

do sexo masculino, 15 anos de idade, apresenta-se na consulta de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com displasia espondiloepimetáfisária. O seu desenvolvimento psíquico é normal para a idade. O paciente refere um episódio de trauma no qual fraturou o bordo do dente 21, encontrando-se o fragmento alojado no lábio inferior. Na observação extra-oral verifica-se a presença de uma face longa, ângulo nasolabial reduzido e sorriso gengival. Ao nível intra-oral observa-se uma Classe II molar e canina, com sobre-mordida vertical e horizontal aumentadas e uma discrepância dento-maxilar de -9mm na arcada superior e -4mm na arcada inferior. Trata-se de um paciente respirador bucal. A análise cefalométrica confirma uma Classe II esquelética, retrognatía maxilar e mandibular e um perfil hiperdivergente. O plano de tratamento proposto foi aparatologia fixa superior e inferior com a exodontia do 14 e 24 com o objetivo de corrigir a discrepância dento-maxilar de -9mm. **Discussão e conclusões:** Na acondroplasia geralmente observa-se uma hipoplasia do terço médio da face com um prognatismo mandibular relativo, associado a um apinhamento anterior e uma má oclusão de Classe III. No entanto, neste caso de displasia espondiloepimetáfisária observou-se uma retrognatía maxilar e mandibular, uma classe II esquelética e um perfil reto e hiperdivergente. As características aqui presentes diferem da acondroplasia, o que corrobora o facto de nas anomalias condrodisplásicas existirem vários fenótipos com diversas características clínicas. Não existem casos relatados do foro ortodôntico de displasia espondiloepimetáfisária. Cada caso carece de uma avaliação e diagnóstico diferencial de forma a ser elaborado um plano de tratamento individualizado.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.536>

#075 Tração ortodôntica de caninos maxilares inclusos por vestibular: Caso clínico



Sónia Alves*, Mariana Latas Rodrigues, Adriana Armas Sobral, Patrícia Quaresma, António Bettencourt Lucas

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Os caninos maxilares são os dentes que mais comumente se encontram inclusos, logo depois dos terceiros molares, com uma prevalência superior no género feminino. Em cerca de 33% dos casos diagnosticados, a localização da inclusão é vestibular e verifica-se uma tendência à falta de espaço na arcada dentária. A radiografia panorâmica e oclusal são meios auxiliares de diagnóstico úteis na localização de caninos inclusos, bem como, na avaliação da relação deste dente com o incisivo lateral. Atualmente, o desenvolvimento de técnicas de imagem tridimensionais, como a tomografia computadorizada de feixe cónico, têm desempenhado um papel crucial na deteção de inclusões dentárias. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino com 11 anos e 10 meses de idade, apresenta atraso na erupção dos caninos maxilares. Após obtenção e posterior avaliação dos exames auxiliares de diagnóstico (exames radiográficos, modelos de oclusão e registo fotográfico inicial), observou-se a inclusão dos dentes 13 e 23 por vestibular. Foi requisitada uma tomografia computadorizada de feixe cónico para um diagnóstico mais preciso da

localização destes dentes, tendo-se constatado, a sua inclusão ao nível do sector III de Lindauer. O plano de tratamento contemplou a extração dos dentes 53,54,63 e 64, a utilização de aparelho fixo bimaxilar (slot Roth 0.18) e uma barra palatina com extensões bilaterais para anterior, como meio de reforço de ancoragem. A exposição cirúrgica dos dentes inclusos foi realizada através da técnica fechada, de forma a proporcionar um melhor contorno gengival no final do tratamento. **Discussão e conclusões:** A erupção atrasada do canino permanente ou a retenção do canino decíduo para além dos 12 ou 13 anos de idade, deve realçar a suspeita de uma possível inclusão dentária. Consequentemente pode verificar-se a reabsorção radicular dos dentes adjacentes, mais frequente o incisivo lateral. Para um diagnóstico preciso, o exame clínico deve ser complementado por uma avaliação radiográfica tridimensional de modo a conseguir identificar-se a localização e posição dos caninos inclusos com precisão, bem como, a determinar a sua viabilidade e acesso cirúrgico. Na ausência de erupção espontânea, a técnica cirúrgica de tração ortodôntica revelou ser um procedimento válido e eficaz, permitindo restaurar a função, estética e estabilidade oclusal ao paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.537>

#076 Extrações programadas na prevenção de caninos inclusos – casos clínicos



Paula Bebiano*, Adriana Armas Sobral, Mariana Latas Rodrigues, Patrícia Quaresma, António Bettencourt Lucas, Sónia Alves

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A ortodontia interceptiva permite através do adequado diagnóstico e intervenção precoce, restringir a progressão e desenvolvimento de más oclusões do complexo dento-alveolar e/ou esquelético. A discrepância dento-alveolar negativa, em pacientes na fase de dentição mista, apresenta uma elevada prevalência e requer procedimentos ortodônticos interceptivos que proporcionem a obtenção de espaço. As extrações seriadas são uma opção de tratamento preventivo, que segue uma sequência programada de exodontias. Quando realizadas no período de tempo adequado, direcionam e controlam a posição dos dentes permanentes ainda por erupcionar, nomeadamente os caninos maxilares. Estes dentes apresentam maior frequência de inclusão, ocorrem 2 a 3 vezes mais no sexo feminino e em 60-80% dos casos encontram-se por palatino. O objetivo desta abordagem terapêutica é evitar ou minimizar a probabilidade de inclusão dentária assim como a duração e complexidade do tratamento ortodôntico. **Descrição do caso clínico:** Os casos clínicos apresentados, ilustram duas sequências distintas de extrações programadas, que visam essencialmente prevenir a inclusão do canino superior permanente. Num dos casos, numa criança do género masculino, com 10 anos de idade, procedeu-se à exodontia dos dentes 53 e 63, seguida de exodontia de 54, 64. Após este ato médico, verificou-se que os dentes permanentes, seguiram o seu trajecto eruptivo até ao plano de oclusão. No outro caso, numa criança do género feminino, com 9 anos de idade, procedeu-se à exodontia dos dentes 53 e 63, seguida de exodontia de 54, 64

e posteriormente, dos dentes 14, 24. Neste caso, houve a necessidade de proceder à extração dos dois primeiros pré-molares superiores por falta de espaço severa na arcada dentária. **Discussão e conclusões:** Em casos onde se verifique apinhamento dentário severo no período de dentição mista, o protocolo terapêutico de extração de dentes decíduos e/ou permanentes, é indicado. No entanto, caso não se proceda a uma segunda fase de tratamento com aparatologia fixa, o alinhamento ideal, a posição radicular, a sobremordida e o encerramento do espaço geralmente não se consegue concretizar. As extrações programadas apresentam como enorme vantagem a prevenção da inclusão dos caninos permanentes, desde que realizadas no período adequado e devidamente complementadas por exames radiográficos. Além disso, também permitem a redução do tempo de tratamento ortodôntico numa fase posterior.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.538>

#077 Síndrome de Nance-Horan – Caso Clínico



Sofia Jerônimo*, Ana João Lopes Aguiar, Daniela Soares, Paula Vaz, Inês Côrte-Real, Jorge Dias Lopes

Pós-graduação de Ortodontia da FMDUP

Introdução: A síndrome de Nance-Horan descrita primariamente por Margaret Horan e Walter Nance é uma patologia rara hereditária ligada ao cromossoma X, Xp22.2-p22.1. Com o passar dos anos algumas mutações foram surgindo originando variações fenotípicas. Esta síndrome assume uma condição extremamente rara com carácter recessivo, associada ao cromossoma X. É caracterizada pela presença de alterações oftalmológicas, como cataratas congénitas, microcornea, microftalmia, nistagmo, dimorfismo facial, como face longa, nariz proeminente e prognatismo mandibular, sindactilia, anomalias dentárias de número, supranumerários, e de forma. **Descrição do caso clínico:** A paciente do género feminino com 11 anos e 5 meses de idade compareceu á consulta de ortodontia do SOFMUP motivada por fatores estéticos, anomalias de forma, mesiodens e outros dentes supranumerários. A paciente apresentava uma má oclusão de classe I dentária inserida num Tipo Classe I, caracterizada por macro e promaxilia, e orto e macromandibulia, num padrão facial dolicofacial severo, com altura antero-inferior aumentada, incisivo mandibular retruído e retro-inclinado e incisivo maxilar orto e retroposicionado, molar maxilar distoposicionado. O plano de tratamento propunha a coronoplastia do “11” e “21”, exodontia de diversas peças dentárias, rotação molar, alinhamento e nivelamento e perda de ancoragem posterior, distalização do 73 e manter o 83, verticalização do 36 e 46. **Reabilitação com prótese fixa após os 18 anos. Discussão e conclusões:** A presença de anomalias dentárias de número e forma, cria limitações estéticas e funcionais, sendo um desafio clínico. A abordagem interdisciplinar é essencial para restituir a harmonia do sorriso, exigindo a realização de procedimentos ortodônticos, cirúrgicos e reabilitadores. Através do plano de tratamento conseguimos devolver a estética e função à paciente com a correção da má oclusão nos três planos do espaço. É fundamental a identificação dos portadores desta síndrome

para delinear um plano de tratamento interdisciplinar adequado, eficaz e o mais precoce possível permitindo uma intervenção corretiva, proporcionando uma distribuição correta das peças dentárias e um redimensionamento da discrepância de forma, garantindo uma relação inter-oclusal estável. Desta forma, evita-se um plano de tratamento tardio complexo e permitindo uma melhor integração social e mitigando os estigmas desta síndrome.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.539>

#078 Reabilitação estética com aumento do volume da crista alveolar



Melanie Billerach*, Fabio Andre Silva Santos, Alexandrine Carvalho, Hélder Oliveira, Sandra Gavinha, Patrícia Manarte Monteiro

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA), Pós-Graduação CCMD – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA)

Introdução: A reabilitação com prótese fixa restabelece com sucesso a função, mas, muitas vezes, é necessário recorrer a técnicas cirúrgicas, para resolver os problemas relacionados com as alterações de forma e volume dos tecidos moles, para tentar imitar o perfil de emergência natural dos dentes. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género masculino de 75 anos de idade, saudável e colaborante. Manifestou na consulta preocupação com a estética do seu sorriso. A perda prematura dos dentes 31 e 41, por ele relatada, tinha causado um colapso da crista alveolar e um defeito horizontal e vertical. Para reabilitar o paciente, foi planeada a confecção de uma prótese fixa de 6 elementos sobre 4 dentes pilares: 33, 32, 42 e 43. O paciente tinha uma perda de volume tecidual causada pelo defeito vertical e horizontal, o que comprometia a estética. Para minimizar o defeito da crista foi planeada uma cirurgia com enxerto de tecido conjuntivo. Retirou-se um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial da zona posterior do palato, para depois ser introduzido na zona do defeito. A técnica utilizada no local recetor foi a técnica de envelope. A reabilitação final terminou 3 meses depois com uma ponte metalo-cerâmica de 6 elementos. **Discussão e conclusões:** Existem várias técnicas cirúrgicas para aumento da espessura do rebordo alveolar. Algumas podem ter limitações, mas é essencial fazer previamente uma boa análise do caso clínico, ou seja, analisar o tipo de defeito, o tipo de reabilitação fixa (sobre dentes ou sobre implantes), o volume de tecido necessário, o tipo de enxerto mais adequado, a localização do local doador e receptor do enxerto, o desenho das restaurações provisórias, entre outros aspetos. As deficiências de tecidos moles e duros podem comprometer o resultado estético de uma reabilitação oral. Em muitas situações temos de recorrer a procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de melhorar o resultado estético final das reabilitações. Um bom diagnóstico e um correto planeamento é fundamental. O clínico tem de entender as limitações e os benefícios de cada técnica e de cada tipo de enxerto, para que seja o mais adaptado à situação clínica do paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.540>