

Central Register of Controlled Clinical Trials, Scielo, Lilacs e Scopus. A estratégia de pesquisa passou pela combinação das palavras-chave sem a aplicação de qualquer filtro com o intuito de obter o número máximo de artigos possíveis relacionados com o tema. **Resultados:** Dos 141 artigos encontrados, foram selecionados 24 para esta revisão sistemática, sendo estes todos artigos de investigação. Relativamente à análise da qualidade estatística dos estudos verificou-se que, 7 artigos tinham alto nível de evidência, 4 artigos nível médio e 13 artigos nível baixo de evidência. **Conclusão:** Constatou-se que na maioria dos estudos houve uma melhoria da má oclusão Classe II e um aumento das dimensões das vias aéreas. Contudo, a falta de homogeneidade dos estudos no que diz respeito à metodologia de avaliação e medição tanto da Classe II como das vias aéreas limita uma possível comparação entre eles. São necessários mais estudos de modo a ser possível retirar conclusões sobre o efeito dos aparelhos funcionais utilizados no tratamento interceetivo, nas vias aéreas superiores.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.682>

#SOPDF-13 Influência dos bifosfonatos no tratamento ortodôntico – Revisão narrativa



Solange Santos¹; Sofia Flor Garcia¹; Ana Filipa Nave¹; Ana Delgado¹

¹ Consulta Assistencial de Ortodontia, Instituto Universitário Egas Moniz, Quinta da Granja Monte da Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal

Introdução: Os bifosfonatos são fármacos utilizados no tratamento de distúrbios como osteopenia e osteoporose pós-menopausa, metastização óssea e outras patologias severas. Ligando-se à hidroxiapatite óssea, tornam-na mais resistente à ação dos osteoclastos e diminuem a ação dos mesmos, influenciando a remodelação óssea. Com este trabalho pretende-se esclarecer a abordagem do paciente sujeito a terapia com bifosfonatos em Ortodontia. **Métodos:** Recorreu-se à plataforma PubMed utilizando as palavras-chave bisphosphonates, orthodontics, osteonecrosis e filtrando os artigos dos últimos 10 anos. **Resultados:** Desta pesquisa resultaram 39 artigos selecionados pelos títulos, leitura dos resumos e, finalmente, do artigo completo. Foram revistos 15 artigos. **Conclusões:** A osteonecrose dos maxilares é um efeito adverso dos bifosfonatos, estando mais associada a exodontia em pacientes submetidos a terapêutica endovenosa de doses elevadas de bifosfonatos nitrogenados. Pensa-se que será causada pela alteração da remodelação óssea, hipovascularização, infeção e predisposição genética. A semi-vida destes fármacos pode atingir os 12 anos. A probabilidade de osteonecrose no tratamento ortodôntico é reduzida, principalmente em doses baixas, mas não pode ser excluída. Pensa-se que o movimento ortodôntico levará a um maior aporte local de bifosfonatos, influenciando o tratamento e seus resultados. Inibição do movimento dentário, encerramento incompleto de espaços e deficiente paralelismo de raízes estão descritos. Outros estudos analisam potenciais benefícios dos bifosfonatos no tratamento ortodôntico,

sugerindo redução da reabsorção radicular, aumento da ancoragem, maior estabilidade de microimplantes, melhor retenção na expansão palatina rápida e redução do tempo de consolidação óssea na distração mandibular osteogénica. **Implicações clínicas:** Deve ser avaliado o risco de osteonecrose por bifosfonatos de acordo com a via de administração, causa, duração, dose e frequência do tratamento. Em caso de alto risco deve evitar-se o tratamento ortodôntico, caso este seja baixo o tratamento pode ser efetuado devendo evitar-se exodontias, aumentando o intervalo entre ativações e informando o paciente da possibilidade de osteonecrose. Caso se verifique má resposta às forças ortodônticas – movimento dentário lento, mobilidade excessiva, evidência radiográfica de esclerose ou outras alterações do ligamento periodontal – deve suspender-se o tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.683>

#SOPDF-21 Abordagem terapêutica nas transposições dentárias maxilares – Revisão Bibliográfica



Flávia Silva¹; Filipa Meneses¹; Inês Araújo¹; Joana Tavares¹; Maria Manuel Brito¹

¹ Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Introdução: A transposição dentária é uma designação aplicada a tipos extremos de erupção ectópica, em que existe uma mudança na ordem ou sequência natural dos dentes permanentes envolvendo uma troca das suas posições. Ambos os maxilares podem ter dentes com transposição que pode ser completa ou incompleta. Na transposição completa tanto a coroa como a raiz encontram-se paralelas à sua transposição. A transposição é mais frequente na maxila do que na mandíbula e segundo Peck e Peck as transposições maxilares mais frequentes são entre Canino e Primeiro Pré-molar (71%) e entre Canino e Incisivo Lateral (20%). Para a correção das transposições existe três formas de tratamento definitivo: extração de um dos dentes transpostos, alinhamento dentário mantendo os dentes na sua posição transposta e corrigir a transposição para a ordem natural dos dentes. Neste trabalho iremos abordar as transposições completas e as que ocorrem com mais frequência. O objetivo será verificar de acordo com a literatura quais os riscos associados à correção da transposição, as melhores abordagens terapêuticas e deste modo avaliar o custo-benefício do plano de tratamento. **Métodos:** Realizou-se a pesquisa nas bases de dados Pubmed com as seguintes palavras-chaves: “transposition”, “tooth-transposition”, “dental-transposition” e “treatment-of-tooth-transposition”. **Resultados:** Na transposição entre Canino Maxilar e Primeiro Pré-molar a melhor opção terapêutica é aceitá-la na maioria dos casos. Na transposição entre Canino Maxilar e Incisivo Lateral o melhor tratamento é corrigir para a posição natural dos dentes. Dentro da mecânica utilizada a que oferece menos riscos para evitar a reabsorção do incisivo lateral é a sua não inclusão no arco durante o movimento de distalização do canino. **Conclusões/ implicações clínicas:** A opção terapêutica é multifactorial e de abordagem multidisciplinar, dependente de fatores como: morfologia dentária, tipo de má-oclusão, estágio

do desenvolvimento dentário, a idade do paciente, estética facial e tempo de tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.684>

#SOPDF-22 Tratamento na má oclusão de classe III com máscara facial. Até que idade?

– Revisão Bibliográfica



Joana Tavares¹; Inês Araujo¹; Flávia Silva¹; Filipa Meneses¹; Francisco Espinha¹

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Introdução: A má oclusão de classe III pode resultar de um recuo maxilar, protrusão mandibular, ou combinação de ambos. Estudos revelam que entre 32-63% dos casos, têm como causa da má oclusão de Classe III, a retrusão maxilar. A tração anterior da maxila, com máscara facial numa idade precoce exerce um estímulo sutural circunmaxilar, permitindo coordenar as bases ósseas. Embora haja protocolos mais recentes (dispositivos de ancoragem temporários) a máscara facial com ou sem expansão maxilar permite o avanço do ponto A entre 0,9 – 2,9 mm, e continua a ser um protocolo válido. Os objetivos desta revisão bibliográfica são avaliar: - até que idade o tratamento com máscara facial de tração anterior é eficaz; - se a expansão maxilar prévia aumenta ou não a eficácia da tração; - se o local de aplicação da força tem influência na tração; **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de

dados Pubmed com as palavras chave: “protraction facemask”, “malocclusion-Class-III” “reverse headgear”, “growth modif and maxila”, “early treatment”. **Resultados:** Nos estudos encontrados, a idade ideal para iniciar o uso de máscara facial convencional é na fase de dentição mista precoce, após erupção dos incisivos laterais superiores, ou numa fase ainda mais precoce, sendo importante não ultrapassar os dez anos de idade. Outros artigos demonstram avanços do ponto A (0,7-1,9 mm) em fases de dentição mista tardia (até aos 12 anos). Para idades superiores a 12 anos, o protocolo proposto, é a tração maxilar com máscara facial em conjunto com ancoragem esquelética (2,8-8,6 mm de avanço ponto A). Relativamente à tração maxilar anterior, com ou sem expansão maxilar, Haas, preconizou a expansão maxilar prévia ao uso da máscara facial para promover a ativação das suturas circummaxilares, facilitando a protração maxilar. No entanto, isto é refutado por outros autores. Verificou-se na literatura variação no ponto de aplicação da força, que vai desde o molar até a mesial, e a distal de caninos. **Conclusões/ Implicações Clínicas:** O tratamento na dentição mista precoce com máscara facial convencional é mais efetivo. Nas fases dentição mista tardia e definitiva, a máscara facial com ancoragem esquelética é mais indicada. A expansão maxilar prévia, não mostrou benefícios nos estudos consultados. Os pontos de aplicação da força não são consensuais. Há poucas descrições sobre as alterações dentárias induzidas pela máscara facial. Os estudos encontrados não evidenciam o follow-up a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.685>