

tar uma variedade de formas e tamanhos. É fundamental a sua identificação e verificar se a anomalia se estende à dentição permanente. Este diagnóstico permite uma avaliação morfofuncional e um planeamento adequado, que pode começar na infância e estender-se à vida adulta.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1118>

#054 Aplicação de Toxina Botulínica na Hipertrofia Masseterina – relato de caso clínico



Helena Araújo*, Andreia Silva, Carina Silva, Sofia Salgueiro, Rita Martins, Mário Gouveia

Hospital de Braga

Introdução: A toxina botulínica é um neuromodelador injetável obtido através de neurotoxinas produzidas pela bactéria *Clostridium Botulinum*. Existem vários serotipos de toxina, mas apenas os tipos A e B estão disponíveis para uso clínico, sendo o A o mais utilizado. Esta toxina inibe a neurotransmissão de acetilcolina que ocorre entre os nervos periféricos e a junção neuromuscular, enfraquecendo ou paralisando o músculo temporariamente. Alguns estudos demonstram também a inibição de substâncias envolvidas em processos inflamatórios que causam sensibilização nervosa e condições algicas. Por esse motivo, a toxina botulínica é bastante utilizada em pacientes com excessiva contração muscular. É contraindicada em pacientes com hipersensibilidade conhecida a algum componente do produto, infecção do local de injeção, doenças neuromusculares, ou cuja medicação possa interferir com a junção neuromuscular. As reações adversas mais comuns são edema, hematoma ou cefaleia leve. Quando aplicada em locais inapropriados ou em doses elevadas pode provocar alterações na função muscular ou da expressão facial. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 38 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada para a Consulta de Estomatologia por queixas de dor orofacial bilateral, com anos de evolução, que agravava com a mastigação de alimentos duros e em períodos de maior stress. Referia ainda cefaleias e bruxismo noturno intenso. Ao exame objetivo destacava-se uma assimetria facial associada a hipertrofia dos masseteres mais exuberante à esquerda e dor à palpação dos músculos masseteres e temporais bilateralmente. Perante o diagnóstico de DTM muscular bilateral, hipertrofia masseterina bilateral de forma assimétrica e a não regressão das queixas com a instituição de terapêutica conservadora, procedeu-se à aplicação intramuscular dos masseteres de toxina botulínica. Em consulta subsequente a doente apresentou melhoria das queixas algicas e diminuição da assimetria facial. **Discussão e conclusões:** A aplicação de toxina botulínica apresenta-se como uma nova linha de tratamento indicada para pacientes com contração muscular excessiva e dor orofacial, bruxismo e hipertrofia masseterina, nos quais as medidas conservadoras não surtem o efeito desejado. Trata-se de um tratamento seguro quando utilizada adequadamente e com resultados satisfatórios para os doentes. Por ter um efeito transitório, a função muscular é reestabelecida após alguns meses sendo necessário a sua reaplicação em caso de ressurgimento das queixas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1119>

#055 Enxerto Gengival Livre Modificado, Uma Técnica Inovadora



Salomé Cavaleiro*, Mariana Graça, Ana Cláudia Maurício, Gabriela Pinheiro, Mariana Magalhães Maia, Pedro Cabeça Santos

Centro Hospitalar Universitário de São João EPE

Introdução: A recessão gengival, definida pela migração da margem gengival no sentido apical em relação à junção amelocementária (JAC), é um achado frequente na população geral. Os incisivos mandibulares são particularmente suscetíveis a este tipo de defeitos, todavia associam-se a piores taxas de sucesso terapêutico. **Descrição do caso clínico:** Apresenta-se um caso de uma doente do sexo feminino, 36 anos, fumadora ativa (4-5 cigarros/dia), sem outros antecedentes pessoais de relevo, referenciada a consulta por recessão gengival localizada, na topografia do dente 31, de 6 mm até à JAC, com hemorragia à sondagem, sem trauma oclusal ou mobilidade dentária, em contexto de controlo razoável da placa bacteriana e fenótipo gengival festonado fino. Foi orientada para recobrimento radicular, tendo-se procedido a: preparação do leito receptor em espessura parcial por vestibular dos dentes 31 e 41, mediante desepitelização numa extensão horizontal entre 3 mm a distal dos referidos dentes e extensão vertical superior a 4 mm desde a margem inferior da recessão; confecção de retalho de tecido conjuntivo de base apical à recessão, rodado coronalmente e suturado com Vicryl 6-0; colheita do enxerto gengival livre do hemipalato esquerdo e adaptação com sutura simples papilar e periosteal e cerclagem aos dentes 32 a 42 com Ethilon 5-0. No primeiro mês de pós-operatório a doente apresentou sucesso no recobrimento radicular praticamente total do dente 31, e atualmente mantém vigilância mensal. **Discussão e conclusões:** O enxerto gengival livre tem sido frequentemente proposto para combater as condições mucogengivais desfavoráveis associadas ao bloco incisivo inferior, todavia com taxas de sucesso de recobrimento radicular pouco previsíveis. Em 2021 Carcuac et al. publicou uma série de casos em que aplica uma modificação desta técnica, mediante a adição de um retalho de tecido conjuntivo pediculado rodado coronalmente com o objetivo de melhorar a vascularização do leito receptor sobre a superfície radicular. Num ensaio clínico randomizado recente o autor atesta a superioridade desta técnica em incisivos mandibulares com recessões tipo I (Cairo et al.). O fenótipo fino da doente, aliado do tipo e localização da recessão, motivou a aplicação desta técnica, com bons resultados a breve prazo. Todavia, o caso carece de seguimento a logo prazo para melhor definir o sucesso da técnica, sem ignorar que a complexidade da mesma poderá comprometer um resultado ideal.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1120>