

#008 Regeneração óssea vertical na maxila anterior – relato de caso



Ana Isabel Moreira*, André Marques, Honorato Ribeiro Vidal, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: Paciente do sexo feminino, com 39 anos e saudável. **Descrição do caso clínico:** A paciente foi encaminhada para a Especialização de Periodontologia e Implantologia Oral da FMDUP para avaliação de um defeito ósseo na maxila anterior associado à ausência dos dentes 11 e 12. O plano de tratamento definido pressupôs a realização de regeneração óssea tridimensional do defeito, para posterior reabilitação da zona edêntula com implantes dentários. A linha oblíqua externa da mandíbula direita foi selecionada como área doadora. Para extrair o bloco ósseo, foi utilizada uma combinação do protocolo MicroSaw e um dispositivo piezoelétrico. Um retalho trapezoidal de espessura total estendendo-se dos dentes 21 a 13 foi elevado para expor o defeito ósseo. O bloco ósseo foi colocado no defeito por vestibular e fixado com parafusos de fixação óssea. O defeito remanescente foi enxertado com uma combinação de partículas de osso autólogo e xenoenxerto (Bio-Oss). Além disso, uma membrana reabsorvível foi colocada sobre a área enxertada e fixada com tachas cirúrgicas. Para obter o encerramento completo da área cirúrgica, foram feitas incisões periosteais para avançar coronalmente o retalho, que foi então estabilizado com uma combinação de colchoneros horizontais e pontos simples (suturas 5/0). No pós-operatório a paciente teve queixas de dor e edema principalmente relacionadas com a área doadora. Tais queixas foram amenizadas com a prescrição de deflazacorte 30mg, amoxicilina 1000g e paracetamol 1000g, segundo a posologia convencional e desde o término da cirurgia. No geral, a cicatrização ocorreu por primeira intenção e sem complicações, e os pontos foram removidos aos 14 dias. A paciente está atualmente a ser acompanhada mensalmente e será realizado novo CBCT aos 9 meses para determinar os ganhos obtidos. Nessa altura, mediante os resultados finais, será planeada a reabilitação com implantes dentários. **Discussão e conclusões:** Segundo a literatura, alguma reabsorção óssea é esperada após um procedimento cirúrgico como este. A utilização de um segundo local cirúrgico para a colheita do bloco de osso autólogo aumenta, inevitavelmente, a morbidade e as complicações pós-operatórias. No entanto, os autoenxertos têm propriedades osteogénicas que não estão presentes nos xenoenxertos e podem fornecer uma vantagem mensurável na regeneração óssea.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1074>

#009 Sialoadenite submandibular secundária a sialólito gigante - Caso Clínico



Cristina João Domingues*, Eduardo Ventura, André Saura, Jéssica Lourenço, Daniela Pereira, Rita Cabral

CHUdSA

Introdução: As sialoadenites bacterianas surgem, na maioria das vezes, secundariamente à obstrução ductal por cálcu-

los. A glândula afetada apresenta-se aumentada e dolorosa, e a pele sobrejacente pode apresentar sinais inflamatórios. Pode haver também trismo e drenagem purulenta a partir do orifício do ducto da glândula. A maioria dos casos de sialolitíase ocorre nas glândulas submandibulares e os cálculos obstruem o ducto de Wharton. Os sialólitos geralmente têm dimensão menor que 1 cm; quando são maiores que 1,5 cm, denominam-se sialólitos gigantes. **Descrição do caso clínico:** Homem, 28 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por febre e trismo. Apresentava dor e tumefação da região submandibular esquerda e drenagem purulenta à expressão da glândula submandibular esquerda. Na TC maxilo-facial identificou-se sialólito com 2 cm de diâmetro próximo ao orifício do ducto de Wharton esquerdo, com dilatação do ducto distalmente, e aumento do volume da glândula submandibular ipsilateral. Realizou-se sialolitotomia e sialoductoplastia sob anestesia local, e o doente recebeu alta medicado com paracetamol, ibuprofeno e amoxicilina - ácido clavulânico 875/125 mg 12/12 h por 7 dias. Na reavaliação uma semana após o procedimento, o doente apresentava-se assintomático, sem dor à palpação da glândula submandibular esquerda, com saída de saliva límpida pelo canal de Wharton esquerdo, e boa evolução cicatricial. **Discussão e conclusões:** O tratamento da sialoadenite aguda inclui antibioterapia apropriada, e a drenagem cirúrgica pode ser necessária se houver formação de abscesso. O tratamento da sialolitíase vai depender do tamanho e localização dos cálculos: pequenos sialólitos podem ser tratados de forma conservadora. Cálculos de até 5 mm podem ser removidos por via endoscópica, quando este método está disponível. Os grandes sialólitos geralmente necessitam de remoção cirúrgica, com a abordagem a depender da localização anatômica do cálculo. Os cálculos localizados distalmente no ducto podem ser removidos por via transoral, enquanto aqueles na hilo da glândula muitas vezes obrigam frequentemente a excisão completa da glândula salivar. A sialolitotomia submandibular demonstrou ser um procedimento adequado para a resolução desta situação clínica, apesar do tamanho incomum do sialólito. Este procedimento pode ser realizado em contexto de serviço de urgência, sob anestesia local, em doentes colaborantes e sem comorbilidades relevantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1075>

#010 Deslocamento de enxerto ósseo em seio maxilar como consequência do disbarismo.



Eduarda Dias Lemos*, Maria Julia de Paula Silva, Giovana Campanha Aragão, Pedro Henrique Moraes de Menezes, Cleone de Fatima Oliveira Neder Fernandes, Ronaldo Celio Mariano

UNIFAL

Introdução: Durante a decolagem ou pouso de voos, os pilotos, a tripulação e os passageiros são submetidos a variações de pressão atmosférica que podem gerar dor de origem dental (barodontalgia), danos teciduais (barotrauma) e outras alterações quando existem determinadas patologias. Os sinais e sintomas manifestados quando o corpo não se adapta com segurança ao aumento ou diminuição da pressão atmosférica são