

diagnóstico de dens invaginatus com periodontite apical e ápice aberto. Após abertura da cavidade de acesso e pesquisa dos canais, verificou-se a existência de 2 orifícios de entrada nos canais, um dos quais apresentava polpa viva e com ápice aberto, e o outro (correspondente à invaginação) com polpa necrosada. Optou-se por realizar uma proteção pulpar direta no canal com polpa viva e tratamento endodôntico no canal invaginado, e posterior controlo periódico para confirmar o encerramento. Após 18 meses de follow-up, o paciente encontra-se assintomático e os exames imagiológicos confirmaram a cura da periodontite apical e a continuação do processo de formação do ápice radicular.

Discussão e conclusões: O caso clínico descrito pode ser classificado como um dens invaginatus tipo II de Oehlers – invaginação ao longo da raiz do dente, para além da junção esmalte-cimento, terminando em «fundo de saco», não atingindo os tecidos periapicais. Apesar da ausência de cárie detetável ou infecção retrógrada, o dente apresentava um canal infetado e uma extensa lesão periapical. A formação radicular incompleta dificultou ainda mais o tratamento. Contudo, a opção conservadora foi adequada, devendo sempre ser considerada e sendo muitas vezes suficiente para um bom resultado terapêutico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.004>

#003. Técnica cirúrgica de tunelização para recobrimento gengival de recessões



Raquel Almeida Santos*, Gabriela Rebelo,
Tiago Marques, Malta Santos,
Manuel Correia Sousa

ICSV UCP, ICSV - UCP

Introdução: Uma recessão pode ser definida pela retração apical da gengiva, podendo ser provocada por técnica traumática de escovagem, movimentos ortodônticos, hábitos parafuncionais e doença periodontal. Para este tipo de lesões, é possível recorrer a técnicas de cirurgia plástica periodontal usando enxertos de tecido conjuntivo, tendo como objetivo aumentar a quantidade de tecido queratinizado e permitir a cobertura da raiz exposta. Há várias técnicas possíveis de serem usadas, como a técnica da tunelização com enxertos de tecido conjuntivo subepitelial colocados coronalmente.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável. Não fumadora, com diagnóstico de gengivite leve (índice de placa de 15% e índice de sangramento de 8%) e recessões classe I de Miller em todos os sextantes por vestibular, perda de inserção gengival de 3 mm no dente 23 e 2 mm no 24. No plano de tratamento optou-se pela cirurgia plástica periodontal, pela técnica de tunelização nos dentes 23 e 24 e alongamento coronário por gengivectomia no dente 11. Foi administrada anestesia infiltrativa local no palato e no vestibulo. Foram realizadas incisões sulculares nos dentes envolvidos, criando um túnel subperiosteal. Criou-se um retalho de espessura total que se estendeu apicalmente além da linha mucogengival. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronalmente à base das papilas. Foi recolhido tecido conjuntivo subepitelial no palato de tamanho suficiente para cobrir as zonas com defeito. O enxerto foi colocado

no túnel subperiosteal e realizadas suturas de forma a estabilizar os enxertos no retalho gengival, com fios de sutura 6-0. Na região do palato, foi colocado PeriAcryl. À paciente foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória, bochecho com 0,2% de clorhexidina digluconato e visitas de controlo. Duas semanas após a cirurgia, foram removidas as suturas.

Discussão e conclusões: Após uma cirurgia periodontal, é importante evitar recidivas e fomentar mudanças comportamentais, como na escovagem dos dentes, e técnica e força utilizadas. Apesar disso, o alinhamento dentário é de igual interesse, podendo ser necessária a correção ortodôntica em casos de mau posicionamento dentário. A técnica de tunelização descrita tem demonstrado bons resultados pós-operatórios, pois elimina a necessidade de incisões verticais, protege a altura da papila e otimiza a vascularização.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.005>

#004. Uso do estesiômetro para avaliar parestesia do nervo alveolar inferior



Ely Edson Paiva Barbosa*,
Antonio Sérgio Guimarães

Faculdade de Medicina e Odontologia São Leopoldo
Mandic

Introdução: Existem várias técnicas de mensurar a parestesia causada por lesão do alveolar inferior, como testes térmicos, elétricos e mecânicos, mas de acordo como os autores Von Prince (1967), Yoshida (1989) e Poort (2009) o teste de sensibilidade por meio de monofilamentos (tensiômetro de Semmes-Weinstein) é um dos testes mais confiáveis e válidos para ser utilizado nos pacientes, apresentando 91% de sensibilidade e 80% de especificidade; além disso, a utilização desses monofilamentos possibilita graduar a sensibilidade em vários níveis, desde normal até a perda da sensibilidade profunda, passando por níveis intermediários.

Descrição do caso clínico: O presente trabalho relata um caso de parestesia após cirurgia para remoção de enxerto autógeno em região de mandíbula posterior.

Discussão e conclusões: O uso do estesiômetro é um eficiente método para avaliar a intensidade da parestesia e sua preservação.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.006>

#005. O desafio da mordida aberta anterior – a propósito de um caso clínico



Ana Sousa*, Jéssica Scherzberg,
João Cavaleiro, Sónia Alves

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: Na má-oclusão de mordida aberta estão implicadas alterações dentárias, esqueléticas, estéticas e funcionais. Devido à sua etiologia multifatorial, à dificuldade biomecânica e à elevada tendência de recidiva, o seu tratamento torna-se complexo. Dependendo da etiologia, da gravidade e da idade do paciente, o tipo de tratamento pode ser variável. A estabilidade pode ser comprometida pela

influência dos hábitos, pelo que o controlo dos mesmos é necessário para evitar a recidiva.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 9 anos, dolicofacial, apresentando respiração bucal e deglutição atípica com pressão lingual simples. Do ponto de vista dentário, apresenta uma mordida aberta anterior (overbite -3mm), mordida cruzada posterior associada a endognatia maxilar e classe II de Angle. Esqueleticamente, apresenta uma relação basal intermaxilar sagital de classe I e uma relação vertical hiperdivergente. Iniciou tratamento com aparelho removível expansor maxilar e barra lingual para manutenção de espaço na arcada inferior. Aos 11 anos verifica-se, por falta de colaboração da doente, incompleta resolução do problema transversal e persistência da mordida aberta anterior. Iniciou-se aparatologia fixa superior e inferior associada a terapia miofuncional com um terapeuta da fala, tendo sido necessário, por falta de colaboração a estas consultas, a colocação de uma grelha lingual fixa. Foi também acompanhada pela otorrinolaringologia, tendo sido submetida a cirurgia para correção de desvio do septo nasal aos 18 anos. O tratamento ortodôntico foi concluído com sucesso e, após remoção da aparatologia fixa, foi efetuada contenção fixa inferior e removível superior, tipo Essix, por forma a prolongar por algum tempo o uso da grelha lingual fixa. São apresentados os registos desde os 9 aos 18 anos.

Discussão e conclusões: A idade em que se intervém neste tipo de má-oclusão é crítica na determinação do tipo de tratamento necessário. No caso apresentado, o tratamento ortodôntico permitiu a correção da má-oclusão sem recurso a cirurgia ortognática, tendo-se verificado estabilidade do tratamento após um ano de contenção. A mordida aberta anterior deve ser corrigida o mais precocemente possível, proporcionando uma terapêutica mais simples e um prognóstico mais favorável. É necessária uma abordagem multidisciplinar (ortodontia, otorrinolaringologia, terapia da fala) para que o tratamento seja efetivo e estável, não sendo suficiente apenas a correção do problema morfológico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.007>

#006. Tratamento ortopédico precoce de malformação esquelética de classe III



Jéssica Scherzberg*, Ana Roseiro, Luísa Maló, Francisco do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: As malformações esqueléticas de classe III por retrognatia maxilar, com mandíbula normal ou ligeiramente prognata, poderão ser tratadas com êxito se detetadas precocemente, antes do pico juvenil, evitando a cirurgia ortognática na idade adulta.

Descrição do caso clínico: São apresentados 2 casos clínicos de retrognatia maxilar associada a uma mandíbula normal, cefalometricamente com uma relação sagital intermaxilar de classe III. Em ambos os casos, foi colocada uma máscara facial associada a expansão maxilar com quad-helix modificado, onde foi aplicada uma força de protração de 500g, através de elásticos intermaxilares, durante um período de 14 horas por dia, ao longo de 9-12 meses. CC1: doente do sexo masculino,

com 5 anos de idade, que apresentava mordida cruzada anterior e posterior bilateral, com overjet de -1 mm. Após utilização do protocolo máscara facial/quad-helix modificado durante 11 meses, foi obtida a correção transversal e sagital, alcançando-se um overjet de 3 mm. CC2: doente do sexo feminino, com 4 anos de idade, que apresentava uma mordida cruzada anterior com endognatia maxilar transversal e leve prognatismo mandibular. Foi iniciado o protocolo descrito anteriormente e, ao fim de 9 meses, foi conseguida a reposição maxilar e toda a correção ortopédica da má-oclusão. Seguiu-se um período de contenção de 10 meses, com um aparelho removível tipo placa de Hawley com mola progénica, para evitar a recidiva e normalizar a inclinação incisiva. Até à idade adulta, o crescimento maxilomandibular ocorreu de acordo com os padrões normais. Aos 20 anos, verificou-se a total estabilidade do tratamento, boa oclusão e harmonia facial.

Discussão e conclusões: O tratamento ortopédico precoce apresenta resultados mais favoráveis no esqueleto craniofacial, comparativamente a tratamentos iniciados mais tardiamente. A protração maxilar com a máscara facial pode induzir uma rotação anterior, contraindicada, por exemplo, em pacientes com tendência à mordida aberta esquelética. Os casos clínicos apresentados demonstram o sucesso da ação da máscara facial associada à expansão maxilar no deslocamento anterior da maxila, permitindo corrigir precocemente malformações esqueléticas de classe III com forte componente maxilar.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.008>

#007. Supranumerários em dentição decídua e permanentes associados a uma fusão – caso clínico



Carla Lavado*, Eunice Godinho Alves, Marta Gonçalves, Francisco Fernandes do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A prevalência de dentes supranumerários na dentição decídua é de cerca de 0,2-1,9%, sendo o sexo masculino afetado cerca de 2 vezes mais que o feminino. A fusão dentária é uma anomalia de forma rara que envolve frequentemente dentes supranumerários, resultando num difícil diagnóstico diferencial com a geminação dentária. As complicações decorrentes da existência de dentes supranumerários estão habitualmente relacionadas com alterações no padrão normal de erupção dentária, aglomeração de dentes, reabsorção de dentes adjacentes, formação de quistos dentígeros, ossificação do espaço pericoronar, reabsorção coronária e problemas estéticos.

Descrição do caso clínico: Criança do sexo masculino, de raça caucasiana, com 7 anos de idade, surgiu na consulta de odontopediatria acompanhada pelos pais, cuja preocupação se centrava nas cáries existentes nos incisivos superiores. Ao exame clínico, verificou-se a presença de 2 incisivos laterais supranumerários decíduos. Os dentes 51 e o dente supranumerário contíguo apresentavam lesões de cárie extensas e no dente 62 observou-se uma fratura coronária. Após realização de uma radiografia panorâmica e radiografias