

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: O sucesso da reabilitação estética depende de um correto diagnóstico, plano de tratamento bem como dos procedimentos laboratoriais e clínicos. Os incisivos laterais conóides são um achado comum provocando uma desarmonia significativa no sorriso. Neste tipo de situações várias abordagens são possíveis.

Caso clínico: Paciente caucasiano do sexo masculino, 29 anos, procurou consulta na FMDUP por insatisfação com a estética do sorriso. Apresentava dentes alinhados e íntegros, no entanto a presença de incisivos laterais conóides maxilares quebravam a harmonia e a estética do sorriso. Através do modelo de estudo, foi efectuado um enceramento seguindo as formas e proporções dentárias. Este foi mostrado ao paciente, o qual ficou satisfeito com o resultado. O esmalte dental nos incisivos laterais foi condicionado com ácido fosfórico 37% Dentaflux® seguindo-se a aplicação do sistema adesivo Prime&Bond NT® (Dentsply DeTrey) e resina composta Synergy D6® (Coltène/Whaledent), seguindo a técnica estratificada com dentina A2/B2 e esmalte universal.

Discussão e conclusões: O tratamento restaurador adesivo direto é uma solução simples e efetiva para o tratamento das desarmonias de forma e tamanho dentário, tendo como características a conservação de estrutura dentária, menor tempo de tratamento, reversibilidade do tratamento e menor despesa. O sucesso de uma reabilitação estética depende de um diagnóstico correto e uma abordagem interdisciplinar para alcançar um resultado conservador, preditivo e esteticamente aceitável. No caso anteriormente descrito, as expectativas do paciente relativamente à zona anterior da maxila foram alcançadas através do tratamento com restaurações com resina composta direta. A realização de um correto diagnóstico e planeamento é possível obter excelentes resultados estéticos com resinas compostas na plastia de dentes conóides, com a vantagem de ser um tratamento menos invasivo e oneroso para o paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.111>

C-22. Conceito Endocrown na restauração de dentes endodonciados: revisão e casos clínicos



João Pires*, Jessica Oliveira Scherzberg, Alexandra Vinagre, Fernando Marques, João Carlos Ramos

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC-MD)

Introdução: A restauração de dentes com terapia endodôntica é um tema muito discutido na literatura que representa um desafio para o médico dentista. Alguma literatura recente indica que a utilização de espigões deve limitar-se a casos bem específicos, como a ausência de retenção camarl, considerando-se as preparações minimamente invasivas com máxima conservação do tecido dentário o gold standard na restauração de dentes endodonciados. As restaurações do tipo endocrown seguem este raciocínio, consistindo numa

preparação axial em ombro de 90° com 1 a 1,2 mm e numa cavidade central retentiva no interior da própria câmara pulpar sem a aplicação de espigões. Esta técnica reconstrói o núcleo e a coroa com uma peça única (monobloco), utilizando a superfície camarl existente para obter estabilidade e retenção na restauração.

Caso clínico: Descrevem-se passo a passo a execução de dois casos clínicos de endocrown realizados em resina composta pela técnica indireta num pré-molar superior e num molar inferior.

Discussão e Conclusões: Em cada situação clínica é imperativo decidir qual o melhor plano de tratamento restaurador em virtude da quantidade e qualidade de estrutura dentária coronária e radicular remanescente. Nos casos apresentados confeccionaram-se duas restaurações do tipo endocrown que, aliando um tratamento conservador a um ótimo resultado estético e funcional, permitiram recuperar de forma muito satisfatória dois dentes estruturalmente muito comprometidos. Por não apresentarem retenções macromecânicas, a cimentação adesiva é fundamental para a longevidade e eficácia do tratamento. O tratamento ideal de dentes endodonciados é ainda controverso. Apenas existe consenso em relação à máxima conservação do tecido dentário saudável remanescente, que influencia direta e positivamente o sucesso do tratamento a longo prazo. Nesta perspetiva, podemos evidenciar que as restaurações conservadoras endocrown são uma excelente alternativa terapêutica em casos de moderada/grande perda de estrutura dentária, com ótimos resultados estéticos e funcionais a longo prazo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.112>

C-23. Calcificação pulpar distrófica pós-traumática – evolução e tratamento: caso clínico



Fernando Marques*, João Carlos Ramos, Ana Luísa Costa, Alexandra Vinagre, Américo Faustino

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC-MD)

Introdução: A calcificação pulpar distrófica (CPD) define-se como uma resposta pulpar ao trauma caracterizada pela deposição de tecido duro no espaço pulpar. O mecanismo exato pelo qual ocorre permanece relativamente desconhecido, sendo evidente a existência de alterações neurovasculares e formação de dentina terciária pelos odontoblastos. Clinicamente, caracteriza-se por uma diminuição da translucidez e alteração da cor do dente devido à dentina depositada. Radiograficamente, visualiza-se uma obliteração total ou parcial do espaço pulpar. A literatura refere uma relação direta entre a gravidade do traumatismo e a ocorrência de CPD (3-7% na concussão, 8-11% na subluxação, 9-45% na luxação) e que apenas 1-16% das CPD desenvolvem necrose pulpar. O tratamento deve ser progressivo e minimamente invasivo, com base em técnicas de branqueamento e/ou restaurações adesivas conservadoras. O tratamento endodôntico não deve ser opção sem que ocorra sintomatologia ou patologia periradicular. O objetivo deste trabalho é apresentar

um caso clínico devidamente documentado de um paciente com um processo evolutivo de CPD pós-traumática ao longo de 7,5 anos.

Caso clínico: Paciente jovem vítima de acidente desportivo do qual resultou subluxação dos dentes 11 e 21. Paralelamente o dente 11 sofreu uma fratura coronária de esmalte e dentina, desenvolvendo necrose pulpar e consequente patologia apical. O dente 21 sofreu uma fractura e várias fissuras de esmalte, iniciando um processo de CPD, de evolução lenta, desenvolvendo com os anos uma coloração coronária acinzentada, sem qualquer sintomatologia ou imagem radiográfica de patologia apical. O plano de tratamento passou por tratamento endodôntico, cirurgia apical e restauração em resina composta do dente 11, branqueamento externo e restauração em resina composta do dente 21. Foram efetuados controlos clínicos e radiográficos regulares ao longo de 7,5 anos de evolução.

Discussão e Conclusões: Apesar da escassez de literatura com nível de evidência científica muito elevado relativamente a esta temática, pode-se assumir, com alguma relatividade que:

- As características clínicas e radiográficas permitem um bom diagnóstico de CPD.
- Abordagens terapêuticas conservadoras e progressivas, complementadas com controlos clínicos e radiográficos frequentes, permitem a otimização e a manutenção dos resultados estéticos e funcionais, sem os riscos e custos adicionais inerentes ao tratamento endodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.113>

C-24. Displasia ectodérmica – do fenótipo à reabilitação oral



Joana Teixeira da Costa*, Paula Vaz, Maria Passos, Maria João Ponces, José Mário Rocha, Jorge Dias Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A displasia ectodérmica insere-se num grupo de patologias hereditárias caracterizadas por defeitos primários em estruturas derivadas da ectoderme. Na generalidade dos casos as manifestações envolvem dentes, cabelo, unhas e glândulas sudoríparas. O grau de envolvimento destas últimas condiciona a classificação em hipohidróticas ou hidróticas. A transmissão genética pode ser X recessiva, autossómica recessiva ou dominante, sendo a mais frequente a X recessiva, que está associada a mutações no gene EDA. As formas autossómicas estão relacionadas com mutações no gene EDAR.

Caso clínico: Uma paciente do sexo feminino, de 20 anos de idade, recorreu à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto motivada pela resolução da ausência de vários dentes. Após avaliação ortodôntica realçaram-se os seguintes aspetos: persistência dos hábitos de sucção digital e deglutição atípica, terço facial inferior diminuído, endognathia maxilar, microdentia e mordida cruzada. Na consulta de Genética Orofacial efetuou-se heredograma, evidenciando-se a inexistência de familiares afetados e a ocorrência de episódios recorrentes de hematuria na probando. Identificou-se

ainda implantação baixa das orelhas, alterações cutâneas e alterações da morfologia das unhas. Solicitou-se estudo ecológico renal que indicou angiomiolipomas no rim esquerdo. Foi, assim, efetuado o diagnóstico clínico de fenótipo de displasia ectodérmica, o que determinou a planificação do tratamento. A 1ª opção contemplava aparatologia fixa bimaxilar e a reabilitação protética com implantes. A 2ª opção incluía coronoplastias de adição e reabilitação protética removível. A paciente optou pela 2ª hipótese por condicionantes sócio-económicas.

Discussão e conclusões: A reabilitação oral destes casos depende do fenótipo presente, sendo recomendável a reabilitação protética e a dentisteria estética, bem como o recurso à ortodontia e implantologia. A 1ª opção terapêutica teria permitido uma reabilitação mais estável e confortável para a paciente. A 2ª opção possibilitou a manutenção da dimensão vertical, a resolução parcial da estética, não inviabilizando a realização a posteriori da 1ª opção. O tratamento efetuado, apesar de não constituir a opção terapêutica ideal, permitiu satisfazer a estética e o bem-estar da paciente e promover a funcionalidade.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.114>

C-25. Tumor Odontogénico Quístico Calcificante: relato de caso clínico



Ana Reis Durão*, Teixeira Koch, Marcelo Miranda

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: O Tumor Odontogénico Quístico Calcificante (TOQC), também conhecido por Quisto Odontogénico Calcificante ou Quisto de Gorlin é uma lesão benigna incomum que representa 2% dos tumores odontogénicos. A sua etiologia permanece desconhecida, embora seja aceite que se desenvolva a partir de remanescentes do epitélio odontogénico presentes na mandíbula, maxila e gengiva. Podem ser identificadas lesões intra e extraósseas. As primeiras são destrutivas e surgem radiograficamente como imagens radiolúcidas uni ou multiloculares contendo áreas radiopacas irregulares. Podem estar associadas a dentes não erupcionados e as corticais ósseas expandidas ou perfuradas. Nas lesões extra-ósseas pode haver erosão do osso subjacente. Geralmente são assintomáticos e muitas vezes descobertos em exames radiográficos.

Caso clínico: Este póster apresenta um caso clínico de um doente do sexo feminino com 23 anos assintomática e com tumefação da maxila direita. Na Tomografia Computorizada observou-se lesão radiolúcidas, multilocular e bem definida na maxila à direita associado ao dente 13 impactado. No interior da lesão, observamos a presença de calcificações irregulares. No exame histopatológico, evidenciou-se tecido de padrão quístico com a presença de um número variado de células fantasmas no componente epitelial e material dentinóide adjacente ao componente epitelial.

Discussão e conclusões: O TOQC é uma lesão de desenvolvimento rara, que surge a partir de epitélio odontogénico. Pode ocorrer em qualquer local da cavidade oral, mas a maioria