

#SPODF2025-19 Diagnóstico da inclinação molar e desarmonia transversal – a propósito de um caso clínico



Carolina Dias da Silva, Jorge Dias Lopes,
Maria Cristina Pollmann, Maria João Ponces,
Eugénio Martins, Saúl Castro

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: Muitos pacientes clinicamente aparentam ter uma relação maxilo-mandibular e uma intercuspidação molar satisfatórias, escondendo desarmonias esqueléticas e inclinações instáveis. A desarmonia transversal está muitas vezes compensada e o recurso a meios de diagnóstico tradicionais, que apenas permitem a visualização a duas dimensões, podem resultar em erros de diagnóstico. Os molares maxilares erupcionam com uma inclinação vestibular e os molares mandibulares com uma inclinação lingual, e vão verticalizando com a idade. Os dentes têm uma tendência natural para procurar o contacto oclusal e muitas vezes as inclinações molares refletem compensações de discrepâncias transversais. O objetivo deste trabalho foi avaliar a relação entre a inclinação molar e o défice transversal maxilar, a propósito de um caso clínico. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 16 anos, do género masculino e com uma classe I esquelética. Clinicamente, o paciente apresenta à direita uma classe I molar e classe III canina, e à esquerda uma classe III molar e classe I canina. Observa-se uma posição palatinizada do dente 15 e uma mordida cruzada localizada no dente 25. **Discussão:** Para avaliar a inclinação molar, foi utilizado o método de Miner e col.: ângulo entre o longo eixo do primeiro molar com o plano axial, no plano coronal. O grupo controlo de Miner e col. incluía pacientes com relação transversal molar normal. Para o primeiro molar 16, a média da inclinação foi de $97.77^\circ \pm 2.7^\circ$ (paciente do estudo = 76°); no 26 é $98.29^\circ \pm 2.56^\circ$ (66°); para o 48 a norma é $104.22^\circ \pm 2.67^\circ$ (105.5°); e para o 36 é $103.85^\circ \pm 2.47^\circ$ (111°). Verificamos que apenas o dente 46 se encontra com a inclinação dentro da norma. Os molares superiores apresentam uma inclinação inferior à norma, indicando maior torque vestibular. Já o dente 36 apresenta um ângulo superior ao valor normal, correspondente a um torque mais negativo. De modo a avaliar o défice transversal, foi utilizada a análise de Pennsylvania. A nível transversal, o presente caso apresentava uma maxila com 58,3mm e uma mandíbula com 60,4mm. Assim sendo, o défice transversal era de 7,1mm. **Conclusão:** Após interpretação do caso com recurso a imagens tridimensionais e utilizando os métodos adequados, verificamos que apesar de na observação clínica não se manifestar mordida cruzada molar, este caso apresenta um défice transversal maxilar e primeiros molares bastante compensados. Salientamos a importância de meio auxiliares tridimensionais como apoio para o correto diagnóstico de um caso clínico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1549>

#SPODF2025-20 Abordagem Ortodôntica numa Paciente com Tetralogia de Fallot: Um Caso Clínico



Teresa Sousa, Cláudia Soares, Eugénio Martins, Saúl Castro,
Jorge Dias Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia congénita cianótica caracterizada pela presença de quatro anomalias cardíacas que comprometem a oxigenação sanguínea, permitindo que o sangue pobre em oxigénio seja desviado para a circulação sistémica. Pacientes com esta condição podem apresentar má-oclusão esquelética e uma maior prevalência de defeitos de esmalte. O tratamento ortodôntico exige precauções devido ao risco de endocardite e pelas limitações físicas que o paciente apresente. Este trabalho descreve o plano ortodôntico proposto, considerando as adaptações necessários para tratamento. **Descrição do caso:** Paciente de 16 anos com Tetralogia de Fallot corrigida aos 6 meses, com um atraso global do desenvolvimento. Apresenta o biotipo facial dolico-facial severo, perfil convexo, incompetência labial, lábio superior curto. Clinicamente, tem uma má-oclusão classe II de $\frac{1}{2}$ pré-molar (subdivisão esquerda), mordida aberta anterior, sobremordida horizontal de 5 mm e vertical de -1 mm, caninos ectópicos por vestibular e o dente 26 cruzado. A cefalometria revela: classe II esquelética, retromaxilia, micro e retromandibulia, incisivos superiores protruídos e compressão maxilar ligeira. **Discussão:** A abordagem ortodôntica exigiu adaptações para minimizar riscos, especialmente o de endocardite bacteriana. O primeiro passo foi a comunicação com o cardiologista assistente para avaliar riscos e restrições, incluindo a necessidade de profilaxia antibiótica. Antes do início do tratamento, a paciente será encaminhada para Periodontologia afim de garantir uma melhoria da higiene oral e reduzir o risco de bacteriemia. A fase inicial do tratamento prevê a colagem progressiva de brackets para avaliar a cooperação da paciente. Optou-se por não realizar a disjunção maxilar devido ao risco envolvido e à ausência de evidência científica que comprove a sua eficácia em pacientes com estas patologias, uma vez que, a hipoxemia condiciona a remodelação óssea. Além disso, a discrepância transversal é reduzida e o sucesso do tratamento não depende dessa abordagem, que exige elevada colaboração por parte da paciente. Para corrigir a biprotusão e os caninos ectópicos, optou-se pela extração de quatro pré-molares com recurso a sedação e profilaxia antibiótica. O acompanhamento periodontal será contínuo de forma a monitorizar a saúde periodontal. **Conclusão:** Este caso destaca a importância de um plano ortodôntico personalizado e interdisciplinar em pacientes com Tetralogia de Fallot. O sucesso do tratamento depende de uma abordagem criteriosa e da colaboração estreita entre as diferentes especialidades médicas e dentárias.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1550>