

#079 Abordagem de uma Periodontite Estádio III, Grau C e Padrão incisivo-molar



Vanessa Da Rocha Rodrigues*, Pedro Lopes Otão, Tiago Teixeira Rodrigues, Ângela Rodrigues, Rita Lamas, Susana Canto De Noronha

FMDUL

Introdução: Em 2018 foi publicada a nova classificação das doenças e condições periodontais e periimplantares. A periodontite passou a ser caracterizada com base em estádios multidimensionais. O estágio é amplamente dependente da severidade da doença, bem como da complexidade do seu tratamento. A classificação atual dá-nos informações suplementares sobre as características biológicas da doença, incluindo uma análise baseada na história da taxa de progressão, avaliação do risco de progressão e a análise de possíveis tratamentos. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir o diagnóstico e tratamento de um caso de Periodontite Estádio III, Grau C e Padrão incisivo-molar. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, com 24 anos de idade e etnia negra, apresentou-se na consulta da pós-graduação de Periodontologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, encaminhada pelo ortodontista para avaliação periodontal. Dos dados da história médica, é possível verificar que a paciente não refere qualquer doença sistémica e não faz medicação regular, tendo sido classificadas, de acordo com a escala da American Society of Anesthesiologists, como ASA tipo I. Após avaliação clínica e radiográfica foi diagnosticada com uma Periodontite Estádio III, Grau C e Padrão incisivo-molar. Foi realizada a fase inicial da terapia periodontal, que incluiu além da explicação da doença, a motivação e ensino para técnicas de controlo de placa intrasulcular, quatro sessões de destarização e alisamento radicular realizadas por quadrantes. Na consulta de reavaliação observou-se a presença de bolsas periodontais residuais nos primeiros molares dos quatro quadrantes. A avaliação radiográfica dos dentes 16, 26, 36 e 46, permitiu verificar a presença de defeitos ósseos verticais amplos e profundos, com indicação para tratamento periodontal cirúrgico ressectivo. Após terapia cirúrgica foi possível alcançar um periodonto estável e saudável, a paciente foi incluída num programa de suporte periodontal, com intervalos de 3 em 3 meses e encaminhada para iniciar o tratamento ortodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.541>

#080 Alongamento Coronário com o uso do Laser Díodo e Sistema Piezoelétrico: Relato de caso



Mariaselene Raso*, Tiago Miguel Marques, Manuel Correia Sousa, Nuno Bernardo Malta dos Santos, Gustavo Vicentis de Oliveira Fernandes

Universidade Católica Portuguesa – Viseu

Introdução: O uso do laser de diodo de alta intensidade em cirurgias periodontais proporciona maior precisão do corte cirúrgico e permite pouca absorção de luz pelos tecidos duros quando se utilizam parâmetros adequados, não gerando assim

qualquer dano térmico. Outras vantagens seriam a mais rápida coagulação tecidual, a redução do tempo cirúrgico e a diminuição do risco de infeções pós-operatórias. Outro equipamento com crescente uso é o piezoelétrico, o qual também está indicado em cirurgias orais, a proporcionar também osteotomias mais precisas, limpas e com menor trauma para os tecidos moles. Portanto, o objetivo deste relato foi mostrar a utilização de tecnologias em procedimento estético periodontal. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável, com tratamento ortodôntico prévio, com queixa principal de grande exposição gengival ao sorrir. Planeou-se um alongamento coronário com uso do laser de diodo, em região estética superior (1.4 – 2.4). Após uso do laser para corte gengival, foi feito retalho de espessura total para visualização do osso de sustentação e posterior osteotomia com piezoelétrico, a seguir mensurações e proporções estéticas. Posteriormente, retalho foi reposicionado e suturado. No pós-operatório de 7 dias e 14 dias, pode-se confirmar a excelente recuperação do tecido local e da paciente. **Discussão e conclusões:** Existem evidências de que a cirurgia em tecidos moles com laser a diodo, e a cirurgia de tecidos duros com aparelho piezoelétrico, proporcionam um bom prognóstico e melhorando assim o pós-cirúrgico do paciente. O laser de diodo permite ter um campo cirúrgico limpo, sem hemorragia, diminuindo o risco de inflamação e infeção pós-cirúrgica quando comparado a sistema tradicional de cirurgias. A osteotomia com piezoelétrico permite um corte preciso e menos traumático, proporcionando um menor perfil inflamatório a nível ósseo. As vantagens para o paciente são: diminuição da dor e do edema. Enquanto as vantagens para o profissional são: maior sensibilidade tátil e uma melhor visibilidade do campo operatório. Também proporciona proteção dos tecidos moles e das estruturas nobres adjacentes, incluindo um maior controlo da assepsia. A utilização destas tecnologias em cirurgia periodontal mostrou maior exequibilidade e visibilidade, campo cirúrgico mais limpo e menor hemorragia e edema. Inclusive, estas técnicas permitiram reparo ósseo e gengival mais favorável.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.542>

#081 Recobrimento Radicular de RT2 – Caso clínico



Mafalda Nemésio*, Catarina Izidoro, Mafalda Alexandra dos Santos Vilhena, Joana Lobato, Carla Lorigo, Ricardo Castro Alves

Instituto Universitário Egas Moniz

Introdução: As deformidades mucogengivais consistem em alterações das características dimensionais e morfológicas normais da gengiva e mucosa alveolar e, deste modo, da sua inter-relação. A abordagem periodontal tem como objetivo não só interromper a progressão da recessão, mas também restabelecer uma condição de saúde, função e estética perdidas. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, saudável, não fumadora com queixas de dor à escovagem no dente 3.1. Dente extruído e com alterações no posicionamento vestibulo-lingual. Após tratamento periodontal não cirúrgico o dente manteve bolsa, com sondagem quase até ao nível do ápex. Pela extensão da recessão e apresentando um fenó-

tipo gengival espesso optou-se pela realização de cirurgia de retalho de reposicionamento lateral associado a um enxerto de tecido conjuntivo. **Discussão e conclusões:** Os enxertos gengivais pediculados baseiam-se na utilização do tecido gengival apical ou lateral à recessão e à sua movimentação de forma a recobrir a raiz. O recurso a esta técnica requer a presença de alguns requisitos: (1) quantidade suficiente de gengiva aderida (≥ 4 mm) apical ou lateralmente à recessão, para movimentar; (2) idealmente um fenótipo gengival espesso (≥ 1 mm de espessura) por forma a dividir o retalho pediculado em espessura parcial e, (3) uma recessão gengival relativamente estreita (≤ 4 mm da largura radicular). Atendendo à falta de gengiva queratinizada optou-se por associar um enxerto de tecido conjuntivo, garantindo um aumento da espessura gengival maior do que a alcançada com o enxerto pediculado isoladamente. Adicionalmente permite a reposição dos parâmetros estéticos (morfologia e cor) perdidos. A correta seleção dos casos é fundamental para a obtenção dos resultados pretendidos, mas também para uma melhor gestão das expectativas do clínico e, sobretudo, dos pacientes. Neste caso o enxerto pediculado foi a opção por ser mais previsível do que o gengival livre num dente vestibularizado, revelando ser uma opção terapêutica viável para o tratamento de um caso de RT2.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.543>

#082 Attachments de bola desgastados: resolução sem substituição – sobre um caso clínico



André Moreira*, Ricardo Batista, João Marques, Susana Oliveira, José Mário Rocha, Maria Helena Figueiral

Faculdade de Medicina Dentária Universidade do Porto

Introdução: A utilização de attachments metálicos cimentados em raízes naturais é uma excelente solução para aumentar a retenção, suporte e estabilidade de próteses dentárias, proporcionando uma satisfação superior relativamente às próteses convencionais. Embora a parte retentiva em teflon seja a mais atingida pelo desgaste, a fricção contínua entre metal e teflon provoca desgaste no componente metálico ao longo do tempo, o que diminui a retentividade das próteses. Estando a parte metálica cimentada a uma raiz, a sua remoção pode conduzir à fratura do dente pilar, comprometendo a viabilidade do tratamento. Encontrar uma solução alternativa e eficaz torna-se, pois, fundamental. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, portadora de sobredentadura mandibular apoiada sobre as raízes dos caninos, cuja queixa principal era a falta de retenção e estabilidade da prótese. O exame clínico revelou a existência de um sistema tipo espigão fundido cimentado nas raízes dos dentes 33 e 43, com dois attachments de bola que apresentavam desgaste evidente. A abordagem do caso procurou evitar a descimentação dos attachments, recuperando a sua função. Neste sentido, utilizou-se o sistema Concave reconstrutivo esférico da Rhein 83, USA, disponível no mercado. O fabricante recomenda a preparação dos attachments de bola desgastados com brocas cilíndricas diamantadas e discos de polimento, a fim de os calibrar para posterior assentamento das novas esferas. Estas foram depois cimentadas com cimento de ionómero de vidro

modificado autopolimerizável, FujiCEM2, GC. Por fim, as cápsulas de teflon foram substituídas e recapturadas em boca, verificando-se a oclusão. **Discussão e conclusões:** A sobredentadura sobre dentes é um tratamento protético simples e económico que, evitando o completo edentulismo, diminui a reabsorção óssea em torno dos dentes pilares, mantém os recetores periodontais e melhora a proporção coroa/raiz devido à secção coronária. Não isenta de limitações, a sobredentadura é um tratamento com boa aceitação por pacientes e médicos dentistas. A sua colocação pressupõe uma higienização cuidada dos dentes pilares e um controlo periódico das bases com eventual rebasamento e manutenção da dimensão vertical de oclusão. Este processo permitiu melhorar a retenção da sobredentadura ainda que os attachments de bola estivessem desadaptados e deformados, evitando a sua descimentação. Um ano após esta intervenção a sobredentadura mantém-se estável e retentiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.544>

#083 Guia de redução dentária – desenho CAD e impressão 3D – a propósito de um caso clínico



Francisca Cavadas*, Diana Rodrigues, Tiago Marques, Cristina Paiva Figueiredo, Ana Margarida Silva, André Correia

Universidade Católica Portuguesa – Viseu

Introdução: Na elaboração de um planeamento para reabilitação com prótese removível a preparação pré-protética é uma etapa importante. Nesta fase, urge fazer uma análise da oclusão e decidir se esta será mantida, ou não, na reabilitação protética. De forma a melhorar a oclusão observada, poderão ser realizados ajustes oclusais por subtração, através de desgastes seletivos ou adição (restaurações). A recente evolução das tecnologias digitais conduziram uma alteração significativa dos conceitos de diagnóstico e tratamento em Prostodontia, porquanto a informação obtida através dos scanners e dos programas de desenho virtual (CAD) deverá ser utilizada para correta execução do tratamento. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 59 anos, ASA II dirigiu-se à Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica de Viseu, para reabilitação do maxilar inferior. A paciente apresenta uma Classe II de Kennedy, tendo sido planeada a execução de uma prótese parcial removível. Após análise clínica e radiográfica verificou-se a existência de plano oclusal com alterações relevantes, devido à extrusão acentuada dos dentes 16, 15 e 14 por falta de dentes antagonistas. Foi efetuado o ‘scanner intra-oral’ do 1.º e 4.º quadrante com o scanner DentalWings®Straumann e planeadas as reduções oclusais necessárias em CAD (programa Freeform Plus), por forma a corrigir a curva de Spee. Foi então desenhada uma guia de redução dentária com o programa Freeform Plus®, posteriormente impressa numa impressora 3D Anycubic Photon -S, para facilitar o procedimento laboratorial e clínico. Foram efetuados os procedimentos necessários para a realização de uma Prótese Parcial Removível Esquelética até à etapa laboratorial de montagem dos dentes inferiores. Nessa etapa, o técnico de prótese reduziu a face oclusal do 16, 15 e 14 utilizando a guia previamente fabricada, e montou os dentes in-