

dente 45, perdido por cárie. Adicionalmente observou-se um encurtamento radicular dentário severo generalizado, apresentando a maioria dos dentes uma proporção raiz/coroa de 1:1. Solicitou-se uma tomografia computorizada (TC), para melhorar a percepção da localização dos caninos.

Discussão e conclusões: Planeou-se a extração do dente 23 devido à sua posição horizontalizada e à proximidade das raízes dos dentes adjacentes. Relativamente ao 13, optou-se pela tração com um microimplante. Programou-se ainda o recurso à ortodontia, para restituir estética e função, seguida de reabilitação com implantes. Para os dentes 12 e 22 decidiu-se recorrer às restaurações estéticas com resina composta, dado o prognóstico limitado oferecido pela prótese fixa em casos de baixas proporções raiz/coroa. A multidisciplinariedade é fundamental na resolução deste tipo de casos, abrangendo áreas como a genética, a cirurgia oral, a ortodontia, a dentisteria estética e a implantologia. O tratamento deve ser particularizado e adaptado às necessidades de cada paciente, estando sujeito a alterações diretamente dependentes da resposta clínica individual. Nesse sentido, o comprimento radicular pode constituir um importante fator condicionante.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2014.11.025>

PÓSTERS DE REVISÃO

23. Tratamento ortodôntico cirúrgico ortognáutico de problemas transversais da maxila

Luís Lapa Bessa, Fred Pinheiro, Miguel Reis Almeida, Bruno de Carvalho, Ricardo Sousa Soares

Instituto de Reabilitação Orofacial do Norte;
Especialização em ortodontia na FMDUP

Introdução: A deficiência transversal da maxila é uma deformidade bastante comum nos pacientes que procuram tratamento ortodôntico ou ortodôntico cirúrgico ortognáutico. Diferentes tratamentos têm sido relatados na literatura desde 1860, ano em que Angell corrigiu pela primeira vez uma deficiência transversal da maxila. O tratamento deste tipo de deformidades é o tratamento mais instável e com maior probabilidade de recidiva. As técnicas passíveis de corrigirem problemas transversais da maxila em pacientes adultos são a expansão maxilar cirurgicamente assistida (SARPE) ou a osteotomia de Le Fort I segmentada (OLF1S). O objetivo deste trabalho é apresentar e rever na literatura as duas técnicas, quanto aos seus critérios e as indicações para a sua realização.

Métodos: Este trabalho consistiu na revisão da literatura sobre o tema em questão. A estratégia seguida na pesquisa foi conduzida recorrendo às bases de dados Medline (Entrez, PubMed). O período envolvido na pesquisa mediou entre Dezembro de 2013 e Fevereiro de 2014 e foram usados os termos «surgical assisted rapid palatal expansion» e «segmented Le Fort 1 osteotomy».

Desenvolvimento: A SARPE consiste em expandir a maxila transversalmente por meio da fragilização dos pilares de resistência da maxila, com osteotomias e com o auxílio de um aparelho expensor. A maior limitação desta técnica é o facto de apenas permitir a correção cirúrgica do plano transversal, no

entanto, apresenta como principal vantagem a possibilidade de ser realizada com anestesia local em ambiente ambulatorio e de forma gradual, o que permite um acomodamento da mucosa palatina, evitando acidentes vasculares e permitindo expansões superiores a 15 mm. A OLF1S, por sua vez tem sido indicada em pacientes que apresentam outro tipo de deformidades concomitantemente com a deformidade transversal. A possibilidade da movimentação dos segmentos da maxila nos três planos do espaço confere a esta técnica uma enorme versatilidade permitindo obter uma boa engrenagem oclusal durante a cirurgia, no entanto, não está indicada quando se pretendem correções transversais que ultrapassem os 7 mm.

Conclusões: Embora a SARPE seja cada vez menos utilizada, continua a ter as suas indicações, principalmente em casos de grandes discrepâncias transversais ou em pacientes que apenas apresentam deficiência transversal. A OLF1S é uma técnica segura, previsível, estável e com a capacidade de num só tempo cirúrgico corrigir deformidades maxilares que envolvam os três planos do espaço.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2014.11.026>

24. Aplicação local de bifosfonatos, uma perspectiva de meio de ancoragem ortodôntica? Revisão bibliográfica

Susana Cerqueira, Helena Gonçalves, Joana Silva



Introdução: Os bifosfonatos (BPNs) e seus análogos são fármacos que interferem no metabolismo ósseo devido à sua grande afinidade com os iões cálcio. Assim, os bifosfonatos são rapidamente eliminados da circulação e ligam-se a superfícies minerais ósseas in vivo em locais de remodelação óssea ativa, tendo a capacidade de atuar sobre vários tipos de células, entre elas os osteoblastos, osteoclastos, osteóцитos e as células endoteliais. Na medicina dentária existem potenciais aplicações dos bifosfonatos como bloquear a perda óssea alveolar associada à infecção periodontal, reduzir a reabsorção radicular associada ao tratamento ortodôntico e fornecer ancoragem ortodôntica. A ancoragem foi, desde sempre, uma preocupação para os ortodontistas devido ao seu efeito recíproco indesejado, podendo levar ao prolongamento do tratamento. Pretende-se reunir a informação existente na literatura acerca dos estudos experimentais que abordem a possibilidade do uso local de bifosfonatos visando obter máxima ancoragem ortodôntica.

Métodos: Fez-se uma revisão narrativa da literatura utilizando a informação disponível na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, diretamente na internet na Medline database (pubmed) e, ainda, em revistas sobre Ortodontia. Foram incluídos artigos de investigação de revisão bibliográfica e monografias em Inglês, Português e Espanhol. Utilizaram-se as palavras “bifosfonatos”, “ortodontia” e “ancoragem ortodôntica” como palavras-chave principais. Escolheram-se artigos e livros publicados entre 1990 e o presente ano, tendo sido utilizados, no entanto, alguns de anos anteriores por serem referenciados em outros lidos.

Desenvolvimento: Ainda não existem estudos clínicos que atestem a efetividade da aplicação local de bifosfonatos como meio para obter uma melhor ancoragem ortodôntica. Porém,

verifica-se que em trabalhos atuais através da experimentação animal feita em ratos, os bifosfonatos e seus derivados atrasam ou inibem a movimentação ortodôntica quando aplicados topicalmente. Nos pacientes, sob terapia com bifosfonatos, foi também verificado um aumento do tempo de tratamento, um incompleto encerramento de espaços e pouco paralelismo radicular.

Conclusões: A administração local de bifosfonatos reduz ou inibe o movimento ortodôntico podendo vir a ser considerado um meio auxiliar de ancoragem. Contudo, são necessários estudos clínicos para validar os ensaios em animais. Caso se verifique clinicamente, a utilização de bifosfonatos pode promover uma melhor ancoragem e, posteriormente, um aumento da estabilidade do tratamento ortodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2014.11.027>

25. Sinais de alarme da má-oclusão de Classe III

Maria Inês Correia, Ana Rita Carvalho, Margarida Nunes, Eugénio Martins, Afonso Pinhão Ferreira, M^a Cristina Figueiredo Pollmann

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto – Serviço de Ortodontia

Introdução: A má-oclusão de Classe III tem etiologia multifatorial, resultante da interação entre a hereditariedade e os fatores ambientais. A sua prevalência é variável e estima-se que varie entre 1% a 4% nos Caucasianos, 5% a 8% nos Negros e 4% a 14% nos Asiáticos. Apesar da má-oclusão de Classe III ser facilmente identificada pelos Médicos Dentistas e população em geral, o diagnóstico em dentição temporária é quase sempre ocasional, pois nestas idades a progenia e/ou a mordida cruzada anterior raramente são motivo da consulta. Nesta má oclusão, o conhecimento atual sobre crescimento craniofacial é ainda insuficiente pelo que diagnóstico e o plano de tratamento são desafios acrescidos para o Ortodontista. Também o prognóstico do tratamento precoce é difícil associado a grande variabilidade individual. Existe um desenvolvimento anormal da maxila, em muitos dos casos. É essencial estabelecer a distinção entre a Pseudo-Classe III e a Classe III esquelética. A ortodontia interceptiva visa melhorar a função, favorecer um crescimento mais equilibrado e minimizar o agravamento. Este trabalho teve por objetivo apresentar um conjunto de sinais clínicos e radiográficos que auxiliem um diagnóstico precoce de uma má-oclusão de Classe III.

Métodos: Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica na PUB-MED usando as palavras chave “Class III malocclusion”, “early Class III diagnosis” e “treatment of Class III malocclusion”. A escolha foi limitada a artigos de língua inglesa, com texto completo e a partir 1980.

Desenvolvimento: O estudo da face dos progenitores ajuda a anteviés do desenvolvimento craniofacial. A assimetria facial, o perfil côncavo e a ausência de sulco lábio-mentoniano são sinais faciais a considerar. No exame intra-oral devemos atentar às relações dentárias no sentido sagital, à presença de mordida cruzada anterior e à compensação dento-alveolar mandibular. Das medidas cefalométricas que

merecem atenção destacam-se o comprimento do ramo mandibular, a deflexão craneana, a inclinação do plano mandibular relativamente ao plano da base craneana, o ângulo goníaco, comprimento da base craneana posterior e o ângulo da sela. Radiograficamente, a morfologia da sínfise mandibular, a posição da fossa glenóide e a forma do côndilo mandibular são também importantes.

Conclusões: O estudo do crescimento craniofacial e o conhecimento/reconhecimento dos sinais de alarme da má-oclusão de Classe III, facilitam o planeamento individualizado do tratamento e, de algum modo, a previsão da sua estabilidade no tempo, como também, a identificação precoce dos casos com indicação para cirurgia ortognática

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2014.11.028>

26. Úvula bifida: importância no diagnóstico da Fenda Palatina Submucosa

Roberto Costa Fernandes, Mário Santiago, Armando Dias da Silva, João Correia Pinto, Liliana Amado

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A úvula bifida, tal como a diástese muscular e a fenda óssea posterior, faz parte dos sinais clínicos mais frequentes da fenda palatina submucosa. Pode no entanto ser o único presente e visível. Este sinal clínico engloba-se num conjunto de outras manifestações inerentes ao problema da fenda palatina submucosa, nomeadamente a incompetência velo-faríngea. Sendo uma patologia complexa, de abordagem multidisciplinar em que o ortodontista é chamado a intervir, torna-se pertinente o seu conhecimento e as implicações clínicas no tratamento ortodôntico. A presença de úvula bifida deve alertar o ortodontista para a importância da pesquisa de outros sinais clínicos que confirmem um diagnóstico de fenda palatina submucosa. Esta anomalia tem influência direta na elaboração do plano de tratamento ortodôntico ortopédico.

Métodos: Pesquisa bibliográfica on-line na base de dados SciELO, LiLACS e MEDLINE de artigos relacionados com úvula bifida e fendas palatinas submucosas com datas entre 1977 e 2013, empregando as palavras-chave úvula bifida, fenda palatina submucosa e incompetência velo-faríngea. Dados clínicos da consulta de fenda labiopalatina do Centro Hospitalar de S. João – Porto.

Desenvolvimento: Será apresentado um organograma que permita, mediante alguns sinais clínicos, estipular o diagnóstico de fenda palatina submucosa, bem como dos meios radiológicos e clínicos necessários para a confirmação do mesmo.

Conclusões: Os meios complementares de diagnóstico mais utilizados em ortodontia não permitem a visualização anatómica das fendas palatinas submucosas. A presença de úvula bifida pode constituir um sinal clínico que leve o ortodontista a explorar outras formas de diagnóstico que permitem confirmar a presença de uma anomalia de fenda palatina submucosa. Neste sentido, uma história e observação clínica detalhadas devem ser complementadas com outros meios de diagnóstico para se determinar a sua influência na elaboração do plano de tratamento ortodôntico mais adequado ao

