

POSTERS E COMUNICAÇÕES LIVRES APRESENTADOS NO XXII CONGRESSO DA SPEMD

COIMBRA, 25 E 26 DE OUTUBRO DE 2002

COMUNICAÇÕES LIVRES

CONSIDERAÇÕES ESTÉTICAS EM PROSTODONTIA TOTAL

Cristina Neves*, Maria Eduarda Nobre**,
Sofia Cordeiro**, Carlos Madeira**, Luis
Pires Lopes***

A reabilitação protética do desdentado total está dependente, além de outros factores, do rigor com que se obtêm e registam os dados anatomo-morfológicos e funcionais de cada paciente. O sucesso desta reabilitação depende do respeito pelas regras fundamentais da estética e do equilíbrio entre a face e o sorriso. O conhecimento das alterações provocadas pela edentação é um factor importante para a correcta reabilitação em Prosthodontia Total, restaurando as funções perdidas: mastigatória, fonética, articular e estética, e promovendo o conforto oral.

No registo maxilo-mandibular são assinalados todos os requisitos funcionais e estéticos necessários para uma correcta montagem de dentes e delimitação da superfície externa da prótese. Na análise facial a linha média associada às linhas horizontais (bipupilar, comissuras labiais, riso, lábio em repouso) tem um papel preponderante no restabelecimento do equilíbrio facial. Na análise dento-facial é determinante a avaliação do sorriso como expressão

dinâmica. Na análise dentária a escolha dos dentes, tanto no tamanho-forma como na caracterização, deve ser feita em harmonia com a face. É importante ter a capacidade de transferir esses parâmetros ao técnico de laboratório de prótese. A prova da montagem de dentes na boca serve para a correcção e/ou confirmação de todos os parâmetros estéticos e funcionais e avaliação da relação dento-facial.

O objectivo estético em Prosthodontia Total é dar a ilusão de uma dentição natural. Este objectivo só poderá ser atingido, individualizando a montagem dos dentes para que a prótese se adapte à face, personalidade e à percepção da estética de cada paciente.

*- Médica Dentista, Assistente Estagiária de Prosthodontia Removível da F.M.D.U.L.

** - Médicos Dentistas, Assistentes Convidados de Prosthodontia Removível da F.M.D.U.L.

***- Médico Dentista, Professor Associado de Prosthodontia Removível da F.M.D.U.L.

ANATOMIA CIRÚRGICA DA MANDÍBULA

Miguel Trigo*, José Nuno Ramos*, F. Costa
Domingues**

O conhecimento anatómico é essencial para uma prática cirúrgica correcta.

Com esta apresentação os autores pretendem fazer uma revisão da anatomia mandibular, tendo em vista a sua aplicação cirúrgica, nomeadamente em relação ao tratamento da patologia traumática.

Inicia-se a exposição por uma breve

descrição anatómica da mandíbula.

Será dada ênfase a características estruturais e topográficas.

Conclui-se que o conhecimento anatómico preciso é fundamental para se poder fazer o tratamento de patologia da mandíbula de forma lógica e adequada.

*- Internos do Internato Complementar de Cirurgia Plástica do Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz (Director: Dr.Biscaia Fraga)

** - Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz (Director: Dr.Biscaia Fraga)

SISTEMAS DE OSTEOSÍNTESE REABSORVÍVEIS

Mariluz Martins*, José Nuno Ramos**, Miguel Trigo**, F. Costa Domingues***

Objectivos: A atractiva opção da utilização de material de osteossíntese reabsorvível, não é uma inovação cirúrgica. Alguns autores descreveram a sua utilização para a fixação rígida interna de fracturas há mais de 20 anos. É objectivo deste trabalho fazer uma breve revisão sobre este assunto.

Material e método: As placas e parafusos reabsorvíveis utilizados na cirurgia craniomaxilofacial são habitualmente compostos de polímeros de ácido láctico e glicólico (PLA e PGA). Existem vários sistemas actualmente disponíveis que são no fundo uma mistura dos diferentes polímeros e que desta forma apresentam diferentes características. São apresentadas as características de alguns destes sistemas. São discutidas as vantagens, desvantagens, indicações e limitações deste material, nomeadamente no que respeita á sua aplicação nas fracturas faciais.

Conclusão: Se indicações como a utilização na população pediátrica já são consensualmente aceites, é ainda controverso a sua aplicação na população adulta. Vantagens como a não interferência no crescimento ósseo e nos exames imagiológicos, devem ser confrontadas com os custos mais elevados destes sistemas, bem como com algumas dificuldades técnicas específicas deste material. Questões como a

sua utilização nas fracturas da mandíbula e a potencial interferência no crescimento provocada pelo processo de reabsorção dos polímeros, deverão ser devidamente investigadas.

*- Assistente Hospitalar Estomatologia I.P.O.F.G. – Lisboa (Director Dr. Jorge Vaz)

** - Internos do Internato Complementar de Cirurgia Plástica do Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz (Director: Dr.Biscaia Fraga)

*** - Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz (Director: Dr.Biscaia Fraga)

VIAS DE ABORDAGEM DAS FRACTURAS DO TERÇO INFERIOR DA FACE

José Nuno Ramos*, Miguel Trigo*, F. Costa Domingues**

Objectivos: A patologia traumática da face, continua a ser bastante frequente. O tratamento que habitualmente propomos, assenta nos conceitos da AO – Redução Anatómica e Fixação Rígida Interna (FRI). Desta forma garantem-se bons resultados funcionais e estéticos, com um regresso quase que imediato ás actividades habituais. É objectivo deste trabalho fazer uma breve revisão sobre as várias vias de abordagem para os diferentes tipos de fracturas da mandíbula.

Material e método: Mais concretamente fazem-se considerações sobre as vantagens e desvantagens das abordagens “clássicas” comparativamente a técnicas mais recentes que tiram partido de instrumentos como o endoscópio. São apresentados alguns casos clínicos.

Conclusão: Actualmente o conceito de “Cirurgia Minimamente Invasiva” tem cada vez mais sentido. Com a inevitável extensão á traumatologia da face, as clássicas vias de abordagem foram equacionadas. Com o desenvolvimento de alguns aspectos técnicos, tornou-se possível abordar o maciço ósseo facial de outra forma, conseguindo assim uma diminuição da morbilidade e um incremento dos resultados estéticos.

*- Internos do Internato Complementar de Cirurgia Plástica do Serviço de

PRÓTESE SOBRE RAÍZES PRINCÍPIOS E PLANEAMENTO DA REABILITAÇÃO

Sérgio Tavares de Sousa*, S. Martins*, Sofia Cordeiro**, Luis Pires Lopes***

A reabilitação protética de pacientes que apresentam condições anatómicas e fisiológicas desfavoráveis é um desafio para o clínico. Nem sempre é possível obter suporte, retenção e estabilidade nas situações em que existe grande destruição coronária, a saúde periodontal está comprometida ou os rebordos ósseos apresentam grande reabsorção. Estes são alguns dos factores que limitam a eficácia mastigatória e o conforto do paciente, dificultando o êxito da reabilitação. 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 a prótese sobre implantes. A escolha de uma PSR permite: diminuição da reabsorção óssea, conservação da propriocepção e o aumento da estabilidade, da retenção e do suporte da prótese. É ainda relativamente fácil de higienizar, sendo o seu custo aceitável para o paciente. Esta comunicação tem por objectivo fazer uma revisão dos princípios de planeamento, dos critérios de selecção dos dentes pilar e da localização dos mesmos, apoiando-se num caso clínico em que se executou uma Prótese Total Sobre Raízes mandibular.

* - Alunos finalistas da F.M.D.U.L.

** - Assistente Convidada de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

*** - Professor Associado de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

PRÓTESE ESQUELÉTICA COM DUPLO EIXO DE INSERÇÃO UM CASO CLÍNICO

João Nabais *, Álvaro Vaz*, Sofia Cordeiro**, Luis Pires Lopes***

O conceito de duplo eixo de inserção foi introduzido há cerca de 20 anos na reabilitação oral com prótese parcial removível esquelética. Este conceito implica a existência de dois eixos de inserção separados e distintos, o que à partida constituiria uma impossibilidade com um único esqueleto metálico. Na aplicação deste conceito, o primeiro eixo de inserção serve de aproximação da estrutura metálica aos dentes e de acesso a zonas retentivas inacessíveis pela utilização de um só eixo de inserção. Após o acesso do esqueleto metálico a tais zonas de retenção, é realizado um movimento de rotação até à sua posição final de inserção, naquele que constitui o segundo eixo de inserção da prótese. Quando a prótese está posicionada firmemente após a sua inserção completa, a posição do esqueleto localizada nas suas posições retentivas não poderá ser removida, excepto pelo movimento inverso ao da inserção.

As esqueléticas com duplo eixo de inserção têm indicação nas classes III de Kennedy, quando os dentes posteriores às selas se encontram mesializados, e nas classes IV de Kennedy quando, por motivos estéticos, se pretende evitar a colocação de ganchos nos dentes anteriores.

A reabilitação protética utilizando a técnica do duplo eixo de inserção, além das vantagens estéticas, minimiza também os efeitos nocivos sobre o periodonto. Este facto resulta da utilização de um menor número de unidades gancho com a conseqüente redução na acumulação de placa bacteriana.

* - Alunos finalistas F.M.D.U.L.

** - Assistente Convidada de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

*** - Professor Associado de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

PRÓTESES PARCIAIS FIXAS PROVISÓRIAS: UMA ETAPA INDISPENSÁVEL

Salomão Rocha*, Paulo Palma**, Fernando Guerra***

As próteses parciais fixas provisórias constituem um passo fundamental da reabilitação oral protética. O seu adequado planeamento e uma apurada metodologia de fabrico permitem uma correcta preservação dos tecidos dentários e periodontais e proporcionam, simultaneamente, ao paciente uma sensação de conforto, estética e de satisfatória funcionalidade. Possibilitam, ainda, uma aproximada antevisão do tratamento por parte do profissional e do doente reforçando uma relação de confiança com repercussões positivas no resultado final.

Outro aspecto importante que será abordado resulta da necessidade de em determinadas situações clínicas se proceder à substituição das próteses provisórias iniciais por próteses provisórias ditas secundárias com vista à optimização da restauração final.

São apresentadas diversas técnicas e diferentes materiais na execução deste tipo de próteses.

Conclusões: As próteses provisórias são indispensáveis na reabilitação oral protética fixa. A sua correcta elaboração com materiais adequados a cada situação clínica respeita os princípios biológicos, mecânicos e estéticos. O conceito de próteses parciais fixas secundárias revela-se importante em determinadas situações clínicas.

*- Médico Dentista; Monitor de Prótese Fixa no Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.); Aluno da Pós-graduação em Reabilitação Oral Protética no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.
**- Médico Dentista; Monitor de Endodontia no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C..
***- Médico Dentista; Assistente de Prótese Fixa no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C..

PRÓTESE SOBRE RAÍZES - UM CASO CLÍNICO

Sandra Catarino Paulo*, Ricardo José Andrade Caetano*, Arnalda Valle**, Luis Pires Lopes***

A reabilitação em Prostodontia Removível de arcadas dentárias com pequeno número de dentes, muitas vezes comprometidos periodontalmente, apresenta geralmente um prognóstico reservado. Em alguns destes casos a Prótese Sobre Raízes (PSR) constitui uma solução vantajosa em relação a outros tipos de reabilitação.

A Prótese Sobre Raízes representa um tipo de prótese suportada por mucosa, raízes dentárias ou dentes talhados para o efeito. Tem como principais indicações a reabilitação de pacientes com relações oclusais alteradas entre as arcadas, condições anatomo-fisiológicas e inserções musculares desfavoráveis e reabsorção alveolar extensa. Apresenta também como vantagens a aceitação fácil pelo paciente, a preservação do rebordo alveolar, o aumento da estabilidade, da retenção e a conservação da propriocepção, entre outras.

Esta comunicação tem como objectivo ilustrar os procedimentos clínicos deste tipo de reabilitação através da apresentação de um caso clínico realizado na disciplina de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

*- Médicos Dentistas

** - Assistente Convidada Prostodontia Removível F.M.D.U.L.

***- Professor Associado Prostodontia Removível F.M.D.U.L.

ABORDAGEM DO PACIENTE SURDO EM MEDICINA DENTÁRIA

Raquel Gomes*, Patricia Correia*, David Andrade**

Os problemas auditivos surgem em todas as idades. Nas crianças, a surdez manifesta-se precocemente ou como anomalia congénita. Nos idosos, existe uma perda progressiva da capacidade auditiva, principalmente dos sons

de alta frequência.

Os médicos dentistas devem fornecer um tratamento dentário de qualidade, ao grupo de indivíduos com esta deficiência. Desta forma, o ambiente e relacionamento proporcionados são elementos essenciais na abordagem a estes doentes. É igualmente importante, a garantia da compreensão das várias fases do tratamento, atendendo que a maior parte destes pacientes faz leitura de lábios. A captação da mensagem também se baseia na expressão facial e linguagem corporal do comunicador.

Na pesquisa deste tema, contactámos algumas associações, nacionais e estrangeiras, de apoio a estes pacientes.

Do estudo efectuado, salientam-se os seguintes itens:

-Regras básicas para lidar com o paciente surdo

-Relação entre o doente surdo e o médico dentista

-Medidas preventivas em saúde oral

O médico dentista deve estar familiarizado com os cuidados específicos requeridos por esta população de doentes.

*- Médicas Dentistas licenciadas pela F.M.D.U.P.

** - Assistente da F.M.D.U.P.

APLICAÇÃO DO PRFC EM CIRURGIA PERIAPICAL

José A. Carvalho de Sousa*, Ana Faria*,
Germano Rocha**

O tratamento dos defeitos ósseos causados pelos cistos periapicais é uma das indicações para o uso de PRFC. Nos casos de grandes destruições ósseas utilizam-se enxertos com osso autólogo e apenas PRFC nas lesões ósseas de menores dimensões.

Usando esta técnica há uma melhoria significativa na reparação dos tecidos moles assim como óssea tanto em quantidade como em qualidade.

Fizeram-se abordagens cirúrgicas convencionais para a exérese de cistos periapicais não recorrendo a nenhum biomaterial de regeneração

óssea, enquanto por sua vez se colocou PRFC e osso autólogo noutras cirurgias periapicais.

A regeneração tecidual e óssea foi avaliada mediante medição com compasso cirúrgico por comparação tanto radiográfica como fotográfica das zonas tratadas em ambas as amostras em estudo (cirurgia convencional versus PRFC).

Este estudo permitiu concluir da existência de vantagens do uso de PRFC e osso autólogo nas cirurgias periapicais, nomeadamente: melhoria na reparação dos tecidos moles, epitelação dos defeitos mais rápida, osso mais compacto com maior e mais rápida regeneração óssea e controle pós operatório e remoção de sutura ao fim de 4 dias.

*- Médicos Dentistas, Alunos do II M.C.O. F.M.D.U.P.

** - Médico Dentista, Docente da Disciplina de C.O. F.M.D.U.P.

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: diagnóstico diferencial

Ana Faria*, Luis Medeiros**

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma entidade idiopática que, segundo a Organização Mundial de Saúde, se define como uma lesão benigna intra-óssea não odontogénica dos maxilares. Apesar da sua prevalência não ser muito elevada, existe uma importante necessidade de se efectuar um diagnóstico precoce desta lesão, dado a sua origem e evolução ser assintomática. De facto, o GCCG é muitas vezes detectado numa fase avançada do seu curso (por um diagnóstico radiológico de rotina ou queixas do paciente), num momento em que já se verificam alterações significativas como deslocamento e movimento de dentes e germens, rizálise radicular, osteólise e abaulamento das corticais ósseas. Apesar de ser benigno, evidencia uma evolução rápida e agressiva.

Histologicamente caracteriza-se pela existência de células gigantes, facto comum a outras lesões dos maxilares, razão pela qual para a obtenção de um diagnóstico definitivo é

necessário reunir e interpretar toda a informação disponibilizada pelos exames clínico e radiológico.

Os autores propõem-se a evidenciar aspectos fundamentais do diagnóstico diferencial desta lesão com outras patologias dos maxilares clínica e histologicamente semelhantes.

*- Médica Dentista, Aluna mestrado Cirurgia Oral
**- Estomatologista

INFILTRAÇÃO BACTERIANA NAS OBTURAÇÕES RETRÓGRADAS RESULTADOS PRELIMINARES

António M. P. Ginjeira*, César S. Mexia de Almeida**, Luis M. Morgado Tavares***

Numerosos estudos têm sido feitos sobre o comportamento de diferentes materiais utilizados para a realização de obturações retrógradas em cavidades apicais. A maioria desses trabalhos tem incidido sobre a quantidade de corante que penetra na interface, do exterior para o interior do canal. Sabemos, no entanto, que a maioria dos insucessos em endodontia, e em cirurgia endodôntica em particular, se devem à infiltração bacteriana do interior do dente para a zona apical, e não o inverso.

O trabalho realizado pretendeu estudar a estanquicidade das obturações retrógradas à percolação de microorganismos do interior do canal para o exterior. Foram utilizados seis materiais correntemente usados em cirurgia endodôntica para a obtenção de selagem apical adequada. Os materiais testados foram um amálgama dentário de fase dispersa, um compósito, um ionómero de vidro reforçado, gutta-percha, cimento de óxido de zinco com ácido etoxi-benzóico e agregado de trióxidos minerais (MTA). Testou-se a sua capacidade de impedir a passagem de uma suspensão contendo uma quantidade determinada de bactérias viáveis, tendo essa experiência sido efectuada com um aeróbio (*Proteus mirabilis*) e um anaeróbio facultativo (*Enterococcus faecalis*).

Os resultados têm demonstrado o melhor comportamento do MTA e do Super EBA em

relação aos outros materiais em estudo.

*- Médico Dentista, Assistente Convivado de Endodontia na F.M.D.U.L.
**- Estomatologista, Professor Associado F.M.D.U.L. – Regente da disciplina de Endodontia
***- Médico veterinário, Professor Catedrático Microbiologia e Imunologia – Director do CIISA Faculdade de Medicina Veterinária – Universidade Técnica de Lisboa

UTILIZAÇÃO DE PLASMA RICO EM FACTORES DE CRESCIMENTO NA CORRECÇÃO DE DEFEITOS ÓSSEOS

Paula Sousa*, Rui Amaral Mendes**,
Patrícia Cruz*, Viviana Macho*, Germano
Rocha***

O plasma rico em plaquetas constitui uma importante fonte autóloga de factores de crescimento derivados das plaquetas (PDGF) bem como de factor de crescimento b (TGF-b), que são assim disponibilizados em elevadas concentrações nas zonas onde existem defeitos ósseos patológicos ou resultantes de intervenções cirúrgicas, facultando, de acordo com os estudos mais recentes, um processo de cicatrização mais rápido e eficaz.

Os autores irão efectuar uma breve revisão da metodologia seguida na recolha e preparação do PRGF (Plasma-Rich in Growth Factors), bem como das suas indicações terapêuticas, procedendo à apresentação de um caso clínico em que referida técnica foi utilizada, com sucesso, após cirurgia ablativa de quisto globo-maxilar numa criança.

*- Alunos finalistas da F.M.D.U.P.
**- Médico Dentista
***- Médico Dentista, Professor de Cirurgia Oral na F.M.D.U.P.

TÉCNICAS DE ELEVAÇÃO DO SEIO MAXILAR PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES

Ricardo Faria de Almeida*, Carlos Falcão
Costa**

Os tratamentos com implantes, são hoje em dia, prática usual em medicina dentária.

No entanto, nem todas as áreas da cavidade

oral assumem o mesmo grau de dificuldade para o clínico. Com efeito, a reabsorção dos rebordos alveolares edentulos após a perda dentária constitui um repto para a posterior colocação de implantes osteointegrados. Se a esta situação associarmos a presença dum osso muito medular e limitações de carácter anatómico, podemos dizer que a zona maxilar posterior é provavelmente a que representa um maior grau de dificuldade. Com o objectivo de ultrapassar estas adversidades várias técnicas cirúrgicas foram descritas para reabilitar esta zona anatómica: elevação do seio maxilar aberta, elevação “atraumática do seio maxilar”, implantes tuberositários, implantes perigoideos, implantes transzigomáticos entre outras.

É objectivo deste trabalho fazer uma comparação das técnicas existentes para elevação do seio maxilar abordando vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações. Apresentar-se-ão casos clínicos que retractem cada uma delas.

*- Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (1990-1996), Mestre em Periodontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid (1999-2002), Aluno de Doutoramento na Universidad Complutense de Madrid. Responsável pelas disciplinas de Periodontologia I e II da licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

** - Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Pósgraduado em Protese sobre Implantes pela Universidade Complutense de Madrid, Aluno de Doutoramento na Universidad Complutense de Madrid, Docente da disciplina de Prostodontia IV da licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

MODIFICAÇÕES DA TÉCNICA CIRÚRGICA DE SUMMERS PARA ELEVACÃO DO SEIO

Adolfo Magalhães *

O uso cada vez mais frequente de implantes no tratamento em medicina dentária, têm confrontado o dentista com situações como sejam: A limitação de altura da crista ossea na região posterior da Maxila.

Para contornar esta situação, recorre-se a elevação cirúrgica do seio maxilar. Esta pode ser realizada pela Técnica de Caldwell –Luc modificada (Janela Lateral) ou pela de Summers

(Osteotomo) . A técnica de Summers, bem como as alterações que lhe foram introduzidas, visam aumentar a eficácia e reduzir o trauma na elevação do seio maxilar.

Nesta comunicação, vou abordar sucintamente a técnica de Summers , suas indicações e modificações introduzidas por outros autores. Será apresentada a literatura de suporte a cada uma das técnicas, assim como casos clínicos.

Em conclusão, a Técnica de Summers e suas diferentes abordagens, têm uma alta taxa de sucesso, como tal a escolha entre as diferentes técnicas de Osteotomo acaba por ser feita, pela experiência cirúrgica de cada um dos autores.

*- Médico Dentista, Mestre em Saúde Oral Comunitária U.P., Mestre em Geriatria e Gerodontologia U.P.V., Pós- graduado em Implantologia e Reabilitação Oral N.Y.U.C.D.

CRITÉRIOS PARA A SELECÇÃO DE PILARES EM PRÓTESE FIXA IMPLANTOSUPOORTADA

Carlos Falcão*, Ricardo Faria de Almeida**

O tratamento reabilitador com implantes osteointegrados é cada vez mais uma opção válida e predictível no âmbito da Medicina Dentária.

Se bem que cada vez mais o conceito de “cirurgia implantológica guiada pela prótese” vem sendo utilizado, existe ainda um grande número de situações clínicas que proporcionam ao Próstodentista um enorme desafio no sentido de conseguir obter um resultado final satisfatório, tanto estético como funcional. Factores como disparelismo excessivo entre implantes, espaço interoclusal insuficiente ou emergência desfavorável dos implantes são situações muito frequentes, e estas, associadas a uma grande diversidade de aditamentos protéticos, por vezes excessiva, criam-nos uma série de dúvidas e problemas que se tornam difíceis de resolver.

Os autores pretendem estabelecer pautas bem definidas quanto ao tipo de pilares a seleccionar em prótese fixa sobre implantes, em função do desenho da prótese a realizar, em

função de determinantes estéticos, biomecânicos e funcionais, com base na evidência científica actual e ilustrado com alguns casos clínicos.

*- Médico Dentista, pela F.M.D.U.P., Pós-graduação em Prótese sobre Implantes pela Universidade Complutense de Madrid, Aluno de Doutoramento do Departamento de Medicina e Cirurgia Bucofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Docente da disciplina de Prostodontia da Licenciatura de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

**-. Médico Dentista, pela F.M.D.U.P., Mestrado em Periodontologia pela Universidade Complutense de Madrid, Aluno de Doutoramento do Departamento de Medicina e Cirurgia Bucofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Responsável da disciplina de Periodontia da Licenciatura de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

SEIO MAXILAR: DO MITO À REALIDADE

Maria Gabriela Canedo*, Rui Pedro Almeida*, Pedro Mesquita**

O seio maxilar é o maior dos seios paranasais.

Devido à proximidade das raízes dentárias com o seu pavimento, por vezes, no decurso de exodontias, pode-se estabelecer uma comunicação oro-antral ou, menos frequentemente, a introdução de um fragmento radicular ou da própria peça dentária no seu interior. Estas situações exigem uma actuação consciente e decidida, o que nem sempre se verifica, já que de uma forma geral o médico dentista generalista encara o seio maxilar com bastante apreensão e insegurança.

Nesta apresentação, os autores expõem conceitos básicos relacionados com a anatomia do seio maxilar, bem como a forma de actuação do médico dentista generalista perante este tipo de acidentes.

*- Médicos Dentistas pela F.M.D.U.P.

**-. Médico Dentista, Mestre pela F.M.D.U.P., Assistente da F.M.D.U.P.

POSTERS

REABILITAÇÃO DE UM DESDENTADO TOTAL – CASO CLÍNICO

Joana Magriço*, Nuno Ruano*, Eduarda Nobre**, Luis Pires Lopes***

A reabilitação de um desdentado total apresenta algumas dificuldades, nomeadamente a ausência de uma relação intermaxilar definida e por vezes uma reabsorção óssea intensa. Para ultrapassar estes obstáculos são utilizadas diversas técnicas.

No caso clínico apresentado a paciente tinha uma relação intermaxilar protrusiva, resultante do uso de uma prótese total bimaxilar desadaptada colocada há cerca de quarenta anos. Além disso, o rebordo mandibular estava muito reabsorvido.

Para estabelecer uma correcta relação intermaxilar em posição de relação cêntrica, utilizou-se o ponto central de apoio. Foi feito o registo com arco gótico e posteriormente procedeu-se à montagem em articulador semi-ajustável com valores médios. Para obter retenção passiva da prótese inferior e devido há reabsorção óssea existente, foi determinada a zona neutra, mantendo-se a dimensão vertical previamente determinada pelas placas de registo maxilo-mandibular.

Este trabalho tem como objectivo ilustrar alguns dos procedimentos clínicos 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 na disciplina de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

*- Médica dentista

**-. Assistente Convidada da Disciplina de Prostodontia Removível F.M.D.U.L.

***- Professor Associado da Disciplina de Prostodontia Removível F.M.D.U.L.

QUERATOCISTO ODONTOGÉNICO – CASO CLÍNICO

Pedro Mesquita*, Joaquim Ramalhão**,
Cristina Trigo-Cabral***

O Queratocisto Odontogénico é classificado pela Organização Mundial de Saúde como um cisto epitelial odontogénico de desenvolvimento.

Histologicamente, é revestido por um epitélio escamoso estratificado, formado por 5 a 8 camadas de células, habitualmente paraqueratinizado. A camada basal é constituída por células colunares ou cuboidais, contendo núcleos com polarização invertida. A cápsula fibrosa é habitualmente desprovida de células inflamatórias. O conteúdo cístico é formado por proteínas, cristais de colesterol e escamas de queratina

Apresentamos um caso clínico de um paciente do sexo feminino, de raça caucasiana, com 19 anos de idade. Ao exame intra-oral observa-se ausência do 48 na arcada com tumefacção da região retro-molar direita. A paciente apresentava-se sem sintomatologia associada. Radiologicamente observa-se a presença do 48 incluso, localizado próximo do bordo inferior da mandíbula, ao qual se associa uma imagem radiolúcida, lobulada, com limites bem definidos, que se estende para o ramo ascendente da mandíbula. Na TC observa-se acentuado adelgaçamento das corticais mandibulares do lado direito, com zonas de descontinuidade óssea. Procedeu-se à exérese da lesão e extracção do dente 48. O diagnóstico clínico foi de cisto dentígero associado ao 48. O resultado do exame histo-patológico foi de queratocisto odontogénico.

A apresentação deste caso clínico vem demonstrar que, perante características clínicas e radiográficas identificadoras de um cisto dentígero, não podemos deixar de incluir no diagnóstico diferencial outras patologias que se podem, em algumas situações, apresentar de forma semelhante. Pretendemos também realçar a obrigatoriedade do envio das peças operatórias para exame histo-patológico, pois

só desta forma obtemos um diagnóstico definitivo.

*- Médico Dentista, Mestre em Cirurgia Oral pela F.M.D.U.P., Assistente na F.M.D.U.P.

** - Médico Dentista, Mestre em Cirurgia Oral pela F.M.D.U.P.

***- Médica Dentista, Aluna de Doutoramento da F.M.D.U.P., Assistente no I.S.C.S.-N

PERIODONTITE E PARTO PRECOCE – MODELO PATOGÉNICO

Ricardo Henriques*, Ricardo Faria e
Almeida**

Este trabalho pretende apresentar o modelo patogénico que parece relacionar a Doença Periodontal com a ocorrência de partos prematuros.

A importância do seu conhecimento incide na vantagem que pode ter um correcto tratamento periodontal em grávidas ou pretendentes, reduzindo de forma eficaz a ocorrência de Partos Prematuros, causa directa de baixo peso ao nascimento com todas as possíveis consequências negativas para a saúde da criança.

*- Médico Dentista

** - Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (1990-1996)

-Mestrado em Periodontologia pela Facultad de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid (1999-2002)

-Aluno de Doutoramento na Universidad Complutense de Madrid

-Responsável pelas disciplinas de Periodontologia I e II da licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

FRACTURA VERTICAL MESIODIS- TAL DE MOLAR SUPERIOR POR BRUXISMO – CASO CLÍNICO

Marcelo Miranda*; Elsa Miranda**
J. C. Pinho***; Tiago caldas****;
Francisco Caldas*****

É sobejamente conhecida a grande força exercida a nível oclusal pelos músculos elevadores do sistema estomatognático, nos doentes com bruxismo.

O caso clínico descrito refere-se a uma fratura vertical mesiodistal mediana completa de um molar superior (2.7). O doente em questão

é bruxómano e padece de roncopatia, pelo que dorme desde à dois anos com goteira (aparelho de avanço mandibular), como terapêutica para as duas situações clínicas. É de salientar que o doente atravessou um período de grande carga emocional, imediatamente antes da fractura.

Este caso clínico é relevante pela consequência que pode advir das grandes cargas oclusais em períodos de “stress” provocando fractura em dente molar anatomicamente íntegro. Também é de realçar a dificuldade de diagnóstico em virtude do tipo de traço de fractura ser inaparente à observação e não ser identificável radiologicamente.

*- Estomatologista, Assistente Convidado da F.M.D.U.P.
**- Aluna 6º ano Medicina Dentária I.S.C.S.-N.
***- Médico Dentista, Professor Auxiliar F.M.D.U.P.
****- Médico Dentista, Monitor da F.M.D.U.P.
*****- Estomatologista, Professor Associado F.M.D.U.P.

ABORDAGEM CIRÚRGICA A CANINO MAXILAR (23): caso clínico

Ana Faria*, Armando Dias da Silva**, Germano Rocha***, Carvalho de Sousa****

Os caninos inclusos, ou retidos, constituem um desafio permanente para as especialidades de Ortodontia e Cirurgia Oral.

Devido à sua importância estética, funcional e protética, e sempre que seja viável (dependendo da sua posição, relações anatómicas, espaço na arcada e idade do paciente), deverá ser efectuada a tracção ortodôntica dos caninos inclusos, ou retidos, após o acto cirúrgico em que se coloca um suporte na coroa do dente.

No entanto, esta fase cirúrgica desempenha também um papel muito importante no sucesso da tracção do dente e sua estabilidade a longo prazo na arcada. A abordagem cirúrgica deverá ser o mais conservadora possível de modo a que o dente possa ter traccionado para a arcada com um bom suporte ósseo e periodontal.

Os autores apresentam a abordagem cirúrgica para colocação de suporte ortodôntico, num canino maxilar incluso (23), num paciente jovem, tendo sido efectuada uma “tunelização” óssea que funcionou como uma guia de

erupção, conferindo-lhe uma direcção mais adequada limitando-se, ou diminuindo-se, os problemas mucogengivais típicos da tracção ortodôntica destes dentes, por falta de espessura de gengiva aderida.

A abordagem cirúrgica do canino maxilar incluso representa, deste modo, um passo fundamental para a viabilidade da sua tracção ortodôntica e sucesso da colocação do dente na arcada.

* - Médica Dentista, Aluna mestrado Cirurgia Oral F.M.D.U.P.
**- Médico Dentista, Pós graduado Ortodontia F.M.D.U.P.
***- Médico Dentista, docente mestrado Cirurgia Oral F.M.D.U.P.
****- Médico Dentista, Aluno mestrado Cirurgia Oral F.M.D.U.P.

TÉCNICAS DE CIMENTAÇÃO DE ESPIGÕES RADICULARES

Paula Vaz*, Sampaio Fernandes**, César Leal**, Ana Mota***, Américo Afonso****

A cimentação de espigões é uma das etapas mais importantes na reabilitação de dentes tratados endodônticamente e muito destruídos com prótese fixa.

Os autores, tendo como objectivo comparar as duas técnicas de cimentação mais usadas, utilizaram dentes (prémolares monoradiculares) extraídos por motivos ortodônticos, espigões radiculares em titânio (ParaPost XT, Coltène/Whaladent Inc.) e um cimento resina autopolimerizável (ParaPost Cement, Coltène/Whaladent Inc.) utilizando o seguinte protocolo: em 10 dentes o cimento foi colocado nos espigões com auxílio de uma espátula (grupo A) e noutros 10 dentes o cimento foi introduzido nos canais radiculares com um lentulo (grupo B). Posteriormente foram efectuados cortes radiculares transversais, a três níveis com disco de diamante. Os diferentes cortes foram avaliados com lupa estereoscópica, tendo-se concluído que, nas condições deste estudo: a existência de bolhas de ar ocorriam com maior frequência no grupo A e a homogeneidade do cimento era mais evidente no grupo B.

*- Médica Dentista, Monitora F.M.D.U.P.
**- Médico Dentista, Professor Auxiliar F.M.D.U.P.
***- Técnica de Anatomia Patológica da F.M.D.U.P.
****- Médico Dentista, Professor Associado da F.M.D.U.P.

MANIFESTAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL EM PACIENTES COM PATOLOGIA HEMATOLÓGICA

Patricia Correia*, Raquel Gomes**
Paulo Melo***

Estão descritos vários estudos que referem o aparecimento precoce de manifestações orais associadas a discrasias sanguíneas. Dentro deste grupo de patologias, a leucemia, os linfomas, a anemia e a trombocitopenia são as mais frequentes e simultaneamente aquelas que apresentam maior incidência de alterações da cavidade oral. O conhecimento por parte do médico dentista destas entidades nosológicas permite a sua identificação precoce e um acompanhamento clínico mais efectivo.

Neste estudo os autores pretendem identificar e quantificar a prevalência destas alterações em cada um destes grupos. Para o efeito foi elaborado um inquérito específico para cada patologia hematológica preenchido pelo doente, tendo como população alvo os utentes do serviço de Hematologia Clínica do HSJ do Porto. Na trombocitopenia verificou-se alta prevalência de doentes que referiram a existência de petéquias na cavidade oral e hemorragia gengival, enquanto na anemia registou-se uma grande prevalência de doentes que referem a existência de alterações na língua e palidez da gengiva. Nos linfomas não foi referida nenhuma manifestação específica predominante, apesar de alguns doentes referirem a existência de tumefacções no palato ou na gengiva. Nas leucemias é mais comum encontrar doentes que referem gengivorragia.

Pelos resultados obtidos com este estudo verifica-se a necessidade de um controlo mais rigoroso destes pacientes pelo médico dentista, de forma a evitar um agravamento da sua condição oral.

*- Médica Dentista licenciada pela F.M.D.U.P., Investigação científica no IPA-TIMUP (durante 1 ano)

** - Médica Dentista licenciada pela F.M.D.U.P.

***- Assistente da F.M.D.U.P.

AUMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL EM PROSTODONTIA PARCIAL REMOVÍVEL

Dalila Santos Costa*, Pedro Coelho*,
Eduarada Nobre**, Luis Pires Lopes***

Uma das consequências mais frequentes da perda de peças dentárias é a diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO). Esta, por sua vez, pode ser factor desencadeante de disfunção da articulação temporomandibular (ATM).

Este poster tem por objectivo apresentar um caso clínico de reabilitação protética num paciente com disfunção da ATM associada a perda da DVO. O procedimento clínico consistiu na reabilitação de uma desdentação classe III com prótese parcial removível esquelética superior. Para tal, realizou-se a montagem dos modelos de trabalho em articulador semi-ajustável com arco facial. Com a finalidade de eliminar a disfunção da ATM, procedeu-se ao aumento da dimensão vertical de oclusão.

A reabilitação protética realizada permitiu, além da recuperação da função estética e da função mastigatória perdidas, a recuperação da dimensão vertical de oclusão. Como consequência, a disfunção do aparelho estomatognático e a sintomatologia associada apresentada pelo paciente foram eliminadas.

*- Alunos finalista F.M.D.U.L.

** - Assistente Convidada de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

***- Professor Associado de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

AMELOGÉNESE IMPERFECTA HIPOPLÁSICA (TIPO I) – CASO CLÍNICO

Andreia Guimarães Lino.*; Nuno Miguel Oliveira*, Maria Gabriela Canedo*, Paulo Melo**; Paula Vaz**

A amelogenese imperfecta é uma anomalia hereditária que se manifesta através da alteração do aspecto e consistência do esmalte dos

dentes temporários e definitivos. Existem vários tipos de amelogenese imperfecta consoante a fase de formação do esmalte em que se manifesta a anomalia e o tipo de transmissão hereditária que ocorre.

A este propósito apresenta-se um caso clínico de um paciente portador de uma amelogenese imperfecta hipoplásica (tipo I), onde é possível observar esta anomalia associada a outras manifestações que podem estar presentes.

Pretende-se com esta exposição alertar para a existência deste tipo de alterações que por vezes são ignoradas pelo médico dentista e que quando diagnosticadas atempadamente podem evitar repercussões mais complexas no aparelho estomatognático do seu portador.

*- Médicos Dentistas
**- Docentes da F.M.D.U.P.

ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

Elsa Miranda*, Rui Figueiredo*, Patricia Alves*, António Torres*, Artur Carvalho**

A reabilitação oral de um paciente é, sem dúvida, um dos procedimentos mais complexos realizado no âmbito da Medicina Dentária. O enceramento diagnóstico é um procedimento laboratorial essencial para esta. A principal vantagem deste tipo de enceramento reside no facto deste servir de base para a elaboração da prótese provisória, permitindo uma previsão dos resultados e, no caso de estes não serem favoráveis tornar possível uma correção atempada. Desta forma, é de inestimável importância que o clínico tome conhecimento, pelo menos de forma superficial, das potencialidades e informações fornecidas por este procedimento.

O caso clínico apresentado mostra o enceramento diagnóstico utilizado na reabilitação oral de uma paciente com amelogenese imperfecta.

O enceramento diagnóstico é uma etapa laboratorial que diminui o tempo de execução da reabilitação oral, e que simultaneamente aumenta a qualidade e durabilidade das próte-

ses, sendo assim um erro não considerá-la na elaboração de um plano de tratamento.

*- Alunos finalistas I.S.C.S.-N
**- Médico Dentista, Regente da disciplina de Prótese Fixa do I.S.C.C.-N

SUPRANUMERÁRIOS E TRAUMATOLOGIA: DIAGNOSTICAR – INTERVIR MINIMIZAR COMPLICAÇÕES

Luís Pedro Ferreira*

Dentes supranumerários e lesões traumáticas de incisivos temporários a nível do maxilar anterior são causas frequentes de:

- Erupções ectópicas e/ou retardadas.
- Problemas oclusais e mastigatórios.
- Problemas estéticos.

São apresentados casos clínicos que exemplificam as situações acima descritas.

Diagnosticar o mais cedo possível e intervir adequadamente pode evitar ou minimizar as complicações referidas.

* - Mestre Assistente F.C.S.U.F.P.

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA COM O STAI EM ESTU- DANTES UNIVERSITÁRIOS

Pedro Nuno Lopes*, Emanuel Ponciano**, Anabela Pereira***, José Augusto Medeiros****, Charles D. Spielberger*****

Objectivos: Avaliação da ansiedade dentária e factores correlacionados em estudantes do Ensino Superior.

Métodos: Foram aplicados a mais de 500 estudantes da Universidade de Coimbra, de ambos os sexos, repartidos por duas amostras, uma versão portuguesa do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, previamente validado para a população portuguesa e com instruções modificadas, e um questionário sobre antecedentes dentários. No caso da amostra 1, "estudantes" (n=482), os questionários foram administrados em situação normal

de aula, sendo que, no caso da amostra 2, “sala de espera” (n=90), os questionários foram aplicados nas salas de espera dos Serviços Médico-Sociais da Universidade de Coimbra, aos alunos que aguardavam consultas de diversas especialidades, dentre as quais, Medicina Dentária.

Resultados: O grupo “sala de espera” apresenta pontuações do STAI mais elevadas que o grupo “estudantes”. Comparados com os homens, as mulheres apresentam uma pontuação do STAI significativamente mais elevada. Os indivíduos que referem ter sido submetidos, em consulta dentária, a situações traumatizantes, também apresentam níveis de ansiedade significativamente mais elevados, assim como os indivíduos que referem a existência de alguém na sua família nuclear com medo de dentistas. Os indivíduos a quem, na última consulta, foram efectuados tratamentos mais invasivos apresentam também ansiedade mais elevada. A correlação entre o tempo decorrido desde a última consulta e a pontuação do STAI, embora significativa, apresenta um valor demasiado baixo para ser considerado relevante.

Conclusões: Estes resultados indicam existir relação entre a experiência prévia em consulta dentária e o grau de ansiedade dentária. Os resultados apontam no sentido da existência de uma ansiedade dentária relacionada com a vulnerabilidade individual e com a percepção do indivíduo da ansiedade dentária da família nuclear. Não há indícios de que exista correlação entre o tempo decorrido desde a última consulta e a ansiedade dentária. O STAI-Y mostrou ser um instrumento versátil com aplicações úteis em Medicina Dentária.

*- Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

- Consultor de Estomatologia dos Serviços Médico-Sociais da Universidade de Coimbra

- Investigador em regime de colaboração da Unidade de Psicofísica e Psicometria do IBILI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Mestrando em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

** - Doutor em Medicina Unidade de Psicofísica e Psicometria – IBILI – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

***- Doutora em Biologia Universidade de Aveiro

****- Doutor em Medicina, Serviços Médico-Sociais da Universidade de Coimbra

*****- Doutor em Psicologia Department of Psychology, Southern Florida University

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SAÚDE ORAL NA ÁREA DO CENTRO DE SAÚDE DE ALCÂNTARA

António Toscano*, Sónia Mendes*, César Mexia de Almeida***

No âmbito da disciplina de Medicina dentária Preventiva da FMDUL e em colaboração com o Centro de Saúde de Alcântara-Lisboa, foi desenvolvido um programa de educação para a saúde em saúde oral em alguns jardins de infância e escolas primárias desta área geográfica. O trabalho de campo deste projecto foi realizado com os alunos do 4º e 5º ano da licenciatura em Medicina Dentária da FMDUL sob a supervisão dos respectivos docentes. O projecto consistiu em: reunião com os encarregados de educação das crianças para esclarecimento de dúvidas relacionadas com a higiene oral dos seus filhos, actividades de educação para a saúde em saúde oral adaptadas às idades das crianças, observações e registos do estado dentário. Após as observações foram calculados os CPOD/cpod e CPOS/cpos médios das respectivas escolas. Por fim foi enviada aos encarregados de educação uma folha informativa sobre o estado dentário e a necessidade de tratamento dos seus educandos.

Como conclusão verificou-se: 1) que algumas crianças com apenas 3 anos de idade apresentam já muitos dentes afectados por cárie dentária; 2) que as visitas ao dentista nestas idades são ainda muito esporádicas o que se verifica pela reduzida quantidade de tratamentos dentários, em especial na dentição decídua. Este programa foi bem aceite por todos os intervenientes, pelo que este tipo de acções deverá ser continuado. Acções deste tipo devem ser a base da estratégia de prevenção da cárie dentária no nosso país.

*- Assistentes Estagiários da F.M.D.U.L.

***- Professor Associado da F.M.D.U.L.

REABILITAÇÃO ORAL PROTÉTICA DE UMA DOENTE SUJEITA A RADIOTERAPIA AO PESCOÇO

Salomão Rocha* , Pedro Nicolau**, Sónia
Fangaia***, Rita Reis***

Apresentação de um caso clínico de uma paciente que foi sujeita a radioterapia para tratamento de um tumor na região bucofaríngea há 3 anos. Como seqüela deste tratamento, a paciente apresenta alterações na língua, com diminuição acentuada da mobilidade, despilação e repuxamento do freio lingual. A juntar a este quadro, existe uma reabsorção avançada do rebordo residual.

Na reabilitação oral protética recorreu-se à técnica da zona neutra para a determinação do tamanho das superfícies oclusais, da localização do plano oclusal e da forma do arco dentário da prótese total.

Conclusão: A determinação da zona neutra mostra-se um método bastante útil em situações clínicas onde existem reabsorções acentuadas das cristas residuais, alterações significativas do volume da língua e em assimetrias bucofaciais.

*- Médico Dentista; Monitor de Prótese Fixa no Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.); Aluno da Pós-graduação em Reabilitação Oral Protética no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.

** - Médico Dentista; Assistente de Prótese Removível no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.

***- Médicas Dentistas; Monitoras de Prótese Removível no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C.; Alunas da Pós-graduação em Reabilitação Oral Protética no D.M.D.E.C.M.F. da F.M.U.C..

SÍNDROME DE EAGLE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Rui Figueiredo, Rui*, Carina Ramos**,
Fernando Duarte***

No exame clínico de um paciente com dor orofacial, com disfunção temporomandibular ou com dor na região cervical é raro incluir a apófise estiloíde, sendo desta forma, negligenciada uma possível fonte da patologia. Quando a apófise estiloíde se encontra alongada, pode originar uma panóplia de sintomas que se

enquadram numa patologia denominada Síndrome de Eagle. A etiologia desta disfunção é ainda considerada um mistério pois a maioria dos pacientes com calcificação das apófises estiloídes não apresentam qualquer sintomatologia. No entanto, parece obvio que a principal origem dos sintomas se prende com a compressão das estruturas anatómicas envolventes, entre as quais se podem destacar as artérias carótidas externas e internas e os nervos facial e glossofaríngeo. Este factor é essencial para a compreensão do diagnóstico (pois toda a sintomatologia daí deriva) e do tratamento (dado que as principais condicionantes da terapêutica cirúrgica são anatómicas).

Conclusões: A ressonância magnética assume um papel essencial no diagnóstico definitivo deste tipo de patologia. Na opinião dos autores, quando se torna necessária intervenção cirúrgica a abordagem intra-oral é a mais adequada

*- Médico Dentista; Monitor de Cirurgia Oral no ISCS-N

** - Médica Dentista; Estudante de Mestrado em Oncologia Médica no ICBAS/IPO - Universidade do Porto

***- Médico Dentista; Mestre em Cirurgia Oral e Maxilofacial pelo Eastman Dental Institute and Hospital - Univ. de Londres; Assistente de Cirurgia Oral no I.S.C.S.-N; Assistente Hospitalar no Serviço de Estomatologia / Medicina Dentária no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

SIALOMETAPLASIA NECROSANTE – dois casos clínicos

Ana Rita Nóbrega*, Ana Alves Norton**,
Luis Medeiros***

A sialometaplasia é uma doença rara, benigna, necrosante e inflamatória das glândulas salivares. A etiologia parece ser isquémica. Envolve, sobretudo, as glândulas minor. Caracteriza-se numa fase inicial pela desintegração das células acinares por necrose, aparecendo mais tarde metaplasia escamosa e reacção fibrosa. As lesões podem aparecer na forma nodular ou evoluir para ulceração do epitélio adjacente, sendo esta a forma mais frequentemente encontrada pela exuberância de queixas e diagnóstico enganoso. Embora seja uma lesão auto-limitada que cura espontaneamente em 6 a 12 semanas, é muitas vezes com

lesão neoplásica, com tratamentos que passam por mutilações cirúrgicas desnecessárias.

*- Médica Dentista, Aluna do Mestrado de Implantologia da F.M.D.U.P.

** - Médica Dentista

*** - Estomatologista

REABILITAÇÃO PROSTODÔNTICA CONJUGANDO UMA P.P.R. COM UMA COROA FRESADA

Miguel Alcoforado Calhau*, Jorge Martins*,
Sofia Cordeiro**, Luís Pires Lopes***

O aspecto estético é um factor que cada vez mais tem de ser tido em consideração no planeamento das reabilitações protéticas. Todavia, princípios básicos da prostodontia parcial removível, como a retenção e a estabilidade, nunca podem ser negligenciados se pretendemos um resultado optimizado. Estes princípios obrigam a que, por vezes, se tenham de colocar ganchos ou apoios em locais que de alguma forma comprometem a estética.

A conjugação de uma prótese parcial esquelética com uma coroa fresada é uma opção que permite a supressão de braços retentivos, beneficiando a estética e garantindo, ao mesmo tempo, a retenção através de um processo de fricção por intermédio de um gancho de “equipoise”.

Neste caso clínico, a maxila foi reabilitada com uma prótese parcial esquelética convencional e a mandíbula com uma prótese parcial esquelética em conjugação com uma coroa metalocerâmica fresada, sendo o resultado estético muito satisfatório.

* - Alunos do 6º ano F.M.D.U.L.

** - Assistente Convidada da Disciplina de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

*** - Professor Associado da Disciplina de Prostodontia Removível da F.M.D.U.L.

ENCERRAMENTO DE DIASTEMAS - CASO CLÍNICO

Viviana Macho*, Paula Sousa*, Paulo
Melo**

Uma das principais motivações para que o paciente procure o médico dentista é a sua pre-

ocupação por uma desarmonia estética ao nível do sorriso nomeadamente a presença de diastemas.

Existem múltiplas soluções para a resolução destes casos, que podem passar pelo recurso às técnicas de Dentisteria Operatória, Prótese Fixa ou Ortodontia. O bom comportamento físico, estético, mecânico e o custo menos elevado das resinas compostas permitem considerá-las como uma solução válida e duradoura.

Apresenta-se um caso clínico em que os autores optaram pelo encerramento de diastemas presentes de 13 ao 23 com uma resina composta híbrida microparticulada fotopolimerizável, descrevendo-se um método para conseguir um preenchimento dos espaços existentes de forma harmoniosa e estética.

* - Finalista de Med. Dentária F.M.D.U.P.

** - Médico Dentista, Docente da F.M.D.U.P.

DETERMINAÇÃO DA ZONA NEUTRA NA REABILITAÇÃO TOTAL BIMAXILAR

Ana José Melgão*, Cristina Mourinho*,
Eduarda Silva **, Cristina Neves ***, Luís
Pires Lopes****

Em reabilitação total, rebordos alveolares muito reabsorvidos constituem uma dificuldade adicional no sucesso da mesma. A ausência de referências ósseas para a determinação da posição correcta dos dentes artificiais conduz-nos, na tentativa de superar esta dificuldade, a um procedimento clínico alternativo – determinação da zona neutra. Este procedimento tem como objectivo melhorar a estabilidade estabelecendo com rigor o espaço disponível para os dentes artificiais. Este espaço representa a área na cavidade oral onde, durante a função, as forças musculares exercidas sobre os dentes se neutralizam entre si.

O procedimento clínico consiste na utilização de uma base estável em acrílico sobre a qual é colocada uma mistura de godivas, previamente aquecidas em banho térmico. A base é inserida sobre o rebordo reabsorvido e é pedido ao

paciente para executar de forma repetida o movimento de deglutição. Determinada a zona neutra obtém-se a guia necessária para o posicionamento dos dentes, utilizando-se laboratorialmente as chaves de registo em silicone.

A determinação da zona neutra permite determinar com exactidão a posição dos dentes sobre o rebordo residual muito reabsorvido, obtendo-se uma reabilitação estável e com retenção satisfatória.

*- Aluna do 6º ano de Medicina Dentária F.M.D.U.L.

**- Assistente Convidada da disciplina Prosthodontia Removível F.M.D.U.L.

***- Assistente Estagiária da disciplina Prosthodontia Removível F.M.D.U.L.

****- Professor Associado da disciplina Prosthodontia Removível F.M.D.U.L.

INCLUSÃO DE PRÉ-MOLARES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carina Ramos*, Rui Figueiredo**, Helena Esteves***, Fernando Duarte****

As inclusões dentárias são acontecimentos comuns na prática clínica, tendo por isso sido alvo de inúmeros estudos e publicações científicas. Existe uma tendência clínica para considerar apenas a impactação de 3os molares e de caninos, negligenciando outras peças dentárias de que são exemplo os pré-molares.

A inclusão destes dentes é relativamente frequente, especialmente se considerarmos o 2º pré-molar inferior que, segundo alguns autores, representa 24% de todas as impactações (excluindo os 3os molares). No que respeita à etiologia desta anomalia, inúmeras são as causas referidas na literatura, atribuindo-se especial relevo a problemas de espaço nas arcadas, a factores relacionados com os molares decíduos e a obstáculos mecânicos. Quanto ao plano de tratamento, é indispensável considerar uma abordagem multidisciplinar, envolvendo diversas áreas da Medicina Dentária (Cirurgia Oral, Ortodontia e Prosthodontia).

Conclusão: Neste trabalho os autores pretendem abordar este tema documentando-o com um caso clínico em que se verificou impactação dos dentes 3.4 e 3

*- Médica Dentista, Estudante de Mestrado em Oncologia Médica no ICBAS/IPO - Universidade do Porto

** - Médico Dentista, Monitor de Cirurgia Oral no ISCS-N

***- Médica Dentista

****- Médico Dentista, Mestre em Cirurgia Oral e Maxilofacial pelo Eastman Dental Institute and Hospital - Univ. de Londres, Assistente de Cirurgia Oral no I.S.C.S.-N; Assistente Hospitalar no Serviço de Estomatologia / Medicina Dentária no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

COMPARAÇÃO DA RUGOSIDADE SUPERFICIAL DE UM COMPÓSITO COM 5 SISTEMAS DE POLIMENTO

- Dados Electromicroscópicos In Vitro -

Nuno Miguel Rosa-Limpo de Sousa*, João Tiago da Silva Ferreira*

O sucesso, a longo e médio prazo, das restaurações a compósito depende de vários factores de onde se destaca o polimento final obtido pelo médico dentista. A dentisteria actual elege os compósitos híbridos como os compósitos de eleição na esmagadora maioria das restaurações a efectuar pelo que o polimento dos mesmos é um factor fulcral na Medicina Dentária do século XXI.

Neste poster foi escolhido um compósito híbrido com base na mundialmente conhecida revista Reality edição 2002. Seguidamente foram efectuados polimentos de amostras de compósito com 5 sistemas actualmente existentes no mercado.

Todas as amostras foram submetidas a micro-electroscopia de varrimento para análise da rugosidade final obtida. Os resultados foram comparados com o controle negativo (ausência de polimento para além da espátula de inserção) e controle positivo (polimento obtido através da fotopolimerização através de matriz acetato).

Conclusão: Se bem que os resultados sejam significativamente melhores que os obtidos há alguns anos atrás, ainda não se consegue um polimento tão perfeito quanto o obtido pela matriz controle de acetato. O trabalho elege um dos sistemas, em conjunto com o melhor compósito disponível do mercado, como a melhor opção para restaurações a compósito. Quando o médico utilizar a matriz na reconstrução coronária deve fazê-lo de forma a evitar a necessidade de polimentos finais pois na realidade parece estar a piorar a rugosidade superficial do trabalho efectuado e não a melhorá-la como pretende.

*- Médicos Dentistas