

ósseo provocadas pela osteotomia a 50 rpm sem irrigação e a 800 rpm com irrigação são semelhantes, e que ambas as técnicas mantêm o tecido ósseo viável para a colocação de implantes e respectiva osteointegração, cabendo ao clínico a sua escolha, em função de outras variáveis.

I-8. ESTUDO RETROSPECTIVO: TAXA DE SOBREVIVÊNCIA DOS IMPLANTES EM PACIENTES PERIODONTAIS

Francisco Correia*, Ricardo Faria Almeida, Sónia Gouveia, Antonio Campos Felino

Faculdade de Ciências da Universidade do Porto / Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Objetivos: Comparar a taxa de sobrevivência dos implantes dentários entre pacientes com história de doença periodontal (crónica ou agressiva) com pacientes sem história de doença periodontal, colocados numa clínica privada do Porto, Portugal.

Materiais e métodos: Os dados foram recolhidos numa clínica privada e os implantes colocados pelo mesmo médico-dentista. Previamente deveria ter sido feito um diagnóstico de doença periodontal e se esta estivesse presente seria realizado o tratamento prévio à colocação dos implantes; os implantes deveriam possuir pelo menos um ano de seguimento. O implante dentário foi utilizado como unidade estatística independente e realizada a comparação entre grupos base com o programa de análise estatística SPSS 18.0. As análises de sobrevivências realizadas pelo teste de Kaplan-Meier.

Resultados: A nossa amostra é de 202 pacientes, 53% com periodontite crónica (PDP) e 47% sem história de doença periodontal (PNP); 689 implantes dentários PNP (214 implantes) e PDP (475 implantes); em 25% da amostra perdeu-se o seguimento. A taxa de sobrevivência para a amostra total era de 93,9%, ao separarmos em PNP (93,1%) e PDP (95,8%) ($P > 0,05$). Em 73,1% do total de 42 implantes perdidos, estes ocorreram anteriormente a ser realizada carga. A maioria dos implantes perdeu-se no 1º ano. Após o segundo ano estabilizou-se a taxa de sobrevivência. Não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$) para os factores: subclassificação da doença (severa ou generalizada); localização do implante; marca (para o grupo PNP); modelo; tipo de implante relativo ao comprimento (curto ou standard); tipo e extensão da prótese. Para os factores: ROG; Sinus lift (osteótomos); tempo de colocação não foram visíveis diferenças ($P > 0,05$) mas apenas foi calculado para PDP devido ao tamanho da amostra. Para os factores marca e tempo de carga é possível visualizar diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) no grupo PDP.

Conclusões: Observa-se uma maior perda dos implantes durante o 1º ano, em especial nos PDP, associadas a perdas ósseas severas. Esta hipótese é comprovada pelo número de vezes em que foi necessário efectuar ROG ou utilizar osteótomos simultaneamente à colocação dos implantes dentários e nas localizações com menor taxa de sucesso (4º/6º e 1º/3º quadrante). Relativamente aos implantes imediatos e as cargas imediatas é possível visualizar maiores perdas no 1º ano; uma abordagem mais conservadora deveria ser optada de modo a conseguir melhores resultados nos PDP. Após o primeiro ano é possível visualizar uma manutenção da taxa de sobrevivência em ambos os grupos, muito provavelmente deve-se aos apertados protocolos de manutenção associado a uma construção protética que facilita a higiene oral diária.

I-9. UMA RESTAURAÇÃO ÍNTEGRA EM AMÁLGAMA DEVE REMOVER-SE SE O DOENTE PEDIR? REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Isabel Gonçalves*, Ana Cristina Mano Azul

ISCS-Egas Moniz

Introdução: A amálgama dentária é um material dentário utilizado há cerca de 165 anos e desde sempre envolto em polémica devido ao potencial efeito adverso do seu principal componente, o mercúrio.

Objectivos: Este trabalho de investigação pretende ser uma revisão sistemática da literatura para que, baseada na melhor evidência científica, se possa responder da melhor forma ao doente que coloca uma questão tão usual no consultório sobre se se deve remover as restaurações em amálgama advogando os seus potenciais efeitos adversos.

Materiais e métodos: Para responder à questão PICO formulada, efectuou-se pesquisa sistemática nas diferentes bases de dados, até Março de 2012. Foram utilizadas as palavras-chave “dental amalgam”, “mercury” e “adverse effects”. Os critérios de inclusão foram: estudos clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises sobre o tema; follow-up superior a 12 meses; artigos escritos em Português, Inglês, Francês e Espanhol; participantes jovens, jovens adultos, adultos ou idosos; restaurações em dentes permanentes.

Resultados: Após a verificação da duplicação de artigos destas bases de dados, chegou-se a um total de 32 artigos, dos quais apenas 14 corresponderam aos critérios de inclusão. Através das suas referências bibliográficas foram incluídos mais 3 artigos, obtendo-se um total de 17 artigos. Destes, 15 são ensaios clínicos randomizados, que foram divididos em 3 grupos denominados por “Casa Pia Children’s Amalgam Trial”, “German Amalgam Trial” e “New England Children’s Amalgam Trial”. Foi feita a avaliação metodológica destes grupos, pelos critérios CONSORT que foram considerados válidos e de grande poder científico, pelo que se procedeu à extracção dos seus dados e análise dos seus resultados. Foi ainda avaliado o risco de viés destes grupos através de Cochrane e verificou-se que todos os grupos apresentaram baixo risco de viés. Os outros dois artigos incluídos são uma revisão sistemática e uma meta-análise. A revisão sistemática também foi considerada válida para análise após a sua avaliação pelos critérios PRISMA. Mas a meta-análise inicialmente incluída, foi recusada por não apresentar critérios PRISMA suficientes.

Conclusão: Deve-se explicar aos doentes que queiram remover as suas restaurações em amálgama, que a sua remoção provoca um aumento da exposição aos vapores de mercúrio, quando comparada com a sua manutenção, que apesar de também apresentar algum grau de libertação contínua de mercúrio, esta concentração é inferior. E até ao momento presente e com base na evidência clínica disponível, o uso de restaurações em amálgama parece ser apropriado e não existe justificação clínica para a sua remoção, quando estas se encontram clinicamente satisfatórias, excepto em casos de lesões orais ou alergia confirmada.

I-10. RESTAURAÇÕES DIRETAS A RESINA COMPOSTA ADERIDAS COM CIMENTO AUTOADESIVO.

Domingos Brandão*, IC Fernandes, Ana Cristina Mano Azul, Mário Polido, R Frankenberger

ISCS-Egas Moniz / University of Marburg

Objetivos: Avaliar os efeitos na microinfiltração e na integridade marginal de restaurações diretas a resina composta aderidas com um cimento autoadesivo.