

que varia entre 1 e 3%, posicionando-se mais frequentemente por palatino. Contrariamente às impactações vestibulares que se associam à deficiência esquelética da pré-maxila, as palatinas habitualmente surgem em arcadas dentárias com perímetro adequado. Atualmente existem duas teorias relativas à etiologia das impactações caninas por palatino (ICP): a teoria genética e a teoria de orientação do gérmen do canino. A primeira explica a ocorrência de ICP com base numa hereditariedade multifactorial poligénica e baseia-se em 5 premissas: ocorrência de anomalias dentárias concomitantes com ICP, ocorrência bilateral de ICP, diferenças de género na prevalência de ICP, ocorrência familiar de ICP e diferenças de prevalência entre populações. No que concerne à teoria da orientação do gérmen, a mesma contra-argumenta que anomalias dentárias de etiologia genética (incisivos laterais pequenos, ausentes ou conóides) criam uma alteração ambiental que conduz à impactação canina. No estudo de Pirinen de 35 heredogramas encontraram-se 8 famílias, em que indivíduos relacionados em 1º ou 2º grau expressavam o fenótipo, representando uma prevalência de ICP de 4,9% entre parentes. Camilleri em 2008 demonstrou que, embora a impactação canina esteja relacionada com um gene de transmissão dominante, há fatores de ordem ambiental, epigenética e outros genes que influenciam o fenótipo. Assim sendo, são necessários mais estudos que identifiquem os fatores genéticos e o modo como estes influenciam a impactação canina. Será recomendável a monitorização da erupção dos caninos maxilares permanentes antes dos 10 anos, sendo a radiografia panorâmica (RP) um meio preponderante na deteção precoce. Face a um padrão eruptivo dos caninos a sugerir tendência para a impactação, a maioria dos autores defende a extração profilática do canino decíduo (CD).

Caso clínico: Apresenta-se heredograma com fenótipos sugestivos de ICP com etiologia genética. A partir do caso de uma progenitora com história de ICP, apresentam-se os casos clínicos de 3 descendentes com: 1) Impactação unilateral; 2) Impactação bilateral; 3) Processo eruptivo dos caninos normal.

Discussão e conclusões: Dada a história clínica de ICP da progenitora, os descendentes foram devidamente monitorizados no sentido de evitar a impactação dentária. Num dos pacientes, após RP suspeitou-se de impactação unilateral tendo-se realizado extração do CD. No entanto, esta terapêutica intercetiva revelou-se insuficiente para a correta erupção do canino permanente. No outro descendente, durante o período de controlo com RP, tornaram-se óbvios os sinais de impactação bilateral com uma horizontalização e aproximação à linha média dos caninos. Apesar da controversia na literatura, o padrão familiar de impactação canina não deverá ser negligenciado podendo o seu conhecimento auxiliar no acompanhamento mais metódico de pacientes em dentição decídua e/ou mista.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.020>

18. Fisioterapia coadjuvante no tratamento da Classe II cirúrgica



Alexandra Ançã Pires, Nelso Alves Reis

*Disciplina de Ortodontia no Curso de Medicina
Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade Fernando Pessoa*

Introdução: A discrepância esquelética de Classe II tem uma elevada prevalência na população caucasiana com uma significativa variabilidade inter-indivíduo. Dependendo do grau de severidade, nem sempre a mecânica ortodôntica é suficiente para obter uma oclusão estável, sendo a intervenção cirúrgica essencial. No entanto, quando a Classe II esquelética se conjuga com um padrão dolicofacial, a estabilidade torna-se mais difícil de alcançar.

Caso clínico: Dois indivíduos caucasianos adultos portadores de má oclusão de Classe II com crescimento vertical foram submetidos a um Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático, cuja cirurgia incluiu os seguintes procedimentos: Le Fort I com intrusão anterior e avanço maxilar, osteotomia bilateral para deslize cortical anterior e correção da assimetria facial e mentoplastia de avanço. No intuito de se obter o mínimo de sobrecarga articular e o máximo de estabilidade pós-tratamento, foi implementado um protocolo de Fisioterapia pré e pós-cirúrgico para estabilização neuromuscular tridimensional, tendo por base a avaliação das articulações temporo-mandibulares, dos músculos mastigatórios, da postura cervical, da respiração e dos tecidos moles.

Discussão e conclusões: No Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático das Classes II com necessidade de avanço mandibular e redução da altura facial inferior, deve ser incluída a Cinesioterapia Maxilo-Facial antes da cirurgia ortognática pelo risco acrescido de reabsorção condilar, sobretudo se existir disfunção temporo-mandibular, sendo mandatório o seu tratamento prévio e com recurso a Fisioterapia para restabelecer a função mandibular pela libertação da dor músculo-esquelética, obter a estabilização neuromuscular da ATM e preparar a pele para a tração subsequente. A Cinesioterapia Maxilo-Facial pode ser retomada 5 horas após a cirurgia com recurso a uma Drenagem Linfática Manual para promover o alívio da dor, diminuir o edema e evitar aderências fibrosas. A Fisioterapia Activa para restabelecimento da função mandibular deve ser iniciada a 2 semanas do pós-operatório com um protocolo de exercícios isotónicos e isométricos. Para recuperação da neuropraxia, é recomendado efectuar a reeducação sensorial (3-5 dias pós-operatório) conjugada com terapia comportamental cognitiva através de exercícios de mímica facial para restabelecer as ligações nervosas e automatizar movimentos musculares para as diversas funções orofaciais. A estabilização neuromuscular tridimensional por meio de Fisioterapia proporciona um auxílio na adaptação muscular e tecidual pós-operatória. A Cinesioterapia Maxilo-Facial possibilitou uma recuperação rápida e sem sequelas em termos da dinâmica muscular e mandibular com excelente recuperação sensitiva.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.021>