

ferência a linha amelocementária (LAC), com consequente exposição da superfície radicular ao meio oral. A técnica de tunelização em conjunto com um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido descrita, ao longo das últimas décadas, como um procedimento de cirurgia plástica periodontal eficaz no recobrimento de múltiplas recessões gengivais adjacentes, classes I e II de Miller.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, 27 anos, ASA I e não fumadora. O motivo da cirurgia deve-se à motivação da paciente para corrigir os defeitos estéticos e a hipersensibilidade dentinária, nos dentes 1.4 e 2.4. Foi diagnosticada com gengivite leve ou inicial induzida por placa (PI=15.6% e BOP=4,4%). Apresentava recessões classes I de Miller, de 2 mm em vestibular nos dentes 1.4 e 2.4. O plano de tratamento passou pela realização de fase higiênica e posterior realização de cirurgia plástica periodontal – Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo. A técnica de tunelização foi realizada segundo Zühr. Após as incisões sulculares iniciais, as lâminas de tunelização foram usadas para incisar a mucosa bucal e fazer um retalho de espessura parcial. Este procedimento tem como objetivo criar um túnel contínuo, por baixo dos tecidos moles bucais, na área a ser intervenção. A preparação do retalho foi estendida para dentro da mucosa e tecidos papilares adjacentes e foi cuidadosamente descolado, em espessura parcial, para que o retalho tenha suficiente mobilidade. Segundo Zucchelli et al obteve-se um enxerto gengival livre do palato duro que foi posteriormente desepitelizado. Por fim, o retalho e o complexo mucogengival foram avançados coronalmente e estabilizados na sua nova posição com uma técnica de sutura ancorada nas coroas dentárias. O complexo mucogengival é avançado e é estabilizado com uma técnica de sutura ancorada coronalmente.

Discussão e conclusões: Pensa-se que o trauma oclusal, associado a uma escovagem traumática, poderão ter sido os fatores etiológicos das recessões gengivais nos dentes 1.4 e 2.4. A técnica cirúrgica permitiu um recobrimento completo das mesmas recessões, um aumento da quantidade de gengiva queratinizada, uma melhoria do biótipo gengival, e acima de tudo, conseguiu-se tratar as queixas principais da paciente – defeitos estéticos e hipersensibilidade dentinária, associados às recessões gengivais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.097>

#070 Análise Volumétrica de Enxerto Lingual Subepitelial – 18 meses de follow-up



Joana Paiva Alves, Telma Moreira*, Tiago Miguel Marques, Nuno Malta Santos, Manuel Correia Sousa, Célia Coutinho Alves

Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O LISTA – Lingual Incision Subperiosteal Tunnel Access é um método cirúrgico desenvolvido na área de Periodontologia de forma a tratar recessões gengivais das faces linguais dos dentes. Neste tipo de recessões existe uma necessidade funcional que se sobrepõe à estética, pelo que pode provocar hipersensibilidade dentária.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, jovem (21 anos de idade) apresentou-se na consulta de Periodontologia com hipersensibilidade dentária localizada nos incisivos inferiores (3.1 e 4.1). Após fase higiênica verificou-se a existência de recessões gengivais de classe III e II de Miller, respetivamente, nestes mesmos dentes pela face lingual. Foi efetuado um modelo de gesso da arcada inferior, sendo que este foi digitalizado para ficarmos com um registo do volume e espessura existente. De modo a resolver estas recessões gengivais decidiu-se proceder a cirurgia periodontal, sendo que a técnica utilizada foi o LISTA. Os resultados obtidos no final de 18 meses eram satisfatórios, pelo que se procedeu novamente à realização e digitalização de um novo modelo de gesso desta arcada. Posteriormente, foi realizada uma técnica de sobreposição de modelos (Geomagic®, Control X), permitindo comparar a espessura e o volume do pré e pós-cirúrgico. O uso de scan 3D tem-se mostrado útil no ramo da Medicina Dentária, nomeadamente para estudos de comparação de pré e pós-operatório de forma a obtermos resultados mais precisos e fidedignos, pois sem este método não conseguiríamos medir a quantidade exata de volume existente após cirurgia.

Discussão e conclusões: O follow-up após 18 meses mostrou-se excelente, quer pela diminuição da sensibilidade dentária, quer pelo ganho de volume da mucosa. Através da digitalização tridimensional por scan dos modelos, verificamos um ganho de volume. Com recurso à sobreposição dos modelos foi ainda possível verificar a área onde o enxerto cicatrizou bem como concluir, efetivamente, que existiu um aumento de espessura e altura da mucosa na face lingual. Concluindo, o nível máximo de cobertura radicular foi alcançado pelo que o LISTA mostrou ser eficaz neste caso clínico. Desta forma, é expectável que a espessura de gengiva aderida continue a aumentar ao longo do tempo. Por outro lado, a técnica de sobreposição de modelos foi crucial para todo o desenvolvimento e conclusões deste caso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.098>

#071 Recobrimento de Recessão: Técnica VISTA e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial



Gonçalo Lopes*, David Miguel Simões e Martins, Madalena Cantante de Carvalho Prata Ribeiro, Malta Santos, Manuel Correia Sousa, Tiago Marques

Instituto de Ciências da Saúde – Viseu, Universidade Católica Portuguesa, CIIS – Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A manifestação clínica da recessão gengival é o deslocamento apical dos tecidos gengivais, tendo como referência a linha amelocementária (LAC), com consequente exposição da superfície radicular ao meio oral. A técnica VISTA utilizando um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido descrita, ao longo da última década, como um procedimento de cirurgia plástica periodontal eficaz tanto no recobrimento de recessões gengivais unitárias, como em recessões gengivais múltiplas adjacentes, classes I e II de Miller.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo masculino, 21 anos, ASA I e não fumador. O motivo da consulta deveu-se a

um defeito estético, no dente 4.1. Foi diagnosticada como gengivite leve ou inicial induzida por placa (PI=12,3% e BOP=3,5%). Apresentava uma recessão classe III de Miller de 4 mm, em vestibular, no dente 4.1. O plano de tratamento passou pela realização de fase higiênica, condicionamento radicular com tetraciclinas e cirurgia periodontal plástica – técnica VISTA e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial. A técnica VISTA começa com uma incisão de acesso mesial à recessão a ser tratada. Através da incisão é criado um túnel subperiosteal, expondo a tábua óssea vestibular e a deiscência radicular com um elevador periosteal microcirúrgico. O túnel é estendido um a dois dentes, no mínimo, para além do dente que requer recobrimento radicular, para mobilizar as margens gengivais e facilitar o seu reposicionamento coronal. Segundo Zucchelli et al obteve-se um enxerto gengival livre do palato duro que foi posteriormente desepitelizado. Por fim, o retalho e o complexo mucogengival foram avançados coronalmente e estabilizados na sua nova posição com uma técnica de sutura ancorada nas coroas dentárias. O complexo mucogengival é avançado e é estabilizado com uma técnica de sutura ancorada coronalmente. Foi prescrito um analgésico ao paciente e o mesmo foi aconselhado a fazer bochechos diários com clorhexidina, durante três semanas. O paciente foi submetido a um controlo periodontal regular, por 6 meses.

Discussão e conclusões: Pensa-se que o uso de aparelho ortodôntico (fixo), associado a um biótipo gengival fino, poderá ter sido o fator etiológico da recessão. A técnica VISTA parece melhorar o biótipo gengival, tratar com sucesso as recessões gengivais (neste caso unitária – recobrimento radicular total no dente 4.1), sem formação de cicatriz, evitando-se algumas das possíveis complicações das técnicas de tunelização intrasulcular.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.099>

#073 Restabelecimento da DVO e do plano oclusal em desdentados parciais Série de casos clínico



Manuel A. Sampaio-Fernandes*, Luís Guilherme Pimentel, Paul Júlio Almeida, José Mario Rocha, Maria Helena Figueiral, João Carlos Sampaio-Fernandes

FMDUP

Introdução: Nas situações clínicas de desdentados parciais em que há diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO) por desgaste dentário severo e/ou perda de peças dentárias, torna-se imperativo iniciar a reabilitação oral pelo restabelecimento da DVO. Inicialmente necessitamos de registar a relação cêntrica do paciente através de técnicas como a deglutição, a manipulação manual ou o Jig de Lucia. As estratégias passam, na primeira fase, por diferentes métodos de determinação da DVO ideal, pela reabilitação dos dentes remanescentes com resinas compostas e pela realização de próteses parciais removíveis. A determinação da DVO pode ser realizada através de vários métodos como o métrico, o fonético ou a análise de proporções faciais. Numa segunda fase, é realizado o estudo para a eventual colocação de implantes e de próteses fixas dento e implanto-suportadas.

Descrição do caso clínico: Apresentam-se e discutem-se 3 casos clínicos realizados na FMDUP, na Especialização em Reabilitação Oral, com diminuição da DVO, montados em articulador semi-ajustável, em que abordamos diferentes aspetos. Caso 1: Paciente bruxómano com desgaste dentário severo com oclusão anterior e bordo incisal inferior concavo. Reabilitação com resina composta direta (RC) e Próteses Removíveis (PR) Esqueléticas. Caso 2: Paciente bruxómano com perda de suporte dentário nas regiões posteriores e degaste excessivo anterior. Reabilitação com RC e PR Acrílicas. Caso 3: Paciente com perdas dentárias múltiplas por cáries e doença periodontal. Reabilitação com RC e PR Acrílicas.

Discussão e conclusões: De forma a evitar complicações futuras, a reabilitação oral de pacientes com desgastes dentários severos e perdas dentárias múltiplas deveria passar sempre por uma primeira fase de tratamento simples, estabilizadora e reversível da situação clínica. Nesta fase devemos também motivar para a realização de higiene oral satisfatória e alertar para um controlo de dieta adequado. Quando ocorre perda de DVO devemos adotar estratégias de restabelecimento de forma a reduzir a incidência de distúrbios temporomandibulares e outras patologias. A estratégia escolhida passa pela conjugação de vários métodos de determinação conforme a situação clínica inicial. Apenas quando o paciente se encontra com uma DVO saudável, um esquema oclusal completo e funcional e com higiene oral adequada deveremos passar para uma fase reabilitadora mais complexa recorrendo, se necessário, à colocação de implantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.100>

#075 Reabilitação oral sobre raízes num paciente idoso – Caso clínico



Sarah Goolamhussen*, Joana Santos, Filipe Araújo, André Correia

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

Introdução: As sobredentaduras são uma das hipóteses de tratamento do paciente parcialmente desdentado. A preservação das raízes dentárias permite manter a resposta sensitiva do periodonto, manter a crista óssea alveolar e a retenção fornecida melhora o bem-estar e facilita a aceitação do tratamento. Todavia, também apresentam algumas desvantagens relacionadas com dificuldades de higienização destas raízes com possível desenvolvimento de cáries radiculares ou descalcificação / complicações técnicas dos elementos de retenção.

Descrição do caso clínico: Paciente saudável do sexo masculino com 82 anos de idade compareceu na consulta de Medicina Dentária com o objetivo de reabilitar o maxilar superior com prótese dentária. Apresentava uma desdentação parcial tipo classe II de Kennedy. No maxilar superior apenas estavam presentes os dentes 13 e 23 que, apesar de extensamente destruídos (compromisso de mais de 50% da coroa clínica), mediante correto tratamento endodôntico prévio foram utilizados como retentores intra-radulares (attach-