

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-

-superiores, exodontia dos dentes decíduos 75 e 85 e mesialização dos molares inferiores até classe I com recurso a mini implantes como ancoragem absoluta.

Discussão e conclusões: A exodontia de pré-molares em conjunto com o tratamento ortodôntico fixo têm sido apontados como um tratamento de eleição da má oclusão do tipo II. Porém, o clínico deve ter em conta diversos fatores, nomeadamente, a severidade da má oclusão e o padrão facial do doente. Em doentes dolicofaciais, com altura facial anterior-inferior e ângulo do plano mandibular aumentados é possível obter resultados satisfatórios recorrendo a esta técnica. A ausência congênita de segundos pré-molares inferiores pode ocorrer em simultâneo com má oclusão de classe II. Porém, quando existe falta de espaço na arcada superior e o paciente apresenta protrusão maxilar, o tratamento de eleição passa pela exodontia de pré-molares superiores e dos dentes decíduos inferiores. A escolha dos dentes a extrair depende de cada caso. A exodontia dos primeiros pré-molares é justificada pela literatura pelo facto de estarem mais próximos do centro de cada quadrante da arcada e, normalmente, estão próximos do local do apinhamento. Com o presente caso clínico concluímos que é possível obter resultados estéticos satisfatórios e estabilidade no tratamento de uma classe II esquelética por protrusão maxilar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.092>

#065 Microdontia – a propósito de um caso clínico.

Saúl Castro, Paula Vaz*, Maria Pollmann

FMDUP

Introdução: A microdontia refere-se a dentes que apresentam tamanhos menores do que o normal, enquanto na pseudomicrodontia, existe a condição de todos os dentes parecerem mais pequenos, devido a alterações de tamanho da arcada. Microdontia generalizada é rara e pode estar associada ao hipopituitarismo congénito ou à exposição a radiações e quimioterapia. A microdontia localizada é mais comum e é frequentemente associada à hipodontia. Estes dois defeitos são controlados por diferentes mutações nos mesmos genes. Segundo vários autores, a microdontia tem uma prevalência que varia entre 2,3%, e 7,1%, e apresenta como dentes mais envolvidos os incisivos laterais superiores e terceiros molares superiores. O presente caso clínico apresenta uma microdontia bilateral de segundos pré-molares superiores, situação com uma prevalência muito baixa. A relação molar de Classe II completa à esquerda associada à microdontia de segundos pré-molares requer uma mecânica ortodôntica exigente em termos de ancoragem, uma vez que estamos na presença de uma ancoragem do tipo A.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino com 24 anos, mesofacial, Classe II divisão 2, padrão esquelético de Classe II, retromandibulia, incisivo maxilar retro-inclinado e extruído, incisivo mandibular pro-inclinado e dentes 15 e 25 microdónticos. Sobremordida horizontal de 2 mm e vertical de 5 mm. Apinhamento da arcada maxilar é de 2 mm e de 1 mm na arcada mandibular, com uma relação incisivo labial de 8 mm.

Discussão e conclusões: Perante uma doente adulta portadora de uma má oclusão de Classe II divisão 2, com retromandibulia e ante a recusa de tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático, a opção foi o tratamento ortodôntico de camuflagem. Iniciou-se a correção com uma intrusão dos incisivos centrais maxilares, seguindo-se o alinhamento e nivelamento das arcadas. A exodontia dos segundos pré-molares maxilares microdónticos implicou retração de primeiros pré-molares, caninos e bloco incisivo, num quadro de ancoragem máxima no segundo quadrante. Os meios auxiliares de ancoragem máxima utilizados foram micro-implantes. A presença de dentes microdónticos na ortodontia implica sempre diferenças relativamente aos valores da análise de Bolton e constitui um desafio em termos de finalização oclusal. Neste caso, a exodontia dos dentes microdónticos, na situação de ancoragem máxima aumentou a complexidade da mecânica ortodôntica utilizada para a correção da má oclusão.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.093>

#066 Recessões gengivais e tratamento ortodôntico quando e como intervir? – Casos clínicos

Catarina Izidoro*, Mafalda Nemésio, Ricardo Castro Alves, Mafalda Alexandra dos Santos Vilhena, Joana Lobato, Sara Maria Sardinha

ISCSEM

Introdução: A espessura do osso e tecidos moles nos dentes a serem movimentados bem como a presença prévia de deiscências ósseas, biótipo gengival, quantidade de gengiva queratinizada e controlo de placa bacteriana são critérios a ter em conta antes do movimento ortodôntico. Neste trabalho procurou ilustrar-se com três casos clínicos alguns critérios a considerar na tomada de decisão.

Descrição caso clínicos: Caso 1: Paciente sexo feminino, saudável pretende realizar tratamento ortodôntico. Apresenta recessão gengival classe III de Miller no dente 41 associada a freio labial inferior proeminente. Optou-se por intervir previamente ao tratamento ortodôntico com a realização de um enxerto gengival livre e frenectomia. Foram realizadas consultas de follow-up, tendo iniciado tratamento ortodôntico ao fim de 4 meses. Caso 2: Paciente sexo feminino, saudável, em tratamento ortodôntico, apresenta recessão gengival classe III de Miller no dente 41. A zona apresentava inflamação persistente, o que inviabilizava a continuidade do tratamento. Foi realizado um enxerto gengival livre para aumento de banda de gengiva queratinizada. Foram realizadas consultas de follow-up, tendo retomado o tratamento ortodôntico ao fim de 3 meses. Caso 3: Paciente sexo feminino, saudável, apresentava recessões gengivais múltiplas classe I de Miller nos dentes 14, 23 e 24, após tratamento ortodôntico com queixas de hipersensibilidade dentária e descontentamento estético. Optou-se pela técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial, por se tratar de uma zona estética. Iniciou-se pelo tratamento do primeiro quadrante e ao fim de 2 meses procedeu-se à cirurgia do segundo, utilizando a mesma técnica.

Discussão e conclusões: O tratamento cirúrgico plástico periodontal permite a correção de defeitos mucogengivais,