

**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 interceetivo 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 interceetivo 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-occlusão 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 interceetivo 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 interceetivo 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 interceetivo 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-

tando os dentes posteriores em oclusão. Com origem dentária, esquelética, funcional ou uma combinação destas, varia desde uma relação topo-a-topo até contactos apenas nos molares.

**Descrição do caso clínico:** O presente poster descreve uma opção de tratamento desta má-oclusão em adulto, com as respetivas alterações clínicas e cefalométricas. A paciente de 22 anos foi referenciada para a consulta de ortodontia devido à mordida aberta anterior. Constatou-se ser Classe II esquelética com altura facial ântero-inferior aumentada, padrão de crescimento braquifacial e incisivos vestibularizados e protruídos. Apresentava simetria facial, perfil reto e dobra mento-labial profunda. Identificou-se Classe I molar, mordida aberta anterior, deglutição atípica com interposição lingual, alteração na dicção de sons sibilantes e hábito de sucção digital. O plano de tratamento, que prescindiu de exodontias, consistiu numa primeira fase em aparatologia fixa inferior, disjuntor de McNamara com pistas reversas, elásticos intermaxilares e alteração do plano oclusal. Após remoção do disjuntor, foi cimentado aparelho fixo superior para alinhamento e intercuspidação, tendo a paciente iniciado consultas de terapia da fala. No final do tratamento foram colocados aparelhos de contenção.

**Discussão e conclusões:** A mordida aberta anterior na dentição permanente é considerada uma das más-oclusões de tratamento mais difícil em ortodontia, sendo a principal preocupação a estabilidade pós-tratamento. Uma hipótese de tratamento consiste no reposicionamento cirúrgico dos maxilares. A complexidade, os riscos e os custos financeiros envolvidos nesta cirurgia incentivaram a procura de alternativas, nomeadamente: aparatologias funcionais; aparatologia fixa; multi-loop edgewise arch wire (MEAW); intrusão com ancoragem esquelética; tracção extra-oral occipital ou blocos de mordida. McNamara descreveu um disjuntor bondeado com uma férula de acrílico como plano de mordida. Tem sido sugerido que este aparelho, além da expansão rápida da maxila, produz o efeito de encerramento de mordida, pelo efeito intrusivo das pistas. O caso apresentado mostra que esta é uma alternativa no tratamento da mordida aberta em adultos. São necessários mais estudos de estabilidade e a eficácia a longo prazo deste método como tratamento destas más-oclusões.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.090>

#### #063 Ancoragem máxima versus biomecânica – a propósito de um caso clínico.



Saúl Castro\*, Alvaro Azevedo, Maria Ponces, Maria Pollmann, Jorge Lopes, Afonso Ferreira

FMDUP

**Introdução:** O sistema de forças gerado por dobras em V ou em degrau num fio entre dois brackets co-planares e alinhados, foi documentado por Burstone e Koenig em 1988. Uma dobra assimetricamente posicionada resulta em várias combinações de momentos e forças. Se a localização da dobra ao bracket mais próximo é menor que um terço da distância inter-bracket, o sistema de forças resulta em momentos em ambos os brackets com o mesmo sentido, sendo maior no mais próximo à dobra. Existe hoje uma múltipla diversidade de

meios auxiliares de ancoragem. No entanto, o conhecimento e correta utilização dos conceitos de biomecânica são em determinadas situações suficientes para a correção do problema, aliado ao facto de a taxa de sucesso dos meios auxiliares não ser total. O caso clínico demonstra como uma correta utilização de uma dobra assimétrica, num caso de ancoragem do tipo A, permitiu um controlo total da ancoragem sem necessidade de meios auxiliares de ancoragem.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino com 13,8 anos de idade, mesofacial, padrão esquelético de Classe II, Classe II molar de Angle completa à direita e de meio pré-molar à esquerda, retromandibulia. O apinhamento na arcada inferior é de 1 mm e de 9 mm na arcada maxilar, com o dente 12 palatinizado. Regista-se um desvio da linha média maxilar para a direita de 1,5 mm e as sobremordidas horizontal e vertical de 2 mm.

**Discussão e conclusões:** Plano de tratamento: corrigir a Classe II canina (exodontia de 14 e 24), mantendo as corretas sobremordidas horizontal e vertical, finalizando numa oclusão molar de Classe II terapêutica. Para a distalização dos caninos recorreu-se a uma segmentação da arcada, utilizando molas em T. O controlo da ancoragem no 1.º quadrante foi conseguido através de uma dobra assimétrica (mais próxima da unidade de resistência) com o desenvolvimento de um momento de sentido horário de maior intensidade que contraria o momento da força gerada. O sistema de forças desencadeado, implica a existência de uma força intrusiva no canino, cuja correção será facilitada com o recurso a um arco base na fase de nivelamento da arcada. Um correto conhecimento e controlo dos sistemas de forças permitiu, sem recurso a técnicas auxiliares de ancoragem, um perfeito controlo da ancoragem e adequada finalização do caso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.091>

#### #064 Tratamento ortodôntico de má-oclusão classe II com recurso a extrações



Gunel Kizi, João Baptista\*, Valter Alves, Ana Delgado

Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior, Portugal

**Introdução:** A má oclusão classe II esquelética pode ser originada por uma componente esquelética de protrusão maxilar, retrusão mandibular ou ambos os fatores. A sua abordagem terapêutica pode ser realizada de diversas formas, nomeadamente com recurso a extrações dentárias e utilização de mini-implantes. A extração de pré-molares pode ser ponderada nestes casos de forma a aliviar o apinhamento dentário, retrair dentes anteriores, e corrigir as relações dentárias ântero-posteriores.

**Descrição do caso clínico:** Análise clínica: Paciente do sexo feminino; 12 anos; Motivo da consulta: "Tenho os dentes tortos" SIC; Classe II molar e canina bilateral; Perfil facial convexo; Presença dos dentes 75 e 85; Radiologicamente observou-se agenesia dos dentes 35 e 45. Análise cefalométrica: Classe II esquelética por protrusão maxilar; Doliofacial; AFAI aumentado; Proinclinação dos incisivos superiores e inferiores. O tratamento ortodôntico proposto consistiu, na exodontia dos primeiros pré-molares superiores, retrusão dos dentes ântero-