

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

TRATAMENTO DE RÂNULA PELA TÉCNICA DA MARSUPIALIZAÇÃO

André Felipe Yoshitani Barbosa¹; Igor Pacheco da Silva¹; Giovanni Cunha²; Marisa Aparecida Cabrini Gabrielli³.

¹Aluno de graduação do curso de Odontologia na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP;

²Aluno de Pós-Graduação (Doutorado) na Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP;

³Professora; Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP.

A Rânula é um fenômeno de extravasamento de muco proveniente da glândula sublingual sendo a condição clínica mais comum desta. Geralmente se apresenta como uma tumefação azulada e flutuante no tecido conjuntivo do assoalho bucal e pode provocar o deslocamento da língua quando alcança grandes proporções. A confirmação do diagnóstico desta condição pode ser obtida por análise histopatológica do tecido coletado na excisão cirúrgica além do extravasamento do líquido presente. O tratamento das rânulas é comumente cirúrgico com abordagens diferentes de acordo com o tamanho da tumefação, geralmente a conduta é a marsupialização. No entanto, em casos onde as recidivas são frequentes não está descartado a possibilidade de excisão da glândula sublingual associada. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de rânula e a abordagem adotada. Paciente apresentava a patologia na região do assoalho bucal direito. Foi realizada a marsupialização e o encaminhamento para análise histopatológica onde foi confirmado o diagnóstico. No primeiro retorno pós-operatório de 7 dias houve a remoção das suturas e observou-se o adequado aspecto cicatricial da ferida cirúrgica além da ausência de sinais ou sintomas de infecção. Conclui-se que um diagnóstico eficiente e a abordagem correta de acordo com as características clínicas da rânula associado a confirmação em exame histopatológico são fundamentais para a previsibilidade e consequente sucesso do tratamento.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: rânula; glândula sublingual; diagnóstico.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A NO CONTROLE DA DOR POR DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR CRÔNICA REFRACTÁRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Angélica Letícia Reis Pavanelli¹; José Antônio de Carvalho Morales²; Antônio Carlos Ferraz de Andrade³; Mateus Sgobi Cazal⁴; Ana Lúcia Franco Micheloni⁵; Karina Eiras Dela Coleta Pizzol⁶

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia, Universidade de Araraquara – UNIARA;

²Aluno de Mestrado do curso de Odontologia, Universidade de Araraquara – UNIARA;

³Graduado em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos – Ufscar;

⁴Professor Assistente; na Especialização e Mestrado; Disciplina de DTM e DOF na Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas;

⁵Professora; Disciplina de Oclusão, Universidade de Araraquara – UNIARA; ⁶Professora; Disciplina de Ortodontia, Universidade de Araraquara – UNIARA.

Disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de sinais clínicos que envolvem os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e as estruturas associadas. A dor é descrita como difusa e contínua, dentre as modalidades de tratamento utilizadas, vem se destacando a aplicação intramuscular de Toxina Botulínica Tipo A (TxB-A), principalmente nos casos onde os pacientes não respondem bem às modalidades mais conservadoras. Esse estudo procurou descrever o caso clínico de uma paciente com DTM crônica refratária tratada com aplicação de TxB-A. Paciente de 27 anos, braquifacial, com relato de bruxismo e apertamento e queixa de dor em peso/aperto de intensidade 7 (Escala Analógica Visual - EAV) presente há 5 anos na região de masseteres e temporais, intensa no período matinal. Relata insucesso de terapias anteriores, dor controlada apenas com uso diário de analgésicos. Após confirmação do diagnóstico de DTM crônica realizado por meio da ficha clínica e do Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD), paciente respondeu a questionários de dor (EAV), de sensibilização central e de cefaleia primária para caracterizar e quantificar as dores da DTM e comórbidas. Foi realizada eletromiografia de superfície, quantificação da força de mordida molar máxima e avaliação da postura crânio cervical. A paciente recebeu a aplicação de TxB-A em pontos faciais pré-estabelecidos e recomendados para o controle da DTM e sintomas associados e reavaliada 15, 30, 60, 90 e 180 dias após a aplicação. O período de acompanhamento mostrou a remissão da dor, diminuição da protrusão cervical, redução da força de mordida máxima molar e também do tônus muscular. Assim notou-se que a terapia com TxB-A foi eficaz na redução da dor e melhora de parâmetros clínicos comórbidos.

Instituição Financiadora: não há

Protocolo do Comitê de Ética: CAAE: 97034918.0.0000.5383

Palavras-chave: transtornos da articulação temporomandibular; toxinas botulínicas tipo A; protocolos clínicos; dor facial; eletromiografia.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEURALGIA DO TRIGÊMEO EM PACIENTE COM DOR MUSCULAR LOCAL

Anny Kevilyn Ramos Mesquita¹; Karina Eiras Dela Coleta Pizzol²; Filipe de Oliveira Abi-Rached²; Marcelo Silva Monazzi³; Ana Lúcia Franco-Micheloni².

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor(a); Disciplina de Oclusão, Universidade de Araraquara – UNIARA;

³Professor; Disciplina de Cirurgia, Faculdade de Odontologia – UNESP.

Disfunção temporomandibular (DTM) representa a condição mais comum de dor musculoesquelética crônica orofacial e acomete os músculos da mastigação, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. A neuralgia do trigêmeo (NT) é uma das enfermidades mais dolorosas da humanidade e sua incidência se eleva com o passar dos anos, concentrando-se entre as 6^a e 8^a décadas de vida. É uma dor que afeta unilateralmente a face na distribuição de uma ou mais subdivisões do nervo trigêmeo, particularmente na segunda (maxilar) e na terceira (mandibular). Relata-se o caso clínico da paciente MAS, de 73 anos, encaminhada por especialista bucomaxilofacial para tratamento de dor na face intensa no lado esquerdo. A anamnese revelou uma dor de início recente, localizada em masseter superior (abaixo do zigomático), com crises frequentes e recorrentes de intensidade 10. Na palpação foi reproduzida uma dor muscular local, que foi tratada com anti-inflamatório, uma sessão de aplicação de laser e prescrição de um relaxante muscular para uso à noite. Dentro de uma semana a dor cessou e ficou ausente por cerca de 1 mês, retornando na sequência com a mesma intensidade. Porém mediante a nova avaliação, e possivelmente devido à melhora na sensibilização periférica, suspeitou-se de neuralgia do trigêmeo com gatilho na região infra-zigomático, uma vez que a paciente relatou que a dor agora tinha característica de choque na crise. Foi então medicada com Tegretol®, 200mg, uma vez ao dia e encaminhada para neurologista para adequação terapêutica. Após essa conduta a dor cessou e o diagnóstico foi fechado como NT. Conclui-se que é importante que o cirurgião reconheça as características clínicas da dor para que proceda com diagnóstico diferencial e forneça atenção necessária a cada caso.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: dor facial; neuralgia do trigêmeo; diagnóstico; terapia.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

PARÂMETROS DE CONFECCÃO DE PROVISÓRIO IMEDIATO SOBRE IMPLANTE IMEDIATO - RELATO DE CASO CLÍNICO

Gabriela Sthefany Bomfim Tofanin¹, Everson Raphael Watanabe²; Chaine Pavone³.

¹Aluno(a) de graduação do curso de Odontologia;

²Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto Forp- Usp, Programa de pós-graduação de reabilitação oral, Departamento de materiais dentários e prótese;

³Professora assistente em Periodontia-Universidade Brasil - Descalvado.

A instalação de um implante imediatamente após a extração de um elemento dentário depende da integridade do alvéolo e dos tecidos periodontais. Se a estabilidade primária for adequada e o torque de inserção for superior a 45 Newtons pode se confeccionar provisório imediatamente, com os benefícios de devolver ao paciente a estética e a manutenção do espaço protético, sendo fundamental para a proteção dos tecidos periodontais, determinando assim o perfil de emergência para a subsequente prótese definitiva, além da manutenção dos contornos originais dos tecidos. O presente estudo visa apresentar as características ideais para a confecção do provisório imediato sobre implante e ilustrar por meio de apresentação de caso clínico. Apresentação do caso clínico da paciente SG de 43 anos que, buscou a clínica particular para tratamento de fratura radicular do elemento 22. Por meio de exame de imagem e diagnóstico tomográfico, foi detectado fratura no terço médio da raiz e, o tratamento proposto foi exodontia e implante mediato com confecção de provisório mediato. Para tal, foi realizada anestesia infiltrativa na região do elemento 22, a extração foi realizada por meio de técnica atraumática para preservação do osso alveolar e então foi instalado um implante do tipo Cone Morse com travamento de 50 Newtons no ato da instalação. Neste momento foi confeccionado o provisório seguindo as diretrizes que serão apresentadas neste trabalho. No PO de 14 dias, a paciente retornou para a remoção de sutura demonstrando uma excelente adaptação do provisório e boa condição dos tecidos moles peri-implantares. Conclui-se que é essencial a confecção de um provisório mediato seguindo os preceitos descritos na literatura para a obtenção de um adequado reparo e perfil de tecido mole adequado.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: prótese provisória; espaço biológico; implante dentário.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

DENTES FUSIONADOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Gabrielle Dovigo¹; Marília Narducci Pessoa¹; Gustavo Astolfi Capato¹; Eloisa Marcantonio Boeck²; Marcelo de Souza Gomes³

¹Aluno(a) de graduação do curso de Odontologia, Universidade de Araraquara – UNIARA;

²Professora; Disciplina de Ortodontia, Universidade de Araraquara – UNIARA;

³Professor; Cirurgião Dentista, Brasília-DF;

Dente duplo é uma anomalia da formação dentária que pode ocorrer tanto na dentição decídua quanto na permanente. No entanto, verifica-se maior prevalência dessa condição clínica nos dentes decíduos. A fusão é caracterizada pela união de dois dentes adjacentes, duas raízes separadas, ou duas raízes unidas com dois canais, como neste caso. Relatou-se um caso clínico de um paciente de 11 anos com fusão total do dente 11 com um provável dente supranumerário. Os dentes apresentavam-se irrompidos na cavidade bucal e, portanto, o tamanho aumentado da coroa resultante da fusão, ocasionava falta de espaço para o alinhamento dos dentes 12, 13 e 23, além de afetar a estética do paciente. Foi sugerido a separação cirúrgica dos dentes com uma ponta diamantada e com total preservação do dente menos anômalo, isto proporcionou espaço e condição suficiente para posterior início do tratamento ortodôntico. Foi necessário a realização de enxerto ósseo na região devido ao grande desgaste da mesma. O fio de sutura utilizado para este caso foi absorvível, chamado vicryl. Concluiu-se que esta técnica cirúrgica quando bem indicada e realizada, torna viável a manutenção completa do elemento dental na cavidade bucal, possibilita a preservação do espaço, e favorece a função e a estética do paciente. Após a finalização do caso, o paciente foi encaminhado para o ortodontista para iniciar o tratamento.

DE 27 A 29 DE MAIO DE 2019

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: dentes fusionados; anomalias dentárias; odontogênese.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

ANGINA DE LUDWIG EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Igor Pacheco da Silva¹; André Felipe Yoshitani Barbosa¹; Giovanni Cunha²; Marcelo Silva Monnazzi³; Marisa Aparecida Cabrini Gabrielli³

¹Aluno(a) de graduação do curso de Odontologia na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP;

²Aluno de Pós-Graduação (Doutorado) na Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP;

³Professor(a); Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP.

A angina de Ludwig é uma celulite de evolução rápida que envolve os espaços fasciais submandibular, sublingual e submentoniano bilateralmente, podendo se disseminar para os espaços secundários e causar a morte do indivíduo. É frequentemente originada de infecções dentárias e há risco iminente de obstrução das vias aéreas, sendo extremamente raro em pacientes pediátricos. Essa condição necessita de abordagem rápida e precisa. O objetivo deste trabalho é evidenciar a abordagem e o tratamento de um paciente pediátrico diagnosticado com Angina de Ludwig. Gênero masculino, 8 anos de idade e ausência de comprometimentos sistêmicos. Paciente se apresentou com febre sem causa aparente sendo encaminhado pelo médico plantonista para avaliação da equipe de cirurgia bucomaxilofacial. Ao exame clínico extraoral apresentava edema na região submentoniana, submandibular e sublingual, limitação da abertura bucal, lesões cáries nos molares decíduos e permanentes inferiores. Sob anestesia geral foi realizada traqueostomia para manutenção das vias aéreas e posterior incisão para drenagem além da instalação de drenos para irrigações diárias. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com bom aspecto cicatricial, face simétrica, boa abertura bucal, afebril e sem novas queixas. Portanto, é essencial que se obtenha um diagnóstico preciso e rápido para a execução de uma abordagem correta com o objetivo de evitar complicações que podem ser fatais.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: abscesso; infecção odontogênica; angina de Ludwig.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

EXTRAÇÃO DE CANINO INCLUSO EM MAXILA: RELATO DE CASO

Isabela Ortiz de Camargo¹; Luiz Antônio Borelli Barros²; Francisco de Assis Mollo Junior³; Felipe de Oliveira Abirached⁴; Elcio Marcantonio Junior⁵; Luiz Antonio Borelli Barros Filho⁶

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor das disciplina de Clínica Integrada e Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

³Professo da disciplina de Prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

⁴Professor das disciplinas de Clínica Integrada, Prótese e Oclusão da Universidade de Araraquara-UNIARA;

⁵Professor das disciplinas de Periodontia e Implantodontia de Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

⁶Professor das Disciplinas de Clínica Integrada e Prótese da Universidade de Araraquara-UNIARA.

O canino é um dos dentes mais importantes da cavidade bucal, tendo como funções perfurar, rasgar e dilacerar os alimentos além de estabelecer a chave de oclusão. Dente incluído é aquele que mesmo passado seu tempo de erupção permanece alojado nos maxilares recoberto por tecido ósseo ou mucoso. Foram classificados por Reis-Centeiro e Marzzola, segundo como se dispõem no arco, nas posições: pré-alveolar, trans-alveolar, alveolar e retroalveolar. Dentre os fatores locais de impacção, podemos citar: deficiência de desenvolvimento dos maxilares originando falta de espaço, condensação óssea limitando o movimento de erupção, fibromucosa espessa, alteração da posição dos dentes permanentes, dentes supranumerários e anquilose dos decíduos. Seu diagnóstico é feito através do exame clínico e radiográfico, podendo ser mais precisamente avaliado por uma tomografia computadorizada, dando seu posicionamento tridimensional. O tratamento pode ser realizado por tracionamento ortodôntico quando há espaço no arco ou remoção cirúrgica. O objetivo desse trabalho é mostrar um caso clínico sobre um canino incluído. Paciente E.S, 29 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica para remoção de canino incluído. O dente 23 estava na posição trans-alveolar, em íntimo contato com as raízes do dente 24, com o soalho da cavidade nasal e seio maxilar. A cirurgia foi realizada sob anestesia local, através do bloqueio dos nervos infra-orbitário e alveolar superior nas porções médio e posterior. A incisão utilizada foi trapezoidal e osteotomia realizada com broca n2. A coroa foi seccionada com broca 701 em alta rotação, mediante abundante irrigação com soro fisiológico, para evitar o aquecimento e possível necrose dos tecidos remanescentes. Pontos simples foram utilizados e a sutura finalizada.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: maxila; canino; trans-alveolar.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

UTILIZAÇÃO DE TRÊS DIFERENTES ÁREAS DOADORAS INTRA BUCAIS. RELATO DE CASO CLÍNICO

Maria Leticia Silva Pizzaia¹; Luiz Antônio Borelli Barros²; Francisco de Assis Mollo Junior³; Felipe de Oliveira Abirached⁴; Elcio Marcantonio Junior⁵; Luiz Antonio Borelli Barros Filho⁶

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor das disciplina de Clínica Integrada e Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araraquara-Unesp;

³Professo da disciplina de Prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara-Unesp;

⁴Professor das disciplinas de Clínica Integrada, Prótese e Oclusão da Universidade de Araraquara-Uniara;

⁵Professor das disciplinas de Periodontia e Implantodontia de Faculdade de Odontologia de Araraquara-Unesp;

⁶Professor das Disciplinas de Clínica Integrada e Prótese da Universidade de Araraquara-Uniara

A implantodontia tornou a odontologia mais conservadora. Elementos perdidos, podem ser substituídos individualmente, sem a necessidade de desgaste aos vizinhos para realização de próteses fixas, removíveis ou totais. Entretanto, a quantidade de osso é um fator que pode dificultar, ou até contraindicar os implantes. Nesses casos, algumas manobras são realizadas previamente, objetivando a formação óssea local. Os enxertos ósseos na odontologia podem ser utilizados em procedimentos reconstrutivos ou regenerativos, visando restituir o tecido ósseo perdido. A perda precoce do elemento dental ocasiona uma reabsorção óssea tanto no sentido horizontal quanto no vertical. O enxerto ósseo autógeno é considerado o padrão ouro nas reconstruções maxilomandibulares, devido às suas propriedades biológicas e por conter as principais características para a formação óssea: osteoindução, osteocondução e osteogênese. Em casos que a correção do defeito ósseo não necessite de grande quantidade óssea, é possível utilizar áreas doadoras intra bucais, como por exemplo, a tuberosidade da maxila, linha oblíqua externa e região de mento. Em reconstruções ósseas mais extensas, a obtenção de enxerto autógeno é feita em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, pois as regiões doadoras são provenientes de áreas extrabucais como calota craniana, crista ilíaca, costela e tibia. O presente trabalho tem como objetivo mostrar mediante relato de caso clínico, três reconstruções ósseas provenientes de região doadoras intrabucais. Podemos concluir que cada área doadora apresenta uma qualidade óssea diferente, entretanto, todos os casos com resultados satisfatórios, tornando a região apta a receber implantes osseointegrados.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: enxerto ósseo; implantes osseointegrados; rebordo alveolar.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO**UTILIZAÇÃO DO BRIX3000® NA REMOÇÃO DO TECIDO CARIADO.
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Marília Narducci Pessoa¹; Gabrielle Dovigo¹; Eloisa Marcantonio Boeck²; Luciana Monti Lima Rivera²; Hérica Adad Ricci Donato²

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia, Universidade de Araraquara – UNIARA;

²Professora; Disciplina de Odontopediatria, Universidade de Araraquara – UNIARA;

A cárie dentária ainda é uma das doenças que mais acomete a cavidade bucal na atualidade. Possui caráter multifatorial, tendo como fatores responsáveis pelo seu desenvolvimento o acúmulo de bactérias sobre os dentes e a ingestão frequente de açúcar. Nos últimos anos a remoção do tecido cariado feita com o uso de técnicas químico-mecânicas, promovendo limpeza manual das cavidades dentárias tem sido discutida de forma bastante criteriosa. Dentre diversos produtos existentes, em 2012, o agente químico-mecânico BRIX3000® foi lançado no mercado nacional, um produto a base de papaína que é uma enzima proteolítica obtida a partir de folhas de látex e frutos de mamão verde com ação debridante. A papaína interage com o colágeno exposto causando a dissolução de minerais da dentina e bactérias, tornando assim a dentina infectada mais amaciada, o que facilita sua remoção com o uso de instrumentos não cortantes, possibilitando tratamentos sem anestesia e instrumentos rotativos. O diferencial deste produto, de acordo com os fabricantes, é a quantidade de papaína usada (3.000U/mg em uma concentração de 10%) e o bioencapsulamento da mesma pela tecnologia EBE, que fornece o gel com pH ideal para imobilizar as enzimas e liberar no momento de exercer sua proteólise sobre o colágeno. A apresentação desse caso clínico realizado em um paciente infantil visa comprovar o uso do BRIX3000® como uma alternativa eficiente para o tratamento da cárie dentária, demonstrando a facilidade da técnica, a preservação da estrutura dentária sadia e a boa aceitação pelo paciente.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: cárie dentária; papaína; odontopediatria.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO**CORREÇÃO ORTOPÉDICA DE CLASSE III COM USO DE MÁSCARA FACIAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Naiara Alves Marega¹, Ana Lúcia Franco-Micheloni², Karina Eiras Dela Coleta Pizzol³

¹Aluno de Graduação; Curso de Odontologia, Universidade de Araraquara - UNIARA;

²Professor Assistente Doutor; Disciplina de Oclusão e Prótese Parcial Removível, Universidade de Araraquara - UNIARA;

³Professor Assistente Doutor; Disciplina de Ortodontia e Oclusão, Universidade de Araraquara - UNIARA;

As deformidades dentofaciais, quando diagnosticadas precocemente, podem ser corrigidas por meio de ortopedia funcional dos maxilares possibilitando o crescimento adequado e o equilíbrio musculoesquelético do sistema estomatognático, evitando tratamentos invasivos como a cirurgia ortognática na fase adulta. Objetivo: descrever o caso clínico de paciente com deformidade dento esquelética de Classe III, ainda em fase de crescimento, tratado com ortopedia facial. Relato clínico: paciente LMG, gênero feminino, 10 anos de idade, perfil côncavo, com má oclusão dento esquelética de Classe III por deficiência maxilar, mordida cruzada anterior e posterior e atresia da maxila. A paciente encontrava-se no surto de crescimento puberal, sendo proposto o uso de máscara facial de Petit para protração maxilar associado ao uso de disjuntor palatino de Haas para expansão ortopédica da maxila. O tratamento foi dividido em duas etapas: uma no momento do diagnóstico da má oclusão, e outra na fase decrescente da curva de crescimento puberal. Ambas etapas tiveram duração de aproximadamente 4 meses, sendo utilizada a contenção ativa para minimizar os riscos de recidiva. A paciente foi acompanhada até o término do crescimento. Para a finalização do caso, foi instalado aparelho ortodôntico fixo, para alinhamento e nivelamento dentário. Os resultados ao término do tratamento, mostraram melhora significativa da estética e do perfil facial, correção da má oclusão e estabilidade ao longo do tempo. Conclusão: o uso de máscara facial para correção de Classe III por deficiência maxilar, mostrou-se eficaz e estável a longo prazo.

Instituição Financiadora: não há

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica

Palavras-chave: ortodontia; ortopedia classe III; terapia.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO**TRATAMENTO DA DOR OROFACIAL POR DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR PRÉ CIRURGIA ORTOGNÁTICA - ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR**

Paola Aguilar¹, Karina Eiras Dela Coleta Pizzol², Filipe de Oliveira Abi-Rached², Paulo Afonso Brandão de Angeli³, Marcelo Silva Monnazzi⁴, Ana Lúcia Franco-Micheloni².

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor(a); Disciplina de Oclusão, Universidade de Araraquara – UNIARA.

³Cirurgião-dentista ortodontista.

⁴Professor(a); Disciplina de Cirurgia, Faculdade de Odontologia – UNESP.

Disfunção temporomandibular (DTM) é a condição mais comum de dor musculoesquelética crônica orofacial e acomete os músculos da mastigação, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Cirurgia ortognática (CO) é um procedimento cirúrgico que visa reestabelecer um padrão facial ósseo normal em adultos com alterações esqueléticas da face. Em pacientes com DTM e que necessitam da CO, é importante que a dor e a inflamação estejam controladas, favorecendo o procedimento e o prognóstico pós-cirúrgico. Relata-se o caso clínico da paciente LAG, 42 anos, encaminhada por especialista bucomaxilofacial, para avaliação e tratamento de dor na face por DTM na clínica de DTM e Dor Orofacial da Universidade de Araraquara – UNIARA. A anamnese revelou dor em masseter, em peso e pulsátil, pior pela manhã e de intensidade 9. Paciente sedentária, com bruxismo do sono e apertamento diurno, usa aparelho ortodôntico que está inativo aguardando a realização da CO. Foi diagnosticada com DTM crônica muscular e cefaleia primária (enxaqueca), agravadas pelas parafunções. Foi prescrito Amytril® 12,5mg ao dia, compressas quentes 3x/dia seguidas da aplicação da pomada Acheflan® Creme. Foi realizada instrução para controle dos hábitos diurnos e confeccionada uma placa miorrelaxante adaptada à condição bucal da paciente no momento. Além desses cuidados, semanalmente são realizadas aplicações de TENS, laser e acupuntura para potencializar os resultados clínicos. Após alguns meses, paciente se encontra bem e tenderá a ser encaminhada em breve para a conclusão do tratamento com CO. Conclui-se que é importante a atenção multidisciplinar para que se procedam cuidados específicos fornecendo atenção necessária e particular a cada caso.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: transtornos da articulação temporomandibular; dor facial; cirurgia ortognática.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO**UTILIZAÇÃO DA BOLA DE BICHAT PARA FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO SINUSAL**

Sabrina dos Santos Martins¹; Luiz Antônio Borelli Barros²; Francisco de Assis Mollo Junior³; Filipe de Oliveira Abi Rached⁴; Elcio Marcantonio Junior⁵; Luiz Antônio Borelli Barros Filho⁶.

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia, Universidade de Araraquara- UNIARA;

²Professor Assistente Dr. das Disciplinas de Clínica Integrada e Implantodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP;

³Prof. Dr. Da disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP ;

⁴Prof. Dr. das Disciplinas de Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Oclusão e Clínica Integrada, Universidade de Araraquara – UNIARA;

⁵Professor das disciplinas de Periodontia e Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araraquara– UNESP;

⁶ Prof. Me. das Disciplinas de Clínica integrada, Prótese Total e Prótese Parcial Removível, Universidade de Araraquara – UNIARA.

A comunicação buco-sinusal é caracterizada pela comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar. Este tipo de complicação ocorre geralmente após a exodontia de pré-molares e molares superiores, devido à proximidade entre os ápices radiculares e o seio maxilar. O diagnóstico é clínico, feito através da manobra de Valsalva. Os exames por imagens podem nos dar a extensão do defeito, principalmente as tomografias computadorizadas. Uma das principais complicações das comunicações buco-sinusais é a sinusite maxilar aguda ou crônica, que ocorre devido a contaminação do seio maxilar pela flora bucal. O tratamento é realizado de acordo com a extensão da comunicação. Quando estas forem menores ou iguais a 2mm, está indicado a estabilização do coágulo e sutura oclusiva. Nas comunicações maiores que 3mm, a realização de retalhos cirúrgicos é bem indicada. Já em defeitos maiores, a bola de Bichat é utilizada, promovendo o fechamento. Paciente R.L, 45 anos, sexo feminino, apresentava comunicação buco-sinusal extensa no lado esquerdo. Após a realização do exame clínico e criteriosa anamnese, a cirurgia foi agendada. Através do bloqueio do nervo Alveolar superior posterior, médio e palatino maior, uma incisão crestal e duas relaxantes foram realizadas. O retalho mucoperiosteal foi realizado, a bola de Bichat liberada e suturada na parte palatina, recoberta pelo retalho vestibular. A paciente foi medicada e devidamente orientada sobre o pós-operatórias. Um rigoroso controle do procedimento foi realizado, sendo acompanhada sete, quatorze, vinte e um e sessenta dias. Podemos concluir que comunicação buco-sinusais grandes, a bola de Bichat é bem indicada, apresentando resultados favoráveis. Requer conhecimento anatômico, técnica cirúrgica adequada e habilidade do cirurgião.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: seio maxilar; cirurgia bucal; comunicação buco-sinusal.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO**TRANSTORNO DE IRRUPÇÃO DE DENTE DECÍDUO EM BEBÊ**

Sofia Furlanete Raymundo¹, Ana Lúcia Franco-Micheloni², Flávia Konishi³, Karina Eiras Dela Coleta Pizzol², Hérica Adad Ricci-Donato⁴, Luciana Aparecida Rivera⁴.

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor(a) - Disciplina de Oclusão, Universidade de Araraquara – UNIARA. ³Cirurgiã Dentista, Odontopediatra;

⁴Professor(a) - Disciplina de Odontopediatria, Universidade de Araraquara – UNIARA.

A irrupção dos dentes decíduos inicia-se aos seis meses de idade. Na fase irruptiva, ocorre a penetração do germe dental na mucosa até o dente alcançar o plano oclusal funcional. Nesse período são comuns manifestações teciduais locais e/ou sistêmicas, inerentes ao processo. Assim, relata-se o caso clínico de um bebê de 1 ano e 5 meses, do sexo masculino, cuja responsável procurou a clínica de Odontopediatria da Universidade de Araraquara – UNIARA, por uma lesão hiperplásica de início recente sobre o rebordo alveolar no local do dente 84. Apresentava característica de mucosa semi-rígida, séssil, circular e homogênea, de coloração rosa clara, que não se movimentava com palpação. Uma elevação do rebordo alveolar local, sugestiva de processo de irrupção perdurava no local há um mês. Não foram notadas alterações sistêmicas concomitantes, apenas ligeiro desconforto, aumento de salivação e prurido local nos dias anteriores ao seu aparecimento, acompanhados de comportamento de esquiva durante a higienização. Dois dias após a inspeção clínica, foi planejado um procedimento exploratório por meio de pinçamento na base da lesão, que ocasionou seu destacamento parcial. Abaixo dela foi possível observar uma parte do dente 84 irrupcionando. A partir daí, com leve pressão digital e uso de anestésico tópico foi realizada a remoção completa da lesão. Optou-se por acompanhar e após 1 dia o aspecto local voltou para a normalidade, sendo o diagnóstico fechado como transtorno de irrupção, uma vez que as características clínicas não foram compatíveis com cisto de irrupção. Conclui-se que é importante que o cirurgião reconheça manifestações clínicas que fujam do padrão de normalidade, para que proceda com cuidados específicos fornecendo atenção necessária e particular a cada caso.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: dente decíduo; erupção dentária; sinais e sintomas.

CATEGORIA: CASO CLÍNICO GRADUAÇÃO

PROTOTIPAGEM DE MAXILA PARA RECONSTRUÇÃO COM ENXERTO HOMÓGENO. RELATO DE CASO

Thairine Ferreira da Rocha¹; Luiz Antônio Borelli Barros²; Francisco de Assis Mollo Junior³; Felipe de Oliveira Abirached⁴; Elcio Marcantonio Junior⁵; Luiz Antonio Borelli Barros Filho⁶

¹Aluna de graduação do curso de Odontologia;

²Professor das Disciplinas de Clínica Integrada e Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

³Professor da Disciplina de Prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

⁴Professor das Disciplinas de Clínica Integrada, Prótese e Oclusão da Universidade de Araraquara-UNIARA;

⁵Professor das Disciplinas de Periodontia e Implantodontia de Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP;

⁶Professor das Disciplinas de Clínica Integrada e Prótese da Universidade de Araraquara-UNIARA.

Muitas vezes uma reabilitação oral com implantes ossoeintegrados é dificultada, ou contraindicada, quando não temos altura ou espessura óssea suficiente. Vários tipos de enxerto podem ser utilizados quando nos tratamos de insuficiência óssea. Dentre eles não podemos deixar de mencionar o “padrão ouro da enxertia”: o osso autógeno, que é o único deles que contém os três mecanismos básicos para a neoformação óssea: osteogênese, osteocondução e osteoindução. Entretanto, nem todos os pacientes aceitam esse tipo de procedimento devido a necessidade de área doadora. Nesses casos temos o enxerto homogêneo, ou osso de banco, que é a alternativa nessas ocasiões, sendo o único a ter resultados semelhantes ao autógeno, quando utilizado em bloco. O objetivo de trabalho é mostrar um caso clínico, de uma reconstrução de maxila com enxerto homogêneo. Clinicamente apresentava uma prótese total superior inadequada, com severa reabsorção maxilar. Uma tomografia computadorizada foi solicitada, aonde podemos perceber que a espessura óssea era insuficiente para colocação de implantes. A partir da TC, foi realizada uma prototipagem para agilizar o tempo cirúrgico aonde o recorte e preparo dos blocos ósseos foram feitos na fase pré-operatória, sendo os mesmos fixados na sequência. Passado o período de ossificação, implantes Cone Morse da marca Neodent foram instalados e apesar de bom travamento, foram sepultados apenas por uma questão de segurança. Após o período de osseointegração, foi dada sequência a parte protética. A prótese protocolo foi concluída 48 horas após sua moldagem com a guia multifuncional. Podemos concluir que o enxerto homogêneo tem alto índice de sucesso, desde que realizado corretamente. A prototipagem favoreceu na adaptação dos blocos, diminuindo o tempo cirúrgico.

Instituição Financiadora: não há.

Protocolo do Comitê de Ética: não se aplica.

Palavras-chave: rebordo alveolar; enxerto homogêneo; implantes ossoeintegrados.