

este caso clínico que em situações clínicas que apresentem indicação para o uso deste dispositivo, ou em situações que o paciente não aceita outra das formas terapêuticas, o uso do mesmo apresenta-se como uma alternativa eficaz e funcional. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.309>

#073 Terapia combinada na SAOS – a propósito de um caso



Gabriela Soares Videira*, Cristina Carocha, Pedro Correia, Antonio Bugalho, Susana Sousa, João Paço

Unidade do Sono CUF Infante Santo,
Unidade do Sono da Cuf Descobertas

Introdução: Estima-se que cerca 50-60% dos casos de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) possam estar relacionados com a posição adotada durante o sono. O tratamento com dispositivo orais (DO) é uma terapêutica eficaz na roncopatia, em casos selecionados, sobretudo na SAOS ligeira ou moderada. O tratamento posicional (TP) é uma modalidade terapêutica promissora que tem como objetivo principal, evitar a posição de decúbito dorsal. A técnica mais difundida para evitar a posição de supina é a utilização de bola de ténis no dorso ou outros, com baixa adesão e efeitos adversos. Em estudos recentes, verificou-se que 34% dos pacientes em tratamento com Dispositivos Oraís tem SAOS posicional. Neste caso clínico, os autores pretendem evidenciar o benefício da terapia combinada.

Descrição do caso clínico: Homem, 48 anos, com SAOS proposto para terapia combinada (PT DO). O estudo polissonográfico inicial mostrou a presença de SAOS ligeiro (Índice de Distúrbio Respiratório – 10/hora) verificando-se agravamento do índice na posição de decúbito dorsal (Índice de Distúrbio Respiratório – 45/hora). Foi avaliado na consulta de Medicina Dentária e após da cavidade oral, orofaringe, perfil crâneo-facial e avaliação de exames complementares de diagnóstico foi proposto para tratamento com DO. O dispositivo selecionado foi o NARVAL® da Resmed, dispositivo feito por medida e titulável. Devido a apneia posicional o doente foi adaptado a tratamento posicional com Nighshift®. Verificou-se boa adesão a este tratamento com 100% de utilização em decúbito ventral ou lateral e média de utilização diária de 8,6horas/noite. Após polissonografia com DO e DO PT verifica-se os benefício desta opção combinada.

Discussão e conclusões: A abordagem da SAOS está a mudar e a multidisciplinaridade é uma peça fundamental na decisão da melhor estratégia para cada doente. Para além do dispositivo de avanço mandibular, comprovadamente eficaz no tratamento da SAOS, a associação a terapia posicional pode ser vantajosa na abordagem de doentes com SAOS posicional. Esta estratégia permite diminuir possíveis efeitos adversos dos DO e melhorar a clínica dos doentes com SAOS. A terapêutica combinada DO e TP oferece vantagens no tratamento da SAOS posicional, em doentes selecionados, comparada com a monoterapia realizada apenas com dispositivos orais. São, no entanto, necessários mais estudos que identifiquem os doentes melhores candidatos para esta estratégia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.310>

#074 Retalho de Avanço Coronal Modificado – Caso clínico



Vanessa Rocha Rodrigues*, Tiago Teixeira Rodrigues, Rita Lamas, Pedro Rocha, Pedro Otão, Susana Canto De Noronha
FMDUL

Introdução: A seleção da técnica cirúrgica na tentativa de recobrir uma recessão radicular depende principalmente das características anatómicas locais e das exigências do paciente. O retalho avançado coronal, inicialmente proposto por Norberg em 1926, é uma técnica cirúrgica indicada para correção de defeitos de recessão gengival classe I de Miller e na presença de tecido queratinizado residual com a mesma altura da recessão. O recobrimento radicular completo da raiz nem sempre é possível, mesmo em recessões gengivais sem perda de inserção interproximal e perda óssea, como acontece por exemplo em dentes com perda traumática de uma ou ambas as papilas ou em dentes rodados. Nesse sentido, a avaliação dos parâmetros que permitem determinar previamente o recobrimento radicular esperado é importante.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo masculino com 15 anos de idade, foi encaminhado para a consulta de Periodontologia na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, com queixas de sensibilidade e desconforto durante os procedimentos de higiene oral ao nível do dente 13. Após avaliação clínica e radiográfica, foi diagnosticada uma recessão gengival, classe I de Miller. Na 1.ª consulta, foram realizadas instruções de higiene oral, assim como modificada a técnica de escovagem. Posteriormente, e após garantir um controlo de placa bacteriana eficaz foi realizado um retalho de reposicionamento coronal associado a um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. A técnica cirúrgica incluiu, duas incisões horizontais biseladas, mesial e distal ao defeito de recessão, localizadas a uma distância da papila anatómica igual à profundidade da recessão mais 1 mm. De seguida foram realizadas, duas incisões biseladas oblíquas, ligeiramente divergentes, que se estenderam até a mucosa alveolar. O retalho em formato trapezoidal foi elevado com abordagem split-full-split na direção corono-apical. As papilas anatómicas foram desepitelizadas com posterior colocação do enxerto de tecido conjuntivo no leito recetor.

Discussão e conclusão: A predeterminação da linha de recobrimento radicular tem diferentes aplicações clínicas, que podem melhorar o resultado final da cirurgia mucogengival. Neste caso em particular, foi útil, predeterminar a linha de recobrimento radicular, não só para gerir as expectativas, mas também para explicar ao paciente que só seria possível um recobrimento até a junção amelo-cementaria.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.311>

#075 Recobrimento radicular do dente 4.3 com técnica VISTA



Joana Figueiredo Santos*, Sarah Goolamhussen, Tiago Marques, Nuno Malta Santos, Célia Coutinho Alves, Manuel de Sousa

Universidade Católica Portuguesa,
Instituto de Ciências da Saúde – Viseu

Introdução: São vários os fatores que podem afetar a integridade dos tecidos periodontais, levando à sua destruição. A

terapia periodontal tem como objetivo restaurar a inserção periodontal nomeadamente do osso alveolar, ligamento periodontal e cimento perdidos por trauma ou patologia. Com a cirurgia periodontal plástica pretende-se recuperar a integridade dos tecidos bem como a harmonia estética do sorriso.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, 27 anos, ASA I, não fumadora e com várias lesões causadas por trauma de escovagem. Como diagnóstico periodontal apresentava gengivite induzida por placa com um índice de placa de 87,03% e índice de sangramento de 8,02%. A sua principal queixa era a estética associada à recessão na face vestibular do dente 43, classe I de Miller. A primeira linha de tratamento inclui a remoção de fatores etiológicos seguida de correção cirúrgica com a técnica vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA). Foi feito o aplanamento das raízes e o seu condicionamento com tetraciclina ao qual se seguiu uma incisão para acesso vestibular na zona do dente 43 e a elevação de um túnel subperiosteal entre o periosteio e o osso. No palato duro foi feita uma incisão para se obter um enxerto gengival livre que foi posteriormente desepitelizado. Por fim, o retalho e o complexo mucogengival foram avançados e estabilizados por sutura na sua nova posição, coronalmente à linha amelocementaria, de forma a ser feito o recobrimento radicular. Posteriormente, foram realizados pontos ancorados na férula da paciente. 10 dias após a cirurgia foi feita a remoção dos pontos e a paciente não reportou dor ao nível da zona do dente 43, apenas sentia desconforto no palato quando tirava a proteção.

Discussão e conclusões: A técnica VISTA é simples e rápida sendo bastante eficaz no reposicionamento coronal da margem gengival quando comparada com outras técnicas. A incisão diminui a possibilidade de trauma gengival e as cicatrizes são pouco visíveis. A paciente apresentava uma recessão de 1 mm, que após a conclusão do tratamento conseguiu-se um recobrimento total da mesma, sem sintomatologia associada. Têm sido feitos controlos periódicos aos 3 meses e de momento aos 6 meses e verifica-se uma completa resolução da recessão gengival na zona do dente 23. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.312>

#076 Simplificar o registo da Relação Cêntrica com o Arco Gótico



Ana Ribeiro*, Mariana Capelas, António Capelas, Américo Ribeiro, Margarida Sampaio Fernandes, Maria Helena Figueiral

FMDUP

Introdução: A confecção de próteses totais envolve a procura de condições ótimas de estética, função e fonética, muitas vezes difíceis de conseguir. Para isto, é necessário ter em conta os determinantes de oclusão nomeadamente a correta relação maxilo-mandibular, o que implica ter competências técnicas para estabelecer a dimensão vertical de oclusão e a relação cêntrica de forma que sejam reproduzíveis e verificáveis. A determinação da relação cêntrica e da dimensão vertical de oclusão torna-se difícil em especial em pacientes idosos, com perda da coordenação muscular e portadores de próteses antigas. A relação vertical adequada depende da consideração de vários fatores incluindo tônus muscular, espaço disponível entre arcadas e paralelismo

das cristas alveolares. O traçado do arco gótico consiste num mecanismo de determinação da relação cêntrica após determinação da dimensão vertical no qual o paciente realiza movimentos funcionais como a lateralidade, protrusão e retrusão. O ponto de partida destes movimentos será visualizado como o ponto de encontro do traçado e representa a relação cêntrica.

Descrição do caso clínico: Paciente, 62 anos, género masculino, compareceu na consulta da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto com o propósito de confeccionar novas próteses totais removíveis superior e inferior. Apresentava próteses totais desadaptadas e com oclusão desajustada. Na anamnese, referiu cirurgia há 2 meses de exérese de hiperplasia fibroepitelial por trauma associado ao uso das próteses. Encaminhado para a Clínica de Outono da Faculdade, foi iniciado o estudo e planeamento para confecção destas próteses. A posição mandibular escolhida para a reabilitação oral foi a relação cêntrica, pelo que optamos pelo uso do arco gótico.

Discussão e conclusões: O traçado do arco gótico é um método eficaz e prático na obtenção de posições mandibulares em movimento numa relação cêntrica e dimensão vertical de oclusão adequadas. A determinação e registo da relação cêntrica e da dimensão vertical nos pacientes desdentados totais por vezes não é fácil de conseguir, pelo que está indicada a combinação de vários procedimentos para facilitar a sua correta obtenção. Nestes casos a utilização do arco gótico pode ser uma mais valia, sendo que o dentista deve possuir conhecimento suficiente das técnicas a utilizar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.313>

#077 O polimorfismo da IL1 na patogenia de complicações implantares – um caso clínico



Ricardo Batista*, André Moreira, Margarida Sampaio Fernandes, Pedro Ferrás, Paula Vaz, MH Figueiral

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: Entre os diversos fatores de risco para a doença peri-implantar, a resposta imunitária do hospedeiro e a colonização bacteriana possuem um papel fulcral na patogenia. O teste genético para periodontite (TGP®) permite a identificação de dois polimorfismos genéticos da IL1 associados à doença. O objetivo deste trabalho é demonstrar o potencial interesse da realização do teste TGP® na prática clínica, em casos de complicações implantares recorrentes.

Descrição do caso clínico: Paciente Caucásico, género masculino, 65 anos de idade, não fumador e sem patologia sistémica, com história de perda de três implantes de uma prótese fixa mandibular sobre 6 implantes e reabilitação posterior com prótese removível sobre dois pilares Locator®, compareceu na consulta do CERO da FMDUP. Apresentou como queixa mau estar à mastigação, observando-se, em exame clínico, presença de sinais inflamatórios (edema, eritema) e acumulação de placa bacteriana peri-implantar. O exame imagiológico evidenciou perda óssea associada. Realizou-se um teste genético TGP®, com recolha de material biológico através de zaragatoa bucal, que se revelou positivo. Perante a situação clínica, decidiu-se realizar exérese do tecido infetado peri-implantar e rebasamento da sobredentadura com condicionador de tecidos.