

unitário na zona anterior da maxila pode alcançar resultados favoráveis a longo prazo com a seleção adequada do paciente e da técnica de colocação do implante, mesmo com um implante de plataforma estreita, sendo que esta opção de tratamento poderá fornecer uma solução a longo prazo. Estes achados também enfatizam a importância de um planeamento cuidadoso ao decidir sobre as opções de tratamento mais adequadas em pacientes com falta de dentes na zona estética maxilar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1109>

#045 Prótese Total Removível Digital – Caso Clínico



Teresa Mendes*, João Fernandes, Luis Pires Lopes,
Duarte Marques, João Caramês

Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Faculdade de Medicina
Dentária de Universidade de Lisboa, LIBPhys, Instituto de
Implantologia

Introdução: A utilização de técnicas digitais na realização de próteses removíveis tem como objetivo de melhorar a retenção, estabilidade, adaptação aos tecidos de suporte, propriedades mecânicas e reduzir o tempo clínico e laboratorial. A utilização de scanners intra-orais permite realizar impressões digitais, eliminando a necessidade de utilizar materiais de impressão. No entanto, existem receios em relação à utilização de impressões digitais em pacientes desdentados devido à dificuldade de reproduzir os tecidos moles e possibilidade de distorções. Na literatura, encontram-se descritos diversos protocolos para a execução de próteses totais removíveis, através de métodos totalmente digitais. O objetivo deste trabalho é descrever uma reabilitação com próteses totais removíveis recorrendo a um protocolo digital, integrando impressões funcionais com materiais de impressão. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, com 77 anos, que se dirigiu a uma Instituição de Saúde Privada com o objetivo de realizar novas próteses removíveis. Refere hipercolesterolemia, osteoporose e refluxo gastro esofágico. Encontrava-se medicada com sinvastatina, cálcio, vitamina D e sulfato de condroitina. Durante o exame objetivo verificou-se a ausência total de dentes, estando reabilitada com duas próteses removíveis pigmentadas e com falta de retenção. Procedeu-se à confecção de novas próteses seguindo um protocolo totalmente digital. Realizou-se a digitalização intra-oral dos rebordos edêntulos e das próteses que utilizava. Posteriormente foi realizada uma montagem de dentes digital que foi impressa em resina (Water washing resin®, Pionext, Shenzhen, China). Durante a prova de dentes, a base da prova foi utilizada como moldeira individual permitindo uma impressão funcional. As impressões foram digitalizadas e obtidos modelos de trabalho. Após uma segunda prova, as próteses finais foram obtidas pelo método de fresagem de blocos de PMMA monolíticos bicolors (Ivotion®, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein). **Discussão e conclusões:** O protocolo totalmente digital permitiu realizar uma reabilitação total removível com bons resultados em termos de estética, oclusão, retenção e estabilidade. Este protocolo reduziu o número de consultas e etapas laboratoriais

intermédias, em relação aos protocolos clássicos de confecção de próteses totais. No entanto, existiu um aumento de custos com o protocolo digital, associado aos materiais utilizados para a fresagem das próteses totais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1110>

#046 Endoscopia de contacto – guia na excisão de lesões



Rodrigo Azevedo Oliveira*, Gabriela Pinheiro, Manuel Guedes,
Joana Alves, Joana Paiva, Carlos Faria

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: As doenças potencialmente malignas são alterações morfológicas da mucosa oral que podem apresentar um potencial acrescido de transformação maligna, contudo nem todas são detetáveis clinicamente. Estas têm uma prevalência de 1-5% na população com maior incidência entre os 50-70 anos. Podem ser lesões únicas, localizadas sem associação a outras doenças e muitas vezes assintomáticas. Alguns exemplos são as leucoplasias, eritroplasias, líquen plano, fibrose submucosa, queilite actínica, entre outras. A endoscopia de contacto é uma técnica não invasiva que nos permite visualizar as células do epitélio da mucosa oral e a circulação superficial in vivo. Esta técnica foi pela primeira vez descrita a ser usada na mucosa aerodigestiva pelo Professor Mário Andrea, em 1993. Com este recurso podemos auxiliar a nossa monitorização das lesões potencialmente malignas, orientar biópsias e guiar margens cirúrgicas aquando da excisão das lesões. **Descrição do caso clínico:** Apresentamos um caso de uma doente de 74 anos com antecedentes de dislipidemia, hipertensão, diabetes, não fumadora e não consumia álcool. Apresentava uma lesão leucoeritroplásica com 2 cm de maior eixo e ulceração central, mole e dolorosa à palpação no bordo lateral direito da língua e pavimento, sem adenomegalias palpáveis. No passado a doente referia que já tinham sido realizadas várias biópsias mas a lesão retornava sempre. Foi realizada uma biópsia incisiva da lesão que revelou displasia grave. Sob anestesia geral a doente foi submetida a glossectomia parcial para remoção da lesão com margens, a endoscopia de contacto neste caso foi usada como auxiliar na decisão das margens de excisão. O relatório anatomopatológico relevou tratar-se de displasia epitelial oral severa com margens livres distando um mínimo de 1mm na margem posterior. Aos 6 meses de pós-op a doente encontra-se assintomática e sem recidiva da lesão. **Discussão e conclusões:** Este caso mostra-nos que a possibilidade de ter um meio auxiliar não invasivo e que não aumente significativamente o tempo cirúrgico pode ser uma mais-valia para o doente. O recurso à endoscopia de contacto permite por um lado ter uma atitude menos invasiva proporcionando cirurgias conservadoras em áreas importantes do corpo como seja o aparelho estomatognático e por outro lado evitar cirurgias com lesões nas margens. O diagnóstico precoce é a chave e altera significativamente o prognóstico. A doente terá de manter vigilância a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1111>