

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 endodunciado 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 endodunciados, 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 proporcção deste elemento. As próteses parciais removíveis esqueléticas continuam a ser um tipo de reabilitação muito solicitado pelos pacientes, sobre-