

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-