

durecido do vestibulo do sexto sextante, com sinais inflamatórios locais. O estudo imagiológico (ortopantomografia, radiografia retroalveolar, tomografia computadorizada e ressonância magnética) demonstrou alvéolo de 36 vazio com ligeira esclerose, edema medular ósseo e miosite masseterica. Atendendo à ausência de melhoria com tratamento conservador, optou-se por proceder a uma exposição cirúrgica do alvéolo de 36, exérese do tecido mole que o preenchia, biópsia do osso alveolar e desbridamento ósseo/ostectomia marginal. A análise histológica das peças operatórias revelou uma lesão intraóssea com características de granuloma central de células gigantes, rodeada por osso com alterações inflamatórias reativas. Após um mês de pós-operatório, constatou-se uma melhoria clínica substancial, optando-se por manter vigilância clínica e radiográfica regular da doente. **Discussão e conclusões:** A aparente relação de causalidade entre o início das queixas e a extração dentária sugeria uma complicação da extração. A incerteza do diagnóstico, agravada pelas alterações radiográficas inespecíficas e ausência de melhoria com a terapêutica médica instituída, tornou imperativa a realização de biópsia. O diagnóstico de granuloma central de células gigantes, um tumor benigno de natureza não esclarecida (reativa versus neoplásica), não rejeita completamente a hipótese de uma lesão precipitada pelo trauma da extração, embora seja mais provável tratar-se duma lesão pré-existente. A abordagem cirúrgica simples, como a curetagem da lesão e ostectomia marginal, permanece uma estratégia válida, que requer vigilância regular pelo risco de recidiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.913>

#029 Corticotomia: Uma opção terapêutica cirúrgica para ortodontia em adultos – Caso Clínico

André Marques*, Francisco Correia, Eugénio Martins, Ana Moreira, Maria Prosper, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: A corticotomia é uma técnica que consiste na interrupção da continuidade do osso cortical em torno de um ou mais dentes possibilitando acelerar o movimento ortodôntico, no entanto uma das principais contra-indicações são casos de doença periodontal ativa. A primeira descrição surge por Köle (1959) e é posteriormente modificada – Wilcko (2001, 2009); Vercellotti e Podesta (2007); Dibart (2009). Após um trauma ósseo produz-se um fenómeno de desmineralização-rem mineralização dando lugar a uma diminuição transitória da densidade óssea e um incremento da remodelação óssea que explica a aceleração do tratamento ortodôntico. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino com 54 anos, não fumadora, sem patologias sistémicas diagnosticadas com periodontite estadio II grau B tendo comparecido na consulta de ortodontia com intenção de melhorar estética dentária. Após o tratamento periodontal não cirúrgico, iniciou-se o tratamento de suporte e o planeamento ortodôntico. Devido à presença de mordida cruzada no 1.º quadrante com necessidade de expansão da arcada planeou-se (cl clinicamente e radiologicamente – Tomografia Computorizada de Feixe Cónico) uma corticotomia de 13 a 15.

Após a realização da anestesia infiltrativa de articaína 4% com epinefrina 1:100000 realizou-se um retalho com incisão intrasulcular descolando-o em espessura total. Com um piezoelétrico no programa de corticotomia realizou-se com uma ponta de osteotomia, o corte ósseo (2/3mm de profundidade) à volta das raízes do 13-14-15 deixando-se uma margem de segurança de 2mm. Suturou-se o retalho com pontos simples e sutura Supramid 4/0. Foi indicada clorohexidina 0,12% 2x dia – 10 dias e paracetamol 1g 12/12h – 4 dias. As ativações iniciaram-me quatro dias após a cirurgia. O tratamento ortodôntico foi realizado com aparelho fixo bimaxilar, prescrição de roth sloth 0.022' seguindo a sequência de arcos elásticos para expansão da arcada. No final foi realizada uma nova Tomografia onde observámos a manutenção da tábua óssea vestibular. A nível periodontal não se observou comprometimento da saúde. **Discussão e conclusões:** A movimentação dentária ideal resulta não só de forças ortodônticas bem planeadas, como de um osso alveolar que ofereça menor resistência ao movimento. A corticotomia surge como uma das soluções para contornar algumas limitações do tratamento ortodôntico em adultos podendo também ser aplicada em pacientes com história de periodontite.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.914>

#030 Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico de Classe III esquelética com assimetria: Caso clínico

Catarina Nunes*, Anabela Paula, Raquel Catarina dos Santos Travassos, Filipa Silva Marques, Inês Alexandre Neves Francisco, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A deformidade dento facial de Classe III é caracterizada por uma discrepância sagital intermaxilar mesial, sendo que cerca de 40% dos casos resulta da combinação de retrognatia maxilar com prognatia mandibular. Na idade adulta, quando a severidade da discrepância ultrapassa os limites da camuflagem dento-alveolar, o tratamento ideal é um tratamento ortodôntico combinado com cirurgia ortognática. Esta terapêutica permite a reconstituição da função, nomeadamente da mastigação, respiração e fonação, bem como a melhoria da componente estética, contribuindo positivamente para a autoestima e qualidade de vida do doente. Este trabalho pretende descrever um caso clínico de classe III esquelética com assimetria mandibular submetido a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino de 29 anos apresentou-se ao Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com dificuldades a nível da mastigação bem como descontentamento com o seu perfil e simetria da face. Verificou-se que a doente apresentava uma classe III esquelética com assimetria mandibular para a direita e um perfil hiper divergente. Neste sentido, foi proposto como plano de tratamento aparatologia fixa multibrackets (Roth 0,18) e cirurgia ortognática bimaxilar, com os seguintes movimentos: Le Fort I de avanço maxilar de 4mm com impactação de 2mm e osteotomia bilateral sagital de recuo mandibular de