

os incisivos inferiores, vestibularizados (32,5 graus) «travam» o crescimento mandibular.

Discussão e conclusões: Na terapia bioprogressiva, o aparelho é colocado de forma progressiva e seccionada, sendo o quad-helix e o arco utilidade os mais conhecidos e utilizados para o tratamento de inúmeras más oclusões, no período de dentição mista e permanente. O quad-helix foi utilizado no primeiro caso para expandir a arcada e «destravar» a má oclusão, seguido do arco utilidade. O arco utilidade inferior, nos 2 casos apresentados, promoveu a expansão da arcada, expansão dos segmentos laterais, intrusão dos incisivos, destravando a mordida, e verticalização dos molares inferiores, favorecendo a correção do plano oclusal. A intervenção precoce permite a modelação das arcadas, criando espaço para o correto posicionamento dos dentes, e possibilitando o crescimento arqueal da mandíbula durante o período de crescimento do paciente. Obtêm-se melhores resultados em longo prazo no que diz respeito à estabilidade, função, estética e integridade das articulações temporomandibulares.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.079>

22. Síndrome de Eagle – Apresentação de um caso clínico

Susana Cristina Machado Lopes Furão*,
Pedro Santos, Carla Silva, Carolina Santos,
Isabel Teles, Ana Delgado

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas
Moniz



Introdução: A síndrome de Eagle, descrita em 1937, caracteriza-se por um aumento (superior a 3 mm) do comprimento da apófise estilóideia e/ou calcificação do ligamento estilo-hioídeo ou estilo-mandibular. Foram descritos 2 tipos de síndrome: o «clássico» e o estilo-carotídeo, com etiologia e semiologia diferentes. O diagnóstico é feito com base numa anamnese direcionada, num exame clínico criterioso e auxiliado por exames complementares imagiológicos. Dependendo do grau de severidade, podem ser consideradas as abordagens terapêuticas farmacológica e/ou cirúrgica.

Descrição do caso clínico: Paciente, sexo feminino, 19 anos, dirigiu-se à consulta de ortodontia para «ajudar a articulação e já agora meter os dentes direitinhos» (sic). A paciente referiu sintomatologia articular há sensivelmente 5 anos, tendo iniciado com estalidos que foram intensificando e sendo acompanhados de dores no pescoço. Referiu ainda sintomatologia dolorosa durante a fala e ao acordar nos músculos mastigatórios, desconforto ao bocejar, zumbidos e sialorreia. Refere que os sintomas surgem diariamente e, para controlá-los, toma paracetamol 1g. Revelou palpação muscular dolorosa, no espaço retroarticular da articulação temporomandibular de ambos os lados e no ligamento temporomandibular esquerdo. Após análise da ortopantomografia e da telerradiografia, foi possível observar um aumento da apófise estilóideia bilateralmente.

Discussão e conclusões: A síndrome de Eagle é uma condição que apresenta um quadro clínico inespecífico, dificultando um diagnóstico definitivo. Neste caso, a abordagem

ortodôntica para resolver a maloclusão foi adiada. Devido aos transtornos físicos e psicológicos, a par dos riscos de uma síndrome de Eagle, tornou-se prioritário a resolução desta condição. A paciente foi encaminhada para a otorrinolaringologia que, ao confirmar o diagnóstico, optou pela abordagem cirúrgica. A síndrome de Eagle é uma entidade cuja etiologia ainda não está completamente esclarecida. É fundamental uma abordagem multidisciplinar após avaliar a indicação de cada caso, ponderando o risco/benefício e elucidando o paciente sobre as suas vantagens e limitações.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.080>

23

Periodontite agressiva e AVC – Uma possível associação: a propósito de um caso clínico



Stefanie Rei*, João Pedro de Sousa Saraiva
Dias, Manuel Correia Sousa

Introdução As doenças periodontais são infeções crónicas causadas por bactérias Gram negativas e anaeróbias, como *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, que afetam as estruturas que suportam os dentes, onde a resposta imunoinflamatória do hospedeiro pode influenciar vários mecanismos homeostáticos. Alguns estudos têm sugerido que a doença periodontal poderia influenciar o desenvolvimento de doenças sistémicas, incluindo os acidentes vasculares cerebrais. Por outro lado, é difícil demonstrar uma relação causa/efeito entre a doença periodontal e o AVC, pelo facto de ambas as patologias partilharem os mesmos fatores de risco. Fatores de risco como o tabagismo, o stress, a predisposição genética e a idade aumentam a probabilidade de vir a sofrer de alguma destas 2 patologias, podendo levar a que se faça uma assunção incorreta de que existe uma ligação entre elas.

Descrição de caso clínico Paciente sexo feminino, 44 anos, fumadora, com historial clínico de gastrite nervosa e de AVC. Apresentou-se na clínica UCP, na área de periodontologia, por sintomatologia dolorosa generalizada estimulada pelo frio, perda de alguns dentes devido a doença periodontal e mobilidade dentária nos restantes dentes. Foi feito um diagnóstico de periodontite agressiva, com base no periograma obtido e no status radiográfico. Estabeleceu-se que o tratamento inicial teria como objetivo controlar a evolução da doença e a estabilização dos dentes que apresentavam mobilidade. Tratamento efetuado: 1.º – fase higiénica, instruções de higiene oral e prescrição de amoxicilina ácido clavulânico e metronidazol; 2.º – RAR em todos os sextantes; 3.º – ferulização do 5.º sextante (mais comprometido periodontalmente); e 4.º – controlos periódicos.

Discussão e conclusão Com a realização do tratamento periodontal, observou-se a redução dos fatores etiológicos e inflamatórios, demonstrando que a doença periodontal se encontra controlada. É importante não descartar a hipótese de uma ligação entre a doença periodontal e o AVC, mas também é preciso ver se esta ligação não passa apenas pela partilha de fatores de risco. No futuro, devem ser realizados mais estudos de maior duração e abordando uma grande amostra

populacional, de forma a clarificar se existe ou não uma associação entre a periodontite e o risco de AVC.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.081>

#24. Recobrimento de recessões: retalho de reposicionamento coronal com enxerto conjuntivo



Margarida Glória*, Tiago Marques, Manuel Correia Sousa, Nuno Bernardo Malta Santos

Universidade Católica Portuguesa

Introdução: Por definição, as recessões gengivais constituem a migração da gengiva marginal em direção apical em relação à junção amelocementária, com consequente exposição da superfície radicular ao meio bucal. Paciente do sexo feminino, 34 anos, ASA I, fumadora (10 cigarros por dia) e utilização de aparelho ortodôntico. Apresentava como diagnóstico periodontal periodontite crônica leve (IP de 43,00% e BOP de 5,33%). Tinha como queixa principal a hipersensibilidade dentária, associada a uma recessão na face vestibular do dente 41, com cerca de 5 mm, classe II de Miller.

Descrição do caso clínico: A técnica por nós utilizada foi a de Coronally Advanced Flap Connective Tissue Graft (CAF CTG), podendo-se dividir em 3 fases: a fase de preparação do leito recetor, fase de recolha do enxerto, e a colocação e sutura. O primeiro passo da cirurgia foi, então, a realização de retalho de espessura parcial com incisões verticais, que são feitas estendendo-se para além da junção mucogengival. Posteriormente, foi feito o aplanamento da raiz e o condicionamento da mesma com tetraciclina. Em seguida obteve-se um enxerto de tecido conjuntivo da zona posterior do palato duro, através da técnica de Langer & Langer. O enxerto obtido foi colocado no leito recetor e recoberto pelo retalho, que foi mobilizado coronalmente e fixado com sutura suspensa.

Discussão e conclusões: O sucesso desta técnica está diretamente relacionado com fatores biológicos, a habilidade do profissional e a colaboração do paciente. A utilização do enxerto conjuntivo subepitelial apresenta vantagens estéticas, uma vez que a coloração final do tecido epitelial é semelhante ao original, o que proporciona resultados mais satisfatórios. Num estudo realizado por Casati et al. (2006), a percentagem média de recobrimento radicular com a técnica do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo foi de 96,10%. As recessões gengivais representam um grande desafio estético em determinadas situações clínicas. Neste caso, a técnica alcançou resultados satisfatórios, sendo que, em 9 meses, a taxa de recobrimento da recessão foi de aproximadamente 75%, diminuindo as queixas da paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.082>

25. Facetas Composeer® – A propósito de um caso clínico



Ana Rita Luzia, Luis Braz*

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

Introdução: A reabilitação de dentes anteriores com facetas pré-fabricadas em resina composta é uma técnica relativamente recente. O sistema Composeer® apresenta este tipo de facetas, recorrendo a resina composta nano-híbrida polimerizada. Esta forma de reabilitação direta, por ser esteticamente satisfatória, está indicada na restauração de dentes anteriores, podendo ser usada na otimização de restaurações antigas, em casos de fraturas dentárias, alterações de forma, encerramento de diastemas e na necessidade de aumento do comprimento e/ou volume dos dentes. Comparado com facetas tradicionais, apresenta um custo significativamente inferior, tanto para o médico dentista, como para o paciente.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino de 43 anos, caucasiana e com limitações económicas, dirigiu-se à consulta de prostodontia fixa da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, desagrada com a aparência dos seus incisivos centrais superiores, esteticamente comprometidos, apresentando restaurações antigas pigmentadas e com o dente 11 a apresentar ainda uma fratura ao nível do bordo incisal. A condição económica da doente não permitia a reabilitação dos mesmos com facetas cerâmicas ou coroas. Após observação clínica e avaliação do caso, optou-se pela execução de 2 facetas Composeer® para reabilitar os dentes 11 e 21.

Discussão e conclusão: As facetas pré-fabricadas Composeer® apresentam uma forma de reabilitação estética dos dentes anteriores. Têm como grandes vantagens poderem ser executadas numa única sessão clínica, com desgaste dentário mínimo, custos reduzidos, não havendo necessidade de recorrer a um laboratório. Mesmo não sendo facetas feitas «à medida» dos dentes, apresentam resultados imediatos satisfatórios para o paciente. No entanto, são ainda necessários mais estudos para comprovar a sua durabilidade e o seu comportamento clínico a médio/longo prazo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.083>