

XXVIII Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial (SPODF) Lisboa, 14-16 de abril de 2016

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES LIVRES

SPODF#1. Tratamento ortodôntico versus tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático na má oclusão classe II – revisão narrativa



Rita Raposo*, Teresa Pinho

Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS)

Introdução: No tratamento da má oclusão classe II esquelética por deficiência mandibular, a abordagem selecionada depende de se o paciente está em fase de crescimento, onde se opta preferencialmente pela modificação deste, ou se por outro lado já finalizou o crescimento e tem de se ponderar outra abordagem, nomeadamente a camuflagem ortodôntica ou o tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático (TOCO). Na camuflagem ortodôntica procede-se a uma compensação dentária, de modo a mascarar a deformidade esquelética subjacente, enquanto no TOCO pretende-se a correção da própria deformidade esquelética, necessitando na fase ortodôntica pré-cirúrgica de proceder à descompensação dentária, embora possam existir exceções. Esta revisão narrativa tem como objetivo verificar se existem na literatura normas de orientação clínica relativamente a esta temática, com foco nos sinais faciais, radiográficos e cefalométricos que permitem a tomada de decisão.

Métodos: Pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed/MEDLINE, com as palavras-chave: «má oclusão classe II», «tratamento», «cirurgia ortognática», «camuflagem», «ortodontia». Apenas foram considerados artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 15 anos.

Resultados: No tratamento da má oclusão classe II em pacientes adultos existe consenso sobre qual será a abordagem mais adequada apenas nos extremos, isto é, numa classe II

moderada será idealmente efetuada camuflagem ortodôntica, enquanto numa classe II muito severa opta-se preferencialmente por TOCO. O principal problema surge nos pacientes limite, cuja severidade da má oclusão não nos permite distinguir inequivocamente qual será a melhor abordagem.

Conclusões: Embora já diversos estudos tenham comparado estes 2 tratamentos, não existem na literatura normas de orientação clínica relativamente a esta temática, sendo necessários mais estudos clínicos randomizados.

Implicações clínicas: A seleção da abordagem de tratamento mais adequada deve ter em consideração fatores objetivos avaliados pelo ortodontista e fatores subjetivos valorizados pelo paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.149>

SPODF #2. O futuro hoje – Face2Ceph



Jessica Scherzberg*, Filipe Silva, João Rosa, Luísa Abreu, Francisco do Vale

Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: No desenvolvimento de um plano de tratamento ortodôntico ou ortodôntico-cirúrgico torna-se importante obter um diagnóstico assistido por um programa digital de análise e previsão cefalométrica. De momento, encontra-se a ser desenvolvido um software móvel de cefalometria digital – Face2Ceph – que permite realizar análise cefalométrica e previsões digitais pós-tratamento. Neste trabalho são apresentados os primeiros passos do planeamento e desenvolvimento do software Face2Ceph e é discutida a importância das previsões dos resultados pós-tratamento, na aceitação do plano de tratamento por parte do doente e na sua colaboração ao longo do mesmo.

Materiais e métodos: Foram reunidos os artigos originais de algumas das análises cefalométricas mais usadas e foi feita uma revisão da literatura relativamente a previsões

pós-tratamento ortodôntico ou ortodôntico-cirúrgico, nas bases de dados Pubmed e EBSCO, usando as palavras-chave «cephalometric» e «prediction». Foram também incluídos dados estatísticos de algumas organizações nacionais e internacionais.

Resultados: Foram selecionadas as análises cefalométricas de Downs, Steiner, Tweed, Rickets, McNamara, Wits, Holdaway e Coimbra. A realização de previsões cefalométricas e de resultados pós-tratamento aumentam a probabilidade de aceitação do tratamento por parte do doente e aumenta a sua colaboração durante o mesmo.

Conclusões: Tendo em conta os dados científicos recolhidos, o Face2Ceph constitui um software móvel promissor que permitirá ao ortodontista diagnosticar e comunicar o seu plano de tratamento de uma forma intuitiva, com a possibilidade de apresentar uma previsão digital ao doente dos resultados e melhorias estéticas pós-tratamento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.151>

SPODF #3. Mordida aberta anterior – como obter melhores resultados



V. Urzal, A.C. Braga, A.P. Ferreira

A mordida aberta anterior (MAA) é uma das entidades nosológicas que requer, muitas vezes, uma estratégia de tratamento multidisciplinar. Algumas manifestações dos diferentes tipos de MAA numa determinada fase da má oclusão confundem-se, sendo difícil a sua distinção entre MAA esquelética e dentoalveolar. A primeira é de origem hereditária, com tratamento multidisciplinar ortodôntico-cirúrgico-ortognático, sendo a segunda ambiental e atribuída essencialmente a disfunções. Através de um estudo, formulamos um modelo de diagnóstico decisório para tentar identificar estas 2 entidades de MAA, diminuindo a margem de erro e concomitantemente melhorando o seu prognóstico. Deste modo, a MAA é um dos maiores desafios para os ortodontistas, visto existir grande percentagem de recidiva. Os fatores intervinientes são variados, nomeadamente o tamanho e a posição da língua, os hábitos de sucção digital, as dificuldades respiratórias, a reabsorção condilar e o padrão de crescimento desfavorável. A nossa fórmula baseia-se em 7 variáveis: altura facial anterior (ENA-Me), altura alveolar inferior posterior, chanfradura antegonial, direção da sínfise, largura da sínfise, ângulo gónico e eixo facial, as quais nos indicam com um intervalo de 91-94,5% a probabilidade do seu diagnóstico. É de salientar que 3 destas 7 medidas já faziam parte do diagnóstico da tendência ao crescimento vertical de Björk (altura facial anterior, chanfradura antegonial e inclinação da sínfise). O diagnóstico precoce da MAA esquelética é essencial se quisermos que as características estéticas de uma pessoa hiperdivergente não sejam agravadas durante o tratamento ortodôntico e não exista recidiva a longo prazo. O próximo passo será o de validar os modelos, através de um estudo longitudinal.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.152>

POSTER DE CASOS CLÍNICOS

SPODF #4. Exodontia de um incisivo mandibular – opção terapêutica a considerar?



Mariana Sofia Bitoque Soares de Albergaria,
Ana Sofia Garcia de Oliveira Bento,
Sónia Margarida Alves Pereira

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A decisão de extrair dentes permanentes para resolver problemas de falta de espaço das arcadas dentárias é um desafio para o ortodontista. Por vezes, não é claro se o plano de tratamento deverá evitar extrações dentárias ou se deverá incluir extração de pré-molares, sendo que alguns pacientes não são candidatos ideais para nenhuma das 2 opções. Nestes casos, a extração de um incisivo mandibular pode ser uma abordagem terapêutica a considerar.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, 37 anos, cujas principais queixas são a estética e dificuldades de higienização na região do dente 42. No exame objetivo extraoral registou-se uma face biprotusa, perfil ligeiramente convexo e incompetência labial. No exame intraoral observou-se apinhamento dentário ântero-inferior e incisivos superiores de forma triangular. A análise de modelos revelou uma discrepância dentomaxilar inferior assinalável e uma discrepância dentodentária de Bolton com excesso mandibular inferior. Foi proposto à paciente um tratamento com 4 extrações dos primeiros pré-molares, mas esta referiu preferir uma alternativa mais conservadora. Foi-lhe então proposto extrair um incisivo inferior. Realizou-se o tratamento ortodôntico com aparatologia fixa multi-brackets, prescrição Roth slot 0,18 e procedeu-se à exodontia do dente 42. O tratamento ortodôntico terminou após se obter classe I molar e canina e um perfil facial harmonioso.

Discussão: Esta opção terapêutica é mais indicada em pacientes com dentição permanente, discrepância dentodentária com excesso mandibular não inferior a 4 mm, apinhamento ântero-inferior leve a moderado e má-oclusão classe I ou classe III *borderline*. Nesta paciente, o apinhamento ântero-inferior e a discrepância de Bolton com excesso mandibular inferior foram indicações para o tratamento com extração de um incisivo inferior. Adicionalmente, a forma triangular dos incisivos superiores conduziria à formação de triângulos negros após o alinhamento dentário, pelo que seria sempre necessário efetuar desgastes interproximais. Estes desgastes permitiram uma diminuição do overjet.

Conclusões: A extração de um incisivo mandibular é uma opção terapêutica válida e a considerar, desde que o paciente apresente as características dentárias, esqueléticas e faciais apropriadas. É ainda importante adequar as diversas modalidades de tratamento às expectativas do paciente que, neste caso, pretendeu uma abordagem mais conservadora à extração dos 4 pré-molares.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.153>