

dos contactos (mais no lado direito). O prognóstico deste caso é favorável, caso o paciente continue o tratamento ortodôntico.

Não foram encontrados na literatura estudos que relatem a relação de DTM com a acondroplasia. O paciente deverá continuar o tratamento ortodôntico será novamente avaliado na consulta de oclusão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.076>

19. MTA: solução para perfuração de furca dente decíduo – Caso clínico



Irene Ventura*, Luísa Bandeira Lopes, Ana Raquel Garcia Barata

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz CiiEM

Introdução: O Mineral Trioxide Aggregate (MTA) é um material bioativo fiável com aplicações diversas em endodontia, no tratamento convencional de obturação de canais radiculares, resolução de periodontite apical, obturação em retratamentos endodônticos/cirurgia apical, apexificação, reabsorção interna, dens in dens e endodontia regenerativa com revascularização pulpar em dentes permanentes imaturos necrosados.

Descrição do caso clínico: Doente com 8 anos de idade, sexo masculino, que apresentou cárie extensa, envolvimento e perfuração da furca do dente 75. Foi efetuado o tratamento endodôntico com o ProRoot MTA®, como barreira artificial na região da furca, regeneração da furca e follow up de 6 anos, até ao termino da denteição mista.

Discussão e conclusões: Conseguiu-se a preservação funcional do dente decíduo 75 obturado com MTA, o que permitiu a esfoliação fisiológica do 35. O MTA é um material com bons resultados nas lesões de furca de dentes decíduos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.077>

20. Tratamento ortodôntico-cirúrgico de deformidade esquelética de classe II na adolescência



Carla Lavado*, Maria João Rodrigues, Francisco Fernandes do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A malformação esquelética de classe II é caracterizada por um posicionamento ântero-posterior inadequado entre a maxila e a mandíbula. Pode estar presente por protrusão maxilar e posição normal da mandíbula, retrognatia mandibular com posição normal da maxila ou a combinação de ambas. A correção precoce, através de aparelhos ortopédicos extraorais e/ou funcionais, deve realizar-se durante a fase ascendente do surto de crescimento pubertário, onde o crescimento é mais significativo.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, com 10 anos, surge na consulta de ortodontia e ortopedia dento-facial por apresentar uma mordida aberta anterior.

Foi elaborada a história clínica e realizados os exames complementares de diagnóstico: ortopantomografia, telerradiografia de perfil, radiografia da mão e punho, modelos de estudo, fotografias intra e extraorais. Diagnóstico: deformidade dento-esquelética de classe II por retrognatia mandibular, hiperdivergência facial com mordida aberta anterior e hábitos parafuncionais de sucção digital e deglutição com pressão lingual simples. O plano inicialmente estabelecido incluía, na fase 1 de tratamento, a colocação de uma barra inferior com grelha lingual fixa e terapia miofuncional para cessação do hábito e correção do padrão de deglutição. Posteriormente, ainda nesta fase, ortopedia dento-facial com ativador de Andreasen, uma vez que a paciente se encontrava a, aproximadamente, um ano do pico de crescimento. Na fase 2 de tratamento seria efetuado o tratamento com aparelho fixo multibrackets bimaxilar.

Discussão e conclusões: Os objetivos de cessação do hábito e a correção do padrão de deglutição foram alcançados. No entanto, no tratamento ortopédico que visava a estimulação do crescimento mandibular, a paciente mostrou-se não colaborante e abandonou a consulta durante cerca de 2 anos. Quando retomou o tratamento, já se encontrava no final da curva de crescimento puberal. Reavaliado o caso, o tratamento estabelecido é ortodôntico-cirúrgico-ortognático. É recomendável a realização da cirurgia ortognática após o término do crescimento ósseo; no entanto, pode ser realizada em idades mais precoces, principalmente nos casos de classe II esquelética, em que o crescimento residual pode compensar a recidiva. No caso clínico apresentado, uma cintigrafia óssea realizada aos 16 anos, revelou que o restante crescimento espectável não iria interferir com a estabilidade do tratamento a longo prazo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.078>

21. Filosofia da técnica bioprogressiva de Ricketts: destravar a oclusão durante o crescimento



Cristina von Zuben*, Maurício von Zuben

Centro Médico da Ramada, Faculdade de São Leopoldo, Brasil

Introdução: O principal objetivo da terapia bioprogressiva é alcançar uma boa relação maxilomandibular, resultando em uma automática correção funcional, e utilizar o crescimento para benefício do paciente, como será demonstrado em 2 casos clínicos.

Descrição do caso clínico: Primeiro caso clínico: paciente do género feminino, 13 anos e 8 meses, denteição permanente, arcadas estreitas, apinhamento dentário superior e inferior, e perfil convexo. A análise cefalométrica demonstrou padrão dolicofacial, classe I molar e plano oclusal desfavorável ao crescimento mandibular. Descrição do segundo caso clínico: paciente do género feminino, 14 anos e 4 meses, com presença de espaços na arcada superior e inferior, relação molar em classe II subdivisão esquerda e perfil convexo. A análise cefalométrica de Ricketts demonstrou um padrão normofacial, com medidas cranianas dentro da normalidade. Os incisivos superiores extruídos e palatinizados, em sobremordida com

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-hioideu 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 actinomycetem-comitans*, 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