

Resumos do XXV Congresso da SPEMD

Auditório do Hospital da Universidade de Coimbra | 21 e 22 de Outubro de 2005
(Comunicações Livres - Posters)

COMUNICAÇÕES LIVRES

#1 Expansão da Crista Óssea para a colocação de Implantes

Diogo Líbano Monteiro¹, M. L. Scipioni², Luís Pires Lopes³

Duas das maiores limitações à colocação de implantes endósseos são a altura e a espessura insuficientes da crista residual, que podem não permitir um tratamento adequado. A altura óssea não é tão crítica devido ao aparecimento de implantes com menores comprimentos, os quais apresentam igual percentagem de sucesso. O aumento da espessura ou largura da crista tem sido abordada essencialmente com técnicas de enxerto ósseo, com desvantagens em termos de previsibilidade, morbili-dade associada ao local dador, aumento do tempo total de tratamento e limitação da quantidade óssea possível obter. A distração óssea, sendo uma boa opção com ópti-mos resultados, acarreta por vezes um risco desneces-sário e complicações que a tornam arriscada quando exe-cutada por clínicos menos experientes.

Em 1986 A. Scipioni desenvolveu a ERE (Edentulous Ridge Expansion), expansão da crista óssea, que apresentou em 1988, propondo uma técnica relativamente simples com previsibilidade no aumento da crista óssea. Vários autores propuseram modificações e/ou alterações ao protocolo delineado inicialmente mas o conceito permaneceu relativamente inalterado.

Nesta comunicação será feita uma revisão destas técnicas com ilustração da cirurgia passo a passo e apresentação de casos clínicos.

A simplificação das técnicas de aumento da espessura óssea e a utilização de implantes curtos, resulta em menores limitações das cirurgias de colocação de implantes. Torna-se assim possível reabilitar áreas que anteriormente não seriam candidatas à colocação de implantes.

¹ Médico Dentista FMDUL, Pós-Graduado em Implantologia NYU, Assistente Convidado da FMDUL

² Médico Dentista

³ Médico Dentista. Professor Associado com Agregação. Regente da disciplina de Protopodontia Removível da FMDUL

Departamento de Protopodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#2 Pigmentação dos Incisivos Centrais Superiores – Caso Clínico

Isabel Gomes¹, Pedro Moura², George Gomes³, Jorge Perdigão⁴

As manchas na estrutura dentária podem ser consequência de pigmentação extrínseca ou intrínseca. O tabaco, alguns alimentos e bebidas são algumas das fontes de pigmentos extrínsecos que se depositam nos dentes e que são facilmente removidos através do polimento com pastas abrasivas ou jactos de bicarbonato de sódio. A pigmentação intrínseca ocorre quando certos pigmentos são incorporados na estrutura dentária aquando da formação do dente (por exemplo tetraciclinas e excesso de ingestão de flúor) ou após a formação do dente (por exemplo pigmentação por cimentos endodônticos ou corrosão das restaurações em amálgama).

É apresentado o caso clínico de uma paciente de 23 anos, aparentemente saudável, com pigmentação castanha-amarelada na coroa dos incisivos centrais superiores e ausente nas restantes peças dentárias. Todos os incisivos superiores apresentam resposta positiva ao teste do frio dentro dos parâmetros normais. De acordo com a história clínica, a paciente não foi medicada com tetraciclinas na infância nem ingeriu suplementos de flúor.

O tratamento consistiu em branqueamento ambulatorio com moldeira, com peróxido de carbamida a 10% (Perfect Bleach, Voco) (Haywood e Heymann, 1989) quatro horas diárias durante três semanas, obtendo-se a quase total eliminação das manchas. Em zonas circunscritas das coroas foi efectuada microabrasão com uma pasta com HCl (Opalustre, Ultradent) (Croll, 1989; 1992).

O branqueamento externo ambulatorio com moldeira, por ser um tratamento conservador, seguro e eficaz, até nas situações de pigmentação moderada/severa por tetraciclinas, deve ser a primeira opção de tratamento em situações de pigmentação dentária interna. Com este tratamento é geralmente atingida, a total satisfação estética do doente. Se o paciente não ficar totalmente satisfeito com o resultado, a melhoria da cor entretanto obtida permite a opção por tratamentos mais invasivos, como facetas em cerâmica.

¹ Assistente estagiária de PPR da FMDUL

² Monitor de dentisteria operatória do ISCSS

³ Pós-Graduado em Dentisteria Operatória e Estética

⁴ Professor na Universidade de Minnesota

Pós-Graduação em Dentisteria, ISCEM

#3 Remoção de Espiões com a utilização de Ultrassons

Paulo Palma¹, João Miguel Santos²

Existe uma atitude cada vez mais conservadora por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes. Esta implica a reconstrução de dentes endodunciados com recurso a meios de retenção intrarradicular (espiões pré-fabricados, núcleos fundidos...). No entanto, a médio ou longo prazo, alguns destes dentes poderão vir a apresentar sinais de patologia periapical pós-tratamento endodôntico.

Na maioria dos casos a etiologia bacteriana é a principal causa dos insucessos do tratamento endodôntico. A eliminação do agente causal é conseguida na maioria dos casos pelo retratamento não cirúrgico, ao contrário do tratamento cirúrgico que apenas consegue conter a infecção no interior do canal.

Por seu lado, para o retratamento endodôntico ser bem sucedido, deve-se primeiro aceder ao lúmen do canal e seguidamente ter acesso ao 1/3 apical. Caso existam espiões intra-radulares estes devem ser removidos de preferência com auxílio de pontas de ultrassons. Estas são mais efectivas e menos invasivas na estrutura dentária remanescente do que os métodos rotatórios.

O objectivo do trabalho consiste em dar ao clínico alguns critérios para avaliação do grau de dificuldade de remoção dos espiões, demonstrar a superioridade biológica do retratamento face à cirurgia, e abordar as técnicas a utilizar recorrendo a alguns casos clínicos.

¹ Médico Dentista, monitor de Endodontia

² Médico Dentista, Assistente de Endodontia

Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

#4 Comunicações Oro-Sinusais – Opções de Tratamento

Liliana de Sá Alves¹, Liliana Silva², Silvina Marques Moura³

A comunicação oro-sinusal é uma das complicações pós-operatórias mais frequentes, ocorrendo na região maxilar posterior após extracção do primeiro molar, bem como de dentes maxilares com raízes divergentes e na proximidade de espaços edêntulos.

O diagnóstico pode ser realizado através de manobras clínicas, como a de Valsalva, exames radiográficos (radiografias periapicais, panorâmicas) e endoscópicos.

O tratamento deve ser efectuado o mais precocemente possível, no sentido de prevenir a infecção do seio e o desenvolvimento de sinusite maxilar aguda

ou crónica. Nos casos de sinusite pré-cirúrgica, deve-se proceder ao tratamento medicamentoso da mesma antes do tratamento cirúrgico da fistula oro-sinusal.

Com esta apresentação, os autores pretendem expor as diversas opções de tratamento cirúrgico e não cirúrgico.

¹ Médica Dentista

² Assistente Voluntária da Disciplina de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

³ Médica Dentista

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#5 Restaurações naturais em Dentes Posteriores

Nuno Pimenta¹, Eunice Carrilho², Anabela Paula³

O ser humano vive numa busca incessante da perfeição. O belo, o estético, dominam cada vez mais os tempos que correm. A Dentistaria Operatória, como parte integrante desta sociedade em constante evolução, têm progredido a passos largos. É hoje em dia possível com recurso às recentes resinas compostas, às técnicas adesivas, e tendo em conta as propriedades dos dentes e dos diversos sistemas de caracterização existentes, oferecer aos pacientes uma resposta adequada àquilo que eles procuram. Trata-se de proporcionar uma relação imperceptível entre dentes naturais e restauração estética, dissimulando o artificial de modo a alcançar uma correcta harmonia com os tecidos dentários.

Esta comunicação irá abordar a caracterização de resinas compostas em dentes posteriores fazendo recurso à sua demonstração em casos clínicos.

¹ Médico Dentista

² Médica Dentista. Professora Auxiliar da Licenciatura de Medicina Dentária da FMUC

³ Médica Dentista. Monitora da Disciplina de Dentistaria Operatória da Licenciatura de Medicina Dentária da FMUC

Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

#6 Propriedades Mecânicas de diferentes Cerâmicas em Prótese Fixa

Pedro César Gonçalves¹, Adolfo Magalhães²

Desde o século XVIII, altura em que surgiram na Europa, as primeiras porcelanas com aplicação dentária, procurou-se progressivamente aperfeiçoar as suas características intrínsecas, de forma a assegurar os melhores resultados estéticos e funcionais.

As propriedades mecânicas constituíram desde muito cedo, alvo de uma atenção muito especial, uma vez que as primeiras porcelanas (feldspáticas), não ofereciam a

resistência adequada, para responderem eficazmente à tensão resultante da acção das forças mastigatórias em dentes posteriores.

Esta comunicação assenta numa recolha bibliográfica, relativamente ao contributo de algumas das propriedades mecânicas, que afectam o desempenho de diferentes cerâmicas em prótese fixa, procurando apontar quais as características responsáveis pela indicação específica de cada uma, para posições anteriores ou posteriores.

¹ Médico Dentista

² Mestre em Geriatria e Gerontologia, Mestre em Saúde Oral Comunitária

#7 Killing me Softly, Terapia Fotodinâmica em Medicina Dentária

Tiago Garrido¹, Paulo Palma², João M. Santos³

A terapia fotodinâmica é um método minimamente invasivo de tratamento de alguns tumores malignos que tanto pode ser aplicado isoladamente como em conjunção com outros métodos de tratamento.

O seu modo actuação baseia-se na utilização de fármacos fotosensibilizadores, com afinidades para células tumorais e de elevado metabolismo, que quando activados por luz de comprimentos de onda específicos tem a capacidade de destruir, por oxidação, organismos unicelulares.

Como limitação há a referir a baixa capacidade de penetração da luz fotoactivadora, que limita a sua utilização a tumores localizados em zonas superficiais ou onde o acesso seja possível com recurso a fibras ópticas.

Actualmente procuram-se novos fármacos, luzes fotoactivadoras com comprimentos de onda mais elevados e novas formas de entrega.

No futuro antecipa-se a sua utilização como coadjuvante durante o acto cirúrgico e como terapia pré-cirúrgica em tumores sólidos.

Outro campo que começa a ser explorado é a utilização de terapia fotodinâmica na destruição de bactérias causadoras de patologia endodôntica ou periodontal, trazendo vantagens como: maior especificidade, manutenção de concentração terapêutica e fundamentalmente reduzindo a criação de resistências aos agentes químicos actuais. Através da fotoactivação de agentes sensibilizadores, primeiro inespecíficos, e em alguns estudos mais recentes, dirigidos a bactérias específicas da cavidade oral foram conseguidos resultados promissores, que apontam para um futuro que poderá revolucionar estas áreas com métodos terapêuticos mais direccionados e simultaneamente mais eficazes.

¹ Médico Dentista

² Médico Dentista, monitor de Endodontia

³ Médico Dentista, Assistente de Endodontia

Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

#8 Reabilitação Anterior em Cerâmica: Um Caso Clínico

Virgínia Carvalho Santos¹, G. Gomes², C.I. Fernandes², S. Duarte Jr², Jorge Perdigão³

A restauração de dentes anteriores tratados endodonticamente constitui um desafio para o clínico. Para superar as desvantagens das resinas compostas, tais como a contracção de polimerização, microinfiltração nas margens de dentina, baixa resistência ao desgaste e pigmentação, foram desenvolvidos sistemas cerâmicos reforçados com núcleo de alumina ou de zircónia, os quais possuem excelentes propriedades ópticas e físicas (Raigrodski, 2004). Em dentes tratados endodonticamente, a quantidade de estrutura dentária remanescente é determinante na escolha do tipo de retenção intraradicular a utilizar. A escolha entre espigões de fibra de quartzo ou falso coto metálico deve ter em linha de conta a existência de efeito de férula, a qual auxilia na forma de resistência em dentes muito destruídos (Ng et al., 2004; Tan et al., 2005). Pretende-se com este trabalho descrever um caso clínico de execução de quatro coroas anteriores cerâmicas com coping de alumina (ProCera AllCeram, Nobel Biocare) com recurso a três espigões de fibra de quartzo e um falso coto metálico ceramizado, cimentados pela técnica adesiva. Por resultarem num efeito estético mais natural que as restaurações metalocerâmicas e apresentarem propriedades físicas superiores às das resinas compostas e similares às das restaurações metalocerâmicas, as restaurações em cerâmica com coping de alumina são actualmente uma opção para a reabilitação de dentes anteriores fragilizados.

¹ Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUL, Monitora convidada da disciplina de Protopodontia Removível da FMDUL

² Médicos Dentistas

³ Professor na Universidade de Minnesota

Pós-Graduação em Dentisteria Restauradora e Estética, Instituto Superior das Ciências da Saúde Egas Moniz

POSTERS

#1 Complicações Orais da Radioterapia - A importância do Médico Dentista perante o Doente Oncológico

Sara Mendes¹, J. Rosa Santos²

O Cancro oral é uma doença do século com uma incidência e mortalidade elevada, sobretudo nos indivíduos jovens. As modalidades terapêuticas usadas no seu tratamento permitem um aumento da sobrevida dos pacientes, obrigando os profissionais de saúde a melhorar a qualidade da mesma. Contudo os tratamentos, nomeadamente a Radioterapia (RT), a que os doentes são submetidos não são completamente inócuos, antes pelo contrário, são responsáveis por múltiplas complicações na cavidade oral, que o médico dentista deve saber diagnosticar, prevenir e tratar. É de destacar o facto que, os médicos dentistas possuem uma importante participação na detecção precoce do cancro oral, muitos destes pacientes são observados primeiramente por um médico dentista. Este papel oferece à equipa dentária uma visão geral das consequências associadas à RT, assim como uma visão sistemática da prevenção ou tratamento das condições agudas e crónicas antes, durante e após a RT. Como tal, o médico dentista deve apresentar conhecimentos suficientes que permitam a identificação dos efeitos adversos nos tecidos orais agudos e tardios após RT para o tratamento adequado destas lesões.

¹ Médica Dentista.

² Médico Cirurgião; Director do Serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (I.P.O.F.G. - C.R.O.L., SA); Regente de Oncologia no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul (I.S.C.S.-Sul)

#2 Lesões Inflamatórias Peri-Apicais: Do Diagnóstico ao Tratamento?

P. J. V. Coelho¹, J. R. Infante², Clara Panão Viana³

As Lesões Inflamatórias Peri-Apicais (LIPA), nas quais estão incluídos granulomas e quistos inflamatórios radiculares, são patologias com que o profissional de saúde oral se depara muito frequentemente.

Os sinais clínicos e evidências radiográficas são geralmente suficientes para presumir o diagnóstico deste tipo de lesões. No entanto, uma patologia de origem não endodôntica pode estar presente apesar da sua prevalência ser muito menor. Torna-se então relevante estabelecer um diagnóstico diferencial cuidadoso com outros tipos de

lesões, nomeadamente patologia quística não inflamatória ou mesmo patologia tumoral.

Idealmente, qualquer lesão deste tipo deveria ser analisada histologicamente, mas sabemos que na prática, raramente esta análise é efectuada como rotina.

Qual é então a realidade da nossa população?

O objectivo deste trabalho é compreender o que de facto acontece quando é detectada uma provável LIPA.

Para isso foram analisados os processos de doentes que recorreram à consulta da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, nomeadamente os registos clínicos e radiográficos, e que eram portadores deste tipo de patologia.

Pretendeu-se analisar a prevalência deste tipo de lesões, bem como algumas das suas características radiológicas (nomeadamente dimensão, visibilidade da cápsula, forma e contornos). Pesquisaram-se em seguida os registos clínicos dos mesmos doentes para compreender qual o tipo de tratamento efectuado em cada caso, e a sua resolução.

Foi feita então a análise estatística percentual dos dados obtidos.

Continuam em curso as observações.

¹ Cirurgião Maxilo-facial, Regente da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUL.

² Médica dentista, Monitora da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUL.

³ Médica dentista, Monitora da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUL.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

#3 Determinação Médico-Legal da Idade na Área da Medicina Dentária Forense

Cristiana Pereira¹, Mário Filipe Bernardo²,
Jaime Portugal³, João Aquino⁴, Jorge Leitão⁵

A idade cronológica refere-se ao período de existência de um ser humano e é sinónimo do intervalo de tempo vivido por uma pessoa. A idade dentária corresponde ao estágio do desenvolvimento dentário e é utilizada como referência para a estimativa da idade cronológica.

Em Ciências Forenses a identificação positiva da idade cronológica é necessária em várias situações Médico-Legais, quer em casos de pessoas vivas, quer em casos de cadáveres esqueletizados.

Os principais métodos utilizados na área da Medicina Dentária Forense para a determinação da idade dentária dividem-se em directos (visuais) e em indirectos (radiográficos e invasivos por corte).

Os métodos mais utilizados são os radiográficos, nomeadamente o método de Anderson, o de Haavikko, o de Demirjian, o de Kullman e o de Harris & Nortjè.

Os métodos invasivos, permitem a partir do corte longitudinal de um dente determinar a idade dentária

formulada matematicamente sobre variáveis morfológicas dentárias.

O método de eleição depende de vários factores incluindo o material disponível e a qualidade e quantidade desse material. A aplicação dos distintos métodos depende ainda da faixa etária em que se possa enquadrar a identificação Médico-Legal da idade cronológica, nomeadamente aos grupos dos 0 aos 3 anos de idade, dos 3 aos 15, dos 16 aos 20 e por último os adultos.

Conclusões: Idealmente em cada caso Médico-Legal de identificação positiva da idade cronológica, quer em vivos, quer em cadáveres devem ser utilizados simultaneamente dois métodos diferentes de determinação da idade dentária.

¹ Assistente de Biomateriais da FMDUL.

² Professor Auxiliar da FMDUL. Regente da disciplina de Morfologia Dentária.

³ Assistente de Biomateriais da FMDUL.

⁴ Professor Associado com Agregação da FMDUL. Regente da disciplina de Medicina Dentária Forense.

⁵ Professor Catedrático da FMDUL. Regente da disciplina de Biomateriais.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

#4 Qualidade de Vida relacionada com Saúde Oral e Próteses Removíveis

Cristina Neves¹, Luis Pires Lopes²

Este estudo teve por objectivo analisar a importância das variáveis demográficas, o tipo de reabilitação e a satisfação de pacientes portadores de próteses removíveis na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Esta foi medida pelo índice GOHAI (General Oral Health Assessment Index) o qual foi aplicado, sob forma de entrevista, a 50 indivíduos tratados na disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL. A média de idades dos participantes foi de 64 anos, sendo 62% do sexo feminino.

O grau de satisfação quanto às próteses foi de 56% para as superiores e de 44% para as inferiores. O índice GOHAI foi alto para 40 %, moderado para 32% e baixo para 28% dos indivíduos. A média dos índices GOHAI foi mais baixa no sexo feminino, no grupo etário dos 75 aos 84 anos, em indivíduos viúvos e em pacientes com prótese parcial acrílica superior e prótese total inferior. Os pacientes que afirmavam estar pouco satisfeitos com as próteses tiveram também médias mais baixas de GOHAI.

Não foi obtida uma associação entre os índices GOHAI e as variáveis estudadas, excepto na satisfação com a prótese inferior onde existe uma correlação significativa.

De acordo com este estudo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em pacientes reabilitados com próteses removíveis não está relacionada com a idade, o sexo, o estado civil e o tipo de reabilitação. No

entanto, pode associar-se uma deficiente qualidade de vida relacionada com a saúde oral à insatisfação com a prótese removível inferior.

¹ Médica Dentista. Assistente Estagiária da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

² Médico Dentista. Professor Associado com Agregação. Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

Departamento de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#5 Reabilitação Protética de uma Paciente com Síndrome de Rubinstein-Taybi

**Filipa M. Cordeiro¹, Catarina Feio¹, Virgínia Santos²,
Diogo Líbano Monteiro³, Luís Pires Lopes⁴**

Diversas anomalias genéticas proporcionam-nos casos clínicos de elevada complexidade técnica e humana. Neste trabalho é apresentado um caso de uma doente de 37 anos, portadora de Síndrome de Rubinstein-Taybi, que recorreu à consulta de Prostodontia Removível da FMDUL em Outubro de 2004.

A doente apresentava limitação de espaço interoclusal dos segmentos posteriores e doença periodontal generalizada severa. Todos os dentes superiores tinham mobilidade de grau III, excepto o 25 que apresentava mobilidade de grau II. Por razões estéticas e funcionais, optou-se por realizar a exodontia de todos os dentes superiores remanescentes. Seguidamente colocou-se uma prótese total removível imediata, tendo-se posteriormente adicionado implantes e attachments unitários para melhor retenção e suporte.

Apesar de algumas dificuldades, derivadas em parte à síndrome genética de base, foi possível obter um resultado muito satisfatório. Neste trabalho descrevem-se as várias etapas e procedimentos clínicos efectuados, sublinhando-se a visível melhoria estética e funcional com uma adaptação excelente por parte da paciente.

Observando o resultado positivo da reabilitação na paciente e, conseqüentemente, a satisfação dos familiares, comprovámos a importância deste tipo de intervenção, traduzindo-se por uma melhoria significativa do bem estar físico, psicológico e social.

¹ Médica Dentista.

² Médica Dentista. Monitora da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

³ Médico Dentista. Assistente Convocado da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

⁴ Médico Dentista. Professor Associado com Agregação. Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

Departamento de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

#6 Estudo Radiográfico em Implantologia Oral

Hugo Moreira¹, Teixeira Koch²

O sucesso da implantologia depende de um rigoroso estudo pré-implantar, que compreende as seguintes fases: exame visual, palpação, exame dentário, encerramento diagnóstico e estudo radiográfico.

O estudo radiográfico é fundamental na elaboração do diagnóstico e na planificação pré-implantar. Para otimizar a informação obtida, é necessário considerar as indicações e limitações inerentes a cada técnica radiográfica.

A Radiografia Periapical apresenta elevada definição de imagem. Usa-se principalmente para diagnosticar patologias dentárias ou periodontais dos dentes remanescentes. Embora seja limitada para avaliar a disponibilidade óssea, permite obter informações sobre a sua densidade.

A Radiografia Panorâmica apresenta uma análise de conjunto. Permite localizar certas estruturas anatómicas e avaliar a disponibilidade óssea em sentido vertical, desde que sejam consideradas a magnificação e distorção da imagem.

A Radiografia Cefalométrica de Perfil está indicada na avaliação da região anterior maxilar e mandibular. Devido à sobreposição da imagem das hemiarquadas direita e esquerda, não está indicada para as restantes áreas.

A Tomografia Computorizada apresenta elevado rigor dimensional, permitindo a determinação da disponibilidade óssea (altura, largura, qualidade, grau de reabsorção e morfologia do rebordo ósseo) e a localização de estruturas anatómicas vizinhas. Usando "software" adequado, é possível planear e simular tridimensionalmente a colocação de implantes.

As técnicas imagiológicas podem ser aplicadas em todas as fases do tratamento implantar (planeamento, execução e manutenção). Na maioria dos tratamentos, existe uma forte indicação para associar várias das técnicas disponíveis, de forma a recolher a informação necessária, minimizando as limitações de cada um dos métodos.

¹ Médico Dentista.

² Médico Dentista. Professor da FMDUP.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#7 Reabilitação de uma Desdentação Parcial: Um caso Clínico de Ferulização

Maria Carlos Dias¹, Inês Lopes Fernandes¹, Virgínia Santos², Diogo Líbano Monteiro³, Luís Pires Lopes⁴

Vários autores preconizam a utilização de elementos protéticos de próteses removíveis esqueléticas para obtenção de um efeito de férula em dentes com mobilidade devido a perda de suporte periodontal. A ferulização de um grupo de dentes com mobilidade, sem doença periodontal activa, permite uma distribuição homogénea de forças, melhorando o prognóstico destas peças dentárias.

Neste poster pretende-se demonstrar, com um exemplo clínico, uma desdentação parcial bimaxilar em que uma abordagem de ferulização foi utilizada. Descreve-se um caso de uma doente de 60 anos, que recorreu à consulta de Prostodontia Removível da FMDUL em Outubro de 2004. A paciente encontrava-se na fase de manutenção periodontal após tratamento activo. Embora a mobilidade fosse evidente em diversas peças dentárias, o segundo sextante apresentava maior grau com mobilidade de grau II.

A paciente foi reabilitada com duas próteses parciais removíveis esqueléticas. Neste trabalho descrevem-se as várias etapas clínicas e os procedimentos efectuados, sublinhando-se a visível melhoria estética e funcional com uma adaptação excelente por parte da paciente.

Com esta abordagem conseguiu-se uma diminuição da mobilidade do 2º sextante, durante a função, e um melhor prognóstico da dentição remanescente.

¹ Médicas Dentistas

² Médica Dentista. Monitora da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

³ Médico Dentista. Assistente Convidado da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

⁴ Médico Dentista. Professor Associado com Agregação. Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

Departamento de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#8 Ensaio Clínico de Compósito de Revestimento para Prótese Fixa. (2-anos)

Jaime Portugal¹, Cristiana Pereira², Mário Bernardo³, António Vasconcelos Tavares⁴, Jorge Leitão⁵

Este estudo teve como objectivo a avaliação do desempenho clínico de pontes fixas com 3 elementos construídas com infra-estrutura em compósito com fibra (Vectris[®]) ou ouro, revestida por um compósito experimental microparticulado (Trend[®]).

Efectuaram-se 61 pontes, divididas em 2 grupos.

Num grupo realizaram-se 30 pontes com infra-estrutura de Vectris. O outro grupo incluiu 31 pontes com infra-estrutura em ouro. As pontes Trend/Vectris foram cimentadas com ExciteDSC/VariolinkII*. No grupo Trend/Ouro utilizou-se fosfato de zinco. Os parâmetros avaliados foram: "estabilidade cromática", "textura de superfície", "contorno marginal", "fenda marginal", "fractura", "cárie secundária", "retenção" e "sensibilidade dos dentes pilares".

No grupo Trend/Ouro, a comparação dos resultados obtidos em Baseline e 2-Anos demonstrou não existirem alterações estatisticamente significativas ($p > 0.05$) nos parâmetros: "estabilidade cromática", "cárie secundária", "retenção" e "sensibilidade dos dentes pilares". Existe uma degradação estatisticamente significativa em "textura superficial" ($p = 0.001$), "contorno marginal" ($p = 0.014$), "fenda marginal" ($p = 0.011$) e "fractura" ($p = 0.008$). No grupo Trend/Vectris, a comparação dos resultados obtidos em Baseline e 2-Anos mostrou existir uma diminuição estatisticamente significativa da "sensibilidade dos dentes pilares" ($p < 0.001$). Verificou-se ainda uma degradação estatisticamente significativa na "textura de superfície" ($p < 0.001$) e "fractura" ($p = 0.011$). Na avaliação de 2-Anos, 15 pontes foram consideradas falhas clínicas. Destas, 8 pertenciam ao grupo Trend/Ouro e 7 ao grupo Trend/Vectris. A causa das falhas foi fractura ($n = 13$), descimentação ($n = 2$) e fenda marginal com fractura ($n = 1$).

Após 2 anos, a performance global do material testado é aceitável mas revela algumas deficiências que foram corrigidas no material actualmente comercializado (SR Adoro). (Este estudo é suportado pela Ivoclar/Vivadent)

* Ivoclar/Vivadent

¹ Assistente de Biomateriais da FMDUL.

² Assistente estagiário de Biomateriais da FMDUL.

³ Professor Auxiliar da FMDUL. Regente da disciplina de Morfologia Dentária.

⁴ Professor Catedrático da FMDUL. Regente da disciplina de Protopodontia Fixa.

⁵ Professor Catedrático da FMDUL. Regente da disciplina de Biomateriais.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#9 Síndrome de Gorlin: Caso Clínico

João Ricardo Cardoso Ferreira¹, Luis Medeiros²

O Síndrome de Gorlin, Síndrome Névíco Basocelular ou Síndrome do Carcinoma basocelular é um síndrome raro mas bem conhecido do qual estão publicados alguns casos. Goltz e seus colaboradores em 1962 e Gorlin e seus colaboradores em 1963 descreveram o síndrome que tem os seus nomes e no qual observaram a presença de

queratoquistos nos maxilares (mais frequentemente na mandíbula), carcinomas basocelulares múltiplos e costelas bifidas. Mas esta anomalia genética autossómica dominante apresenta um quadro clínico muito mais vasto que o inicialmente descrito pelos autores que pode incluir alterações cutâneas, ósseas e dentárias, tecidos moles, sistema nervoso e ocular. Neste poster é reportado um caso clínico de um paciente do sexo masculino de 24 anos, caucasiano que foi enviado à consulta de Estomatologia do IPO-Porto pela consulta de Dermatologia por suspeita de Síndrome de Gorlin. Após cuidada anamnese, exame clínico e exames complementares diagnosticou-se Síndrome de Gorlin. O paciente tem vindo a ser seguido pelas diversas especialidades e no que diz respeito à Estomatologia/Medicina Dentária já foi sujeito à exérese cirúrgica de queratoquistos encontrando-se bem neste momento.

Pode-se concluir que o Síndrome de Gorlin é uma entidade genética relativamente rara mas que apresenta um quadro clínico característico, pelo que deve ser despistado em caso de suspeita para melhor aconselhamento e reencaminhamento do paciente para os diversos especialistas. A sobrevida (excepto nos casos em que há meduloblastoma) é boa pelo que se deve ensinar o doente a lidar com a doença bem como deve ser acompanhado pelos médicos.

¹ Médico Dentista, Docente Voluntário de Dentisteria Operatória FMDUP

² Médico Estomatologista, Director do Serviço de Estomatologia do IPO-Porto

#10 Papiloma Escamoso da Cavidade Oral – A propósito de dois Casos Clínicos

Juliana Losacco¹, Liliana Silva², Joana Gama Pereira¹,
Diana Ribeiro⁴

O Papiloma Escamoso é uma neoplasia benigna, com crescimento exofítico, que pode afectar qualquer superfície da cavidade oral, aparecendo, no entanto, com maior frequência na língua e no palato. A lesão típica é uma massa mole, pediculada, com numerosas projecções digitiformes, o que lhe confere o aspecto clássico de "couve-flor". A sua coloração pode variar entre o esbranquiçado e o rosa-avermelhado, de acordo com o seu maior ou menor grau de queratinização, respectivamente.

O desenvolvimento do papiloma é induzido pelo vírus papiloma humano (HPV), mais frequentemente o HPV-6 e o HPV-11, embora estudos recentes demonstrem também a associação do vírus Epstein-Barr (EBV) a este tipo de lesão.

Em circunstâncias raras, um papiloma escamoso vulgar pode preceder uma lesão pré-maligna tipo leucoplasia verruciforme.

Outras lesões hiperplásicas orais, também induzidas pelo HPV, como verruca vulgaris, condyloma acuminatum, xantoma verruciforme e hiperplasia epitelial focal, bem como lesões multilobuladas dos tecidos moles como o granuloma piogénico e o fibroma de células gigantes, podem ser clinicamente indistinguíveis do papiloma escamoso.

A excisão cirúrgica conservadora e a ablação com laser são tratamentos preconizados.

São apresentados dois casos clínicos de papiloma escamoso, localizados no palato. A excisão cirúrgica foi realizada e o exame histo-patológico confirmou o diagnóstico.

Apesar de poder haver dificuldade em distinguir as lesões hiperplásicas orais, os exames clínico e histológico asseguram o diagnóstico correcto. Qualquer que seja o tratamento, deve-se sempre remover a base da lesão, de modo que não se verifique a sua recorrência.

¹ Médica Dentista.

² Assistente Voluntária da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUP.

³ Assistente Voluntária da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUP.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#11 Quisto Dentígero - Caso Clínico

Luís Tamissa¹, P. Coelho²

Quisto Dentígero (Folicular): Quisto odontogénico. Origem no epitélio reduzido do esmalte. A coroa do dente encontra-se no interior do lúmen quístico. Clinicamente: geralmente assintomático. Radiologicamente: radiotransparência bem delimitada, cortical óssea bem definida. Histopatologia: epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado. Tratamento: enucleação cirúrgica (remoção do dente associado está indicada em alguns casos). Taxa de recidiva baixa. Diagnóstico: anatomo patológico.

Caso Clínico: Paciente de 12 anos, sexo feminino, raça negra. Indicação para remoção cirúrgica do dente 35 impactado, cuja coroa se encontra associada a lesão radiotransparente extensa (aproximadamente 15x30 mm) a nível do 3º Quadrante. Exame anatomo patológico confirmou diagnóstico de quisto dentígero. Caso documentado com história clínica, descrição e fotos do procedimento cirúrgico, exame anatomo patológico, bibliografia.

¹ Médico Dentista; Monitor da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUL.

² Regente da disciplina de Cirurgia Oral da FMDUL.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#12 Síndrome de bechet

Natália Oliveira¹, A.F. Meneses², L.F.Silva³

A etiologia exacta da síndrome Bechet (SB) é desconhecida embora se considere relacionada com alterações imuno-genéticas. É uma doença rara, crónica, ocorrendo entre os 15 e 45 anos e com predominância para o sexo masculino.

As principais manifestações são as lesões orais (99%), genitais (75%), oculares (70 a 80%) e cutâneas. O envolvimento dos sistemas articular, cardiovascular, SNC, gastrointestinal, hematológico, pulmonar, muscular e renal, também se encontram descritas embora com menor frequência. O envolvimento oral é um importante componente desta doença e é a primeira manifestação em 25% a 75% dos casos.

É imperativo efectuar o diagnóstico diferencial com a estomatite aftosa. Devido à não existência de alterações laboratoriais e histológicas específicas, o diagnóstico é difícil, sendo efectuado com base nos seguintes critérios: ulcerações orais recorrentes (ocorrendo pelo menos 3 vezes num período de 12 meses) associado a pelo menos duas das seguintes manifestações: ulcerações genitais recorrente; lesões oculares; lesões cutâneas e teste de patergia positivo.

O tratamento depende das manifestações clínicas, embora as lesões orais sejam controladas com melhor eficácia através da utilização de corticóides tópicos e infiltrações do que por terapia sistémica.

É imprescindível ao médico dentista um conhecimento destas síndrome uma vez que as manifestações orais são preponderantes para o seu diagnóstico e dado ser frequentemente um sinal inicial da doença. O diagnóstico e o tratamento requerem uma abordagem multidisciplinar.

¹ Médica Dentista, na Faculdade de Medicina Dentária na Universidade do Porto.

² Estudante do 6º ano da FMDUP.

³ Médica Dentista e Assistente Voluntária do Departamento de Cirurgia Oral da FMDUP.

#13 Abordagem Cirúrgica de Cálculo Salivar da Glândula Submandibular: Caso Clínico

Nuno Almendra¹, Liliana Fonseca², Germano Rocha³

A Patologia Oral apresenta grande complexidade e diversidade, constituindo uma das áreas mais interessantes da Medicina Dentária. Na patologia das glândulas salivares major, os cálculos salivares constituem uma das mais frequentes (30-50%), sendo a glândula submandibular a que apresenta maior frequência.

No âmbito da actividade clínica do III Curso de Mestrado de Cirurgia Oral da F.M.D.U.P., foi realizada uma consulta de triagem a um paciente do sexo masculino, 33 anos, referenciado pelo seu Médico Dentista, para observação dos terceiros molares inclusos inferiores e de lesão radiopaca, localizada no pavimento da boca.

Após exame clínico e radiográfico, foi diagnosticada a presença de dois terceiros molares inferiores inclusos e um cálculo salivar da glândula submandibular esquerda.

Em Julho de 2005, foi realizada, sob anestesia geral, a exodontia das peças dentárias e do cálculo salivar referidos. Foram feitos controlos pós-operatórios aos 8 dias, 1 mês e 3 meses.

O cálculo salivar removido apresentava 20 mm de comprimento, sendo que o tamanho médio descrito na literatura é 12 mm. Esta característica, juntamente com a maior prevalência no grupo dos cálculos salivares, permite-nos concluir que este caso se reveste de particular interesse clínico e científico.

¹ Médico Dentista.

² Médica Dentista.

³ Professor da FMDUP.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#14 Reabilitação Oral de uma Paciente com Desgaste Dentário – Caso Clínico

**Nuno Vasques¹; Nuno Cordas¹;
Isabel Gomes²; Luís Pires Lopes³**

A reabilitação oral de um paciente com desgaste dentário acentuado, resultante de bruxismo, é um dos maiores desafios para o Médico Dentista. As Próteses Sobre Raízes (PSR) podem ser uma boa alternativa terapêutica. A utilização das raízes dos dentes naturais e das suas estruturas periodontais, além de adjuvantes no suporte protético, permitem a preservação do sistema proprioceptivo do ligamento periodontal. Este é responsável por impedir uma sobrecarga no osso, mantendo um adequado sistema de reflexo neuromuscular. A preservação do rebordo residual e da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) são vantagens igualmente relevantes obtidas com as PSR.

Neste trabalho os autores descrevem a terapia realizada numa paciente com bruxismo em que o desgaste dentário generalizado comprometeu tanto a estética como a função, resultando na diminuição da DVO. O plano de tratamento consistiu na realização de uma prótese parcial acrílica sobre raízes, no maxilar, devido ao desgaste muito acentuado das peças dentárias maxilares. Na mandíbula, optou-se por realizar uma prótese parcial removível esquelética, para substituir as peças dentárias

ausentes, e na reconstrução a compósito das peças dentárias remanescentes.

As próteses sobre raízes podem ser a opção terapêutica de escolha nos casos em que os pacientes apresentam um desgaste dentário severo e em que existem, ao mesmo tempo, limitações económicas e de tempo.

¹ Médicos Dentistas.

² Médica Dentista. Assistente Estagiária da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL.

³ Médico Dentista. Professor Associado com Agregação. Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

Departamento de Prostodontia Removível – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#15 Rânula - Diagnóstico e Tratamento a propósito de um Caso Clínico

Otilia Lopes¹, D. Ribeiro¹, L. Silva¹

A rânula é um cisto de base séssil, localizado no pavimento da boca, afectando predominantemente a glândula salivar sublingual.

O nome rânula deriva do latim rana que significa “rã”, devido à semelhança do aspecto clínico da lesão com o ventre de uma rã.

A lesão pode ser pequena e unilateral em relação ao freio lingual, ou constituir uma tumefacção extensa, translúcida, azul-acizentada, a qual pelo espaço que ocupa pode causar problemas respiratórios.

A etiologia é principalmente traumática, pelo que a ruptura e ou obstrução do ducto excretor salivar, conduz ao extravasamento e deposição de muco salivar no tecido conjuntivo. A obstrução do ducto salivar é geralmente devida à presença de um sialólito ou rolhão mucinoso.

A rânula classifica-se em dois tipos: superficial e pseudocisto cervical. A rânula superficial é um cisto revestido por epitélio que resulta de obstrução ductal. O pseudocisto cervical, sem revestimento epitelial, resulta de um extravasamento de saliva para os planos tecidulares cervicais e aparece como uma massa nessa região.

O estudo radiográfico deve ser considerado, uma vez que a presença de um sialólito é, muitas vezes, factor etiológico. O exame radiológico da cabeça, pescoço e mediastino por Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética permite concluir sobre a extensão da rânula cervical.

Em ambos os casos o tratamento consiste na excisão da lesão e da glândula associada, se possível, ou marsupialização para a cavidade oral.

Os autores abordam a etiopatogenia, diagnóstico diferencial e opções de tratamento, com base na descrição de um caso clínico.

¹Médico Dentista.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#16 Lesões de Abrasão Dentária: Herança de uma Escovagem Traumática?

Patrícia Micaela Teixeira Pires¹, J. C. Ferreira², M. J. Silva³

A fricção entre um dente e um agente exógeno provoca um tipo de desgaste chamado “abrasão”. A abrasão pode ocorrer como resultado de uma acção exagerada na escovagem dos dentes, do uso impróprio da fita dentária e palitos ou vícios como mascar tabaco. Também pode ser o resultado da fricção do bolo alimentar ou de hábitos relacionados com a ocupação profissional ou ainda por ganchos e apoios de próteses parciais.

Neste poster, foram analisados dois casos clínicos de abrasão dentária devido a uma escovagem agressiva.

É efectuada a descrição das principais características das lesões procedendo-se, concomitantemente, à discussão de possíveis diagnósticos diferenciais e apresentam-se as linhas gerais que devem reger este tipo de tratamentos, não só com o intuito puramente funcional, mas também estético, de forma a conseguir tratamentos que satisfaçam as expectativas destes pacientes.

Conclui-se que o diagnóstico diferencial exacto é importante para providenciar uma prevenção e tratamento eficazes e só com uma re-educação de hábitos de escovagem e aconselhamento de pastas não abrasivas e escovas apropriadas é possível reabilitar na íntegra a saúde oral dos pacientes.

¹Médica Dentista, Docente Voluntária de Dentisteria Operatória FMDUP
²Médico Dentista, Docente Voluntário de Dentisteria Operatória FMDUP
³Médico Dentista, Professor Catedrático de Medicina Dentária Conservadora FMDUP
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

#17 Reparação imediata de Restaurações directas em Resina Composta

Sofia Arantes E Oliveira¹, Mário Bernardo²,
Jaime Portugal³, Jorge Leitão⁴

Objectivos: Determinar os valores de adesão de reparações imediatas de restaurações em compósito, após o tratamento da superfície com abrasivos e sistemas adesivos.

Métodos: Foram testados 6 grupos. G1- a superfície de uma base de resina composta (Z100, 3M/ESPE) foi abrasionada antes da aplicação de um novo incremento, e G2- a superfície da base de compósito não foi tratada. Nos outros 4 grupos foram aplicados diferentes sistemas

adesivos depois da superfície ser abrasionada e antes da aplicação do compósito de reparação (Z100, 3M/ESPE): G3- resina fluída Scotchbond Multi Purpose (3M/ESPE), G4- Prompt-L-Pop (3M/ESPE), G5- Adhese (Ivoclar/Vivadent), G6- resina fluída Adhese (Ivoclar/Vivadent). Os ensaios de resistência adesiva ao corte foram realizados numa máquina de testes universal (Instron Corp.). Os dados foram tratados estatisticamente com ANOVA e Student-Newman-Keuls.

Resultados: O G1 deu origem a valores de resistência adesiva (31.85 +/- 4.5 MPa) significativamente inferiores a todos os outros grupos. Nos grupos em que se aplicou sistema adesivo os valores de resistência adesiva foram semelhantes entre si (G3= 48.87+/-12.0 MPa; G4= 47.57+/-6.4 MPa; G5= 61.02+/-8.1 MPa; G6= 52.78+/-6.9 MPa) e semelhantes ao grupo em que a superfície do compósito não teve tratamento (G2 = 48.8+/-14.4 MPa).

Conclusões: O tratamento, com abrasivos, da superfície de uma restauração directa com compósito diminui significativamente a resistência adesiva de um novo incremento. Como tal, e com base nos resultados deste estudo in vitro, sugere-se a aplicação de um sistema adesivo após o corte da superfície e antes da aplicação de um novo incremento de compósito.

¹ Professora Auxiliar Convidada da disciplina de Biomateriais FMDUL
² Professor Auxiliar da FMDUL. Regente da Disciplina de Morfologia Dentária.
³ Assistente de Biomateriais da FMDUL.
⁴ Professor Catedrático da FMDUL. Regente da disciplina de Biomateriais.
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

#18 Goteira de reposicionamento anterior no tratamento da saos – caso clínico

Helena Salgado¹, Cristina Osório¹, João Carlos Pinho²,
Francisco Morais Caldas³

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (S.A.O.S.) é uma das desordens do sono mais prevalentes, atingindo 4% dos adultos de meia idade do sexo masculino e 2% do sexo feminino. Caracteriza-se pelo aparecimento, durante o sono, de episódios de apneias obstrutivas e/ou hipopneias, que são geralmente acompanhadas por dessaturações arteriais, mais ou menos intensas, de oxigénio e por alterações cíclicas da frequência cardíaca. Por isso a hipertensão, doença coronária ou mesmo enfarte do miocárdio são as complicações cardiovasculares que aparecem com mais frequência nestes doentes. A etiologia da obstrução das vias aéreas ao nível da faringe pode ser de origem anatómica (retroposicionamento da mandíbula com consequente redução das dimensões da orofaringe) ou patofisiológica (diminuição do tónus muscular que leva ao colapso do

palato mole e a base da língua contra as paredes da faringe).

Sinais e sintomas característicos desta patologia são: sonolência diurna, roncopatia, fragmentação do sono e cefaleias matinais.

O Médico Dentista poderá ser o primeiro profissional de saúde a diagnosticar esta síndrome tendo um papel de destaque no seu tratamento.

A goteira de reposicionamento anterior é um dispositivo que ao avançar a mandíbula, impede o colapso da língua e palato contra as paredes posteriores da faringe o que contribui para uma melhoria da permeabilidade das vias aéreas.

O poster descreve um caso clínico de uma doente com SAOS ligeiro que foi submetida a uma terapêutica com dispositivo intra-oral de avanço mandibular.

¹ Médica Dentista licenciada pela FMDUP.

² Médico Dentista; Professor Auxiliar da disciplina de Oclusão da FMDUP.

³ Médico Estomatologista; Professor Agregado da disciplina de Oclusão da FMDUP.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

