

RESUMOS DO XXI CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

CONFERÊNCIAS

TRATAMENTO PROTÉTICO DO DESGASTE DENTÁRIO

José Maria Rocha

Médico Dentista . Assiatente da disciplina de Prótese Removível da FMDUP

Resumo:

A preocupação com o desgaste é um problema crescente na Medicina Dentária. Afecta tanto crianças como adultos. Os principais factores etiológicos são a erosão, a abrasão e a atrição. Estes mecanismos etiopatogénicos por vezes aparecem de forma combinada. A identificação da etiologia é essencial para um tratamento adequado. As actividades parafuncionais, especialmente o bruxismo, são a causa principal do desgaste dentário nos indivíduos adultos da actualidade. Os desgastes resultantes do bruxismo provocam alterações adaptativas, funcionais e patológicas. Quando a capacidade de adaptação e defesa do sistema é ultrapassada pode verificar-se alguma perda da dimensão vertical. O tratamento reabilitador com recurso à prótese justifica-se por motivos estéticos, desgaste incontroável com perda da dimensão vertical e consequente diminuição da capacidade mastigatória.

Serão apresentados casos clínicos representativos de tratamentos protéticos removíveis e fixos, dento e implanto-suportados. O diagnósti-

co correcto, o estudo dos modelos em articulador e um plano de tratamento bem estruturado são fundamentais para o êxito do tratamento.

PRÓTESE FIXA EM DENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO

César Leal da Silva

Professor Auxiliar da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP

Resumo:

A restauração de dentes com tratamento endodóntico radical (TER) pressupõe por parte do médico dentista, um conhecimento adequado das condições próprias de cada situação. A primeira decisão prende-se com o facto do dente necessitar ou não de um espigão radicular, pois é sabido que este não reforça o dente, mas serve apenas para promover a retenção da restauração coronária (falso-côto) e consequentemente à prótese fixa. De uma maneira geral, a necessidade de ancoragem radicular prende-se com vários aspectos, entre os quais, o grau de destruição coronária, a anatomia radicular, as condições periodontais e oclusais, a localização do dente (anterior ou posterior) e a finalidade protética. O aparecimento de novas técnicas e de novos materiais, tem condicionado os profissionais no sentido da utilização de sistemas que permitam conferir aos dentes restaurados o máximo de resistência e de estética. A biocompatibilidade, a ausência de corrosão, o módulo de elasticidade e a

resistência à flexão, à tracção e à compressão, devem também ser tidos em conta na utilização dos materiais disponíveis. Nesta apresentação são passados em revista alguns destes aspectos, as indicações das diferentes alternativas restauradoras, e a tendência actual e futura? da utilização de sistemas que permitam a perfeita integração (mecânica e química), entre a dentina, o cimento (resina), o espigão (fibra de carbono ou fibra de vidro) e o material de reconstrução (compósito).

PRINCÍPIOS GERAIS DAS NOVAS INSTRUMENTAÇÕES MECANIZADAS EM NI-TI

Manuel Paulo

Doutorado em Medicina Dentária Conservadora pela Univ. do Porto
Prof. Auxiliar da disciplina de Endodontia da FMDUP

Resumo:

Com o aparecimento da liga metálica de níquel titânio (Ni-Ti) foi possível aos fabricantes de instrumentos endodónticos desenvolver novos instrumentos e metodologias de trabalho que têm por objectivo tornar mais fácil e cómoda a preparação dos canais radiculares. O novo desenho dos instrumentos associado às características da liga metálica de Ni-Ti permite um trabalho mais rápido, cómodo e eficiente. Todavia são necessários cuidados especiais para a execução correcta das metodologias de trabalho.

Serão abordados nesta conferência os princípios gerais a que deve obedecer a preparação mecanizada, para que se consiga obter um tratamento adequado ao dente em causa e aos objectivos da preparação biomecânica.

A utilização de micromotores específicos para este fim exige uma aprendizagem pré-clínica prévia de modo a não surgirem surpresas desagradáveis no final do tratamento. Com algum treino pré-clínico e alguma experiência clínica é possível conseguir óptimos resultados no final do tratamento endodóntico.

OBTURAÇÃO DE CANAIS COM GUTA-PERCHA TERMOPLÁSTICA

Manuel Peix

Resumo:

A obturação é a última fase do tratamento dos canais radiculares. A visualização mediante uma radiografia do material de obturação permite visualizar o resultado do nosso tratamento.

Depois do diagnóstico e da selecção do caso a limpeza do interior do canal, com a eliminação dos germens, dos seus substractos e produtos, é a fase mais determinante do êxito do tratamento. A limpeza realiza-se fundamentalmente com a irrigação, que se leva a cabo em simultâneo com preparação dos canais. A limpeza minuciosa de todo o interior dos canais, por si só resolverá a sintomatologia pre-operatória, mas não altera os sintomas pos-operatórios e inclusive, se somos capazes de evitar a entrada de germens para o interior do canal, produzir-se-á a cura da zona perirradicular. Porque recorremos a sofisticadas técnicas na hora de obturar canais que já não dão problemas? É necessário obturar os canais? É imprescindível obturar os canais para fazer o nosso tratamento previsível a longo prazo? Perpetuamos o êxito clínico obtido com a limpeza obturando tridimensionalmente os canais, isto é, criando um selamento hermético aos fluídos (impermeável) em toda a sua extensão, desde a abertura coronária até ao ápice. Para isso utilizamos distintos materiais, sendo hoje a guttapercha o mais utilizado juntamente com um cimento. O selador primário é o cimento e portanto, imprescindível em qualquer técnica de obturação. A função da guttapercha, nos seus diferentes estados e técnicas, será a de melhor se adaptar às irregularidades do canal tornando mais efectiva a função seladora do cimento ao reduzir o espaço ocupado entre a guttapercha e a parede do canal. Para além de favorecer a limpeza, a instrumentação dos canais tem como fim primordial conseguir uma mais fácil, rápida e eficaz obturação e com esse fim alteramos a anatomia do canal. A forma do canal mais fácil de obturar é

aquela que a apresenta uma conicidade que diminui progressivamente desde a coroa até ao ápice, mantendo este o mais pequeno possível e na sua posição original, independentemente da técnica utilizada, da instrumentação e da obturação. Esta forma facilita-nos colocar uma ponta de guttapercha que assente nas imediações do ápice. Este é o ponto mais crítico da obturação já que nos proporciona uma sólida matriz apical que aumenta o imprescindível controlo sobre o material de obturação para conseguir um selamento tridimensional. A partir daqui adaptamos a técnica de obturação às características do canal, respeitando o mais possível a sua anatomia primitiva. Qualquer técnica correctamente realizada e indicada tem uma possibilidade de êxito semelhante. Em geral teremos melhores resultados, em canais finos e curvos com a condensação vertical de guttapercha amolecida. As técnicas mistas ou híbridas farão que possamos enfrentar cada caso concreto, tirando o melhor de cada técnica e da nossa capacidade de as levar a cabo com um máximo controlo

DOR/ANALGESIA: Introdução ao Tema

Paulo Melo

Médico Dentista. Assistente Convidado FMDUP

Resumo:

Podemos definir a dor como uma sensação desagradável e uma experiência emocional associadas com uma lesão tecidual, efectiva ou potencial, ou descritas em termos de tal. Sendo a dor uma entidade omnipresente durante a consulta de medicina dentária, o profissional de saúde confronta-se diariamente com situações de dor de maior ou menor gravidade. Assim, será recordada a génese deste sintoma, condição fundamental para o clínico decidir a forma mais correcta de a anular ou diminuir. Como é sabido, são vários os factores que contribuem para a manifestação dolorosa e para o seu grau de intensidade, pelo que o tipo de analgesia que pode ser obtido será resultado da interferência de alguns fármacos em dife-

rentes componentes do sistema nociceptivo. Com esta comunicação o autor pretende sistematizar de uma forma simples o modo e o local de acção de alguns destes fármacos.

SEDAÇÃO E ANALGESIA EM MEDICINA DENTÁRIA

Maria de Lurdes Correia

Médica Anestésista. Serviço de Neurologia. Hospital S. João. Porto

Resumo:

A ansiedade, mais do que a dor, é um estímulo major que leva ao aumento da actividade simpática e conseqüente hipertensão arterial, arritmias, aumento do consumo do oxigénio pelo miocárdio, aumentando assim o risco de isquemia miocárdica, sobretudo em pacientes com doença coronária. Por outro lado, sobretudo em crianças, é importante não só reduzir a ansiedade mas também induzir amnésia, para evitar o medo de voltar para procedimentos posteriores. A analgesia só por si, pode ser efectuada com infiltração de anestésico local. No entanto, se o procedimento é prolongado, pode tornar-se necessário sedar o paciente, para diminuir o desconforto posicional. A combinação de anestesia local com sedação, designada de sedoanalgesia é o método recomendado em medicina dentária. Para designar esta sedação com fármacos intravenosos, efectuada em procedimentos de ambulatório, controlada e monitorizada pelo anestésista, foi criado o conceito de "Monitored Anesthesia Care" (MAC) e os guidelines forma definidos e aprovados pela "American Society of Anesthetists" (ASA). Se a sedação é efectuada por médico não anestésista, os guidelines são:

Profissionais treinados

Mínimo de dois: operador e monitor

Treino no manuseamento das vias aéreas

Treino no uso de fármacos sedativos

Protocolos para obtenção de serviços de suporte em emergências

Equipamento

Ambu, máscara e oxigénio

Aspiração

Kit de ressuscitação

Oxímetro de pulso

Manutenção regular do equipamento

Manutenção das funções vitais

Profundidade da sedação: sedação consciente
sedação profunda

Frequência cardíaca

Frequência respiratória

Cor da pele

Posição da cabeça e potência das vias aéreas

Saturação de O₂

Registos

Avaliação de saúde de base

Consentimento para a sedação

Funções vitais e fármacos administrados

Cuidados a ter na fase de recobro

Plano de alta

Níveis de sedação:

○ grau de sedação pode variar entre os níveis 1 e 4, como se pode ver na escala em baixo:

Sedação: manutenção da comunicação verbal, resposta apropriada a ordens, fala arrastada

1 – Paciente não sedado ansioso

2 – Ansiolise – paciente acordado, tranquilo

3 – Sedação – paciente sedado, voz arrastada

4 – Sedação profunda – olhos fechados, pode adormecer se não estimulado, despertável, resposta apropriada a ordens

Anestesia

5 – Olhos fechados, perda de comunicação verbal, pode responder a estímulos físicos mas não é despertável

6 – Sem resposta a estímulos

De preferência, o paciente deve ser mantido entre os níveis 2 e 3, ou de sedação consciente, mas em crianças é por vezes necessário o nível 4 de sedação profunda, para que se deixem tratar.

○ fármaco ou fármacos utilizados devem idealmente obedecer a determinadas características: início de acção rápido para que a concentração plasmática e o efeito desejado seja atingido rapidamente e, semivida curta, de modo a que o paciente retome todas as suas capacidades pouco tempo após a suspensão do fármaco. Os fármacos que se aproximam mais deste perfil são o Propofol, Alfentanil e o Midazolam.

Os fármacos disponíveis são:

BZD: Midazolam, Diazepam, Lorazepam

OPIÓIDES: Morfina, Meperidina, Fentanil, Alfentanil, Sufentanil, Nalbufina, Pentazocina, Butorfanol

ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS: Propofol, Ketamine

NSAIDs: Ketorolac, Diclofenac

Com excepção das benzodiazepinas e opióides, a janela terapêutica disponível para sedação antes da indução da anestesia é muito estreita como é o caso do Propofol. Se a isto juntarmos a variabilidade individual dos pacientes e que é muito grande, facilmente compreendemos que com facilidade, o paciente pode passar do estado de sedação ao de anestesia, com perda total dos reflexos protectores das vias aéreas, depressão respiratória e até cardiocirculatória pelo que, este fármaco só deve ser usado por anestesistas ou por médico treinado no seu uso.

○ paciente sedado deve ter como monitorização obrigatória: Oximetria de pulso, frequência cardíaca, observação clínica da amplitude e frequência respiratória, coloração da pele e mucosas.

Conduta da sedação/analgesia: A sedação deve ser feita em ambiente calmo e tranquilo, apenas com a iluminação indispensável. A música ambiente em tom baixo ajuda o paciente a relaxar.

São pré-requisitos para a sedação: a) Consentimento informado do paciente; b) Se o paciente é adulto deve ter 6h de jejum, se é criança pequena 4h pelo menos; c) Acesso venoso para administração de fármacos. É indispensável não só para administração de fármacos sedativos mas também fármacos de ressuscitação cardio-pulmonar (RCP) no caso de uma hipotética complicação desse foro; d) Deve estar presente o material de monitorização mínima obrigatória; e) ○ equipamento de RCP deve estar presente e funcional; f) A sedação deve ser feita por médico com treino de RCP e g) Deve existir possibilidade de transferência rápida para urgência hospitalar

○ equipamento de ressuscitação deve compreender: Ambu, máscaras, oxigénio, material

de aspiração, laringoscópio e tubos endotraqueais e fármacos de ressuscitação.

As técnicas de sedação ao nosso dispor são: 1 – Administração do fármaco em pequenos bolus de acordo com as necessidades do paciente; 2 – Perfusão intravenosa contínua, controlada pelo médico que faz variar a velocidade de acordo com o grau de sedação; 3 – Sedação controlada pelo doente. Programamos a máquina para a pedido do paciente, administrar determinada quantidade de fármaco, não ultrapassando determinada dose num intervalo de tempo estabelecido. O fármaco mais seguro para ser utilizado pelo médico dentista é o Midazolam, já que o Propofol tem uma janela terapêutica muito estreita.

As complicações que podem surgir durante a sedação são provocadas essencialmente por um nível de sedação demasiado profunda e estão relacionadas sobretudo com a ventilação e oxigenação: depressão respiratória e apneia, obstrução da via aérea por queda da língua, aspiração de resíduos como sangue, ou conteúdo gástrico regurgitado se o paciente perdeu os reflexos protectores da via aérea ou estão diminuídos. Como tal, a primeira medida a tomar, é superficializar o paciente. Se o fármaco responsável tiver antídoto, como por exemplo o Midazolam, este deve ser administrado. Se a obstrução é por queda da língua, colocamos as nossas mãos no ângulo da mandíbula do paciente e fazemos protusão desta para a frente; se a obstrução é por resíduos, devem de imediato ser aspirados; se se suspeita de regurgitação gástrica, faz-se de imediato trendelemburg e procede-se à aspiração. De seguida, deve ser administrado oxigénio por máscara de modo a fazer subir a saturação da hemoglobina em O₂ para valores superiores a 90% e de preferência 96%. Se após a suspensão do fármaco, aspiração e protusão da mandíbula o paciente não respira, deve iniciar-se ventilação manual com ambu e máscara de O₂ acoplado até o paciente retomar a ventilação. A depressão cardiocirculatória ocorre por administração de fármaco em dose superior à necessária, em pacientes com patologia cardiocirculatória, em velhos, desnutridos ou

desidratados, com os volumes de distribuição alterados. Para além da suspensão do fármaco, deve ser possível hidratar-se o paciente e, em casos mais graves pode ser necessário recorrer ao uso de aminas simpaticomiméticas.

AINES E CORTICOESTERÓIDES

Paulo Melo

Médico Dentista. Assistente Convidado FMDUP

Resumo:

Os anti-inflamatórios não esteróides são utilizados com grande frequência na prática clínica do médico dentista. Com esta comunicação pretende-se abordar os diferentes grupos de fármacos com acção analgésica e anti-inflamatória, bem como a sua forma de actuar. No entanto, como todos os fármacos, as suas acções terapêuticas são acompanhadas de efeitos adversos que importa realçar, bem como as suas interações medicamentosas que podem resultar da sua prescrição em doentes polimedicados. Os corticosteróides, apesar de não terem muitas indicações na nossa área, começam a ser mais frequentemente utilizados na prática clínica. A sua forma de actuar, bem como os riscos inerentes a uma má utilização destes fármacos serão recordados.

DOR PULPAR

Durval Belo Moreira

Médico Estomatologista. Prof. Associado e Regente da disciplina de Endodontia da FMDUP

Resumo:

Na patologia da polpa dentária e sua extensão ao periápice a dor pode desempenhar um papel fulcral para o diagnóstico do estado pulpar e do tipo de lesão periapical. A patologia existente nestas duas estruturas é de natureza inflamatória e pode manifestar-se por dor ou ser absolutamente silenciosa, como acontece no maior número de casos. Numa polpa inflamada encontra-se sempre uma zona de inflamação crónica que frequentemente se mistura com

uma zona de inflamação aguda para não falar em pequenas áreas de necrose também coexistentes. É assim, muito difícil, para não dizer impossível, estabelecer uma classificação estritamente histológica das lesões pulpares. Esse tipo de classificações foi há muito abandonado usando-se hoje uma classificação baseada na reversibilidade ou na irreversibilidade do estado pulpar.

Neste breve trabalho comentam-se estas situações, vistas sobre um aspecto clínico, não esquecendo de mencionar a existência de dores mesmo na ausência de um estado inflamatório.

DOR DA ATM E NEURALGIAS

João Carlos Pinho

Médico Dentista. Professor Auxiliar da FMDUP

Resumo:

A dor orofacial tem sido um foco de atenção cada vez mais premente por parte de todos os intervenientes nos cuidados de saúde, pois tem tido nas últimas décadas um incremento, se não exponencial, pelo menos bastante significativo. Na base deste crescimento encontram-se factores sociais, psíquicos, ambientais, comportamentais, etc. que são como que o reflexo da sociedade actual. Estudos recentes mostram que 22% da população norte americana experimentou dor orofacial pelo menos uma vez no espaço de seis meses. Esse estudo mostrou também que a maior percentagem se referia à dor dentária (12.2%) e em 2º lugar aparecia a dor na ATM (5.3%). Repare-se que 1/3 da população dos países industrializados sofre de dor crónica, razão pela qual, em certos países, também a dor orofacial é considerada um problema de saúde pública, devido aos elevados custos em serviços de saúde, abstinência à escola e ao trabalho, falta de produtividade, compensações por incapacidade, etc.. Nesta perspectiva, a classe médica tem-se debruçado sobre as várias entidades nosológicas que a integram, atendendo a que a dor orofacial inclui todo o tipo de dor associada com os tecidos duros e moles da cabeça, face e pescoço,

bem como de todas as estruturas intra-orais. O seu diagnóstico que abrange um vasto leque que inclui, entre outras, as cefaleias, as dores músculo-esqueléticas, as dores psicogénicas, e as dores neurogénicas, também não tem sido descurado.

Estes conhecimentos apresentados na área da medicina dentária são o resultado da pesquisa que se faz nesta área, bem como a sua integração na prática clínica do tratamento da dor. Nesta perspectiva, o médico dentista tem responsabilidades na avaliação, diagnóstico e tratamento da dor orofacial, pelo que deve, para além de ter conhecimentos actualizados tanto teóricos como clínicos nessa matéria, saber efectuar um diagnóstico diferencial das várias entidades por ela englobadas e sempre que necessário, enviar o doente para outro especialista, quando o tratamento que é necessário efectuar se encontrar fora da sua área de intervenção.

Como contributo para a compreensão da dor orofacial, esta palestra pretende efectuar a abordagem da dor provocada pelos síndromes de dor/disfunção temporomandibulares e a caracterização de algumas neuralgias, bem como o seu diagnóstico diferencial.

ABORDAGEM GERONTOLÓGICA DO PACIENTE EM MEDICINA DENTÁRIA

Maria João Calheiros Lobo

Médica e Médica Dentista. Mestre em Gerontologia Clínica e Social pela Univ. Santiago de Compostela

Regente da disciplina de Dentisteria Operatória no ISCS – Norte

Resumo:

O envelhecimento tem sido um assunto extensivamente abordado na literatura médica, tal como na imprensa pública. Os avanços médicos e a educação para uma saúde pública melhorada permitem, nos países mais desenvolvidos, que a esperança de vida aumente, e consequentemente muito mais pessoas vivam até uma idade mais avançada. Vários estudos apontam para que este número continue a aumentar durante o próximo século, calculan-

do-se que esta faixa etária abrangerá um valor próximo dos 15% da população até ao ano 2030, o que terá um impacto no exercício da medicina dentária. A definição de uma população como "geriátrica", incluindo todas as pessoas com a idade de 65 anos ou mais velhas, é uma delimitação arbitrária frequentemente usada. Alguns profissionais sugerem a adopção de outros critérios para definir uma população geriátrica, optando por considerar aqueles que possuem uma inaptidão médica ou física. Embora a geriatria esteja definida, é aceite que os indivíduos envelhecem a taxas amplamente variadas e que, embora as funções do corpo humano tendam a diminuir com idade, as variações entre e intra-indivíduos tendem a aumentar com a idade. Além disso, há factores que exacerbam esta diminuição da função normal com a idade, como doenças crónicas ou agudas, e factores ambientais ou psicossociais e de estilo de vida. Como tal, quando se planeia um tratamento e quando se trata o paciente geriátrico, há vários factores a considerar que podem tornar o paciente idoso diferente de um adulto mais jovem. Em geral, este grupo tem uma probabilidade de vida menor (sobrevivida diminuída), uma reserva fisiológica e psicológica diminuída, um menor poder de recuperação e um mecanismo de equilíbrio homeostático precário.

Será feita uma abordagem global do tema, com destaque especial para os factores mais importantes que podem condicionar o tratamento dentário.

CÁRIES DE COLO

Mário Jorge Silva

Professor Associado com Agregação da FMDUP.
Regente da disciplina de Dentisteria Operatória e Cariologia da FMDUP

Resumo:

O tratamento de uma lesão cervical deve ficar sempre condicionado pela identificação da sua etiologia que, muitas das vezes, nada tem a ver com cárie dentária. Porém, quando se trata de cárie, é impor-

tante identificar o grau da sua evolução, pois o sucesso das medidas terapêuticas a adoptar baseiam-se neste dado tão importante.

ORTODONTIA NO IDOSO

Fernando Peres

Médico Dentista. Pós-Graduado em Ortodontia - FMDUP. Assistente da disciplina de Ortodontia da FMDUP

Resumo:

A evolução das diversas especialidades da Medicina dentária permitem o tratamento multidisciplinar de pacientes que outrora seria impensável. A Ortodontia colabora frequentemente nesta multidisciplinariedade, embora em pacientes adultos os objectivos sejam diferentes dos pacientes adolescentes ou adultos jovens.

Esta conferência pretende abordar essas diferenças e objectivos que podem ser atingidos no tratamento de pacientes adultos.

PREVENÇÃO DO CANCRO ORAL

José Pedro Figueiredo

Médico Estomatologista. Assistente Hospitalar de Estomatologia dos HUC
Assistente na Licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo:

Após uma breve referência à epidemiologia do cancro oral, o autor refere-se às dificuldades relacionadas com o diagnóstico desta doença e aponta as principais causas para os atrasos diagnósticos, que tanto determinam a marcada diminuição da sobrevivida desta patologia. Os factores de risco são sumariamente referidos, enquadrados nas diversas estratégias de prevenção primária e faz-se menção das mais decisivas atitudes de prevenção secundária do cancro oral.

CURSO DE DENTISTERIA "OS DETALHES DO ÊXITO EM ESTÉTICA DENTÁRIA"

Luis Suñol Periu

Doutor em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Barcelona

Licenciado em Estomatologia pela Universidade de Barcelona

TRATAMIENTOS EN ANTERIORES. TECNICAS CLINICAS DIRECTAS.

Obturaciones clases III, IV, V.,

Técnicas de colocación de los materiales de obturación por interposición de capas, pulido y acabado.

TECNICAS CLINICAS INDIRECTAS.
Carillas de cerámica: Indicaciones y contraindicaciones, preparaciones y tallados, toma de impresiones, técnicas de laboratorio, cementado.

TRATAMIENTOS EN POSTERIORES. TECNICAS CLINICAS DIRECTAS.

Obturaciones clases I y II.

Preparación de cavidades mediante energía cinética, uso de cuñas y matrices.

Técnicas de colocación de materiales de obturación especialmente en clases II, sistema Sonicsys approx, pulido y acabado.

TECNICAS CLINICAS INDIRECTAS.
Incrustaciones de cerámica: Indicaciones y contraindicaciones, preparaciones, tallados, toma de impresiones, técnicas de laboratorio, cementado.

OBJETIVOS DEL CURSO: El objetivo general del curso es dar a conocer un nuevo concepto en el tratamiento de la enfermedad careosa. Actualizar las técnicas que se usan en operatoria dental adhesiva teniendo en cuenta la nueva aparatología y los nuevos materiales, dando especial importancia a los diseños cavitarios, para restauraciones directas e indirectas, tanto en piezas anteriores como posteriores, siempre bajo el prisma de la estética y la función.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Establecer un protocolo para el diagnóstico etiológico de la enfermedad careosa, mediante

criterios médicos estrictos y el uso de pruebas complementarias.

Establecer las pautas de los distintos tratamientos teniendo en cuenta la etiología de la enfermedad careosa.

Explicar los materiales y sus características, indicaciones y contraindicaciones de los mismos.

Explicar las diferentes preparaciones para el tratamiento restaurador de los dientes afectados, atendiendo a los diferentes materiales, estableciendo criterios de diferenciación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES: El curso se inicia estableciendo los criterios necesarios para que cada profesional cree su propio protocolo de actuación frente al paciente a tratar, basándonos en una historia clínica completa, una inspección visual detallada de todas las estructuras que forman el sistema estomatognático y unas pruebas complementarias, radiología y análisis de saliva, que nos llevara a un diagnóstico individual para cada paciente teniendo en cuenta las características propias de cada uno, lo que nos permitirá establecer el tratamiento individualizado no solamente de las consecuencias de la enfermedad careosa si no también de su etiología. Posteriormente se detallan las técnicas clínicas indirectas para dientes anteriores y posteriores, para el tratamiento de las lesiones careosas, más novedosas usando los materiales compuestos de última generación, así como el instrumental preciso para ello de reciente aparición en el mercado, lámparas halógenas, de plasma, Óxido de aluminio etc. Las técnicas clínicas indirectas y sus materiales, se describen con detalle tanto en el aspecto de las indicaciones, contraindicaciones, tallados, toma de impresiones, cementado y acabado definitivo. El curso nos permite obtener una visión completa de lo que debe ser una odontología conservadora moderna siempre bajo el prisma de la estética y de la función.

REGENERAÇÃO TECIDULAR GUIADA EM PRÓTESE REMOVÍVEL

Pedro Pestana

Médico Estomatologista pelos HUC e pela Ordem dos Médicos. Assistente Convidado da disciplina de Prótese Removível da licenciatura em Medicina Dentária da FMUC

Resumo:

A reabilitação oral protética de um paciente desdentado total é um desafio interessante que, muitas vezes, coloca o clínico perante dificuldades acrescidas. A perda de retenção de uma prótese total, por lesão hipertrófica ou atrofia do rebordo alveolar, é uma das causas importantes que leva ao insucesso e descontentamento do paciente. O autor apresenta uma alternativa cirúrgica, baseada no aumento relativo da área de suporte da prótese, por afundamento do vestíbulo e cicatrização por reepitelização secundária, associada a rebasamento directo da prótese com acondicionador de tecidos. Muitas vezes, estes pacientes tem indicação para reabilitação protética sobre implantes, mas devido ao seu custo excessivo, não está ao alcance da maioria dos pacientes. Assim a "regeneração tecidular guiada" será uma atitude consequente ao alcance do médico dentista, com alguma diferenciação cirúrgica, que a poderá executar no seu consultório dentário.

REGENERAÇÃO MANDIBULAR COM ENGENHARIA TECIDULAR E RECURSO A SUBSTÂNCIAS OTEODINÂMICAS. ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES BEAGLE.

Paulo Coelho⁽¹⁾, Talhas dos Santos⁽¹⁾, Jorge Leitão⁽²⁾, Ramiro Mascarenhas⁽³⁾, Berton Raha⁽⁴⁾, Markus Glatt⁽⁵⁾

1 - Serviço de Cirurgia Maxilofacial, H.S. José, Lisboa

2 - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

3 - Estação Zootécnica Nacional (I.N.I.A.), Santarém

4 - NOVARTIS Pharma, Basileia, Suíça

5 - AO-ASIF Research Institute, Davos, Suíça

Resumo:

A limitada quantidade de osso disponível

para se utilizar como enxerto e a potencial morbidade resultante nos locais dadores bem como a relevância crescente da transmissibilidade de doenças infecciosas por substâncias biológicas naturais animais ou humanas levou ao enorme interesse pelo desenvolvimento da engenharia tissular para substituição de órgãos ou tecidos humanos, para que aquelas possam a vir a ser dispensáveis. A importância desses estudos aplicáveis à reconstrução do osso da face por perdas extensas de substância óssea assume particular importância, pela repercussão social e carga psicológica que habitualmente tais situações criam. Desenvolvemos um estudo experimental, em cães de raça Beagle, cujos objectivos são verificar a possível formação óssea mandibular, avaliando a quantidade e a qualidade de osso obtido, com o recurso a diferentes substâncias (enxerto ósseo esponjoso, fosfato tricálcico, derivados do ácido poliláctico, factores de crescimento e derivados da paratormona) e também comparar diferentes substâncias utilizadas como veículos de transporte para factores de crescimento, nomeadamente grânulos de fosfato tricálcico (TCP) e esponjas de ácido poliláctico (PLA).

A experimentação cirúrgica animal decorreu na Estação Zootécnica Nacional (EZN), do Instituto Nacional de Investigação Agrária (INIA), no Vale de Santarém, tendo sido utilizados 42 cães de raça Beagle, adultos jovens, com idades semelhantes (21-24 meses), de ambos os sexos, de peso semelhante (13-15 Kg). Todos os cães, sob anestesia geral, foram desdentados do canino para trás no lado direito da mandíbula e no maxilar direito, com cerca de um ano de idade. Cerca dos dois anos de idade realizou-se, sob anestesia geral, uma ressecção óssea mandibular, com 30 mm de comprimento, no ramo horizontal direito da mandíbula, incluindo o periósteo. A estabilidade da mandíbula foi obtida com placas de titânio para reconstrução mandibular da AO de 2.4 mm, do sistema Unilock. Os animais foram divididos por 7 grupos experimentais, sendo o defeito ósseo preenchido com as diversas substâncias, isoladas ou em associação. Uma membrana termoplástica de ácido poliláctico

foi utilizada para envolver a zona reconstruída, evitando a herniação dos tecidos no defeito e delimitando a osteogénese, permitindo uma apropriada anatomia. A eutanásia realizou-se à 26ª semana, sob anestesia geral. A análise qualitativa e quantitativa foi realizada com exames radiográficos e macrorradiografias, estudos densitométricos com tomografia quantitativa computadorizada periférica, com testes mecânicos não destrutivos para o estudo da rigidez, a avaliação histomorfológica com corantes superficiais, fluorocromos intravitais e macrorradiografias de contacto e, ainda, a avaliação das propriedades físicas ultra-estruturais com o recurso à microscopia de varredura acústica. Observações preliminares: Até agora, as observações radiológicas, os testes mecânicos e as imagens histológicas mostraram que, nos animais em que a reconstrução foi realizada com enxerto ósseo autólogo, a mandíbula pode assumir uma estrutura que pode ser considerada como suficiente para a utilização normal, sendo evidente a vantagem que o envolvimento pela membrana termoplástica na circunscrição do enxerto, sem necessidade da cortical óssea, evitando a sua dispersão pelos tecidos, bem como impedindo a interposição de tecidos moles. Nos grupos em que se utilizou apenas uma substância osteocondutora (TCP ou PLA) não se observou formação de osso. Relativamente aos grupos em que essas substâncias serviram de veículos a um factor de crescimento com potencial osteogenicidade, TGF- β 3, ainda se encontra em fase muito precoce de avaliação, parecendo haver uma resposta de formação óssea favorável do grupo cujo veículo foi o TCP.

(Trabalho suportado por bolsas da Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e da Tecnologia, projecto nº 36370/99 e AO-ASIF Research Commission, nº 99 C22)

RECONSTRUÇÕES ALVEOLARES PRÉ-IMPLANTARES

João Pedro Marcelino

Médico Cirurgião Maxilo-Facial. Hospital da Universidade

de Coimbra. Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial

Resumo:

Uma reabilitação protética implanto-suportada deve responder a imperativos estéticos, fonéticos e funcionais específicos. A presença de uma reabsorção óssea, implica uma reconstrução da crista alveolar adequada. As zonas de colheita podem ser intra ou extra-orais, tendo em conta sobretudo a quantidade de osso necessária para a reconstrução. Diferentes técnicas cirúrgicas de enxertos autógenos permitem-nos, hoje em dia, a resolução da maior parte dos casos clínicos que se nos apresentam e que necessitam um aumento ósseo pré-implantar. A reabsorção destes enxertos depende de diferentes factores tais como: origem embrionária, dimensões, tempo de cicatrização e outros factores intercorrentes. O enxerto e colocação dos implantes, pode ser efectuada em um ou dois tempos, mas parece prevalecer a ideia de que esta última é a técnica de escolha.

PATOLOGIA ÓSSEA DA FACE. TUMORES NÃO MALIGNOS

Paulo Coelho

Assistente Hospitalar de Cirurgia Maxilofacial do H. S. José.
Assistente Convidado da FMDUL.

Resumo:

Os tumores são classificados como benignos ou malignos com base em critérios histológicos. Na prática não são raras as situações que tendo um diagnóstico histopatológico de benignidade se comportam localmente com grande agressividade e destruição, por vezes comprometendo várias estruturas com dramática repercussão na qualidade de vida do doente ou mesmo colocando essa em risco. Nessa asserção o conceito de "tumor não maligno" intenta falar desse conjunto de situações clínicas que representam a maioria das vezes desafios cirúrgicos sob todas as vertentes da arte. Relativamente aos tumores histologicamente não malignos do maciço ósseo facial, pela extrema complexidade anatómica da

região, é frequente a afecção de uma ou várias estruturas extremamente importantes pela sua proximidade como sejam os nervos cranianos, os grandes vasos do pescoço e crânio, os olhos, os ouvidos e, até, o cérebro. Assim, um hemangioma da mandíbula pode causar a morte por hemorragia em caso de uma fractura, qualquer tumor ósseo benigno do pólo posterior da órbita que comprima o nervo óptico pode conduzir à amaurose, um ameloblastoma do maxilar superior que invada a fossa pterigomaxilar e a base do crânio pode tornar-se incontrolável cirurgicamente, as distorções faciais das grandes displasias fibrosas podem criar aspectos muito disformes. Porque não são histologicamente malignos oferecem a possibilidade de atingir o desiderato último da cura definitiva da doença. Por outro lado, pelas grandes ressecções por vezes necessárias pelas dimensões que podem atingir por longos períodos de desenvolvimento, obrigam a execução de reconstruções muito complexas para que o restitio ad integrum possa ser obtido. Nesse particular podem ser de tratamento ou de decisão terapêutica mais complexa do que muitos tumores malignos. Nesta apresentação serão exactamente abordados esse grupo de tumores histologicamente benignos mas que obrigaram a decisões cirúrgicas muito delicadas.

ESTÉTICA, COMUNICAÇÃO E HARMONIA

João Pimenta

Médico Dentista. Diplomado em Reabilitação Oral e Implantologia pela Universidade de Bordeaux II

Ex. Assistente Convidado da FMDUP. Docente do Curso de Reabilitação Oral e Implantologia da U. de Bordeaux II e nos Masters da Steri-Oss e Straumann

Resumo:

O autor apresentará vários casos clínicos em que serão analisados vários factores que condicionam uma reabilitação oral. Mais que colocarmos numa boca "dentes bonitos" temos que ter sempre em mente a "pessoa" como centro dos nossos tratamentos. Essas "pessoas", na

complexidade da sua essência, não podem ser olhadas somente na esfera oral, sob pena de fracassarmos.

COMUNICAÇÕES LIVRES

TÉCNICA DO MODELO FRACTURADO EM PROSTODONTIA REMOVÍVEL UM CASO CLÍNICO

P.M. Ramos⁽¹⁾; A. Toscano⁽¹⁾; C. Neves⁽²⁾; L.P. Lopes⁽³⁾

1 – Alunos do 6º ano, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

2 – Monitora da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

3 – Professor Auxiliar e Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

Resumo:

A reabilitação protética das desdentações do tipo I classe I e II de Kennedy com rebordos alveolares extensos e reabsorvidos levanta alguns problemas de moldagem. Este facto verifica-se devido à dificuldade de obter uma reprodução fiel dos tecidos duros dos dentes remanescentes e dos tecidos moles da mucosa alveolar edentada numa mesma impressão. Para ultrapassar esta dificuldade, foi proposto um método alternativo de impressão definitiva, feito em duas fases. Numa primeira fase, realiza-se a impressão com moldeira individual a abranger os dois tipos de tecidos para obtenção do modelo de trabalho, sobre o qual se realiza o esqueleto metálico da prótese. Numa segunda fase, faz-se apenas a impressão dos tecidos moles edentados, utilizando o esqueleto como moldeira e um material de impressão de consistência fluída. Obtida a impressão, procede-se à modificação do modelo de trabalho na zona edentada. Esta técnica tem sido referida na literatura como técnica do modelo fracturado, alterado ou modificado. A reprodução fiel da mucosa edentada melhora a adaptação da futura prótese às estruturas de suporte, melhorando o prognóstico da reabilitação. Esta comunicação tem como objectivo ilustrar os procedimentos clínicos e laboratoriais desta

técnica através de apresentação de um caso clínico realizado na disciplina de Prótese Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

BARRA SUBLINGUAL APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

M.J. Morgado⁽¹⁾; P.L. Costa⁽¹⁾; S. Cordeiro⁽²⁾; L.P. Lopes⁽³⁾

1 – Alunos do 6º ano, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

2 – Assistente Convidada da disciplina de Prótese Removível da FMDUL

3 – Professor Auxiliar e Regente da disciplina de Prótese Removível da FMDUL

Resumo:

A barra sublingual foi pela primeira vez descrita por Tryde e Batenberg em 1965. Este tipo de conector maior tem como vantagens ser universalmente aplicável, não induzir o aparecimento de doença periodontal ou a formação de cáries, ser rígido e ser bem tolerado pelos pacientes. A barra sublingual encontra-se aplicada sobre o pavimento bucal, horizontalmente, ocupando o espaço funcional do sulco alveololingual. Dada a escassa bibliografia existente sobre os procedimentos clínicos e laboratoriais, esta técnica tem sido pouco utilizada pelos médicos dentistas. Esta comunicação tem como objectivo expor o planeamento e a realização de um caso clínico, realizado na consulta de Prótese Removível da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, tendo sido utilizado como conector maior uma barra sublingual numa prótese parcial removível.

PRÓTESE COMBINADA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Alves⁽¹⁾, Paulo Maurício⁽²⁾

1 – Licenciado em Medicina Dentária pelo ISCS – S; Monitor da disciplina de Prótese do ISCS – S

2 – Licenciado em Medicina Dentária pelo ISCS – S; Assistente de Prótese Fixa do ISCS – S

Resumo:

Introdução: A prótese combinada é uma área da prótese que visa a reabilitação morfo-funcional do indivíduo através da combinação da prótese fixa, removível e elementos de conexão ou attachments. A prótese combinada não se deve entender como uma mera coexistência de elementos fixos e removíveis numa prótese, mas sim como uma conjugação funcional; este conceito é fundamental para o desenho das reabilitações de prótese combinada, em virtude de se ir buscar o equilíbrio e uma compensação funcional entre os diferentes elementos que a constituem. É evidente que o elemento diferenciador da prótese combinada é o attachment ou encaixe; este procura substituir o retentor circunferencial clássico nas suas funções de retenção, suporte e estabilidade, e ainda visa uma melhor estética através de sistemas macho-fêmea que se incluem na espessura da prótese, tanto na porção fixa como na porção removível. Ainda que se consiga o objectivo de melhorar a estética destas reabilitações, fazendo desaparecer o braço retentivo vestibular, surgem novas implicações biomecânicas, que fazem deste tipo de prótese um capítulo diferente dentro do mundo da reabilitação protodôntica. O objectivo deste trabalho foi a reabilitação oral funcional e estética da arcada superior através da prótese combinada.

Materiais e métodos: Doente do sexo feminino, com 44 anos, desdentada parcial superior Classe I, modificação 1 (classificação de Kennedy) com reabsorção óssea posterior da maxila com diminuição da dimensão vertical, em consequência do uso prolongado de uma prótese acrílica extensa completamente desadaptada, anteposição meniscal redutível à esquerda (com goteira muscular) e trespasses verticais acentuados. A alternativa terapêutica escolhida foi o aumento da dimensão vertical através da execução de uma prótese combinada, ou seja, coroas totais metalo-cerâmicas fresadas no 14, 15 e 23, attachments extra-coronários em bola para distal do 23 e 15, com prótese esquelética de 6 elementos com os respectivos encaixes.

Resultados: A escolha da prótese combinada resultou da necessidade de fazer a reabilitação protética da arcada superior e das dificuldades encontradas em executar uma prótese implanto suportada, prótese fixa e prótese parcial removível convencional. Assim sendo, a execução da prótese combinada foi a escolha ideal e permitiu a estabilização da oclusão e a obtenção de uma relação cêntrica terapêutica. O aumento de dimensão vertical de oclusão conseguido com a goteira irá ser posteriormente mantido pela prótese.

Conclusão: A reabilitação protética foi terminada tendo a doente sido informada dos cuidados a ter e da manutenção a fazer, nomeadamente das visitas semestrais ao médico dentista que este tipo de reabilitação protética exige. Esta nova concepção de prótese removível, denominada de prótese combinada ou mista, trata-se de uma prótese dentomucossuportada em que se combinam elementos fixos em forma de restaurações de recobrimento total, parcial ou intrarradicular com aparelhos removíveis conectados a eles por distintos métodos, como retentores ou ganchos, attachments ou encaixes, imanes e sistemas telescópicos. A retenção realiza-se em decorrência da fricção gerada entre as superfícies metálicas ou não dos seus dois elementos (macho e fêmea) intimamente justapostos, ao se contraporem à acção de qualquer força que tenda a promover a sua separação. A prótese combinada, sempre que para isso exista indicação, nomeadamente com a utilização de attachments, parece ser do ponto de vista funcional, estético e económico uma boa solução para reabilitações protéticas.

RETALHO OSTEOCUTÂNEO PERONEAL LIVRE

J.N. Ramos⁽¹⁾; F.C. Domingues⁽²⁾

1 – Interno Complementar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

2 – Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Maxilo-Facial

Resumo:

O retalho osteocutâneo peroneal livre (ROCPL), foi inicialmente descrito por Taylor em 1975, e foi utilizado pela primeira vez para a reconstrução mandibular em 1989 por Hidalgo. Desde então tornou-se uma das armas mais importantes na cirurgia reconstructiva da cabeça e pescoço. É objectivo deste trabalho fazer uma breve revisão sobre este retalho. A propósito de um caso clínico, os autores fazem uma revisão do ROCPL, tecendo considerações sobre a anatomia, pré-operatório e técnica cirúrgica, assim como descrevem as vantagens e desvantagens deste retalho, nomeadamente no que diz respeito à reconstrução mandibular. O ROCPL fornece osso de dimensões consideráveis, é fácil de moldar, podendo ser usado para a reconstrução mandibular. Fornece também pele e tecido celular sub-cutâneo para a reconstrução intra-oral. Apesar de algumas limitações, o ROCPL é uma das melhores opções terapêuticas para os pacientes que apresentam defeitos compostos oro-mandibulares.

ASPECTOS DA ANATOMIA VASCULAR DA CABEÇA E PESCOÇO

J.N. Ramos⁽¹⁾; F.C. Domingues⁽²⁾

1 – Interno Complementar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

2 – Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Maxilo-Facial

Resumo:

O conhecimento anatómico é essencial para uma prática cirúrgica correcta. Com esta apresentação os autores pretendem dar uma noção de aspectos da anatomia vascular da cabeça e pescoço, tendo em vista a sua aplicação clínica. Inicia-se a exposição por uma breve descrição genérica do sistema da artéria carótida comum e do sistema da artéria vertebral. Será dado ênfase às anastomoses entre as artérias carótida interna e externa, bem como às anastomoses existentes entre os ramos terminais e colaterais da artéria carótida externa, mormente entre ramos da artéria facial e da artéria temporal superficial. Serão realçadas relações anatómicas importantes, tendo em vista a sua aplicação

clínica, nomeadamente no levantamento de importantes retalhos na região da cabeça e pescoço. Conclui-se que o conhecimento anatómico vascular preciso é fundamental para se poder fazer o levantamento de retalhos na região da cabeça de forma lógica e adequada. É também a investigação e o desenvolvimento do conhecimento anatómico que permite o aparecimento de novas estratégias na problemática do revestimento.

ANÁLISE DE TRÊS SISTEMAS DE IMPLANTES DENTÁRIOS COMERCIALIZADOS EM PORTUGAL

M.A. Gouveia⁽¹⁾; A. Pimenta⁽²⁾; J. Pimenta⁽¹⁾

1 – Médico Dentista. Licenciado pela FMDUP

2 – Aluno Medicina Dentária

Resumo:

Têm sido verificados muitos avanços na área dos implantes dentários nos últimos anos. Os sistemas têm-se adaptado cada vez mais às novas exigências protéticas, sobretudo na área da estética. O objectivo desta comunicação é apresentar de forma clara e sucinta as principais características e inovações de três sistemas de implantes dentários comercializados em Portugal – ITI® , Replace® e 3i® – dando um especial relevo aos novos conceitos protéticos preconizados por cada um dos sistemas. Mostraremos alguns casos clínicos demonstrativos, realçando essencialmente os aspectos referentes aos resultados estéticos conseguidos.

UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DO TUBÉRCULO DE CARABELLI

André Correia

1 – Aluno da FMDUP

Resumo:

Apesar de ter nascido na Hungria, George Carabelli viveu quase toda a sua vida em Viena de Áustria. Foi nessa cidade que recebeu a sua formação médico-cirúrgica e iniciou o seu impressionante percurso académico. Foi pioneiro a criar o Ensino Universitário de Estomatologia e a escrever um Manual de

Medicina Dentária.

Contudo, o nome desta ilustre personagem ficará para sempre ligado à Arte Dentária por se associar a uma característica morfológica existente na superfície mesio-lingual do primeiro molar superior, e que se designa por Tubérculo de Carabelli. Esta associação deriva do facto de Carabelli ter sido o primeiro a ilustrar e a descrever este importante carácter nos anos de 1842 e 1844, respectivamente. É uma variação morfológica que recebe uma forte contribuição genética, e desperta um enorme interesse sobretudo na área da Antropologia Dentária, pois permite-nos estudar o padrão evolutivo dos vários povos do mundo, graças as diferentes percentagens que neles são encontradas.

Desde a sua descoberta, centenas de artigos já foram escritos, e têm sido criados vários métodos de classificação desta característica dentária, sendo o Departamento de Antropologia da Arizona State University, há já algumas décadas, o grande impulsionador desta nova, e ao mesmo tempo antiga, área da Medicina Dentária.

POSTERS

SELECÇÃO DO CIMENTO NUM CASO DE AMELOGÉNESE E DENTINOGÉNESE IMPERFEITA

P.R. Almeida⁽¹⁾; M.GallasTorreira⁽²⁾; F. Campos Mendes⁽¹⁾; Sampaio Fernandes⁽³⁾, César Leal⁽³⁾

1 – Alunos do Mestrado de Reabilitação Oral da FMDUP

2 – Professora Ajudante de Integrada de Adultos, Univ. Santiago de Compostela

3 – Professores Auxiliares da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP

Resumo:

A cimentação definitiva nos casos de alterações da estrutura dentária como na amelogenese e dentinogenese imperfeita suscita certas dúvidas sobre qual o tipo de cimento mais adequado para utilizar. Os autores apresentam um caso de reabilitação total completa de uma

paciente com amelogénese e dentinogénese imperfeita, discutindo as possibilidades do uso dos cimentos dentários e as considerações a ter em conta na selecção final do mesmo.

MOTIVAÇÃO E INSTRUÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

S. Cordeiro⁽¹⁾; M. Nobre⁽¹⁾; A. Valle⁽¹⁾; F. Duarte⁽²⁾, L.P. Lopes⁽³⁾

1 – Assistentes Convidados da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

2 – Higienista Oral Associada à disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

3 – Professor Auxiliar e Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

Resumo:

O sucesso da reabilitação a longo prazo com próteses removíveis, está directamente relacionado com a motivação e instrução dada aos pacientes desdentados totais e parciais. Nos pacientes com desdentações parciais, a motivação é feita em duas etapas: 1) antes da colocação da Prótese Parcial Removível, com o objectivo de reduzir o índice de placa bacteriana, das peças dentárias remanescentes e da mucosa oral, 2) após a colocação das Próteses Parciais Removíveis, as instruções dadas aos pacientes visam a manutenção dos tecidos de suporte dentários e mucosos saudáveis, e a manutenção da estrutura da prótese livre de placa bacteriana. Nos pacientes desdentados totais, a motivação visa a manutenção de um estado saudável dos tecidos de suporte e a superfície da Prótese Total livre de placa bacteriana. Este grupo de pacientes apresenta-se muitas vezes com características próprias devido à sua fragilidade física e psíquica. Este Poster tem como objectivo mostrar a metodologia utilizada para a preparação e manutenção higiénica dos pacientes portadores de Prótese Removível na consulta de Prostodontia Removível da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

REFORÇO DA BASE DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ACRÍLICA COM UMA REDE METÁLICA – CASO CLÍNICO.

I. Guerra⁽¹⁾; S. Magalhães⁽¹⁾; D.L. Monteiro⁽²⁾, L.P. Lopes⁽³⁾

1 – Alunas do 6º ano do curso de Medicina Dentária da FMDUL

2 – Monitor da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

3 – Professor Auxiliar e Regente da disciplina de Prostodontia Removível da FMDUL

Resumo:

A fractura da base de uma prótese acrílica é um facto que ocorre com alguma frequência. Como principais causas podem ser apontadas uma oclusão desfavorável, bruxismo, forças musculares elevadas, desadaptação da base da prótese e a fadiga dos materiais. O procedimento que o clínico deve ter perante estas situações depende fundamentalmente da causa. Nos casos em que haja indicação para a reparação da prótese, pode proceder-se a uma reparação simples com a adição de resina acrílica, ou a um reforço da base da prótese com uma barra metálica. Este reforço pode ser igualmente obtido pela inclusão de uma rede metálica na base da prótese, a qual pode ser pré-formada ou fundida especificamente para o caso em questão. Este Poster tem por objectivo apresentar um caso clínico em que a base de uma prótese parcial removível acrílica, após ter sofrido inúmeras fracturas, foi reforçada com uma rede metálica pré-formada.

GOTEIRA DE OCLUSÃO EM RELAÇÃO CÊNTRICA NO TRATAMENTO DO BRUXISMO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.A. Gouveia⁽¹⁾; R. Pacheco⁽¹⁾; J.C. Pinho⁽²⁾; Sampaio Fernandes⁽³⁾; C. Leal⁽³⁾

1 – Médico Dentista, licenciado pela FMDUP

2 – Professor Auxiliar da disciplina de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP

3 – Professor Auxiliar da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP

Resumo:

É frequente observarem-se, na prática clínica, alterações quer no tecido dentário quer nos tecidos de suporte resultantes de parafunções do aparelho estomatognático, cuja correlação nem sempre é evidente. É importante que o Médico Dentista tenha a capacidade de realizar um diagnóstico precoce e de efectuar um plano de tratamento que elimine ou minimize os factores etiológicos, que originam a perda de estrutura dentária e/ou a destruição dos tecidos de suporte periodontais. Das várias parafunções, o Bruxismo, hábito inconsciente e anárquico, altamente lesivo, de apertar e/ou esfregar os dentes, de dia e/ou de noite, fora dos movimentos funcionais de mastigação e deglutição, com intensidade variável, mas sempre superior à originada durante a função do sistema estomagnático, é, sem dúvida, a mais importante das parafunções. Quer pela sua etiologia, quer pelo grande potencial patogénico que provoca a nível de todas as estruturas do sistema estomagnático, esta parafunção deve merecer uma grande atenção, principalmente na fase inicial, altura em que a intervenção do Médico Dentista pode ter uma preponderância fundamental. Os autores, concomitantemente com a apresentação de um caso clínico de tratamento do bruxismo pretendem expor, de forma sucinta, a etiologia, as manifestações clínicas, os métodos de diagnóstico e as principais formas de tratamento desta parafunção no momento actual, alicerçando o seu trabalho numa profunda e cuidada pesquisa bibliográfica.

REVISÃO DE MÉTODOS DE RETRACÇÃO GENGIVAL

André Correia⁽¹⁾; César Leal⁽²⁾; Sampaio Fernandes⁽²⁾, Artur Pinho⁽³⁾

1 – Aluno da FMDUP

2 – Professor Auxiliar da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP

3 – Professor Auxiliar Convidado da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP

Resumo:

Actualmente, a preocupação do paciente que

visita o Médico Dentista centra-se sobretudo na estética e na qualidade, a todos os níveis, do tratamento dentário. A evolução da Medicina Dentária caminha no sentido de atingir este patamar. Particularmente na Prótese Fixa, para se conseguir obter bons resultados é fundamental que nenhum dos passos da confecção da prótese seja menosprezado, desde o seu estudo prévio, até à sua colocação na boca. Assim, a impressão é uma etapa que requer especial atenção para que o trabalho final seja do nível pretendido, sendo a retracção gengival uma técnica que, em determinadas situações específicas, é imprescindível para que se obtenha uma cópia precisa da preparação dentária. Neste trabalho faremos uma abordagem a vários métodos da Retracção Gengival, realçando as opiniões da disciplina de Prótese Fixa da FMDUP. Neste sentido podemos destacar a longa experiência com os fios de retracção impregnados, os quais são eficazes na maioria das situações, quer de preparações unitárias, quer múltiplas. Com o recente aparecimento «de uma técnica à base de pasta de caulino com cloreto de alumínio (Expansyl®)», pensamos ser muito mais simples e rápida do que a técnica que usa os fios. O único senão será o preço excessivo.

EPIDERMÓLISE BOLHOSA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

J.M. Melo⁽¹⁾; M.^a Gouveia⁽¹⁾; F. Coimbra⁽²⁾

1 – Aluno finalista da FMDUP

2 – Professor Auxiliar da disciplina de Medicina Oral da FMDUP

Resumo:

"Epidermólise bolhosa" é um termo comum para um grupo de doenças crónicas essencialmente genéticas, clinicamente semelhantes entre si, tendo como principal característica a separação do epitélio do tecido conjuntivo, subjacente, com a conseqüente formação de grandes "vesículas" que resultam na formação de extensas cicatrizes. Clinicamente, podemos observar que pequenos traumas físicos podem

originar grandes lesões ou agravar lesões pré-existent, particularmente em áreas de fricção ou pressão. É uma patologia rara, surgindo principalmente em bebés e crianças. Uma forma adulta, adquirida, foi recentemente descoberta, estando associada com o trauma permanente, por exemplo de uma prótese mal adaptada que provoque pressão excessiva sobre a mucosa oral.

O objectivo do nosso trabalho é descrever as lesões existentes ao nível da cavidade oral e superfície corporal, em dois pacientes com diferentes graus de severidade, por nós consultados na clínica da FMDUP. Sendo uma doença essencialmente hereditária, a iatrogenia é um dos principais factores de agravamento das lesões, facto pelo qual nos leva a apresentar as diferentes formas de prevenção, manuseamento do paciente e tratamento. A forma de evitar este panorama desolador é a prevenção que, quando feita de forma eficiente, permite a manutenção dos dentes na arcada com consequente melhoria na função do aparelho estomatognático.

pilares anteriores. Resultado: a utilização do Sistema Equipoise permitiu-nos colocar os braços dos ganchos aos dentes pilares anteriores numa zona não visível – a retenção é obtida em parte por fricção do prato do gancho com uma superfície plana, paralela ao eixo de inserção, criada na parede distal dos dentes pilares (planos guia); a estabilidade melhorou pela substituição da prótese acrílica por uma prótese esquelética e pelo estabelecimento de uma oclusão equilibrada; o desconforto motivado pela base protética extensa foi eliminado pela utilização de um conector major em U associado a uma barra palatina posterior.

ESTÉTICA EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – CASO CLÍNICO

**F. Campos Mendes⁽¹⁾; P. Rocha Almeida⁽¹⁾;
J. Lordelo⁽²⁾,**

1 – Médico Dentista, aluno do Mestrado de Reabilitação Oral da FMDUP

2 – Professor Auxiliar da disciplina de Prótese Removível e do Mestrado de Reabilitação Oral da FMDUP

Resumo:

Indivíduo do sexo feminino, 25 anos de idade, desdentado parcial maxilar, Classe IV, Mod. 2 (Kennedy/Applegate) portador de prótese parcial removível (PPR) acrílica. Queixas de estética insatisfatória – "não gosto de me ver com estes dentes"; instabilidade protética – "a prótese cai ao falar e quando mastigo"; desconforto – "sinto-me desconfortável". Diagnóstico: alguns parâmetros estéticos deficientes, falta de retenção, base protética extensa. Tratamento: confecção de PPR esquelética com recurso ao Sistema Equipoise nos dentes