

verifica-se que em trabalhos atuais através da experimentação animal feita em ratos, os bifosfonatos e seus derivados atrasam ou inibem a movimentação ortodôntica quando aplicados topicamente. Nos pacientes, sob terapia com bifosfonatos, foi também verificado um aumento do tempo de tratamento, um incompleto encerramento de espaços e pouco paralelismo radicular.

Conclusões: A administração local de bifosfonatos reduz ou inibe o movimento ortodôntico podendo vir a ser considerado um meio auxiliar de ancoragem. Contudo, são necessários estudos clínicos para validar os ensaios em animais. Caso se verifique clinicamente, a utilização de bifosfonatos pode promover uma melhor ancoragem e, posteriormente, um aumento da estabilidade do tratamento ortodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.027>

25. Sinais de alarme da má-oclusão de Classe III



Maria Inês Correia, Ana Rita Carvalho, Margarida Nunes, Eugénio Martins, Afonso Pinhão Ferreira, M^a Cristina Figueiredo Pollmann

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto – Serviço de Ortodontia

Introdução: A má-oclusão de Classe III tem etiologia multifatorial, resultante da interação entre a hereditariedade e os fatores ambientais. A sua prevalência é variável e estima-se que varie entre 1% a 4% nos Caucásios, 5% a 8% nos Negros e 4% a 14% nos Asiáticos. Apesar da má-oclusão de Classe III ser facilmente identificada pelos Médicos Dentistas e população em geral, o diagnóstico em dentição temporária é quase sempre ocasional, pois nestas idades a progenia e/ou a mordida cruzada anterior raramente são motivo da consulta. Nesta má-oclusão, o conhecimento atual sobre crescimento craniofacial é ainda insuficiente pelo que diagnóstico e o plano de tratamento são desafios acrescidos para o Ortodontista. Também o prognóstico do tratamento precoce é difícil associado a grande variabilidade individual. Existe um desenvolvimento anormal da maxila, em muitos dos casos. É essencial estabelecer a distinção entre a Pseudo-Classe III e a Classe III esquelética. A ortodontia interceptiva visa melhorar a função, favorecer um crescimento mais equilibrado e minimizar o agravamento. Este trabalho teve por objetivo apresentar um conjunto de sinais clínicos e radiográficos que auxiliem um diagnóstico precoce de uma má-oclusão de Classe III.

Métodos: Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica na PUBMED usando as palavras chave “Class III malocclusion”, “early Class III diagnosis” e “treatment of Class III malocclusion”. A escolha foi limitada a artigos de língua inglesa, com texto completo e a partir 1980.

Desenvolvimento: O estudo da face dos progenitores ajuda a antevisionar o desenvolvimento craniofacial. A assimetria facial, o perfil côncavo e a ausência de sulco lábio-mentoniano são sinais faciais a considerar. No exame intra-oral devemos atentar às relações dentárias no sentido sagital, à presença de mordida cruzada anterior e à compensação dento-alveolar mandibular. Das medidas cefalométricas que

merecem atenção destacam-se o comprimento do ramo mandibular, a deflexão craniana, a inclinação do plano mandibular relativamente ao plano da base craniana, o ângulo goníaco, comprimento da base craniana posterior e o ângulo da sela. Radiograficamente, a morfologia da sínfise mandibular, a posição da fossa glenóide e a forma do côndilo mandibular são também importantes.

Conclusões: O estudo do crescimento craniofacial e o conhecimento/reconhecimento dos sinais de alarme da má-oclusão de Classe III, facilitam o planeamento individualizado do tratamento e, de algum modo, a previsão da sua estabilidade no tempo, como também, a identificação precoce dos casos com indicação para cirurgia ortognática

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.028>

26. Úvula bifida: importância no diagnóstico da Fenda Palatina Submucosa



Roberto Costa Fernandes, Mário Santiago, Armando Dias da Silva, João Correia Pinto, Líliliana Amado

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A úvula bifida, tal como a diástese muscular e a fenda óssea posterior, faz parte dos sinais clínicos mais frequentes da fenda palatina submucosa. Pode no entanto ser o único presente e visível. Este sinal clínico engloba-se num conjunto de outras manifestações inerentes ao problema da fenda palatina submucosa, nomeadamente a incompetência velo-faríngea. Sendo uma patologia complexa, de abordagem multidisciplinar em que o ortodontista é chamado a intervir, torna-se pertinente o seu conhecimento e as implicações clínicas no tratamento ortodôntico. A presença de úvula bifida deve alertar o ortodontista para a importância da pesquisa de outros sinais clínicos que confirmem um diagnóstico de fenda palatina submucosa. Esta anomalia tem influência direta na elaboração do plano de tratamento ortodôntico ortopédico.

Métodos: Pesquisa bibliográfica on-line na base de dados SciELO, LiLACS e MEDLINE de artigos relacionados com úvula bifida e fendas palatinas submucosas com datas entre 1977 e 2013, empregando as palavras-chave úvula bifida, fenda palatina submucosa e incompetência velo-faríngea. Dados clínicos da consulta de fenda labiopalatina do Centro Hospitalar de S. João – Porto.

Desenvolvimento: Será apresentado um organograma que permita, mediante alguns sinais clínicos, estipular o diagnóstico de fenda palatina submucosa, bem como dos meios radiológicos e clínicos necessários para a confirmação do mesmo.

Conclusões: Os meios complementares de diagnóstico mais utilizados em ortodontia não permitem a visualização anatómica das fendas palatinas submucosas. A presença de úvula bifida pode constituir um sinal clínico que leve o ortodontista a explorar outras formas de diagnóstico que permitam confirmar a presença de uma anomalia de fenda palatina submucosa. Neste sentido, uma história e observação clínica detalhadas devem ser complementadas com outros meios de diagnóstico para se determinar a sua influência na elaboração do plano de tratamento ortodôntico mais adequado ao