

surge na região anterior da maxila e mandíbula, sendo a região do canino a mais afetada. Não apresenta predileção por sexo. A faixa etária média é de 33 anos, podendo variar entre a segunda e terceira década de vida. Radiograficamente, surge com maior frequência como uma radiolucidez unilocular bem definida. Podendo apresentar-se como multilocular (5% a 13%). Estão presentes estruturas radiopacas no interior da lesão e aproximadamente um terço das lesões está associada a um dente incluso. No exame histopatológico é observada uma lesão quística bem definida, com uma cápsula fibrosa e um limitante epitelial com espessura de quatro a dez células. Esta lesão pode ser tratada com enucleação e curetagem. A Tomografia Computorizada revelou a morfologia da lesão e relação com estruturas anatómicas adjacentes, auxiliando no diagnóstico e planeamento cirúrgico. O diagnóstico radiográfico foi confirmado pela histopatologia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.115>

C-26. Anteposição discal da ATM na fase inicial da adolescência. A propósito de 2 casos clínicos

Marcelo Miranda *, A.P. Reis Durão, Teixeira Koch

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A anteposição discal (AD) da ATM representa cerca de 80% dos casos de Disfunção Temporomandibular (DTM), tanto em adultos como na população juvenil. Nos estudos epidemiológicos a maior prevalência é no sexo feminino, nos adolescentes e adultos jovens, seguindo-se os adultos entre os 25 e 45 anos. Maior prevalência na Hipermobilidade Articular (HA).

Casos clínicos: 1º caso. Doente do sexo feminino, com 12 anos de idade, 2 anos antes da consulta após um período de estalidos, teve dor na ATM e região masseterina esquerdas, sintomatologia que após alguns meses passou a bilateral e com intensidade progressivamente agravada. Dor articular e muscular à mastigação. À palpação dor sobretudo nos masséteres e temporal anterior, sendo também dolorosa a palpação lateral das ATMs. Tem HA. Hábito exacerbado de mascar pastilha elástica. A Ressonância Magnética (RM) mostrou Anteposição Discal sem Redução Espontânea (ADSRE) bilateral. A terapêutica consistiu em analgésico e miorrelaxante na fase inicial e confecção de goteira inferior em virtude da doente ter ainda caninos superiores decíduos. 2º caso. Doente do sexo feminino com 13 anos de idade, 8 meses antes da consulta, coincidindo com período de grande stress escolar sentiu estalido de abertura na ATM esquerda. Cerca de 4 meses depois refere episódio de bloqueio de abertura da boca, desaparecendo o estalido mas ficando com abertura interincisal de apenas 33 mm, desvio da linha média para a esquerda na abertura e dor na ATM esquerda. À palpação muscular tinha dor nos músculos do sistema estomatognático mais à esquerda. Tem HA. A RM revelou ADSRE à esquerda. Como os caninos superiores não estavam completamente erupcionados foi confeccionada uma goteira de forma a não haver contactos com

os caninos tanto em oclusão como durante os movimentos mandibulares.

Discussão e conclusões: Apesar de não ser muito usual o recurso às consultas de Dor Orofacial e ATM de adolescentes muito jovens, segundo Annika Isberg no início da puberdade a prevalência da DTM é já muito acentuada. A explicação para que isto aconteça pode residir no facto de nesta idade ser mais frequente patologia intra-articular sem componente álgico da ATM, sendo os sintomas de dor muscular de DTM atribuídos a outras patologias e se os sintomas não forem de alguma intensidade muitas vezes são negligenciados. A ADSRE geralmente considerada como uma fase mais tardia na evolução da AD é susceptível de ser encontrada na fase inicial da adolescência.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.116>

C-27. Regeneração de defeito ósseo horizontal maxilar com enxerto de bloco autógeno mandibular

Filipe Vieira *, Artur Caleres, João Pedro Canta, Helena Francisco, André Chen, João Caramês

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Introdução: A emergência do conceito “implante guiado proteticamente” tornou a regeneração dos defeitos ósseos horizontais num desafio em Implantologia. Técnicas para aumento ósseo horizontal como a regeneração óssea guiada e enxerto de bloco autógeno estão associadas à utilização de biomateriais com reconhecida propriedade osteocondutora. Permanece contudo em discussão, a natureza osteoindutora dos enxertos autógenos. Perante defeitos ósseos horizontais severos que impossibilitam a colocação do implante, muitos autores defendem a realização de enxertos ósseos de bloco. A morbilidade associada à sua colheita na crista ilíaca ou calvaria, determinou que em defeitos ósseos de menor extensão e mediante disponibilidade óssea do paciente pudessem ser consideradas zonas intraorais como a sínfise e o ramo da mandíbula. Menor morbilidade e a natureza mais cortical, com menor reabsorção, tornam preferível a zona do ramo.

Caso clínico: Paciente do género feminino, de 64 anos, ASAIL, que veio à consulta da Especialização de Implantologia da FMDUL para reabilitação da zona edêntula de 14 a 16. Após análise de Tomografia Computorizada (TC) observou-se crista óssea com 2.5 mm de espessura na zona do 14. Confirmou-se igualmente disponibilidade óssea para colheita de enxerto a nível do ramo mandibular direito. Propôs-se como plano de tratamento a realização de enxerto ósseo de bloco do ramo mandibular na zona do 14 e após 6 meses, a colocação de implantes Neodent Drive 3.5x11.5 e WS Cortical 4.0x6 nas zonas do 14 e 16 respectivamente para ponte de 3 elementos. Os autores descrevem a técnica cirúrgica de preparação do leito receptor, da sua colheita no ramo da mandíbula e fixação na maxila realizada em condições de campo cirúrgico asséptico. Após 6 meses e confirmação em nova TC da integração do enxerto na zona de osso nativo procedeu-se a nova cirurgia para remoção do parafuso de fixação e colocação dos implantes acima referidos.



Discussão e conclusões: Ambas as cirurgias ocorreram sem complicações cirúrgicas tendo o pós-operatório decorrido sem morbidade 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/perimplantares saudáveis, apesar de outras publicações descrevem que a ausência de GQ facilita a acumulação de placa bacteriana podendo originar problemas periodontais/perimplantares. 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 xenogénos (Mucograft®) apresenta como maior desvantagens 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-UFP)

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 abcesso 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 endodôntico 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 restauração 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>