

ser de silicone, simples, duplos, de resina e sistemas individualizados de silicone e acrílico. Uma técnica atualmente em uso é a de Colitti e Benedecti, proposta em 2002 pelos mesmos.

Descrição do caso clínico: Paciente do gênero feminino, 13 anos, com uma má oclusão de classe I dentária e esquelética, apinhamento em ambas as arcadas, sobremordida horizontal de 3 mm, uma sobremordida vertical de 2,5 mm e IMPA de 90°.

Discussão e conclusões: Após estudo do caso, foi realizada ortodontia fixa bimaxilar, associada a desgastes interproximais. Na colagem dos aparelhos foi utilizada a técnica de Colitti e Benedecti. Na fase laboratorial, foram desenhadas linhas guias verticais e horizontais e posteriormente os brackets foram colados. Foram depois colocadas cruzetas posicionadoras e os roletes de resina. Na fase clínica, após condicionamento ácido convencional do esmalte, colocou-se o conjunto bracket/cruzeta/rolete de resina no dente. Após a colagem dos brackets, o conjunto cruzeta/rolete de resina foi removido, permitindo a colocação dos arames e acessórios necessários. As vantagens associadas à colagem indireta de brackets são: o tempo de cadeira reduzido, diminuição de recolagens, redução do stress físico e mental do ortodontista, e maior conforto para o paciente. Também são descritas desvantagens, sendo que as mais referidas são os protocolos laboratoriais demorados, custos associados e a dependência face a um laboratório. A técnica de Colitti e Benedecti, pela sua característica de individualização e simplicidade, permite não só um procedimento clínico rápido, como eficaz, mesmo quando comparado com outras técnicas de colagem indireta.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.046>

#048. Previsão de crescimento mandibular em pacientes com classe III em dentição mista



Sara Teresa Belo*, Joana Cristina Silva, Saúl Castro, Eugénio Martins

FMDUP

Introdução: Um dos maiores desafios em ortodontia é prevenir o crescimento mandibular excessivo em crianças com má oclusão de classe III. O uso de variáveis cefalométricas como forma de previsão é um método complexo, dado existir um conjunto de fatores que influenciam esta previsão.

Descrição do caso clínico: Paciente do gênero masculino com 7 anos compareceu a uma consulta para avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico. Do exame clínico destacam-se uma má oclusão de classe III dentária e esquelética com hipoplasia maxilar, promandibulia com assimetria mandibular e hiperdivergência maxilomandibular. No exame intraoral, verificou-se que o paciente se encontrava num período de dentição mista precoce, estava presente uma mordida cruzada completa e ainda uma sobremordida incisiva horizontal de -3 mm e vertical de -2 mm. Optou-se por um tratamento em 2 fases, iniciando-se uma terapêutica precoce aos 7 anos com expansão rápida do palato e tração anterior da maxila com máscara facial. O paciente foi então colocado sob observação até concluir o crescimento, onde se verificou um agravamento da concavidade do perfil e da assimetria

mandibular e classe III esquelética com promandibulia. A nível intraoral, verificou-se a presença de uma mordida cruzada completa, uma relação de classe III completa dentária, uma sobremordida incisiva horizontal de -10 mm e vertical de -5 mm. Assim, decidiu-se prosseguir com o tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático, com cirurgia bimaxilar Le Fort 1 de avanço maxilar e osteotomia sagital de redução assimétrica da mandíbula.

Discussão e conclusões: O tempo de intervenção perante uma desarmonia esquelética é bastante relevante para o planeamento do tratamento. Foram selecionadas 17 variáveis para previsão do crescimento mandibular, as quais melhor expressam a relação maxilomandibular, a relação dentária, a orientação do côndilo e a base do crânio. Neste caso clínico optou-se por uma intervenção tardia, considerando o padrão de crescimento desfavorável previsto, aguardando-se até ao fim do crescimento para a realização da cirurgia ortognática. A previsão de crescimento é fundamental durante o diagnóstico e plano de tratamento, uma vez que é essencial na decisão entre uma intervenção precoce e uma intervenção tardia. Se a previsão for errada, a modalidade de tratamento pode ser desadequada e pode até comprometer um tratamento futuro.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.047>

#049. Recobrimento radicular através da técnica vista



Tatiana Rodrigues Gomes*, Margarida Glória, Nuno Santos, Tiago Marques, Manuel de Sousa

Universidade Católica Portuguesa

Introdução: Paciente do sexo masculino, 52 anos, ASA I, não fumador e com várias lesões associadas ao trauma de escovagem. Apresentava como diagnóstico periodontal periodontite crônica leve (IP de 37,06% e BOP de 20,23%). Tinha como queixa principal a estética associada a recessões na face vestibular do dente 14 até ao 23 e do 42 ao 46, todas elas classe II de Miller.

Descrição do caso clínico: Começamos por realizar o aplainamento das raízes e o condicionamento das mesmas com tetraciclina. Em ambas as arcadas utilizámos a técnica vestibular incision subperiosteal tunnel acess (VISTA), podendo-se dividir em 3 fases: a fase de preparação do leito receptor, a fase da recolha do enxerto e a colocação e sutura. A abordagem VISTA começou com uma incisão de acesso vestibular que foi estendida, pelo menos, 1-2 dentes para além daqueles que desejávamos recobrir. Em seguida, o elevador periosteal microcirúrgico foi introduzido na incisão de acesso vestibular e inserido entre o periosteio e o osso para elevar o periosteio, criando um túnel subperiosteio. Obteve-se um enxerto gengival livre do palato duro que foi posteriormente desepitelizado. Por fim, o retalho e o complexo mucogengival foram avançados coronalmente e estabilizados na sua nova posição com uma técnica de sutura coronalmente ancorada.

Discussão e conclusões: A incisão realizada diminui a possibilidade de traumatizar as gengivas, as cicatrizes são pouco ou nada visíveis, comparativamente a outras técnicas de tunelização apresenta um maior grau de avanço coronal da margem gengival, a sutura realizada minimiza