

las cirúrgicas CAD/CAM (Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing).

Caso clínico: O protocolo clínico consistiu na aquisição de imagens do complexo crânio-facial da paciente por TCFC e digitalização dos modelos de gesso com um scanner de superfície, para incorporação numa imagem tridimensional da paciente. Foi realizada a cirurgia virtual usando o software Nemoceph 3D-OS (Software Nemotec SL, Madrid, Espanha) que permitiu virtualmente a segmentação e o reposicionamento dos segmentos ósseos, obtendo assim uma simulação dos resultados pós-cirúrgicos em tecidos duros. Foram produzidas férulas cirúrgicas por tecnologia CAD/CAM bem como férulas cirúrgicas construídas pela técnica convencional por montagem em articulador. A cirurgia foi guiada pelas férulas cirúrgicas CAD/CAM e as férulas convencionais foram também testadas intra-operatoriamente. Após a cirurgia, uma segunda aquisição de imagens foi obtida por TCFC e foram realizadas medições lineares entre alguns pontos ósseos e dentários, no sentido de avaliar a discrepância existente em relação às mesmas medições obtidas da simulação virtual.

Discussão e conclusões: Foi encontrada uma grande similaridade entre as férulas cirúrgicas CAD/CAM e convencionais, possibilitando a transferência do mesmo plano cirúrgico aquando da cirurgia. As previsões virtuais de resultados pós-cirúrgicos foram encorajadoras mas não suficientemente precisas. As medições refletem algumas grandes discrepâncias entre os resultados pós-cirúrgicos obtidos e os previstos na simulação virtual. Este estudo confirmou a viabilidade clínica de um protocolo de planeamento virtual em cirurgia ortognática e a sua transferência para a sala de operações com férulas cirúrgicas produzidas por CAD/CAM. Além de as previsões pós-cirúrgicas não serem ainda suficientemente precisas, novos avanços no desenvolvimento de técnicas de aquisição de imagem tridimensional e aperfeiçoamento dos softwares para simulação de alterações pós-cirúrgicas em tecidos moles são necessários no futuro.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.189>

80. Impactação de um 21 pela presença de dois mesiodens e um quisto dentígero: Caso Clínico

David Braz, Sérgio Lacerda*, Ana Louraço, Gonçalo Seguro Dias, Paulo Coelho

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Introdução: Os dentes supranumerários representam um distúrbio do desenvolvimento que ocorre durante o período da Odontogénesis. Dentro desta alteração, os mesiodens são o tipo mais comum, culminando frequentemente em complicações como atraso, não erupção, dilaceração ou mau posicionamento dos incisivos centrais, apinhamento, diastema, erupção para a cavidade nasal ou acompanhados de patologia quística. Apesar do quisto dentígero representar o quisto odontogénico de desenvolvimento mais comum, apenas 5% estão associados a dentes supranumerários, sendo a associação com um mesiodens incluso um achado relativamente raro.

Caso clínico: Uma criança de 11 anos, do género masculino, leucodérmica, foi encaminhada para a consulta de Cirurgia Oral da FMDUL devido à não erupção do 21 e presença concomitante do 61. Ausência de sintomatologia ao exame objetivo. A TC realizada previamente demonstra a existência de dois mesiodens, um dos quais invertido, uma imagem radiolúcida bem definida, com bordos radiopacos, envolvendo um dos supranumerários e impactação do 21. Após diagnóstico diferencial estabeleceu-se um diagnóstico clínico de quisto dentígero. A cirurgia consistiu na extração dos mesiodens, enucleação da lesão quística e envio para análise histopatológica, a qual confirmou o diagnóstico clínico inicial. A recuperação ocorreu sem complicações e o paciente será mantido sobre follow-up, esperando-se a erupção espontânea do 21 ou eventualmente a necessidade de realização de tração ortodôntica.

Discussão e conclusões: A etiologia dos dentes supranumerários permanece desconhecida, sendo a teoria mais aceite o seu desenvolvimento a partir de alterações no crescimento e de uma hiperatividade da lámina dentária. Uma vez que apenas 25% dos dentes supranumerários erupcionam, há que manter um elevado índice de suspeição, já que podem culminar em inúmeras complicações. Apesar do desenvolvimento de um quisto dentígero associado a um supranumerário ser incomum, este pode destruir as estruturas ósseas adjacentes e causar uma eventual fratura patológica. O diagnóstico diferencial é fundamental e a existência de malignidade deve ser descartada, isto porque o desenvolvimento de um ameloblastoma, carcinoma de células escamosas ou carcinoma mucoepidermóide a partir de um quisto dentígero já foi documentado. A extração dos supranumerários e a enucleação e curetagem do quisto dentígero devem ser realizadas conjuntamente com um follow-up para prevenir a recorrência.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.190>

81. Tumor de células gigantes da mandíbula – desafio diagnóstico e tratamento



Sara Fontes*, Marta Galrito, Nuno Santos, Cecília Franco Caldas, Francisco Salvado

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Introdução: O tumor central de células gigantes é uma lesão intra-óssea benigna, rara, de natureza não totalmente esclarecida. Ocorre mais frequentemente em mulheres jovens e na mandíbula. Clinicamente distingue-se em agressivo e não agressivo. O aspecto radiográfico é inespecífico e indistinguível de outras radiotransparências ósseas. Histologicamente faz diagnóstico diferencial com outras lesões que contêm células gigantes. O tratamento inclui enucleação e curetagem com ou sem tratamento médico adjuvante ou ressecção em bloco, nos casos mais agressivos. A cirurgia conservadora tem uma taxa de recorrência descrita de 15-20%.

Caso clínico: Duas doentes do sexo feminino, de 26 e 46 anos que se apresentaram com tumefacção mandibular e parestesias do mento com 3 e 4 semanas de evolução, respectivamente. Em ambas as TC das doentes visualizavam-se lesões mandibulares radiotransparentes, multiloculadas que condicionavam erosão das corticais ósseas, envolvimento do

nervo mentoniano e num dos casos, deslocamento de raízes dentárias. As biópsias incisionais revelaram tumores centrais de células gigantes. Os testes analíticos de função paratiroideia foram normais. Foram tratadas conservadoramente com enucleação, curetagem cirúrgica e num dos casos foi também realizada uma osteotomia marginal. Mantém-se sem sinais de recidiva da doença e clinicamente a melhorar.

Discussão e Conclusões: Destacamos estes casos clínicos pela relevância no diagnóstico diferencial de lesões radiotransparentes mandibulares e pelo desafio que o seu tratamento coloca. Para essa dificuldade contribui o escasso conhecimento da etiologia, do comportamento natural da doença e dos motivos que conduzem à sua recidiva. Apesar disso e da elevada taxa de recorrência descrita nos casos agressivos, optou-se por um tratamento conservador e vigilante, a fim de evitar uma cirurgia mutilante. Consideramos de particular relevo a documentação destes casos para optimizar a sua abordagem.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.191>

82. Grandes restaurações em Dentisteria Operatória – a propósito de um caso clínico

Inês Barbas*, Ana Moreira, Johnny Leite, Vânia Barros, Rute Rio, António Guerra Capelas

Universidade Católica Portuguesa (UCP- CRB)

Introdução: A Dentisteria Operatória visa o tratamento conservador de dentes comprometidos mediante restauração direta. O clínico dispõe de materiais como o amálgama e as resinas compostas que apresentam diferentes propriedades. Estes materiais quando usados de forma combinada permitem a restauração de dentes com um grande grau de destruição. Tendo em conta o nível socio-económico da população em geral, é importante que o clínico disponha de soluções alternativas aos tratamentos em Prótese Fixa.

Caso Clínico: D.H.P., paciente do sexo feminino, raça caucasiana, 35 anos, saudável, não fumadora e com bons hábitos de higiene oral. Apresenta dente 3.6 endodontizado com uma fratura na restauração classe II MOD a amálgama. Por razões económicas foi proposta a realização de uma restauração coronal conservadora em detrimento de um tratamento em Prótese Fixa. Após gengivetomia para aumento coronário, o terço coronal inferior foi restaurado a amálgama associado a um recobrimento oclusal com compósito.

Discussão e conclusões: Dentes endodontizados, com um considerável grau de destruição coronária, em que a cavidade é extensa, complexa, com margens infragengivais em dentina e cimento, apresentam maior dificuldade de colocação de um bom isolamento absoluto, pelo que o material que nestas condições permite uma melhor adaptação às margens gengivais é o amálgama. Associar o recobrimento oclusal a compósito permite melhorar a adaptação na zona das císpides, aumentando a resistência da restauração. Possibilita também o aumento da estética ao nível de cor e anatomia da superfície oclusal. Este caso clínico permite demonstrar o grau de atuação possível da Dentisteria Operatória em casos de dentes com elevado grau de destruição. É importante res-

salvar que neste caso, os materiais estão a ser utilizados no limite das suas indicações clínicas pelo que os resultados esperados em relação a durabilidade podem não atingir os espectáveis no caso de tratamentos em Prótese Fixa. No entanto, a combinação destes dois materiais, amálgama e compósito, permitiu tirar o melhor partido possível de cada uma das suas propriedades, constituindo uma boa alternativa para a restauração da estética e função de um dente com um elevado grau de destruição.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.192>

83. Reabilitação bimaxilar de caso clínico complexo com prótese parcial removível esquelética

Artur Miler*, André Correia, José Carlos Reis Campos, José Mário Rocha, Helena Figueiral

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto



Introdução: A alteração da dimensão vertical de oclusão associada à perda de múltiplas peças dentárias deve ser corretamente avaliada aquando da realização de uma reabilitação protética bimaxilar. Sempre que possível, podem ser utilizados os dentes remanescentes como forma de determinar e estabilizar esta dimensão, por forma a optimizar a reabilitação.

Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 52 anos, compareceu na consulta da Especialização em Reabilitação Oral da FMDUP com o objetivo de efetuar uma reabilitação oral. Da história e do exame clínico realçam-se os seguintes dados: classe II div.I de Kennedy no maxilar superior (dentes presentes: 13-23; 26-27) e II div.2 no maxilar inferior (dentes presentes: 34, 37, 43-44), diminuição da dimensão vertical de oclusão e dentes comprometidos periodontalmente no maxilar inferior (32,33, 35 e 42). Apresentadas as opções terapêuticas, a paciente optou por uma reabilitação oral com próteses parciais removíveis esqueléticas. A superior foi desenhada com um conector maior tipo placa palatina e ganchos circunferenciais no 13, 26 e 27. Na inferior desenhou-se uma barra lingual com ganchos circunferenciais no 44, 37 e um elemento retentivo tipo bola no 34, uma vez que apresentava apenas a estrutura radicular. A dimensão vertical de oclusão diminuída foi restabelecida através de resinas compostas ao nível do contacto dentário existente nos dentes 13 e 44. Dois anos após a inserção das próteses, a paciente não apresenta complicações biológicas e mecânicas, verificando-se as estruturas naturais remanescentes e as próteses removíveis estáveis. A paciente encontra-se satisfeita com a reabilitação.

Discussão e conclusões: O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão através de resinas compostas é uma opção válida numa reabilitação oral com próteses parciais removíveis. Neste caso particular, face à existência de próteses antigas, e à duração prevista do tratamento, o aumento foi executado de forma gradual. A presença da raiz do dente 34 com o retentor tipo bola contribuiu para a retenção da prótese, preservação do osso e da proprioção deste elemento. As próteses parciais removíveis esqueléticas continuam a ser um tipo de reabilitação muito solicitado pelos pacientes, sobre-