

e posteriormente, dos dentes 14, 24. Neste caso, houve a necessidade de proceder à extração dos dois primeiros pré-molares superiores por falta de espaço severa na arcada dentária. **Discussão e conclusões:** Em casos onde se verifique apinhamento dentário severo no período de dentição mista, o protocolo terapêutico de extração de dentes decíduos e/ou permanentes, é indicado. No entanto, caso não se proceda a uma segunda fase de tratamento com aparatologia fixa, o alinhamento ideal, a posição radicular, a sobremordida e o encerramento do espaço geralmente não se consegue concretizar. As extrações programadas apresentam como enorme vantagem a prevenção da inclusão dos caninos permanentes, desde que realizadas no período adequado e devidamente complementadas por exames radiográficos. Além disso, também permitem a redução do tempo de tratamento ortodôntico numa fase posterior.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.538>

#077 Síndrome de Nance-Horan – Caso Clínico

Sofia Jerónimo*, Ana João Lopes Aguiar, Daniela Soares, Paula Vaz, Inês Côrte-Real, Jorge Dias Lopes

Pós-graduação de Ortodontia da FMDUP

Introdução: A síndrome de Nance-Horan descrita primariamente por Margaret Horan e Walter Nance é uma patologia rara hereditária ligada ao cromossoma X, Xp22.2-p22.1. Com o passar dos anos algumas mutações foram surgindo originando variações fenotípicas. Esta síndrome assume uma condição extremamente rara com carácter recessivo, associada ao cromossoma X. É caracterizada pela presença de alterações oftalmológicas, como cataratas congénitas, microcórnea, microftalmia, nistagmo, dimorfismo facial, como face longa, nariz proeminente e prognatismo mandibular, sindactilia, anomalias dentárias de número, supranumerários, e de forma. **Descrição do caso clínico:** A paciente do género feminino com 11 anos e 5 meses de idade compareceu á consulta de ortodontia do SOFMUP motivada por fatores estéticos, anomalias de forma, mesiodens e outros dentes supranumerários. A paciente apresentava uma má oclusão de classe I dentária inserida num Tipo Classe I, caracterizada por macro e promaxilia, e orto e macromandibulia, num padrão facial dolicofacial severo, com altura antero-inferior aumentada, incisivo mandibular retruído e retro-inclinado e incisivo maxilar orto e retroposicionado, molar maxilar distoposicionado. O plano de tratamento propunha a coronoplastia do “11” e “21”, exodontia de diversas peças dentárias, rotação molar, alinhamento e nivelamento e perda de ancoragem posterior, distalização do 73 e manter o 83, verticalização do 36 e 46. Reabilitação com prótese fixa após os 18 anos. **Discussão e conclusões:** A presença de anomalias dentárias de número e forma, cria limitações estéticas e funcionais, sendo um desafio clínico. A abordagem interdisciplinar é essencial para restituir a harmonia do sorriso, exigindo a realização de procedimentos ortodônticos, cirúrgicos e reabilitadores. Através do plano de tratamento conseguimos devolver a estética e função à paciente com a correção da má oclusão nos três planos do espaço. É fundamental a identificação dos portadores desta síndrome

para delinear um plano de tratamento interdisciplinar adequado, eficaz e o mais precoce possível permitindo uma intervenção corretiva, proporcionando uma distribuição correta das peças dentárias e um redimensionamento da discrepância de forma, garantindo uma relação inter-oclusal estável. Desta forma, evita-se um plano de tratamento tardio complexo e permitindo uma melhor integração social e mitigando os estigmas desta síndrome.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.539>

#078 Reabilitação estética com aumento do volume da crista alveolar

Melanie Billerach*, Fabio Andre Silva Santos, Alexandrine Carvalho, Hélder Oliveira, Sandra Gavinha, Patrícia Manarte Monteiro

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA), Pós-Graduação CCMD – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA)

Introdução: A reabilitação com prótese fixa restabelece com sucesso a função, mas, muitas vezes, é necessário recorrer a técnicas cirúrgicas, para resolver os problemas relacionados com as alterações de forma e volume dos tecidos moles, para tentar imitar o perfil de emergência natural dos dentes. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género masculino de 75 anos de idade, saudável e colaborante. Manifestou na consulta preocupação com a estética do seu sorriso. A perda prematura dos dentes 31 e 41, por ele relatada, tinha causado um colapso da crista alveolar e um defeito horizontal e vertical. Para reabilitar o paciente, foi planeada a confecção de uma prótese fixa de 6 elementos sobre 4 dentes pilares: 33, 32, 42 e 43. O paciente tinha uma perda de volume tecidual causada pelo defeito vertical e horizontal, o que comprometia a estética. Para minimizar o defeito da crista foi planeada uma cirurgia com enxerto de tecido conjuntivo. Retirou-se um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial da zona posterior do palato, para depois ser introduzido na zona do defeito. A técnica utilizada no local recetor foi a técnica de envelope. A reabilitação final terminou 3 meses depois com uma ponte metalo-cerâmica de 6 elementos. **Discussão e conclusões:** Existem várias técnicas cirúrgicas para aumento da espessura do rebordo alveolar. Algumas podem ter limitações, mas é essencial fazer previamente uma boa análise do caso clínico, ou seja, analisar o tipo de defeito, o tipo de reabilitação fixa (sobre dentes ou sobre implantes), o volume de tecido necessário, o tipo de enxerto mais adequado, a localização do local doador e receptor do enxerto, o desenho das restaurações provisórias, entre outros aspetos. As deficiências de tecidos moles e duros podem comprometer o resultado estético de uma reabilitação oral. Em muitas situações temos de recorrer a procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de melhorar o resultado estético final das reabilitações. Um bom diagnóstico e um correto planeamento é fundamental. O clínico tem de entender as limitações e os benefícios de cada técnica e de cada tipo de enxerto, para que seja o mais adaptado à situação clínica do paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.540>