

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. Mantêm-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 otimizar 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 endodonciado 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 endodonciados, 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 cúspides, 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 otimizar 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 propriocepção deste elemento. As próteses parciais removíveis esqueléticas continuam a ser um tipo de reabilitação muito solicitado pelos pacientes, sobre-

tudo por dificuldade económicas. Uma correta determinação da dimensão vertical de oclusão, assim como um correto planeamento e desenho da reabilitação, são fundamentais para o sucesso clínico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.193>

84. Traumatismo dento-alveolar na dentição permanente: a propósito de um caso clínico



Catarina Dourado Sequeira*, Ana Sofia Coelho, Eunice Virgínia Carrilho, Manuel Marques Ferreira

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Nos traumatismos dentários, as luxações e as fraturas coronárias são as lesões mais frequentes e os incisivos centrais superiores os dentes mais afetados. As causas mais comuns das lesões dento-alveolares são as quedas, os acidentes de viação e os acidentes decorridos da prática desportiva. O traumatismo dentário deve ser encarado como uma situação de emergência, dado que o sucesso do tratamento está dependente de uma rápida intervenção.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, com 23 anos, compareceu na Área de Medicina Dentária dos CHUC, onde foi encaminhada para a consulta de Traumatologia Dentária. Relatou história de queda accidental com fratura dos incisivos centrais superiores permanentes. Ao exame clínico verificou-se fratura não complicada do 11 e 21, testes de sensibilidade negativos, com sintomatologia dolorosa à percussão e sem laceração dos tecidos moles. No exame radiográfico verificou-se fratura da cortical vestibular e exclusão de fratura radicular. Estabeleceu-se o diagnóstico de luxação lateral palatina com fratura da cortical vestibular. Procedeu-se à redução da fratura, contenção semi-rígida e restauração provisória com resinas compostas do 11 e 21. Na consulta de controlo verificou-se, após exames clínico e radiográfico, a necrose do 11, o que conduziu à realização do tratamento endodôntico. O plano de tratamento incluiu ainda a restauração direta definitiva dos dentes fraturados, através da estratificação com resinas compostas.

Discussão e Conclusões: A extensão da lesão dentária e das estruturas de suporte após um traumatismo dentário é determinada pela energia e direção do impacto e pela resiliência das estruturas envolvidas. As luxações laterais são mais frequentes na população adulta e a necrose pulpar a complicação mais frequentemente observada. Alguns estudos afirmam que a presença de fratura coronária não complicada aumenta significativamente o risco de necrose pulpar em dentes com luxação lateral, revelando a importância de uma rápida intervenção, no sentido de selar os túbulos dentinários expostos. A abordagem dos traumatismos deve ser multidisciplinar para o sucesso da reabilitação estética e funcional destas lesões.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.194>

85. Abordagem de curvaturas multiplanares em molares: a propósito de dois casos clínicos



Inês Stocker, Hugo Figueiredo Nogueira, Miguel Albuquerque Matos*

Universidade Fernando Pessoa

Introdução: Uma possível causa de fracasso em Endodontia é a complexidade do sistema de canais radiculares, principalmente no que diz respeito às variações anatómicas dos molares, incluindo variações de número de raízes, de canais radiculares e suas morfologias. As curvaturas existentes em molares abrangem os 3 planos do espaço, exigindo uma análise radiográfica antes do tratamento e uma abordagem cuidadosa durante o mesmo. Devido à evolução dos instrumentos e técnicas de instrumentação, associada à tecnologia existente, é possível a abordagem de curvaturas abruptas com uma taxa de sucesso elevada, contribuindo para um melhor prognóstico.

Caso Clínico: 1) Dente 47 com necrose pulpar e periodontite periapical sintomática. Cavidade de acesso e retificação com microscopia e ultrassons. Detetaram-se 4 canais radiculares, 2 mesiais que confluíam e 2 distais que também uniam. Instrumentação adotada em todos os canais: K10, 12, Mtwo® 10.04, 15.05, ProFile® 20.04, 25.04. Obturação: Sistem B Técnica híbrida de Tagger (termocompactor NiTi). 2) Dente 16 com necrose pulpar e periodontite periapical sintomática. Cavidade de acesso através de coroa e retificada com microscopia e ultrassons. Canal MP confluía com o canal MV. Instrumentação utilizada em todos os canais: K10, Mtwo® 10.04, 15.05, ProFile® 20.04, 25.04. No canal DV instrumentou-se até um calibre de 30.04. Obturação: Sistem B Técnica híbrida de Tagger (termocompactor de NiTi).

Discussão e conclusões: O conhecimento da anatomia canalar e suas variações é um pré-requisito para o sucesso do tratamento endodôntico. Os molares são muito propensos a variações anatómicas, apresentando muitas vezes curvaturas abruptas multiplanares. Uma cuidada análise radiográfica e recurso a microscopia, levam ao aumento do sucesso neste tipo de dentes. Durante a abordagem de dentes com curvaturas acentuadas é crucial uma cuidada seleção dos instrumentos e da técnica de instrumentação a adoptar, devendo optar por instrumentos com elevada flexibilidade, baixa conicidade e elevada resistência à fratura por fadiga cíclica. As curvaturas dos canais radiculares podem ser determinadas através de radiografias realizadas em vários ângulos, devendo esta análise ser feita previamente ao tratamento. O profissional deve escolher as estratégias e os instrumentos a adoptar durante a conformação dos canais radiculares, para evitar problemas iatrogénicos, tais como degraus, transporte apical, perfuração e fratura de instrumentos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.195>