

RESUMOS DO XXIII CONGRESSO DA SPEMD

AUDITÓRIOS DO CENTRO ESCOLAR TURÍSTICO E HOTELEIRO DO ESTORIL 10 E 11 DE OUTUBRO DE 2003

CONFERÊNCIAS E CURSOS

GUIAS FUNCIONAIS - SUA IMPORTÂNCIA EM PROSTODONTIA FIXA

António Lino Carracho*

As guias funcionais (incisiva, canina e ou em grupo) desempenham um papel fundamental nos “comandos” dos movimentos mandibulares.

Discutir-se-ão as relações entre a guia incisiva, nos movimentos de protrusão com inclinação condilar e o tipo de articulação dentária. Também as relações entre as inclinações cuspidas de pré-molares e molares e o sobrepasse vertical e horizontal de acordo com a harmonia funcional.

As alterações dos valores das guias dentárias, segundo o padrão de desgaste funcional ao longo da vida e a sua harmonia ossea ao nível das ATMs; assim com os desvios desses valores causados por abrasão exagerada (movimentos parafuncionais e ou hiperactividade muscular).

Abordar-se-ão também as relações entre o sistema estomatognático e a postura, assim como a influência que as alterações positivas

ou negativas, a nível dos guias de função mandibular poderão exercer sobre os grupos musculares. Tanto nos envolvidos na “sustentação” da mandíbula como na região cervical e no equilíbrio postural.

Efeitos nas ATMs a nível intraarticular potencialmente causados por desvios funcionais devido a alterações nas guias incisiva, canina e ou em grupo.

*Médico Dentista. Mestre em Biologia Oral pela Universidade do Missouri - EUA

PERFIL DE EMERGÊNCIA EM PRÓTESE FIXA

Pedro Couto Viana*

O Perfil de Emergência é fundamental no correcto posicionamento entre os tecidos moles e os tecidos vivos. Apesar da sua reconhecida importância é quase enigmático decifrar quais os vectores que realmente são fundamentais para a sua construção. Compreender os aspectos biológicos, anatómicos e estéticos que devem estar subjacentes ao Perfil de Emergência é uma experiência fascinante que quero partilhar.

*Médico Dentista.

CIMENTAÇÃO DE ESPIGÕES RADICULARES EM FIBRA.

César Leal*, Paulo Júlio Almeida**,
Sampaio Fernandes***, Artur Pinho****

A restauração de dentes com tratamento endodôntico radical (T.E.R.) pressupõe por parte do médico dentista, um conhecimento adequado das condições próprias de cada caso clínico. A primeira decisão prende-se com o facto do dente necessitar ou não de um espigão radicular, pois é sabido que este, em princípio, não reforça o dente, servindo apenas para promover a retenção do falso-coto e consequentemente da coroa fixa. De uma maneira geral, a necessidade de ancoragem radicular prende-se com vários aspectos, entre os quais, o grau de destruição coronária, a anatomia radicular, as condições parodontais e oclusais, a localização do dente (anterior ou posterior) e a finalidade protética.

O aparecimento de novas técnicas e de novos materiais, tem condicionado os profissionais no sentido da utilização de sistemas que permitam conferir aos dentes restaurados o máximo de resistência, retenção e estética. A biocompatibilidade, a ausência de corrosão, o módulo de elasticidade e a resistência à flexão, à tracção e à compressão, devem também ser tidos em conta na utilização dos materiais disponíveis, nomeadamente dos espigões radiculares. Em relação a estes últimos, damos especial relevo aos espigões em fibra de vidro ou de carbono e aos problemas que são colocados na sua cimentação. A perfeita integração (mecânica e química), entre a dentina, o cimento de cimentação, o espigão e o material de reconstrução do falso-coto, são fundamentais para se conseguir o efeito de “monobloco” e uma maior duração das reconstruções coronaradiculares.

*Médico Dentista. Professor Auxiliar de Prótese Fixa da FMDUP.

**Médico Dentista.

***Médico Dentista. Professor Auxiliar de Prótese Fixa da FMDUP.

****Professor Auxiliar de Prótese Fixa da FMDUP.

RESTAURAÇÕES EM CERÂMICA PURA

Fernando Guerra*

Os actuais avanços tecnológicos possibilitam a utilização de restaurações unitárias e de pontes de pequena extensão em cerâmica pura. A tentativa de mimetizar a natureza e os padrões de vida actuais estabelecem indubitavelmente um patamar elevado da qualidade das restaurações proporcionadas aos pacientes. Esta realidade, no entanto, implica um conhecimento adequado dos materiais disponíveis e das etapas dos tratamentos a efectuar para alcançar uma estética adequada.

Nesta apresentação serão abordados os diferentes sistemas de cerâmica pura, a partir de casos clínicos, tendo em consideração as suas indicações, vantagens e desvantagens e as diferenças existentes no que diz respeito aos protocolos sequenciais a utilizar.

*Médico Dentista. Mestre em Investigação Animal pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

CURSO DE ENDODONTIA Microendodontics: Endodontics in the Twenty First Century. Retreatments and Special Cases.

Samuel Kratchman, B.S., D.M.D.*

I. Microendodontics: Endodontics in the Twenty First Century:

The specialty of endodontics has seen enormous changes in technology over recent years. With the introduction of the operating microscope, nickel titanium rotary instruments, and thermoplasticized gutta percha, the way we perform root canals has changed forever. We will discuss these new instruments on the market, showing their uses as well as their limitations. We will then go step-by-step through one clinical case as well as showing numerous other cases. The purpose of this lecture is to

become familiar with the new technology and to be able to incorporate this technique into one's own practice.

II. Retreatments and Special Cases:

Unfortunately for endodontists, retreatments have become a significant portion of our practice. We will discuss case selection and our own limitations in trying to provide heroics. We will show the use of the latest generation of ultrasonic tips through clinical cases, and then a series of special cases, where perforations were repaired with calcium sulfate and MTA (mineral trioxide aggregate), as well as several one-step apexification procedures. Open discussion will be encouraged of how to manage those referrals that only send retreatment cases to your office.

*Certificate in Endodontics from The University of Pennsylvania School of Dental Medicine. Assistant Director of Graduate Endodontics and Surgical Director of Endodontics at the University of Pennsylvania. Private practice limited to endodontics, in Exton, Pennsylvania. Author of chapters for Dental Clinics of North America, and for the textbook Microsurgery in Endodontics. Inventor of a patented instrument called the S Kondenser, used for the vertical compaction of gutta percha.

CURSO DE PATOLOGIA ORAL

**Abordagem das lesões
brancas da mucosa oral no consultório
dentário:
Diagnóstico e tratamento baseado na
evidência.**

António Mano Azul*

Programa:

1. As alterações anatómicas de cor branca da cavidade oral diagnosticam-se mas não se tratam.
2. As glossites migratórias benignas (língua geográfica) não se tratam com antifúngicos
3. A maioria das infecções por *Cândida albicans* da mucosa oral não são brancas.
4. O dentista é o principal agente de diagnóstico precoce do cancro oral. As restantes especialidades médicas atrasam o diagnóstico e põe em causa o prognóstico da doença
5. As lesões brancas por trauma não são leucoplasias e não predispõem para a malignização

6. As leucoplasias evoluem em grande parte para cancro oral e não se vigiam. Tratam-se!

7. O líquen plano oral que não é um achado ocasional é geralmente vermelho e não branco. Deve ser tratado pelo dentista generalista. Provavelmente não está associado a uma maior incidência de cancro oral.

*Médico, especialista em Estomatologia. Consultor da Organização Mundial da Saúde. Professor e Examinador Externo da Universidade de Dublin. Past-President da European Association for Oral Medicine. Revisor do Journal of Dental Research. 172 artigos publicados, 6 livros e capítulos de livros.

RESULTADOS DOS RASTREIOS EFECTUADOS DURANTE O "MÊS DA SAÚDE ORAL DA COLGATE E DA SPEMD"- 2002

Carlos Pereira*

Resumo não disponível

*Responsável pelas relações profissionais da Colgate

MESA REDONDA DE INVESTIGAÇÃO EM MEDICINA DENTÁRIA "Controvérsias. Perspectivas actuais e futuras."

Moderador: Jorge Leitão*

Abordagem multidisciplinar das várias áreas de investigação em Medicina Dentária, incluindo investigação animal, estudos laboratoriais, clínicos e epidemiológicos.

Serão apresentados e discutidos aspectos relacionados com o planeamento, delineamento experimental, dificuldades de implementação prática, financiamento e considerações éticas.

*Professor Catedrático de Biomateriais Dentários da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Investigador Principal do Instituto de Tecnologia Biomédica (ITB). Investigador Principal de projectos de investigação suportados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR), EUA.

CURSO DE IMPLANTOLOGIA **Curso de Introdução à Implantologia**

João Caramês*

Programa:

- 1- Breve história da Implantologia
- 2- Fundamentos actuais da Implantologia
- 3- Indicações e contra indicações
- 4- Diagnóstico e plano de tratamento (discussão interactiva de diversos casos clínicos apresentados pelo orador e pela audiência).
- 5- Técnicas cirúrgicas simples e avançadas.
- 6- Reabilitação protodôntica simples e avançada.
- 7- Tratamento multidisciplinar em reabilitação oral.

Resumo:

A implantologia é hoje considerada uma área indispensável em reabilitação oral.

Novos materiais e técnicas permitem tratamentos que no passado seriam impensáveis. Este elevado grau de sofisticação da implantologia moderna permite um escalonamento em vários e bem definidos níveis de especialização.

Actualmente a maior parte dos cursos de formação contínua nesta área, são dedicados a profissionais que já possuem um elevado nível de conhecimentos na área da implantologia, tornando-se por vezes pouco acessíveis para o clínico geral que se quer iniciar com seriedade na implantologia, ou para quem, na área da medicina dentária, apenas pretenda adquirir conhecimentos que lhe permitam melhorar a avaliação e o tratamento dos seus pacientes.

Este curso é especialmente dedicado a todos os colegas que pretendam uma aprendizagem sólida, ampla e escalonada sobre as potencialidades da implantologia actual.

*Médico Dentista Doutorado em Cirurgia Oral pela FMDUL. Professor Associado da FMDUL Director do Instituto de Implantologia Prática privada exclusiva em Cirurgia Oral e Implantologia

TRAUMATISMOS DENTÁRIOS NA **INFÂNCIA (2-5 ANOS)**

Fernando José Brandão Martins Peres*

Os pacientes com Traumatismos Dentários e Alveolares representam, hoje em dia, uma considerável percentagem das urgências nas nossas Clínicas. Se tivermos em conta o número destes pacientes que, por apresentarem também outros tipos de lesões, recorrem aos Serviços de Urgência Hospitalar, apercebemo-nos da grande importância desta Patologia. Importância que lhe é devida não só pelo elevado número de casos, mas também e sobretudo, pela complexidade e duração do seu tratamento.

Os casos clínicos que iremos apresentar, e por nós tratados, servem para exemplificar a nossa Filosofia de Tratamento desta Patologia.

*Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina Dentária do Porto Professor de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária do Porto

“TERAPIA PULPAR EM DENTES **DECÍDUOS”** **TÉCNICAS E MATERIAIS** **ALTERNATIVOS**

Paula Faria Marques*

Nesta apresentação aborda-se o tema da terapia pulpar em dentição decídua. Será descrita a técnica passo a passo, sendo também referidas as alterações patológicas que constituem contra-indicações relativas ou absolutas. Por fim, são referidas as principais novidades nesta área.

*Médica Dentista Mestrado e Especialidade em Odontopediatria pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Minnesota, E.U.A. Doutoramento em Odontopediatria pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa Regente da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

PULPOTOMIA DE DENTES DECÍDUOS COM SULFATO FÉRRICO

Fernando Mesquita Gabriel*

O sulfato férrico tem sido referenciado na literatura como substituto do formocresol na pulpotomia de dentes decíduos. Discussão da bibliografia pertinente e apresentação do respectivo procedimento clínico.

*Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa Mestrado e especialidade em Odontopediatria pela Universidade de Minnesota, EUA Assistente convidado de Odontopediatria da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

MTA - TRIÓXIDO MINERAL AGREGADO Resultados prometedores na apicoformação. Apresentação de casos clínicos.

Ana Coelho*

O Agregado de Trióxido Mineral (MTA) é um material composto por partículas de óxidos minerais, que foi introduzido recentemente na medicina dentária.

Em Odontopediatria, o MTA pode ser usado em tratamentos de dentes vitais: pulpotomias em dentes decíduos e protecções pulpares directas. No entanto, a sua principal aplicação é em dentes permanentes jovens não vitais: na formação da barreira apical em dentes com necrose pulpar e ápex aberto.

Os casos clínicos apresentados exemplificam o uso do MTA em odontopediatria e pretendem constituir uma base para a discussão das suas vantagens e limitações.

*Médica Dentista, Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade Barcelona, Assistente convidada da FMDUL, Prática exclusiva de Odontopediatria

“TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRECOCE”

Más oclusões transversais e assimetria mandibular.

Jorge Dias Lopes*

As más oclusões transversais poderão não só provocar mas também serem uma consequência da assimetria mandibular.

Iremos abordar estas situações do ponto de vista clínico, começando por definir simetria e assimetria da face, destacando a importância do seu exame clínico.

Numa segunda fase, serão definidos os tipos de assimetrias mandibulares e seus meios de diagnóstico diferencial.

Terminaremos com a abordagem clínica da relação da oclusão cruzada com a assimetria mandibular, com destaque para a etiologia, o diagnóstico e o tratamento em dentição temporária, mista e permanente.

*Professor Auxiliar do SO da FMDUP Coordenador do Mestrado em Ortodontia da FMDUP Especialista em Ortodontia pela OMD Sócio Titular da SPODF Prática exclusiva de ortodontia

“TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRECOCE”

Tratamento Precoce das Más Oclusões Sagitais – Tendências Actuais.

Luís Jardim*

Nesta conferência serão discutidas as principais indicações para o tratamento precoce das más oclusões sagitais (classe II e classe III). As vantagens e limitações das principais opções terapêuticas actualmente disponíveis serão discutidas, em função da idade e tipo de problema inicial

*Professor Associado com Agregação da Universidade de Lisboa Pós-graduado e Mestre em Ortodontia pela Universidade de Minnesota (EUA) Doutor em Ortodontia pela Universidade de Lisboa. Membro da Direcção do Colégio de Especialidade de Ortodontia da OMD Autor de inúmeras conferências, cursos e publicações científicas, em Portugal e no Estrangeiro. Prática clínica restrita à Ortodontia em Lisboa.

FOTOPOLIMERIZADORES. O ESTADO DA TÉCNICA.

Mário Jorge Silva*

O aparecimento no mercado de diferentes aparelhos de fotopolimerização, associados por vezes a tecnologias diferentes, gera dúvidas e receios em muitos profissionais.

É minha pretensão poder contribuir para o esclarecimento de certas questões, especialmente das que me são colocadas pelos colegas com quem me relaciono mais frequentemente.

*Professor Catedrático de Medicina Dentária Conservadora da FMDUP Regente das disciplinas de Dentisteria Operatória da FMDUP Presidente da Comissão Coordenadora do Mestrado em Medicina Dentária Conservadora da FMDUP Presidente do Conselho Pedagógico da FMDUP

EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS ADESIVOS.

Clarimundo Emílio*

Os adesivos dentários como parte integrante dos sistemas de restauração que actualmente estão a ser utilizados, estão também a atravessar um processo de desenvolvimento que tende a melhorar os seus comportamentos. Procura-se nesta exposição apresentar as etapas por que passaram estes elementos indicando as suas vantagens, inconvenientes e passos dos seus protocolos de aplicação que têm evidente repercussão clínica.

*Professor Associado de Medicina Dentária Conservadora da FMDUL Regente das disciplinas de Dentisteria Operatória da FMDU

DENTISTERIA MINIMAMENTE INVASIVA. QUAIS AS NOVAS TECNOLOGIAS?

Ana Cristina Mano Azul*

A dentisteria restauradora e a medicina dentária de uma forma geral têm seguido um caminho cada vez mais orientado para a prevenção, para o diagnóstico precoce e, quando neces-

sário, para intervenções minimamente invasivas.

Esta apresentação tem como objectivo fazer uma súmula das tecnologias recentes que nos ajudam a seguir esta filosofia e que se encontram aplicadas à dentisteria restauradora, ponderando as suas vantagens e desvantagens de uma forma crítica.

*Médica Dentista. Regente da disciplina de dentisteria restauradora do ISCS-Sul. Editora do CRA Newsletter para Portugal.

DENTISTERIA OPERATÓRIA: NOVOS MATERIAIS, VELHOS PROBLEMAS?

João Carlos Ramos*

Na Dentisteria Operatória, tal como na generalidade das áreas da Medicina Dentária, tem-se verificado com um carácter regular, mas com uma periodicidade crescente, a introdução de novos materiais e técnicas, sempre escudados por um manancial de vantagens capazes de convencer, induzir em confusão ou obrigar a uma reflexão, uma grande parte dos clínicos.

Contudo, frequente e infelizmente, numa percentagem considerável dos casos as supostas mais valias não se traduzem por um verdadeiro ou significativo incremento na relação custo/benefício ao nível dos tratamentos efectuados.

Nesta comunicação iremos abordar alguns dos materiais de introdução recente na Dentisteria Operatória, nomeadamente ao nível dos sistemas adesivos, das resinas compostas e dos espigões radiculares. Iremos também tentar contextualizar os novos materiais no âmbito da resolução de alguns dos problemas e desafios clássicos da dentisteria, como as grandes restaurações estéticas no sector anterior, a necessidade de restaurações estéticas mas simultaneamente funcionais nos sectores posteriores, o desafio na reabilitação de dentes endodonciados com grande comprometimento estrutural, ou a necessidade e a importância de preservar a vitalidade pulpar.

*Médico Dentista, licenciado pela Faculdade de Medicina de Coimbra. Assistente de Dentisteria Operatória e aluno de Doutoramento do Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e C.M.F. da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

COMUNICAÇÕES LIVRES

“COMO NÃO FOTOGRAFAR UM DENTE”

Ferreira da Costa, J*; Romão de Sousa, B*;
Seabra, B*

A transmissão da cor, brilho, transparência e textura de um dente ao técnico de prótese, desde sempre constituiu um desafio para o Médico Dentista/Estomatologista.

A existência de um processo eficaz de registo e de comunicação das características de um dente, permitiria alcançar um nível superior de qualidade no trabalho, diminuindo também o número de consultas de prova, evitando repetições e muitas vezes as visitas do protésico.

A fotografia digital, cada vez mais utilizada na nossa especialidade, traz vantagens na correcção da imagem, quando comparada com a convencional. No entanto a sua falta de padronização leva ainda a resultados imprevisíveis.

Os Autores executaram fotografias digitais a um incisivo central superior esquerdo, não restaurado, sob diversas condições de iluminação. Foram utilizadas diferentes calibrações de cor da câmara fotográfica e avaliada a aplicação de fundos de cor neutra.

Os resultados foram observados em monitores calibrados e comparados com o original. Para uma mesma imagem, diversos monitores configurados de fábrica permitiram visualizar resultados muito diferentes; em todos os casos necessária a sua calibração individual. Utilizando diversos tipos de iluminação, observou-se uma grande diversidade tanto na cor registada como na translucidez do dente.

O uso de uma cor de referência como fundo (calibração da fotografia), a escolha da adequada temperatura de cor do flash e o ângulo de iluminação são três factores fundamentais para atingir um resultado de sucesso.

*Médico Dentista Serviço de Imagiologia - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

“CERADAPT”

Freitas, A* ; Matias, F* ; Félix, S***;
Venâncio, R****

Introdução: O tratamento do edentulismo, com base em recursos protéticos inovadores, aumenta as possibilidades terapêuticas, melhorando igualmente as componentes funcional, estética, fonatória e da dicção dos pacientes, intervindo beneficemente para o seu bem-estar físico e psicológico.

Maior ênfase é dada à vertente protética fixa implantar, nomeadamente à inovação de um aditamento totalmente cerâmico, o CerAdapt® (lançado em 1993 pela NobelBiocare).

Objectivos: Efectuar uma pesquisa bibliográfica sobre um componente protético lançado no mercado há cerca de 10 anos, com a finalidade de aprofundar e divulgar o conhecimento, aplicações clínicas e estudos realizados sobre o mesmo.

Materiais e Métodos: Este trabalho foi elaborado com base em pesquisa bibliográfica de revistas e artigos recentes da especialidade, contando com a contribuição, a orientação e o apoio dos docentes da disciplina.

Resultados e Conclusões: Embora promissor no que respeita à substituição de peças dentárias unitárias ausentes no bloco anterior, em que é fundamental a estética, a bibliografia recente pareceu-nos ainda algo reticente quanto à sua utilização em outras situações clínicas, sendo para isso necessários estudos adicionais nesta matéria.

* Aluno 5º ano Medicina Dentária.

** Médico Dentista Assistente de Prostodontia Fixa

*** Médico Estomatologista Professor e Regente de Prostodontia ISCS-SUL
Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul (ISCS-Sul)

“CIMENTOS UTILIZADOS EM PRÓTESE FIXA EM COROAS COM POUCA RETENÇÃO”

Pereira, AR*; Reis, E*; Félix, S**;
Venâncio, R****

Em Prostodontia Fixa, após a preparação dentária, deparamo-nos muitas vezes, com coroas car-

acteristicamente pouco retentivas, nomeadamente no que confere à altura e à expulsividade, o que pode inviabilizar o trabalho protético. A acrescentar a este facto existe ainda a questão do aumento da sensibilidade dentária pós-operatória, desencadeada por uma exagerada exposição dos túbulos dentinários.

Como já é sabido, os cimentos de resina aparecem como uma possível alternativa aos cimentos tradicionais, não só porque aumentam a força necessária para a desinserção das coroas, como também porque diminuem o problema da micro-infiltração.

Este trabalho constitui estudo bibliográfico que visa apresentar as características de cada cimento, especialmente quanto ao seu desempenho clínico, sobretudo no que diz respeito à retenção. São apresentados dados estatísticos acerca da capacidade refentiva proporcionada por cada tipo de cimento, bem como sobre o tipo de falhas que os autores referem surgir, ao tentar proceder à desinserção das coroas.

Os autores concluíram que, de entre todos os cimentos testados, o que proporcionava maior grau de retenção é o cimento de resina, embora tenha sido com estes que ocorreu o maior número de fracturas radiculares.

*aluna.

**assistente de Prótese ISCS-Sul.

***regente de Prótese ISCS-Sul.

Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul

“INTERFERÊNCIAS OCLUSAIS E ALTERAÇÕES DO QUADRILÁTERO DE SUSTENTAÇÃO – INVESTIGAÇÃO ESTABILOMÉTRICA IN VIVO –“

Rosa-Limpo de Sousa, NM*; Magro, P**

Introdução: Actualmente sabemos que se as reabilitações orais (prótese, dentisteria, ortodontia, implantologia, etc.) não respeitarem a oclusão prévia acabam por ser procedimentos iatrogénicos mas cujas reais repercussões estamos só agora a começar a compreender. As interferências oclusais, resultantes de reabilitações orais deficientes são o resultado de procedimentos comuns em Medicina

Dentária em todo o mundo. É quase inevitável a indução de alterações de forma e posicionamento dos constituintes anatómicos a reabilitar interferindo-se assim, ainda que com grau variável, com a função do sistema estomatognático. Se bem que as alterações de função associadas a desconforto, as alterações periodontais por oclusão modificada e a sintomatologia dolorosa (local ou com irradiação) sejam os sinais e sintomas mais referidos na literatura, as alterações posturais são de ter igualmente em conta. Protocolo clínico: São apresentados 2 casos de reabilitação oral (de uma amostra em estudo de n=15) onde se procedeu a avaliação pré e pós tratamento dos seguintes valores: 1)- Estabilometria para avaliação do quadrilátero de sustentação individual; 2)- Avaliação oclusal estática e dinâmica (análise computadorizada de cargas oclusais – Tekscan II); 3)- Axiografia (ArcusDigma). Resultados: No 1º caso, reabilitação unitária do 15, utilizou-se articulador não ajustável e não foram detectadas quaisquer alterações. No 2º caso, reabilitação oral extensa foram efectuadas as medições pós-reabilitação com coroas efectuadas em articulador não ajustável (coroas provisórias) e com coroas efectuadas em articulador semi-ajustável programado com valores individuais (coroas definitivas). Ocorreram alterações estabilométricas dignas de registo e com possível alteração postural a médio e longo prazo (Interação Descendente - critérios de Clauzade). **Conclusões:** 1)- Existe uma interrelação clara entre oclusão e postura corporal (especialmente ao nível da cintura escapular) que começa a deixar de poder ser ignorada pelo clínico; 2)- A estabilometria é um método rápido de detecção dessas mesmas alterações tendo ainda um factor importante no delinear da procedimento terapêutico (avaliação pré-reabilitação) e de prognóstico dos tratamentos efectuados (avaliação pós-reabilitação). 3)- Quanto mais extensa a reabilitação maior a alteração induzida pela mesma; 4)- Reabilitações em primeiros molares, incisivos e caninos induzem mais alterações axiográficas e estabilométricas; 5)- O factor adaptação à alteração induzida atenua-se passadas 18 a 20 semanas.

* ISCS-Su / ESSEM

** Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida.

“PREPARAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ-PROTÉTICA E REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL BIMAXILAR. UM CASO CLÍNICO”

Gomes I*, Bascuinho B*, Cerejeira L**,
Nobre E***, Coelho P***, Lopes LP****

A reabilitação protética de um paciente desdentado total requer muitas vezes um trabalho multidisciplinar no seu planeamento e consequente tratamento.

O caso clínico aqui descrito corresponde ao de um doente do sexo masculino de 56 anos de idade, desdentado total bimaxilar há 6 meses e que recorreu à disciplina de Prostodontia Removível para reabilitação oral. O paciente apresentava uma exostose no 1º quadrante, ao nível da vertente vestibular da crista óssea, e os dentes 23 e 48 inclusos. Na consulta de Cirurgia Oral III procedeu-se à remoção da exostose e do 23 incluso. Um mês após a cirurgia iniciou-se a reabilitação protética com a execução de prótese total bimaxilar. Devido à dificuldade em determinar a relação cêntrica, optou-se por utilizar o método do ponto central de apoio.

Este trabalho tem como objectivo ilustrar alguns dos procedimentos cirúrgicos e protéticos que poderão auxiliar o clínico na resolução de problemas que surgem aquando da reabilitação de um desdentado total. Para o efeito é apresentado um caso clínico realizado nas disciplinas de Cirurgia Oral e de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Disciplinas de Prostodontia Removível e Cirurgia Oral III, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

* Aluno do 6º ano

** Assistente Convidado

*** Professor Associado

“ADENOMA PLEOMÓRFICO: TRATAMENTO CIRÚRGICO.”

Moscardini da Costa, A*; Mariano, RC***;
Reis Messora, M****; Costa Pereira, A*****

Adenoma pleomórfico, ou tumor misto benígno, é o neoplasma salivar mais comum, acometendo

glândulas maiores e menores. Deriva da mistura de elementos ductais e mioepiteliais, podendo existir diversificação microscópica de um tumor para outro e em diferentes áreas de um mesmo tumor. É mais prevalente entre os trinta e quarenta anos e entre mulheres. O palato é o sítio mais comum, a porção póstero-lateral a mais acometida apresentando uma massa de superfície plana, cupular e móvel. Se negligenciada, cresce a proporções grotescas. O tratamento é a excisão

cirúrgica. O paciente, J.D.C., 49 anos, sexo masculino, procurou atendimento queixando-se de um "aumento no palato direito" observado há dois anos e meio e indolor. Clinicamente verificamos lesão nodular, medindo três centímetros de diâmetro, recoberta por mucosa normal, consistência mole, localizada no limite entre palatos. Ao exame radiográfico oclusal da maxila observamos discreta radiolucidez do lado acometido. Foi realizada biópsia excisional e encaminhada para exame histopatológico. O diagnóstico microscópico: adenoma pleomórfico, devido a presença de tecido conjuntivo fibroso denso e epitelial proliferativo em cordões ou lençóis e formando estruturas ductais. O paciente encontra-se em proervação há dois meses e sem recidiva. Os autores discutem o procedimento apresentando criticamente as aplicações dos princípios da técnica cirúrgica e a importância da exérese sabendo que 25% dos tumores mistos benignos sofrem transformação maligna quando ficam muito tempo sem tratamento.

† Académica

** Professor Doutor titular da disciplina de cirurgia da Efoa/Ceufe

*** Professor voluntário da disciplina de cirurgia da Efoa/Ceufe

**** Professor Doutor de patologia da Efoa/Ceufe Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, Brasil.

“TRATAMENTO DE FRACTURAS DA MANDÍBULA COM PARAFUSOS DE TRACÇÃO.”

Trigo, M*; Ramos, JN***; Fraga, B****

Objectivos:

A fixação com parafusos de tracção pode ser utilizada em algumas fracturas da mandíbula.

É objectivo deste trabalho fazer uma breve

revisão sobre este assunto.

Material e método:

O princípio é baseado num método, onde são feitos dois orifícios de diferentes diâmetros no córtex bucal e lingual mandibular.

São explicadas as aplicações e técnicas deste método e apresentados alguns casos clínicos.

Conclusão:

Quando respeitadas as indicações e os princípios técnicos, é um método de fácil execução garantindo uma fixação adequada.

* Interno de Cirurgia Plástica

** Assistente Hospitalar

*** Director de Serviço

Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial do Hospital Egas Moniz

“AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS NAS EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES RETIDOS.”

(Segundo Lugar na categoria de “Comunicações Livres”)

Mariano, RC*; Messoria, MR**

Os procedimentos cirúrgicos de cabeça e pescoço podem causar dores consideráveis, disfunções e edemas. A remoção dos terceiros molares é um procedimento comum na prática de cirurgia oral, que se complica, justamente, por essas ocorrências desfavoráveis. A indústria farmacológica disponibiliza uma série de drogas para serem utilizadas como preventivas ou minimizadoras das principais complicações pós-exodônticas. Junto a esta diversidade de fármacos, a literatura torna-se controversa quando procura-se definir qual o melhor protocolo medicamentoso a ser empregado no pré-operatório tendo em vista um pós-cirúrgico com menor morbidade, justificando, deste modo, a avaliação clínica de antiinflamatórios (rofecoxib, ibuprofeno-arginina, clonixinato de lisina, nimesulida dexametasona, betametasona) e analgésicos (paracetamol e dipirona sódica) no controle da dor, edema e trismo após extrações de dentes retidos. Foram realizadas extrações de 3^{os} molares inferiores retidos.

Em cada sessão os pacientes receberam no pré e pós-operatório doses de um dos medicamentos testados. A dor foi avaliada pela VAS e o consumo de analgésicos; o edema pelo método linear de Neupert; e a abertura bucal pela distância interincisal. Todos os parâmetros foram observados em 3 períodos pós-operatórios e submetidos à avaliação estatística. O controle da dor e edema se deu de maneira mais eficaz quando no pré-operatório o paciente recebeu corticóide. A limitação da abertura bucal, encontrada em todos os grupos, foi vista de maneira semelhante. Assim, pôde-se concluir que corticóides em dose única propiciam maior conforto pós-exodôntico de intervenções traumáticas.

* Professor Doutor – Disciplina de Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial

** Cirurgião-Dentista estagiário da Disciplina de Cirurgia

Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas – Centro Universitário Federal, Brasil.

“MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA CONTROLO DO MEDO E DA DOR NO PACIENTE PEDIÁTRICO.”

Valadares, LM*; Lopes, LB*; Milagre, VB**

A maioria dos pacientes pediátricos aceita os tratamentos dentários satisfatoriamente, outros há que não o permitem, quer por serem demasiadamente jovens, quer por medo, ou por serem portadores de algum tipo de limitação/deficiência. Os autores propõem-se desmistificar os diferentes fármacos utilizáveis em sedação ligeira, sucessos e insucessos dos mesmos, bem como indicações e limitações.

* Médico Dentista

** Médica

Estomatologista Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul / Universidade de Barcelona

“ESTUDO COMPARATIVO DA CAPACIDADE DE SELAMENTO DE TRÊS TÉCNICAS DE OBTURAÇÃO DE CANAIS RADICULARES.”

(Primeiro Lugar na categoria de “Comunicações Livres”)

Teles, AM*, Paulo, M**

Objectivo: Avaliação, in vitro, da capacidade de selamento apical das técnicas de obturação designadas por “Thermafil”(I) e “Soft-Core”(II), comparada com a técnica da Condensação Lateral (III).

Materiais e métodos: 45 dentes foram preparados e obturados e depois, cobertos com verniz das unhas até cerca de 2mm do ápice radicular e submersos em corante. Procedeu-se ao corte longitudinal e à posterior observação microscópica.

Resultados: A análise estatística revelou que os valores médios de infiltração apical de cada técnica são significativamente diferentes entre os grupos I e II e entre os grupos I e III.

Conclusão: Nas condições deste estudo, a técnica “Thermafil” conduziu a melhores resultados, sendo que a técnica “Soft-Core” registou os valores mais altos e mais variados.

*Mestre em Medicina Dentária Conservadora (Endodontia). Docente da Disciplina de Endodontia da Licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

**Professor Auxiliar da disciplina de Endodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

OBTURAÇÕES A THERMAFIL: - NOVO PROTOCOLO DE REMOÇÃO INDIVIDUAL-

Soares Pinheiro, ML; Cruz, P; Rosa-Limpo
de Sousa, NM
ISCS / ESSEM / FMDUL

Introdução: As obturações com o sistema Thermafil têm vindo a cativar profissionais em todo o mundo, dada a sua rapidez de execução face às restantes técnicas. Dada a sua crescente utilização, será previsível o aumento do número

de casos que requerem retratamento endodôntico ou necessidade de retenção intracanal e com os quais qualquer médico dentista se pode deparar na sua consulta diária. Protocolo Clínico: Foram, por um único operador, utilizados 84 canais de 56 dentes (uniradiculares/multiradiculares) recém-extraídos e armazenados em Cloramina 0,5% a 4°C. 1)-Montagem da amostra em suporte acrílico 2)- Acesso endodôntico. 3)- Exploração com limas K; 4)- Calculo do CT; 5)- Instrumentação mecânica a 250 r.p.m. até uma dilatação final ISO 35 (Técnica Crown-Down) 6)-Quando necessário, foi utilizado EDTA 18,6% em gel 7)-Irrigação final com soro estéril. 8)-Secagem canal 9)-A amostra (n=80) e o controlo positivo (n=2 - 1 uni e 1 multiradicular) foram obturados com sistema Thermafil e cimento UDMA. 10)-Ao controlo positivo não se procedeu a qualquer tentativa de remoção da obturação. O controlo negativo (n=2 - 1 uni e 1 multiradicular) foram dentes abertos e instrumentados mas, não obturados. 11)-Restaurou-se a cavidade com resina composta e sistema adesivo 12)- Armazenamento da amostra por 24H (NaCl0,9%) a 37°C. 13)- Isolamento da superfície radicular com 3 camadas de verniz nitroceluloso; 14)- Termociclagem entre 28°C e os 45°C, durante 10.000 ciclos de 30 segundos cada, simulando um ano de uso clínico. 15)- Montou-se cada dente no local respectivo da arcada em frasco adaptado e acoplado a fantoma (simular a posição de consulta).. 16)- Remoção da obturação. Em metade da amostra (n=40), a remoção da obturação foi efectuada sem ampliação visual e na restante amostra (n=40), foi tentada com M.O. 17)- Utilizou-se a sonda e/ou bordo não cortante da lâmina nº11 para remover o excesso cervical. Colocou-se Clorofórmio (99.9%) com seringa e agulha; 18)- No nicho criado utilizaram-se manualmente limas H nº15 e limas Profile 0.4 nº20 para individualizar o transportador até cerca de 1/2 a 2/3 do seu comprimento total; 19)- Aplicou-se 1 gota de clorofórmio e esperou-se 15 segundos; 20)- Com pinça de microcirurgia oftalmológica o transportador foi retirado com movimento vertical em conjunto com movimento de rotação a 1/4 de volta. 21)- Torna-se facilitado o acesso ao 1/3 apical para o retratamento ou espigão. Resultados: 1)- A ranhura longitudinal do transportador apenas foi

identificada em 4 casos sem M.O. (10%) e em 10 dos casos com M.O. (25%); 2)-Na amostra sem M.O. foram removidos 29 transportadores (72,5%) e na amostra com M.O. foram removidos 37 transportadores (92,5%). 3)- O tempo de remoção foi, em média, 28 min para a remoção sem M.O. (com valores mínimo de 8 min. e máximo de 51 min.) e de 17 min para a remoção com M.O. (com valor mínimo de 4 min. e máximo de 38 min.). Conclusões e Vantagens do protocolo proposto: 1)- Não requer a aquisição de material suplementar 2)- Remoção manual da gutta-percha que não cria tanta fadiga como a remoção por instrumentação mecanizada 3)- Elevada taxa de sucesso mesmo sem M.O. 4)- Permite manter a integridade do cone transportador sendo facilitada a avaliação imediata após a remoção 5)- Evita o transporte do canal a retratar comum na remoção por rotação mecanizada fragilizando o dente; 6)- A criação de nichos individuais permite a colocação isolada e localizada de solvente sem interferência com a gutta-percha de canais adjacentes pois ao evitar que o solvente banhe toda a câmara pulpar, evitamos a dissolução da gutta-percha cervical dos restantes canais o que poderia contribuir para microinfiltrações e desadaptação intracanal do material obturador; 8)- utilização criteriosa do clorofórmio dadas as suas propriedades tóxicas.

POSTERS

“A COR: UM PROBLEMA NA COMUNICAÇÃO COM O LÁBORATÓRIO DE PRÓTESE.”

Ferreira da Costa, J*; Seabra, B*; Romão de Sousa, B*

O elevado nível de exigência estética dos pacientes, constitui um desafio cada vez maior ao Médico Dentista / Estomatologista, que procura encontrar soluções que permitam restabelecer a naturalidade da cor, textura e forma dos dentes, para além da sua função no aparelho estomatognático. Situações que antes

passavam despercebidas, hoje são factores essenciais para uma reabilitação com sucesso. No entanto, a escolha da cor e a sua transmissão ao técnico de prótese, continuam a constituir um problema.

Têm sido relatadas ou sugeridas diversas técnicas, entre tabelas de cor, equipamentos sofisticados e registos fotográficos. Os Autores procuram analisar o problema do registo da cor, com recurso à fotografia digital e o seu posterior envio ao laboratório. São detalhadas as etapas existentes desde a aquisição da imagem do paciente, até à visualização final por parte do técnico de prótese. São igualmente identificados os erros que, em cada passo, possam interferir no resultado final.

Em todas as etapas podem ser introduzidos erros que tornam os resultados imprevisíveis. Deve haver cuidado a escolha de aparelhos adequados e na sua correcta calibração. Estão descritas na literatura diversas soluções para cada etapa. No entanto, a validade e a reprodutibilidade da técnica fotográfica digital, só podem ser confirmadas através de um trabalho clínico experimental.

* Médico Dentista Serviço de Imagiologia – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

“CORRECÇÃO DO PLANO OCLUSAL ATRAVÉS DA REABILITAÇÃO COM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL.”

(Terceiro Lugar na categoria de “Posters”)

Calçada, C*; Franca, P*; Serralheiro, I**;
Lopes, LP***

A reabilitação com prótese total unimaxilar é usualmente mais difícil de realizar, obrigando muitas vezes à correcção prévia do plano oclusal da arcada antagonista dentada.

No caso clínico aqui apresentado a paciente tinha uma desdentação parcial inferior, classe I de Kennedy-Aplegate, que se opunha a uma arcada superior totalmente edêntula. O plano oclusal definido pelos dentes inferiores era

irregular. Para estabelecer uma oclusão aceitável foi necessário proceder à correcção do plano oclusal inferior através da realização de uma prótese parcial removível (PPR) esquelética inferior. Esta tinha meios onlays metálicos que assentavam sobre os dentes em infra-oclusão. No tratamento desta paciente foi ainda necessário encerrar um diastema mediano inferior, tendo sido colocado na PPR, com o objectivo de melhorar a estética, um 5º dente incisivo.

Este trabalho tem como finalidade descrever a utilização de uma PPR como uma das soluções clínicas possíveis para a correcção de uma oclusão irregular. O caso aqui descrito foi realizado na disciplina de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

* Aluno 6º ano

** Assistente Convocado

*** Professor Associado

Disciplina de Prostodontia Removível, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

“PRÓTESE IMEDIATA – CASO CLÍNICO.”

Neves, H*; Sezinando, A*; Nobre, E**;
Lopes, LP***

A Prótese Imediata é um tipo de reabilitação removível que permite que dentes relevantes sob o ponto de vista estético e/ou funcional sejam extraídos e imediatamente substituídos. Embora seja considerada como uma reabilitação temporária enquanto não se dá a cicatrização completa dos tecidos, é uma solução aceitável e que permite preservar a estética e a função prejudicadas pela extracção de peças dentárias.

O caso clínico aqui apresentado foi realizado na consulta de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa. Corresponde a um paciente com indicação, por razões periodontais, para a extracção de todos os seus dentes inferiores remanescentes, de 1º pré-molar a 1º pré-molar. Por razões profissionais o paciente não podia permanecer desdentado, razão pela qual foi decidido realizar uma prótese

imediate total inferior. Dado o pouco suporte ósseo e a grande mobilidade dos dentes inferiores presentes foi utilizada uma moldeira individual com janela e uma técnica com dupla impressão da mandíbula. De modo a controlar a compressão exercida pela prótese sobre os tecidos foi feita uma guia cirúrgica.

Esta apresentação tem por objectivo descrever os princípios de planeamento e as etapas da execução de uma Prótese Total Imediata.

* Aluno 6º ano

** Assistente Convocado

*** Professor Associado

Disciplina de Prostodontia Removível, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

“PRÓTESE TOTAL BIMAXILAR SOBRE RAÍZES. UTILIZAÇÃO DE MEIOS AUXILIARES DE RETENÇÃO ACTIVA.”

Basquinho, B*; Gomes, I*; Blizneva, L**;
Madeira, C***; Lopes, LP****

A Prótese Sobre Raízes (PSR) é um tipo de reabilitação a considerar face a outras hipóteses de tratamento como a prótese convencional, total ou parcial, ou à prótese sobre implantes. A escolha de uma PSR permite diminuir a reabsorção óssea e conservar a propriocepção, aumentando a estabilidade, a retenção e o suporte da prótese.

O caso clínico apresentado neste trabalho descreve a reabilitação protética de uma doente com desdentação parcial. O plano de tratamento consistiu na extracção das peças dentárias que apresentavam mobilidade grau II e III. Os dentes remanescentes: 11, 21, 33 e 43, apresentavam restaurações extensas a compósito. O seu suporte periodontal era contudo bom, não apresentando mobilidade nem hemorragia à sondagem. Estes dentes foram usados como suporte aos meios auxiliares de retenção activa, em bola nos dentes 11 e 21 e com barra de Dolder nos 33 e 43.

Esta apresentação tem por objectivo descre-

ver os princípios de planeamento e as etapas da execução de uma Prótese Total Bimaxilar Sobre Raízes utilizando meios auxiliares de retenção activa.

* Aluno 6º ano

** Monitora

*** Assistente Convidado

**** Professor Associado Disciplina de Prótese Removível, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

“REABILITAÇÃO ORAL DE UMA PACIENTE ESPECIAL.”

Macedo, AR*; Venâncio, R **; Félix, S ***

Introdução: Pacientes com paralisia cerebral e com limitações físicas e psicológicas desencadeiam alterações no estado de saúde geral, bem como o aparecimento de complicações locais. A cavidade oral é uma das áreas afectadas com a perda de peças dentárias. A dificuldade de estes pacientes colaborarem aumenta grandemente a taxa de insucesso da reabilitação oral.

Objectivos: Reabilitar com PPR um paciente com paralisia cerebral, melhorando a sua função mastigatória, fonética e estética; Desenvolver junto do paciente e da família um trabalho de ensino e de motivação para o uso da prótese.

Materiais e métodos: A uma paciente desdentada classe II modificação 2 da arcada superior, e classe I da inferior (classificação de Kennedy) foram confeccionadas 2 próteses, uma acrílica superior com 10 dentes e uma inferior, em CrCo, com 5 dentes. Este trabalho foi realizado no ISCS-Sul, na consulta de Clínica Integrada.

Resultados: A paciente adaptou-se e colaborou com o tratamento proposto, à semelhança dos prestadores de cuidados (familiares), que participaram nos cuidados com a prótese. O posterior internamento numa instituição de saúde mental, levou, no entanto, ao abandono do uso das próteses.

Conclusões: Os resultados não foram os esperados, mas o próximo passo será contactar o centro de internamento e os responsáveis do mesmo, para alertá-los para as vantagens da utilização das próteses por parte da nossa paciente.

* Monitora de Prótese do ISCS-Sul

** Regente de Prótese do ISCS-Sul

*** Assistente de Prótese do ISCS-Sul

“RETENÇÃO DE CIMENTOS PROVISÓRIOS EM DENTES NATURAIS PARA PRÓTESES UNITÁRIAS TEMPORÁRIAS”

Almeida, TC*; Amaral, TD*; Fernandes, PF*; Vide, PA*; Silva, CL**; Fernandes JS**

A restauração provisória é uma fase importante no processo de confecção de uma restauração definitiva.

Para que esta seja capaz de responder às exigências funcionais e estéticas, necessita de apresentar uma boa retenção e resistência, pelo que a cimentação e o tipo de cimento assumem um papel preponderante.

Nesta perspectiva, os autores apresentam os resultados dum estudo in vitro sobre a retenção de dois cimentos temporários de utilização corrente na prática clínica do Médico Dentista.

* Aluno da FMDUP

** Professor de Prótese Fixa na FMDUP

“REPARAÇÃO INTRA-ORAL DE FRACTURAS EM COROAS CERÂMICAS E METALOCERÂMICAS.”

Lopes, O*; Soares, D*; Fernandes, S***; Leal, C**; Pinho, A**

A potencialidade de uma reparação intra-oral despertou em nós o interesse em realizar um arti-

go científico que aprofundasse esta temática e fosse complementado por um protocolo clínico.

Várias são as causas de fractura em coroas cerâmicas e metal-cerâmicas, sendo necessário o reconhecimento das mesmas para prevenir a situação. Na presença de uma fractura a sua substituição não é, muitas vezes, a melhor opção de tratamento, quer pelo dispêndio de tempo, quer pelo custo financeiro que acarreta. Recorre-se, assim, na clínica, a métodos de reparação intra-oral, que se diferenciam basicamente, na forma de tratamento da superfície exposta para promover a adesão da resina reparadora.

Uma superfície fracturada em que há apenas exposição de cerâmica feldspática deve ser tratada com ácido fluorídrico, em isolamento absoluto, ou jacteamto com Al₂O₃. Uma fractura na cerâmica aluminosa – Procera e In-Ceram ou que implique exposição de metal exige um tratamento de superfície pela técnica de jacteamto ou abrasão com broca diamantada.

Dois sistemas de reparação – Cojet® (ESPE) e Cimara® (VOCO) – introduzidos recentemente no mercado, são específicos para fracturas em que há grande exposição de metal.

Elaboramos três protocolos clínicos orientados para a reparação intra-oral de fracturas simples em cerâmica, fracturas em material cerâmico com uma pequena exposição de metal e fracturas de material cerâmico com uma grande exposição metálica, os quais nos parecem oferecer boas condições de sucesso e ao alcance do Médico Dentista generalista.

* Aluna do 5º ano da FMDUP

** Professor Doutor da FMDUP

“COMPLICAÇÕES ORO-MAXILO-FACIAIS DA RADIOTERAPIA: O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA.”

Seabra, B*; Romão de Sousa, B*; Ferreira da Costa, J*

Cerca de metade das neoplasias que atingem a cabeça e pescoço, são hoje em dia tratadas por radioterapia. Este tratamento envolve a uti-

lização de radiações ionizantes que actuam de forma eficaz nos órgãos afectados, mas provocam também alterações nos tecidos saudáveis envolventes. As complicações inerentes à radioterapia, podem ser prevenidas e tratadas, quando se actua atempadamente, e devem ser acompanhadas e controladas a longo prazo.

Os autores avaliaram as propostas actuais de terapêutica e prevenção das complicações Oro-Maxilo-Faciais resultantes da radioterapia. Foram estudados os principais órgãos e tecidos afectados e as patologias mais frequentemente associadas. Procurou-se sistematizar os procedimentos que o Médico Dentista e o Estomatologista deverão seguir, antes, durante e após a radioterapia.

Nos doentes submetidos a radioterapia da cabeça e pescoço é necessário existir uma abordagem multidisciplinar, para que se possa proporcionar ao paciente, atempadamente, todos os cuidados necessários à manutenção de uma boa saúde oral. Entre as complicações da radioterapia, aquelas com que mais frequentemente temos de lidar são mucosite, xerostomia, osteoradionecrose e infecções locais. Avanços tecnológicos na radioterapia e a melhoria na prevenção e no tratamento das complicações surgidas, permitiram uma redução significativa da morbidade e do sofrimento deste tipo de pacientes.

† Médico Dentista Serviço de Imagiologia – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

“ADERÊNCIAS DO DISCO TEMPOROMANDIBULAR - PROTOCOLO NÃO CIRÚRGICO -“

Rosa-Limpo de Sousa, NM*

Introdução: Actualmente sabemos que, embora bastante raras na sua forma mais pura, as aderências do disco temporomandibular originam alterações morfo-funcionais importantes. É apresentado um caso clínico onde uma paciente jovem, 31 anos, sem patologia associada ou

história progressiva de disfunção temporomandibular, inicia um quadro clínico onde tem dificuldade em abrir a boca à sua máxima amplitude (AM) e/ou dificuldade em fechar até à máxima intercuspidação (MIC) tendo de procurar uma posição lateral para o fazer sendo este procedimento doloroso. Quando consegue efectuar o movimento de abertura/fecho sem bloqueio relata estalidos na articulação esquerda tendo estes, associados à dor, sido o motivo da consulta em otorrinolaringologia, especialidade da qual veio encaminhada. Protocolo clínico: A palpação e auscultação revelam estalidos recíprocos duplos sugestivos de aderência do disco articular ma também de integridade dos componentes articulares e do alinhamento entre os mesmos. Ausência de dor (excepto porção média do esternocleidomastóideu direito) ou trigger-points à palpação muscular embora exista dor à palpação na articulação afectada e em abertura máxima (retrodiscite?). São ainda apresentados e discutidos exames gráficos da cinemática mandibular (ArcusDigma - Kavo) e sua correlação com a patologia descrita. Tratamento: De forma a tentar o descolamento do disco da forma menos invasiva possível, a paciente foi instruída a massajar levemente a articulação afectada em diferentes graus de abertura durante 7 dias após os quais se efectuou reavaliação. A não eliminação do quadro clínico levou à opção terapêutica de descolamento do disco por administração intra-articular de líquido entre o disco e a cavidade glenóide, por se considerar a cirurgia à ATM como o último recurso. A administração foi repetida 5 dias após. Resultados: A reavaliação do quadro clínico mostrou dor moderada no local de aplicação do líquido (mais evidente dois dias após a segunda administração). Os sintomas regrediram ao 4º dia após a última administração. A reavaliação (RMN, auscultação, palpação e traçados cinemáticos) mostra libertação do disco agora com função fisiológica. Conclusões: 1)- Embora rara esta disfunção temporomandibular é dolorosa e tende a caminhar rapidamente para a degeneração do disco temporomandibular pelo que requer intervenção rápida pelo médico; 2)- O correcto diagnóstico implica a análise em ressonância magnética (RMN) do complexo côndilo-disco-cavidade glenóide em

pelo menos 3 posições iniciais distintas (MIC, AM e entre estalidos); 3)- A administração de líquido no compartimento superior da ATM, embora seja um procedimento delicado, parece ser uma alternativa eficaz à cirurgia temporomandibular bem aceite pelo doente dado o follow-up menos complicado e mais breve.

* Médico Dentista, Assistente, ISCS-Sit / ESSEM

“RELAÇÕES ENTRE O PERFIL LIPÍDICO, DIABETES E DOENÇA PERIODONTAL.”

(Segundo Lugar na categoria de “Posters”)

Lobo Pereira, JA*; Lopes, A**; Carvalho, D***; Pinto, M*; Medina, JL***

Objectivos: As alterações do metabolismo lipídico, frequentemente associadas à doença diabética, são reconhecidas como factores influentes na imunidade inata. Este poster apresenta alguns resultados preliminares dum estudo, em curso sobre indicadores clínicos da doença periodontal, diabetes mellitus e metabolismo lipídico.

Métodos: A amostra estudada é constituída por 40 indivíduos não diabéticos e 36 diabéticos. Ambos os grupos foram seleccionados na área do Hospital de S. João, durante os anos de 2002 e 2003. Os critérios de exclusão adoptados visam eliminar alguns dos principais factores de confusão que possam influenciar significativamente os indicadores clínicos estudados.

As variáveis analíticas avaliadas e estudadas para apresentar neste poster foram o colesterol total (CT), as lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e os triglicédeos. Os indicadores clínicos periodontais foram a profundidade de sondagem, o nível de aderência, a hemorragia pós sondagem e a recessão gengival.

Resultados: Apesar da reduzida dimensão da amostra os resultados revelam correlações das LDL com a profundidade média de sondagem,

e da idade com a profundidade média de sondagem e nível médio de aderência. Quando comparamos o grupo estudo com o grupo controlo verificou-se que há diferenças significativas relativamente à profundidade média de sondagem.

*Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Licenciada em Ciências da Nutrição

***Unidade de Endocrinologia do Hospital S. João, Porto

****Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

“A SAÚDE ORAL NUM PAÍS EM DESENVOLVIMENTO - PROJECTO HUMANITÁRIO EM CABO VERDE, ILHA DE MAIO.”

Peres, P*; Toscano, A**; Lopes, F; Graça, T*

O grupo GASNova (grupo de acção Social da Universidade Nova de Lisboa), em Agosto de 2003 levou a cabo um projecto de ajuda humanitária em Cabo Verde, ilha de Maio. Constatando, em acções anteriores, que a saúde oral nesta ilha precisava de apoio, este grupo resolveu convidar um médico dentista para integrar a sua equipa.

Esse trabalho, teve como objectivos fazer o levantamento das necessidades de saúde oral da população, bem como proporcionar alguns tratamentos de urgência que pudessem ser realizados com os poucos meios existentes no local. Para tal, foram realizados, em diversas localidades da ilha de Maio, 101 rastreios orais nos quais foram utilizados critérios de diagnóstico da OMS.

Foram observadas 25 crianças de 6 anos, tendo-se obtido 24% de isentos de cárie com cpo médio de 2.76. Com 12 anos, em 25 crianças, obtiveram-se 60% de isentos de cárie com CPO médio de 0.84. Foram ainda realizadas cerca de 70 consultas onde se efectuaram 80 extracções dentárias.

Apesar de, com base nestes resultados, o nível de gravidade e prevalência da cárie não ser muito elevado, constata-se a falta de assistência nesta área da saúde, tanto a nível preventivo como no tratamento dos problemas

dentários já existentes na população desta ilha. Seria importante implementar um programa global de saúde oral envolvendo as entidades locais (professores, educadores, enfermeiros, etc) e integrando no Centro de Saúde uma equipa de saúde oral (médico-dentista, higienista e assistente).

* Médico Dentista

** Higienista Oral, Médico Dentista, Mestre em Biologia Oral, Assistente estagiário Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FMDUL.

“BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE ORAL.”

(Primeiro Lugar na categoria de “Posters”)

Cabral, RV*

Introdução: No âmbito do Programa de Saúde Oral dos Açores surgiu a ideia da criação de um registo da evolução da saúde oral da população. O Boletim Individual de Saúde Oral, proposta inovadora em Portugal, pretende colmatar a falta de informação da história clínica oral de cada indivíduo.

Objectivos: 1) Informar as pessoas para o cumprimento das regras de saúde oral. 2) Registrar a cronologia da erupção dentária, hábitos e diagnóstico dos problemas no sistema estomatognático. 3) Registrar os tratamentos efectuados em cada indivíduo. 4) Permitir aos profissionais de saúde acesso objectivo do historial clínico de cada indivíduo. 5) Registrar obrigatoriamente o estado de saúde oral aos 3, 6, 9, 12 e 18 anos. 6) Registrar as concentrações de Flúor nas águas da área geográfica de residência para orientar as prescrições de suplementos de Flúor. 7) Ajudar à identificação do indivíduo no âmbito da medicina dentária forense. 8) Permitir criar uma base de dados para estudos epidemiológicos e estatísticos, que servirá para o fundamento e estabelecimento de estratégias e prioridades a programas de promoção de saúde oral.

Métodos: Os índices, os códigos, os critérios de diagnósticos e as idades dos registos são os

preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

Conclusão: O Boletim Individual de Saúde Oral pode permitir uma análise continuada e evolutiva do passado, um estudo pormenorizado do presente e poderá também servir para o planeamento de acções orientadas e sustentadas para o futuro da saúde oral do indivíduo e das populações.

*Médico Dentista

“MERGULHO COM ESCAFANDRO AUTÓNOMO: FACTOR ETIOLÓGICO PARA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR.”

CPAS – CENTRO PORTUGUÊS DE ACTIVIDADES SUBAQUÁTICAS

Introdução: O mergulho com escafandro autónomo está associado a aumentos de pressão que interferem, entre outros, na fisiologia do sistema estomatognático sendo o exemplo mais conhecido a barodontalgia. No entanto, embora habitualmente descurado, a pouca literatura mundial mostra de uma forma cada vez mais nítida uma maior incidência de desordens temporomandibulares em determinadas actividades, nas quais o mergulho com escafandro autónomo faz parte, quando comparadas com a incidência deste tipo de patologias na população geral. Revisão Bibliográfica: Apesar da panaceia de problemas a que um mergulhador está sujeito, tais como lesões oculares, do ouvido interno, barodontalgias, intoxicação por carbono e azoto, embolias de descompressão entre outras, este trabalho foca essencialmente os principais factores a ter em conta na etiologia de desordens temporomandibulares em situações de hiperbáricas e de utilização de equipamento específico ao mergulho amador tendo sido revisitados todos os artigos fidedignos relacionados com medicina dentária e situações hiperbáricas. Conclusões: 1)- Quanto maior a profundidade a que seja

efectuado o mergulho maior a pressão a que é submetido o corpo humano (Lei de Boyle-Mariotte) e em especial as articulações como a ATM por serem zonas constituídas por tecidos e líquidos facilmente compressíveis. Esta situação agrava algumas patologias pré-existentes; 2)- O aumento de pressão que ocorre durante o mergulho e a hiperextensão da cabeça associada a uma relação intermaxilar de topo a topo leva ao aparecimento de sinais e sintomas musculares e articulares (reversíveis ou irreversíveis). 3)- O mergulhador possui consigo uma fonte limitada de oxigénio (12 a 15 litros - +- 200bar). Sabemos que esta fonte se esgota tanto mais depressa quanto maior for a profundidade a que o mergulhador se encontre pelo que mergulhos mais profundos tendem a durar menos tempo pelo que parecem ser, do ponto de vista da duração, menos iatrogénicos para a articulação temporomandibular. 4)- O design standartizado ou universal dos bucais utilizados nesta actividade leva a instabilidade das arcadas dentárias (apoio oclusal unicamente anterior) numa posição de esforço por períodos por vezes superiores a 2 horas. A confecção de bucais personalizados deveria ser prática comum no mergulhador iniciado como prevenção da desordem temporomandibular 5)- Todo e qualquer indivíduo sujeito a condições hiperbáricas deveria visitar regularmente (pelo menos 1 vês por ano) o médico especialista para reavaliação da articulação temporomandibular pois, como se sabe, em patologias da ATM, quanto mais cedo o diagnóstico melhor prognóstico para o tratamento.