

feriores em conformidade. Na consulta de prova de dentes, foi inserida a guia de redução e efetuados os desgastes oclusais pré-definidos. Testou-se a oclusão, efetuou-se um novo registo de mordida e solicitou-se a acrilização da prótese. **Discussão e conclusões:** Neste caso clínico apresenta-se uma alternativa às chaves de redução dentária 'analógicas', que podem ser efetuadas em resina, após redução dentária efetuada nos procedimentos laboratoriais. A guia de redução digital facilitou o procedimento permitindo efetuar uma redução mais precisa, de acordo com a oclusão a estabelecer com a nova prótese inferior.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.545>

#### #084 Dificuldades no registo intermaxilar em pacientes com classe II, div. 1: Caso clínico



Ricardo Batista\*, André Moreira, Pedro Fernandes, Paulo Almeida, José Mário Rocha, João Carlos Sampaio Fernandes

Faculdade de Medicina Dentária Universidade do Porto

**Introdução:** A reabilitação oral protética em pacientes classe II de Angle divisão 1 pode ser complexa, principalmente em pacientes com trespasse vertical e horizontal excessivo. Estes pacientes caracterizam-se por apresentar arcos funcionais congruentes em pequenas secções, uma dupla posição de mordida, primeiro contacto numa posição retrusiva do primeiro pré-molar maxilar e problemas fonéticos. **Descrição do Caso clínico:** A paciente recorreu à clínica de Reabilitação Oral da FMDUP. Apresentava além das características referidas, perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) e plano oclusal alterado. Utilizava uma prótese parcial removível acrílica inferior desajustada e na arcada superior possuía uma reabilitação fixa implantossuportada em cantilever (implante 12 e 11 suspenso) com estética insatisfatória. Após anamnese, exame clínico e radiográfico, propôs-se uma reabilitação fixa dentossuportada ferulizada de 13 a 23 e uma prótese parcial removível esquelética inferior. Será descrita a situação problema, a técnica de registo intermaxilar por que optamos devido à perda da DVO e à necessidade de reestabelecer o esquema oclusal na posição de relação cêntrica (RC). O estudo em articulador mostrou que ao reabilitar numa posição próxima da posição da RC, perder-se-iam contactos anteriores. Determinou-se a posição do bordo do incisivo superior, a oclusão posterior e restabeleceu-se a DVO. No local dos rolos de articulação da esquelética, foram colocados blocos de acrílico liso que definiam a DVO e permitiam a desprogramação da mordida. Na face palatina dos dentes anteriores criaram-se contactos e guias anteriores. Após uma semana, a paciente referiu conforto e ausência de sintomas. Foi feito o registo intermaxilar com godiva de baixa fusão sobre os blocos de acrílico. Confirmada a oclusão na prova de dentes, terminou-se a prótese. **Discussão e conclusões:** A ausência de contactos posteriores promoveu uma posição protrusiva. Slavicek descreveu que na maioria dos adultos existe uma diferença de milésimos de milímetros entre intercuspidação máxima e RC. Contudo, em relações distais das bases ósseas poderá existir compensação articular. Apenas 41% da população apresenta uma classe I esquelética, para os restantes pacientes a abordagem do tratamento protético poderá

variar seja no registo intermaxilar, disposição oclusal, número e inclinação dos dentes de forma a conferir função e estética simultaneamente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.546>

#### INVESTIGAÇÃO ORIGINAL

#### #085 Laser 830nm em defeitos ósseos críticos preenchidos com Bio-Oss e fibrina homóloga Tisseel



Daniela Vieira Buchaim\*, Karina Torres Pomini, Rogério Leone Buchaim, Marcelie Priscila de Oliveira Rosso, Bruna Botteon Della Coletta, Jesus Carlos Andreo

Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP), Universidade de Marília (UNIMAR); Centro Universitário de Adamantina (UNIFAI)

**Objetivos:** A terapia por fotobiomodulação a laser interfere diretamente na cicatrização tecidual, aumentando a circulação local, a proliferação celular e a síntese de colágeno. Entretanto, poucos estudos relatam a sua influência no processo de reparo ósseo de defeitos críticos preenchidos com selantes de fibrina, um scaffold amplamente utilizado em todo o mundo, com resultados promissores em estudos clínicos e experimentais. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da terapia por fotobiomodulação (TFBM) sobre o processo de reparo em defeitos críticos de calvária de ratos preenchidos com xenoenxerto Bio-Oss® (XE) e selante de fibrina homólogo Tisseel® (SFH). **Materiais e métodos:** 36 ratos foram submetidos à osteotomia circular de 8 mm no centro dos ossos parietais e separados aleatoriamente conforme os tratamentos: CS (n=8) – defeitos preenchidos coágulo sanguíneo; XESFH (n=10) – defeitos preenchidos com XE SFH; CSTFBM (n=8) – defeitos preenchidos coágulo sanguíneo e bioestimulado (TFBM); XETFBM (n=10) – defeitos preenchidos com XE SFH e bioestimulado (TFBM). Após a inclusão das peças, os cortes foram corados com tricrômico de Masson, para a determinação do volume de novo osso, de tecido conjuntivo e partículas do biomaterial e picrosirius-red para avaliação das fibras colágenas. Os dados de densidade volumétrica foram submetidos aos testes de normalidade de Kruskal Wallis, seguidos teste post-hoc de Kruskal-Wallis para comparação grupos/período e teste t não pareado períodos/grupo (p<0,05). **Resultados:** Histologicamente CS e CSTFBM apresentaram deposição de osso imaturo na periferia e aos 42 dias após a cirurgia experimental o novo tecido ósseo tornou-se lamelar com fibras colágenas organizadas. XESFH e XETFBM exibiram infiltrado inflamatório junto às partículas, porém aos 42 dias apresentou-se em fase de resolução, principalmente XETFBM. Quantitativamente CSTFBM e XETFBM (24.16±7.87; 6.84±5.32) apresentaram maiores médias do volume de densidade óssea em relação à CS e XESFH (18.92±6.27; 3.96±1.86). Na análise de birrefringência XESFH e XETFBM, o percentual de birrefringência vermelha aumentou (9.14% para 20.98% e 7.21% para 27.57%), porém a birrefringência verde foi similar em relação ao período anterior, (3.3% para 3.5% e 3.5% para 4.2%). **Conclusões:** Conclui-se que TFBM influenciou positivamente