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 ortodontico 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 sindrómicos 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 sindrómicos, 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 Cardiotorácica 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 sindrómicos 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