



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

ITI | WORLD
2020 NE SYMPOSIUM
ONLINE

O Desafio da Escolha

Evidências e tendências
para soluções centradas no paciente

1-5 de Setembro
Save the date

Para mais informações:

Contacte o seu Territory Manager ou envie um email para:
marketing.pt@straumann.com

 **straumann**

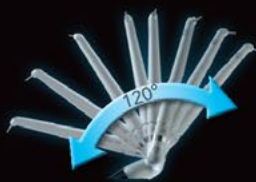


LIGHT INSTRUMENTS
RISE ABOVE TECHNOLOGY

+ LEVE
+ POTENTE
+ PEQUENO

LITETOUCH™

LASER Er:YAG NA PALMA DA SUA MÃO



APLICADOR
120° ROTAÇÃO



PEÇA DE MÃO
ADAPTAÇÃO 360°



APLICADOR
CABO FLEXÍVEL

Resultados Incríveis
Laser Er:YAG
Compacto e Versátil

TECNOLOGIA ISREALITA

*ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL



Light Instruments Ltd. Tel: +351 935 016 906 E-mail: GERAL@LITETOUCH.PT Web: WWW.LITETOUCH.PT

© 2020 LIGHT INSTRUMENTS LDA. DIREITOS RESERVADOS. O LOGOTIPO LITETOUCH É UMA MARCA REGISTRADA.

O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

Editorial

“E assim vai a vida... híbrida”

04

Pimenta na Língua

Porque não? Porque sim...

06

Entrevista -Dr. Giovanni Biondi

“É preciso voltar ao básico”

14



EDITORIAL



Célia Coutinho Alves, DDS, PhD,
médica dentista doutorada em
periodontologia

“E ASSIM VAI A VIDA...HÍBRIDA”

Numa altura em que 40% da população portuguesa já recebeu a primeira dose da vacina COVID-19 e que 22% já tem a vacinação completa (duas doses), o regime de vida parece passar do online ao híbrido.

Híbrido é aquele regime de transição, que não rompendo totalmente com o passado não implementa o definitivo modo do futuro. Assim como na tecnologia automóvel, o híbrido é aquele que percebendo que o futuro da mobilidade já não pode ser mais à custa do petróleo, também não é suficientemente capaz de se mover totalmente livre dele. Não vem para ficar. Vem de passagem. Já em janeiro deste ano, assisti a um espetáculo de magia do Luís de Matos, híbrido. Eu estava sentada em cadeiras alternadas no teatro, mas havia muitos mais sentados juntos em suas casas a assistir. Os truques eram interativos, também com os de casa. “Ora aqui está uma fórmula híbrida que funciona! Pelo menos transitoriamente” - pensei.

Agora começo a ver operacionalizar muito mais este conceito. Congressos híbridos em que os primeiros, os mais interessados, os mais de perto, podem assistir presencialmente e os que estão mais longe fisicamente, ou impossibilitados de comparecer, podem inscrever-se online e assistir através do ecrã. Duas formas diferentes de estar “presentes”. Esta forma híbrida de estar, também pode ser extrapolada para as nossas outras movimentações, para além das que fazemos em automóveis híbridos, cada vez mais verdes. Verde será, também, o certificado verde que a partir no início do mês de julho, a comunidade europeia quer atribuir aos donos de vacinação completa. Com uma mobilidade híbrida, os cidadãos vacinados ou curados poderão passar férias livremente lá fora e os outros ficarão a assistir pelo www ou qualquer telejornal. Uma fase transitória de mobilidade que privilegia uns em detrimento de outros que não tiveram, ainda, a mesma oportunidade na vacinação. Percebo, mas confesso que não considero a medida totalmente blindada. Precisava de saber em que menor percentagem efetivamente um vacinado positivo contagia um cidadão negativo, face a um não vacinado.

Enquanto isso confunde-se vacinado com ausente de risco de contágio, ou mesmo com risco de contrair a doença que obrigue a hospitalização. No mês passado as Seychelles, com a sua população (menos de 100.000 habitantes) praticamente vacinada, registou um aumento para mais do triplo dos seus casos de COVID-19 positivos, 37% dos quais em pessoas

totalmente vacinadas com as duas doses. E 20% dos novos registos de internamento foram de pacientes totalmente imunizados com duas doses da vacina...

O regime híbrido de transição permite, assim, manter as regras de afastamento físico, de diminuição do aglomerado de pessoas sobretudo num contexto de almoços ou *coffee breaks* que obrigue à retirada da máscara. Permite chegar a todos, ou chegar a outros, ou chegar a mais através do link de acesso. Mas permite a alguns o vislumbre da liberdade presencial, do calor do contacto, que ansiamos de volta, num futuro breve. Permite testar, outra vez no terreno, a organização de massas, com medidas mais eficazes de acessibilidade, prevenção de acidentes e rentabilidade económica. Mas depois confunde-se tudo e as medidas não se ajustam à realidade dos dias.

E até quando? Até quando vamos manter isolamentos profiláticos de trabalhadores totalmente vacinados sem indicar testagem regular? Até quando vamos reter 14 dias em casa um pai/mãe vacinado cujo filho contactou na escola com um professor positivo vacinado? O filho pode viajar com o pai/mãe vacinados, entrar num avião, almoçar em restaurantes do outro lado do mundo, frequentar piscinas de hotel, etc... sem nenhum controlo sobre os seus contactos, nem sobre a positividade dos mesmos. Mas não pode ir à escola. Não testa, os pais não testam. Ficam todos em casa, à espera que passe, o tempo, a vida e a lógica. E se tudo isto é uma novidade e, por isso, com muita folga para o erro, a falta de lógica já começa a ser assustadora de mais. Será que com 70% da população vacinada e risco de contágio francamente diminuído trataremos desta doença como mais uma endémica e normalizamos os contactos? É assim a vida. E assim vai a vida...híbrida.

Boas leituras! ■

Célia Coutinho Alves

Célia Coutinho Alves, Médica Dentista
Especialista em Periodontologia pela OMD
Doutorada em Periodontologia pela
Universidade Santiago de Compostela

SUMÁRIO

nº 85 junho 2021

EDITORIAL

“E assim vai a vida... híbrida”

.....04

CRÓNICA

Porque não? Porque sim...

.....06

Tratamento dentário nos distúrbios respiratórios do sono

.....08

NOTÍCIAS

.....12

ENTREVISTA | FORMAÇÃO

“É preciso voltar ao básico”

Dr. Giovanni Biondi

.....14

“Queremos voltar com as melhores tecnologias e com muito empenho”

.....16

CLÍNICA

Manutenção de raízes endodónticas para preservar o volume ósseo em regiões estéticas adjacentes a implantes dentários, caso clínico com 15 anos de acompanhamento.

Eduardo Anitua MD, PhD, DDS

.....18

Carga imediata em implante pós-extração com remoção de quisto e em implantes com elevação atraumática transcrestal: caso clínico, follow-up 3 anos

Dr. Filipe Lopes e Dr. Bernardo Mira Corrêa

.....22

MARKETING NA CLÍNICA

A Tecnologia e a Humanização

Dr. Celso Orth

.....24

TIPS & TRICKS

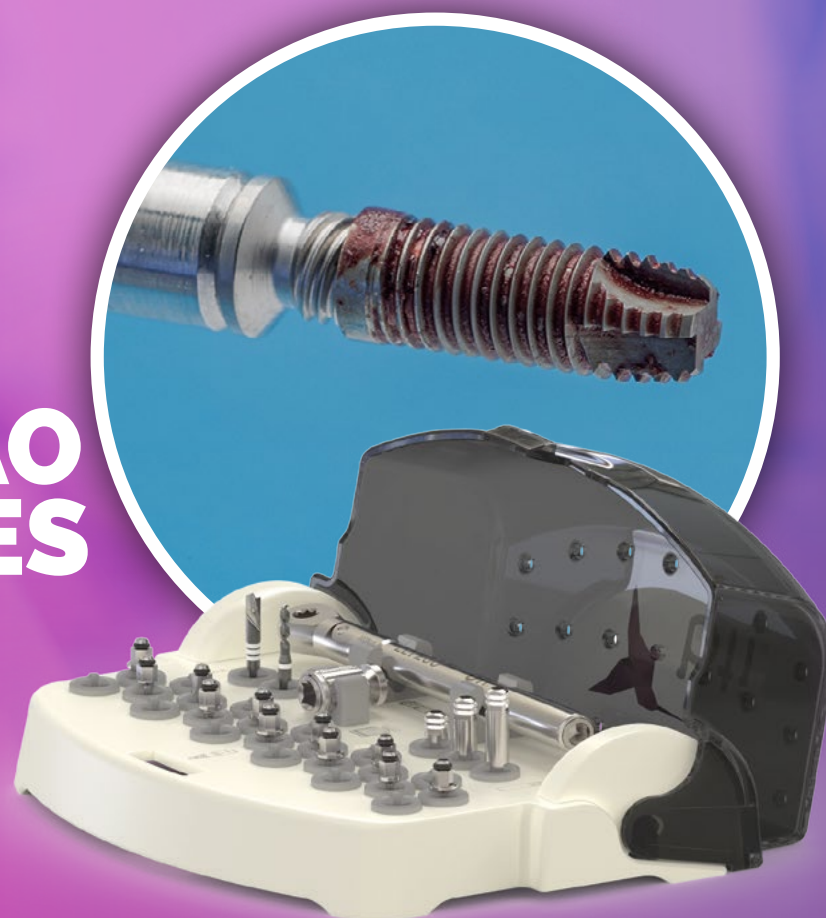
Que importância tem a fotografia na Medicina Dentária?

Dr. Eduardo Bastos e Dra. Rita Rodrigues

.....26

KEXIM KIT DE EXPLANTAÇÃO DE IMPLANTES

A solução para
o retratamento
implantológico



Mais de 98% de êxito*

Foram realizadas mais de 260 extrações nas quais se verificou a compatibilidade e se comprovou o torque de extração real de cada implante, situando-se em 95% dos casos abaixo dos 200 Ncm.

**Performance of the counter-torque technique in the explantation of nonmobile dental implants. Eduardo Anitua^{1,2,3}, Sofia Fernández-de-Retana⁴, Mohammad H Alkhraisat⁴. Int J Implant Dent. 2020 Jan 9;6(1):1. doi: 10.1186/s40729-019-0197-z.*

UNIVERSAL · ATRAUMÁTICO · FÁCIL DE USAR

Compatível com mais de 35 sistemas de implantes

CRÓNICA

PORQUE NÃO? PORQUE SIM...



Dr. João Pimenta, Académico Honorário da Academia Brasileira de Odontologia.



Na nossa vida profissional há momentos que nos marcam.

Hoje quero falar de dois deles. Por vaidade? Sim.

Sim? Porque sim... Apetece-me...dará “pimenta na língua”?...seguramente, mas é essa a intenção porque para “cinzentismos” já nos chega o que para aí vai “sem sabor e sem sumo”.

E se “a modéstia é a vaidade escondida atrás da porta” serei provavelmente imodesto, porque aqui as portas serão sempre abertas, sem truques, sem manhas, sem fechaduras.

PRIMEIRO MOMENTO

Ganhei o Prémio Carreira da Revista Saúde Oral em 2019, numa votação “inter-pares”.

Quando me perguntaram a razão da minha felicidade por receber esse prémio, numa entrevista à revista disse:

“Se calhar porque estava na hora de homenagear alguém sem uma verdadeira carreira, no sentido mais lato do termo. O que eu sou verdadeiramente é um clínico que fez muitas conferências divulgando o que fazia. Não fiz uma carreira académica ou associativa, se bem que tenha sido académico e associativo. Sou um médico dentista normal”.

Fiz um discurso quando recebi este Prémio, nunca publicado. Sê-lo-á agora.

Alguém disse um dia:

“Na ânsia de chegar ao topo, muita gente subestima os primeiros degraus, mas é neles que está a chave para o sucesso profissional.”

E se algum o tive, devo-o aos meus mestres com quem muito aprendi. Recordar nesta hora Fernando Peres é, pois, um dever, e faço-o evocando o seu nome em primeiríssimo lugar. Com ele aprendi que esta nobre arte e ciência tem que ter como base a ética, os princípios de conduta exemplares, a cabeça erguida em qualquer lugar. Aprendi que ter “coluna vertebral” é muito difícil, mas também é muito bom.

Para ele as minhas primeiras palavras.

O Papa Francisco afirmou:

Em cada sociedade, as famílias geram paz, porque ensinam o amor, o acolhimento e o perdão, que são os melhores antidotos contra o ódio, o preconceito e a vingança que envenenam a vida de pessoas e comunidades”.

Na minha família, sobretudo na minha mulher, filhos, netos, pais e irmãos, encontrei a âncora e a base de todas as facetas da minha vida. Porque me dão diariamente exemplos de valores, de princípios, e de condutas. E nessa interação procuro sempre lutar contra os preconceitos, os vícios e as mentiras que nos toldam. Sem eles era impossível eu ter ganho este prémio, porque não basta ter sucesso na profissão... mais que um homem de sucesso temos que ser um homem de valores. O meu obrigado à minha família.

Na Tora podemos ler: “Seu amigo, aquele que é como se fosse sua própria alma”.

Com os amigos, a tal família que escolhemos, chorei e ri, apoiei muitas vezes a minha cabeça nalguns ombros, orei em conjunto, supliquei e inconformei-me. Com os amigos percorri caminhos largos e veredas estreitas, mas quando olhei para o lado estavam lá.

E permitam-me que personifique esses amigos no Manuel Neves. Em todos os momentos, mesmo naqueles em que alguns o julgavam ausente, o encontrei. De olhar meigo, voz serena, a apontar-me rumos...os dois, num só, sentados num banco de jardim dessa Bordéus que tanto nos marcou, meditando sobre tudo e sobre nada. Os dois lutando contra dogmas, contra os medíocres, os invejosos, os reis sem trono porque os reis normalmente estavam nus, pensando que vestiam finas púrpuras e coroas de diamantes.

“Dois é melhor do que um, pois se um fraquejar, o outro o erguerá. Mas sofra pelo que estiver só, pois ao cair, não terá quem o reerga” diz o Eclesiastes.

Obrigado a todos os amigos que nunca me deixaram só.

E, com a vossa permissão invoco um outro amigo que partiu, e que do oriente eterno assiste a esta cerimónia. Obrigado, João Carvalho; também tu foste um companheiro de viagem, de tormentas e de sois brilhantes.

Este prémio é mais um princípio que um fim de carreira. Porque no dia seguinte a recebê-lo eu vou levantar-me na mesma às 6:30h da manhã, trabalhar duramente, entregue a mim próprio e motivando a minha equipe de trabalho (a quem também agradeço, sobretudo ao meu filho e continuador André Pimenta) a fazerem sempre mais e melhor, numa selva sem rei nem roque onde vale tudo porque nela reina a impunidade.

No dia seguinte vou continuar a atender chamadas de colegas a pedirem conselhos sobre formação, a dizerem-me que as minhas conferências os motivaram, a “chorarem” pelo sofrimento de terem que trabalhar a ganharem menos que a minha empregada de casa.

No dia seguinte continuarei a dizer alto e bom som que deixamos e deixaram a medicina dentária bater no lodo, mas que pode existir um futuro mais risonho, provavelmente com outras gentes, outras mentes e outras atitudes. Com mais e melhor regulação.

No dia seguinte vou continuar a ouvir o Couto Viana a dizer-me “se me dedico à prótese foi porque um dia o ouvi numa conferência e vi que havia um mundo diferente na medicina dentária” e o Manuel Neves a sussurrar-me “podes entrar em qualquer porta de cabeça levantada porque não deves nada a ninguém”.

No dia seguinte continuarei a ser “abjectamente livre” que é a única forma de sermos livres como dizia Agostinho da Silva. “Aqueles que abrem mão da liberdade essencial por um pouco de segurança temporária não merecem nem liberdade, nem segurança” disse Benjamin Franklin... Eu continuarei essencialmente livre, fugindo de um cinzento crescente numa sociedade que não combate eficazmente a corrupção e as faltas de carácter. Sempre procurando na força, na sabedoria e na beleza as luzes do meu caminho.

Porque o dia seguinte será sempre o primeiro.

Até que o eterno arquiteto o permita.

Disse.

SEGUNDO MOMENTO



Quando recebi o colar e diploma da Academia Brasileira de Odontologia, passando a Académico Honorário de uma das mais prestigiadas Academias do Mundo, estar ao lado de alguns dos melhores médicos dentistas do mundo, ocupar o que chamam “a cadeira da imortalidade” fez-me refletir sobre a minha vida profissional e concluir que tinha valido a pena ter trilhado o meu caminho, indiferente que fui a muitas vozes “amigas” e porque não dizê-lo a alguns “filhos da p***” e mais não digo...

Quis outro País lembrar-se de mim e do meu trajeto... Obrigado ao Brasil e à Academia Brasileira de Odontologia.

Na cerimónia de posse disse:

Dizia Ita Portugal, escritora do Maranhão:

“Sou da ilusão. Das confusas idas e vindas. Da insistência pela história. Sou de acreditar. De me perder nos romances. De entregas e depois arrependimentos. Sou da saudade dolorida. Das esperas angustiantes.

Sou da minha vasta imaginação. Da sobrevivência. Das tristezas ocasionais. Das perguntas sem respostas. Das respostas sem perguntas.”

Este sou eu, aqui, perante tão prestigiada Academia, a agradecer a permissão de poder fazer dela parte como Académico Honorário.

É a medicina dentária Brasileira a de maior nível mundial. Ao fim de 38 anos de profissão e de ter feito conferências em muitos países, posso afirmá-lo, sem qualquer dúvida. Ser a partir de hoje um dos seus membros vai responsabilizar-me muito, e tudo farei para a honrar e dignificar, com humildade, com vontade e sobretudo valorizando sempre a ética como pedra basilar da nossa profissão.

Vivemos num mundo do imediato, dos modismos, do facilitismo.

Arrisco a dizer que ter-se coluna vertebral, não se ser ameboide, é quase heroico

E na nossa nobre arte também. Não ceder à publicidade reles e mentirosa. Não ceder à estandardização da estética, como se o sorriso não fosse o nosso cartão-postal. Não ceder à manipulação de alguma indústria sem escrúpulos. Não ceder. Não nos vergarmos. Esse é o desígnio de quem mantém a Medicina Dentária em elevados padrões morais, éticos e profissionais. Esse é o nosso desígnio.

Permitam-me que neste título que me concedem eu englobe a Medicina Dentária portuguesa. Somos jovens, e até tivemos alguns atritos passageiros. Mas será sempre no respeito mútuo que encontraremos as bases do desejável intercâmbio e desenvolvimento.

Vou terminar com uma frase de um grande neurocirurgião português que já passou ao oriente eterno, João Lobo Antunes:

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

Mais medicina, mais humanismo, mais compaixão e mais empatia para que o futuro tenha na técnica um aliado e não dela sejamos escravos.

Disse.

E agora comecem a atirar pedras. Quem for capaz...

Proibido aos “pequeninos de mente”, aos culambistas e aos que se “aninham” quando atiram pedras; também aos que se escondem atrás das portas... ■

TRATAMENTO DENTÁRIO NOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO



Dra. Ana Paz, Médica Dentista, White Clinic, Lisboa

O tratamento dos distúrbios do sono é uma área em expansão na assistência médica, e os médicos hoje em dia dão mais importância ao sono como fator de risco primário ou secundário para muitas das condições sistémicas. Além disso, os médicos dentistas têm vindo a participar no diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono, e este artigo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os conceitos básicos dos distúrbios do sono e o papel do médico dentista no cuidado dos pacientes afetados.

Papel na Medicina Dentária

Todo o médico dentista que avalia e trata pacientes com hipertensão, bruxismo, fadiga crónica, dores de cabeça ou dores na mandíbula de origem muscular tem observado que o paciente que pode ter um problema de sono que contribui para o diagnóstico primário.

O papel e o envolvimento da medicina dentária no diagnóstico e plano de tratamento de um paciente com distúrbios do sono podem ser indiretos ou diretos.

A abordagem indirecta

Esse método consiste principalmente no reconhecimento do que se suspeita ser um problema de distúrbio do sono, educando o paciente e encaminhando-o adequadamente para tratamento. Este encaminhamento pode ser para o médico de cuidados primários ou para um médico especializado em medicina do sono. Exemplos de distúrbios do sono que podem ser reconhecidos pelo médico dentista são²:

- **Insónia** – incapacidade de adormecer ou manter o sono.

- **Síndrome do membro inquieto** – uma condição em que os braços e / ou pernas se sacodem ou se movem involuntariamente durante o sono, muitas vezes interrompendo o sono do indivíduo afetado ou do companheiro.

- **Jet lag** – um problema que pode levar à fadiga em alguém que cruza vários fusos horários regularmente e tem uma programação de sono / vigília irregular.

- **Narcolepsia** – uma condição em que a pessoa tem acessos repentinos de sonolência sem motivo aparente durante o dia.

A abordagem direta

Nesta situação, o médico dentista atua diretamente com o paciente no tratamento de seu distúrbio do sono. Os distúrbios do sono que o médico dentista tratará com mais frequência são chamados de distúrbios respiratórios relacionados com o sono. Incluídos aqui estão²:

- **O ressonar** – sons altos feitos durante o sono com inalação, causados pela vibração de tecidos sem suporte nas vias aéreas.

- **Apneia obstrutiva do sono (AOS)** – a interrupção da respiração durante o sono que dura 10 segundos ou mais. Frequentemente, está associado a um despertar do sono e pode resultar numa queda mensurável na saturação de oxigénio.

- **Síndrome de resistência das vias aéreas superiores (UARS)** – uma condição associada ao aumento do bloqueio das vias aéreas ou aumento da resistência das vias aéreas, geralmente sem queda na saturação de oxigénio.

- **Hipopneia** – estreitamento das vias aéreas, que leva a uma diminuição do fluxo de ar e redução do esforço respiratório. Isso pode ser considerado uma obstrução parcial das vias aéreas, com uma queda associada na saturação de oxigénio.

- **Síndrome da apneia obstrutiva do sono e hipopneia (SAHOS)** – um termo frequentemente usado que combina os sintomas da apneia obstrutiva do sono e hipopneia numa única categoria.

Os distúrbios respiratórios do sono são responsáveis pela grande maioria dos distúrbios do sono e são muito prevalentes na nossa sociedade. Conforme observado, esses distúrbios podem estar associados a uma redução na saturação de oxigénio no sangue do paciente durante o sono, e o ressonar também é uma situação comum. Pacientes com distúrbios do sono também experimentam fragmentação do sono ou sono frequentemente interrompido. Este padrão está associado ao despertar frequente, e a pessoa afetada levanta-se muitas vezes sentindo-se ainda cansada, como se não tivesse dormido durante a noite³.

Bruxismo do sono

Outra condição associada aos distúrbios respiratórios do sono é o bruxismo do sono⁴. Tradicionalmente, o bruxismo tem sido visto como uma condição que ocorre em relação ao stress ou algum outro problema comportamental, ou em associação com problemas oclusais. Um estudo recente demonstrou que o bruxismo é controlado através do sistema nervoso central e está ligado ao sistema dopaminérgico⁵. O bruxismo ocorre principalmente durante o sono NREM (movimento não rápido dos olhos), estágio 2 do sono e em menor grau durante o REM (o movimento rápido do olho), que não são os estágios mais profundos do sono. O sono REM é caracterizado pelo movimento rápido dos olhos durante o sono com atividade EEG específica, enquanto no sono NREM há ausência de movimento dos olhos com um nível específico e diferente de atividade EEG.

O bruxismo do sono é visto como um distúrbio que se intromete no sono e ocorre durante o sono, mas não é o principal distúrbio do sono. O bruxismo é definido como “um distúrbio de movimento estereotipado caracterizado por ranger ou cerrar os dentes durante o sono.”².

Ohayon et al. (2001)⁴ descobriram que o bruxismo do sono pode ocorrer em associação com o ressonar e a apneia do sono. Na verdade, a probabilidade do bruxismo do sono ocorrer com distúrbios respiratórios do sono é maior do que o bruxismo ocorrer devido a ansiedade ou stress. (Observação: o estudo avaliou todo o espectro de bruxómanos e detetou que aqueles em risco para ter condições adicionais, ou seja, fatores de risco aumentados, estavam associados ao bruxismo do sono.) Nesse mesmo estudo, foi observado que um terço dos pacientes com sono bruxismo relatou sentir cansaço pela manhã.

Como essas condições são vistas normalmente em consultórios dentários, os médicos dentistas estão bem posicionados para auxiliar o paciente com distúrbios do sono, podendo aconselhar e aplicar um aparelho intraoral que reposiciona a mandíbula para auxiliar na abertura das vias aéreas. O médico dentista tratará o paciente com um aparelho após consultar o médico do paciente ou o especialista em distúrbios respiratórios do sono. Em muitos casos, o paciente pode ser submetido a um estudo do sono durante a noite, denominado polissonografia, para determinar se tem apneia do sono ou SAHOS e a gravidade da condição.

Muitos pacientes com diagnóstico de apneia do sono ou SAHOS são introduzidos por pressão nasal positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) como forma de tratamento. O CPAP consiste numa máscara que se ajusta firmemente sobre o nariz e um pequeno gerador conectado por meio de uma mangueira à máscara força o ar através do nariz para abrir pneumáticamente as vias aéreas. Este método de tratamento é muito eficaz, mas muitas vezes não é bem aceite devido às restrições dos movimentos durante o sono, vazamentos de ar ao redor da máscara e ressecamento do nariz e / ou garganta. Outro problema com o CPAP é que este tratamen-

sinOL
since 1965

Eco⁺ | LINE

5.590,00€

Saver⁺ | LINE

4.690,00€

OFERTA

Valor total da Oferta: 470,00€

Kit de Rotatórios

soco

Turbina SOCO F19GK1-TPQ

+ Acople SOCO SQ-A2

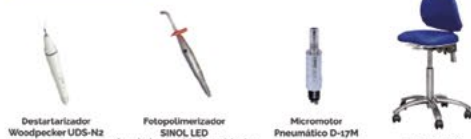
+ Contra-ângulo SOCO D17-C



Promoção
limitada ao
stock existente



Incluído



SCOUT
DENTAL UNIT

SCOUT DIGITAL 14.658,00€

INCLUI

- Micromotor Elétrico CH660 LED
- Banco GALBIATI SOFT BACKREST



galbiati
experience & quality
SINCE 1935

OFERTA

Valor total da Oferta: 3.400,00€

Promoção
limitada ao
stock existente

LINDA | Gerador de Ozono
purificador de ar e água



Destartarizador DTE-V3 c/ LED
(com luz e função endodontia)

DTE



Kit de Rotatórios

NSK

Turbina S-max M900L
+ Acople PTL-CL-LED
+ Contra-ângulo X25L



CRÓNICA

to pode não ser eficaz no paciente com apneia que não se encontra com sono⁶.

Além disso, os pacientes que ressonam, mas não têm apneia (que constituem um grande número de pessoas com distúrbios do sono) e não consideram o CPAP útil, podem necessitar de um tipo alternativo de terapia. Historicamente, a cirurgia tem sido o procedimento mais comumente procurado porque os pacientes provavelmente estão mais cientes dela como um tratamento para o ressonar. A cirurgia, particularmente a cirurgia de revisão de tecidos moles, pode ter sucesso limitado e é irreversível. Hoje, um aparelho oral que reposiciona a mandíbula é uma opção bem aceite e com elevado grau de sucesso^{7,8}.

Os efeitos dos distúrbios respiratórios do sono

Foi demonstrado que os distúrbios respiratórios do sono estão associados a uma ampla variedade de sequelas. Alguns dos efeitos incluem⁹:

- (1) aumento da incidência de acidentes com veículos motorizados¹⁰
- (2) sonolência diurna excessiva
- (3) perda de memória, especialmente de curto prazo
- (4) impotência ou perda do desejo sexual
- (5) hipertensão e outras doenças cardiovasculares relacionadas
- (6) dores de cabeça matinais
- (7) uma sensação de fadiga geral.

O objetivo geral do tratamento dos distúrbios respiratórios do sono é melhorar a qualidade do sono do indivíduo e, portanto, melhorar a sua qualidade de vida. Os objetivos no tratamento e gestão incluem:

- (1) melhorar a qualidade do sono
- (2) reduzir a fadiga diurna
- (3) melhorar o sono do parceiro
- (4) reduzir ou eliminar dores de cabeça
- (5) controlar ou gerir melhor a hipertensão e as condições de saúde relacionadas
- (6) melhorar a memória
- (7) melhorar a libido
- (8) reduzir o risco de acidentes com veículos motorizados
- (9) melhorar a qualidade de vida.

Certas observações feitas pelo médico dentista devem levantar a suspeita de que o paciente sofre de distúrbios respiratórios do sono. Alguns dos seguintes são considerados prevalentes nesses pacientes⁹:

- (1) **Aumento do tamanho do pescoço.**
- (2) **Idade avançada.** Com a idade, aumenta o risco de distúrbios respiratórios do sono. Aos 40 anos a prevalência do ressonar é de 40% nos homens e 20% nas mulheres, e aos 60 anos a prevalência é de 60% nos homens e 40% nas mulheres.
- (3) **Aumento de peso.** Com o aumento do peso, o potencial para ressonar ou ter SAHOS aumenta.
- (4) **Outros membros da família ressonam ou têm apneia.** Parece haver alguma predisposição genética, mas isso não está bem definido.

(5) **Hipotireoidismo.** Esta condição está fortemente relacionada a distúrbios respiratórios do sono.

(6) **Tabagismo e uso de álcool.** Parece haver uma maior incidência de distúrbios respiratórios do sono em quem fuma ou consome álcool regularmente.

(7) **Hipertensão.** Existem numerosos estudos que correlacionam a hipertensão com os distúrbios respiratórios do sono. Isso parece estar relacionado a um aumento no tônus do sistema nervoso simpático^{11,12}.

(8) **Amígdalas e / ou adenóides aumentadas.** A presença dessas estruturas está frequentemente associada a distúrbios respiratórios do sono, especialmente em pacientes mais jovens^{13,14}.

(9) **Refluxo gastroesofágico.** A presença dessa condição geralmente acompanha distúrbios respiratórios do sono por causa de pressões esofágicas negativas que estão associadas a pressões negativas nas vias aéreas.

Terapia com aparelhos orais

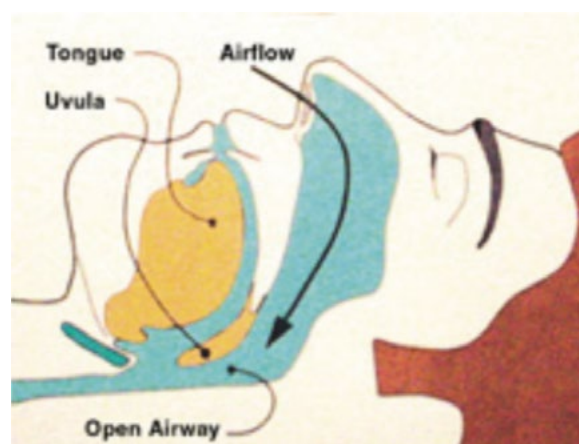


Fig. 1. Via aérea normal

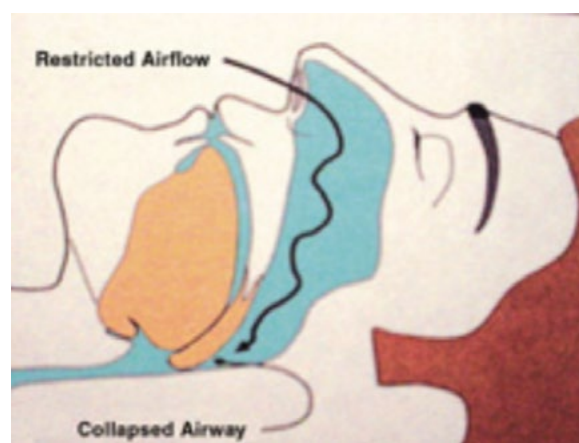


Fig. 2. Via aérea colapsada

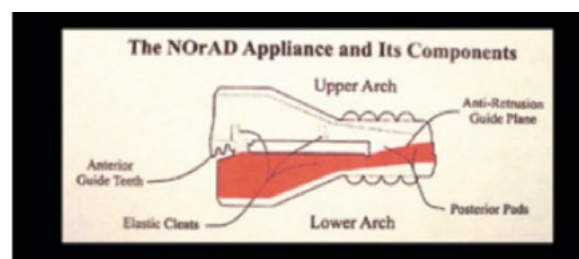


Fig.3 Aparelho NOAD

O uso de aparelhos orais que reposicionam a mandíbula durante o sono hoje em dia são mais amplamente aceites pela profissão médica e por médicos especializados em medicina do sono¹⁵. O objetivo de um aparelho é manter as vias aéreas abertas durante o sono, conforme ilustrado na Figura 1. Durante o sono, as vias aéreas de um paciente que ressona ou tem apneia do sono entram em colapso, causando uma restrição nas vias aéreas que pode levar a ressonar e à apneia, se for suficientemente significativa (Figura 2).

Normalmente, os aparelhos orais que são usados para tratar os distúrbios respiratórios do sono são compostos de componentes maxilares e mandibulares que se fixam firmemente aos dentes superiores e inferiores em cada arco e são fixados juntos de alguma maneira que permite o reposicionamento da mandíbula e o movimento da língua para longe da parte posterior da orofaringe e evita que a mandíbula e a língua retornem para as vias aéreas, causando restrição ou obstrução das vias aéreas (Figura 3). Além disso, os músculos que controlam as vias aéreas (e a mandíbula) são alongados para abrir ou dilatar as vias aéreas. Existem muitas teorias sobre por que esse tipo de dispositivo funciona de maneira eficaz. Schwab (2001)¹⁶ demonstrou que com o reposicionamento mandibular a via aérea é aberta, e o maior impacto é na dimensão lateral, não na dimensão ântero-posterior.

As vantagens de usar um aparelho oral são que ele é reversível, não invasivo e geralmente conveniente para o paciente. É menos intrusivo que o CPAP e tem um grau de sucesso mais alto em comparação com a maioria dos procedimentos cirúrgicos¹⁷. A disponibilidade de aparelhos orais aumentou e estudos publicados demonstraram a sua eficácia para o ressonar e apneia do sono. Um estudo em particular que analisou um número bastante grande de pacientes demonstrou a eficácia dos aparelhos orais para ressonar e apneia do sono⁷. Como os médicos dentistas estão familiarizados com o uso de aparelhos intraorais usados à noite, o tratamento do ressonar com aparelhos orais está cada vez mais a ser recomendado pelo médico dentista. A capacidade de fornecer este serviço aumenta com a prática e pode ter um impacto positivo nos pacientes que sofrem distúrbios respiratórios do sono.

Conclusão

Os distúrbios respiratórios do sono (ressonar e apneia do sono) são uma condição comum, e cada vez mais são procuradas abordagens alternativas e conservadoras para o seu tratamento. Os médicos dentistas agora fazem parte da equipa de profissionais de saúde que podem atender esses pacientes. ■

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt

Um centro único na Europa

Um dos maiores Centros de Reabilitação Oral da Europa está mais perto do que imagina: no Porto!

O CEROA é, além do espaço clínico onde todos os pacientes vão querer ser tratados, o local de trabalho ambicionado por profissionais que querem evoluir nas suas carreiras como Implantologistas.

QUER SER UM *EXPERT* EM REABILITAÇÃO ORAL?

Se é Médico Dentista e quer investir na sua carreira, inscreva-se no **OPEN DAY** e saiba tudo sobre:

- ✓ Médicos de Referência
- ✓ Formações Especializadas
- ✓ Métodos de Trabalho Inovadores!

VISITE O NOSSO SITE PARA SE INSCREVER E SABER MAIS INFORMAÇÕES.

info@ceroa.pt
www.ceroa.pt

URBO BUSINESS CENTER
4460-284 PORTO

ESPAÇO NOVO, MAIS DE UMA DÉCADA DE EXPERIÊNCIA

Apesar de ser muito recente, o CEROA conta com uma equipa experiente e uma estrutura com mais de 10 anos de atuação no mercado da Medicina Dentária.

Mas, mesmo com uma estrutura sólida e expert em Implantologia Dentária, mantemos os olhos no futuro. É por esse motivo que continuamos a apostar na formação de mais profissionais, dotando-os de um conhecimento transversal, para que possam responder com êxito aos mais complexos casos clínicos com que se deparam diariamente.

NOTÍCIAS

Mundo A Sorrir e Jordan juntam-se para oferecer sorrisos às crianças



A Jordan juntou-se à Mundo A Sorrir na sua missão de universalizar o acesso a cuidados de saúde e saúde oral, através de uma ação solidária de entrega de kits de higiene oral a 250 crianças do Jardim de Infância e do 1º ciclo do Ensino Básico, em Lisboa. Esta iniciativa visa contribuir para a melhoria da saúde oral e do bem-estar das crianças, potenciando a adoção de comportamentos mais saudáveis desde a infância.

O kit de higiene oral é composto por uma escova e uma pasta de dentes para crianças, uma embalagem de fio dentário, uma t-shirt e um livro de atividades com diversas propostas para as crianças aprenderem hábitos de higiene oral.

Em simultâneo, as escolas abrangidas pela ação solidária irão disponibilizar um ponto de recolha de escovas de dentes de todas as marcas. As escovas recolhidas serão entregues à Jordan que irá transformá-las em pranchas para doar à Associação Portuguesa de Surf Adaptado.

A Mundo A Sorrir desenvolve desde 2010 o projeto “Aprender a Ser Saudável” destinado às crianças do pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico. O projeto privilegia as ações de prevenção nas áreas da saúde oral, nutrição e atividade física em contexto escolar, através da introdução de hábitos saudáveis nas crianças. A literacia em educação para a saúde assume um papel fundamental para potenciar a mudança de atitudes e comportamentos necessários para o futuro das crianças. **Mais informações em:** comunicacao@mundoasorrir.org

Nova Pós-Graduação em Odontopediatria

Informações: Programa de três anos preparado para permitir candidatura à especialidade de Odontopediatria da Ordem dos Médicos Dentistas Diploma Universitário de Pós-Graduação Odontopediatria (Plano Curricular 2 anos)

Especialização em Odontopediatria (Plano Curricular 3 anos)

Local: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Data: Segundas e Terças-feiras/ 9:00-13:00 e 14:00-18:00

Contactos: <http://candidaturas.ufp.pt/>



Dentsply Sirona adquire ativos da Ortodontia DaPel, um inovador líder em dispositivos ortodônticos



A Dentsply Sirona anunciou que adquiriu substancialmente todos os ativos da Propel Orthodontics, incluindo o dispositivo VPro e a Fastrack Mobile App.

A Propel Orthodontics é um inovador líder, fabricante e vendedor mundial de dispositivos ortodônticos e oferece soluções ortodônticas no escritório e em casa para os médicos dentistas e para os seus pacientes. Esta aquisição é um passo importante para a Dentsply Sirona reforçar a sua posição no mercado de alinhamento claro em rápido crescimento. As linhas de produtos adquiridas complementam a linha de negócios Byte e SureSmile.

Mais informações em: www.dentsplysirona.com

XXXII Reunião Anual SPODF

Informações: O evento decorre segundo as recomendações da DGS

Lotação máxima: 998 pessoas

Local: Altice Fórum Braga

Datas: 8, 9 e 10 de julho



Curso de Ortodontia – Introdução à Filosofia e Biomecânica TWEED

Informações: Instrutor- Dr. Giovanni Biondi

Coord. Formação – Dr. Carlos Araújo

Local: AC Hotel by Marriott, Porto

Datas: 1º módulo- 5 a 10 de julho

2º módulo- 6 a 9 de setembro

Contactos: cursotweed@gmail.com / 910 699 492

Diretora:

Prof. Doutora Célia Coutinho Alves

Publisher:

Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt

Consultor técnico:

Dr. Fernando Arrobas • fernando.arrobas@jornaldentistry.pt

Diretor fundador:

Dr. José Carlos Fernandes

Jornalistas:

Diana Santos • diana.santos@medianext.pt

Colaboradores da edição:

Prof. Doutora Célia Coutinho Alves, Dr. João Pimenta, Dra. Ana Paz, Eduardo Anitua MD, PhD, DDS, Dr. Filipe Lopes e Dr. Bernardo Mira Corrêa, Dr. Celso Orth, Dr. Eduardo Bastos e Dra. Rita Rodrigues

Publicidade:

Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@medianext.pt

Arte, Paginação e Pré-impressão:

Teresa Rodrigues

Web:

João Bernardes • webmaster@medianext.pt

Conselho Científico:

Dr. André Mariz de Almeida, Prof. Dr. António Vasconcelos Tavares, Dr. António Patrício, Dra. Carina Ramos, Prof. Dra. Célia Coutinho Alves, Dr. Carlos Mota, Dr. Dárcio Fonseca, Dr. Eduardo Carreiro da Costa, Dra. Eunice Virgínia P. Carrilho, Dr. Fernando Duarte, Dr. Francisco Delille, Dr. João Pimenta, Dr. João Caramês, Dr. José M. Corte Real, Dr. Luís Bouceiro,

Dr. Luís Marques, Dr. Luís Passos Ângelo, Dr. Manuel Marques Ferreira, Dr. Manuel Neves, Dr. Miguel Moura Gonçalves, Dr. Miguel Nóbrega, Dr. Raúl Vaz de Carvalho, Dr. Miguel Stanley, Dr. Paulo Miller, Dra. Raquel Zita Gomes e Dr. Nuno Pereira

Esta edição d'O JornalDentistry foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico

Editado por:

Media Next Professional Information Lda.

Gerente:

Pedro Botelho

Redação, Comercial, Serviços Administrativos e Edição:

Largo da Lagoa, 7-C - 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal

Tel: (+351) 214 147 300

Fax: (+351) 214 147 301

E-mail: geral@medianext.pt

Propriedades e direitos:

A propriedade do título O JornalDentistry é de Media Next Professional Information Lda., NIPC 510 551 866. Todos os direitos reservados. A reprodução do conteúdo (total ou parcial) sem permissão escrita do editor é proibida. O editor fará todos os esforços para que o material mantenha fidelidade ao original, não podendo ser responsabilizado por gralhas ou erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados são da inteira responsabilidade dos seus autores, podendo não corresponder necessariamente às opiniões do editor.

Detentores de 5% ou mais do Capital Social:

Pedro Lemos e Margarida Bento

Impressão e acabamento:

Grafisol - Edições e Papelarias, Lda. - Sintra

Embalamento: Porenvel - Alfragide, Portugal

Distribuído por: CTT Correios de Portugal S.A.

Depósito Legal nº: 368072/13

Registo na ERC com o nº 126 958, de 01/03/2017

Estatuto editorial: Disponível em www.jornaldentistry.pt

Serviço de assinantes:

E-mail: assinantes@medianext.pt

Se é médico dentista ou está ligado ao setor da medicina dentária poderá solicitar a sua assinatura gratuita, escrevendo para Serviço de Assinantes, enviando comprovativo de atividade para Largo da Lagoa, 7-C, 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal

Preço de assinatura (11 números) Portugal 75€ Estrangeiro 95€

Tiragem: 5.100 exemplares AUDITADO - Periodicidade mensal (12 edições)

Membro da APCT - Associação Portuguesa de controlo de Tiragem e Circulação

Tiragem auditada por:



invis é
atendimento
personalizado,
apoiado por
10M de
pacientes.*

Como o tratamento Invisalign é baseado em anos de **pesquisa e inteligência de milhões de pacientes**, pode ter certeza de que alcançará os **melhores resultados de tratamento** para si e para os seus pacientes.

➤ **Saiba mais em Invisalign.pt**

*Em 31/03/2021, dados em arquivo na Align Technology.

align

Align Technology Suíça GmbH, Suurstoffi 22, 6343 Rotkreuz, Suíça
© 2021 Align Technology Suíça (GmbH). Todos os direitos reservados. Invisalign, ClinCheck e SmartTrack, entre outras, são marcas comerciais e/ou marcas de serviço da Align Technology, Inc. ou de uma das respetivas empresas subsidiárias ou afiliadas, e podem estar registadas nos EUA e/ou noutros países.



 **invisalign** | **iTero**

ENTREVISTA | FORMAÇÃO

“É PRECISO VOLTAR AO BÁSICO”

O Dr. Giovanni Biondi é o responsável pela 2ª edição da formação em Ortodontia “Introdução Filosofia e Biomecânica Tweed”

▶ Para ver o vídeo clique sobre a imagem



O curso será dividido em dois módulos. O primeiro módulo decorre entre 5 a 10 de julho e o segundo de 6 a 9 setembro no AC Hotel by Marriott, no Porto.

Esta 2ª edição da formação em Ortodontia lecionada pelo Dr. Giovanni Biondi contará tanto com conteúdos práticos, como teóricos no âmbito da Biomecânica Avançada, Dobras de 1ª/2ª/3ª Ordem, Coordenação de Arcos e Arcadas, Torque Ativo e Passivo, Dobras/Ansas/Loops, Preparação de Ancoragem, Resposta Mandibular Classe II, Dobras Artísticas, Finalização de Casos e ainda um Curso de Prática em Tipodonto.

O Coordenador da Formação será o Dr. Carlos Araújo.

O que é a filosofia TWEED?

A filosofia TWEED é uma técnica energizada. Utilizamos aparelhos sem informações de zero graus e temos uma filosofia antiga baseada no limite do perigo. Acreditamos nos limites da natureza. O caminho de diagnóstico que caracteriza a filosofia de Tweed leva de forma clara e rigorosa à realização de planos de tratamento individualizados que são postos em prática com uma técnica fiável.

O que difere a técnica TWEED de outras técnicas?

O mais importante não é a parte mecânica. Aquilo que é mais importante está relacionado com a filosofia TWEED e na forma como fazemos um diagnóstico que é fundamental

que seja preciso e que tenha todas as informações para que se possa preparar um plano de tratamento adequado. Infelizmente, existem atualmente muitas técnicas, mercado, e o diagnóstico e diagnóstico acaba assim por ficar em segundo plano.

Para nós, o diagnóstico é realmente importante para que o paciente possa ter um bom resultado e resultados estáveis.

É um curso muito intensivo. O curso tem a duração de dez dias e é dividido em seis dias do primeiro módulo e quatro dias do quarto módulo

Na sua opinião, o que é necessário para um bom diagnóstico em ortodontia?

É preciso voltar ao básico. Muitas das vezes são utilizados os mesmos tratamentos para todos os pacientes e é importante entender, em primeiro lugar, que tipo de paciente é

que temos sentado à nossa frente para depois escolher que tipo de mecânica deve ser aplicada a cada paciente e a cada tipo de tratamento.

Em alguns casos, tomamos algumas decisões olhando apenas para os dentes e um dos pontos mais importantes é olhar para a constituição e face do paciente. Cada paciente é único.

Qual a durabilidade do curso? Quais são os conteúdos teóricos e práticos?

É um curso muito intensivo. O curso tem a duração de dez dias e é dividido em seis dias do primeiro módulo e quatro dias do quarto módulo.

Tudo começa com um diagnóstico e depois voltamos ao básico. É aí que ensinamos os alunos a como utilizarem as mãos e a trabalharem com as máquinas.

Sabemos muito bem que agora o mercado é a diferença. É preciso ensinar aos alunos que se pudermos usar as mãos e a cabeça, podemos trabalhar com todas as técnicas.

São também aplicados conceitos e técnicas onde ao longo do curso onde ensinamos, por exemplo, a trabalhar com aparelhos não informativos e tratamos os dois tipos diferentes de maloclusões. ■

Diana Ribeiro Santos

Curso de Ortodontia

Introdução á Filosofia e Biomecânica TWEED

2ª Edição

Prática em Tipodonto

Tweed - técnica e biomecânica

Biomecânica avançada

Dobras de 1a/2a/3a Ordem

Coordenação de arcos e arcadas

Torque activo e passivo

Dobras / Ansas / Loops

Preparação de ancoragem

Reposta Mandibular Classe II

Dobras Artísticas

Finalização casos

Curso de prática em Tipodonto

1º Módulo: 5 a 10 Julho

2º Módulo: 6 a 9 Setembro

Instrutor : Dr. Giovanni Biondi

Coord. Formação - Dr. Carlos Araújo

Contacto 910 699 492

cursostweed@gmail.com

Porto - AC Hotel by Marriott

Dott. Giovanni BIONDI

PgO UCAM - PORTO

A la vanguardia en odontología

Master

Rehabilitación Oral, Odontología Estética Avanzada y Nuevas Tecnologías

Modalidad: Presencial | Inicio: Octubre 2021 | ECTS: 120

Profesorado: Dra. Francesca Vailati, Dr. Jesús Creagh, Dr. Federico Brunner, Dr. Bruno Pereira, Dr. Marc Gil, Dr. Carlos Mas, Dr. Carlos Fernández Villares, Dr. Jesús Isidro, Dr. José Amengual, Dr. Salvatore Fiorillo, Dr. Sidney Kina, Dr. Fernando Autrán, Dr. David Gerdolle, Dr. Vicente Gimeno, Dr. Edgar Teddy Romero, Dr. Jon Gurrea, Dr. Oriol Cantó, Dra. Sonia Berbel, Dr. Jordi Manautà, Dr. Álvaro Ferrando, Dr. Raúl Ruíz Vera, Dr. Christian Coachman, Dr. Luken de Arbeloa, Dr. Gustavo Javier Vernazza, Dr. Darío Adolphi, Dr. David Troncoso, Dr. Ronaldo Hirata, Dr. Hugo Chamusca, Dra. M^a del Mar Gutiérrez, Dra. Aurora Baron.



Master

Rehabilitación Oral y Odontología Estética

Modalidad: Presencial | Inicio: Octubre 2021 | ECTS: 90

Profesorado: Dr. Aldo Lucero Sánchez, Dra. María del Mar Gutiérrez Vela, Dr. Aurora Barón Carretero, Dra. Sonia Berbel Salvador, Dr. Vicente Gimeno, Dr. Carlos Mas Bermejo, Dr. Jesús Creagh Zorrilla, Dr. Marcelo Adi, Dra. Inés Moya, Dr. José Amengual, Dr. Leonardo Bortheyry Schiafino, Dr. Oriol Cantó Navés, Dr. Carlos Fernández Villares, Dr. Sidney Kina, Dr. Juan Manuel Fernández Arenas, Dr. Torcuato Fernández Arenas, Dr. Hugo Chamusca, Dr. Salvatore Fiorillo, Dr. José Antonio Ledo, Dr. Fernando Autrán Mateu, Dra. Ana Boquete Castro, Dra. Francesca Vailati, Dr. Alejandro Otero Avila, Dr. Jon Gurrea, Dr. Luken de Arbeloa, Dr. Federico Brunner, Dr. Bernardino Velázquez, Dr. Bruno Pereira, Dr. Edgar Teddy Romero, Dr. Marc Gil.



Especialista Universitario, Máster y Máster Internacional

Cirugía Bucal, Implantes y Periodoncia. 25ª Edición

Modalidad: Presencial | Inicio: Noviembre 2021 | ECTS: 35/60/80

Profesorado: Dr. Francisco Ruiz, Dr. Lucas Bermudo, Dra. Ana Boquete, Dra. Sonia Berbel, Dr. Antonio Armijo, Dr. Jesús Creagh, Dr. Oriol Cantó, Dr. Vicente Gimeno, Dr. David Morales, Dr. Hugo Chamusca, Dr. Luis Segura, Dra. Ofelia González, Dr. Elías Fornés, Dr. Juan Ambrós, Dr. Carlos Barrado, Dr. Xulio Pouso, Dra. Esther Hernández.



Dr. Hugo Chamusca

Dirección Académica

ENTREVISTA | FORMAÇÃO

“QUEREMOS VOLTAR COM AS MELHORES TECNOLOGIAS E COM MUITO EMPENHO”

O ISAVE (Instituto Superior de Saúde) é uma entidade privada que tem como principal objetivo capacitar os seus alunos de conhecimento técnico e científico, disponibilizando-lhes um conjunto de desafios e exigências das sociedades



Luciana Beleza, TPD.

Luciana Beleza faz parte do corpo docente do ISAVE (Instituto Superior de Saúde) no curso de Licenciatura em Prótese Dentária. O seu principal objetivo é que os alunos saiam do curso bem formados dentro das novas tecnologias.

Quando lecionava no Isave, no Curso de Licenciatura em Prótese Dentária no ano de 2019/2020, percebeu que o curso necessitava de ser estruturado, **direcionado para as tecnologias, métodos e práticas atuais e para a gestão laboratorial e comunicação clínica-laboratório.**

Neste último ano, já como diretora de curso, quis proporcionar aos alunos um contato direto com os procedimentos clínicos e laboratoriais e com um caso clínico, utilizando as tecnologias, materiais e práticas atuais no dia-a-dia clínico e laboratorial e que será documentado pelos alunos na UC, Projecto em Saúde.

“O objetivo principal desta unidade curricular foi aproveitar a experiência que eles tiveram nas aulas, tanto teóricas como práticas. As aulas práticas foram um passo importante para os alunos começarem a ter um primeiro contato com o desenho digital e poderem planear os vários casos que tinham para fazer”.

“Acho bastante interessante todo o workflow digital do curso. Os alunos conheceram desde sistemas mais

antigos aos mais modernos, os novos materiais, técnicas e aplicações e ainda puderam testemunhar casos reais”.

Luciana Beleza acredita ainda que as novas tecnologias melhoram a comunicação clínica/laboratório/paciente porque trabalham como uma aprovação mais rápida e mais precisa do caso a resolver. Por exemplo o laboratório pode, através do Smile Creator (exocad), fazer um desenho e enviar para o médico dentista que independentemente da distância, consegue aceder ao desenho e sugerir alterações, podendo mostrar o resultado ao paciente para assim agilizar uma aprovação daquele que vai ser o trabalho final.

“Antigamente, essa aprovação poderia passar por fases em que o paciente gostava, mas depois os provisórios e o trabalho final eram mais difíceis de igualar. Hoje, os provisórios e o trabalho final, com as tecnologias atuais, são praticamente da mesma forma, com melhorias estéticas a nível das propriedades ópticas na mimetização dos dentes naturais”.

O curso

Luciana Beleza explica que na parte do laboratório, os alunos fazem a parte tradicional da prótese comum. Na parte teórica, afirma que eles têm um conhecimento teórico mais aprofundado da existência e da evolução dos materiais, mesmo a nível de características óticas e daquilo que os torna mais estéticos, a dificuldade entre a estética e a resistência, entre outros aspetos. Na prática, trabalharam zircónio pré-sintetizado (forma e textura), aprenderam e aplicaram técnicas de infiltração no zircónio bem como novas cerâmicas dentárias.

“Os alunos na componente prática também tiveram acesso a uma pen da exocad e puderam fazer a experimentação. Fizeram vários casos que a própria demo já tem, tendo assim um primeiro contato com um software de desenho, para quando saírem para o mercado de trabalho, saberem pelo menos como funcionam as bases”.

Quanto à empregabilidade, Luciana Beleza acredita que a procura no mercado é sem dúvida o sistema à base de tecnologias cad/cam.

Neste momento, os alunos estão a estagiar todos em laboratórios que já apresentam as novas tecnologias, mas tal poderia não acontecer se a turma fosse maior.

Luciana Beleza afirma ainda que será feita uma remodelação ao nível da formação do curso, bem como a adaptação das instalações às tecnologias atuais e futuras.

Quanto a expectativas para o futuro, Luciana Beleza explica que pretende o melhor para os alunos e como tal prepará-los o melhor possível para que possam ser profissionais competentes e confiantes.

O ISAVE tenciona voltar a ter o curso de prótese dentária, uma vez que já formou grandes técnicos.

“O curso está a ser remodelado. Queremos voltar com as melhores tecnologias possíveis e com muito empenho”, conclui.

Mafalda Duarte Presidente ISAVE



Como iniciou este projeto no ISAVE?

O curso de Prótese Dentária (180ECTS | 3 anos) existe no ISAVE - Instituto Superior de Saúde desde 2002/2003 e esta sempre foi uma das áreas das tecnologias da saúde prioritária para a instituição. As questões relacionadas com promoção da saúde oral estão integradas no projeto educativo da instituição e impulsionam a multiplicidade de áreas de formação ao nível do ensino superior que visa a promoção da saúde das populações.

Que papel ocupa a componente de investigação em prótese dentária?

A investigação desenvolvida ao nível deste ciclo de estudos é uma investigação voltada para a prática e os trabalhos de investigação desenvolvidos têm como objetivo contribuir com outcomes que vão nortear e atualizar a prática destes profissionais.

No decorrer do curso de Prótese Dentária do ISAVE foram estabelecidas parcerias com empresas como a Itero e a IPD. ■

OS ALUNOS DO CURSO DE LICENCIATURA EM PRÓTESE DENTÁRIA NO ISAVE FAZEM UM BALANÇO DA SUA EXPERIÊNCIA E DESTA ÁREA

1. Por que decidiu fazer o curso de prótese dentária? O que mais o/a atrai nesta profissão?
2. Já tinha experiência profissional nesta área?
3. Sente-se apto a pôr em prática, no mundo profissional, todos os conhecimentos adquiridos?
4. O que sente em relação ao programa e organização do curso?
5. O que mais o fascina em relação a aplicação de novas tecnologias em prótese dentária?

Augusta Martins



1. Embora não só, mas o facto de também se tratar de uma arte manual, foi o que mais atraiu o meu interesse nesta profissão.

2. Não tinha experiência profissional nesta área, mas já tinha contacto e conhecimentos sobre reabilitação oral.

3. Sinto-me perfeitamente apta para colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos.

4. Não tenho nada a apontar em relação ao curso, embora sejam sempre vantajosas evoluções e melhorias.

5. Permite a obtenção de trabalhos ainda mais competentes, o que acompanha as exigências associadas a este dispositivo, sendo que me agrada o facto de assim eu conseguir aprimorar ainda mais o meu trabalho.

Celso Vieira



1. Decidi fazer o curso de prótese dentária porque tenho família com negócios no setor da medicina dentária. O que me atrai, é a possibilidade de mudar o sorriso de uma pessoa e pôr a pessoa mais “bonita”.

2. A única experiência profissional foi estar por perto nos negócios da família.

3. Não me sinto apto completamente porque nesta área é preciso muita dedicação e esforço.

4. Em relação ao programa do curso, penso que deveria existir mais tempo para dedicar-nos à prática e para aplicação das novas tecnologias.

5. O que mais me fascina é reduzir o tempo de trabalho e conseguir objetivos mais estéticos no trabalho.

José Pereira



1. A decisão de fazer o curso de prótese dentária já vem de há muitos anos. Quando sou apresentado à profissão, muito novo, não era necessária licenciatura, bastava apenas fazer exame prático. Nunca conheci outra profissão. Sempre me atraiu o facto de todos os trabalhos serem únicos, fazendo com que este trabalho esteja muito próximo da arte. Como dizia o meu mentor, “a nossa profissão é uma arte”.

2. Sim, já tenho experiência na área há mais de 30 anos, sempre na área de acrílico.

3. Apesar de ter lidado com grandes profissionais da área, o facto de toda a minha vida profissional se ter centrado em apenas uma área da prótese dentária (acrílica), deixou-me limitado nas restantes áreas. Ver a abordagem de outros profissionais nas várias áreas foi extremamente aliciante, e, sim, adquirir novos conhecimentos, principalmente de nível teórico que me deu resposta a alguns porquês.

4. Sinto que é um programa antigo, precisa de atualização, O curso precisa rapidamente de ser reformulado por forma a se adaptar às novas tecnologias, não há volta a dar...

5. Sou de uma área manual, “uma arte” como dizia o meu mentor, no entanto hoje vejo-me confrontado com trabalhos mais estéticos, mais resistentes e mais rápidos. Há uns anos atrás eu diria que era impossível adaptar a tecnologia à prótese dentária. No entanto, as evidências atuais demonstram que a tecnologia evoluiu a um ritmo tal, que fará com que a prótese dentária, daqui por dez anos esteja completamente diferente... para melhor.

Marcos Silva



1. Desde sempre gostei de trabalhos manuais e da complexidade que a ciência oferece, depois de mais de 25 anos a trabalhar com informática, decidi fazer uma volta de 180 graus na minha vida.

2. Não, nenhuma

3. Sim, mas como em todas as licenciaturas, adquire-se a base, ao ter o primeiro contacto com a realidade de um laboratório, percebe-se que a profissão é complexa e requer uma curva de aprendizagem, com muita dedicação.

4. Sinto-me privilegiado por fazer parte da primeira turma com a componente das novas tecnologias. Acredito que a carga horária dedicada a prática deve ser aumentada, senão duplicada.

5. A previsibilidade, eficiência e eficácia na realização de um trabalho.

Diana Ribeiro Santos



¹ Eduardo Anitua MD, PhD, DDS

MANUTENÇÃO DE RAÍZES ENDODÔNTICAS PARA PRESERVAR O VOLUME ÓSSEO EM REGIÕES ESTÉTICAS ADJACENTES A IMPLANTES DENTÁRIOS, CASO CLÍNICO COM 15 ANOS DE ACOMPANHAMENTO

Introdução

Quando se extrai uma peça dentária, o alvéolo residual deve cicatrizar, gerando geralmente uma contração do volume ósseo, não chegando a alcançar, na maioria dos casos, uma regeneração de 100% do volume inicial¹⁻³. Na região estética, a regeneração do alvéolo após a extração dentária é caracterizada por uma perda de volume em altura e largura da crista óssea residual que será de maior ou menor calibre, dependendo do fenótipo do tecido e das várias manobras que podemos realizar durante e após a extração dentária^{3,4}. Para perder o menor volume ósseo possível da crista óssea, sobretudo na região estética, foram utilizadas diferentes técnicas cirúrgicas, algumas baseadas na regeneração do alvéolo, na manutenção da crista óssea e até mesmo na inserção de um implante concomitante à extração (implante pós-extração imediata)⁵⁻⁷. O resultado das técnicas regenerativas varia em função dos diferentes materiais, da utilização ou não de barreiras oclusais, das dimensões iniciais do alvéolo (incluindo a presença ou ausência de septos interradiculares em dentes com raízes múltiplas) e da utilização ou não de fatores de crescimento⁸. Todos estes aspetos são influenciados, adicionalmente, por possíveis condicionantes do paciente, visto que os processos de cicatrização, inflamação e regeneração podem ser diferentes em pacientes distintos, dependendo das variáveis externas ao procedimento⁹.

Relativamente à inserção imediata do implante pós-extração, destacam-se inúmeras vantagens associadas a esta técnica, sendo as principais: a redução dos tempos cirúrgicos e, em conjunto com outros biomateriais, a obtenção de uma melhor estética (principalmente no setor anterior), além de se conseguir evitar/minimizar o colapso do alvéolo na cicatrização¹⁰⁻¹³.

Em regiões anteriores, quando é necessário realizar a reabilitação de uma frente estética com implantes dentários, podemos optar pela inserção de implantes nalgumas regiões e pela preservação alveolar noutras, para evitar colapsos nas regiões onde os implantes não serão inseridos, embora, a longo prazo, esta região sem carga óssea efetiva venha a sofrer contração e reabsorção. Numa tentativa de evitar a contração e o recuo dos tecidos moles e duros em regiões estéticas onde a restauração sobre implantes é realizada na forma de pânticos, nasceu a técnica de “escudo-pântico” ou técnicas de extração parcial, que consiste na conservação das raízes de forma total ou parcial (submucosa) nas regiões onde serão instalados os pânticos¹⁴⁻¹⁶. No caso que apresentamos a seguir, esta alternativa foi utilizada com sucesso, conseguindo-se a manutenção dos tecidos duros e moles numa zona estética de elevado comprometimento, podendo verificar-se o sucesso do procedimento a longo prazo.

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 43 anos, que veio à consulta com uma ponte sobre um



Figuras 1 e 2. Aspetto inicial da restauração. Percebe-se a inflamação presente no nível anterior e a pobre estética da cerâmica, que é pouco translúcida e de aspeto pouco natural.



Figuras 3 e 4. Imagem intraoral dos incisivos centrais após levantamento da ponte. Pode ver-se a fratura dos cotos e as cáries que afetam o tecido dental remanescente.

dente natural na zona dos incisivos superiores (centrais e laterais) com duração de vários anos, a qual foi colocada para atenuar uma agenesia de incisivos laterais. A paciente pediu-nos para melhorar a estética além de problemas infecciosos recorrentes ao nível dos incisivos centrais com inflamação gengival persistente, como podemos ver nas fotografias intrabucais iniciais da paciente (Figuras 1 e 2).

Por isso, procedemos à remoção da presente reabilitação, tendo encontrado uma fratura de ambos os incisivos centrais superiores e cárie nos cotos residuais. O mau estado dos incisivos centrais fez-nos pensar numa alternativa à ponte dento-suportada, por isso foi realizada uma TAC de planeamento para a inserção dos implantes nos incisivos laterais, embora a primeira opção seja a resolução do caso, preservando os dentes remanescentes para realizar uma abordagem o mais conservadora possível (Figuras 3-6).

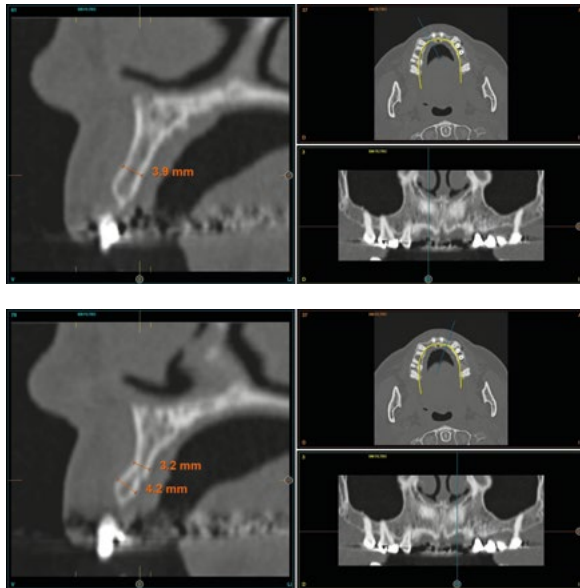
Nos incisivos superiores foi realizado um retratamento endodôntico com apicectomia e retro obturação de ambos os dentes, para garantir uma boa evolução do tratamento dentário e prolongar ao máximo a vida destas peças tão importantes do ponto de vista estético na região anterior (Figuras 7 e 8).

Após a cirurgia, os cotos dos incisivos centrais superiores

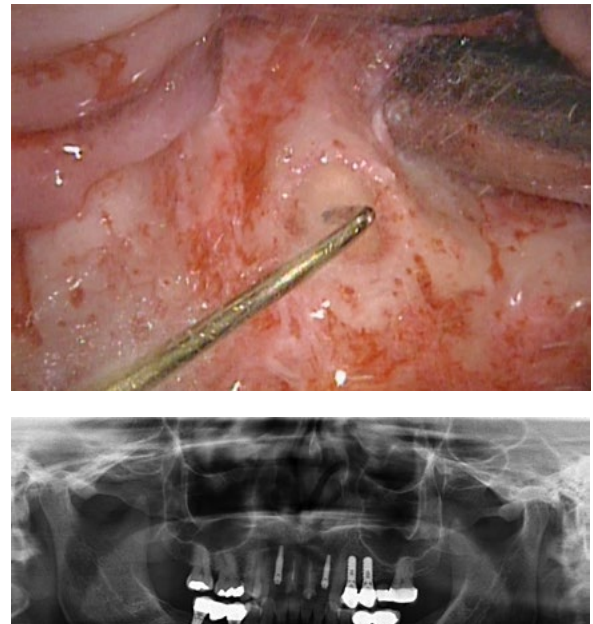
foram reconstruídos e foi colocado um conjunto de incisivos provisórios que nos permitiria integrar os implantes aos incisivos laterais sem pressão e com estética anterior correta. Ao mesmo tempo, estes provisórios ajudam-nos a modelar a morfologia gengival ao nível do implante através de pânticos ovóides com pressão controlada. Desta forma, orienta-se a formação do perfil ideal de emergência a partir do primeiro incisivo provisório (Figuras 9 e 10).

Seis meses após a inserção dos implantes, o incisivo provisório foi retirado e iniciou-se a confecção das coroas definitivas nos incisivos laterais. Estas coroas são cimentadas com um pilar de suporte de ouro cerâmico e posteriormente cimentadas. Na altura em que o caso foi apresentado, era a melhor opção do ponto de vista da estética e da selagem ao nível da prótese de implante, por isso foi a opção utilizada. Nos incisivos centrais foram confeccionadas duas coroas E-max, também cimentadas (Figura 11).

Um ano após a conclusão do caso, a paciente apresentou fratura dos cotos e descimentação das coroas dos incisivos superiores. Nesse momento, como o tratamento endodôntico de ambos os incisivos tinha obtido sucesso, consideramos a possibilidade de confeccionar uma nova ponte sobre os implantes, mantendo as raízes dos dentes 11 e 21 enterra-



Figuras 5 e 6. Imagens do TAC de planeamento para a inserção dos implantes nos incisivos laterais. Neste caso, após 15 anos de evolução, optámos por implantes longos por serem de diâmetro reduzido. Hoje em dia, a nossa abordagem não seria a inserção de um implante tão longo, mas previsivelmente colocaríamos um implante de no máximo 8,5 ou 10 mm, o que nos garantiria um eixo de inserção mais favorável.



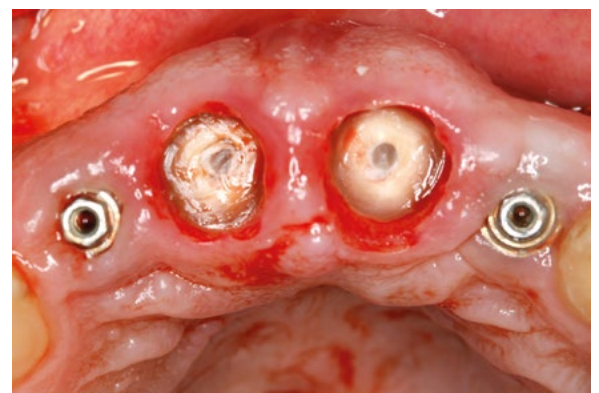
Figuras 7 e 8. Imagens da realização da apicectomia e retrosselagem dos incisivos centrais e da radiografia final após a colocação dos implantes nos incisivos laterais.



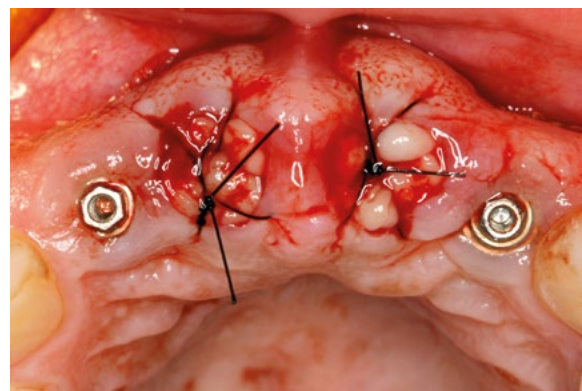
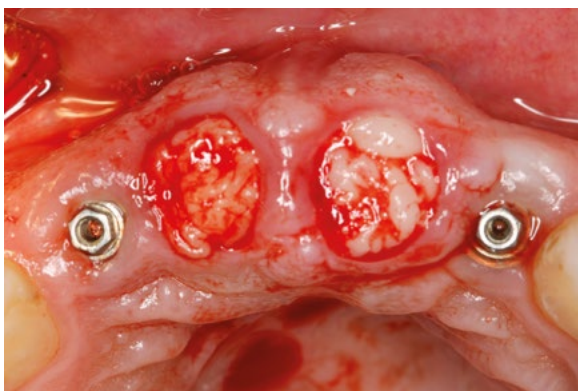
Figuras 9 e 10. Imagens das reconstruções dos incisivos superiores e da confecção do conjunto de incisivos provisórios sobre dentes naturais.



Figura 11. Radiografia após a colocação das próteses definitivas nos implantes e nos incisivos centrais.



Figuras 12 a 14. Imagens de resíduos radiculares antes e depois da fresagem para serem submersos subgengivalmente. A entrada exposta do canal radicular é vedada com ionómero de vidro para evitar fugas na guta-percha.



Figuras 15 e 16. Selagem das raízes com PRGF-Endoret e sujeição com ponto de fixação para favorecer a sua retenção enquanto ocorre a cicatrização dos tecidos moles.

Figura 17. Imagem do incisivo provisório com o espaço ao nível do 11 e 21, o que garante que não há compressão para a cicatrização dos tecidos moles nesse nível.

CLÍNICA

das para manter a arquitetura óssea e gengival e não perder volume a longo prazo. Para isso, removemos o tecido radicular com uma broca até que esteja abaixo do limite gengival e arredondado nas margens para promover a cicatrização dos tecidos duros e moles a esse nível (Figuras 12-14). Por fim, colocou-se na zona das raízes um coágulo da fração 2 de PRGF-Endoret recentemente ativado e retraído, selado com uma membrana de fibrina autóloga (fração 1 de PRGF-Endoret ativada e retraída) e suturado com um ponto de sutura, para permanecer em posição durante a cicatrização dos tecidos moles. (Figuras 15-16). Para orientar esta cicatrização e manter a estética no nível anterior, aparafusou-se um incisivo provisório de resina nos implantes, deixando espaço livre ao nível do 11 e 21 para realizar a migração de ambas as margens gengivais até à margem da restauração (Figura 17).

Três semanas após o procedimento, foi possível perceber como foi alcançada a desejada cicatrização gengival com espessamento ao nível do 11 e 21, o que nos permitiu então confeccionar as coroas nos implantes definitivos (Figuras 18-21). Nesta ocasião, optámos por uma ponte Multi-im transepitelial aparafusada (a nossa alternativa de tratamento na maioria dos nossos casos hoje em dia), conseguindo uma estética correta e assegurando o correto aperto na união implante-prótese.

No acompanhamento da paciente nos 15 anos posteriores, não foram encontrados problemas ao nível dos incisivos 11 e 21 ou na prótese, nem houve qualquer perda de volume ósseo ou dos tecidos moles em qualquer um dos 4 incisivos restaurados (11, 12, 21 e 22), alcançando-se um resultado estético que responde às mais elevadas expectativas a longo prazo (Figuras 22-25).

Discussão

A manutenção do volume ósseo e dos tecidos moles ao nível das nossas restaurações é um facto que marca o ponto de viragem entre o sucesso da nossa restauração e o fracasso, especialmente do ponto de vista estético, e mais ainda quando nos deparamos com a região dos incisivos superiores. Para conseguir esta manutenção, da maneira mais semelhante ao que faz um dente quando está no seu alvéolo, é fundamental a presença de dentes e de um ligamento periodontal¹⁴⁻¹⁶. Como fruto deste pensamento, nascem técnicas que visam preservar o periodonto, como a descrita neste artigo, preservando as raízes tratadas endodonticamente, que garantem a ausência de infeção¹⁵ ou problemas a longo prazo e outras técnicas que combinam este conceito com implantes como *"socket shield"*¹⁷⁻¹⁸. A presença de um fragmento de raiz ou de uma raiz perfeitamente preservada e mantida ao longo do tempo pode garantir a tão esperada morfologia da crista óssea, que se perde quando estes não estão presentes. Esta técnica é, portanto, uma opção de tratamento quando se realizam restaurações no setor estético, combinadas com a inserção de implantes noutros locais adjacentes como neste caso, ou para manter o volume em pânticos nas nossas restaurações feitas em dentes naturais¹⁴⁻²⁰. Dessa forma, preservamos ao máximo a morfologia anatómica da crista óssea e mantemos os tecidos duros e moles da região com a maior estabilidade possível, mesmo a longo prazo, como no caso que apresentámos¹⁹⁻²⁰.

Conclusões

A manutenção de raízes tratadas endodônticamente para evitar o risco de infeção a longo prazo pode ser uma alterna-



Figuras 18 e 19. Fase final dos incisivos provisórios três semanas após a cirurgia de decapitação do 11 e 21, antes de serem feitas as medições para a prótese definitiva.



Figuras 20 e 21. Imagens da prótese final colocada com uma estética correta e manutenção do volume na região anterior.



Figuras 22 e 23. Imagens intraorais e radiográficas da paciente nos 15 anos de acompanhamento com estabilidade dos implantes e raízes enterradas a longo prazo. Podemos observar o aparecimento natural dos pânticos e implantes que se mantiveram ao longo desse tempo, melhorando inclusivamente a espessura gengival a longo prazo.



Figuras 24 e 25. Imagens do antes e depois dos 15 anos de tratamento da paciente. Nesta imagem, fica ainda mais evidente o bom estado de saúde dos tecidos gengivais e o seu espessamento nas regiões tratadas.

tiva de tratamento eficaz na região estética combinada com implantes ou até mesmo para a restauração sobre os dentes, pois permitem-nos manter a arquitetura gengival e óssea a longo prazo. ■

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt

¹ Prática privada em implantologia oral, Clínica Eduardo Anitua, Vitória, Espanha. University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU) Fundação Eduardo Anitua, Vitória, Espanha. BTI Biotechnology institute, Vitória, Espanha.

Autor correspondente: Dr. Eduardo Anitua, Fundação Eduardo Anitua; C/ Jose Maria Cagigal 19, 01007 Vitória, Espanha; Telefone: +34 945160653, e-mail: eduardo@fundacioneduardoanitua.org



AnyRidge®

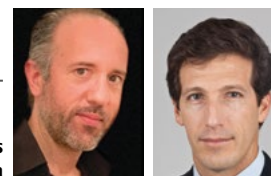
5 Vantagens do **cone morse**

1. Selamento perfeito entre o implante e a peça protética
2. Superior adapção dos tecidos moles
3. Maior estabilidade óssea
4. Fusão a frio entre peças
5. Platform Switching



MEGA GEN
PORTUGAL

geral@megagen.pt
www.megagen.pt



CARGA IMEDIATA EM IMPLANTE PÓS-EXTRAÇÃO COM REMOÇÃO DE QUISTO E EM IMPLANTES COM ELEVAÇÃO ATRAUMÁTICA TRANSCRESTAL: CASO CLÍNICO, FOLLOW-UP 3 ANOS



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

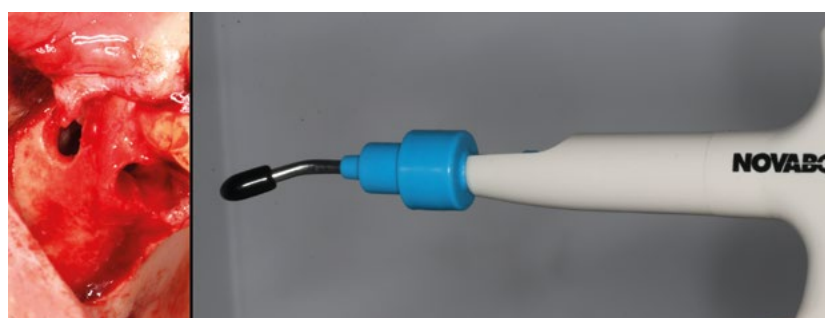


Fig. 4.

Introdução

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, ASA tipo 3, anticoagulado, com hipertensão controlada e com diabetes tipo 2 controlado. O paciente compareceu à consulta com o objectivo de reabilitar a zona desdentada do primeiro quadrante da maxila. Após avaliação clínica e imagiológica tomográfica constatou-se a existência de um quisto associado ao dente 15, bem como disponibilidade óssea limitada na zona desdentada do primeiro quadrante correspondente aos dentes 16 e 17, com respetivamente 2 e 3 mm de altura, de osso remanescente, para colocação de implantes. Obtida a autorização do médico cardiologista do paciente e instituída a terapia anticoagulante de substituição determinada, decidiu fazer-se a reabilitação desta zona por intermédio da colocação de três implantes dentários, num protocolo de carga imediata.

O plano foi discutido com o paciente e elaborado de forma a ter o menor impacto negativo possível na qualidade de vida do paciente.

As últimas revisões sistemáticas por Esposito et al. (2014) colocam a elevação do seio maxilar via transcrestal, ainda que as alturas ósseas sejam muito reduzidas, pelo menos no mesmo patamar de sucesso que a abordagem lateral, comportando menos risco.

Neste caso planeou-se então a colocação de três implantes dentários. Na região do 15 fez-se a extração do dente, a

remoção do quisto e uma abordagem mista para a elevação do seio maxilar, pois a deiscência óssea produzida pelo quisto possibilitou um acesso sinusal adicional ao acesso alveolar. Nos dentes 16 e 17 foram colocados 2 implantes dentários com enxerto ósseo simultâneo. O enxerto utilizado foi o fosfosilicato de cálcio (Novabone®), que para além da facilidade de aplicação tem propriedades de osteoestimulação únicas, reconhecidas pela FDA, enxerto aloplástico osteoestimulador. Neste caso, desde logo, antecipou-se uma dificuldade importante: a obtenção de estabilidade primária, quer na zona da extração e remoção do quisto, quer nas zonas desdentadas que lhe são adjacentes, será difícil de conseguir, dada a escassez de osso. Assim, a macrogeometria do implante ganha aqui uma importância fulcral.

Neste caso, foram colocados três implantes AnyRidge Megagen®. Das muitas razões para a escolha deste sistema destacam-se as seguintes, altamente diferenciais relativamente a qualquer outro implante disponível no mercado:

1. o desenho da região coronal do implante permite a colocação de implantes de qualquer diâmetro sem o perigo de gerar compressão óssea cortical com a subsequente reabsorção óssea que daí decorre - este é um fator diferencial único deste sistema;

2. as espiras em lâmina de faca, bem como a sua profundidade até ao corpo do implante, possibilitam uma estabilidade primária única com uma preparação muito pouco invasiva, deixando espaço suficiente entre as espiras para a angiogénese e formação óssea, permitindo atingir um BIC muito satisfatório em muito pouco tempo;

3. o desenho do ápice do implante permite a colocação de implantes de maior diâmetro através de preparos de menor diâmetro, o que significa que, em situações críticas, como aquela que representa este caso clínico, é possível colocar implantes de maior diâmetro sem correr o risco de, com a osteotomia de preparação do leito implantar, provocar fraturas indesejáveis na região mais coronal do preparo e na cortical vestibular.

Procedimento Cirúrgico

Após anestesia infiltrativa supra-perióssea do primeiro quadrante da maxila, correspondente aos dentes 14 15 16 17, fez-se uma incisão crestal palatinizada na região correspondente aos dentes 15 e 16, procedeu-se em seguida à extração do dente 15. Na região do dente 15 havia já uma deiscência óssea de cerca de 10mm, provocada pela formação quística. Procedeu-se à remoção completa do quisto, aumentando a deiscência vestibular com osteotomia, para

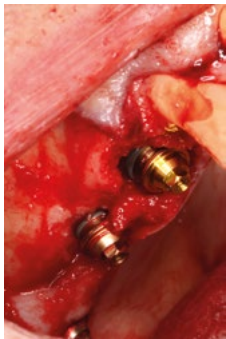


Fig. 5.

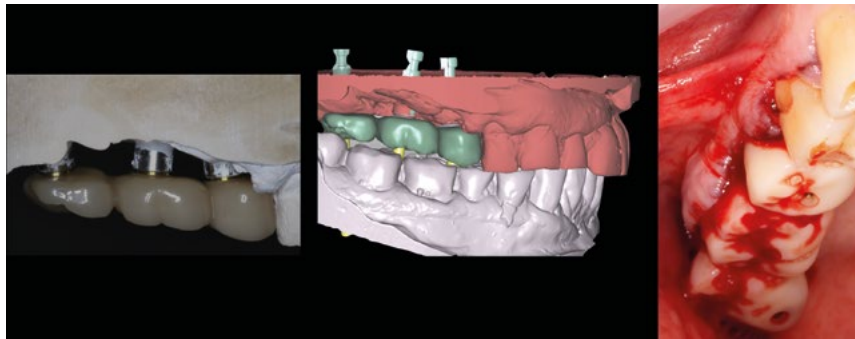
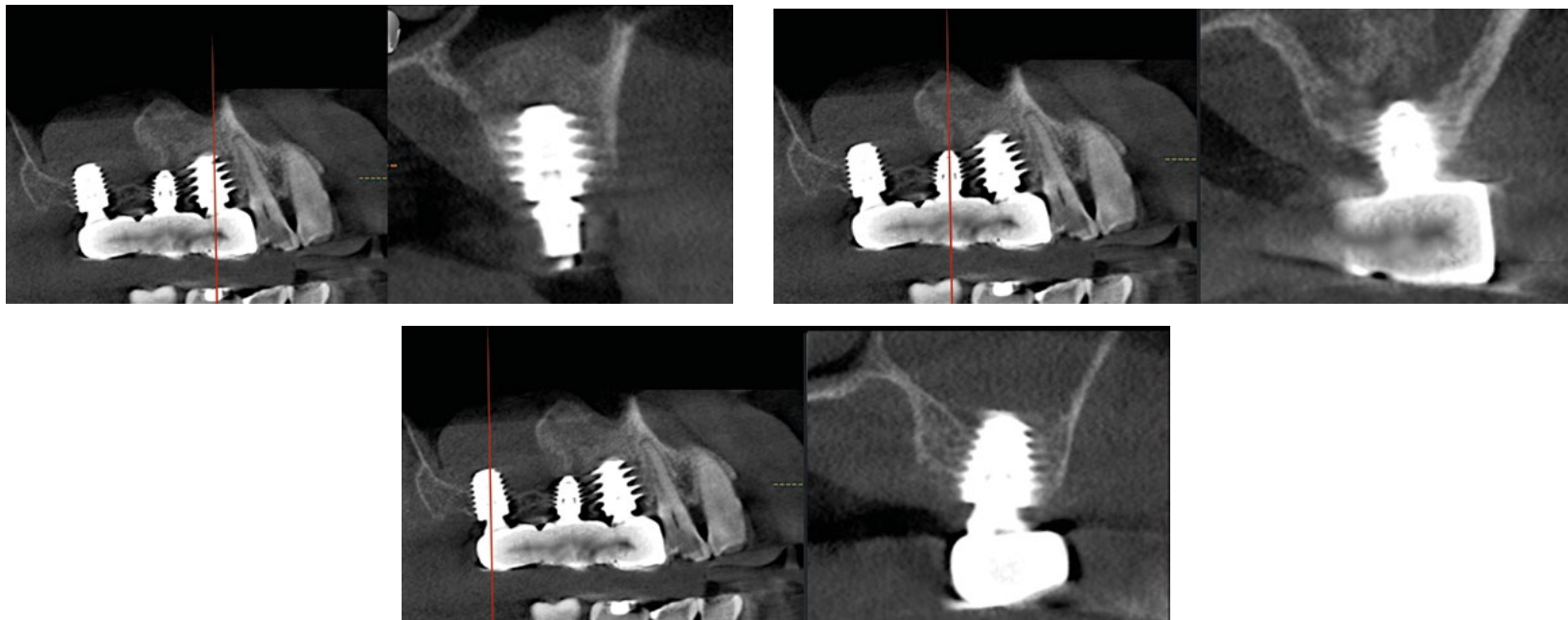


Fig. 6.



Fig. 7.



CBCT de controlo pós-operatório 3 anos, onde se pode ver a elevação conseguida com o Novabone.

melhor aceder à lesão. Esta osteotomia permitiu também um acesso “tipo abordagem lateral” ao seio maxilar. Fez-se o preparo do leito implantar com uma osteotomia muito pouco invasiva, uma vez que o alvéolo remanescente, após a extração dentária e a remoção do quisto era já de grande dimensão, utilizou-se apenas uma broca de 4.8. Através da osteotomia vestibular colocou-se o enxerto aloplástico de fosfosilicato de cálcio, antes da colocação de um implante dentário AnyRidge de 8*10 mm.

Procedeu-se à elevação atraumática de Summers modificada (com expansores mecanizados) na região correspondentes aos dentes 16 e 17, onde após a preparação do leito implantar com osteotomia realizada pelas brocas do kit cirúrgico AnyRidge, se colocou o enxerto aloplástico de fosfosilicato de cálcio e em seguida se colocaram dois implantes dentários AnyRidge respetivamente de 6*8,5mm e de 5*7mm. O preparo do leito do implante mais distal, correspondente ao local do dente 17, foi realizado sem incisão e sem retalho.

Após a colocação dos três implantes, e durante a cirurgia, recorreu-se à colocação de três pilares multi-unit (técnica implant extender, preconizada por Filipe Lopes e Bernardo Mira Corrêa).

Realizou-se a impressão convencional com um silicone de adição e procedeu-se ao fabrico dos provisórios recorrendo ao sistema Zirkonzhan CAD CAM. Colocaram-se os provisó-

rios no mesmo dia da intervenção cirúrgica, permitindo, desde o início a individualização e otimização do perfil de emergência pretendido para os dentes definitivos. Apesar de não estar clara na literatura científica a necessidade de se instalarem provisórios em infra-oclusão (existem aliás vários estudos que apontam para o facto da oclusão poder ser um fator positivo no desenvolvimento da osteointegração dos implantes), neste caso optou-se por fazê-lo.

Procedimento Protodôntico

Como desde o início foi possível controlar o perfil de emergência, não houve necessidade de realizar uma segunda impressão. A técnica do “*implant extender*” e da “*single impression*” (preconizadas por Filipe Lopes e Bernardo Mira Corrêa) simplifica extraordinariamente os procedimentos protodônticos para o paciente, médico dentista e laboratório. Foram pedidas pequenas alterações, realizadas numa maquete de PMMA e verificadas e aprovadas clinicamente, após o que se procedeu à realização do trabalho final, sem necessidade de realizar uma impressão final.

Conclusão

A seleção dos implantes com uma macrogeometria adequada é determinante na resolução cómoda, previsível e simples de casos complexos como o apresentado.

O conceito de encarar os pilares *multi-unit* como parte do implante e não como parte da prótese “*implant extender concept*” é determinante no sucesso biomecânico, biológico e estético das reabilitações orais implanto-suportadas. Este conceito permite mais facilmente a utilização do “*single impression concept*” muito mais cómodo e confortável para o paciente, agilizando e facilitando todo o trabalho do médico dentista e do laboratório. ■

Bibliografia

- Becker W, Clokier C, Sennerby L, Urist MR, Becker BE. Histologic findings after implantation and evaluation of different grafting materials and titanium microscrews into extraction sockets: case reports. J Periodontol. 1998;69:414-421.
- Esposito M, Felice P, Worthington H.V. Interventions for replacing missing teeth: augmentation procedures of the maxillary sinus. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 13;(5):CD008397. doi: 10.1002/14651858.CD008397.pub2. PMID: 24825543.
- Kher U, Shanbhag S. One Stage Transalveolar vs Lateral Maxillary Sinus Augmentation in Severely Resorbed Sites Using Calcium Phosphosilicate Putty: a Proof of Concept Study. Clin Oral Impl. Res. Oct 2014; 25(10).
- Kotsakis G., Salama M, Chrepa V, Hinrichs JE, Gallard P. A Randomized Blinded Controlled Clinical Study of Particulate Anorganic Bovine Bone Mineral and Calcium Phosphosilicate Putty Bone Substitutes for Socket Preservation. Int. J. Oral Maxillofac Implants. Jan- Feb 2014; 29(1): 141-51.
- Marco Esposito, Maria Gabriella Grusovin, Jonathan Rees, Dimitrios Karasoulos, Pietro Felice, Rami Alissa, Helen Worthington, Paul Coulthard. Effectiveness of sinus lift procedures for dental implant rehabilitation: a Cochrane systematic review. Eur J Oral Implantol Spring 2010;3(1):7-26

MARKETING NA CLÍNICA

*Dr. Celso Orth



A TECNOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO

É indiscutível a prioridade que algumas clínicas dão ao investimento em tecnologia. Não se pode dizer que esta preocupação seja um erro. Mas pode passar a sê-lo se considerarmos que este investimento por si só poderá corrigir *gaps* existentes em várias áreas que compõem a engrenagem do funcionamento.

Isto torna-se ainda mais evidente ao verificarmos que não existe uma reciprocidade dos investimentos entre os vários membros da equipa, o que deveria ser natural e frequente, procurando aumentar e diversificar a sua capacidade. Em causa estão os profissionais empenhados, aptos a se desenvolverem e dispostos a praticarem os valores e a cultura da clínica.

Mas ao tratar-se de pessoas com desempenhos fracos, sem o mínimo compromisso, medianos na forma de coordenar as ações desejadas, não estaremos estabelecendo qualquer equilíbrio. Na verdade, nada muda, com ou sem tecnologia. Talvez até as formações sejam em si uma perda de energia.

É errônea, igualmente, a ideia de que a tecnologia, mesmo a mais sofisticada, precisa e rápida, consegue por si só suprir o atendimento e o acolhimento proporcionado por seres humanos.

No entanto, se associarmos tecnologia de ponta a pessoas capazes, articuladas e envolventes, iremos superar as expectativas mais apuradas de quem nos procura.

Os desejos e dores de quem vai até uma clínica devem ser encarados de acordo com uma estrutura apoiada nestes pilares: humanização e tecnologia.

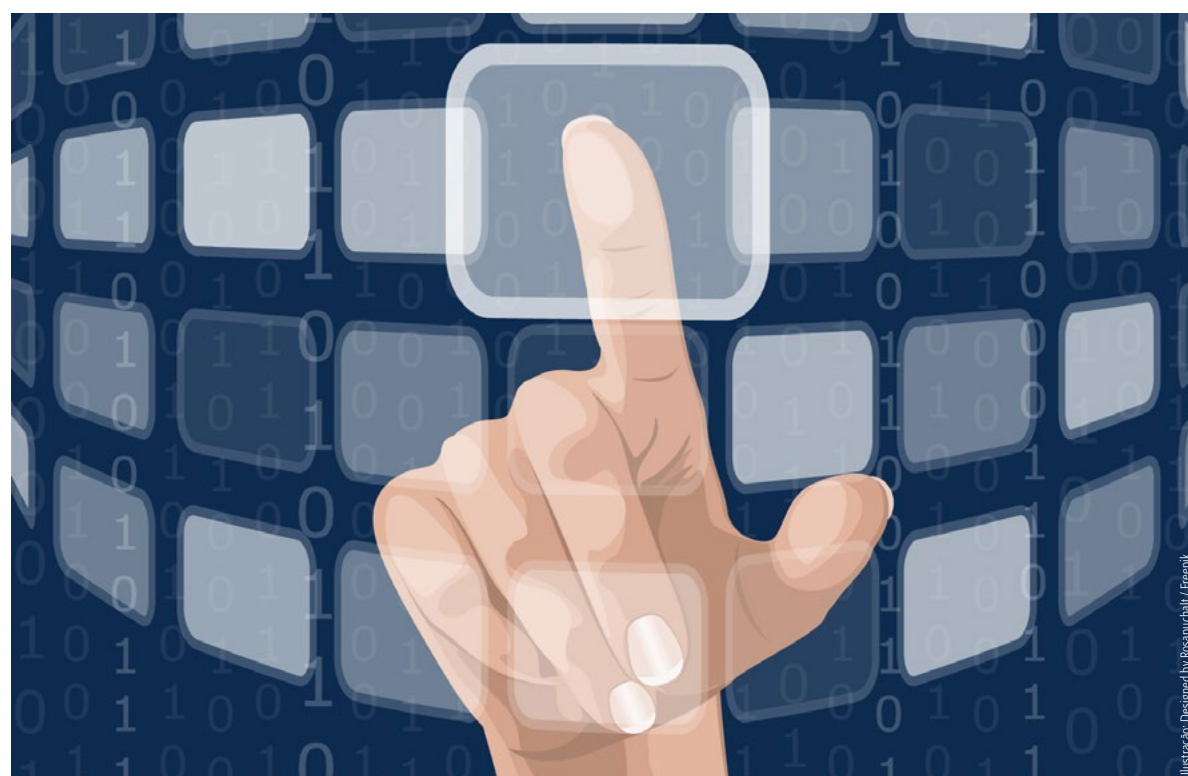
Não que a parte humana com conhecimento profundo dos processos, não nos permita cumprir com louvor as atribuições exigidas. Sem dúvida que isso também é possível.

Mas a tecnologia sozinha não tem o mesmo efeito. Não se obtêm resultados ao menosprezar o fator humano.

A clínica pode ter um fluxo totalmente analógico, não é imperioso que seja digital, desde que se dominem bem as técnicas e, consequentemente, os resultados.

A clínica pode ter um fluxo totalmente digital, sendo também essencial o domínio dos equipamentos e das etapas.

Se não tiver um bom desempenho no analógico, não significa necessariamente que terá um nível melhor no digital. Na maioria dos casos, as etapas de planeamento e preparação ainda são manuais. O profissional não passa a ser bom simplesmente pelo uso da tecnologia. A sua capacidade



começa justamente no analógico, para depois evoluir para o digital.

É importante lembrar que em caso de complicações não previstas, pode haver a necessidade de conhecimentos e desenvoltura no analógico.

Em suma, o mundo de hoje é híbrido, digital e analógico, virtual e físico, e as indicações passam pelas opções que são recomendadas de acordo com as necessidades.

Por exemplo, na nossa clínica, trabalhamos com os dois sistemas. Todos os dias tentamos ter consciência do que é melhor entre um e o outro. Não é tarefa fácil, mas a curva de aprendizagem para tomar as decisões corretas é um processo que exige muita atenção e cuidado.

A nossa sugestão é que se pondere muito bem o momento de entrar no sistema digital. Os dados para tomar a decisão são de extrema importância; com certeza passam pela quantidade de trabalhos que serão executados, o investimento e a capacidade de endividamento.

Ah, é verdade, em relação ao título, não existe fluxo digital se não houver pacientes. Estes, por sua vez, só existirão se houver relacionamentos sólidos e consistentes.

Até à próxima. ■

Celso Orth

*Graduado em Medicina Dentária - UFRGS; MBA em Gestão Empresarial - Fundação Getúlio Vargas; Educador Físico - IPARS; Membro Fundador da Academia Brasileira de Odontologia Estética; Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética; Palestrante de Gestão na Prestação de Serviços na área da saúde; Reabilitador que trabalha em tempo integral na Clínica Orth - Rio Grande do Sul - Brasil. **Para enviar questões e solicitar esclarecimentos:** celsoantonioorth@gmail.com



SONZ
PACK CLÍNICA COMPLETA



ACTEON

ORTO PRIME 3D

SEM TELA
CBCT / PAN 3D X-MIN PRIME
COLUNA PRIME X-MIND

PACK INSTRUMENTOS STU/SOCO

TURBINA COM LUZ LED
MICROMOTOR ELÉTRICO
FOTOPOLIMERIZADOR
DESTARTARIZADOR TYPE EMS COM LUZ
CONTRA ÂNGULO COM IRRIGAÇÃO INTERNA 1:1



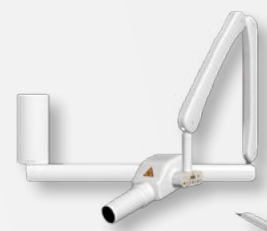
AUTOCLAVE



CUBA ULTRA-SÔNICA



SELADORA



RAIO-X INTRA ORAL



COMPRESSOR



MOTOR DE ASPIRAÇÃO

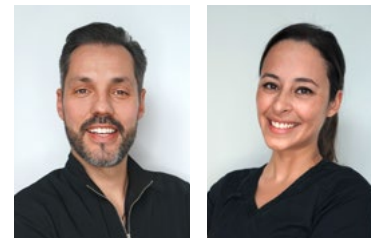


RVG

**SOLICITE A SUA
PROPOSTA !!**

TIPS & TRICKS

Dr. Eduardo Bastos
Dra. Rita Rodrigues



QUE IMPORTÂNCIA TEM A FOTOGRAFIA NA MEDICINA DENTÁRIA?



Na medicina dentária, a fotografia é bem mais do que um puro registo clínico. É uma fonte de informações que o nosso cérebro tem a capacidade de processar de forma bem mais rápida do que qualquer nota escrita. A fotografia é uma forma de avaliação, um meio de diagnóstico, um método de controlo. Permite-nos observar cores, formas, texturas. Permite-nos comunicar com pacientes, colegas, laboratórios, público. É uma linguagem universal, perceptível em qualquer canto do mundo.

A posse de um equipamento que nos permita esta captação de imagens na nossa prática clínica deixou de ser algo opcional e reservado apenas para os especialistas ou aficionados de fotografia. Esta é, nos dias de hoje, uma ferramenta fundamental e imprescindível na nossa prática clínica.



Como surgiu a necessidade de criar o e-book?

Quando me formei, deparei-me com esta necessidade e fez-me muita falta ter um guia, ou alguém que me orientasse sobre como montar um kit de fotografia ideal e isto aconteceu-me porque tinha pouca informação.

Hoje, com os anos de experiência a fotografar, decidi que precisávamos transmitir a nossa prática com a Fotografia na Medicina Dentária para aqueles que acabaram de se formar e querem montar o seu primeiro kit fotográfico.

Reuni a equipa médica da Clínica Mint e desenvolvemos o que acreditamos ser um guia prático no formato de E-book.

É uma leitura leve e direta que traz as principais informações para reunir os equipamentos fundamentais e começar a fazer fotografias muito próximas da realidade.

Em que consiste este ebook?

Neste e-book vai encontrar:

- A Fotografia em medicina dentária
- Kit Básico para fotografar
- Câmaras
- Lentes
- Flashes
- Acessórios
- Resultados (Exemplos) ■

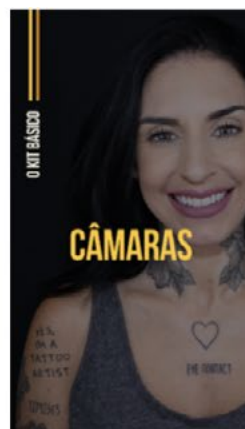
Como fazer o download?

Para fazer o download da sua versão, clique neste link:

<https://eduardobastos.pt/e-book-fotografia-dentaria/>

Dr. Eduardo Bastos – Médico Dentista especialista em Estética Dentária e Reabilitação Oral. É pós-graduado em Cirurgia Avançada de Implantes e Tecidos Moles (Heidelberg, Alemanha); em Implantologia Dentária e em Estética Dentária (Madrid, Espanha). Em 2016 fundou a Clínica Mint, onde exerce a função de diretor clínico.

Dra. Rita Rodrigues – Formada na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. A frequentar a pós-graduação internacional em Dentisteria Adesiva Minimamente Invasiva no Instituto Universitário Egas Moniz.



UM CORPO DE IMPLANTE 3 CONEXÕES. **TODAS AS POSSIBILIDADES**



CONEXÃO **EXTERNA**



CONEXÃO **INTERNA**

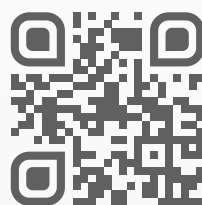


CONEXÃO **CÔNICA**



UM SISTEMA DIGITAL ABERTO
TODAS AS POSSIBILIDADES

IMPLANTES // PROTÉSE // CAD-CAM // REGENERAÇÃO



Tlf: (+34) 965 306 464

Para mais informações contacte o seu Territory Manager

info@eckermann.es

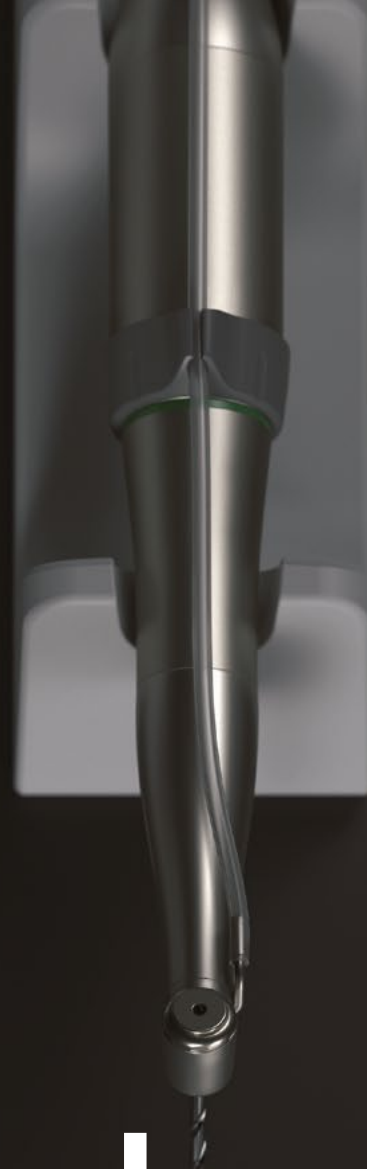
www.eckermann.es



Raúl Freitas
(+351) 934 093 496
raulfreitas@eckermann.es

Diamantino Raposo
(+351) 914 02 75 51
diamantino.raposo@eckermann.es





Go beyond.



EXPODENTAL
SCIENTIFIC
CONGRESS

24/26 junho 2021
Conheça-o no nosso
stand: 9D04

Surgic Pro2

Sistema de micromotor cirúrgico que o conecta com o futuro.

NSK Dental Spain S.A. www.nsk-spain.es

Sr. João Paulo Costa · tlm: 915 66 32 32 · e-mail: costa@nsk-spain.es · Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es