

#035 Displasia cemento-óssea florida: diagnóstico radiográfico de uma patologia silenciosa

Andreia Fernandes*, Laura Nobre Rodrigues, Catarina Norte, Carlos Salgado, Fernanda Alves Costa, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia ULS Coimbra

Introdução: A displasia cemento-óssea florida é uma lesão fibro-óssea benigna e idiopática, caracterizada pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso e material cemento-ósseo acelular. Inclui-se em três tipos: focal (única localização, geralmente posterior), periapical (região anterior da mandíbula) e florida (envolve múltiplos quadrantes). É geralmente um achado radiográfico acidental, ocorrendo em mulheres melanodérmicas de meia-idade, assintomáticas, com vitalidade pulpar preservada e sem expansão óssea cortical. Em casos graves pode causar infecção, dor, fístulas ou deformação óssea. Normalmente, a ortopantomografia apresenta lesões multifocais, bilaterais, simétricas, que evoluem de radiotransparentes para mistas e, por fim, radiopacas com halo radiotransparente, sem limite definido, lembrando “flocos de algodão”. O diagnóstico diferencial depende do estágio da lesão e inclui fibroma cemento-ossificante, cementoma gigante, osteomielite esclerosante difusa crônica, doença de Paget e osteossarcoma. Nos casos assintomáticos opta-se por vigilância clínica e radiográfica. **Descrição do Caso Clínico:** Mulher melanoderma, 55 anos, VIH positiva, assintomática, foi referenciada à Consulta de Estomatologia por múltiplas radiopacidades lobulares, sobretudo mandibulares, simétricas e bilaterais (3.º e 4.º quadrantes), identificadas na ortopantomografia. Ao exame objetivo, não apresenta dor, edema ou massas palpáveis. Vitalidade pulpar preservada e análises sem alterações. A tomografia computadorizada maxilofacial revela múltiplas lesões ósseas, predominantemente mandibulares e no 2.º quadrante, localizadas na região periapical/processo alveolar, sem expansão cortical. Apresentam contornos bem definidos, de densidade heterogênea e área interior hipodensa lobulada com halo periférico. Diagnóstico clínico e radiológico: displasia cemento-óssea florida. A doente mantém vigilância periódica em Estomatologia, com reforço da higiene oral. **Discussão e Conclusões:** O diagnóstico baseia-se na correlação clínico-radiográfica, para exclusão de outras patologias. Nos casos assintomáticos, o tratamento é conservador. A cirurgia é reservada a casos sintomáticos, com antibióterapia. Há controvérsia em estudos sobre a realização de terapêuticas cirúrgicas e ortodônticas, devido ao tecido ósseo hipovascularizado e densamente esclerótico, que aumenta o risco de osteomielite secundária. São necessários mais estudos para uniformizar a abordagem terapêutica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1473>

#038 Extração atípica de incisivos centrais maxilares: Tratamento ortodôntico interdisciplinar

Carolina Santos, Catarina Reis de Sousa, Diogo Simas Rodrigues, Joana Godinho*, Rui Pereira, Luis Jardim

Clínica Lambert, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O tratamento ortodôntico com exodontia de ambos os incisivos centrais superiores é raro. Todavia, esta opção terapêutica é considerada uma alternativa aceitável quando o prognóstico destes dentes é muito reservado. **Descrição do Caso Clínico:** Menino de 13 anos e 10 meses foi referenciado por “falta de espaço”. História pregressa de traumatismo do 11 e 21 com avulsão e reimplante, seguido de tratamento endodôntico. Exame extra-oral frontal: arco do sorriso não consonante, desvio da linha média superior e ausência de exposição gengival no sorriso. Perfil cutâneo reto, nariz grande e progenia. Exame intra-oral: dentes 11 e 21 com alteração de cor, mas sem sinais de anquilose, 12 e 22 com coroas clínicas grandes, Classe II molar bilateral, sobremordida horizontal e vertical aumentadas, mordida em tesoura no 17, discrepância dentomaxilar negativa, mais severa na maxila do que na mandíbula. Ortopantomografia ilustra uma dentição permanente completa (23 incluso e gérmen de 3ºs molares), 11 e 21 com raízes endodonciadas e reabsorvidas severamente e 12 e 22 com raízes íntegras. Na cefalometria há uma relação intermaxilar neutra por normoposição bimaxilar, hipodivergência por rotação anti-horária da maxila e mandíbula e retroinclinação dos incisivos superiores. O tratamento ortodôntico foi feito com aparelhos fixos Roth, slot .018, técnica de arco reto e mecânica de deslizamento. Depois da remoção de braquetes, seguiu-se o tratamento periodontal e protodôntico, após o qual se colocou a contenção definitiva. **Discussão e Conclusões:** Incisivos centrais maxilares permanentes inviáveis num doente em crescimento representam um desafio clínico para qualquer médico dentista. Das hipóteses possíveis (implantes, próteses parciais removíveis, fixas ou autotransplantes) a mais plausível foi fechar os espaços ortodônticamente, mesializando os laterais e deixando os dentes em posição favorável para posterior reanatomização. As vantagens foram solucionar o apinhamento, preservar dentes naturais e prevenir a necessidade futura de implantes. O desafio foi garantir que laterais, caninos e 1ºs pré-molares superiores espelhassem, estéticamente e funcionalmente, os centrais, laterais e caninos, respetivamente. Para o sucesso do tratamento foi fundamental um diagnóstico, planeamento e tratamento em equipa multidisciplinar. Apesar do follow-up ser ainda a 6 meses, a literatura reporta um prognóstico favorável a longo prazo em casos de extrações atípicas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1474>