

de transmissão genética autossômica recessiva que acomete ambos os sexos igualmente e apresenta como características clínicas baixa estatura, bradidactilia, micrognatia, retardo de erupção e anomalia na anatomia dos dentes assim como fechamento tardio das fontanelas. Portadores da PYCD apresentam expectativa de vida normal, contudo manifestações clínicas orofaciais podem acarretar morbidade quando da realização de procedimentos odontológicos: devido à pobre vascularização e metabolismo ósseos, aumenta o risco de complicações pós-cirúrgicas, e assim aumenta o risco de osteomielite e pseudartrose. O presente trabalho objetiva, através de revisão de literatura realizar uma abordagem científica atualizada sobre a PYCD, bem como os cuidados e manejos durante o tratamento médico dentário, em especial o cirúrgico, assim como verificar se há relação entre a síndrome da picnodisostose e a susceptibilidade ao surgimento de patologias nos ossos gnáticos, através de uma correlação e discussão da literatura especializada com um relato de caso. No seguinte relato descrevemos um caso dessa condição rara, de acompanhamento de dez anos, o qual, durante este período, com o desenvolvimento de cinco lesões distintas (cisto dentífero, lesão central de células gigantes, lesão fibro-óssea, a quarta e a quinta lesão aguarda-se o laudo histopatológico) em diferentes intervalos de tempo em cavidade oral, acompanhado pela disciplina de Clínica Odontológica V da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia - Brasil. O tratamento efetuado para o caso foi biópsia e remoção das lesões, e reabilitação protética. A paciente encontra-se atualmente em acompanhamento pela disciplina. Em conclusão, por ser uma síndrome rara, na literatura são poucos os trabalhos disponíveis os quais não fazem associações entre as lesões nos ossos gnáticos desenvolvidas pela paciente e a síndrome. A picnodisostose é uma síndrome que não tem cura e que apresenta repercussões orais, portanto o Médico Dentista deve buscar conhecê-la para atuar de forma adequada. No caso relatado o acompanhamento deve ser feito por toda vida, o que visa monitorar o surgimento de novas lesões e efetuar o tratamento adequado.

C-8. FACETAS LAMINADAS NÃO INVASIVAS EM CASO DE HIPOPLASIA DE ESMALTE

La Salette Alves*, Eduardo Miyashita

FMDUP

Introdução: A hipoplasia de esmalte consiste numa alteração da matriz orgânica dos ameloblastos, com diminuição da sua quantidade e ocorre na etapa da calcificação do esmalte.

Caso Clínico: Paciente do sexo masculino de 34 anos pretendia realizar reabilitação oral por falta de estética. O diagnóstico de hipoplasia de esmalte foi realizado e os aspetos clínicos foram documentados. Clinicamente as coroas dos dentes no setor antero-superior (13 a 23) apresentavam-se com coloração (Escala Vita D2) e consistência alteradas e com desgaste dentário. O preparo dentário consistiu na regularização da superfície do esmalte com discos de acabamento de compósitos Sofilex (3M Espe) e na margem cervical com pontas de ultrassom diamantadas CVDentus. Optou-se por confeccionar facetas laminadas minimamente invasivas (Emax Ceram Ivoclar) de 0,1 mm de espessura. Na colagem usou-se Single Bond (3M Espe) e RelyX Venera (3M Espe) translúcido. Esta técnica neste caso em especial torna-se biologicamente conservadora com redução dentária minimamente invasiva e com longevidade estética da cerâmica.

Conclusões: A confecção de facetas laminadas minimamente invasivas como alternativa de tratamento de alterações

hipoplásicas de esmalte mostrou-se eficaz no restabelecimento da função, da estética e da harmonia facial.

C-9. BRANQUEAMENTO INTERNO DE DENTES NÃO VITAIS

Rita Cardoso*, Mariana Albergaria, António Ginjeira

FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A Dentisteria Estética tem-se tornado mais prevalente devido à crescente procura dos pacientes por este tipo de tratamento. Actualmente, o branqueamento de dentes não vitais é uma técnica minimamente invasiva que, se executada correctamente, apresenta apenas riscos ligeiros.

Objectivos: Este trabalho tem como objectivo verificar se o branqueamento interno de dentes não vitais constitui uma alternativa a outros tratamentos estéticos, a propósito de alguns casos clínicos.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa na MEDLINE (Pubmed), usando como palavras-chave: tooth bleaching, non vital teeth bleaching teeth treated endodontically. Foram seleccionados os artigos publicados que estavam disponíveis na Internet e na biblioteca da FMDUL (incluindo base de dados da B-On), privilegiando-se artigos de revisão sistemática e meta-análise.

Resultados: O branqueamento interno é uma alternativa conservadora a outros tratamentos estéticos, como a colocação de coroas ou facetas. Geralmente obtém-se resultados estéticos satisfatórios, embora exista possibilidade de recidiva.

Conclusões: É aconselhável um intervalo de duas semanas desde o término do branqueamento interno até à restauração definitiva do dente com resinas compostas, para garantir a eficácia do sistema adesivo. Há pouca evidência científica na literatura acerca do prognóstico dos dentes não vitais branqueados. É importante estar ciente das possíveis complicações e riscos associados às diferentes técnicas de branqueamento.

C-10. RESINAS COMPOSTAS E FIBRAS DE REFORÇO – UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA A CONSIDERAR: CASOS CLÍNICOS

João Carlos Ramos, João Pires*, Sérgio Matos, Alexandra Vinagre, Ana Luísa Costa

Mestrado Integrado em Medicina Dentária - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A conjuntura socioeconómica atual e os princípios inerentes a uma Medicina Dentária contemporânea colocam as terapêuticas preventivas e conservadoras num patamar de importância crescente. A preservação ou substituição de dentes muito comprometidos por técnicas restauradoras menos dispendiosas e invasivas constitui, assim, uma prioridade. Neste contexto, a utilização combinada de resinas compostas e fibras de reforço estrutural permite executar uma série de tratamentos, diretos ou indiretos, provisórios ou definitivos, que cumprem com requisitos funcionais, estéticos, biológicos e até sociais.

Caso Clínico: Neste trabalho serão apresentados 3 casos clínicos diferentes tratados com recurso a esta combinação de materiais: um caso de agenesia de um incisivo lateral superior direito, reabilitado com uma ponte adesiva de resina composta reforçada por fibra de polietileno executada diretamente na boca, sem qualquer preparação mecânica dos dentes pilares e controlado por um período de 7 anos; um caso de ferulização de

3 dentes posteriores e substituição simultânea de um primeiro molar permanente esquerdo perdido por razões periodontais (lesão de furca de grau 3), executado com uma ponte indireta de resina composta com fibras de reforço, seguido por um período de 6 anos; e um caso de ferulização dum bloco incisivo envolvendo dentes periodontalmente muito comprometidos com encerramento de diastemas simultâneo, executado de forma direta com resinas compostas e fibra de reforço e avaliado por um período de 6 anos. Todos os casos serão apresentados com registos fotográficos detalhados da sua execução, bem como dos controlos efetuados nos respetivos períodos de avaliação. Globalmente, os tratamentos mantiveram-se efetivos no que se refere aos requisitos biológicos, estéticos e funcionais durante os tempos referidos. Como principais desvantagens desta opção terapêutica, parece-nos importante referir a sensibilidade técnica, a longa curva de aprendizagem e a necessidade de manutenção regular para resolução precoce dos problemas mais comuns. Contudo, quando devidamente planeados, executados e controlados, principalmente em pacientes equilibrados oclusalmente e com boa higiene oral, estes tratamentos permitem obter bons resultados funcionais, estéticos e até psicológicos, de forma muito conservadora e com custos reduzidos quando comparados com outras possibilidades terapêuticas de reabilitação fixa. Adicionalmente, podem constituir terapêuticas de apoio importantes para suporte, pré, per ou pós-operatório, a outros tratamentos multidisciplinares mais complexos.

C-11. ANESTESIA INTRAÓSSEA EM ENDODONTIA

Ricardo Macedo*, Siri Paulo, Manuel Marques Ferreira, Diana Sequeira

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Objetivo: Avaliar a técnica de anestesia alternativa a convencional para o tratamento endodôntico.

Materiais e métodos: Foram selecionados casos clínicos com dificuldade de anestesia às técnicas convencionais em que o controlo da dor só foi possível com anestesia intraóssea. Adicionalmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed/Medline, utilizando como palavras-chave "Intraosseous anesthesia dentistry", entre 1997-2012, tendo sido selecionados 10 artigos.

Resultados: São necessários meios eficazes para controlar a dor durante o tratamento endodôntico e superar as expectativas dos nossos pacientes, assim como minimizar o stress operatório. Na presença de uma pulpite irreversível, perante a ineficácia das técnicas de anestesia convencionais, a anestesia intraóssea apresenta-se como uma alternativa possível. Mesmo para a realização de outros procedimentos dentários, as referidas técnicas falham com relativa frequência. É, neste contexto, que se insere a anestesia intraóssea (AI) como alternativa. Este procedimento consiste em perfurar a tábua óssea com agulhas perfurantes, de baixa rotação, depositando a solução anestésica no osso esponjoso adjacente ao dente a ser anestesiado. Foram selecionados casos clínicos de pulpite irreversível em que foi utilizada, sem sucesso, a Anestesia terminal infiltrativa e Anestesia troncular. Com o insucesso desta técnica e para conseguir a analgesia necessária, foi utilizada anestesia intraóssea, administrada com um equipamento próprio (QuickSleeper ou X-tipe). A AI mostrou ser um meio eficaz como complemento aos meios convencionais, especialmente durante quadros de pulpite irreversível. É um método que requer uma curva de aprendizagem longa e que apresenta algum risco osteonecrose quando indevidamente manipulado. Pode aumentar ritmo cardíaco, contudo este consegue ser evitado utilizando Mepivacaína como anestésico, aumentando

a margem de segurança em pacientes com patologias cardíacas. A analgesia é de 30 a 60 minutos. Administrações complementares mostraram prolongar este tempo. Apesar das desvantagens referidas, esta técnica apresenta-se como uma boa opção às técnicas convencionais, aumentando a taxa de sucesso.

Conclusões: A AI é um procedimento relativamente fácil de aplicar e com muitas vantagens em endodôncia. Este procedimento deve, no entanto, ser utilizado com cuidado para prevenir lesões iatrogénicas decorrentes da sua utilização incorreta.

C-12. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ATM COM EXSUDADO VOLUMOSO E REPERCUSSÃO OCLUSAL - CASO CLÍNICO

Marcelo Miranda*, AP Reis Durão, T Koch

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O exsudado articular (EA) da ATM pode ser devido a um problema local relacionado com alterações traumáticas da articulação ou patologias sistémicas como a artrite reumatoide e psoriásica. O EA marcado está associado a deformações e alterações de posição do disco (sobretudo anteposição discal sem redução espontânea) e a patologias degenerativas ósseas condilares (osteófitos e erosões). O EA significativo foi apenas observável em indivíduos sintomáticos, correspondendo sempre a sinovite, no entanto pequeno aumento do volume de líquido sinovial foi observado em indivíduos assintomáticos. A visualização do EA é conseguida na Ressonância Magnética (RM) em ponderação T2, sobretudo nos cortes parasagittais e muitas vezes nos cortes coronais quando o EA tem volume mais apreciável, podendo nestes casos também ser detetável com ponderação em densidade protónica. É um dado clínico e bibliográfico que grande percentagem de exames efetuados em período de dor articular apresentam EA nas imagens em T2, mas não é regra.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 33 anos, caucasiano, trabalhador estudante, consulta por dor intensa na ATM direita, limitação acentuada da abertura da boca (19mm) e inoclusão homolateral. Refere tratamento ortodôntico desde há dois anos para "camuflagem" de Classe III e um mês antes iniciou forças interarcadas com elásticos. Na semana anterior à consulta, coincidindo com o início da sintomatologia, passou por período de elevado stress (letivo, laboral e familiar). Foi medicado com anti-inflamatório e analgésico e dados os conselhos usuais para minimizar a carga oclusal e articular nos dentes com Disfunção Temporomandibular. Foi requisitada RM que revelou na ATM direita um volume excecionalmente grande de EA, assim como uma alteração de posição do disco relativamente rara para distal. Com a terapêutica preconizada melhorou da sintomatologia dolorosa, recuperou o contacto dentário bilateral e foi aumentando progressivamente a abertura da boca até 44 mm. Como o articulado dentário esteticamente se encontrava aceitável foi retirada a aparatologia fixa e confeccionada goteira oclusal tipo Michigan.

Conclusões: A Observação de um EA é um achado imagiológico relativamente frequente, mas nesta situação estamos perante um volume de exsudado absolutamente fora de vulgar pela dimensão e distribuição pela cavidade articular. Esta situação levou a uma ocorrência também invulgar ao produzir uma mordida aberta unilateral por empurramento do côndilo da ATM afetada. Deve ser enfatizado que um período de elevado stress num articulado dentário não estabilizado levou a uma sobrecarga articular acentuada, cujo trauma se repercutiu na resposta exagerada de EA.