

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.

Materiais e métodos: Foram confeccionadas cavidades de 3x3x3 mm em 30 dentes terceiros molares, sendo de seguida divididos em 3 grupos para serem restaurados: Grupo A – restauração com RelyX Unicem (3M ESPE, Seefeld, Germany) (RXU) + Filtek Z250 (3M ESPE, St. Paul, MN, USA); Grupo B – condicionamento ácido do esmalte + RXU + Filtek Z250; Grupo C – Adesivo (E&R) (Adper Scotchbond 1 XT. 3M ESPE, St. Paul, MN, USA) + Filtek Z250 (grupo de controlo). Após permanecerem em água destilada durante 21 dias à temperatura de 37°C, foram de seguida submetidos a Carga Termo Mecânica (CTM) (100.000 ciclos a 50 N a uma frequência de 0.5 Hz e simultaneamente 2500 ciclos termais entre 5°C e 55°C). Após a CTM, foram preparados para teste de microinfiltração com fucsina básica a 0.5%. A escala de avaliação da penetração do corante foi a seguinte: 0 – Sem penetração; 1 – Penetração no esmalte; 2 – Penetração na dentina sem atingir a parede pulpar da restauração; 3 – Penetração incluindo a parede pulpar da restauração. Os resultados obtidos foram analisados estatisticamente através de testes não-paramétricos, nomeadamente teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney a um nível de confiança de 95%.

Resultados: Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos A, B e C.

Conclusões: A substituição do adesivo (E&R) pelo RXU não resultou em diferenças estatisticamente significativas. Em relação aos parâmetros microinfiltração e integridade marginal esta substituição revelou-se tão eficaz como a aplicação de um adesivo (E&R). Sendo a aplicação do RXU com condicionamento seletivo do esmalte aquela que, em valores, mais se aproxima do grupo de controlo. O RXU utilizado como elemento de união em restaurações diretas a resina composta promove uma adesão e um selamento tão eficazes como um adesivo (E&R).

I-11. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO BRANQUEAMENTO EM CONSULTÓRIO COM E SEM LUZ - AVALIAÇÃO A 1 ANO

Joana Vasconcelos e Cruz*, Ana Mano Azul, Luis Proenca, Mario Cruz Polido, Jose Joao Mendes

Instituto Superior Ciências Saúde Egas Moniz

Objetivos: Avaliar a eficácia e a segurança da aplicação de luz no branqueamento dentário em consultório, de forma imediata pós tratamento, após 2 semanas, 6 meses e 1 ano.

Materiais e métodos: Estudo clínico comparativo split-mouth aberto controlado aleatorizado onde foram selecionados 10 indivíduos (118 dentes) com matiz “A” e com valor igual ou inferior a “A3” determinados pela escala VITAPAN® classical. Foram testados em cada doente dois grupos de dentes (hemiarcada ântero-superior e inferior direita ou esquerda), sendo um submetido ao branqueamento com gel de peróxido de hidrogénio a 35% (HP) utilizando uma lâmpada de halogénio (G1) e outro apenas com gel (G2). Foram registadas a redução de cor, a presença de sensibilidade dentária e lesões gengivais.

Resultados: Não foram verificadas diferenças significativas entre o G1 e G2 relativamente à eficácia, em nenhum período (imediatamente após: $p=0,61$; 2 semanas: $p=0,83$; 6 meses: $p=0,96$ e 1 ano: $p=0,88$, teste t-Student). Após um ano observaram-se diferenças relativamente aos restantes períodos (G1: $p=0,03$; G2: $p=0,04$, teste ANOVA one way (medidas repetidas) Post-hoc LSD). Os valores de sensibilidade não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, durante o tratamento ($p=0,26$, teste t-Student) e até 24 horas após ($p=0,82$, teste t-Student). As lesões gengivais ocorreram em ambos os grupos mas sem diferenças significativas ($p=1$, teste exacto de Fisher).

Conclusões: O PH a 35% foi eficaz no branqueamento porém a luz testada não aumentou a sua eficácia. A sensibilidade e

a presença de lesões gengivais foram os efeitos secundários registados contudo totalmente reversíveis. 90% dos doentes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos.

I-12. EFEITO DE CIMENTAÇÃO/POLIMERIZAÇÃO DE ESPIGÕES TRANSLÚCIDOS SOBRE MICRODUREZA DO CIMENTO

Bernardo Romão de Sousa*, Catarina Coito, Ana Pequeno, Raquel Eira, Ana Luísa Silva, Alexandre Cavalheiro

FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Objetivos: Avaliar o efeito de diferentes protocolos de cimentação/polimerização de espigões intra-radulares translúcidos sobre a microdureza do cimento de resina composta.

Materiais e métodos: Utilizaram-se 3 pré-molares inferiores intactos, aos quais foi efectuado tratamento endodôntico. Os canais radiculares foram preparados com brocas do sistema Para-Post Taper Lux 5,0 e 5,5 (Còltene Whaledent). Utilizou-se sistema adesivo One Step Plus (Bisco) e espigões Para-Post Taper Lux diâmetro 5,5 (Còltene Whaledent) juntamente com cimento de resina composta NX3 White (Kerr) em 3 protocolos de aplicação diferentes: 1) AUTO: cimento aplicado no canal, inserção do espigão; 2) DUAL: cimento aplicado no canal, inserção do espigão; fotopolimerização por 40 seg. no extremo do espigão; 3) FOTO: cimento aplicado no canal; inserção do espigão; fotopolimerização por 40 seg. no extremo do espigão. Utilizou-se um fotopolimerizador de halogéneo Optilux (Kerr) com 580 mW/cm3 e a restauração coronal foi efectuada com ParaCore White (Còltene Whaledent). O dente foi cortado longitudinalmente ao longo do seu maior eixo, obtendo-se duas metades radiculares, posteriormente fixadas sobre uma base acrílica. Os testes de microdureza Knoop no cimento de resina composta foram realizados com 15 seg. e 100 gF (Duramin, Struers), registando-se os valores de Dureza Knoop. Efectuaram-se um total de 30 medições por dente, 10 em cada zona: cervical (C); média (M); apical (A). Os dados foram estatisticamente tratados com testes oneway - ANOVA e Scheffe Post Hoc para um valor de significância de 0,005.

Resultados: Para o grupo DUAL, os valores médios de microdureza Knoop obtidos nas 3 zonas foram os seguintes: C (197 ± 48); M (198 ± 34), A (190 ± 48), não revelando diferenças estatisticamente significativas ($p=0,67$). No grupo AUTO, os valores Knoop mais elevados foram obtidos na zona C (187 ± 24), seguidos pela zona A (140 ± 19) e por último a zona M (117 ± 33). Existe diferença estatisticamente significativa entre zonas ($p=0,000$). No grupo FOTO, os valores Knoop mais elevados foram obtidos na zona A (257 ± 46), seguido da zona M (188 ± 48) e da zona C (182 ± 26), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$).

Conclusões: Os resultados deste estudo-piloto mostram que a utilização de um espigão translúcido aumenta a microdureza do cimento de resina quando este é exclusivamente fotopolimerizado. A microdureza do cimento DUAL foi uniforme nas 3 zonas avaliadas ao longo do espigão.

I-13. ESTUDO IN VITRO DA MICROINFILTRAÇÃO DE RESTAURAÇÕES EM DENTES POSTERIORES

Luciana Andrea Salvio, Aline Maria do Couto*, Allice Banni Alevato

Universidade Federal de Juiz de Fora

Objetivos: Avaliar a microinfiltração marginal de restaurações classe II em dentes posteriores hibridizados com sistema