

estratégia da equipa foi: Infiltração anestésica do músculo masséter para diagnóstico diferencial. Foi prescrito tratamento farmacológico e requisitada uma tomografia axial computadorizada para identificar eventual patologia degenerativa. Fisioterapia para recuperação da biomecânica articular e diminuição da artralgia e mialgia através de terapia manual. Educação do paciente para controlo da hiper mobilidade e terapia cognitivo-comportamental para evitar os fatores contribuintes da disfunção temporomandibular. **Discussão e conclusões:** O caso clínico, abordado de forma interdisciplinar, realça a necessidade de consciencializar os pacientes, de forma preventiva, para a hiper mobilidade articular, de forma a evitar lesões relacionadas com o movimento excessivo de abertura da boca. O sucesso terapêutico não termina com a resolução da sintomatologia causada pela subluxação, mas sim, com o controlo da hiper mobilidade enquanto fator perpetuante da disfunção temporomandibular.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.531>

#070 Frenectomia labial superior com laser – Caso clínico



Ana Raquel Garcia Barata*, Gunel Kizi, Ana Maria Martins, António Castaño, Irene Ventura

Universidade de Sevilha, Instituto Universitário Egas Moniz, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O freio labial superior é uma estrutura anatómica formada por finas pregas de membrana mucosa e tecido conjuntivo. Na sua constituição podemos encontrar fibras musculares que limitam o movimento do lábio superior. Ao longo da dentição mista, os freios labiais e linguais podem assumir formato e posição inadequadas, provocando limitações estéticas e funcionais. Na dentição decídua e mista é comum a presença de um diastema inter-incisivo, contudo este tende a encerrar com a erupção dos dentes permanentes, incisivos laterais e caninos superiores. Na literatura atual não é consensual qual será a melhor idade para se efectuar a cirurgia ao freio superior e este procedimento pode ser realizado com bisturi (técnica convencional), bisturi elétrico ou laser. Está descrito que a utilização do laser intra-oral nestes procedimentos cirúrgicos melhora o prognóstico. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de frenectomia labial superior com laser, numa criança com dentição mista e presença de diastema inter-incisivo provocado pela inserção baixa do freio labial superior. **Descrição do caso clínico:** Criança, género masculino, 7 anos de idade foi encaminhada para o departamento de Odontopediatria com a principal queixa dos pais o espaço entre os incisivos superiores. Após obtenção do consentimento informado fez-se a análise clínica onde confirmou-se a presença de um freio labial superior fibroso e um diastema de 2mm. **Discussão e conclusões:** Na presença de um freio labial superior fibroso e amplo, mesmo sem a erupção dos caninos superiores em que a criança se encontra com dentição mista está indicada a frenectomia. A cirurgia realizada com laser apresenta um melhor pós-operatório permitindo uma precisão na excisão do tecido causando menos danos ao nível dos tecidos adjacentes, tem

um efeito hemostático não sendo necessária a utilização de sutura, reduzindo a dor e edema pós-operatório que é bastante benéfico para o doente. A frenectomia realizada com laser proporcionou um pós-operatório satisfatório para o paciente, verificando-se num follow-up de dois anos o encerramento do diastema.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.532>

#071 Classe II Divisão 2 e a importância do torque – a propósito de um caso clínico.



Saúl Castro, Berta Meireles*, Eugénio Martins, Maria Cristina Pollmann, Jorge Lopes, Maria João Ponces

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: A Classe II Divisão 2 de Angle tem como principal característica diferenciadora a retro-inclinação (torque corono-lingual) dos incisivos centrais maxilares. Os incisivos laterais maxilares podem apresentar-se igualmente retro-inclinados, embora nos casos com apinhamento possam estar pró-inclinados. Na Classe II Divisão 2, a sobremordida vertical está frequentemente aumentada enquanto a sobremordida horizontal reduzida. A retro-inclinação incisiva, por vezes, associada a disfunções temporomandibulares pela possibilidade de condicionamento dos movimentos mandibulares e até do seu livre desenvolvimento. A correção do torque tem, em muitos, casos um efeito positivo na correção da oclusão e função.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino com 13,4 anos de idade, perfil convexo, mesofacial, padrão esquelético de Classe II, promaxilia, altura facial anterior diminuída, Classe II Div. 2 sub-divisão esquerda incompleta, mordida cruzada bilateral a nível molar e molares maxilares em méso-rotação. Apresenta as linhas médias dentárias não coincidentes, a linha média superior desviada 1 mm para a direita e a linha média inferior desviada 1 mm para a esquerda. O incisivo maxilar está retro-inclinado, as formas das arcadas não são coincidentes e verifica-se uma desarmonia de Bolton com excesso mandibular, tudo fatores e sinais que todos eles propiciam um 'bloquear da mandíbula'. **Discussão e conclusões:** Para a correção da má-oclusão procedeu-se a colocação de uma aparelhagem fixa bimaxilar. No alinhamento e nivelamento da arcada maxilar promoveu-se expansão da arcada e a correção da mordida cruzada e rotação molar com auxílio de uma barra transpalatina. Ao nível da arcada mandibular durante o alinhamento e nivelamento promoveu-se alguma contração a nível molar. A correção do torque dos incisivos centrais conjugada com a coordenação das arcadas permitiu uma liberdade de movimentos mandibulares e dento-alveolares, em parte orientados pela mecânica de elásticos de Classe II associada. A análise das sobreposições permite verificar a correção do torque do incisivo maxilar, e a nível mandibular um avanço molar e ligeira pro-inclinação incisiva. No final da correção verifica-se uma coincidência das linhas médias com neutro-oclusão molar e canina. A existência do diastema entre incisivos laterais e caninos maxilares está relacionada com a desarmonia de Bolton previamente diagnosticada e pressupõem a futura necessidade de ameloplastias de adição.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.533>