

força, não se movimentaram, não sendo observada qualquer alteração dos seus tecidos circundantes.

Implicações clínicas: O conhecimento dos efeitos que a aplicação de forças têm no periodonto a nível tecidual, celular e molecular é essencial para uma correta aplicação da mecânica ortodôntica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.010>

8. Avaliação histológica e histomorfométrica da distração osteogénica mandibular



Francisco Vale*, João Brochado, João Cavaleiro, Francisco Caramelo, Silvério Cabrita, João Luís Maló de Abreu

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A distração osteogénica (DO) é o processo biológico de neoformação óssea entre segmentos gradualmente separados por tração. Os princípios básicos desta técnica foram sugeridos por Codvilla (1905) mas apenas nos anos 50 Ilizarov aplicou amplamente a técnica em ossos longos, com previsibilidade. Em 1992, McCarthy utilizou a DO para o alongamento mandibular de pacientes portadores de deformidades faciais congénitas e desde então a técnica tem sido cada vez mais aceite no seu tratamento. Embora o ritmo da DO possa influenciar todo o processo, existem poucos estudos experimentais sobre o efeito deste parâmetro na qualidade e quantidade do tecido ósseo neoformado.

Objetivos: Avaliar histológica e histomorfometricamente o efeito de 2 ritmos diferentes de distração na neoformação óssea, durante a distração osteogénica de mandíbulas caninas com distratores dento-ancorados.

Materiais e métodos: Foram utilizados 10 cães Beagle, com peso entre os 15-18Kg, dos quais 7 foram submetidos ao protocolo de distração e 3 permaneceram como grupo controlo. Ambas as hemimandíbulas foram utilizadas para efeitos experimentais formando os seguintes grupos: Grupo A: 6 hemimandíbulas constituem o grupo controlo; Grupo B: 7 foram submetidas a 2 ativações diárias (de 12 em 12 horas) de 0,5 mm; Grupo C: 7 foram submetidas a uma única ativação diária de 1 mm. Após o período de distração seguiu-se um período de consolidação de 12 semanas, nas quais foi bloqueado o distrator. Foi feita a avaliação histológica e histomorfométrica dos tecidos formados no espaço de distração.

Resultados: A avaliação histológica demonstrou que nos grupos B e C ocorre formação e crescimento centrípeto do tecido ósseo a partir dos segmentos marginais do espaço de distração. Contudo, no grupo B existiu um maior número de situações em que se verificou um preenchimento completo por tecido ósseo, maioritariamente esponjoso, do espaço de distração. No grupo C é de salientar um maior número de situações em que não se verificou união completa entre os segmentos distraçados bem como a mais frequente observação de áreas ocupadas por cartilagem e/ou fibrocartilagem. Foi também observável em ambos os grupos uma heterogeneidade na distribuição estrutural do tecido ósseo neoformado tanto no sentido corono-apical como

vestibulo-lingual. A análise histomorfométrica concluiu que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no coeficiente de variação de neoformação óssea entre as regiões medial e vestibular, lingual e vestibular do espaço de distração.

Conclusão: Os resultados demonstram que o aumento do ritmo de distração de 1 para 2 ativações diárias produz alterações na quantidade e qualidade estrutural dos tecidos neoformados. Ademais, a preservação perióstica lingual aparenta ser favorável à neoformação óssea.

Implicações clínicas: A presente investigação permite inferir que a DO poderá ser efetiva para a correção de deficiências mandibulares e que a distração contínua parece ser mais favorável em detrimento de uma ativação diária.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.011>

PÓSTERS DE CASOS CLÍNICOS

9. Corticotomia alveolar para intrusão de molar sobre-erupcionado



Miguel Reis Almeida, Luis Bessa, Fred Pinheiro, Joana Viveiros, Maria Mata Martinez, David Suarez

Instituto de Reabilitação Orofacial do Norte; Departamento de Medicina e Cirurgia Oral da Universidade de Santiago de Compostela; Mestrado de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Mestrado de Ortodontia do Instituto de Ciências da Saúde do Norte; Departamento de Ortodontia da Universidade de Santiago de Compostela

Introdução: Durante muitos anos acreditou-se que as corticais ósseas constituíam o principal motivo de resistência ao movimento dentário, e assim através da descorticalização do osso alveolar seria possível acelerar o tratamento ortodôntico. Esta interpretação de “movimento em bloco” prevaleceu até 2001, quando foi refutada por Wilko e cols, que justificaram a aceleração do movimento dentário devido ao aumento da atividade osteogénica, desmineralização e remineralização óssea, promovida pela descorticalização do osso alveolar. Esta técnica pode ser utilizada numa grande variedade de casos: erupção de dentes impactados; intrusão de molares sobre-erupcionados; movimento de dentes anquilosados e tratamento de apinhamento dentário em pacientes periodontalmente comprometidos.

Caso clínico: Paciente de 60 anos de idade, do sexo feminino que se apresentou na consulta para reabilitar espaços edentulos com implantes dentários. Em termos de antecedentes médicos de interesse apresentava um fractura de clavícula, que a obrigava a fazer medicação crónica: Ibuprofeno 1800mg/dia, Lyrica 150mg em SOS e Omeprazol. Apresentava cerca de 5 mm extrusão no 26 que resultava numa interferência nos movimentos excursivos e diminuição da altura protética para reabilitação do 36. O plano de tratamento proposto foi tratamento periodontal cirúrgico do 26 e corticotomia para intrusão com mini-implantes. Realizou-se a primeira fase cirúrgica, que consistiu num retalho de acesso periodontal com preservação de papila, raspagem e alisamento radicular com curetas periodontais, condicionamento

radicular com EDTA, corticotomia através de Piezosurgery e finalmente foram ancorados os microimplantes. Ao fim de 8 dias, colocaram-se os elásticos para intrusão do 26. Passado 1 mês foram colocados os Implantes. Passado o período de osteointegração dos implantes, 4 meses depois da corticotomia, observou-se uma intrusão de 3 mm do 26, suficiente para deixar de haver interferência oclusal, haver espaço protético para elaboração da coroa do 36 e eliminação da bolsa periodontal.

Discussão e conclusões: A administração crónica de AINE'S diminui o movimento dentário. Hoje em dia ainda não temos dados na literatura que indiquem que a realização de corticotomias seja capaz de reverter este efeito. Atualmente, acredita-se que as corticotomias permitem um movimento dentário mais rápido, com melhoria do suporte ósseo alveolar e que permitem um aumento do rebordo alveolar permanente. O movimento ortodôntico facilitado com corticotomias permite a intrusão e o tratamento de lesões periodontais de molares sobre-erupcionados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.012>

10. Tratamento da mordida aberta – Estabilidade a longo prazo

Armandino Alves, Cláudia Pinto, Alexandra Reis

Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A má-oclusão de mordida aberta anterior pode acarretar implicações dentárias, esqueléticas, faciais, funcionais e estéticas. O tratamento desta constitui um desafio, devido à sua etiologia multifatorial, à dificuldade biomecânica e à elevada tendência de recidiva. Existem várias possibilidades de tratamento, dependendo da etiologia, da gravidade e da idade do paciente. A estabilidade a longo prazo é descrita como moderada, independentemente do tipo de tratamento (cirúrgico ou não cirúrgico). A estabilidade pode ser comprometida pela influência dos hábitos, assim o controlo destes é obrigatório para evitar a recidiva.

Caso clínico: Apresenta-se um paciente do sexo feminino, de 20 anos e 11 meses no início do tratamento, dolicofacial, padrão esquelético de tipo Classe III, mordida aberta esquelética, o dente 13 ectópico e vários dentes ausentes: 26, 36 e 46. Foi tratada ortodônticamente com mesialização dos segundos molares para fecho dos espaços edêntulos com correção da mordida aberta. Serão apresentados os registos após 12 anos de contenção.

Discussão e conclusões: O tratamento ortodôntico permitiu corrigir uma má-oclusão complexa, sem recurso a cirurgia ortognática. Observou-se, além da correção da oclusão, uma pequena melhoria no perfil e na estética facial. Verificou-se uma estabilidade a longo prazo, pois após 12 anos de contenção não houve recidiva da mordida aberta. A dificuldade deste caso clínico está relacionada com a mesialização dos molares para os espaços edêntulos de dentes extraídos há muito tempo e com o controlo da extrusão dos mesmos, o que favoreceu a rotação anterior da mandíbula. Os casos de Classe III com mordida aberta são normalmente bastante complexos. O controlo do plano oclusal e o fecho dos espaços

permite tratar corretamente e com estabilidade este tipo de má-oclusão, sem recurso a cirurgia ortognática, sempre que o perfil facial seja favorável.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.013>

11. Abordagem terapêutica multidisciplinar de pacientes síndrômicos do Centro Hospitalar São João – EPE

Ana Avelar, Liliana Amado, Armando Dias da Silva, João Correia Pinto

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
Centro Hospitalar São João - EPE

Introdução: A consulta de Fendas Lábio Palatinas do Centro Hospitalar São João - EPE apresenta uma elevada incidência de pacientes síndrômicos, os quais evidenciam uma multiplicidade de deformidades para além da fenda lábio palatina, necessitando de uma abordagem terapêutica multidisciplinar. Os síndromes a abordar serão: Pierre Robin, Treacher-Collins, DiGeorge, Goldenhar, Moebius e Orofaciodigital. Este trabalho tem por objetivo descrever os síndromes, ilustrar cada um deles e referir quais as abordagens terapêuticas necessárias em cada caso clínico.

Casos clínicos: Pacientes TR e CR, sexo feminino, 10 anos de idade, Síndrome Pierre Robin e Treacher- Collins; paciente JC, sexo masculino, 21 anos de idade, Síndrome Pierre Robin e DiGeorge; paciente SN, sexo feminino, 13 anos de idade, Síndrome Goldenhar; paciente MF, sexo feminino, 1 ano de idade, Síndrome Moebius; paciente CD, sexo feminino, 15 anos de idade, Síndrome Orofaciodigital. Os síndromes a serem descritos carecem da intervenção de diferentes especialidades como Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilofacial, Otorrinolaringologia, Medicina Dentária/Estomatologia, Ortodontia, Terapia da Fala, Psicologia e Psiquiatria. Alguns dos procedimentos realizados por estas especialidades nestes pacientes são: queiloplastia, palatoplastia, enxerto ósseo, distração mandibular, cirurgia ortognática e miringotomia. Para além das necessidades terapêuticas supracitadas, e particularizando necessidades específicas de cada síndrome, verifica-se a necessidade de outras intervenções como otoplastia no Síndrome Treacher Collins, Cirurgia Cardiorácica no Síndrome DiGeorge, cirurgias de reparação nervosa no Síndrome de Moebius, e procedimentos mais complexos como reconstrução ocular nos casos do Síndrome Orofaciodigital, o qual apresenta deformidades mais exuberantes. Em todos estes casos, a ortodontia desempenha uma ação transversal e preponderante, corrigindo problemas estéticos, morfológicos e funcionais, muitas vezes em colaboração direta com a Cirurgia Maxilofacial.

Discussão e conclusões: A preocupação com a estética, morfologia e função dos pacientes síndrômicos é imperativa para que estes se possam integrar de uma melhor forma na sociedade, proporcionando um desenvolvimento psicossocial mais adequado. Integração de equipas multidisciplinares otimiza os resultados e permite uma abordagem mais eficaz, com redução de momentos cirúrgicos pela possibilidade de intervenção de mais do que uma especialidade num mesmo período de anestesia geral. É também importante referir a

