

-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,

eliminação de freios e aumento da banda de gengiva queratinizada permitindo um melhor controlo de placa e proporcionando melhores condições para o tratamento ortodôntico e estabilidade dos resultados, como foi verificado nos casos clínicos 1 e 2. No caso clínico 3, os objetivos do aumento de volume gengival e recobrimento radicular foram cumpridos. Ao fim de 3 anos, verificou-se a estabilidade dos resultados. A análise dos fatores de risco das recessões gengivais revela-se fundamental na decisão da abordagem mucogengival prévia ou após tratamento ortodôntico. A decisão clínica deve compreender um trabalho de equipa entre a ortodontia e a periodontologia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.094>

#### #067 VISTA – Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access



Ana Letícia Ferreira\*, Mariana Filipa Santiago, Tiago Marques, Malta Santos, Manuel Correia Sousa, Célia Coutinho Alves

Universidade Católica Portuguesa

**Introdução:** As recessões gengivais são definidas como uma migração apical patológica da margem gengival relativamente à junção amelocementária. Desta forma, há exposição da superfície radicular, levando a problemas tanto estéticos como funcionais. A etiologia das recessões não se encontra bem definida, mas existem diversos fatores que contribuem para o aparecimento das mesmas. Escovar os dentes de forma traumática, a presença de inflamação periodontal, o próprio biótipo gengival e a movimentação dentária são exemplos causadores. Para a correção deste problema periodontal têm sido desenvolvidos novos métodos cirúrgicos, nomeadamente a técnica VISTA.

**Descrição do caso clínico:** Paciente de 16 anos, sexo feminino, com história prévia de Leucemia Linfoblástica Aguda tendo efetuado sessões de quimioterapia; dirigiu-se à Clínica Universitária à consulta de Medicina Oral para avaliar a sua saúde oral. Após exame clínico observou-se uma recessão gengival no dente 4.1 de classe II de Miller. Apesar da paciente não referir hipersensibilidade dentinária no respetivo dente, esta encontrava-se descontente por razões estéticas. Numa 1.ª fase foi realizada a fase higiénica da cavidade oral, em especial no dente 4.1. com curetas de Gracey. Foi efetuada a técnica anestésica infiltrativa no local, e de seguida realizada uma incisão intrasulcular. Posteriormente realizou-se um túnel através de incisão mucoperióstea de espessura total e descolamento dos tecidos. Por fim foi removido tecido conjuntivo do palato para que fosse realizado em seguida o posicionamento desse mesmo enxerto no túnel através de sutura, a qual também permitiu fixar o retalho no local com vários pontos.

**Discussão e conclusões:** O tratamento de recessões gengivais é importante para evitar cáries radiculares, hipersensibilidade dentinária e lesões de abrasão. Porém, a terapia periodontal tem-se tornado cada vez mais importante para alcançar o sorriso ideal. Assim, a intervenção terapêutica torna-se imprescindível. A técnica VISTA é uma opção a utilizar pois a incisão é efetuada de forma remota, reduzindo a possibilidade de traumatizar a gengiva do dente a ser tratado. Para além

desto, é efetuada uma cuidadosa dissecação subperiosteal que reduz a tensão da margem gengival durante o avanço coronal e é mantida a integridade anatômica da papila interdentária, evitando a sua reflexão. Os follow-ups realizados mostram uma evolução positiva 1 semana após a cirurgia assim como 2 meses após a realização da mesma.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.095>

#### #068 Enxerto conjuntivo tunelizado na resolução de recessões múltiplas – caso clínico



Lilibetty Pinho\*, Alexandra Martins, Rafael Silva, Malta Santos, Tiago Marques, Manuel Correia Sousa

UCP

**Introdução:** As recessões gengivais, caracterizadas por um deslocamento apical da gengiva, resultam não só num comprometimento estético, como também numa situação de desconforto, de que é exemplo a hipersensibilidade dentária. De modo a corrigir defeitos classe I e II de Miller, a técnica de tunelização combinada com enxerto de tecido conjuntivo (ETC) tem sido aplicada, exibindo grande previsibilidade e boa integração estética. Para facilitar a perceção do aumento gengival obtido, o software Geomagic® pode ser utilizado, através de uma leitura dos modelos preliminares e após a cirurgia.

**Descrição do caso clínico:** Uma paciente jovem, de 22 anos, saudável e não fumadora, pretendia recobrir as recessões gengivais vestibulares que apresentava ao nível dos pré-molares do 1.º e 2.º quadrantes. Optou-se pela técnica de tunelização combinada com ETC. Foram efetuadas incisões intrasulculares e retalho de espessura total na área interdentária até às papilas e parcial em apical. No túnel criado, foi inserido o ETC, posteriormente estabilizado com ancoragem coronal com fio de sutura Nylon 6-0. O ganho gengival foi analisado clinicamente e com recurso ao software Geomagic®, nos controlos.

**Discussão e conclusões:** Os controlos no 1.º quadrante foram realizados aos 6, 12 e 36 meses e no 2.º quadrante aos 3 meses. Verificou-se um ganho vertical satisfatório em ambos os quadrantes, bem como um aumento de volume. A técnica de tunelização combinada com ETC mostrou, uma vez mais, ser bastante útil na resolução dos casos semelhantes ao presente descrito.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.096>

#### #069 Recobrimento de Recessões: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial



Cristiana Moura Dias\*, David Miguel Simões e Martins, Ana Filipa Prata Gouveia Monteiro, Malta Santos, Manuel Correia Sousa, Tiago Marques

Instituto de Ciências da Saúde – Viseu – Universidade Católica Portuguesa

**Introdução:** A manifestação clínica da recessão gengival é o deslocamento apical dos tecidos gengivais, tendo como re-