

e correlacionar com o tipo de desdentação e o tipo de prótese em questão.

Materiais e métodos: Realizaram-se consultas de controlo a 75 pacientes (35 mulheres e 40 homens) reabilitados em ambas as arcadas com prótese removível, parcial ou total. Numa ficha clínica especificamente preparada para estas consultas, foram registados o tipo de desdentação do paciente (classificação de Kennedy) em ambos os maxilares, a reabilitação protética efetuada e as complicações biológicas e mecânicas existentes no momento da avaliação. Foi realizada uma análise estatística descritiva destas variáveis.

Resultados: Relativamente ao tipo de desdentação verificou-se uma prevalência superior da desdentação bilateral posterior na maxila (30,7%) e na mandíbula (41,3%). O tipo de prótese mais prevalente foi a prótese parcial removível (PPR), nomeadamente a esquelética com 53,3% na maxila e 66,7% na mandíbula. A complicação mais comum em ambas as arcadas, associada à PPR e à prótese total (PT), foi a falta de retenção com uma frequência maxilar de 36,0% e mandibular de 38,7%, seguida da estomatite protética na maxila com 17,3% e ulceração na mandíbula com 16,0%. Na maxila, a incidência de complicações foi superior nos pacientes com desdentação parcial unilateral completa (33,3%), enquanto na mandíbula existiu uma maior incidência de complicações nos pacientes com desdentação bilateral posterior (41,5%). Foram registadas mais complicações na maxila em pacientes portadores de PPR (48,2% em PPR esqueléticas e 22,2% em PPR acrílicas) comparativamente à PT (29,6%), à semelhança do que foi verificado na mandíbula, com mais complicações em pacientes portadores de PPR (49,1% em PPR esqueléticas e 35,9% em PPR acrílicas) comparativamente à PT (15,0%).

Conclusões: Verificou-se uma maior prevalência de complicações nas desdentações parciais reabilitadas com prótese parcial removível esquelética. A falta de retenção foi a complicação mais observada, quer para a maxila (em classes II de Kennedy) quer para a mandíbula (classes I de Kennedy). Para estas situações clínicas deverá ser efetuada uma análise criteriosa do desenho da prótese, sobretudo no que concerne aos elementos retentivos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.089>

I-89. SPADNS: método colorimétrico não adequado para a determinação de flúor na saliva

Liliana Dias*, Rui Santos, Otilia Pereira Lopes, Benedita Sampaio Maia

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), LNEG

Objetivos: O flúor é um ião importante presente na saliva. O método eléctrodo ião-seletivo (ISE) é o mais amplamente utilizado para a determinação de flúor na saliva. Os métodos espectrofotométricos são, ainda, pouco utilizados. Estes métodos têm grande vantagem de serem facilmente aplicáveis a volumes reduzidos de amostras, uma característica importante considerando as dificuldades na recolha de saliva humana. O presente estudo teve como objetivo avaliar a aplicação de um método espectrofotométrico, o

método colorimétrico SPADNS (trisodium 2 - (parasulfophenylazo) - 1,8-dihydroxy - 3,6 - naphthalenedisulfonate), para a determinação do flúor na saliva.

Materiais e métodos: Foram preparadas soluções padrão para o método eléctrodo ião-seletivo e para o método colorimétrico SPADNS. Foram traçadas curvas de calibração para ambos. Decorrente da presença de várias substâncias interferentes no método colorimétrico foi necessário realizar diversos procedimentos, com intuito de as eliminar. A turvação da saliva foi o interferente mais difícil de eliminar. Na tentativa de a eliminar foram efetuados procedimentos, como: adição de ácidos, filtração, aquecimento, “digestão da saliva” e destilação. Foram realizados scans do comprimento de onda e a absorvância a 570 nm foi registada para cada análise.

Resultados: Comparando com o método eléctrodo ião-seletivo, o método colorimétrico foi menos seletivo e menos linear para concentrações de flúor entre 0.01 e 1,00 mg/L. O método colorimétrico revelou ser inadequado para leitura das amostras de saliva, devido à presença de turvação, característica intrínseca da saliva. As abordagens realizadas para a eliminar não foram bem sucedidas ou provocaram interferências no método colorimétrico.

Conclusões: Este estudo demonstrou que o método colorimétrico SPADNS não consegue determinar com precisão a concentração de flúor na saliva. A eliminação das substâncias interferentes não foi conseguida. O método eléctrodo ião-seletivo continua a ser o método mais apropriado para a determinação de flúor na saliva.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.090>

POSTERS DE CASOS CLÍNICOS

C-1. Fusão de Incisivos Centrais – Relato de Caso Clínico



Mariana Natália Resende Silva*, Helena Salgado, Pedro Mesquita

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: Fusão é uma das anomalias dentárias de forma que ocorre com menor frequência (<1%). Resulta da união, ao nível da dentina, de dois germens dentários pelo que na contagem dentária surge um dente a menos. Em alguns casos, muito pouco frequentes, a fusão pode acontecer entre um germen de um dente da série normal e um dente supranumerário sendo, nestes casos, a fórmula dentária normal. Clinicamente a fusão dentária pode-se apresentar como duas coroas unidas ou uma coroa com uma largura superior ao normal de aspeto bífido. Radiograficamente, esta anomalia apresenta-se, habitualmente, com câmaras pulpares e canais radiculares separados podendo, no entanto, apresentar-se com uma única câmara pulpar. Apesar de pouco frequentes, estas anomalias são mais frequentes na dentição decídua (0,5%) do que na permanente (0,1%) com igual distribuição entre géneros.

Caso clínico: Menino com 7 anos de idade, de raça caucasiana, compareceu à consulta de Medicina Dentária apresentando desconforto em relação ao tamanho exagerado



e à forma atípica dos incisivos centrais. Não existia história familiar de anomalias dentárias nem qualquer acontecimento passado que pudesse estar na origem dessa situação. Ao exame clínico foi possível verificar que os dois incisivos centrais se encontravam fusionados com outros dois dentes e que os dois incisivos laterais se encontravam ausentes. Após realização de uma ortopantomografia e de radiografias apicais foi possível comprovar que os dentes 12 e 22 se encontravam em posição intra-óssea o que eliminou a hipótese das fusões serem entre os incisivos centrais e os laterais. Desta forma, as fusões envolviam os incisivos centrais e dois dentes supra-numerários. Tendo em consideração o tamanho dos dois dentes e a falta de espaço na arcada foi definido o seguinte plano de tratamento: extração dos dentes 11 e 21 e confecção de uma prótese acrílica por razões estéticas e funcionais, procurando preservar o espaço até à idade adulta. Nessa altura, o caso será reavaliado e, se possível, proceder-se-á à reabilitação oral com implantes endoósseos e coroas em cerâmica, sobre implantes.

Discussão e conclusões: A presença de dentes fusionados condiciona importantes alterações a nível estético e oclusal principalmente se ocorrerem na zona anterior. O plano de tratamento variado, pode passar pela odontoplastia ou, nos casos de coroas com dimensão mais acentuada, pela extração e reabilitação protética.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.091>

C-2. Supranumerários – implicações clínicas na zona estética

Sofia Fernandes*, Américo Afonso, Helena Salgado, Pedro Mesquita

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: Os dentes supranumerários constituem uma anomalia dentária de número cuja prevalência varia, de acordo com a população estudada, entre 0,1 e 3,5% para a dentição permanente e entre 0,05 e 1,9% para a dentição decídua. Podem ocorrer na maxila ou na mandíbula, uni ou bilateralmente, isolados, em pares ou em número variado. A localização mais frequente é na linha média, entre incisivos centrais superiores, designando-se nestes casos mesiodens, e na zona molar, lateral ou distalmente ao terceiro molar, designando-se nestes casos para ou distomolares, respetivamente. Os dentes supranumerários podem apresentar morfologia rudimentar ou forma e tamanhos normais. Este trabalho tem como objetivo apresentar três casos clínicos e discutir as possíveis complicações associadas a dentes supranumerários quando presentes na zona estética anterior.

Casos clínicos: Caso clínico 1- Criança do género masculino, de 8 anos, compareceu à consulta com o propósito de corrigir o diastema interincisivo superior, que, na opinião da mãe, pela sua dimensão se tornava inestético. Ao exame radiográfico foi detetada a presença de um dente supranumerário na linha média que, pelo seu posicionamento, seria a causa do diastema. Caso clínico 2 - Criança do género masculino, com 10 anos, compareceu no consultório havendo por parte dos pais a preocupação no atraso na erupção dos incisivos superiores

esquerdos. Após realização de uma ortopantomografia foi possível detetar a presença de um dente supranumerário na linha média que estava a provocar a inclusão do dente 21. Caso clínico 3 - Criança de 6 anos recorreu à consulta por rotina. Ao exame clínico foi observado um mesiodens na dentição decídua.

Discussão e conclusões: Os casos clínicos descritos constituem três exemplos de dentes supranumerários presentes na dentição permanente e decídua. Além de diastemas os supranumerários podem originar atraso na erupção dentária, erupção ectópica, inclusão dentária, reabsorções radiculares dos dentes adjacentes ou originar quistos dentígeros. O exame clínico e radiográfico reveste-se de especial importância para um correto diagnóstico e plano de tratamento. A remoção cirúrgica está indicada sendo controverso qual o momento ideal para a sua realização. O tratamento dos casos de dentes supranumerários é multidisciplinar devendo a intervenção ser precoce no sentido de diminuir ou evitar complicações futuras.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.092>

C-3. Picnodisostose e Osteonecrose da Mandíbula - Caso Clínico



Rita Azenha Cardoso*, Ricardo Grazina, João Mendes de Abreu, Manuela Carrilho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução: A Picnodisostose é uma doença rara, de transmissão autossómica recessiva, em que ocorre disfunção dos osteoclastos devido a mutação no gene codificador da enzima Catepsina K. Esta disfunção leva a que não ocorra reabsorção ou remodelação óssea. Consequentemente a densidade óssea está aumentada e há maior incidência de fracturas mesmo com pequenos traumas. É característica a baixa estatura, dedos curtos e largos, com atrofia das falanges terminais, e várias manifestações cranianas com atraso no encerramento das suturas. Os indivíduos afectados têm frequentemente cabeças alargadas, ângulo mandibular obtuso e maxilares hipoplásicos, bem como alterações na erupção e hipoplasia dentária.

Casos clínicos: Este trabalho reporta um caso de Picnodisostose, observado na nossa consulta que apresentava osteonecrose ativa da mandíbula. Trata-se de uma doente com diagnóstico confirmado pela presença da mutação do gene CTSK em 2009, e com história de diagnóstico de osteíte/osteonecrose desde 2010, após extrações dentárias efectuadas no 4º quadrante. Tem um historial de não cumprimento da consulta, com vindas múltiplas à urgência por osteíte, medicada com antibióterapia. Em Outubro de 2012 foi efectuada limpeza cirúrgica da mandíbula à direita.

Discussão e conclusões: O diagnóstico diferencial da Picnodisostose é feito com Osteopetrose, Displasia Cleidocraniana, Acro-osteólise Idiopática e Osteogénese Imperfecta. A osteonecrose que ocorre nestes indivíduos parece ter características semelhantes à que se verifica quando existe terapêutica prévia com bifosfonatos. Para além do risco inerente às características da doença, existe dúvida se a doente terá efectuado