

Discussão e conclusões: Ambas as cirurgias ocorreram sem complicações cirúrgicas tendo o pós-operatório decorrido sem morbilidade da paciente. O sucesso desta regeneração foi sensível à técnica do operador. Após 6 meses confirmou-se um aumento de 3 mm em espessura em relação ao osso nativo. Na segunda cirurgia foi possível a colocação do implante na zona do 14 numa posição prostodonticamente correta. Será necessário um período de follow-up mais prolongado para avaliação da estabilidade dimensional do aumento ósseo conseguido.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.117>

C-28. Matriz de colagénio xenogénica é as suas possíveis aplicações – série de casos

Francisco Correia*, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A necessidade ou não de uma banda de gengiva queratinizada (GQ) a volta de dentes ou implantes é um tema controverso na literatura. Várias publicações mostram que mesmo na ausência de GQ é possível observar tecidos periodontais/periimplantares saudáveis, apesar de outras publicações descrevem que a ausência de GQ facilita a acumulação de placa bacteriana podendo originar problemas periodontais/periimplantares. Atualmente, no mercado existem vários materiais de origem sintética ou xenogena como o Mucograft®. Esta é uma matriz de colagénio com origem porcina que possibilita o ganho de GQ sem as desvantagens associadas a recolha de material autógeno, ou em casos de mucosa platina fina e/ou de limitações anatómicas. Com o objectivo de observar a eficácia e limitações da utilização do Mucograft® em pacientes realizou-se uma pesquisa bibliográfica (Pubmed/Scopus/pesquisa manual), com a palavra-chave «Mucograft», sem limites temporais e com único critério de restrição a utilização em humanos. Foi possível identificar dez artigos com os critérios utilizados. As maiores vantagens são o recobrimento de defeitos de tecidos moles $> = 3$ mm, ganho de espessura da GQ quando comparado com o retalho de reposicionamento coronal, ganho de GQ semelhante ao tecido conjuntivo em redor de dentes ou implantes, evitar um 2º local cirúrgico, menor dor e edema, biocompatibilidade, menor tempo de reepitelização nas localizações a cicatrizar por segunda intenção. A não existência de histologias humanas demonstrando a qualidade da cicatrização é a maior limitação atual.

Caso clínico: Aplicou-se o Mucograft® em 10 casos. Os pacientes apresentam idade compreendida entre 29 e 58 anos de idade e com necessidades de ganho de GQ tanto à volta de dentes, próteses fixas e/ou implantes. O Mucograft® aplicou-se associada a um conjunto de técnicas mucogengivais, combinado-se ou não com enxerto de tecido conjuntivo. Os diversos casos apresentam um seguimento entre os 6 meses e os 18 meses, onde podemos constatar um ganho de GQ em todos os casos. O desconforto referido pelo paciente foi maior nos casos onde se combinou com enxerto de tecido conjuntivo.

Discussão e conclusões: A utilização de matérias xenogénicas (Mucograft®) apresenta como maior desvantagem o

custo, mas como grande vantagem o melhor pós-operatório, evitando um segundo local cirúrgico e a possibilidade de realizar maiores áreas de uma só vez.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.118>

C-29. Restauração de dentes posteriores numa abordagem conservadora indireta



Margarida Mateus Carrilho*, Sandra Gavinha, Márcia Cascão, Maria João Castro, Inês Gomes, Patrícia Manarte Monteiro

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFOP)

Introdução: A técnica de restauração indireta está indicada na reconstrução de dentes com grandes destruições coronais, fracturas de restaurações com amálgamas/outros materiais ou em condições clínicas limitativas de acesso e de manipulação dos materiais restauradores no campo operatório. Este trabalho ilustra um caso clínico de reforço estrutural com recurso a onlays/overlay em resina composta foto e termopolimerizada em dentes posteriores com extensa destruição coronal.

Caso clínico: Paciente do género masculino, 25 anos de idade, surge na consulta referindo sintomatologia na região posterior do 1º quadrante. O exame clínico e radiográfico revelou a presença de uma fistula, confirmando-se o diagnóstico de acesso apical crónico no dente 16; o dente adjacente (17) apresentava uma restauração com amálgama extensa, fracturada e com perda da integridade marginal. Optou-se por realizar uma terapêutica conservadora com tratamento endodontico do dente 16 e restauração definitiva de ambos os dentes, recorrendo à técnica indireta de Onlay (16) e Overlay (17) em resina composta, Premise Indirect (Kerr).

Discussão e conclusões: As restaurações indiretas são indicadas para casos de preparações muito extensas/profundas, com ou sem recobrimento de cúspides. Em dentes tratados endodonticamente, o risco de fractura é superior, especialmente quanto maior for a extensão da restauração, pelo que o recurso a materiais como as resinas compostas foto e termopolimerizáveis, promove a melhoria das propriedades mecânicas do material, e possibilita um desempenho clínico da restauração/dente, funcional e estético, mais efetivo. A preparação da cavidade, as linhas de acabamento, a necessidade ou não de alongamento coronal, a colocação de elementos de retenção adicional e o acesso/manipulação dos materiais restauradores e controlo de isolamento do campo operatório, são factores de ponderação na decisão clínica entre aplicação de resinas compostas por técnicas direta ou indireta. As técnicas indiretas com resinas compostas termopolimerizadas, possibilitam melhorias no desempenho das restaurações em dentes posteriores com grande destruição coronal. Esta técnica de obtenção de onlays/overlays proporciona ao paciente obter restaurações adesivas menos dispendiosas, que as efectuadas em laboratórios, com uma qualidade e longevidade mais efetivas que as restaurações diretas com compósitos fotopolimerizáveis.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.119>