

terapêutica, decidiu-se paliar o doente. Posto isto, de notar que um exame objetivo intraoral rigoroso pode revelar achados subjacentes a condições neoplásicas à distância e, como tal, permitir o seu diagnóstico e tratamento em fases mais precoces.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.065>

#### # 8. Tratamento ortodôntico-cirúrgico de um paciente com apneia obstrutiva do sono: caso clínico



Alexandra Vinagre\*, Sandra Ferreira, Júlio Fonseca, Ana Margarida Martins Torres Simões, João Carreiro

**Introdução:** A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença crónica de elevada prevalência, caracterizada pelo colapso e consequente obstrução da via aérea superior (VAS) durante o sono, conduzindo a períodos de apneia ou hipopneia. A fragmentação do sono resultante de obstruções repetidas e intermitentes da VAS ocasiona microdespertares noturnos recorrentes, que podem causar alterações sistémicas, funcionais, neurocognitivas e psicossociais, com implicações graves na qualidade de vida de um indivíduo.

**Descrição do caso clínico:** Paciente (C. J. P. A.) do sexo masculino, 42 anos, com diagnóstico de SAOS (Epworth 15; Polissonografia [PSG]: IAH 24; SpO2 80%). Fez terapêutica com CPAP com uma duração de 2 anos, relatando desconforto e intolerância, pelo que foi proposto tratamento ortodôntico-cirúrgico (TOC). O paciente enquadra-se num padrão de classe I esquelética, com biretrusão maxilomandibular e contorno cervicomandibular mal definido. Na telerradiografia de perfil da face observa-se um estreitamento da VAS, em especial na área da oro e laringofaringe e uma biretrusão incisiva. Após a preparação ortodôntica, que visou aumentar a inclinação dos incisivos superiores e retroincliná-los ligeiramente os incisivos inferiores, por forma a aumentar o trespasse horizontal, foi planeada a etapa cirúrgica com avanço maxilomandibular total de 12 mm, com desimpactação posterior do maxilar superior de 2 mm. Os resultados pós-cirúrgicos relatados pelo paciente indicaram uma melhoria da qualidade dos índices subjetivos relativos ao período de descanso noturno, deixando de usar o CPAP nesta fase. Após a conclusão do TOC, verificou-se um bom equilíbrio facial, oclusal e funcional, denotando-se um aumento volumétrico da via aérea na radiografia de perfil da face. O restabelecimento funcional da VAS e função respiratória foi confirmado pela PSG (IAH 12; SpO2 93%). A consciencialização e aconselhamento sobre medidas comportamentais e higiene do sono foram perentoriamente recomendadas ao paciente.

**Discussão e conclusões:** A dimensão da hipofaringe está relacionada com o posicionamento e morfologia maxilomandibular, sendo suscetível às alterações espaciais promovidas

pela cirurgia ortognática. O tratamento da SAOS por intermédio de um TOC tem evidenciado elevados níveis de sucesso clínico, com uma eficácia terapêutica idêntica ao CPAP. O retorno da qualidade do sono dos pacientes coloca esta abordagem na primeira linha de tratamento para casos de SAOS moderada ou grave.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.066>

#### # 9. Cirurgia pré-protética: osteoplastia maxilar – Caso clínico



Ana Borges\*, Catarina Sequeira, João Braga, António Felino

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto

**Introdução:** A reabilitação oral com prótese removível é uma opção terapêutica em pacientes parcialmente edêntulos. Perante variações anatómicas, que podem comprometer o sucesso do tratamento protético, podem estar indicadas correções cirúrgicas pré-protéticas.

**Descrição do caso clínico:** Paciente de 64 anos, género masculino, consultado no serviço de cirurgia oral da FMDUP. Ao exame clínico e radiográfico, verificou-se a presença de exostoses ósseas na cortical vestibular, ausência de espaço interoclusal para realização de tratamento reabilitador protético e inclusão dentária do 28. A espessura da mucosa alveolar encontrava-se dentro dos parâmetros considerados normais. Perante o quadro clínico descrito, foi proposta exodontia do 28 incluso e osteoplastia maxilar, para posterior reabilitação com prótese removível esquelética. Montaram-se os modelos de estudo em articulador, mantendo-se a dimensão vertical de oclusão, definindo-se o local da plastia. Foi realizada uma incisão linear sobre a crista alveolar e descolado um retalho de espessura total no 1.º e 2.º quadrantes. Procedeu-se à osteotomia, com brocas de Lindemann e esférica laminada, montadas, respetivamente, em contra ângulo e peça de mão reta. A exodontia do 28 ocorreu sem complicações.

Removeu-se o excesso de tecido mole com lâmina de bisturi n.º 15. A ferida operatória foi suturada com fio sintético (poliamida 4/0, revestida – sutura contínua ligada). O procedimento cirúrgico foi realizado em bloco operatório sob anestesia geral.

**Discussão e conclusões:** A elaboração de um plano de tratamento, num paciente parcialmente edêntulo, implica um planeamento de todas as fases do tratamento. A cirurgia pré-protética está indicada, sempre que o resultado esperado permita uma melhoria na estabilidade, retenção e suporte da prótese, proporcionando um tratamento reabilitador protético com resultados mais satisfatórios e previsíveis.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.067>