

sadora. Desta forma, a réplica do dente foi usada para adaptar o alvéolo do local receptor. Após o auto-transplante, o dente foi estabilizado durante seis meses, antes de se iniciar o movimento ortodôntico. **Discussão:** Uma Classe II que pode ser tratada com a extração de pré-molares superiores apenas, e com agenésia de um dente inferior, apresenta-se como uma situação óptima para um auto-transplante. Os objectivos deste tratamento são a manutenção da vitalidade do pré-molar, a continuação da apexogénese e a ausência de anquilose. Através do uso de um dente em resina acrílica, foi possível preparar o alvéolo para que a técnica cirúrgica fosse o mais traumática possível para as células do ligamento periodontal, o que aumenta o sucesso do auto-transplante. **Conclusões:** Com a tomografia de feixe cónico e a possibilidade de criar uma réplica de um dente não erupcionado, melhoramos o prognóstico de um auto-transplante. Do ponto de vista ortodôntico, é importante que a seleção dos casos para este tipo de tratamento apresente uma vantagem óbvia para o paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.677>

#SOPDF-19 Tratamento ortodôntico facilitado por corticotomias – Um caso clínico



Inês Anselmo Assunção¹; Paulo Fernandes Retto¹;
François Durand Pereira¹; Helder Nunes Costa¹;
Pedro Mariano Pereira¹

¹ Instituto Universitário Egas Moniz

Introdução: O tratamento ortodôntico facilitado por corticotomias é um tratamento combinado entre a ortodontia e a periodontologia com a colocação de materiais de preenchimento ósseo. Em pacientes que apresentam displasias esqueléticas menores esta técnica pode ser uma opção à cirurgia ortognática, em casos bem seleccionados. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 27 anos com perfil côncavo, lábio superior retruído e retroinclinado, ausência dos dentes 12, 22, 23, 32 e 36, mesioclusão molar e canina, mordida cruzada anterior com displasia transversal do maxilar e sinais de compensação dento-alveolar no sentido sagital e transversal. A avaliação cefalométrica revelou uma relação esquelética basal sagital mesial com retrognatismo maxilar e ortognatismo mandibular, biótipo mesodivergente, incisivo superior em retrusão e retroinclinação e incisivo inferior em normoposição e retroinclinação. O CBCT confirmou a falta de osso alveolar por vestibular dos incisivos maxilares. O plano de tratamento proposto foi um tratamento ortodôntico-cirúrgico ortognático bimaxilar rejeitado pelo paciente. Propôs-se como alternativa um tratamento ortodôntico de compromisso, com corticotomia maxilar e enxerto ósseo alogéneo segundo a Técnica descrita por Wilcko. **Discussão:** Com o tratamento ortodôntico facilitado por corticotomias é possível conseguir maior expansão dento-alveolar, no sentido de compensar a displasia transversal, sem perda aparente de suporte alveolar. Como os movimentos ortodônticos pretendidos eram no maxilar, no sentido vestibular e anterior, foi feita cirurgia de corticotomia segmentada (PAOO – Periodontally Accelerated Osteogenic Orthodontics) apenas por vestibular. Após um período de cicatrização de 2 semanas durante o qual

nenhuma complicação cirúrgica ocorreu, foram colocados arcos expansivos e o paciente foi controlado quinzenalmente. **Conclusões:** O uso desta técnica permite alcançar resultados surpreendentes e pode ser uma alternativa a considerar em casos cirúrgicos limites. Não obstante a eficiência e os limites do movimento ortodôntico facilitado pelas corticotomias necessita ser validado por ensaios clínicos randomizados cuidadosamente desenhados.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.678>

#SOPDF-23 Dispositivo Carriere® Motion II no Tratamento de Má Oclusão Classe II Divisão 1 – Caso Clínico



Maria Bueno¹; Ana Filipa Nave¹; Sofia Garcia¹; Ana Delgado¹;
Joana Garrau¹

¹ Instituto Universitário Egas Moniz

Introdução: A má oclusão de classe II é muito frequente na população europeia e representa grande parte dos pacientes que procuram tratamento ortodôntico. É caracterizada por Angle como uma discrepância dentária ânteroposterior, que pode ou não estar associada a alterações esqueléticas. Além do comprometimento estético, o facto de poder estar associada a um trespasse horizontal aumentado faz com que a exposição a traumas dentários seja maior. Para o seu tratamento existem diversas possibilidades terapêuticas, entre as quais o dispositivo Carriere® Motion II. Este dispositivo tem como principal objectivo produzir um movimento de distalização dos molares superiores até classe I. **Descrição do caso clínico:** Neste trabalho apresentamos um caso clínico de um paciente do sexo masculino, com 15 anos e 6 meses, que recorreu à consulta Assistencial de Ortodontia da Clínica Egas Moniz. Como principal motivo da consulta referiu: “Não gosto dos espaços entre os dentes da frente e estão muito para a frente” sic. Após análise clínica observou-se: classe II molar e canina bilateral, trespasse horizontal aumentado e perfil convexo. Na análise cefalométrica verifica-se classe I esquelética, perfil esquelético convexo, padrão de crescimento com tendência para dolicofacial, incisivos superiores vestibularizados e protruídos e incisivos inferiores normo-inclinados. Definiu-se o seguinte plano de tratamento: 1.ª Fase – barra lingual, aparelho fixo inferior e Dispositivo Carriere® Motion II n.º 25 bilateral, utilizado durante 6 meses com elásticos 3/16 8Oz, excepto às refeições; 2ª Fase – aparelho fixo superior; 3ª Fase – aparelhos de contenção removível superior e fixo inferior. **Discussão:** O dispositivo Carriere® Motion II permitiu a correcção da classe II divisão 1 através da distalização, verticalização e rotação dos molares superiores, acompanhada da distalização de caninos e pré-molares. Quando utilizado em pacientes colaborantes, idealmente, em crescimento, consegue-se com relativo conforto e de forma fácil, a obtenção da classe I canina e molar bilateral. **Conclusão:** Este dispositivo permite um tratamento simplificado e eficiente da má oclusão de classe II. Por ser confortável, estético e utilizado nos primeiros meses de tratamento, onde a colaboração do paciente é máxima, reduzindo a duração da utilização de brackets e o tempo total de tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.679>