

que varia entre 1 e 3%, posicionando-se mais frequentemente por palatino. Contrariamente às impactações vestibulares que se associam à deficiência esquelética da pré-maxila, as palatinas habitualmente surgem em arcadas dentárias com perímetro adequado. Atualmente existem duas teorias relativas à etiologia das impactações caninas por palatino (ICP): a teoria genética e a teoria de orientação do gérmen do canino. A primeira explica a ocorrência de ICP com base numa hereditariedade multifactorial poligénica e baseia-se em 5 premissas: ocorrência de anomalias dentárias concomitantes com ICP, ocorrência bilateral de ICP, diferenças de género na prevalência de ICP, ocorrência familiar de ICP e diferenças de prevalência entre populações. No que concerne à teoria da orientação do gérmen, a mesma contra-argumenta que anomalias dentárias de etiologia genética (incisivos laterais pequenos, ausentes ou conóides) criam uma alteração ambiental que conduz à impactação canina. No estudo de Pirinen de 35 heredogramas encontraram-se 8 famílias, em que indivíduos relacionados em 1º ou 2º grau expressavam o fenótipo, representando uma prevalência de ICP de 4,9% entre parentes. Camilleri em 2008 demonstrou que, embora a impactação canina esteja relacionada com um gene de transmissão dominante, há fatores de ordem ambiental, epigenética e outros genes que influenciam o fenótipo. Assim sendo, são necessários mais estudos que identifiquem os fatores genéticos e o modo como estes influenciam a impactação canina. Será recomendável a monitorização da erupção dos caninos maxilares permanentes antes dos 10 anos, sendo a radiografia panorâmica (RP) um meio preponderante na deteção precoce. Face a um padrão eruptivo dos caninos a sugerir tendência para a impactação, a maioria dos autores defende a extração profilática do canino decíduo (CD).

Caso clínico: Apresenta-se heredograma com fenótipos sugestivos de ICP com etiologia genética. A partir do caso de uma progenitora com história de ICP, apresentam-se os casos clínicos de 3 descendentes com: 1) Impactação unilateral; 2) Impactação bilateral; 3) Processo eruptivo dos caninos normal.

Discussão e conclusões: Dada a história clínica de ICP da progenitora, os descendentes foram devidamente monitorizados no sentido de evitar a impactação dentária. Num dos pacientes, após RP suspeitou-se de impactação unilateral tendo-se realizado extração do CD. No entanto, esta terapêutica intercetiva revelou-se insuficiente para a correta erupção do canino permanente. No outro descendente, durante o período de controlo com RP, tornaram-se óbvios os sinais de impactação bilateral com uma horizontalização e aproximação à linha média dos caninos. Apesar da controvérsia na literatura, o padrão familiar de impactação canina não deverá ser negligenciado podendo o seu conhecimento auxiliar no acompanhamento mais metucioso de pacientes em dentição decídua e/ou mista.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.020>

18. Fisioterapia coadjuvante no tratamento da Classe II cirúrgica



Alexandra Ançã Pires, Nelso Alves Reis

Disciplina de Ortodontia no Curso de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Introdução: A discrepância esquelética de Classe II tem uma elevada prevalência na população caucasiana com uma significativa variabilidade inter-indivíduo. Dependendo do grau de severidade, nem sempre a mecânica ortodôntica é suficiente para obter uma oclusão estável, sendo a intervenção cirúrgica essencial. No entanto, quando a Classe II esquelética se conjuga com um padrão dolicofacial, a estabilidade torna-se mais difícil de alcançar.

Caso clínico: Dois indivíduos caucasianos adultos portadores de má oclusão de Classe II com crescimento vertical foram submetidos a um Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático, cuja cirurgia incluiu os seguintes procedimentos: Le Fort I com intrusão anterior e avanço maxilar, osteotomia bilateral para deslize cortical anterior e correção da assimetria facial e mentoplastia de avanço. No intuito de se obter o mínimo de sobrecarga articular e o máximo de estabilidade pós-tratamento, foi implementado um protocolo de Fisioterapia pré e pós-cirúrgico para estabilização neuromuscular tridimensional, tendo por base a avaliação das articulações temporomandibulares, dos músculos mastigatórios, da postura cervical, da respiração e dos tecidos moles.

Discussão e conclusões: No Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático das Classes II com necessidade de avanço mandibular e redução da altura facial inferior, deve ser incluída a Cinesioterapia Maxilo-Facial antes da cirurgia ortognática pelo risco acrescido de reabsorção condilar, sobretudo se existir disfunção temporomandibular, sendo mandatório o seu tratamento prévio e com recurso a Fisioterapia para restabelecer a função mandibular pela libertação da dor músculo-esquelética, obter a estabilização neuromuscular da ATM e preparar a pele para a tração subsequente. A Cinesioterapia Maxilo-Facial pode ser retomada 5 horas após a cirurgia com recurso a uma Drenagem Linfática Manual para promover o alívio da dor, diminuir o edema e evitar aderências fibrosas. A Fisioterapia Activa para restabelecimento da função mandibular deve ser iniciada a 2 semanas do pós-operatório com um protocolo de exercícios isotónicos e isométricos. Para recuperação da neuropraxia, é recomendado efectuar a reeducação sensorial (3-5 dias pós-operatório) conjugada com terapia comportamental cognitiva através de exercícios de mímica facial para restabelecer as ligações nervosas e automatizar movimentos musculares para as diversas funções orofaciais. A estabilização neuromuscular tridimensional por meio de Fisioterapia proporciona um auxílio na adaptação muscular e tecidual pós-operatória. A Cinesioterapia Maxilo-Facial possibilitou uma recuperação rápida e sem sequelas em termos da dinâmica muscular e mandibular com excelente recuperação sensitiva.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.021>