ápice radicular costuma direcionar o pensamento clínico para uma resposta óbvia: necrose pulpar e infecção bacteriana. Contudo, essa aparente evidência esconde um perigo latente. Estima-se que uma parcela significativa dessas manifestações corresponda, na verdade, a lesões de origem não endodôntica. A semelhança clínica e radiográfica dessas patologias com as infecções comuns cria um cenário de alta vulnerabilidade para diagnósticos equivocados. Entre essas lesões destacam-se cistos e tumores odontogênicos, queratocistos e até neoplasias malignas primárias e metastáticas. O presente artigo é uma revisão de literatura que tem como objetivo identificar as principais lesões que mimetizam patologias endodônticas e discutir os critérios diagnósticos essenciais para a diferenciação clínica.

**Palavras-chave:** Lesões Periapicais. Lesões bucais. Lesões endodônticas. Diagnóstico equivocado.

1

**ABSTRACT:** In dental practice, the presence of a radiolucent image around the root apex often directs clinical thinking toward an obvious response: pulp necrosis and bacterial infection. However, this apparent evidence hides a latent danger. It is estimated that a significant portion of these manifestations actually corresponds to lesions of non-endodontic origin. The clinical and radiographic similarity of these pathologies to common infections creates a scenario of high vulnerability for misdiagnoses. Among these lesions are odontogenic cysts and tumors, keratocysts, and even primary and metastatic malignancies. This article is a literature review aimed at identifying the main lesions that mimic endodontic pathologies and discussing the essential diagnostic criteria for clinical differentiation.

**Keywords:** Periapical Lesions. Oral Lesions. Endodontic Lesions. Misdiagnosis.

### INTRODUÇÃO

As lesões periapicais representam achados comuns na prática odontológica, estando frequentemente associadas a processos inflamatórios de origem endodôntica decorrentes de necrose pulpar ou infecções persistentes (NAIR, 2004). Contudo, diversas outras alterações

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário Univel.

<sup>2</sup>Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário Univel.

<sup>3</sup>Orientadora. Professora endodontia do Centro Universitário Univel.

patológicas, como cistos, tumores odontogênicos e não odontogênicos, além de lesões inflamatórias não relacionadas à polpa dentária, podem apresentar características clínicas e radiográficas semelhantes às lesões endodônticas (NAIR, 2004).

Um estudo retrospectivo com mais de 1.600 casos identificou que 5,6% das lesões periapicais eram, na realidade, de origem não endodôntica, evidenciando a baixa especificidade do diagnóstico baseado apenas em sinais clínicos e radiográficos (MOTTA *et al.*, 2025).

As lesões endodônticas constituem um conjunto variado de alterações que acometem os tecidos localizados ao redor do ápice radicular, geralmente em resposta à infecção bacteriana decorrente da necrose pulpar (NAIR, 2004). A entrada de microrganismos e de seus subprodutos ocorre por meio do canal radicular, desencadeando uma resposta inflamatória local mediada por células imunológicas, o que leva à reabsorção óssea e à formação de lesões radiolúcidas periapicais (RICUCCI *et al.*, 2019).

A literatura descreve múltiplas lesões não endodônticas, como o cisto dentígero, o queratocisto odontogênico, o cemento-ossificante periapical, tumores odontogênicos e até lesões metastáticas, que podem mimetizar, clínica e radiograficamente, lesões de origem endodôntica. Essa semelhança frequentemente resulta em diagnósticos equivocados e, conseqüentemente, em tratamentos endodônticos desnecessários ou inadequados (MACDONALD-  
JANKOWSKI, 2011; WRIGHT *et al.*, 2014).

O diagnóstico definitivo das lesões periapicais e maxilomandibulares requer a correlação entre os achados clínicos, radiográficos e, em casos específicos, histopatológicos, permitindo determinar com maior precisão a natureza e o comportamento biológico da lesão (ALMOHAREB *et al.*, 2025; KOLOKYTHAS *et al.*, 2019).

Dessa forma, compreender os aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos das lesões periapicais e de suas possíveis entidades simuladoras é fundamental para a definição da conduta terapêutica adequada. A correta diferenciação entre processos inflamatórios periapicais e lesões odontogênicas de distintos comportamentos biológicos é fundamental para o estabelecimento do tratamento adequado, contribuindo para melhores resultados clínicos e redução do risco de recorrência das lesões (RICUCCI; SIQUEIRA JR.; LOGHIN, 2020; KOLOKYTHAS *et al.*, 2019).

Esta pesquisa justifica-se pela importância do diagnóstico diferencial das lesões que mimetizam infecções periapicais, contribuindo para uma conduta clínica mais segura, prevenção de iatrogenias e escolha do tratamento mais adequado ao paciente.

## LESÕES PERIAPICAIS DE ORIGEM ENDODÔNTICA

As lesões periapicais de origem endodôntica desenvolvem-se principalmente em decorrência da infecção pulpar causada por cárie dentária, acúmulo de biofilme ou trauma dental, fatores que podem evoluir para necrose pulpar e inflamação dos tecidos periapicais (SIQUEIRA JR., 2001; HUANG *et al.*, 2017). O processo inflamatório periapical desencadeia resposta vascular e imunológica caracterizada por vasodilatação, infiltração de células inflamatórias e reabsorção óssea na região apical, podendo evoluir para a formação de abscessos, granulomas e cistos radiculares (KARAMIFAR *et al.*, 2020; RICUCCI *et al.*, 2010).

Radiograficamente, essas lesões geralmente apresentam áreas radiolúcidas associadas ao ápice dental, com interrupção da lâmina dura e alargamento do espaço do ligamento periodontal, enquanto lesões não endodônticas tendem a preservar essas estruturas e manter a vitalidade pulpar (PONTES *et al.*, 2014). Entretanto, diferentes patologias odontogênicas e não odontogênicas podem mimetizar lesões periapicais inflamatórias, tornando o diagnóstico diferencial indispensável (PONTES *et al.*, 2014).

As lesões podem apresentar-se de forma assintomática ou sintomática, manifestando dor, edema, sensibilidade e formação de fístulas em casos avançados (NAIR, 2004). Entre as principais lesões periapicais de origem inflamatória destacam-se o abscesso periapical, associado à presença de exsudato purulento e necrose tecidual; o granuloma periapical, constituído predominantemente por tecido de granulação inflamatório crônico; e o cisto radicular, caracterizado por cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado (KARAMIFAR *et al.*, 2020; RICUCCI *et al.*, 2010).

O diagnóstico das lesões periapicais deve ser realizado por meio da associação entre exame clínico, testes de sensibilidade pulpar, avaliação radiográfica e, quando necessário, análise histopatológica, permitindo estabelecer o diagnóstico diferencial e definir a conduta terapêutica adequada (KARAMIFAR *et al.*, 2020; KOLOKYTHAS *et al.*, 2019). Embora a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) apresente maior sensibilidade para avaliação tridimensional das lesões, permitindo uma análise precisa de sua extensão e do comprometimento ósseo, ela não define e nem estabelece, isoladamente, o diagnóstico definitivo de lesão endodôntica (PATEL *et al.*, 2009).

O tratamento inicial consiste na terapia endodôntica convencional, visando eliminar os microrganismos do sistema de canais radiculares por meio do preparo químico-mecânico, irrigação antimicrobiana e obturação adequada (SIQUEIRA; RÔÇAS, 2009). Em casos

persistentes, podem ser necessários retratamento endodôntico, cirurgia parendodôntica e exame histopatológico da lesão removida, principalmente quando houver suspeita de patologias não endodônticas (ALMOHAREB *et al.*, 2025).

## POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS PARA LESÕES RADIOLÚCIDAS PERIAPICAIS

As lesões radiolúcidas periapicais são frequentemente relacionadas a processos inflamatórios de origem endodôntica, porém diversas patologias podem apresentar características clínicas e radiográficas semelhantes (MOTTA *et al.*, 2025). Entre os principais diagnósticos diferenciais destacam-se o queratocisto odontogênico, ameloblastoma, displasia cemento-óssea, cisto do ducto nasopalatino e tumores odontogênicos (TSESIS *et al.*, 2023).

Além disso, lesões malignas primárias e metastáticas também podem manifestar-se na região periapical, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e da investigação adequada (TSESIS *et al.*, 2023). A associação entre exame clínico, testes de vitalidade pulpar, exames de imagem avançados, como a CBCT, e análise histopatológica é fundamental para estabelecer o diagnóstico correto e evitar tratamentos inadequados (TSESIS *et al.*, 2023).

### DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA (DCO)

A Displasia Cemento-Óssea (DCO) é uma lesão fibro-óssea benigna caracterizada pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso e material mineralizado semelhante ao cimento (KRAMER *et al.*, 2020). A DCO pode ser classificada em periapical, focal e florida, variando conforme sua localização e extensão (SHAMALA RAVIKUMAR *et al.*, 2020).

A forma periapical acomete principalmente a região anterior da mandíbula, enquanto a focal é mais frequente em molares mandibulares. Já a forma florida apresenta múltiplas lesões distribuídas bilateralmente na mandíbula e, em alguns casos, também na maxila (SALVI *et al.*, 2020). Radiograficamente, a lesão pode apresentar aspecto radiolúcido, misto ou radiopaco, dependendo do estágio de evolução, mantendo geralmente a vitalidade pulpar e a integridade do ligamento periodontal (EL-NAGGAR *et al.*, 2017).

Histopatologicamente, a DCO apresenta tecido conjuntivo fibroso associado a massas calcificadas irregulares e material semelhante ao cimento, tornando-se mais calcificada com a progressão da lesão (DE CASTRO *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2020).

O diagnóstico é frequentemente incidental em exames radiográficos de rotina, podendo ser confundido com lesões periapicais inflamatórias, especialmente nos estágios iniciais (DELAI *et al.*, 2015). Por isso, a avaliação clínica e os testes de vitalidade pulpar são fundamentais para o diagnóstico diferencial (KOLOKYTHAS *et al.*, 2019).

A displasia cemento-óssea pode simular lesões periapicais endodônticas, especialmente nos estágios iniciais radiolúcidos. Contudo, os dentes envolvidos geralmente permanecem vitais, tornando fundamentais os testes de sensibilidade pulpar e a avaliação clínico-radiográfica para o diagnóstico diferencial (KOLOKYTHAS *et al.*, 2019; DELAI *et al.*, 2015).

Na maioria dos casos, a DCO não necessita de tratamento, sendo recomendado apenas acompanhamento clínico e radiográfico periódico (KOLOKYTHAS *et al.*, 2019). Entretanto, em situações de infecção secundária, podem ser necessárias intervenções cirúrgicas e terapias complementares, como a terapia fotodinâmica antimicrobiana (FARIA *et al.*, 2018).

## CISTO PALATINO MEDIANO

O cisto palatino mediano é uma lesão cística não odontogênica rara, originada provavelmente de remanescentes epiteliais aprisionados durante a fusão das lâminas palatinas no desenvolvimento embrionário (ASISH *et al.*, 2025). Acomete principalmente pacientes do sexo masculino e localiza-se na linha média do palato duro (ASISH *et al.*, 2025).

Clinicamente, geralmente é assintomático e identificado de forma incidental em exames de rotina. Entretanto, lesões maiores podem provocar aumento de volume palatino, congestão nasal, dor e dormência do lábio superior (COURAGE *et al.*, 1974; ASISH *et al.*, 2025). Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiolúcida, bem delimitada, de formato arredondado ou oval, localizada ao longo da sutura palatina mediana, sem relação com dentes não vitais ou com o canal incisivo (ALLMENDINGER *et al.*, 2009).

Histopatologicamente, caracteriza-se por cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado, podendo apresentar áreas de epitélio respiratório, associadas à cápsula de tecido conjuntivo fibroso (SWANSON *et al.*, 2015; QUEIROZ *et al.*, 2011).

O diagnóstico diferencial deve ser realizado principalmente com o cisto do ducto nasopalatino e lesões periapicais inflamatórias, sendo essencial a avaliação da vitalidade pulpar dos dentes adjacentes (QUEIROZ *et al.*, 2011). O tratamento indicado consiste na remoção cirúrgica da lesão associada à curetagem, apresentando bom prognóstico (HADI *et al.*, 2001).

## CISTO DO DUCTO NASOPALATINO (CDNP)

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é o cisto não odontogênico mais comum dos maxilares, originado a partir de remanescentes epiteliais embrionários do ducto nasopalatino localizados na região do canal incisivo (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Geralmente apresenta crescimento lento e assintomático, podendo causar aumento de volume na região anterior da maxila, deslocamento dentário, dor, drenagem e alterações funcionais quando apresenta maiores dimensões (OLIVEIRA *et al.*, 2009; SHAH; JAVALKAR, 2024).

Radiograficamente, manifesta-se como uma imagem radiolúcida bem delimitada na linha média da maxila, entre os incisivos centrais superiores, podendo apresentar formato arredondado, ovalado ou em “coração”, devido à superposição da espinha nasal anterior (SWANSON *et al.*, 1991; ESTRELA *et al.*, 2011). Os dentes adjacentes permanecem vitais, aspecto importante para o diagnóstico diferencial com lesões periapicais inflamatórias de origem endodôntica (ESCÓDA FRANCOLÍ *et al.*, 2008).

Histopatologicamente, o CDNP apresenta revestimento epitelial variável, incluindo epitélio escamoso estratificado, epitélio colunar pseudoestratificado ciliado e epitélio cuboidal simples, além de cápsula fibrosa contendo feixes neurovasculares, glândulas salivares menores e, ocasionalmente, cartilagem hialina (SHAH; JAVALKAR, 2024).

O diagnóstico deve associar avaliação clínica, exames de imagem e confirmação histopatológica, sendo fundamental realizar testes de vitalidade pulpar para evitar tratamentos endodônticos desnecessários (ESTRELA *et al.*, 2011). O tratamento do cisto do ducto nasopalatino consiste principalmente na enucleação cirúrgica da lesão, apresentando prognóstico favorável e baixa taxa de recorrência após a remoção completa (SOARES *et al.*, 2026).

O cisto do ducto nasopalatino pode simular lesões periapicais de origem endodôntica devido à sua localização na região anterior da maxila e à presença de imagem radiolúcida periapical. Entretanto, os dentes adjacentes geralmente apresentam vitalidade pulpar preservada, auxiliando no diagnóstico diferencial (ESCÓDA FRANCOLÍ *et al.*, 2008; SHAH; JAVALKAR, 2024).

## CISTO ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO (COQ)

O cisto odontogênico queratocístico (COQ) é uma lesão odontogênica benigna de comportamento agressivo e elevada taxa de recidiva, acometendo principalmente a região

posterior da mandíbula, especialmente ângulo e ramo mandibular (POLAK *et al.*, 2019; SAKAI *et al.*, 2017). Atualmente, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o queratocisto odontogênico (COQ) voltou a ser classificado como cisto odontogênico, devido à ausência de evidências conclusivas que sustentem seu comportamento neoplásico (VALDIVIA *et al.*, 2022).

Clinicamente, o COQ apresenta crescimento lento e geralmente assintomático, sendo frequentemente identificado em exames radiográficos de rotina. Quando sintomático, pode causar aumento de volume, dor, edema e parestesia (MACDONALD-JANKOWSKI, 2011; BORGUESI *et al.*, 2018). Radiograficamente, manifesta-se como imagem radiolúcida unilocular ou multilocular, bem delimitada, podendo ser confundida com cistos periapicais, cistos dentígeros ou ameloblastomas (SAKAI *et al.*, 2017).

Histopatologicamente, caracteriza-se por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, com camada basal em paliçada e cápsula fibrosa delgada, sendo essas características fundamentais para o diagnóstico definitivo (SOLUK *et al.*, 2018). Dessa forma, o exame histopatológico é indispensável para confirmação diagnóstica, devido à semelhança clínica e radiográfica com outras lesões odontogênicas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Pode apresentar semelhanças radiográficas com lesões periapicais de origem endodôntica, especialmente quando localizado na região apical de dentes vitais. Entretanto, diferentemente das lesões inflamatórias periapicais, os dentes associados ao COQ geralmente mantêm vitalidade pulpar preservada, sendo fundamental a correlação clínica, radiográfica e histopatológica para o diagnóstico diferencial (VALDIVIA *et al.*, 2022; ALMUTAIRI *et al.*, 2019).

O tratamento do queratocisto odontogênico geralmente envolve enucleação associada à curetagem periférica, podendo haver dificuldade na remoção completa devido à friabilidade da cápsula cística. O acompanhamento clínico e radiográfico prolongado é recomendado em razão das elevadas taxas de recorrência descritas na literatura (ALMUTAIRI *et al.*, 2019; VALDIVIA *et al.*, 2022).

## AMELOBLASTOMA

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de crescimento lento, porém localmente invasivo, sendo considerado uma das neoplasias odontogênicas clinicamente mais relevantes devido ao seu potencial destrutivo e elevada taxa de recorrência (MCLAIN *et al.*,

2016; SOLUK-TEKKEŞIN; WRIGHT, 2018). Origina-se principalmente do epitélio odontogênico da lâmina dentária e apresenta diferentes variantes clínicas, incluindo os tipos sólido/multicístico, unicístico, periférico e desmoplásico (MASTHAN *et al.*, 2015).

A lesão acomete predominantemente a mandíbula, especialmente a região posterior, como ângulo e ramo mandibular, sendo mais frequente entre a terceira e quinta décadas de vida (GUPTA *et al.*, 2022; SANTANA *et al.*, 2019). Clinicamente, apresenta crescimento lento e geralmente assintomático, podendo evoluir para expansão óssea, deformidade facial, dor e deslocamento dentário em estágios avançados (EFFIOM *et al.*, 2018).

Radiograficamente, o ameloblastoma pode manifestar-se como lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, frequentemente descrita com aspecto de “bolhas de sabão” ou “favo de mel” (TOLENTINO *et al.*, 2020). A reabsorção radicular e o deslocamento dentário são achados frequentes, auxiliando no diagnóstico diferencial com cistos odontogênicos e lesões periapicais inflamatórias (MACDONALD-JANKOWSKI; LIU, 2020). A tomografia computadorizada ou TCFC é fundamental para avaliar a extensão da lesão e o comprometimento cortical ósseo (BORGUESI *et al.*, 2018).

O diagnóstico definitivo depende da análise histopatológica, que evidencia proliferação de epitélio odontogênico em estroma fibroso, podendo apresentar padrões folicular e plexiforme, entre outros (EFFIOM *et al.*, 2018; EL-NAGGAR *et al.*, 2022). A biópsia incisional constitui o padrão-ouro para confirmação diagnóstica (RODRIGUES; PEREIRA; DIAS, 2021).

O ameloblastoma pode simular lesões periapicais de origem endodôntica, principalmente na forma unilocular. Entretanto, os dentes envolvidos geralmente mantêm vitalidade pulpar, sendo fundamental a associação entre exames clínicos, radiográficos e histopatológicos para o diagnóstico diferencial (MACDONALD-JANKOWSKI; LIU, 2020; ATARBASHI-MOGHADAM *et al.*, 2024).

O tratamento varia conforme o subtipo histológico e extensão tumoral. Lesões convencionais/multicísticas geralmente requerem ressecção cirúrgica com margem de segurança devido à alta taxa de recidiva, enquanto variantes unicísticas podem ser tratadas de forma mais conservadora (MAFRA; VIEIRA; GOMES, 2017). Independentemente da abordagem terapêutica, o acompanhamento clínico e radiográfico prolongado é indispensável, considerando o potencial de recorrência tardia do ameloblastoma (GUPTA *et al.*, 2022).

## GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES (GCCG)

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma lesão intraóssea benigna, não neoplásica e de etiologia incerta, acometendo principalmente a mandíbula anterior de pacientes jovens, com maior prevalência no sexo feminino (EFFIOM *et al.*, 2018). A lesão pode apresentar comportamento não agressivo ou agressivo, variando quanto à velocidade de crescimento, sintomatologia e potencial destrutivo (EFFIOM *et al.*, 2018).

Clinicamente, a forma não agressiva geralmente é assintomática, de crescimento lento e descoberta em exames radiográficos de rotina. Já a variante agressiva pode apresentar dor, expansão óssea, deslocamento dentário, reabsorção radicular e perfuração cortical, além de maior taxa de recorrência (EFFIOM *et al.*, 2018).

Radiograficamente, o GCCG manifesta-se como imagem radiolúcida uni ou multilocular, com limites bem definidos ou irregulares, dependendo do grau de agressividade da lesão (STAVROPOULOS; KATZ, 2002). Histopatologicamente, caracteriza-se pela presença de numerosas células gigantes multinucleadas distribuídas em estroma fibrovascular com áreas hemorrágicas e depósitos de hemossiderina (EFFIOM *et al.*, 2018).

O diagnóstico definitivo depende da análise histopatológica e do diagnóstico diferencial com outras lesões de células gigantes, especialmente o tumor marrom do hiperparatireoidismo, exigindo avaliação laboratorial complementar dos níveis séricos de cálcio, fósforo e paratormônio (GUPTA *et al.*, 2022).

O granuloma central de células gigantes pode simular lesões periapicais endodônticas, principalmente na região anterior dos maxilares. Porém, os dentes envolvidos geralmente mantêm vitalidade pulpar, sendo essencial a avaliação clínica, radiográfica e histopatológica para o diagnóstico diferencial (KOLOKYTHAS *et al.*, 2019; GUPTA *et al.*, 2022).

O tratamento varia conforme o comportamento clínico da lesão. Casos não agressivos são tratados principalmente por curetagem ou enucleação cirúrgica, enquanto lesões agressivas podem necessitar de terapias complementares, como corticosteroides intralesionais, calcitonina, interferon-alfa ou Denosumabe, visando reduzir a morbidade cirúrgica e as taxas de recidiva (GUPTA *et al.*, 2022).

## CISTO ÓSSEO SIMPLES (COS)

O cisto ósseo simples (COS), também denominado cisto ósseo traumático, é uma lesão intraóssea benigna classificada como pseudocisto por não apresentar revestimento epitelial

(BARNES *et al.*, 2005; SCIUBBA *et al.*, 2001). Acomete principalmente pacientes jovens, com maior frequência na mandíbula posterior, sendo geralmente diagnosticado de forma incidental em exames radiográficos de rotina (NUNES *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2008).

Clinicamente, o COS costuma ser assintomático e os dentes envolvidos mantêm a vitalidade pulpar, embora alguns casos possam apresentar discreto aumento de volume local (SVERZUT, 2002). Sua etiologia permanece incerta, sendo propostas teorias relacionadas a trauma intramedular, alterações ósseas locais, distúrbios vasculares e hemorragia intraóssea (WRIGHT; VERED, 2017).

Radiograficamente, caracteriza-se, na maioria dos casos, como uma imagem radiolúcida unilocular bem delimitada, frequentemente apresentando margens festonadas entre as raízes dos dentes adjacentes (BOUKSSIM *et al.*, 2025). Histopatologicamente, caracteriza-se pela ausência de epitélio de revestimento, podendo apresentar cavidade vazia ou contendo sangue e discreto tecido fibroso (SCIUBBA *et al.*, 2001).

O cisto ósseo simples pode simular lesões periapicais endodônticas devido à presença de imagem radiolúcida próxima às raízes dentárias. Entretanto, os dentes envolvidos geralmente mantêm vitalidade pulpar, sendo essencial a avaliação clínica, radiográfica e testes de sensibilidade para o diagnóstico diferencial (SUEI *et al.*, 2010; KOLOKYTHAS *et al.*, 2019), no diagnóstico diferencial pode incluir lesões como periodontite apical, ameloblastoma, queratocisto odontogênico, granuloma central de células gigantes e cisto dentígero, evitando tratamentos endodônticos desnecessários em dentes vitais (FREGNANI *et al.*, 2017).

O tratamento baseia-se, principalmente, na exploração cirúrgica da cavidade associada à curetagem das paredes ósseas, promovendo sangramento local e subsequente reparo ósseo da lesão (SUEI *et al.*, 2010; BOUKSSIM *et al.*, 2025). O prognóstico é favorável, com baixa taxa de recorrência e formação óssea geralmente observada entre seis e doze meses após o procedimento (REGEZI; SCIUBBA, 2017).

## **METÁSTASES OSSEAS OU NEOPLASIAS MALÍGNAS PRIMÁRIAS INTRAÓSSEAS**

As metástases ósseas e neoplasias malignas intraósseas da cavidade oral representam lesões raras, porém altamente agressivas, devendo ser consideradas principalmente em pacientes com histórico de câncer ou sinais clínicos incomuns, como dor intensa, parestesia, mobilidade dentária inexplicada e rápida destruição óssea (HIRSHBERG *et al.*, 2014). Essas

lesões podem mimetizar alterações periapicais inflamatórias, dificultando o diagnóstico diferencial (KOSANWAT *et al.*, 2021). Estudos demonstram que as lesões periapicais não endodônticas correspondem a aproximadamente 10% a 50% das lesões inicialmente diagnosticadas como alterações endodônticas, sendo que parte desses casos pode representar neoplasias malignas. Entre as lesões não endodônticas, a taxa de malignidade varia entre 3,7% e 5,8%, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial e da análise histopatológica das lesões periapicais persistentes (VIEIRA *et al.*, 2020; KO SANWAT *et al.*, 2021).

Clinicamente, apresentam crescimento rápido, edema, invasão de tecidos adjacentes e possibilidade de fraturas patológicas, refletindo comportamento infiltrativo e destrutivo (HIRSHBERG *et al.*, 2008). Radiograficamente, caracterizam-se por áreas radiolúcidas mal definidas, padrão ósseo em “roído de traça” e reabsorção radicular em “ponta de faca”, indicando agressividade tumoral (HIRSHBERG *et al.*, 2016).

Histopatologicamente, observa-se proliferação de células neoplásicas pleomórficas, hipercromáticas e com elevada atividade mitótica, associadas à destruição óssea extensa e infiltração de estruturas adjacentes (SATO *et al.*, 2017; KAWANO *et al.*, 2018).

O diagnóstico requer associação entre exame clínico, métodos avançados de imagem, como TC, ressonância magnética e PET-CT, além de confirmação por biópsia, considerada o padrão-ouro diagnóstico (SATO *et al.*, 2017). A presença de dentes vitais associados à radiolucidez periapical e a persistência da lesão após tratamento endodôntico devem levantar suspeita para origem não endodôntica (ATARBASHI-MOGHADAM *et al.*, 2024).

As metástases ósseas e neoplasias malignas intraósseas podem simular lesões periapicais de origem endodôntica devido à presença de áreas radiolúcidas associadas aos ápices dentários (ATARBASHI-MOGHADAM *et al.*, 2024; HIRSHBERG *et al.*, 2008). Entretanto, diferentemente das alterações inflamatórias periapicais comuns, essas lesões frequentemente estão relacionadas a dentes com vitalidade pulpar preservada, dor persistente, parestesia, rápida destruição óssea e ausência de reparo após tratamento endodôntico (ATARBASHI-MOGHADAM *et al.*, 2024; HIRSHBERG *et al.*, 2008). Dessa forma, a persistência dos sinais clínicos e radiográficos deve levantar suspeita para lesões não endodônticas, sendo indispensável a realização de biópsia para confirmação diagnóstica (ATARBASHI-MOGHADAM *et al.*, 2024; HIRSHBERG *et al.*, 2008).

O tratamento é multidisciplinar e pode incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia e cuidados paliativos, dependendo da extensão da doença e do estado sistêmico do paciente (HIRSHBERG *et al.*, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lesões periapicais representam alterações frequentemente observadas na prática odontológica, sendo, na maioria dos casos, decorrentes de processos inflamatórios de origem endodôntica relacionados à necrose pulpar. Entretanto, diversas lesões odontogênicas e não odontogênicas podem apresentar manifestações clínicas e radiográficas semelhantes, dificultando o diagnóstico diferencial e aumentando o risco de tratamentos inadequados.

Entre as principais entidades que podem mimetizar lesões periapicais inflamatórias destacam-se a displasia cemento-óssea, os cistos não odontogênicos, o cisto odontogênico queratocístico, o ameloblastoma, o granuloma central de células gigantes, o cisto ósseo simples e até mesmo neoplasias malignas primárias e metástases ósseas.

Dessa forma, a realização de um diagnóstico criterioso é indispensável, devendo envolver associação entre anamnese, exame clínico, testes de vitalidade pulpar, exames radiográficos convencionais e avançados, como a tomografia computadorizada de feixe cônico, além da análise histopatológica nos casos duvidosos. A correta interpretação desses achados permite diferenciar lesões inflamatórias de alterações de comportamento biológico distinto, evitando tratamentos endodônticos desnecessários e possibilitando uma abordagem terapêutica mais segura e eficaz.

Portanto, o conhecimento das características clínicas, radiográficas e histopatológicas das lesões que mimetizam patologias periapicais de origem endodôntica é essencial para o cirurgião-dentista, contribuindo para diagnósticos mais precisos, melhor prognóstico e condutas terapêuticas adequadas, promovendo maior segurança e qualidade no atendimento ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALMOHAREB, R. *et al.* Periapical lesions: diagnostic accuracy and nonendodontic mimickers. **International Endodontic Journal**, v. 58, n. 2, p. 115-124, out. 2025.
- ALLMENDINGER, A.; GABE, M.; DESTIAN, S. Cisto palatino mediano. **J Radiol Case Rep** v.3, n.7, p. 7-10, jul. 2009.

ALMUTAIRI, B. et al. Nonsyndromic examples of odontogenic keratocysts: presentation of interesting cases with a literature review. **Case Reports in Dentistry**, v. 2019, p. 1-10, 2019.

ASISH, K. et al. Cisto Palatino Mediano: Relato de caso. **International Journal of Advanced Research**, v. 13, n. 08 p. 995-999, aug. 2025.

ATARBASHI-MOGHADAM, S.; AZAR, M.; DOWDANI, S. Avaliação histopatológica das radiolucências periapicais Clínico-Radiograficamente Diagnosticadas como Lesões Endodônticas: Uma Análise Retrospectiva. **J Endod**, v. 25, n. 1, p. 39 - 44, mar. 2024.

BARNES, L. et al. Pathology and genetics of head and neck tumors. **Lyon, France: IARC Press**. 2005.

BORGUESI, A. et al. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with aggressive behaviour. **Insights into Imaging**, v. 9, n. 5, p. 883-897, Jul. 2018.

BOUKSSIM, S.; SOUALEM, H.; CHAMI, B. Asymptomatic simple bone cysts revealed by imaging: a report of two cases. **Cureus**, v. 17, n. 7, p. 87-166, 2025.

CARVALHO, B. O. et al. Florid cement-osseous dysplasia: exams that should aid in clinical practice. **SCI Invest Dent**, v. 25, n.1, p. 35-43, jan./dec. 2020.

CORTELL-BALLESTER, I. et al. Cisto ósseo traumático: estudo retrospectivo de 21 casos. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, cap. 14, n. 5, p. 239-43, mai. 2009.

COURAGE, G. R.; NORTH, A. F.; HANSEN, L. S. Cistos palatinos medianos. Revisão da literatura e relato de caso. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, cap. 37, n. 5, p. 745-753, mai. 1974.

13

DE CASTRO, T. F. et al. Manifestações imaginológicas distintas na displasia cemento óssea Florida. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 22 n. 2, dec. 2017.

DE LAI, D. et al. Florid cemento-osseous dysplasia: A case of misdiagnosis. **J Endod**, v. 41, n. 11, p. 1923-1926, nov. 2015.

EFFIOM, O. A. et al. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. **Oral Diseases**, v. 24, n. 3, p. 307-316, abr. 2018.

ELLIOTT, K. A.; FRANZESE, C. B.; PITMAN, K. T. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. **Laryngoscope**, v. 114, n. 8, p. 1336-1340, St. Louis 2004.

EL-NAGGAR, A. K.; SLOOTWEG, P. J. Who classification of head and neck tumours. **4th edition**, v. 412, n. 3, p. 311-313, mar. 2017.

EL-NAGGAR, A. et al. **Classificação da OMS de tumores de cabeça e pescoço**. 5. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2022.

ESCÓDA FRANCOLÍ, J. et al. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 13, n. 7, p. 438-439, jul. 2008.

- ESTRELA, L. A. F. *et al.* Differential diagnosis of apical periodontitis and nasopalatine duct cyst. **Journal of Endodontics**, v. 37, n. 3, p. 403-410, mar. 2011.
- FARIA, J. A.; PALHARES, C.; TERZIS, L. C. F. Periapical cemento-osseous dysplasia: a case report in a leucoderma patient. **Bib. Puc Minas**, v. 9, n. 11, p. 1-12, 2018.
- FERREIRA, A. M. P. *et al.* A Classificação do Queratocisto Odontogênico: Revisão de Literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 11, n. 3, p. 424-427, 2022.
- FREGNANI, E. R. *et al.* Simple bone cyst: Possible misdiagcyst: in periapical pathology. **General Dent**, v. 55, n. 2, p. 129-131, mar./abr. 2007.
- GUPTA, S. *et al.* Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor. **Cureus**, v. 14, n. 8, p. 27734, 2022.
- HADI, U. *et al.* Cisto palatino mediano: uma apresentação incomum de uma entidade rara. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 39, n. 4, p. 278-281, ago. 2001.
- HIRSHBERG, A. *et al.* Metastatic tumors to the oral cavity: pathogenesis and clinical presentation. **Oral Oncology**, v. 44, n. 8, p. 678-686, ago. 2008.
- HIRSHBERG, A. *et al.* Metastatic tumors to the oral cavity: Retrospective analysis and update. **Oral Oncology**, v. 59, p. 59-64, 2016.
- HIRSHBERG, A. *et al.* Metastatic tumors to the jaws and mouth. **Head Neck Pathol**, v. 8, n. 4, p. 463-474, dez. 2014.
- KARAMIFAR, K. *et al.* Endodontic periapical lesion: an overview on the etiology, diagnosis and current treatment modalities. **European Endodontic Journal**, v. 5, n. 2, p. 54-67, 2020.
- KAWANO, T. *et al.* Histopathologic aspects of oral metastatic tumors. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 47, n. 9, p. 831-838, 2018.
- KOLOKYTHAS, A. *et al.* Difficulties in the diagnosis of periapical translucencies and in the classification of cemento-osseous dysplasia. **Head & Face Medicine**, Londres, v. 15, n. 1, 2019.
- KOMABAYASHI, T.; JIANG, J.; ZHU, Q. Apical infection spreading to adjacent teeth a case report. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 111, n. 6, p.15-20, jun. 2011.
- KOSANWAT, T.; POOMSAWAT, S.; KITASUBKANCHANA, J. Non-endodontic periapical lesions clinically diagnosed as endodontic origin: A retrospective study. **J Investig Clin Dent**, v. 12, n. 4, jun. 2021.
- KRAMER, I. R. H. *et al.* Neoplasms and other lesions related to bone: In World Health Organization. **Histological typing of odontogênic tumors**. P. 28-31, Berlin, 1992.
- MACDONALD-JANKOWSKI, D. S.; LIU, Y. Radiographic and histopathological features of ameloblastoma of the mandible. **Journal of oral and Maxillofacial Surgery**, v. 78, n. 1, p. 89-98, 2020.

MAFRA, A.; VIEIRA, F. G.; GOMES, P. M. F. Recidiva de ameloblastoma após tratamento conservador. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 1-13, 2017.

MASTHAN K.; ANITHA N.; KRUPAA J.; MANIKKAM S. Ameloblastoma. **J Pharm Bioall Sci**, v. 7, n. 1, p. 167-170, abr. 2015.

MCLAIN, C. M. *et al.* Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 273, n. 7, p. 1649-1661, 2016.

MOTTA, L. J. *et al.* Clinical, radiographic, and histological findings of chronic inflammatory periapical lesions. **International Journal of Dentistry**, v. 2020, p. 1-8, 2025.

NAIR, P. N. R. Pathogenesis of periapical lesions and the periapical cysts: current concepts and future directions. **Endodontic Topics**, v. 8, n. 1, p. 96-107, nov. 2004.

NUNES, A. C. *et al.* Cisto Ósseo Simples: Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 1, n. 1, out./dez. 2012.

OLIVEIRA M. T. F. *et al.* Nasopalatine duct cyst: clinical case report. **Rev. Odontologia UNESP**, v. 38, n. 6, p. 371-374, 2009.

OLIVEIRA, L. *et al.* Cisto do ducto nasopalatino–diagnóstico, tratamento e complicações pós-operatórias: relato de dois casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 53, n. 6, p. 407-413, 2017.

PATEL, S.; DAWOOD, A.; FORD, T. P.; WHAITES, E. Os potenciais aplicações da tomografia computadorizada por feixe cone no manejo de problemas endodônticos. **International Endodontic Journal**, v. 42 n. 9, p. 755-766, oct. 2007.

POLAK, K.; JYDRUSIK-PAWYOWSKA, M.; DROZDZOWSKA, B. Ceratocisto odontogênico da mandíbula: relato de caso e revisão da literatura. **Dent Med Probl**, v. 56, p. 433-436, 2019.

PONTES, F. S. C. *et al.* No endodontic lesions misdiagnosed as apical periodontitis lesions: series of case reports and review of literature. **J Endod**, v. 40 n. 1, p. 16-27, jan. 2014.

QUEIROZ, T. P. *et al.* 2011. Cisto Palatino Mediano. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 22, n. 2, p. 737-740, mar. 2011.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Oral pathology: clinical pathologic correlations**. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2017.

RICUCCI, D.; SIQUEIRA, J. F. **Endodontology: an integrated biological and clinical view**. 1. ed. London: Quintessence Publishing, 2013.

RODRIGUES, C. D. *et al.* Traumatic bone cyst suggestive of large apical periodontitis: a case report. **Dentomaxillofac Radiol.**, v. 37, n. 6, p. 376-379, 2008.

RODRIGUES, L. F.; PEREIRA, B. A.; DIAS, G. B. Importância do Exame Citopatológico para o Diagnóstico de Ameloblastoma: Relato de Caso. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 11, p. 1141-1145, 2021.

SAKAI, V. T. *et al.* Keratocystic odontogenic tumor: a biopsy service's experience with 104 solitary, multiple and recurrent lesions. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 9, n. 9, p. 1088-1093, 2017.

SALVI, A. S. *et al.* Cimento-ósseo focal Displasia: Relato de caso com revisão da literatura. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 24, p. 15-18, 2020.

SANTANA, K. M. *et al.* Ameloblastoma e suas características clínicas e radiográficas: relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 40, n. 2, p. 48-53, mai./ago. 2019.

SATO, H. *et al.* Oral metastases: Clinical and histopathologic features. **Journal of oral and Maxillofacial Surgery**, v. 75, n. 5, p. 1004-1012.

SCIUBBA, J.; FANTASIA, J.; KAHN, L. Tumores e Cistos dos maxilares. **Registro Am Pathol**, 2001.

SHAH, G. M.; JAVALKAR, P. A. A brief insight regarding Nasopalatine duct cyst: Report of two cases with a review of literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 28, n. 3, p. 483-487, 2024.

SHAMALA RAVIKUMAR, S. *et al.* Displasia cemento-óssea focal. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 24, p. 19-22, 2020.

SIQUEIRA, J. F. *et al.* Analysis of microorganisms in periapical lesions: systematic review. **Journal of Endodontics**, v. 47, n. 10, p. 1529-1540, 2001.

SIQUEIRA, J. F.; RÔÇAS, I. N. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. **Journal of Endodontics**, v. 34, n. 11, p. 1291-1301, 2008.

SJOGREN, U.; FIGDOR, D.; PERSSON, S.; SUNDGVIST, G. Influência da infecção no momento da obturação radicular no desfecho do tratamento endodôntico de dentes com periodontite apical. **Int Endod J**, v. 30, n. 5, p. 297-306, set. 1997.

SOLUK, T. M.; WRIGHT J. M. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2017 (4th) edition. **Turk Patoloji Derg**, v. 34, n. 1, p. 1-18, jul. 2018.

STAVROPOULOS, F.; KATZ, J. Central giant cell granulomas: a systematic review of the radiographic characteristics with the addition of 20 new cases. **Dentomaxillofac Radiol**, v. 31, n. 4, p. 213-217. 2002.

SUEI, Y.; TAGUCHI, A.; TANIMOTO, K. Simple bone cyst of the jaws: evaluation of treatment outcome by review of 132 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 68, n. 4, p. 847-852, 2010.

SWANSON, K. S.; KAUGARS, G. E.; GUNSOLLEY, J. C. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. **Journal of oral and Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 3, p. 268-271, Philadelphia 1991.

TOLENTINO, E. S. *et al.* Limitation of diagnostic value of cone-beam CT in detecting apical root isthmuses. **Journal of Applied Oral Science**, v. 28, 2020.

TSESIS, I. *et al.* Efeito da regeneração guiada de tecidos no sucesso do tratamento cirúrgico endodôntico de dentes com lesões endodônticas: Uma revisão sistemática. **International Endodontic Journal**, v. 56, p. 910-921, 2023.

VALDIVIA, A. D. C. M. *et al.* What is currently known about odontogenic keratocysts? **Oral Health and Preventive Dentistry**, v. 20, n. 1, p. 321-330, 2022.

VIEIRA, C. C. *et al.* A retrospective Brazilian multicenter study of biopsies at the periapical area: identification of cases of nonendodontic periapical lesions. **Journal of Endodontics**, v. 46, n. 4, p. 490-495, 2020.

WRIGHT, J. M.; VERED, M. Atualização da 4<sup>a</sup> edição da classificação de tumores de cabeça e pescoço da Organização Mundial da Saúde: Tumores ósseos odontogênicos e maxilofaciais. **Head and Neck Pathol**, v. 11, p. 68-77, 2017