

3 dentes posteriores e substituição simultânea de um primeiro molar permanente esquerdo perdido por razões periodontais (lesão de furca de grau 3), executado com uma ponte indireta de resina composta com fibras de reforço, seguido por um período de 6 anos; e um caso de ferulização dum bloco incisivo envolvendo dentes periodontalmente muito comprometidos com encerramento de diastemas simultâneo, executado de forma direta com resinas compostas e fibra de reforço e avaliado por um período de 6 anos. Todos os casos serão apresentados com registos fotográficos detalhados da sua execução, bem como dos controlos efetuados nos respetivos períodos de avaliação. Globalmente, os tratamentos mantiveram-se efetivos no que se refere aos requisitos biológicos, estéticos e funcionais durante os tempos referidos. Como principais desvantagens desta opção terapêutica, parece-nos importante referir a sensibilidade técnica, a longa curva de aprendizagem e a necessidade de manutenção regular para resolução precoce dos problemas mais comuns. Contudo, quando devidamente planeados, executados e controlados, principalmente em pacientes equilibrados oclusalmente e com boa higiene oral, estes tratamentos permitem obter bons resultados funcionais, estéticos e até psicológicos, de forma muito conservadora e com custos reduzidos quando comparados com outras possibilidades terapêuticas de reabilitação fixa. Adicionalmente, podem constituir terapêuticas de apoio importantes para suporte, pré, per ou pós-operatório, a outros tratamentos multidisciplinares mais complexos.

C-11. ANESTESIA INTRAÓSSEA EM ENDODONTIA

Ricardo Macedo*, Siri Paulo, Manuel Marques Ferreira, Diana Sequeira

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Objetivo: Avaliar a técnica de anestesia alternativa a convencional para o tratamento endodôntico.

Materiais e métodos: Foram selecionados casos clínicos com dificuldade de anestesia às técnicas convencionais em que o controlo da dor só foi possível com anestesia intraóssea. Adicionalmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed/Medline, utilizando como palavras-chave “Intraosseous anesthesia dentistry”, entre 1997-2012, tendo sido selecionados 10 artigos.

Resultados: São necessários meios eficazes para controlar a dor durante o tratamento endodôntico e superar as expectativas dos nossos pacientes, assim como minimizar o stress operatório. Na presença de uma pulpite irreversível, perante a ineficácia das técnicas de anestesia convencionais, a anestesia intraóssea apresenta-se como uma alternativa possível. Mesmo para a realização de outros procedimentos dentários, as referidas técnicas falham com relativa frequência. É, neste contexto, que se insere a anestesia intraóssea (AI) como alternativa. Este procedimento consiste em perfurar a tábua óssea com agulhas perfurantes, de baixa rotação, depositando a solução anestésica no osso esponjoso adjacente ao dente a ser anestesiado. Foram selecionados casos clínicos de pulpite irreversível em que foi utilizada, sem sucesso, a Anestesia terminal infiltrativa e Anestesia troncular. Com o insucesso desta técnica e para conseguir a analgesia necessária, foi utilizada anestesia intraóssea, administrada com um equipamento próprio (QuickSleeper ou X-tipe). A AI mostrou ser um meio eficaz como complemento aos meios convencionais, especialmente durante quadros de pulpite irreversível. É um método que requer uma curva de aprendizagem longa e que apresenta algum risco osteonecrose quando indevidamente manipulado. Pode aumentar ritmo cardíaco, contudo este consegue ser evitado utilizando Mepivacaína como anestésico, aumentando

a margem de segurança em pacientes com patologias cardíacas. A analgesia é de 30 a 60 minutos. Administrações complementares mostraram prolongar este tempo. Apesar das desvantagens referidas, esta técnica apresenta-se como uma boa opção às técnicas convencionais, aumentando a taxa de sucesso.

Conclusões: A AI é um procedimento relativamente fácil de aplicar e com muitas vantagens em endodôncia. Este procedimento deve, no entanto, ser utilizado com cuidado para prevenir lesões iatrogénicas decorrentes da sua utilização incorreta.

C-12. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ATM COM EXSUDADO VOLUMOSO E REPERCUSSÃO OCLUSAL - CASO CLÍNICO

Marcelo Miranda*, AP Reis Durão, T Koch

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O exsudado articular (EA) da ATM pode ser devido a um problema local relacionado com alterações traumáticas da articulação ou patologias sistémicas como a artrite reumatoide e psoriásica. O EA marcado está associado a deformações e alterações de posição do disco (sobretudo anteposição discal sem redução espontânea) e a patologias degenerativas ósseas condilares (osteófitos e erosões). O EA significativo foi apenas observável em indivíduos sintomáticos, correspondendo sempre a sinovite, no entanto pequeno aumento do volume de líquido sinovial foi observado em indivíduos assintomáticos. A visualização do EA é conseguida na Ressonância Magnética (RM) em ponderação T2, sobretudo nos cortes parasagittais e muitas vezes nos cortes coronais quando o EA tem volume mais apreciável, podendo nestes casos também ser detetável com ponderação em densidade protónica. É um dado clínico e bibliográfico que grande percentagem de exames efetuados em período de dor articular apresentam EA nas imagens em T2, mas não é regra.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 33 anos, caucasiano, trabalhador estudante, consulta por dor intensa na ATM direita, limitação acentuada da abertura da boca (19mm) e inoclusão homolateral. Refere tratamento ortodôntico desde há dois anos para “camuflagem” de Classe III e um mês antes iniciou forças interarcadas com elásticos. Na semana anterior à consulta, coincidindo com o início da sintomatologia, passou por período de elevado stress (letivo, laboral e familiar). Foi medicado com anti-inflamatório e analgésico e dados os conselhos usuais para minimizar a carga oclusal e articular nos dentes com Disfunção Temporomandibular. Foi requisitada RM que revelou na ATM direita um volume excecionalmente grande de EA, assim como uma alteração de posição do disco relativamente rara para distal. Com a terapêutica preconizada melhorou da sintomatologia dolorosa, recuperou o contacto dentário bilateral e foi aumentando progressivamente a abertura da boca até 44 mm. Como o articulado dentário esteticamente se encontrava aceitável foi retirada a aparatologia fixa e confeccionada goteira oclusal tipo Michigan.

Conclusões: A Observação de um EA é um achado imagiológico relativamente frequente, mas nesta situação estamos perante um volume de exsudado absolutamente fora de vulgar pela dimensão e distribuição pela cavidade articular. Esta situação levou a uma ocorrência também invulgar ao produzir uma mordida aberta unilateral por empurramento do côndilo da ATM afetada. Deve ser enfatizado que um período de elevado stress num articulado dentário não estabilizado levou a uma sobrecarga articular acentuada, cujo trauma se repercutiu na resposta exagerada de EA.