

cetiva se esta for diagnosticada quando estamos perante dentição mista. No que diz respeito à etiologia, a erupção palatina dos incisivos superiores, história de traumatismo nos incisivos decíduos e a presença de dentes supranumerários são algumas das situações que poderão dar origem a este tipo de mordida. Neste sentido, devemos intervir o mais precocemente possível, impedindo que esta anomalia permaneça e se consolide de forma esquelética.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, saudável, com 10 anos de idade, apresentou-se na Clínica Universitária da UCP. Após exame intra-oral, diagnosticou-se mordida cruzada anterior e posterior com classe I molar. A sua higiene oral era razoável. Por apresentar um dente cruzado (2.1), o motivo da consulta centrou-se no descontentamento face ao seu sorriso. Em concordância com os pais e a criança, decidiu-se proceder à realização de uma rampa em compómero (Twinky Star da Voco). O compómero foi o material de eleição, uma vez que permite escolher a cor deste mesmo, facilitando, posteriormente, a sua remoção. Deste modo, a rampa foi estabelecida no dente 3.1 com uma inclinação de 45º, de forma a que o dente 2.1 oclusse na rampa e existisse uma desoclusão posterior.

**Discussão e conclusões:** Neste caso clínico, foram realizadas duas consultas de controlo. Na 1.ª consulta, após uma semana, o dente já se apresentava descruzado, indicando o sucesso do procedimento executado. A segunda consulta de controlo foi realizada 3 semanas depois do início do tratamento. Sempre com vista a um melhor resultado estético e funcional decidiu-se permanecer com a rampa por mais umas semanas. O paciente estava visivelmente satisfeito com a aparência do seu sorriso. A rampa foi removida 6 semanas depois, período de tempo em que se considerou existir estabilidade do dente 2.1 na sua posição. Concluiu-se que a opção de tratamento eleita foi eficaz, segura, rápida e económica. O paciente notou uma melhoria significativa no seu sorriso, ficando feliz com o resultado obtido.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.085>

#### #058 Anquilose de molares decíduos: diagnóstico e tratamento



Ana Roseiro, Luisa Maló\*, Inês Alexandre Neves Francisco, Francisco Fernandes do Vale

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A anquilose dentária resulta da fusão do osso alveolar ao cimento. É uma anomalia de erupção, frequente na dentição decídua, sendo reconhecida como um dos fatores etiológicos da infra-oclusão. A sua etiologia não é totalmente conhecida, mas a predisposição genética, pressão mastigatória excessiva e distúrbios no metabolismo local poderão ser fatores implicados. Os dentes decíduos são geralmente mais afetados do que os definitivos (ratio 10:1), sendo os molares inferiores de leite, os dentes com maior probabilidade de anquilose.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino com 12 anos de idade, saudável, veio à consulta com dente 85 anquilosado. No exame intra-oral o dente não era visível (anqui-

lose grave), existia tipping mesial do dente 46, extrusão do dente 55 e ausência de espaço para a erupção do dente 45. No exame radiográfico confirmou-se o diagnóstico. Atendendo à idade da paciente e à cronologia da erupção dentária, o plano de tratamento realizado foi: exodontia do dente 85 e colocação de aparelho fixo multibrackets bimaxilar de modo a recuperar o espaço perdido e a normalizar a oclusão.

**Discussão e conclusões:** A infra-oclusão de molares decíduos está muitas vezes relacionada com um quadro subjacente de anquilose dentária. O seu diagnóstico é realizado com base no exame intra-oral onde se poderá verificar: a diminuição local do plano oclusal e um som surdo à percussão vertical, e sinais radiográficos como a ausência parcial ou total do ligamento periodontal. Em casos mais graves os dentes poderão estar numa posição infragengival. O tratamento deverá ser ajustado às alterações presentes, sendo o diagnóstico precoce a chave para um prognóstico favorável uma vez que a anquilose dentária apresenta um carácter progressivo. Quando tardiamente diagnosticada poderá ocorrer o desenvolvimento de sequelas cujo tratamento tende a ser longo, complexo e oneroso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.086>

#### #059 Classe III – fase 1, fase 2 e pós-contenção – Caso clínico.



Saúl Castro, Cristina Areias\*, Ana Norton, Eugénio Martins, Paula Macedo, Maria Pollmann

FMDUP

**Introdução:** Nos casos de má-oclusão Classe III pode observar-se retromaxila, promandibulia ou uma combinação destes sinais, e, muitas vezes associada a uma atresia maxilar que geralmente se manifesta por mordidas cruzadas anteriores, posteriores, uni ou bilaterais. O relato deste caso clínico tem como objetivo avaliar os efeitos no perfil facial e na oclusão da terapia ortodôntica intercetiva (fase 1). O tratamento realizado com expansão e avanço maxilar foi executado na fase de crescimento para que atuasse no sistema sutural e o efeito ortopédico fosse efetivo. A colaboração do paciente é importante para o sucesso do tratamento, o tempo de uso da máscara na é primordial para que os efeitos faciais e oclusais se verifiquem. O desafio na fase de aparelho fixo bimaxilar (fase 2) foi o controlo da estabilidade oclusal, atendendo às múltiplas agenesias existentes (15, 35, 45, 37, 47). No final do tratamento ortodôntico, a idade da doente ainda não permite uma reabilitação protética adequada, assim ao controlo (pós-contenção) para a futura reabilitação protética associa-se a necessidade de acompanhamento dos pacientes com má oclusão de Classe III até o final do crescimento.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino com 8 anos de idade, braquifacial, padrão esquelético de Classe III, perfil côncavo e retrusivo. Retromaxila e promandibulia com retro-inclinação incisiva mandibular. Compressão maxilar, apinhamento na arcada maxilar de 11 mm e agenesia de dentes 15, 35, 45, 37 e 47. Sobremordida horizontal de -1 mm e vertical de 1,5 mm.

**Discussão e conclusões:** Plano de tratamento: fase 1 – disjunção e avanço da maxila associado à utilização de máscara facial. Fase 2 – aparelhagem fixa bimaxilar, exodontia de 25 para manter simetria da arcada. Intrusão de 17 e 27 com recurso a micro-implantes, gestão do espaço para futura reabilitação protética devido as agenesias de 35 e 45. Finalização da oclusão em Classe II terapêutica molar, permitindo uma estabilidade oclusal do sector posterior. Controlo pós-contenção (4 anos), já no final do crescimento com estabilidade oclusal para eventual reabilitação protética. O tratamento intercetivo associado a uma fase 2 com preciso controlo dos espaços e finalização em Classe II terapêutica molar numa Classe III esquelética, permitiu uma estabilidade oclusal durante a fase pós contenção, necessária à futura reabilitação protética.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.087>

#### #060 Tração de canino incluído em paciente adulto utilizando a técnica Bioprogessiva



Cristina von Zuben\*

**Introdução:** Os caninos superiores permanentes apresentam, depois dos terceiros molares, a maior incidência de impactação, especialmente na região palatina. O presente caso é um exemplo interdisciplinar, no qual foi realizada tração cirúrgica do canino incluído e posicionamento na arcada juntamente com correção ortodôntica de outros fatores de má oclusão, utilizando a técnica Bioprogessiva. O caso foi finalizado com dentisteria estética.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do género masculino, 24 anos, com presença do dente decíduo canino superior direito, apinhamento dentário inferior e sobremordida anterior. A radiografia panorâmica e lateral da face mostra o dente 13 incluído, em posição horizontal e palatina aos incisivos. A análise cefalométrica de Ricketts demonstrou padrão braquifacial e incisivos superiores verticalmente sobrepostos aos incisivos inferiores extruídos. Após exame de Tomografia Computorizada foi realizada a extração do dente decíduo e cirurgia de acesso ao canino incluído por palatina, com colagem de botão ortodôntico na sua porção coronária para tração imediata por meio de elástico de corrente ligado ao braço do aparelho Quad-Helix previamente instalado. Após a erupção, foi posicionado na arcada através de mecânica de arco seccionado, e corrigida a sobremordida anterior e classe II esquerda. Restaurações estéticas devolveram aos incisivos superiores desgastados a sua morfologia. Após dois anos do término do tratamento a oclusão mantém-se estável, sem recidiva.

**Discussão e conclusões:** Conduzir um dente ectópico à sua posição adequada no arco dentário é considerado o ideal para a saúde, função e estética do paciente. O canino é um elemento dentário de extrema importância para a harmonia oclusal, indispensável nos movimentos de lateralidade, constituindo um elemento de proteção do sistema estomatognático, além de estabelecer uma oclusão dinâmica balanceada, manutenção da forma e função da dentição, estética e harmonia facial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.088>

#### #061 Tratamento ortodôntico intercetivo da classe II com aparelho funcional removível



Sofia Oliveira Bento\*, Joana Queiroga, Sónia Alves

FMUC

**Introdução:** A má oclusão de classe II apresenta etiologia variada, de natureza esquelética e/ou dentária e o diagnóstico diferencial é fundamental para a elaboração de um plano de tratamento adequado. Perante um envolvimento esquelético, com o retrognatismo mandibular como principal etiologia, em fase de crescimento, indica-se a utilização de recursos ortopédicos como opção viável de abordagem precoce. Os aparelhos funcionais, como o ativador, foram concebidos para corrigir a má-oclusão de classe II em pacientes em crescimento, alcançando melhorias no perfil facial.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 11 anos de idade, com uma deformidade dento-facial de classe II esquelética e dentária. Na observação extra-oral confirma-se a retrognatia mandibular, associada a um perfil convexo e incompetência labial. Ao exame intra-oral, apresenta endognatia maxilar, trespasse horizontal de 11 mm e falta de espaço severa na mandíbula. Cefalometricamente, apresenta um ângulo ANB de 8.º e inclinação incisiva normal. Apresenta-se no estágio de desenvolvimento correspondente a cerca de um ano antes do pico de crescimento, com os fatores de Bjork a prevenir um crescimento mandibular em rotação anterior. Foi sugerida uma fase I de tratamento ortodôntico intercetivo com o auxílio de um aparelho removível: ativador com parafuso de expansão. Futuramente, segue-se a fase II de tratamento com aparatologia fixa e posterior fase de contenção. Na fase de tratamento intercetivo foi conseguida uma melhoria estética significativa, através da diminuição da retrognatia mandibular e da convexidade do perfil, tendo melhorado o selamento labial. Intra-oralmente verifica-se a diminuição do trespasse horizontal e a correção da endognatia maxilar.

**Discussão e conclusões:** O aparelho funcional ativador possui um corpo único de acrílico, que favorece a alteração da postura da mandíbula em relação à maxila, desencadeando alterações na tonicidade muscular necessárias à correção da má oclusão. Através de uma mordida construída, induz-se um estiramento muscular que se acredita ser responsável pela estimulação do crescimento mandibular. Considera-se que o sucesso da fase I de tratamento foi conseguido, com uma boa relação sagital dos maxilares e melhoria do selamento labial e da estética facial. Este tratamento intercetivo permitiu evitar a necessidade de uma futura cirurgia ortognática de avanço mandibular.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.089>

#### #062 Correção da mordida aberta através da alteração do plano oclusal: Caso Clínico



Ana Alfaro Quaresma\*, Joana Mendes Borge, Margarida Fernandes, Paulo Fernandes Retto, Ana Sintra Delgado

Consulta Assistencial de Ortodontia, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** Designa-se Mordida Aberta Anterior à ausência de trespasse vertical entre incisivos superiores e inferiores, es-