Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Osteíte condensante focal de grandes dimensões em paciente disfuncional cervicomastigatória com alteração vestibulococlear

Extensive focal condensing osteitis in a patient with cervicomasticatory dysfunction and vestibulocochlear changes

Osteítis condensante focal extensa en un paciente con disfunción cervicomasticatoria y compromiso vestibulococlear

Niely dos Santos Lopes[1], Eduarda Alves Paiva[1], José Victor Duarte[1], Kailane dos Santos Lopes[1], Mara Lilian Sevalho Barroso[1], Joelson Rodrigues Brum[1], Cimara Barroso Braga da Silva[1], Lioney Nobre Cabral[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever um caso clínico de osteíte condensante focal de grandes dimensões em paciente disfuncional cervicomastigatória com alteração vestibulococlear, destacando a relação entre o bruxismo presente e o agravamento da lesão. **Detalhamento de caso:** Paciente sexo feminino, 35 anos, relatou sensibilidade nos dentes posteriores inferiores do lado direito, associada a cefaleia intensa e dor difusa, inicialmente provocada por estímulos térmicos. Ao exame clínico, observou-se restrição do movimento mandibular para o lado esquerdo de 5 mm, além de interferência mandibular aos 16 mm durante a abertura bucal, com retorno à linha média, caracterizando desvio mandibular e possível deslocamento de disco com redução ipsilateral. Relatou tinnitus na orelha direita, plenitude auricular bilateral e episódios ocasionais de vertigem. À palpação muscular, foram identificados pontos gatilho, indicando sobrecarga muscular compatível com disfunção cervicomastigatória ascendente. A radiografia panorâmica evidenciou áreas de condensação óssea nos ápices dos elementos 36 e 46, os quais apresentaram resposta positiva aos testes de sensibilidade pulpar. A paciente foi submetida ao tratamento da disfunção cervicomastigatória, bem como ao tratamento endodôntico dos elementos envolvidos. **Considerações finais:** O estudo evidencia a possível associação entre estímulos térmicos decorrentes de restaurações extensas em amálgama e o desenvolvimento exacerbado de osteíte condensante focal, agravado por atividade parafuncional bruxista.

Palavras-chave: Osteíte condensante, Osteomielite, Bruxismo.

ABSTRACT

Objective: To describe a clinical case of extensive focal condensing osteitis in a patient with cervicomasticatory dysfunction and vestibulocochlear alteration, highlighting the relationship between bruxism and the aggravation of the lesion. **Case details:** A 35-year-old female patient reported sensitivity in the lower right posterior teeth, associated with intense headache and diffuse pain, initially triggered by thermal stimuli. Clinical examination revealed mandibular movement restriction to the left side of 5 mm, as well as mandibular interference at 16 mm during mouth opening, followed by a return to the midline,

[1] Universidade do Estado do amazonas (UEA), Manaus – AM.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

characterizing mandibular deviation and suggesting possible ipsilateral disc displacement with reduction. The patient reported tinnitus in the right ear, bilateral aural fullness, and occasional episodes of vertigo. Muscle palpation revealed trigger points, indicating muscular overload consistent with ascending cervicomasticatory dysfunction. Panoramic radiography showed areas of bone condensation at the apices of teeth 36 and 46, which presented positive responses to pulp sensibility tests. The patient underwent treatment for cervicomasticatory dysfunction, as well as endodontic treatment of the involved teeth. **Final considerations:** The study highlights a possible association between thermal stimuli from extensive amalgam restorations and the exacerbated development of focal condensing osteitis, aggravated by parafunctional activity.

Keywords: Condensing osteitis, Osteomyelitis, Bruxism.

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso clínico de osteítis condensante focal extensa en una paciente con disfunción cervicomasticatoria y alteración vestibulococlear, destacando la relación entre el bruxismo y el agravamiento de la lesión. **Detalles del caso:** Paciente de sexo femenino, 35 años, que presentó sensibilidad en los dientes posteriores inferiores del lado derecho, asociada a cefalea intensa y dolor difuso, inicialmente desencadenado por estímulos térmicos. El examen clínico reveló restricción del movimiento mandibular hacia el lado izquierdo de 5 mm, así como interferencia mandibular a los 16 mm durante la apertura bucal, seguida de retorno a la línea media, caracterizando desviación mandibular y sugiriendo posible desplazamiento discal con reducción ipsilateral. La paciente refirió tinnitus en el oído derecho, plenitud auricular bilateral y episodios ocasionales de vértigo. A la palpación muscular se identificaron puntos gatillo, indicando sobrecarga muscular compatible con disfunción cervicomasticatoria ascendente. La radiografía panorámica evidenció áreas de condensación ósea en los ápices de los dientes 36 y 46, los cuales presentaron respuesta positiva a las pruebas de sensibilidad pulpar. La paciente fue sometida al tratamiento de la disfunción cervicomasticatoria, así como al tratamiento endodóntico de los dientes involucrados. **Consideraciones finales:** El estudio evidencia una posible asociación entre estímulos térmicos derivados de restauraciones extensas de amalgama y el desarrollo exacerbado de osteítis condensante focal, agravado por actividad parafuncional.

Palabras clave: Osteítis condensante, Osteomielitis, Bruxismo.

INTRODUÇÃO

A osteíte condensante (OC), também denominada como osteomielite esclerosante focal, é uma forma de osteomielite caracterizada pela presença de áreas localizadas de esclerose óssea, relacionadas aos ápices dos dentes com pulpite crônica ou polpas necrosadas (NEVILLE B, et al., 2016; GREEN TL, et al., 2013; MILOGLU O, et al., 2009).

Radiograficamente, a OC manifesta-se como uma lesão radiopaca, resultante de uma reação óssea localizada a partir de um estímulo inflamatório de baixo grau, geralmente localizada no ápice de um dente ou no local de exodontia, onde houve uma doença pulpar de longa data (MILOGLU O, et al., 2009; ANDREW D, 2018; LEDESMA-MONTES C, et al., 2018).

Estudos sugerem que a condição surge como consequência da presença de um agente irritante no espaço pulpar, que promove uma inflamação crônica com formação óssea densa na tentativa de bloquear o fator de irritação, sendo esta densidade produto do aumento do osso trabecular ou do endósteo cortical (GREEN TL, et al., 2013). A OC afeta predominantemente a mandíbula, comumente associada a dentes posteriores, e ocorre com maior frequência em pacientes do sexo feminino (GREEN TL, et al., 2013; ANDREW D, 2018; LEDESMA-MONTES C, et al., 2018; AL-HABIB MA, 2022).

Gupta S, et al. (2023) afirma que, a prevalência da OC na população em geral é de 4 a 7% sendo a condição mais vista em mandíbula (91%) quando comparada a maxila (9%). O sítio de maior prevalência é

a região de primeiro molar inferior e o sexo feminino o mais acometido, condição esta atestada no caso por eles acompanhado de uma paciente de 12 anos de idade com presença de radiopacidade periapical no elemento 46 cariado, com alargamento do ligamento periodontal e perda da lâmina dura atribuídos a OC. Hayek E, et al. (2023) levantando a prevalência do OI e OC na população libanesa a partir de imagens radiográficas verificou que 9 % destas eram OI e que 5,8% das lesões radiopacas levantadas na população libanesa correspondiam à OC, ambas predominando no sexo feminino, na terceira década de vida e na mandíbula.

Embora lesões radiopacas em ossos maxilares não sejam incomuns, o diagnóstico dessas condições pode ser desafiador, pois a OC é frequentemente confundida com a osteoesclerose idiopática (OI), sendo esta somente um de seus diagnósticos diferenciais. A OI é caracterizada por uma área focal de aumento de radiodensidade, mas ao contrário da OC, não está relacionada a processos patológicos, inflamatórios, neoplásicos, displásicos ou sistêmicos, sua causa é de natureza desconhecida, sendo assintomática e não associada a expansão cortical (GREEN TL, et al., 2013; MILOGLU O, et al., 2009).

Durante vários anos duas entidades radiopacas foram confundidas e conhecidas com diferentes nomes: osteoesclerose, osteíte esclerosante, osteíte condensante, verticilos ósseos, queimadura óssea, osteomielite esclerosante focal crônica e osteoesclerose idiopática. Em 1985, Stafne dividiu essas lesões em duas entidades: OC e OI. As primeiras são lesões radiopacas intraósseas associadas a processos inflamatórios de baixa intensidade, sendo numerosos os fatores etiológicos associados ao seu desenvolvimento. São lesões pouco frequentes na população geral, sendo mais comuns no sexo feminino, a maioria aparecendo como imagens radiográficas menores que 2 cm na mandíbula, com maior envolvimento das regiões posteriores (MILOGLU O, et al., 2009; LEDESMA-MONTES C, et al., 2018).

Lesões osteoescleróticas gigantes (LOG), são lesões raras intraósseas cujo diagnóstico assertivo é de grande importância para não serem confundidas com neoplasias malignas locais. Foi realizado um levantamento destas lesões, utilizando parâmetros específicos com os seguintes resultados: 17 padrões de LOG em 14 pacientes, localizadas quase que exclusivamente em mandíbula, sendo de dois tipos: OI e OC. Estas grandes radiopacidades ósseas foram mais frequentes no sexo feminino e nas regiões anteriores e de pré-molares. 94,2% destas foram OI e um caso foi de OC, as primeiras tiveram relação com diversas alterações de desenvolvimento ósseo e dentário, cujas mais comuns foram: macrodontia, microdontia, hipodontia, cálculos pulpares e variações no forame mentoniano. A OC foi considerada uma resposta óssea anômala induzida por um estímulo inflamatório crônico de baixa intensidade oriundo da polpa dentária (LEDESMA-MONTES C, et al., 2018).

Exostoses como o toro palatino e mandibular, podem ser resultantes da função mastigatória excessiva e do estresse oclusal, portanto é convincente que as parafunções orais como apertar ou ranger os dentes podem gerar produção de osso a exemplo do supracitado (LEE HM, et al., 2021).

Diferentemente das lesões mencionadas, as enostoses não são palpáveis, e são comumente observadas na pelve e ossos longos, além da maxila e mandíbula, não tendo relação com estímulos inflamatórios, apesar de serem confundidas com a OC, que é associada a um dente com a polpa inflamada cronicamente ou necrosada (MILOGLU O, et al., 2009; ANDREW D, 2018; LEE HM, et al., 2021).

O bruxismo tem sido identificado como um dos principais fatores etiológicos das Disfunções Cervicomastigatórias (DCM) e Temporomandibulares (DTM), por tratar-se de uma atividade motora orofacial caracterizada por repetidas ou sustentadas contrações dos músculos elevadores da mandíbula, capazes de desenvolver rigor muscular em torno de 150 a 340 kg de carga puntiforme nos períodos ativos (MANFREDINI D e LOBBEZOO F, 2021; GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; MANFREDINI D, et al., 2021; PADMAJA SL, et al., 2018). Classifica-se em cêntrico ou excêntrico, podendo ocorrer tanto durante o dia quanto à noite, apresentando sinais e sintomas quando o limiar de resistência dos tecidos é ultrapassado (BEDDIS H, et al., 2018).

O bruxismo é uma parafunção que tem relação com a hiperatividade muscular, com etiologia multifatorial, podendo ser classificado como um ato não espontâneo, levando a movimentos desordenados

da mandíbula gerando apertamento e/ou ranger de dentes, causando assim uma sobrecarga no sistema estomatognático, acometendo grande número de pessoas, englobando fatores locais, sistêmicos e psicológicos e, dentre estes aspectos, a ansiedade teve grande participação podendo desencadear diferentes consequências estéticas e funcionais: desgastes dentários, dores orofaciais e cervicais, cefaleias, sensibilidade e mobilidade nos dentes pelo trauma impetrado, perda de estrutura dentária e alterações no tecido ósseo, má oclusão, potencialização de periodontopatias e disfunção da articulação temporomandibular (SOARES PG e CABRAL LN, 2020; FREITAS LC, et al., 2024).

Com base em evidências emergentes de que o bruxismo é um termo genérico que inclui diferentes comportamentos motores, foram feitos esforços de consenso entre especialistas para fornecer uma definição da condição que reflita a complexidade do espectro de atividade (ranger de dentes, cerrar os dentes) e especificar que o bruxismo pode ter diferentes manifestações circadianas. Um documento de consenso esclareceu ainda mais essa distinção, fornecendo duas definições separadas para o bruxismo do sono e da vigília, dentro dessa premissa o primeiro foi definido como uma atividade muscular mastigatória que ocorre durante o sono, caracterizada como rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica) e não como distúrbio do movimento ou do sono em indivíduos saudáveis (MANFREDINI D e LOBBEZOO F, 2021).

Wagner B de A et al. (2019), avaliaram a presença de bruxismo e sintomas de ansiedade entre bombeiros militares com cefaleia do tipo tensional episódica frequente (CTTEF) e DTMs. A amostra foi composta de 162 indivíduos com idade entre 18 e 55 anos divididos em 4 grupos. A CTTEF foi diagnosticada de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias – 3ª edição (ICHD-III). O critério diagnostico para as DTMs (DC/TMD) foi usado para classificar as DTMs e o bruxismo de vigília; o bruxismo do sono foi diagnosticado de acordo com a Classificação Internacional das Desordens do Sono do ano de 2014 (ICSD-3); e a ansiedade foi classificada usando o inventário de ansiedade de Beck. Concluíram que a ansiedade e bruxismo diurno foram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de CTTEF associado a DTMs dolorosas. Apenas o bruxismo diurno foi fator de risco para CTTEF com DTMs não dolorosas.

É frequente a associação da DTM com dores na cabeça e nos músculos cervicais, justificada pela relação neurofuncional e anatômica existente entre a ATM, coluna cervical e o crânio, sistema este denominado manducatório. Fatores como alterações posturais da cabeça, ombros e coluna cervical, e a interdependência entre o sistema sensório-motor cervical e trigeminal são apontados como possíveis razões causais para a DCM, também conhecida como disfunção craniocervicomandibular (DCCM). A relação anatomofuncional descrita entre a ATM, músculos inervados pelo trigêmeo e estruturas da orelha embasa a hipótese da origem dos sintomas vestibulococleares em pacientes com DTM, como a sensação de plenitude auricular, zumbido, otalgia, prurido, hipoacusia e vertigem, sendo o bruxismo apontado como uma das suas principais causas (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; ROSSETE LKR, et al., 2021; SOARES PG e CABRAL LN, 2020.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi compreender o desenvolvimento de uma lesão extensa radiopaca associada a um dente com a polpa cronicamente inflamada em uma paciente portadora de parafunção mastigatória associada a uma disfunção craniocervicomandibular.

Este Trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, sob o Parecer nº 7.846.549, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91901725.2.0000.5016.

DETALHAMENTO DO CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 35 anos, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (POUEA) com queixa principal de sensibilidade em dentes posteriores inferiores do lado direito e cefaleia intensa. Durante a anamnese, relatou dor difusa iniciada de forma provocada por estímulos térmicos, especialmente pela ingestão de alimentos e bebidas quentes ou

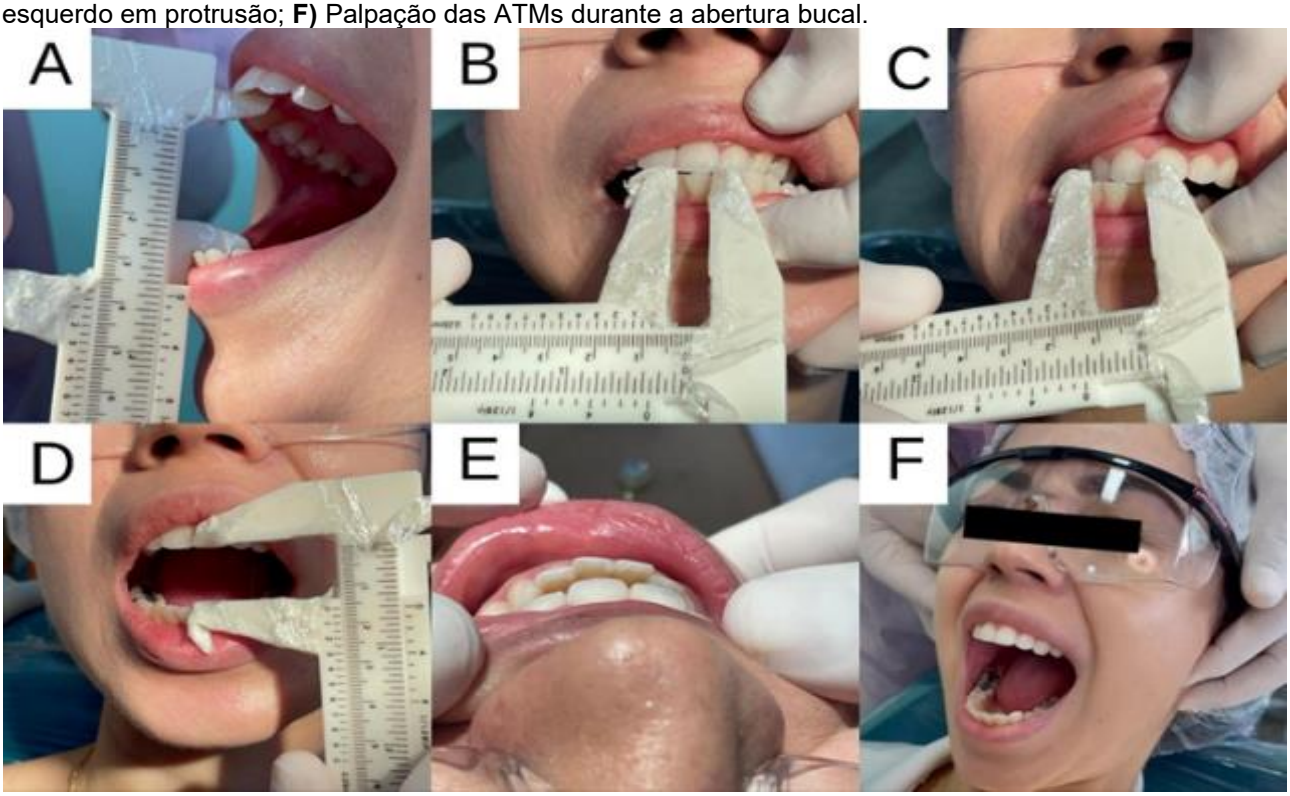
frias. Informou ainda já ter consultado diversos cirurgiões dentistas, sem obtenção de diagnóstico conclusivo ou resolução do quadro clínico.

Ao ser questionada sobre hábitos parafuncionais, a paciente relatou bruxismo. No exame clínico, observou-se amplitude de abertura bucal de 38 mm (**Figura 1A**). Verificou-se restrição mandibular para o lado esquerdo (5 mm) e ausência de restrição para o lado direito (10 mm) (**Figuras 1B** e **1C**).

Durante a abertura bucal, identificou-se interferência mandibular com desvio para o lado esquerdo aos 16 mm de abertura (**Figura 1D**), seguida de retorno à linha média, caracterizando desvio mandibular sugestivo de deslocamento de disco com redução ipsilateral.

Em movimento protrusivo, observou-se desvio mandibular para a esquerda (**Figura 1E**). Quanto à sintomatologia vestibulococlear, a paciente apresentava tinnitus em orelha direita, plenitude auricular bilateral e episódios ocasionais de vertigem.

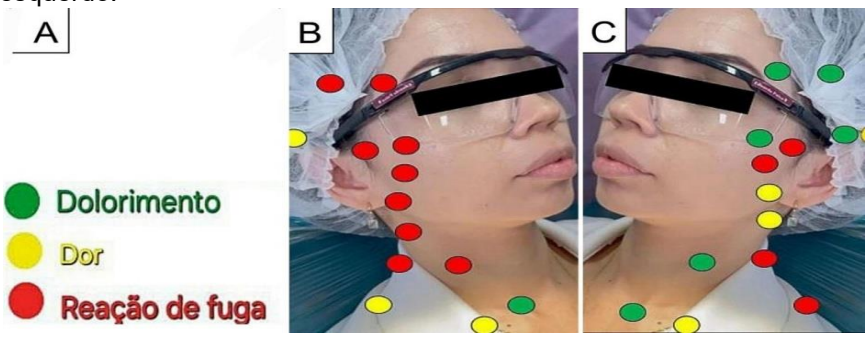
Figura 1 - A) Mensuração da amplitude inicial de abertura bucal em 38 mm; **B)** Presença de restrição mandibular do lado esquerdo; **C)** Ausência de restrição mandibular do lado direito; **D)** Interferência mandibular para o lado esquerdo aos 16 mm durante a abertura bucal; **E)** Desvio mandibular para o lado esquerdo em protrusão; **F)** Palpação das ATMs durante a abertura bucal.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

Ao exame físico de palpação, seguindo o protocolo da ficha de avaliação de Desordens Temporomandibulares da disciplina, referente a sensibilidade dos pontos gatilho (PG) em que a coloração verde corresponde ao dolorimento à palpação (grau 1), amarela à dor (grau 2) e vermelha, à reação de fuga (grau 3) (**Figura 2A**), a paciente apresentou sensibilidade grau 3 bilateralmente nas articulações temporomandibulares (ATMs) à palpação, além da presença de estalido durante a abertura da ATM direita (**Figura 1F**). Em relação à palpação dos PG musculares, os graus de sensibilidade observados estão destacados nas **Figuras 2B** e **2C**.

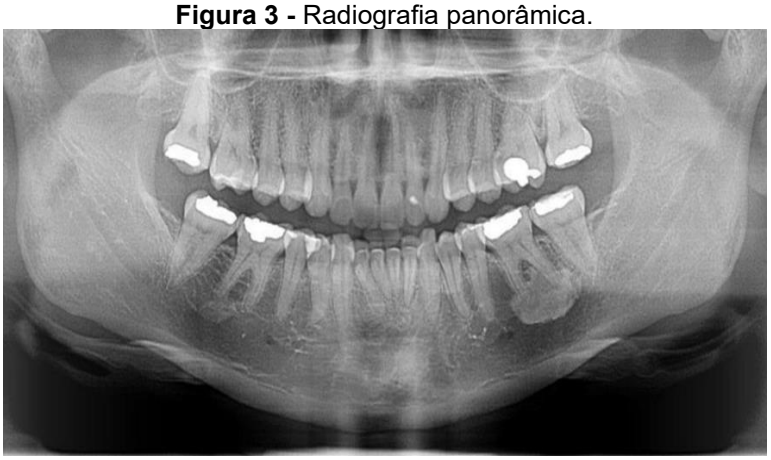
Figura 2 - A) Escala de sensibilidade à palpação; **B)** Pontos gatilho musculares do lado direito; **C)** Pontos gatilho musculares do lado esquerdo.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

Após os exames físico e clínico, realizou-se avaliação da radiografia panorâmica da paciente, na qual foram observadas duas áreas de condensação óssea associadas aos ápices dos elementos 36 e 46.

Figura 3 - Radiografia panorâmica.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

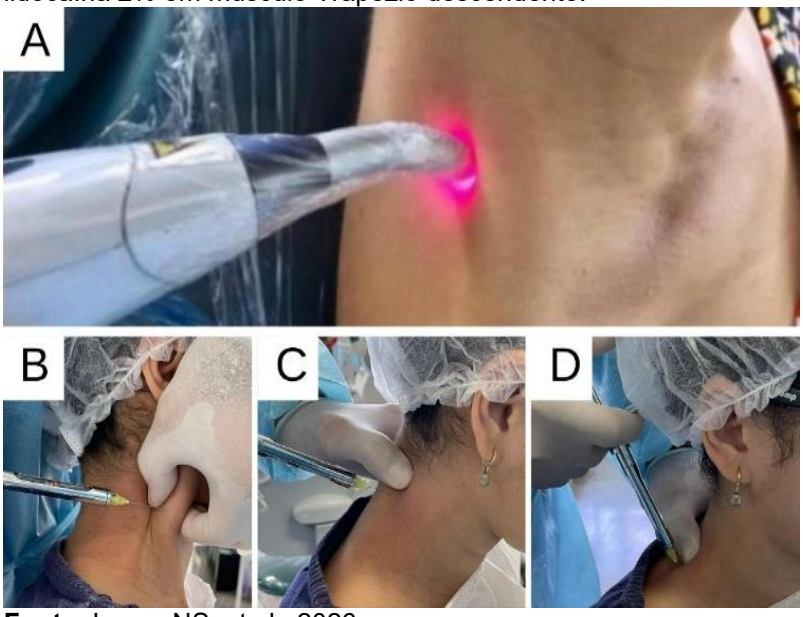
A paciente foi questionada sobre o período de realização das restaurações em amálgama, relatando que os procedimentos haviam sido realizados aos 15 anos de idade. Os elementos dentários associados às áreas de condensação óssea, principalmente o elemento 36, apresentavam sintomatologia dolorosa referida pela paciente como “sensibilidade”. Foram realizados testes de vitalidade pulpar nos elementos 36 e 46, ambos com resposta positiva.

Após avaliação clínica e radiográfica, a paciente foi encaminhada à clínica de Endodontia com hipótese diagnóstica de osteíte condensante focal em ambos os elementos. Além disso, foi diagnosticada com disfunção cervicomastigatória associada à alteração vestibulococlear e bruxismo.

Como conduta terapêutica inicial, realizou-se moldagem funcional das arcadas superior e inferior para obtenção dos modelos de trabalho, seguida de registro com arco facial e relação cêntrica, com posterior montagem em articulador semi-ajustável para confecção do dispositivo interoclusal. Após sete dias, o dispositivo foi instalado e ajustado para melhor adaptação da paciente, sendo fornecidas orientações quanto ao uso e cuidados necessários.

Na primeira proservação, realizou-se laserterapia infravermelha (4 J) em PG musculares mastigatórios e cervicais comprometidos, destaca-se a fotobiomodulação em PG presente em corpo de músculo Esternocleidomastóideo direito (**Figura 4 A**). Nessa consulta, a paciente relatou melhora significativa do quadro doloroso em comparação às semanas anteriores, além de adesão satisfatória aos exercícios terapêuticos e ao uso diário do dispositivo interoclusal.

Figura 4 - A) Laserterapia infravermelha 4 J em ponto gatilho em corpo do músculo Esternocleidomastóideo; **B)** Terapia neural com infiltração de lidocaína 2% em corpo do músculo Esternocleidomastóideo; **C)** e **D)** Terapia neural com infiltração de lidocaína 2% em músculo Trapézio descendente.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

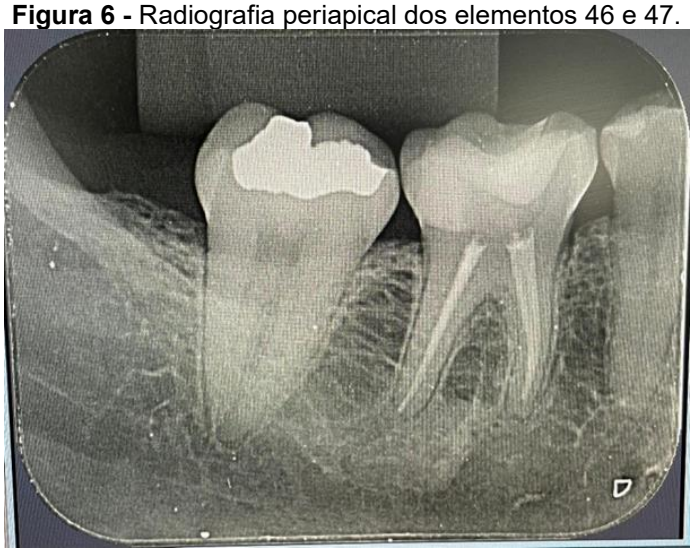
Na segunda proservação, foi realizada terapia neural com infiltração de lidocaína 2% em ponto gatilho no corpo do músculo Esternocleidomastóideo (**Figura 4B**) e Trapézio descendente (**Figuras 4C** e **4D**). A paciente concluiu o tratamento da DCM, apresentando melhoras do quadro clínico. Foram realizados tratamentos endodônticos nos elementos 36 (**Figura 5**) e 46 (**Figura 6**). Durante abordagem endodôntica, foi identificada pouca responsividade e sinais de degeneração do tecido pulpar.

Figura 5 - Radiografia periapical dos elementos 36 e 37.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

Figura 6 - Radiografia periapical dos elementos 46 e 47.



Fonte: Lopes NS, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Neville B, et al. (2016) e Miloglu O, et al. (2009), declaram que a OC é um tipo de osteomielite que se caracteriza por áreas de esclerose óssea localizadas, relacionadas aos ápices dos dentes com pulpite crônica ou polpas necrosadas, comumente associados à restaurações coronárias profundas ou metálicas extensas.

No caso relatado, a paciente apresentava uma extensa área esclerótica associada aos ápices radiculares do elemento 36 e outra, não tão exuberante, associadas às raízes do elemento 46. Estes dentes apresentavam restaurações extensas de amálgama de prata realizadas na idade de 15 anos.

Foram realizados testes de vitalidade nos dois elementos e estes responderam de forma positiva, porém à abordagem endodôntica foi identificada pouca responsividade pulpar e sinais de degeneração e/ou desvitalização deste tecido, corroborando com a descrição literária de que as polpas dos dentes acometidos estão necrosadas ou inflamadas cronicamente (NEVILLE B, et al., 2016; MILOGLU O, et al.,2009)

Andrew D (2018) descreve que, estas lesões apresentam-se radiograficamente como uma lesão radiopaca difusa, onde há uma reação óssea localizada a partir de um estímulo inflamatório de baixo grau, geralmente localizado no ápice de um dente. No caso clínico, em questão, 2 lesões radiopacas localizadas, uma delas de grande dimensão, encontravam-se localizadas nos ápices dos primeiros molares inferiores com restaurações de amálgama extensas e potencial estímulo inflamatório de baixo grau presente.

A OC é comum em mandíbula, frequentemente associada a dentes posteriores de pacientes do sexo feminino. (NEVILLE B, et al., 2016; ANDREW D, 2018; LEDESMA-MENTES C, et al., 2018) O relato em questão corrobora com o enunciado pelos autores citados, a lesão está localizada em molares inferiores, sendo a de maior dimensão relacionada ao lado de maior carga muscular traumática (elemento 36) e em paciente do sexo feminino.

Ledesma-montes C, et al. (2018), mencionam a possibilidade de lesões extensas ocorrerem, podendo estar relacionadas a estímulos inflamatórios, infecciosos e/ou traumáticos. O bruxismo é uma atividade motora local capaz de desenvolver rigor muscular em torno de 150 a 340 kg de carga puntiforme, caracterizada por repetidas contrações dos músculos mastigatórios, podendo ocorrer em períodos diurnos ou noturnos, de não consciência.

Autores destacam que exostoses e, potencialmente enostoses, podem ocorrer como resultado do trauma crônico, a exemplo desta parafunção oral (LEE MH, et al., 2021; MANFREDINI D, et al., 2021; CHIEN YC, et al., 2020). A paciente em questão é bruxista e portadora de DCM de predominância esquerda, com presença de desvio em abertura e restrição em lateralidade, com deslocamento de disco e redução

ipsilateral devido ao potencial impacto condilar sobre este, em fossa articular, em razão da parafuncionalidade muscular mastigatória que promove o apertamento/ranger de dentes, isso podendo concorrer para a superposição de estímulo sobre o elemento dentário acometido (elemento 36) e sua gonfose, além da patologia pulpar, concorrendo para a grande dimensão da condensação óssea encontrada relacionada ao seu ápice.

Pode se considerar que a OC de grande dimensão associada às raízes do primeiro molar inferior esquerdo, pode ter razão etiológica diversa, primariamente por um processo inflamatório crônico de longa duração da polpa dentária, com superposição secundária, em razão da atividade parafuncional bruxista, associada à disfunção cervicomastigatória presente.

REFERÊNCIAS

1. AL-HABIB MA. Prevalence and Pattern of Idiopathic Osteosclerosis and Condensing Osteitis in a Saudi Subpopulation. Cureus. 2022; 1514(2): 1-7.
2. ANDREW D. Radiopacities of the jaws interpretation and diagnosis. Prim Dent J, 2018; 7: 31-37.
3. ARAÚJO IS, et al. Disfunção temporomandibular e cefaleias primárias: a correlação e a importância do correto diagnóstico durante o atendimento odontológico. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(9): e17121.
4. BEDDIS H, et al. Sleep bruxism: An overview for clinicians. Br Dent J, 2018; 225(6): 497-501.
5. CHIEN YC, et al. When should sleep bruxism be considered in the diagnosis of temporomandibular disorders? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2020; 130(6): 645-650.
6. FREITAS LC, et al. Relação entre Bruxismo e Ansiedade. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(9): 3035-3043.
7. GODINHO GV, CABRAL LN. Disfunção craniocervicomandibular e alterações vestibulococleares: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, 2019; 8(8).
8. GREEN TL, et al. Histologic examination of condensing osteitis in cadaver specimens. J Endod, 2013; 39(8): 977-979.
9. GUPTA S, et al. Condensing Osteitis – A Review and Case Report. Asian Pacific Journal of Health Sciences, 2023; 10(2): 69-72.
10. HAYEK E, et al. Idiopathic Osteosclerosis and Condensing Osteitis in a Sample of the Lebanese Population: A Digital Panoramic Based Study. Medical Archives, 2023; 77(5): 396-399.
11. LEE HM, et al. Associations between mandibular torus and types of temporomandibular disorders, and the clinical usefulness of temporary splint for checking bruxism. BMC Oral Health, 2021; 21(1).
12. LEDESMA-MONTES C, et al. Maxillomandibular giant osteosclerotic lesions. Journal of Applied Oral Science, 2018; 26.
13. MANFREDINI D, et al. Bruxism definition: Past, present, and future – What should a prosthodontist know? J Prosthet Dent, 2021; 128(5):905-912
14. MANFREDINI D, LOBBEZOO F. Sleep bruxism and temporomandibular disorders: A scoping review of the literature. Journal of Dentistry, 2021; 111.
15. MILOGLU O, et al. The frequency and characteristics of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis lesions in a Turkish patient population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2009; 14(12).
16. ÑAHUINCOPA LÓPEZ PM, ROMERO RODRÍGUEZ LM. An updated review of idiopathic osteosclerosis of the jaws. Revista cientifica odontologica (Universidad Cientifica del Sur), 2021; 9(1), e050.
17. NEVILLE B, et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4 ed. Elsevier: São Paulo, 2016; p128-137.
18. PADMAJA SATHEESWARAKUMAR L, et al. Assessment of Mandibular Surface Area Changes in Bruxers Versus Controls on Panoramic Radiographic Images: A Case Control Study. Open Dent J, 2018; 12(1): 753-761.
19. ROSSETE LKR, et al. Disfunção craniocervicomandibular com sintomatologia vestibulococlear: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2021; 10(6): 880-887.
20. SOARES PG, CABRAL LN. Disfunção temporomandibular associada à cocleopatia: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2020; 8(12).
21. WAGNER BA, et al. Association of bruxism and anxiety symptoms among military firefighters with frequent episodic tension type headache and temporomandibular disorders. Arq Neuropsiquiatr. 2019;77(7):478–84.