

#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 anatómica 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

conhecidos como disbarismo. Os seios paranasais são um dos órgãos que mais pode ser afetado pelo aumento de pressão. **Descrição do caso clínico:** Deslocamento lateral de material de enxerto particulado recentemente inserido durante cirurgia de levantamento do assoalho do seio maxilar é relatado. A cirurgia executada 14 dias antes do voo realizado pela paciente transcorreu sem intercorrências. Durante o voo, com algumas turbulências, a paciente sentiu dores agudas, mas suportáveis na região da ferida cirúrgica e discreto formigamento na pálpebra inferior direita e lábio superior e com o avanço do processo cicatricial, passou a perceber um nódulo endurecido na vestibular do 16. Retornou ao Brasil 10 meses após a cirurgia quando foi confirmado o deslocamento do material de enxerto ósseo. **Discussão e conclusões:** O desconforto no local da ferida e o formigamento na região subpalpebral direita se deram pela diferença de pressão atmosférica durante a decolagem ou pouso. Quando se sobe para altitudes elevadas como em um voo, do lado de fora a pressão diminui, permitindo aumentar o volume de gases. As alterações barométricas forçaram a membrana sinusal contra o biomaterial inserido cirurgicamente no seio maxilar, deslocando-o para fora da cavidade sinusal e mantendo o material sob os tecidos gengivais. A expansão inicial do retalho em cicatrização decorrente da extrusão do material causou sensibilidade discreta e passageira. O alojamento do biomaterial deslocado e protegido pelo periósteo e gengiva permitiu o desenvolvimento do processo reparacional. Um ambiente hipobárico durante o voo pode desencadear dores dentárias e outras alterações envolvendo cavidades paranasais decorrentes do barotrauma facial. O barotrauma facial pode se apresentar tanto como a inflamação traumática na barossinuíte, envolvendo um ou mais seios paranasais ou ainda desencadear alterações cicatriciais como no caso apresentado. O diagnóstico diferencial é de extrema importância e deve ser considerado para que medidas preventivas e curativas sejam estabelecidas corretamente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1076>

#011 Retenção dentária múltipla associada à mucopolissacaridose. Relato de caso.



Pedro Henrique Moraes de Menezes *, Eduarda Dias Lemos, Giovana Campana Aragão, Maria Júlia de Paula Silva, Maria Clara Corrêa de Almeida Teixeira, Ronaldo Celio Mariano

UNIFAL

Introdução: Diante da alta incidência de impactações dentárias na população, especialmente os terceiros molares e caninos, as retenções múltiplas de molares num mesmo arco é rara. Várias síndromes podem estar associadas à retenção dentária, especialmente a Displasia Cleidocraniana. Outra delas é a Mucopolissacaridose, grupo de doenças genéticas raras que afeta o metabolismo dos mucopolissacarídeos, moléculas complexas e importantes na construção de tecidos do corpo, incluindo ossos, cartilagens e tecidos conjuntivos. Com relação ao complexo buco-maxilo-facial, a mucopolissacaridose pode causar alterações gengivais como fibroses, hiperplasias, maloclusões, retenções dentárias e desenvolvimento de cistos e tumores. **Descrição do caso clínico:** Paciente portador de Mu-

copolissacaridose tipo I que, após 20 anos retornou a Faculdade de Odontologia da Unifal-MG, Brasil, para retomar os atendimentos buco-dentários. Aos 13 anos de idade o paciente esteve sob cuidados na área de Cirurgia da Faculdade de Odontologia para tratamento de lesões císticas associadas a retenções dentárias. Sofreu descompressão dos cistos que, na época, comprometiam o corpo mandibular. O paciente abandonou o tratamento 1,5 anos após iniciada a descompressão para tratar outros problemas de saúde. Retornou em abril de 2023, com 33 anos de idade, com uma visão perdida, que na época manifestava com opacificação da córnea. Apresenta maloclusão acentuada por overjet severo, mordida aberta e retenções dentárias. **Discussão e conclusões:** É notória a importância de investigar regularmente, situações clínicas de atrasos em erupção, maloclusões e quaisquer aumentos/depressões ósseas nos rebordos alveolares. Estando diante de retenções múltiplas no mesmo arco, investigar a relação com síndromes e anomalias de desenvolvimento. O estabelecimento do tratamento das retenções múltiplas tem sido diversificado e se dá em função da complexidade da retenção dentária e da condição sistêmica do paciente, visto que nos casos associados a síndromes, outras características debilitantes podem estar presentes. O manejo dessas alterações dentárias requer avaliações completas e visitas regulares de acompanhamento para prevenção, bem como extração cirúrgica profilática de dentes retidos, como os supranumerários, como tratamento de escolha. Em outros casos a coronectomia pode ser uma opção e o tracionamento cirúrgico-ortodôntico para os dentes retidos passíveis de serem aproveitados no arco dentário.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1077>

#012 Esvaziamento de Cisto Mucoso concomitante ao Enxerto Ósseo em Seio Maxilar.



Giovana Campana Aragão*, Eduarda Dias Lemos, Maria Júlia de Paula Silva, Pedro Henrique Moraes de Menezes, Maria Clara Corrêa de Almeida Teixeira, Ronaldo Célio Mariano

UNIFAL

Introdução: O cisto de retenção mucoso do seio maxilar é uma lesão benigna que ocorre no interior do seio maxilar, devido à obstrução ductal. Na maioria dos casos não apresenta sintomatologia, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina, no entanto, em alguns casos, esse cisto pode tornar-se de grande proporção e causar sintomas como parestesia, sensibilidade à palpação, cefaléia, obstrução nasal e tontura. O tratamento conservador é a conduta na maioria dos casos. Cistos de retenção sintomáticos são tratados por meio da enucleação ou curetagem. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, com perdas dentárias há 35 anos por doença periodontal e cáries. Apresenta atrofia severa de maxilas. Usa próteses totais removíveis superior e inferior instáveis. A reabilitação bucal do arco superior com protocolo clássico de Branemark exigia enxerto em bloco para ganhos de espessura e altura, condição inviável para a paciente. Ao optar por ganhos em altura na região dos molares, cirurgias de levantamento do assoalho de seios maxilares bilaterais seriam necessárias para que os implantes posteriores apoiassem a