

médicos



ASSOCIAÇÃO
DOS MÉDICOS
ESTOMATOLOGISTAS
PORTUGUESES

Associação dos médicos estomato
ta da associação dos médi
tomatologistas portuguese
associação dos médicos e
revista da associação dos m
médicos **estomatologistas**
os estomatologistas portu
dos médicos estomatolog

Normas de Publicação

A publicação na Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses, fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores (“referees”) escolhidos entre os elementos dos vários órgãos da revista. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação. Todos os artigos publicados passam a ser propriedade da Associação. O 1º autor deverá ser assinante da revista. O original deve ser entregue dactilografado a dois espaços e acompanhado de duas cópias de boa qualidade, e de uma cópia em diskete (Word „para PC’s/Apple,„). Devem igualmente ser entregues três colecções dos quadros, figuras e ilustrações, com a respectiva numeração e legenda. As ilustrações e figuras devem ser numeradas no dorso, a lápis, e com setas deve referir-se a sua orientação. Os custos da publicação das fotografias a cores serão suportados directa ou indirectamente pelos autores. A revisão das provas é feita pelos autores, dentro de 72 horas úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas tipográficas.

Preparação do texto: A primeira página deve conter o título do artigo. Os nomes e graus profissionais dos Autores, os respectivos Serviços e os agradecimentos devem ser fornecidos em página separada, para garantir a revisão anónima. Devem ser propostas palavras-chave em inglês e português para facilitar a indexação em bases de dados. O Resumo deve ser redigido também em ambas as línguas e estimula-se o desenvolvimento da sua versão em inglês quando o texto do artigo é em Português. Como elementos-base, deve responder às clássicas questões de Bradford Hill: “Why did you start?” – Introdução; “What did you do?” – Material e Métodos; “What did you find?” – Resultados; e “What does it mean?” – Discussão. As referências bibliográficas devem ser numeradas segundo a ordem em que aparecem no texto. Não se aceitam referências de comunicações pessoais ou de artigos que aguardam publicação. Quando mais de três autores, citam-se os três primeiros a acrescenta-se a expressão et al.

a) Artigos de jornais ou revistas: apelido e iniciais do(s) autor(es), título do artigo, nome abreviado do jornal ou revista, número do volume, primeira e última página. Ex.: 6 – KYLE RA, GREIPP PR: Smoldering multiple myeloma. N Engl J Med 302: 1347-1349, 1980.

No caso de uma publicação organizada em “números e volumes”, o número pode englobar-se entre parêntesis e colocado após a citação do volume.

b) Livros: apelido e iniciais do(s) autor(es), título, número da edição (outra que não a primeira), número do volume (outro que não o primeiro), cidade, entidade editora, ano de publicação. Ex.: 10-SILVA MC, ROSAS AB: Papel de Artrópodes na Polinização; 2ª ed, vol 3, Coimbra, Edições Académicas, 1986.

c) Capítulos de livros: apelido e iniciais do(s) autor(es), título do livro, editor, número da edição, (outra que não a primeira), número do volume (outro que não o primeiro), cidade, entidade editora, primeira e última página, ano de publicação. Ex.: 15 – GOMES SA, CORREIA LGM, LEAL A et al. Alterações hemodinâmicas, In Choque Hipovolémico: Santos MA, Cardoso IL; 3ª ed, Braga, Edições Hipotéticas. 30-38, 1954.

As línguas aceites são o português e o inglês. Instruções de publicação mais detalhadas são enviadas a quem o solicitar.

Os artigos devem ser enviados para: Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses ou Manuel Falcão.

Editor	Editorial	4
Manuel Falcão	<i>Manuel Falcão</i>	
Director	Materiais restauradores, passado, presente e futuro	5
J. Correia Pinto	<i>António Manuel de Sousa Vieira</i>	
Conselho Redatorial	Pênfigo vulgar: apresentação de um caso clínico	11
A. Sousa Vieira	<i>Belmira Facão, Maria Júlia Diogo, Manuel Falcão</i>	
C. Alberto Reis	Granuloma Eosinófilo: a propósito de um caso	15
H. Bulhões Tavares	<i>Jesus Silva, Carlos Cardoso</i>	
J. Barbas do Amaral	Mixoma odontogénico do maxilar: a propósito de um caso clínico	21
J. Correia Pinto	<i>Viana da Silva V., Gouveia M., Dias L., Barroso A., Azevedo J.</i>	
J. Lopes Azevedo	Importância da posição condilar no planeamento e tratamento ortodôntido-cirúrgico	25
M ^a Conceição Cerqueira	<i>João Correia Pinto</i>	
M ^a Raquel Alves	Para um retrato de Bento da Cruz	35
Manuel Falcão	<i>José Viale Moutinho</i>	
Mário S. Pinheiro	Cartas à Direcção	37
V. Pimentel Torres	<i>Luís Sena Esteves</i>	
Conselho Científico	Esclarecimento do Colégio da Especialidade	39
A. Sousa Vieira	<i>Conselho Directivo</i>	
Armanda Amorim	Agenda	43
Bárbara Centeno		
Carlos Cardoso		
Carlos Moreira		
Talhas dos Santos		
Jorge Vaz		
José Amorim		
Luís Medeiros		
M ^a Adelaide Capelas		
M ^a Rosário Malheiro		
Mário S. Pinheiro		
Pedro Sá e Melo		
Tinoco Torres Lopes		
Execução Gráfica		
Loja das Ideias		
Capa		
Emília Costa		



“Começo por perguntar-me: alguém jamais viu o vento? De certo que não”. Assim começava D. António, Bispo do Porto, uma das suas célebres “Cartas ao Papa”. E continuava:

“E no entanto todos podemos dizer que o vemos nos seus efeitos, seja a brisa que nos afaga o rosto ...”. Tomemos os ventos da História nos seus efeitos mais sensíveis e de entre as brisas mais bonançosas a capacidade de poder dar. Neste primeiro ano de existência da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses conseguiu-se, suave e paulatinamente, levantar uma brisa que fez despertar o brio pessoal e profissional da maioria dos Estomatologistas conduzindo à realização de eventos que cobriram todo o País. Fechamos um ciclo; fechamos o nosso Zuyderzee. Como na Holanda que aproveita a brisa para aumentar o seu território enxugando os polders, nós partimos para um novo ciclo, o quebrar do adormecimento em que nos íamos deixando cair. Cada inscrição que chega é um moinho a desfraldar as velas. Temos a maioria dos Estomatologistas inscritos e temos um acervo valioso de registos de ofertas de colaboração pessoal e de sugestões interessantes e muito válidas. Precisamos ainda de mais razão para convencer os restantes Estomatologistas a juntarem-se a nós. Julgamos consegui-lo se tivermos inteligência e imaginação para tornar, em acções e factos, essas colaborações e sugestões. Creiam no nosso empenho em não desiludir ninguém, pelo que desde já lhes rendemos preito pela ajuda.

Fechamos e recomeçamos com a II Reunião Científica Anual. É consensual a opinião de manter e se possível melhorar a realização das mesmas acções e eventos mas, o nosso empenho mais notório e que entendemos prioritário é repor a dimensão da Estomatologia no âmbito da Saúde em Portugal. Começaremos, oficialmente, no dia 21 de Maio de 2003 com uma reunião com o Dr. Miguel Leão, Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos e contamos brevemente chegar ao Ministério da Saúde. Não descuraremos os órgãos da comunicação social e os media em geral.

É um truismo dizer que tudo isto está a ser possível graças à generosa participação da maioria dos Colegas mas, como com o vento, é preciso que se diga, não basta que se saiba! .

Manuel Falcão

Orgãos da Associação 2002/2004

Assembleia Geral

Presidente:

H. Bulhões Tavares

Primeiro Secretário:

M^a Conceição Cerqueira

Segundo Secretário:

Maria Raquel Alves

Direcção

Presidente:

Manuel Falcão

Vice-Presidente:

V. Pimentel Torres

Secretário Geral:

João Correia Pinto

Secretário Geral Adjunto:

J. Barbas do Amaral

Tesoureiro:

A. Sousa Vieira

Conselho Fiscal

Presidente:

J. Lopes Azevedo

Primeiro Vogal:

C. Alberto Reis

Segundo Vogal:

Mário S. Pinheiro

Sede

Rua Alves Redol, 438 - 1^o

Sala 14

4050-032 Porto

António Manuel de Sousa Vieira

Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia

Resumo

Pretende-se, neste artigo, de uma forma sucinta e simples fazer uma análise evolutiva e aplicativa dos materiais restauradores directos utilizados na actualidade - amálgama dentário, resina composta, ionómero de vidro e compómero.

Nesta abordagem são, também, referidas algumas das suas características fundamentais que são a causa da sua maior ou menor aplicabilidade actual e quiçá futura

Abstract

In this article we try to, in a simple and concise manner, make an evolutionary and applicatory analysis of the direct restorative materials used today – dental amalgam, composite resin, glass ionomer, compomer.

The fundamental characteristics of each material are reviewed as well as the reason for their applicability today and, who knows, in the future.

Introdução

Não pretendemos mais do que dar uma panorâmica geral dos materiais restauradores aplicados na actualidade, versando os seus aspectos do passado, do presente e do futuro. Observar o passado e o presente é fácil, prever o futuro é mais problemático.

O ideal seria que pudéssemos dizer, no presente, que a tendência é para o desaparecimento deste tipo de materiais e que o seu futuro seria para os nossos sucessores profissionais uma breve referência histórica; mas a realidade diz-nos o contrário pelo que em Portugal durante as próximas décadas, tais materiais vão ser, ainda, de grande utilidade.

Tal perspectiva resulta do facto de, sobretudo, as autoridades públicas ainda não se terem compenetrado de que o que investem hoje na saúde oral, sobretudo no seu aspecto profilático, vai originar, no amanhã, dividendos.

Assim vamos, ainda, ter nos anos vindouros, no foro da arte dentária, a dentisteria restauradora como um dos seus pilares fundamentais.

A grande progressão no conhecimento das patologias orais e desenvolvimento das suas terapêuticas curativa, restauradora e reabilitadora, dá-se a partir da segunda metade do século XIX, progressão essa que se torna numa revolução evolutiva na segunda metade do século XX.

Os materiais restauradores ainda em uso são o amálgama dentário, a resina composta, o ionómero de vidro e o compómero, sendo o amálgama o único com, apenas, a função restauradora

Amálgama dentário

É o material restaurador mais antigo tendo já 150 anos de aplicação; a sua infância começou com os irmãos Taveau em França, imigrou para os EU onde provocou a "guerra

do amálgama “que terminou, com a sua aceitação em 1850; a sua explosão adolescente deu-se com Black (fim do século XIX e princípio do século XX) que teve o mérito de o estudar e melhorar cientificamente e simultaneamente de estudar e indicar os tipos de preparo mecânico convenientes para a sua recepção.

A contribuição de Black foi de tal importância que a sua escolha composicional da liga para amálgama perdurou até aos anos sessenta e a sua classificação dos preparos cavitários, ainda hoje, se mantém.

O segundo salto qualitativo neste material verifica-se só no início dos anos sessenta com o preparo de uma liga para amálgama, dita não gama 2, por Inner e Youdelis e a que chamaram liga adicionada por conter dois tipos da limalha, uma com base na Ag / Sn e outra com base na Ag / Cu; esta preparação, em relação à de Black, elimina parcial / totalmente, na cristalização do amálgama, a sua fase negativa gama 2.

O passo seguinte e último verifica-se já no fim dos anos sessenta com a preparação de um só tipo de liga com base na Ag / Sn / Cu, designada por liga unicomposicionada proporcionando também um amálgama não gama 2.

O amálgama, portanto, quanto ao seu aspecto qualitativo e evolutivo, pode dizer-se que está estacionário à quarenta anos, tendo contudo beneficiado, no aspecto tecnológico restaurativo, do forte desenvolvimento dos adesivos dentinários o que permitiu uma sua variante aplicativa - o amálgama adesivo.

Esta tecnologia permite associar o adesivo dentinário e o amálgama, simbiose esta que alterou a dinâmica preparatória da cavidade, isto é, um preparo cavitário equivalente ao da resina composta; esta variante restaurativa não é muito utilizada e também os estudos clínicos não revelam grandes diferenças em relação à restauração clássica.

Nos últimos cinquenta / sessenta anos o amálgama tem como material restaurador

concorrente a resina composta que devido a uma muito boa evolução, rivaliza fortemente com ele. Com o surgimento nos anos setenta do ionómero de vidro e nos anos oitenta / noventa do compómero, a posição do amálgama ficou bastante menos sólida.

O factor que mais contribui para a denegação do amálgama é o seu componente mercúrio e a sua acção nociva, não propriamente sobre o individuo portador da restauração, mas sim sobre os profissionais e sobretudo a sua acção ambiental, o que levou alguns países a proibirem o seu uso (para já) em odontopediatria.

Esta é uma visão rápida, quicá simplista do amálgama nos seus aspectos passado e presente. E quanto ao futuro? Na nossa modesta perspectiva a sua continuidade applicativa será cada vez em menor grau, grau esse que está dependente das políticas de saúde em geral e da oral em particular, pelo que prevemos que em Portugal o amálgama será um material que vai ser, ainda, necessário como arma restauradora nas próximas duas décadas (!?).

Quanto mais e melhor profilaxia, quanto mais vigilância da saúde oral, quanto mais precoce se tratarem as lesões cariosas, menos e menores intervenções sobre o órgão dentário e com, também, um menor recurso ao material amálgama, pois tecnológica e clinicamente temos um maior favorecimento dos restantes materiais restauradores que, como se sabe, têm uma condição major sobre o amálgama que é o seu caracter estético (até neste ponto os pacientes, hoje, são muito mais exigentes).

Resina composta

É um material que, pode dizer-se, tem _ do tempo de existência do amálgama ou seja cinquenta anos de vida clínica

A sua aplicação restaurativa iniciou-se no fim dos anos quarenta com a resina metacrílica mas sem sucesso; o seu verdadeiro nascimento dá-se com a descoberta em 1955 / 56, por Bowen da resina BIS-GMA a

que foi associada uma carga inorgânica reforçadora (daí o seu designativo resina composta).

Este material teve, como não podia deixar de ser, saltos evolutivos: o primeiro foi consequência da descoberta, por Buonocore, do artifício do ataque ácido ao esmalte; o segundo foi a descoberta da técnica de aplicar previamente a resina líquida como elemento de ligação entre a estrutura do esmalte micro - rugoso e a resina composta propriamente dita

A resina composta, ao longo da sua curta vivência, tem sido regularmente melhorada, quer no que diz respeito à resina matriz orgânica mas sobretudo no que concerne ao seu componente carga com relevância para o seu tamanho (micro e nano), sua natureza e modo de a interligar à matriz resinosa.

Um terceiro salto, importante e inovador, foi a tecnologia aplicativa do ataque ácido total (em que foi varrido o conceito de, ácido na dentina nunca) que aumentou substancialmente a área de adesão e melhorou fortemente a estanquidade da interface material restaurador / estrutura dentária.

Esta nova singularidade levou à preparação dos sistemas adesivos dentinários que permitem uma melhor adesão à estrutura dentária (dentina e esmalte), uma melhor selagem dos canalículos dentinários e hermeticidade da interface, bem como, uma melhor e maior resistência da estrutura dentária remanescente.

O forte progresso ao nível da resina composta propriamente dita e do sistema adesivo permitiu uma gama de formulações disponíveis (resinas fluidas, normais e condensáveis e sistemas adesivos com e sem nanocarga) que alargaram o leque das possibilidades de se efectuarem restaurações de grande qualidade.

Um outro factor, não menos importante, é o processo activador da polimerização, que com a sua passagem de auto para fotopoli-

merização permitiu que o profissional faça "arte / escultura "de um modo inverso do escultor : este, parte do bloco pétreo e desbasta-o até obter a forma pretendida; o clínico acrescenta incrementos de modo a recriar a forma e a estética pretendidas.

No presente a resina composta é um material que rivaliza fortemente com o amálgama pois, sobre este, tem a particularidade da qualidade estética, da sua aplicabilidade em anteriores e posteriores e da sua adesividade, além de mecanicamente, de uma forma geral, estar ao nível do amálgama. Todavia este material apresenta ainda características negativas que são a contração de polimerização e a profundidade da mesma: a primeira é compensada, em parte, pela carga introduzida e pela técnica incremental; ainda para minimizar esta negatividade a investigação tem incidido, também, na procura de uma matriz resinosa pouco ou não contractiva; quanto à profundidade de polimerização têm-se investigado sistemas fotónicos que permitam além de uma fácil aplicação, uma maior profundidade de polimerização e, de preferência, em menos tempo.

Quanto ao futuro deste material, ele é muito mais risonho, pois atendendo às suas características e ao referido no último parágrafo do amálgama, podemos dizer, com profundidade, que este material, que não está muito longe do ideal, é o material restaurador de eleição (se o já não é), sendo-o tanto mais quanto menores forem as lesões cáries a tratar.

Ionómero de vidro

O ionómero de vidro é um cimento resultante da mistura de dois componentes já utilizados em dois outros cimentos, o de silicato (componente pó) e o de poliacrilato de zinco (componente líquido), obtendo-se assim um cimento novo.

Foi desenvolvido em 1971 por Wilson e Kent e comercializado em 1975.

Este material começou por ser um protector do complexo dentina – polpa e cimento para cimentação mas, ao longo do seu quartel de existência, sofreu várias modificações com maior incidência ao nível do componente líquido que favoreceu e aumentou as suas capacidades aplicativas e facilitou a sua tecnologia de trabalho; esta alteração deve-se à junção de monómeros resinosos conjugados com a associação de uma molécula química fotoactiva; este casamento permite um primeiro endurecimento por fotopolimerização seguido do seu endurecimento próprio por reacção ácido – base.

O ionómero de vidro tem quatro características - base fundamentais que são : a cario-protectão (absorvedor / libertador de flúor), a adesividade (esmalte e dentina) sem a necessidade da ataque ácido, a biocompatibilidade e o seu coeficiente de variação térmica (equivalente ao da estrutura dentária).

Como material em geral e restaurador em particular, teve um período evolutivo rápido nos primeiros dez / quinze anos atravessando nestes últimos uma existência acomodada.

O ionómero tem um grau de esteticidade limitado e quanto às suas propriedades mecânicas não rivaliza com nenhum dos outros pelo que podemos dizer ser um material restaurador de segunda categoria.

Atendendo às suas qualidades de cario-protectão, biocompatibilidade e tecnologia applicativa simples é um razoável material para aplicação em odontopediatria, pelo que é, por isso mesmo, uma boa alternativa ao amálgama.

Com o aparecimento do compómero, que além de ter, também, uma tecnologia applicativa simples, tem igualmente características herdadas do ionómero (e da resina) que o tornam um material fortemente concorrencial no campo odontopediátrico pelo que a tendência será para um esbatimento do papel restaurador do ionómero.

Compómero

É, dos materiais restauradores, o mais jovem pois foi preparado em 1993 por Gordon Blackwell. Não é um material novo, mas sim um novo material, já que é resultante da associação de materiais já existentes. A sua génese é consequência da modificação da resina composta por ionómero de vidro.

Apesar da sua tenra idade já sofreu evolução ao nível do componente carga, cujo tamanho foi reduzido assim como o componente matriz foi melhorado na sua capacidade de entrecruzamento e na qualidade ou grau de polimerização.

O compómero, como o ionómero, é cario-protectivo, adesivo e estético estando, sobre este aspecto, entre a resina composta e o ionómero de vidro não tendo, por isso, a qualidade estética da resina composta. Como o ionómero de vidro, também, o compómero não necessita de ataque ácido mas não o rejeita.

Este restaurador devido à sua curta existência é um material ainda com escassos estudos clínicos.

Quanto à sua aplicabilidade, embora possa ser aplicado em anteriores e posteriores, é, raras vezes, aplicado em anteriores devido à sua mais pobre esteticidade, sendo-o mais em posteriores e como alternativa ao amálgama predominantemente em odontopediatria.

No presente como material estético não rivaliza com a resina composta o que não quer dizer que no próximo futuro não lhe venha a ser uma particular alternativa.

Bibliografia

1. Restorative dental materials nona edição - Robert G Craig - Mosby.
2. Year book of dentistry 2000 - Mosby.
3. Zbynek M, Jan R, Michal S, Lubor M, James C . The integrity of bonded amalgam restorations A clinical evaluation after five years. J Am Dent Assoc 2002; 133: 460-467.
4. Guilherme CL, Reinaldo SF, Luis NB et al. Direct posterior resin composite restorations: new techniques and clinical possibilities. Case reports. Quintessence Int 2002; 33: 337-346.
5. Gross L, Griffen AL, Casamassino PS. Compomers as class II restorations in primary molars. Pediatric dentistry 2001; 23: 24-27.

Pênfigo vulgar: apresentação de um caso clínico

Belmira Falcão

Assistente Hospitalar Graduado

Maria Júlia Diogo

Assistente Hospitalar Graduado

Manuel Falcão

Assistente Hospitalar Graduado

Resumo

O pênfigo vulgar é uma doença auto-imune que atinge as mucosas e pele e que pode ser potencialmente fatal. O seu prognóstico depende do diagnóstico precoce e dum início atempado da terapêutica. O médico estomatologista desempenha um papel importante nesta patologia visto que em mais de metade dos casos a primeira manifestação da doença ocorre na cavidade oral. Com base num caso clínico, este artigo faz uma breve revisão sobre a doença.

Abstract:

Penphigus vulgaris is an auto-immune disease that affects the skin and mucosae that can be potentially fatal. Its prognosis depends on the time of diagnosis as well as on a rapid therapeutic intervention. The stomatologist plays an important part in this pathology as over half of the first manifestations of the disease occur in the oral cavity. Using a case study as a basis, this article reviews the main issues of this disease.

Caso Clínico

Homem de 60 anos de raça caucasiana que recorre ao Serviço de Urgência de Estomatologia com queixas de dor com os movimentos de deglutição após ruptura de uma bolha de aparecimento repentino no palato mole. À inspeção nota-se uma zona de 1,5cm de diâmetro, eritematosa, coberta em parte com uma flictena, no palato mole e úvula. Não apresentava qualquer outra manifestação semelhante, nem na boca nem na pele. À pressão sobre a pele não se obteve o sinal de Nikolsky. Foi feita biópsia. Na história progressa refere um episódio semelhante, cinco meses antes, mas menos limitante a que não atribuiu importância e que evoluiu para a cura sem tratamento. Foi posto o diagnóstico de presunção de pênfigo vulgar. O doente foi internado em

Dermatologia. O resultado da biópsia confirmou a suspeita de diagnóstico. No internamento verificou-se novo episódio de bolhas na cavidade oral e distribuídas pelo couro cabeludo, axilas e tronco.



Figura 1: Bolha de pênfigo vulgar na gengiva.



Figura 2: Erosão resultante de ruptura de bolha de pênfigo vulgar na mucosa jugal



Figura 3: Lesões bolhosas na fase medial do braço

Introdução

O pênfigo vulgar é uma doença com manifestações cutâneo-mucosas, autoimune, tendo como característica clínica o aparecimento de bolhas na pele e mucosas. Antes do aparecimento dos corticosteróides o desenlace da doença era quase sempre fatal em menos de 5 anos. A sua incidência oscila entre os 0,5 e os 3,2 por 100.000 habitantes com atingimento igual em ambos os sexos, sendo maior na 5.^a década de vida e rara em jovens¹. Nos judeus a incidência é de 2,7 por 100.000 devido a um componente hereditário associado a certos grupos do complexo maior de histocompatibilidade (HLA-DR4 e HLA-DRw6) mais frequentes nesta população^{1,2}.

Um dado importante é que em 50-60% dos casos a primeira manifestação ocorre na cavidade oral variando entre meses a dois anos o aparecimento de bolhas em outras partes do corpo³ usualmente distribuídas pelo couro cabeludo, pescoço, tronco e superfícies de flexão. São raros os casos em que a primeira manifestação ocorre nas mucosas genital ou anal, no entanto, geralmente estas mucosas também são atingidas em estadios mais avançados da doença

Em metade dos casos a boca é o único local onde existem estas lesões. Facilmente se compreende a importância que a estomatologia tem no diagnóstico precoce desta doença para assim possibilitar um tratamento mais conservador e eficaz que conduz a um melhor prognóstico.

Patofisiologia

O pênfigo vulgar é uma doença auto-imune caracterizada pela presença de auto-anticorpos contra moléculas de adesão celular presentes na pele e nas membranas mucosas. A desmogleína 3, uma proteína pertencente à super-família das caderinas de adesão molecular dependentes do cálcio, é o antígeno^{2,4,5}. Os anticorpos provocam a acantólise (perda de coesão) da epiderme aparentemente por uma diminuição da função adesiva do antígeno. A ligação dos anticorpos à desmogleína 3 activa o sistema de complemento e o activador do plasmínogénio na superfície celular o que também poderá contribuir para o processo patológico. Em alguns casos co-existem anticorpos anti-desmogleína 1 (o antígeno do pênfigo foliáceo) o que poderá estar associado a uma maior gravidade da doença⁴.

Histologicamente a lesão apresenta-se como uma vesícula intraepidérmica supra-basal. Não existe uma ruptura entre o epitélio e a membrana basal subjacente e o infiltrado inflamatório geralmente é escasso ou está ausente.

A imunofluorescência directa mostra depósitos de IgG nos espaços intercelulares dos

queratinócitos. A imunofluorescência indirecta (utilizando o soro do doente e esfago de macaco como substrato) é positiva em mais de 90% dos casos⁶.

Clínica

Caracteristicamente, o pênfigo vulgar manifesta-se por lesões vesiculo-bolhosas frágeis que subsequentemente rompem e originam erosões. Em mais de 50% dos casos a primeira manifestação da doença é através de lesões dolorosas na mucosa oral, nomeadamente na mucosa oral posterior e nas gengivas⁴. As dores podem interferir com a alimentação do doente. Quando o doente recorre ao estomatologista as lesões geralmente já se encontram na fase erosiva. Por vezes o diagnóstico diferencial entre gengivite crónica descamativa ou lesões provocadas por herpes simplex é difícil^{2,4}. Durante a progressão da doença, as erosões vão ocupando toda a mucosa.

Qualquer mucosa com epitélio estratificado escamoso poderá estar afectada. Em muitos doentes, a doença só atinge as mucosas e a pele permanece íntegra. Quando existe envolvimento cutâneo, o sinal de Nikolsky (lesão epidérmica através da aplicação de pressão lateral) está muitas vezes presente na região afectada. As localizações mais frequentes das bolhas são no couro cabeludo, pescoço, tórax e nas áreas de flexão. Estas são as manifestações mais graves da doença que na fase final da sua progressão pode atingir o envolvimento generalizado.

A evolução natural da doença é progressiva, e antes do aparecimento da corticoterapia era muitas vezes fatal em menos de 5 anos por desidratação, desequilíbrios hidroelectrolíticos e principalmente por sepsis^{4,5}.

Actualmente são considerados critérios de diagnóstico para o pênfigo vulgar, uma clínica característica, evidência histológica de acantólise intra-epitelial, evidência de anticorpos IgG nas superfícies celulares do epitélio afectado detectado por imunofluorescência, e, evidência de anticorpos anti-epiteliais cir-

culantes detectados por imunofluorescência indirecta⁴.

A citologia das lesões não é suficiente para se estabelecer o diagnóstico definitivo por isso deverão ser realizadas biópsias.

Tratamento

O tratamento do pênfigo vulgar deverá estar a cargo do estomatologista e do dermatologista ou do internista.

Para o tratamento das lesões dolorosas da boca devem ser utilizados anestésicos locais para permitir a mastigação e a deglutição aos doentes.

Actualmente existem várias modalidades para a terapêutica sistémica desta doença, todas com o objectivo de diminuir a síntese de anticorpos circulantes. A corticoterapia sistémica continua a ser uma arma fundamental na luta contra esta doença, visto que a sua utilização induz remissões rápidas na maioria dos pacientes. A sua utilização tópica gera alguma controvérsia, havendo autores que dizem que não tem qualquer tipo de utilidade no tratamento do pênfigo. A monoterapia com corticóides só poderá controlar um número pequeno de doentes porque em alguns casos as doses necessárias para manter a remissão são tão altas que os efeitos secundários provocados pela terapia não são aceitáveis^{4,6}. Por isso é necessário recorrer muitas vezes a outros fármacos imunossopressores como a azatioprina, metotrexato, e o micofenolato mofetil. A ciclofosfamida é o fármaco com maior eficácia no controlo do pênfigo mas a sua elevada toxicidade limita muito o seu uso para os casos refractários a outras terapêuticas⁴. A melhoria rápida de um caso muito agressivo poderá ser realizado através da remoção física dos anticorpos circulantes através de plasmafereze⁴.

Outros agentes que foram utilizados com sucesso no tratamento do pênfigo incluem a ciclosporina, clorambucil, dapsone, sais de ouro e imunoglobulinas endovenosas⁶.

Com a evolução da terapêutica a taxa de mortalidade do pênfigo vulgar hoje em dia

é inferior a 10%. A maioria das mortes relacionadas com o pênfigo ocorrem durante o primeiro ano da doença e muitos dos casos fatais estão associados a iatrogenia^{4,6}. São factores de pior prognóstico a idade avançada, extensão da doença e duração da doença antes do início do tratamento⁵. A diminuição dramática da mortalidade não se deve somente à melhoria das opções terapêuticas mas também ao diagnóstico mais precoce e ao início precoce da terapêutica.

Abordagem do doente neste caso clínico

O doente foi internado no Serviço de Dermatologia onde iniciou terapêutica com dose máxima sugerida de prednisolona (1mg/kg/dia)⁴ por via oral. As suas lesões cutâneas generalizadas secaram. O doente teve alta passado sete dias orientado para a consulta de dermatologia na semana seguinte para reavaliação e para ajuste da dosagem da corticoterapia.

Bibliografia

1. Blanco VM, Chimenos-Küstner E, Herrera RC, Ayté LB, Escoda CG. Consideraciones odontoestomatológicas frente al tratamiento del pênfigo vulgar. Revista portuguesa de estomatologia e cirurgia maxilofacial. 1996, vol. 37 número 4: 201-213.
2. Fauci; Braunwald et al. Immunologically mediated skin diseases - Harrison's principle's of internal medicine; 15th Edition McGraw Hill 2001
3. Bascones A, Cerero R, Esparz G. Lesiones Patología de la mucosa oral. Ediciones Avances Medico-Dentales.
4. Nousari GN, Anhal GJ; Pemphigous and bullous pemphigoid. Lancet 1999; 354:667-772
5. Stites DP, Terr AI, Parslow TG. Immune-mediated dermatologic diseases – Medical Immunology – 9th edition, Appleton & Lange, 1997
6. Fellner MJ; Sapadin AN. Current therapy of pephigus vulgaris. The Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 68 Nos. 4& 5 September/October 2001: 268-278

Jesus Silva

Assistente Hospitalar de Estomatologia
Serviço de Estomatologia
Hospital da Marinha

Carlos Cardoso

Chefe de Serviço
Serviço de Estomatologia
Hospital da Marinha

Sumário

A raridade do Granuloma Eosinófilo, localizado aos maxilares, levaram os autores a apresentar o caso clínico e o seu tratamento com radioterapia.

Palavras-chave: Histiocitose X, Granuloma Eosinófilo, Radioterapia

Abstract

The rarity of Eosinophilic Granuloma, located at jaws, induced the authors to present a clinical case and its treatment with radiotherapy.

Key-words: Histiocytosis X, Eosinophilic Granuloma, Radiation Therapy

Introdução

O sistema reticuloendotelial existe em todas as estruturas mesenquimatosas do organismo. Das suas múltiplas funções destaca-se a fagocitose, nomeadamente de produtos metabólicos secundários intra-ósseos, normais e anómalos. Esta função determina um grupo de doenças denominado reticuloendotelioses.

As reticuloendotelioses caracterizam-se por colecções focais de histiócitos, distribuídas por diversos órgãos e que se classificam convencionalmente em reticuloendotelioses lipídicas e não lipídicas. Na forma não lipídica, também denominada histiocitose X, encontram-se, principalmente, os histiócitos que fagocitam colesterol circulante. As formas lipídicas são, fundamentalmente, transtornos do metabolismo lipídico.

A denominação de histiocitose X foi proposta por Lichtenstein, em 1953, e agrupava afecções clinicamente distintas, em função da idade, disseminação e evolução. Eram elas:

1. Doença de Letterer-Siwe, forma disseminada sub-aguda, progressiva e fatal, ocorrendo, mais frequentemente em crianças com idade inferior a 3 anos.
2. Doença de Hand-Schuller-Christian, forma crónica disseminada, progressiva, que é, essencialmente, uma xantomatose óssea e que se manifesta por uma tríade característica compreendendo diabetes insípida, exoftalmia e lacunas ósseas, sobretudo craneanas (ossos membranosos). Normalmente, afecta crianças com idade superior a 3 anos.
3. Granuloma eosinófilo, forma crónica, de localização óssea, única ou múltipla, que aparece sobretudo nas crianças e adolescentes ^{6, 9, 14, 16}.

Em 1986, Nesbit ⁽¹²⁾, propõe a substituição da denominação histiocitose X por "Histiocitose Langerhansienne" ou "Histiocitose de células de Langerhans", justificando-a não só pelo facto de essa célula existir nas três formas clínicas englobadas na denominação de histiocitose X mas, também, pelo facto de a entidade clínica conhecida como

reticulo-histiocitose congénita auto-involutiva ou doença de Hashimoto-Pritzker não estar nela englobada e, à sua semelhança, apresentar uma proliferação de células de langerhans. A sua importância estomatológica reside no facto de o complexo maxilo-mandibular poder ser primária ou secundariamente atingido, como no caso presente ⁽¹⁷⁾.

Caso Clínico

JMMC, sexo masculino, raça branca, 29 anos de idade, casado, músico de profissão, natural e residente em Lisboa.

Em Junho de 1993, o doente procura consulta de estomatologia por odontalgia persistente a nível do 4º quadrante, atribuída a fenómeno eruptivo de 4.8, assimetria facial esquerda e fistula vestibular na zona correspondente a 3.8 já extraído. É, então, enviado à consulta de cirurgia oral, medicado com Amoxicilina e Nolotil*. Foi-lhe requisitada uma Ortopantomografia.

Na sua história clínica, apresentava já extracção de 3.8 incluso, cerca de 2 anos antes, por queixas semelhantes, seguida de processo cicatricial difícil, doloroso e que implicou a realização de curetagem alveolar, sob anestesia local, primeiro, e curetagem alveolar alargada, com extracção de 3.7, sob anestesia geral, numa segunda vez. Nesta última, e na tentativa de uma justificação histopatológica que a clínica não encontrava, foi o material recolhido enviado para análise. Resultado: "Processo inflamatório inespecífico".

Os exames radiográficos pedidos na primeira consulta confirmaram a existência de imagens osteolíticas mandibulares múltiplas: a nível de 4.8 (Fig. 1), região de 3.7 e 3.8, com persistência da loca alveolar do primeiro e apófise coronóide esquerda (Fig. 2). Estes achados levaram à realização de biópsias das zonas osteolíticas dos 3º e 4º quadrantes. Resultado anátomopatológico: "processo inflamatório inespecífico". Porque não ficámos satisfeitos com o mesmo, contactámos pessoalmente a colega anatomo-



Fig. 1 - Imagem osteolítica a nível de 4.8.



Fig. 2 - Imagem osteolítica a nível da apófise coronóide esquerda e na região de 3.7/3.8, com persistência da loca alveolar do primeiro.

patologista e pedimos revisão de lâminas, após justificação clínica para a nossa atitude. O novo resultado foi: "granuloma eosinófilo", confirmado por outro anatomopatologista (Fig. 3). Nesta altura é pedida uma ortopantomografia de controle que demonstra o aumento da área osteolítica a nível de 4.8. É nesta altura, e face ao reaparecimento de dores, aparecimento de mobilidade dentária de 4.8 e de ulceração do rebordo gengival justa colo de 4.8 (Fig. 4) que começamos a pensar em instituir uma terapêutica efectiva.

Discussão

O Granuloma Eosinófilo (GE) é uma lesão caracterizada por proliferação e infiltração de células histiocitárias, sendo mais frequente em crianças e adolescentes ^(14, 15, 16).

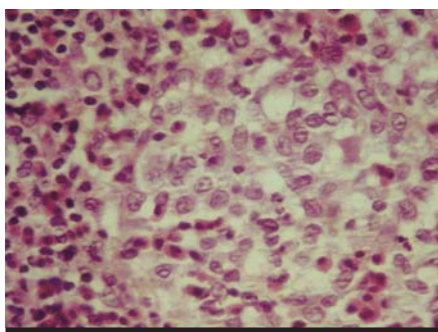


Fig. 3 - Aspecto histológico de Granuloma Eosinófilo.

A incidência é quase duas vezes superior no sexo masculino e mais frequente na raça branca (4, 8, 15). Múltiplos autores (8, 13), refe-



Fig. 4 - Ulceração do rebordo gengival junto ao colo de 4.8.

rem como localização mais frequente o esqueleto cranio-facial, particularmente a mandíbula e a maxila. A região posterior do corpo e ângulos mandibulares são as zonas mais afectadas, tal como sucede no caso vertente.

A etiologia e a patogenia do GE permanecem incertas. Tem-se discutido uma multiplicidade de possibilidades, desde uma resposta a causa infecciosa até à etiologia inflamatória (8), havendo ainda quem defenda o traumatismo recente, como factor predisponente. Outras hipóteses são alterações do metabolismo lipídico, enzimáticas, genéticas ou uma resposta imunitária anómala. Hoje em dia discute-se muito a hipó-

tese de se tratar de uma alteração intrínseca das células de langerhans ou um fenómeno proliferativo clonal destas células.

Clinicamente, no GE, o sintoma oral mais frequente é a tumefacção mandibular. Seguem-se, em importância, a dor, a gengivite e a cicatrização retardada, pós-extracção. Pode, ocasionalmente, ocorrer fractura patológica da mandíbula, parestesias mentoneanas e ulceração da mucosa gengival. No caso que apresentamos, a enfermidade evidenciou-se por sinais e sintomas orais, nomeadamente, dor, tumefacção vestibular no 3º quadrante, mobilidade dentaria de 4.8, ulceração gengival, para além de, na história pregressa podermos valorizar o atraso e complicações verificadas na cicatrização pós-extracção de 3.8 e 3.7.

O aspecto histopatológico próprio do GE é definido pela presença de células de langerhans, que se apresentam com um núcleo celular com estrias profundas, com uma cromatina regular e um citoplasma com grande conteúdo de lípidos (vacúolos). Os marcadores destas células são vários: ultra-estruturais (corpos de Birbeck), histoquímicos (adenosinatrifosfatase), imunológicos (receptores Fc, C3b, CD1) e proteicos (subunidade B da proteína S100).

O aspecto radiológico do GE caracteriza-se por uma osteólise de bordos nítidos, afectando, de início, a região medular mas estendendo-se, progressivamente à parte interna da cortical. A imagem mais típica é a do "dente flutuante", devido à destruição de osso alveolar (8, 13, 15), ou ainda a dos "sequestros em botão", à semelhança do que acontece no caso que apresentamos.

O diagnóstico de GE pode-se suspeitar pela clínica e pela radiologia mas necessita de confirmação histopatológica e/ou histoquímica, tendo-nos nós baseado apenas no primeiro. Para isso realizámos biópsia da zona osteolítica circundando o 4.8.

O diagnóstico diferencial é feito com as lesões apicais e periodontais destrutivas e localizadas, osteomielites, sarcoma de Ewing e carcinoma com participação óssea (15,17).

O prognóstico do GE é extremamente favorável, uma vez que estão descritos casos de cura espontânea ou sob simples curetagem. Contudo, alguns autores, referindo-se à histiocitose X na sua globalidade, apontam como factor de mau prognóstico a idade jovem, inferior a 3 anos (30% de mortalidade), a extensão multi-tecidual (40%) e a presença de uma disfunção hepática, pulmonar ou hematopoiética ⁽¹⁾. Este último caso, para Lahey ⁽¹⁰⁾, condiciona uma mortalidade superior a 50%. A intensidade e a rapidez de resposta ao tratamento são, pelo contrário, segundo Lavin e Osband ⁽¹¹⁾, elementos de prognóstico favorável ^(3, 15, 16, 17). A vigilância desta doença deve ser prolongada, durante, pelo menos, cinco anos ^(15, 16).

Do ponto de vista terapêutico, o GE terá de ser abordado caso a caso, sendo a atitude preferencial, sempre que possível, a abstinência ^(5, 16). Quando isso não for possível, podemos recorrer à cirurgia, radioterapia, quimioterapia e corticoterapia intra-lesional.

A cirurgia consiste na curetagem das lesões e, eventualmente, na extracção de peças dentárias móveis, não vitais e com zonas osteolíticas circundantes.

A radioterapia tem a sua principal indicação nas lesões múltiplas. Embora se use em doses moderadas (10-15 Grays), tem sido discutida, face ao risco de cancro secundário no campo irradiado que, na série de Greenberger ⁽⁷⁾ é de 5%. O seu uso, e porque se trata de pacientes jovens, tem de ter em consideração a possibilidade de ocorrerem atrasos de crescimento e interferência com o desenvolvimento dentário ^(9, 15).

A quimioterapia é mais frequentemente usada nas formas disseminadas ou refractárias a outro tipo de tratamento ⁽¹³⁾. Vários são os agentes usados. McLelland e al. ⁽¹⁾

afirmam que as crianças tratadas com quimioterapia têm uma probabilidade 5 vezes maior de, ao longo da sua vida, virem a desenvolver uma neoplasia maligna.

A corticoterapia intra-lesional tem-se usado nas formas unifocais de GE, com bons resultados ⁽¹⁵⁾. A droga mais usada é a metilprednisolona.

No nosso caso clínico, em função dos antecedentes, da evolução da lesão circundando o 4.8 e da idade e profissão do paciente optámos pelo tratamento cirúrgico (extracção de 4.8 e curetagem alveolar mínima) seguido de radioterapia, na dose total de 10 Gy, em 5 fracções. Esta decisão terapêutica foi tomada após consulta da bibliografia disponível e troca de impressões com colegas das áreas de radioterapia e quimioterapia, pois que, tratando-se de uma situação rara, não há grande experiência clínica.

Um mês após ter terminado a radioterapia, o doente encontra-se bem, sem queixas e já sem assimetria da face. Desapareceu a ulceração gengival e a regeneração óssea está a decorrer favoravelmente (Fig. 5).

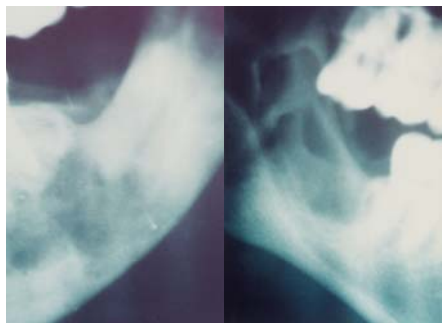


Fig. 5 - Regeneração óssea a decorrer favoravelmente nos 3º e 4º quadrantes.

Bibliografia

1. Benz-Lemoine E.: Facteurs de pronostic dans L'Histiocytose X. Ann Pédiatr (Paris), 36, n° 8: 499 - 503, 1989.
2. Bonifazi E: Place des Histiocytoses Auto-involutives au Sein des Histiocytoses Langerhansiennes. Ann. Dermatol. Venereol. 119: 397 - 402, 1992.
3. Breton JC: Histiocytoses Langerhansiennes de L'adulte. La Press Médicale 22 (n° 3): 101 - 103, 1993.
4. Conway WF, Hayes CW: Miscellaneous Lesions of Bone. In: Radiologic Clinics of North America, volume 31, number 2, March 1993.
5. Finidori G, Daussange J, Nezelof C et al : Histiocytose X. Encycl Med Chir (Paris), Appareil Locomoteur, 11 - 1980, 14030 C60.
6. Gibilisco JA, Eugene EK, Stafore EC: Oral Radiographic Manifestations of Systemic Disease. In: Oral Radiographic Diagnosis, by Gibilisco DA, 250 - 323, WB Saunders Company, 5ª ed., 1985.
7. Greenberger JS, Crocker AC, Vawter G et al : Results of Treatment of 127 Patients With SYstemic Histiocytosis. Médecine 60: 311- 338, 1981.
8. Hartman KS: Histiocytosis X: A Review of 114 Cases With Oral Involvement. Oral Surgery 49: 38 - 54 , 1980.
9. Kaban LB: Agressive Jaw Tumors in Children. In: Malignant Tumors of the Maxilofacial Region - Oral and Maxilofacial Surgery Clinics, 259 - 262, May 1993.
10. Lahey ME: Prognostic Factors in Histiocytosis X. Am J Pediatr Hematol Oncol 3: 57 - 60, 1981.
11. Lavin PT, Osband ME: Evaluating the Role of Therapy in Histiocytosis X: clinical, studies, staging and scoring. Hemat Oncol Clin North Am 1: 35 - 47, 1987.
12. Nesbit ME Jr: Current Concepts and Treatment of Histiocytosis X (Langerhans Cell Histiocytosis). In: Cancer in Children, Clinical Manegement (Voute PA, Ed). 2nd Edit. Springer-Verlag, Heidelberg, 1986.
13. Peterson DE, Elias EG, Souis ST: Non Mucosal Neoplasms of the Maxilofacial Region. In: Head and Neck Management of the Cancer Patient, 245 - 246, Martinus Nijhoff Publishing, Boston, 1986.
14. Scopp IW: Oral Manifestations of Metabolic Disease. In: Oral Medicine - A Clinical Aproach with Basic Science Correlation, 241 - 249, C. V. Mosby Company, 1969.
15. Sebastian JVB, Jovani IS, Mayordom FG et al: Granuloma Eosinófilo de los Maxilares. Presentation de dos casos. Revista Europea de Odontoestomatologia II (2): 121 - 127, 1990.
16. Sessa S, Sommelet D, Gabet F et al: Les Localisations Osseuses de L'histiocitose X. Revue de Chirurgie Orthopedique 78: 112 - 123 , 1992.
17. Tommasi AF: Manifestações Bucais de Doenças Sistémicas. In:Diagnostico em Patologia Bucal. 2ª Ed, Pancast Editora: 527 - 558 1989.

Mixoma odontogénico do maxilar: a propósito de um caso clínico

Viana da Silva V.

Interno Complementar de Estomatologia

Gouveia M.

Assistente de Estomatologia

Dias L.

Assistente de ORL

Barroso A.

Assistente de ORL

Azevedo J.

Director do Serviço de Estomatologia

Hospital São Marcos – Braga

Sumário

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 70 anos de idade que recorreu à urgência do Hospital São Marcos por apresentar uma dor hemifacial à esquerda. Foi-lhe diagnosticado um mixoma odontogénico localizado na protuberância maxilar esquerda, em aparente relação com o dente do siso incluído, com invasão tumoral do seio maxilar esquerdo. A propósito deste caso clínico fazem uma revisão da literatura sobre o mixoma odontogénico.

Palavras-chave: mixoma odontogénico, seio maxilar, dente incluído

Summary

The authors present a case report concerning a 70-year-old woman who came to the Hospital São Marcos since she suffered from left hemifacial pain. She was diagnosed an odontogenic myxoma located in the left maxillary tuberosity, in apparent relationship with the impacted third molar, presenting tumoral invasion of the left maxillary sinus. They also revise the literature related to the case referred above.

Key-words: odontogenic myxoma, maxillary sinus, impacted third molar

Caso clínico

Trata-se de uma doente de 70 anos de idade, raça caucasiana, que recorreu ao SU do Hospital São Marcos (HSM) em 23/6/2000 por apresentar uma dor a nível da hemiface esquerda. Foi observada por Estomatologia, tendo sido realizada uma ortopantomografia que mostrou o dente do siso 28 incluído em posição distoangular, cujo limite inferior coronário se encontrava a nível dos ápices das raízes do 2º molar (fig. 1). Havia alguma evidência de reabsorção coronária do dente incluído, não sendo aparente qualquer outra lesão associada.



Fig 1. Ortopantomografia.

A doente apresentava como antecedentes patológicos uma hipertensão arterial essencial e uma histerectomia por fibroma uterino. Estava medicada habitualmente com Balcor® retard, Lasix® e Vastarel®.

O exame da cavidade oral não mostrava qualquer lesão ou tumefacção e só apresentava o dente 27 na arcada maxilar. O restante exame físico foi também normal.

Como exames complementares pré-operatórios foram pedidos um ECG, uma radiografia pulmonar e um estudo analítico que apresentaram todos resultados normais.

Em 15/2/2001 foi efectuada a extracção do siso incluso sob anestesia geral, dada a posição ser relativamente alta; procedeu-se igualmente à extracção do dente 27. Durante as extracções foi detectada a presença de uma massa tumoral envolvendo a coroa do dente incluso, de aspecto gelatinoso, pelo que foi recolhido tecido para exame histológico. O resultado revelou a presença de uma “neoplasia hipocelular com estroma mixóide e laxo, no seio do qual se observam células fusiformes ou estreladas sem atipia e não se observando figuras de mitose – Mixoma Odontogénico” (fig. 2).

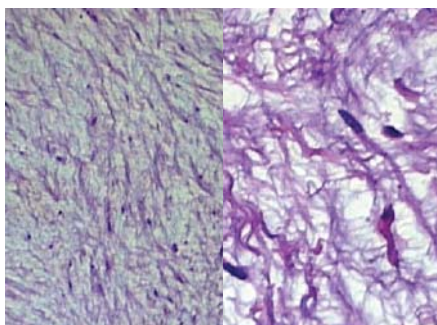


Fig 2. Aspecto histológico da lesão pela coloração com hematoxilina + eosina: 100x (esq.) e 400x (dta.).

Perante este diagnóstico foi pedida uma TAC que revelou a presença de “lesão de aspecto quístico com expressão no seio maxi-

lar, apresentando bordos escleróticos e com septos de aspecto calcificado no seu interior” (fig. 3).

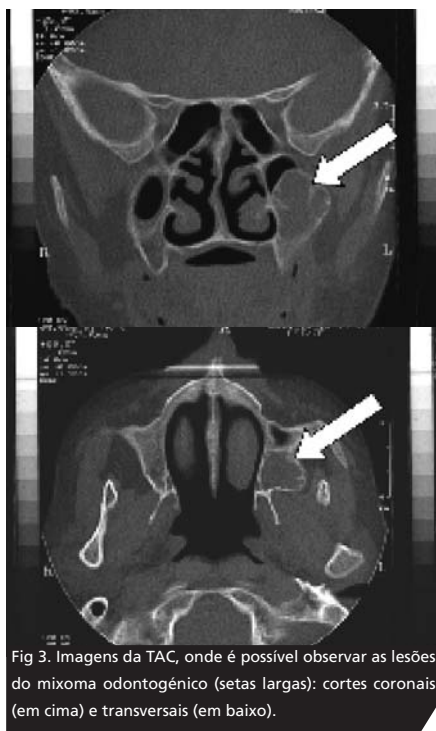


Fig 3. Imagens da TAC, onde é possível observar as lesões do mixoma odontogénico (setas largas): cortes coronais (em cima) e transversais (em baixo).

Uma vez que a massa tumoral invadia o seio maxilar esquerdo foi pedida a colaboração do Serviço de ORL que procedeu à exérese completa do mixoma pela via de Caldwell-Luc.

Actualmente a doente encontra-se assintomática, mantendo-se sob vigilância em consultas hospitalares regulares, uma vez que o índice de recidiva destas lesões é elevado.

Revisão

O mixoma odontogénico é um tumor dos maxilares que, aparentemente, tem origem na porção mesenquimatosa do gérmen

dentário, ou seja, da papila dentária, do foliculo ou do ligamento periodontal¹⁰.

Não existe evidência absoluta de que a lesão seja odontogénica, mas esta parece ser a origem mais provável devido à sua frequente ocorrência nos maxilares e à ausência quase universal em qualquer outro osso do esqueleto^{10,16}.

O mixoma odontogénico ocorre mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida⁶. Raramente ocorre antes dos 10 anos ou após os 50 anos de idade. Representam em média cerca de 8% dos tumores odontogénicos e estes representam 0,8% dos tumores da cabeça e pescoço¹.

Não há predilecção pelo sexo e há uma leve preferência pela mandíbula⁶. Quase todos os casos estão associados à ausência de dentes ou dentes inclusos. Somente 5% dos mixomas odontogénicos estão relacionados com dentes inclusos⁶.

O mixoma odontogénico é uma lesão central dos maxilares que causa expansão do osso e pode causar destruição da sua cortical. Excepcionalmente o mixoma odontogénico é uma lesão periférica e neste caso aparece quase sempre na gengiva¹⁷.

Características radiológicas

Em alguns casos a radiografia – ortopantomografia – pode mostrar o osso com aspecto mosqueado ou em “favo-de-mel”, enquanto noutros pode aparecer como uma lesão radiotransparente expansiva e destrutiva que pode ter um aspecto uni ou multilocular^{6,7,13}. O deslocamento dos dentes pela massa tumoral é um achado relativamente comum, porém a reabsorção radicular não o é. A invasão do seio maxilar é

uma ocorrência frequente em lesões do maxilar.

Encontram-se múltiplas referências à ressonância magnética nuclear (RMN) no mixoma. Em geral, os mixomas odontogénicos apresentam hipo ou sinal intermédio em T1 e hipersinal em T2. Porém, estão descritos casos com hipersinal em T1 e hiposinal em T2, que pode ser explicado pela viscosidade da substância mucóide ou da densidade de proteínas do tumor⁸.

Características histológicas

O mixoma é constituído por células fusiformes ou estreladas dispostas frouxamente, muitas das quais mostram longos prolongamentos fibrilares que tendem a formar uma rede⁹. O estroma não é muito celular e as células presentes não mostram evidência de actividade significativa (pleomorfismo, nucléolos proeminentes ou figuras de mitose). Raramente são encontrados ninhos de células do epitélio odontogénico⁹.

Tratamento e prognóstico

O tratamento do mixoma odontogénico é a exérese cirúrgica seguida de cauterização. As lesões extensas podem exigir a ressecção de parte do maxilar. Alguns autores propõem o uso de crioterapia com azoto líquido no sentido de evitar a recidiva¹⁴.

O prognóstico é bom, embora se trate de uma lesão localmente agressiva e com índice de recidiva elevado, de até cerca de 25%.

Uma forma francamente maligna deste tumor – mixossarcoma odontogénico – é conhecida mas é extremamente rara¹².

Bibliografia

1. Auriol M, Chomette G, Martino R, Bertrand JC, Guilbert F. [Odontogenic myxoma. A histoenzymologic and ultrastructural study. Apropos of 5 cases] : *J Biol Buccale* 1986 Sep; 14(3):215-22
2. Gorlin RY, Chaudhry. Odontogenic tumors. Classification, histopathology, and clinical behavior in man and domesticated animals. *Cancer*, 14: 73, 1961
3. Gorlin RY, Meskin LH, Brodey R. Odontogenic tumor in man and animals: pathologic classification and clinical behavior – a review. *Am NY Acad Sci*, 108: 722, 1963
4. Harrison MG, O'Neill ID, Chadwick BL. Odontogenic myxoma in an adolescent with tuberous sclerosis. *J Oral Pathol Med* 1997 Aug; 26(7):339-41
5. Hernandez Vallejo G, Cohn C, Garcia Penin A, Martinez Lara S, Llanes Menendez F, Montalvo Moreno JJ. [Myxoma of the jaws. Report of three cases.] : *Med Oral* 2001 Mar-Apr; 6(2):106-13
6. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol* 1997 Sep; 26(5):299-303
7. Katz JO, Underhill TE. Multilocular radiolucencies. *Dent Clin North Am* 1994 Jan; 38(1):63-81
8. Kawai T, Murakami S, Nishiyama H, Kishino M, Sakuda M, Fuchihata H. Diagnostic imaging for a case of maxillary myxoma with a review of the magnetic resonance images of myxoid lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Oct; 84(4):449-54
9. Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996 Oct; 82(4):426-33
10. Lombardi T, Samson J, Bernard JP, Di Felice R, Fiore-Donno G, Muhlhauser J, Maggiano N. Comparative immunohistochemical analysis between jaw myxoma and mesenchymal cells of tooth germ. *Pathol Res Pract* 1992 Feb; 188(1-2):141-4
11. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, Meneses-Garcia A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Dec; 84(6):672-5
12. Pahl S, Henn W, Binger T, Stein U, Remberger K. Malignant odontogenic myxoma of the maxilla: case with cytogenetic confirmation. *J Laryngol Otol* 2000 Jul; 114(7):533-5
13. Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma—a radiographic study of 21 tumours. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994 Oct; 32(5):298-302
14. Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy: *J Calif Dent Assoc* 1995 Dec; 23(12):54-7
15. Regezi JA. Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibroosseous, and giant cell lesions of the jaws. *Mod Pathol* 2002 Mar; 15(3):331-41
16. Schmidt-Westhausen A, Becker J, Schuppan D, Burkhardt A, Reichart PA. Odontogenic myxoma—characterisation of the extracellular matrix (ECM) of the tumour stroma. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994 Nov; 30B(6):377-80
17. Shimoyama T, Horie N, Kato T, Tojo T, Nasu D, Kaneko T, Ide F. Soft tissue myxoma of the gingiva: report of a case and review of the literature of soft tissue myxoma in the oral region. : *J Oral Sci* 2000 Jun; 42(2):107-9
18. Suarez PA, Batsakis JG, El-Naggar AK. Don't confuse dental soft tissues with odontogenic tumors. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996 Jun; 105(6):490-4
19. Thoma KH, and Goldman HM. Odontogenic tumors: a classification based on observations of the epithelial, mesenchymal and mixed varieties. *Am J Pathol*, 22: 433, 1946

Resumo

No tratamento ortodôntico-cirúrgico é necessário desenvolver o equilíbrio morfológico da face e funcional do sistema mastigatório. Os princípios de gnatologia são importantes na determinação da posição condilar para fazer o planeamento dos tratamentos.

Pretende-se demonstrar a necessidade da montagem no articulador de modelos de estudo em relação cêntrica, para fazer o diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico-cirúrgico, definindo um prognóstico mais preciso. Para obter um adequado posicionamento condilar em relação cêntrica, ao longo do tratamento, recorre-se ao uso de goteiras oclusais, conseguindo assim uma melhor estabilidade da articulação têmporo-mandibular.

A utilização do indicador de posição mandibular (IPM), permite quantificar e registar a posição condilar em oclusão cêntrica e em relação cêntrica de uma forma segura.

Com esta metodologia pretende-se atingir uma melhor estabilidade oclusal.

Palavras-chave: IPM; relação cêntrica; oclusão cêntrica; posição condilar; discrepância OC-RC; deslizamento cêntrico; goteira oclusal.

Summary

In orthodontic surgery, it is necessary to develop both the morphological equilibrium of the face and the functional mastigatory system. In order to plan the treatment, gnathological principles are important in the determination of the condilar position.

One objective of this paper is to demonstrate how the study model articulator set-up is used to make the diagnosis and orthodontic surgical plan in order to achieve an adequate condilar position in the centric relation. During the treatment, occlusal splints are used, enabling us to obtain better temporomandibular articulation stability.

The use of the mandibular position indicator (MPI), allows us to quantify and register a condilar position in centric occlusion and in centric relation safely.

The aim of this method is to reach better occlusal stability.

Key-words: MPI; centric relation; centric occlusion; condilar position; CO-CR discrepancy; centric slide; occlusal splint.

Introdução

Entre outros objectivos nos tratamentos ortodôntico-cirúrgicos, há a necessidade de ter em conta a posição músculo-esquelética estável dos côndilos na fossa mandibular.

Um método para determinar essa posição é a técnica de manipulação bimanual bilateral (1,2). O mesmo efeito pode ser conseguido com a palheta de medida (leaf gauger) usando os próprios músculos elevadores da mastigação, que irão assentar os côndilos

na fossa mandibular, numa posição mais anterior e superior (3).

O método que utiliza a axiografia, tem a vantagem de representar directamente a posição do eixo de bisagra, na sua relação com a trajectória do mesmo em oclusão ou não oclusão (4,5).

Para que estes métodos se tornem úteis, é importante que clinicamente seja possível localizar esta posição de uma forma repetida e com segurança, o que depende em grande parte da perícia técnica do profissional. Outra questão a ter em conta é a dificuldade de traçar de uma forma documentada as trajectórias e deslocamentos dos côndilos de uma forma reproduzível e quantificada. Não permitem, no entanto, estes métodos quantificar o deslocamento dos côndilos quando não se encontram nessa posição ideal.

As primeiras medições indirectas, utilizando modelos de estudo das relações inter-maxilares, remontam a Theilemann, em 1939, utilizando o Spiegle-Kinometer (6).

Actualmente podemos utilizar o indicador da posição mandibular (IPM), que é um instrumento adicional do articulador SAM que regista graficamente os deslocamentos da mandíbula nos três planos do espaço, permitindo determinar num traçado os registos da posição condilar em relação cêntrica e em oclusão cêntrica (7,8).

Material e métodos

São analisados dois modelos de estudo de pacientes que necessitam fazer tratamento ortodôntico-cirúrgico, um na fase de determinação do diagnóstico e outro na fase de planeamento do tempo cirúrgico.

Procedeu-se à elaboração de moldagens das arcadas dentárias superior e inferior com hidrocolóide irreversível, utilizando moldeiras padronizadas perfuradas. Previamente colocaram-se, sempre que necessário, tiras de cera a recobrir os braquetes, para permitir uma melhor desinserção das

moldagens. As moldagens foram preenchidas com gesso tipo IV. Para a montagem do modelo superior foi utilizado o articulador SAM 3, o arco de transferência Axioquick (com a respectiva conexão para a forquilha, forquilha oclusal, suporte para a glabella e olivas para os ouvidos com cápsulas higiénicas), *bite-tabs*, *bisturi X-Acto*, rolos de algodão e mesa de transferência. Este modelo era separado na base, com ajuste obtido com *split-cast*. No registo da relação cêntrica foi usada cera de Delar (Fig. 1), e no registo da oclusão cêntrica cera Moyco extra-dura (Fig. 2). Na montagem do modelo inferior foram utilizadas as ceras de registo da relação cêntrica e o suporte de montagem do articulador SAM 3.



Fig.1 – Ceras de relação cêntrica.

Para determinar graficamente a posição condilar em OC e RC foi utilizado o Indicador da Posição Mandibular (SAM Präzisionstechnik, München, Germany).



Fig. 2 – Cera de oclusão cêntrica.

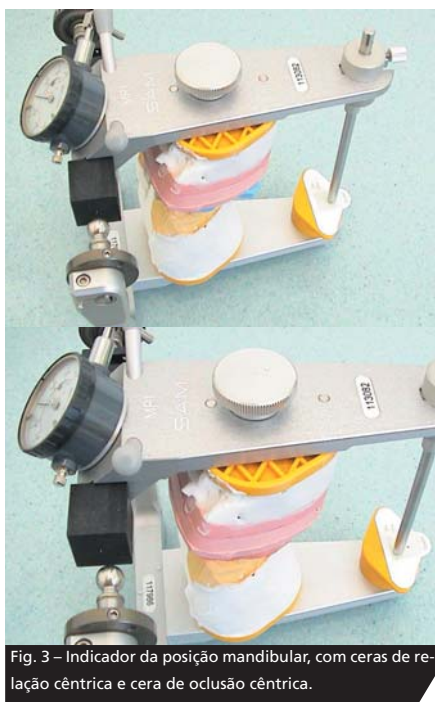


Fig. 3 – Indicador da posição mandibular, com ceras de relação cêntrica e cera de oclusão cêntrica.

Para isso, desmonta-se o modelo superior do ramo superior do articulador SAM 3, fixando-o de seguida ao IPM (Fig. -3).

Adapta-se o modelo superior ao inferior, tendo em conta as ceras de relação cêntrica, e regista-se sobre a mesa incisal, em papel milimétrico padronizado previamente colado, a posição do pino incisal do IPM que é pressionado com a interposição de papel de articular azul.

Adapta-se de novo o modelo superior ao inferior, interpondo-se entre os modelos a cera de oclusão cêntrica, e regista-se como anteriormente a nova posição do pino incisal, agora com papel de articular vermelho.

Fez-se deste modo o registo da posição da mandíbula no plano horizontal no sentido ântero-posterior e látero-lateral.

Mantendo o modelo superior em contacto com o inferior, tendo ainda como referên-

cia a cera de oclusão cêntrica, realiza-se o registo da posição condilar que é efectuado na face externa dos cubos de plástico do IPM, que substituem as cavidades correspondentes às fossas mandibulares do articulador (Fig. 4). Nestes cubos, que têm mobilidade transversal, há uma pequena agulha que perfura o centro da sua face externa, assim como uma folha de papel milimétrico padronizada adesiva aí colocada, determinando-se dessa forma a posição de relação cêntrica no plano sagital. Lateralizando os cubos contra os côndilos do ramo inferior, interpondo de novo papel de articular vermelho, marcamos novamente o papel milimétrico obtendo assim a posição de oclusão cêntrica no plano sagital. Regista-se deste modo a posição condilar em RC e OC no plano sagital, obtendo assim as discrepâncias de posição no sentido vertical e ântero-posterior.

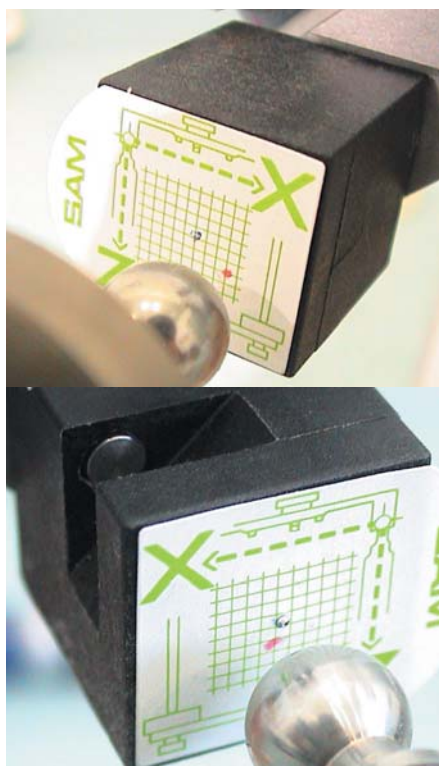


Fig. 4 – Registo da posição condilar no plano sagital.

Nos autocolantes de papel milimétrico adaptados aos cubos definem-se as deslocções do cndilo no sentido vertical (eixo ZZ') e no sentido ântero-posterior (eixo XX'), sendo os registos interpretados independentemente para cada cndilo, que podem ter distintas variações correspondentes aos seus diversos deslocamentos. Em geral as deslocções fazem-se para baixo, podendo ser com um componente anterior ou posterior.

No autocolante da mesa incisal pode-se fazer uma leitura no sentido ântero-posterior e lateral, analisando unicamente os desvios, tendo sempre em conta que as deslocções dizem respeito ao sector incisivo, mas muito ampliadas.

O registo das alterações transversais à esquerda ou à direita da posição condilar, em milímetros e décimos de milímetros, são obtidas num mostrador de um aparelho de medição do IPM, que é activado por uma extensão que o liga a uma ranhura existente no cubo do lado esquerdo. Esta extensão tem uma mola que empurra aquele cubo até este fazer contacto com o cndilo esquerdo do ramo inferior, registando a distância no sentido transversal entre a relação cêntrica e a oclusão cêntrica (Fig. 5).

As variações no plano transversal (YY'), analisadas no mostrador do aparelho de medição do IPM, são com desvio do cndilo para a direita se aparecem na escala encarnada, e corresponderão a desvios do cndilo à esquerda se aparecem na escala preta.

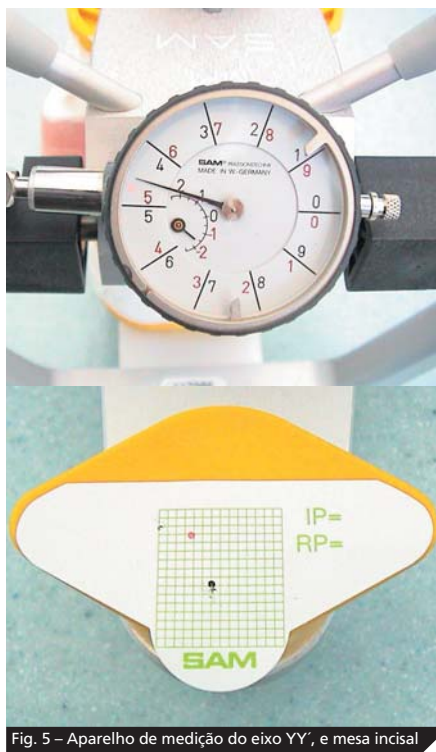


Fig. 5 – Aparelho de medição do eixo YY', e mesa incisal

Resultados

Obteve-se o registo da posição de cada um dos côndilos na posição de relação cêntrica e oclusão cêntrica, verificando os deslocamentos nos três planos do espaço.

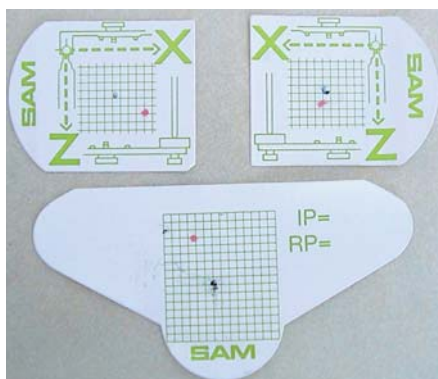


Fig. 6 – Registos no plano sagital e horizontal do primeiro caso clínico.

No primeiro caso clínico, verificou-se a existência de um deslocamento anterior e inferior dos côndilos, que também apresentavam um desvio para a direita (Figs. 5 e 6).

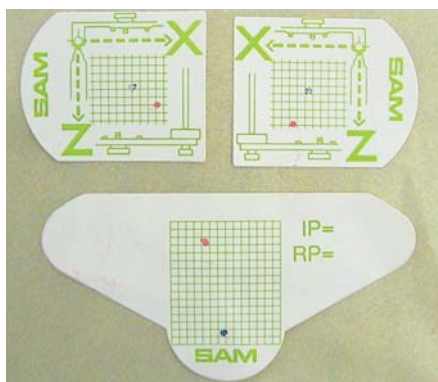


Fig. 7 – Registos no plano sagital, horizontal e sentido transversal do segundo caso clínico.



Fig. 8 – Montagem no articulador em oclusão cêntrica e relação cêntrica do primeiro caso clínico.



Fig. 9 – Montagem no articulador em oclusão cêntrica e relação cêntrica do primeiro caso clínico.



Fig. 10 – Em oclusão em relação cêntrica, no segundo caso clínico, só há contacto entre 2.7 e 3.7.



Fig. 11 – Montagens no articulador em oclusão cêntrica e em relação cêntrica com placa oclusal.

O desvio clínico dos côndilos, na passagem da relação cêntrica à oclusão cêntrica no plano sagital, é de 2 mm no eixo ZZ' e de 4 mm no eixo XX' para o côndilo direito, e de 1,5 mm no eixo ZZ' e de 0,5 mm no eixo XX' para o côndilo esquerdo. O desvio clínico no sentido transversal (eixo dos YY') é de menos 1,54 mm.

No segundo caso clínico, verificou-se também a existência de um deslocamento anterior e inferior dos côndilos, assim como desvio para a direita.

O desvio clínico, é de 2 mm no eixo ZZ' e de 3 mm no eixo XX' do côndilo direito, e de 3,8 mm no eixo ZZ' e 1,8 mm no eixo XX'. No sentido transversal o desvio é de menos 1 mm.

Discussão

A estabilidade é um objectivo fundamental no tratamento ortodôntico e ortognático; a falta de estabilidade é considerada uma complicação, particularmente no que se refere ao aspecto cirúrgico da correcção (9).

Ao estudar um paciente que necessita fazer um tratamento ortodôntico, este deve também ser submetido a um estudo funcional. Pode ser necessário tratar alterações de disfunção têmporo-mandibular e caso haja instabilidade mandibular o tratamento ortodôntico deve incluir esse problema nos objectivos de tratamento. Mas nem sempre a instabilidade condicional alterações disfuncionais, assim como nem sempre os tratamentos são a causa do desaparecimento da sintomatologia do doente, o que poderá estar relacionado com efeito placebo (10).

Um dos critérios para a estabilidade oclusal é termos em oclusão cêntrica os côndilos em relação cêntrica. Caso isso não aconteça pode a mandíbula rodar sobre um fulcro localizado no último dente da arcada, havendo então o assentamento do côndilo na porção mais superior e anterior da fossa mandibular contra a eminência articular (1).

No primeiro caso clínico havia sinais e sintomas de disfunção têmporo-mandibular. Foi

feito estudo funcional que confirmou a existência de falta de estabilidade oclusal. Na montagem dos modelos de estudo em articulador encontrou-se aumento da discrepância entre as arcadas dentárias, determinada pelo componente esquelético, conseqüente ao assentamento condilar (Figs. 8 e 9). Estes resultados transformaram o tratamento de puramente ortodôntico em ortodôntico-cirúrgico.

Tornou-se, assim, importante incluir esse novo dado diagnóstico nos objectivos de tratamento, para se atingir estabilidade da ATM, sendo para isso necessário ter um plano de tratamento baseado numa relação reproduzível côndilo-fossa, o que é apoiado por alguns autores (11).

O indicador da posição mandibular (IPM), ao registar graficamente os deslocamentos da mandíbula nos três planos do espaço, determinando os registos da posição condilar em relação cêntrica e oclusão cêntrica de uma forma repetida e com segurança (7,8), permitiu fazer um diagnóstico mais preciso e, conseqüentemente, um planeamento do tratamento mais correcto.

O deslizamento em cêntrica verificado no IPM, neste caso, vem confirmar a instabilidade mandibular e explica a presença de sinais e sintomas de disfunção têmporo-mandibular encontrados, o que é corroborado por quem pensa que deslocamentos espaciais do côndilo, com mais de 0,5 mm, podem ser acompanhados por alterações disfuncionais (12),

Para outros, no entanto, são discrepâncias sagitais no eixo dos XX' de 2 mm ou mais, que podem condicionar sinais e sintomas de disfunção têmporo-mandibular, desgaste oclusal, sensibilidade dentária ou oclusão instável. Estes autores também consideram que o deslocamento condilar transversal na passagem de oclusão em relação cêntrica para oclusão cêntrica superior a 0,5 mm, podem levar mais frequentemente a alterações disfuncionais (13).

Estes dados levam à necessidade de termos uma metodologia com uma resolução tridimensional suficiente (12).

Ao longo dos tratamentos também se deve verificar, se os côndilos se encontram numa posição funcional, para permitir uma melhor estabilidade da articulação, o que é de extrema importância para a manutenção ou recuperação das suas estruturas anatómicas.

Nesse sentido torna-se útil a utilização de placas oclusais. O seu uso pode levar ao desaparecimento de sintomas de disfunção têmporo-mandibular, tendo em conta que as placas oclusais, entre outras utilizações, servem para melhorar a função da articulação têmporo-mandibular e assegurar uma posição mandibular definida (19,20,21,22). Pode-se, também, recorrer por vezes a aparelhos flexíveis, por alguns dias, para reduzir os engramas musculares e reduzir deste modo os sintomas (17,18). Deve, no entanto, verificar-se sempre se o resultado obtido foi um efeito terapêutico ou se ocorreu uma regressão para a média (14). Na finalização do tratamento, quando este se torne irreversível, não deve ser efectuado sem que haja uma clara ideia de quais os factores que participaram de uma forma evidente na redução dos sintomas. O uso de placas oclusais é efectuado, por vezes, pelo período de vários meses para atingir esse objectivo, podendo ser durante 24 horas por dia (15), embora muitos doentes só necessitem de tempo parcial. O tipo de disfunção têmporo-mandibular vai condicionar o tempo necessário de tratamento (16).

Foi o que se fez no segundo caso clínico, que estava numa fase de tratamento pré-cirúrgico, ao querermos posicionar os côndi-

los em relação cêntrica. Deste modo, para além de se ter obtido um adequado posicionamento do côndilo, também se definiu com mais precisão a magnitude da discrepância dento-esquelética, o que se diz poder interferir no planeamento e prognóstico da cirurgia (23). A existência de um deslizamento em cêntrica, aquando do assentamento condilar, aumentou a discrepância dento-esquelética alterando o prognóstico, tendo em conta que a estabilidade final do tratamento diminui com o aumento da magnitude das correcções cirúrgicas (23).

Conclusão

No estudo dos pacientes que necessitam de tratamentos ortodôntico-cirúrgicos, deve-se fazer sempre a montagem em articulador e o estudo da posição condilar para um planeamento mais preciso. Pode-se deste modo diagnosticar uma discrepância dento-esquelética que estava mascarada e prevenir posteriores alterações disfuncionais provenientes desta situação.

Ao longo do tratamento, e sempre que em oclusão cêntrica não exista um adequado posicionamento condilar, devemos recorrer ao uso de placas oclusais para obter estabilidade articular.

Na fase pré-cirúrgica deve-se efectuar nova montagem no articulador com estudo da posição condilar para definir melhor o prognóstico, determinando-se um diagnóstico mais preciso, o que condiciona o planeamento da cirurgia.

Bibliografia

1. Dawson PE: Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems, ed 2, St Louis, 1989, Mosby.
2. Okeson JP: Management of temporomandibular disorders and occlusion, ed 4, St Louis, 1999, Mosby.
3. Carrol WJ, Woelfel JB, Huffman RW: Simple application of anterior jig or leaf gauge in routine clinical practice, *J Prosthet Dent* 59(5):611, 1988.
4. Jähmig A, Kubein D, Krüger W, Stachniss V: Okklusion und kiefergelenkfunktionsvergleichende pantographische funktionsuntersuchung am patienten mit paraokklusalen löffeln, *Dtsch Zahnärztl Z* 35:635-638, 1980.
5. Slavicek R: Die axiographie mit paraokklusal löffel, *Inf Orthod Kieferorthop* 13:303-307, 1981.
6. Thielemann K: Functionelle zusammenhänge von zahnrei henformen, kiefergelenken und kieferbewegungen, Thielemann K (1950), *Paradentium*, 1939.
7. Slavicek R: Clinical and instrumental functional analysis for diagnosis and treatment planning: Part 4 Instrumental analysis of mandibularcasts using the mandibular position indicator, *Journal of Clinical Orthodontics* 22(9):566-575, 1988.
8. Mack H: Der mandibular -posicions-indicator, *Dtsch Zahnärztl Z* 35:611-615, 1980.
9. McNeill RW e col.: Skeletal relapse during intermaxillary fixation, *J Oral Surg* 31:212, 1996.
10. Dao TT e col: The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial, *Pain* 56(1):85, 1994.
11. Williamson EH: Orthodontic implications in diagnosis, prevention, and treatment of TMJ dysfunction. Em Graber TM, Swain BF, edictors: *Orthodontics: current principles and techniques*, St Louis, 1985, Mosby.
12. Lotzmann U: Studien zum einfluß der okklusalen prä-therapie auf die zentrische kieferrelation, Berlin, 1999, Quintessenz.
13. CreekmoreT, Cetlin N, Ricketts R, Root T, Roth R: JCO roundtable. Diagnosis and treatment planning, *JCO* 26(9): 585-606, 1992.
14. Whitney CW, Von Korff M: Regression to the mean in treated versus untreated chronic pain, *Pain* 50:281, 1992.
15. Davies SJ, Gray RJM: The pattern of slint usage in the management of two common temporomandibular disorders. Part two: The stabilisation spint in the treatment of pain dysfunction syndrome, *Br Dent J* 183:247, 1997.
16. Okeson JP: Management of temporomandibular disorders and occlusion, ed 4, St Louis, 1998, Mosby.
17. Pettengill CA e col: A pilot study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating patients with temporomandibular disorders, *J Prosthet Dent* 79:165, 1998.
18. Wright E, Anderson G, Schulte J: A randomized clinical trial of intraoral soft slints and palliative treatment for masticatory muscle pain, *J Orofac Pain* 9(2):192, 1995.
19. Crispin B: Acrilyc resin copings: an adjunct to fixed restorative dentistry, *J Prosthet Dent* 39:632-636, 1978.
20. Clark GT, Beemsterboer PL, Solberg WK, Rugh JD: Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy, *J Am Dent Assoc* 99:607-611, 1979.
21. Manns A, Miralles R, Valdivia J, Santander H: Influence of occlusal splint adjusted to different vertical dimensions on electromyographic activity during maximum clenching in patients with MPD syndrome, *ICRS Med Sci* 9,848-849,1981.

22. Hamada T, Kotani H, Kawazoe Y, Yamada S: Effect of occlusal splints on the EMG activity of masseter and temporal muscgrouples in bruxism with clinical symptoms, J Oral Rehabil 9:119-123, 1982.
23. Will LA, West RS: Factors affecting stability of the sagittal spit osteotomy for mandibular advancement, J Oral Maxillofac Surg 47:813, 1989.

José Viale Moutinho

O Bento da Cruz, para além de médico Estomatologista e ficcionista de poderosa obra, tem a particularidade de ter descoberto a Fonte da Juventude, fartando-se da sua água mágica. Só assim aceito que este meu amigo vá somando livros cada vez mais frescos, pelo rigor da sua linguagem e pela notável imaginação que revelam. Quer como narrador de tragédias e problemas no pedaço barroirão da sua terra transmontana, quer como humorista da singularíssima cepa camiliana, este escritor não se enquadra no jogo das escolas e das capelas da sociedade literária portuguesa. Uma vez disse eu, sorrindo, que quem quer, seja seu leitor ou seu doente, diante dele ficaria sempre de boca aberta! É que o Bento da Cruz tem uma força criadora a que não podemos ficar indiferentes.

Porém, o Bento da Cruz começou mal. O seu primeiro livro intitulava-se soturnamente *Hemoptise*, era de versos e o autor, praticamente o enfeitava firmando-o com mão hesitante, encobrendo-se com o pseudónimo Sabiel Truta. Corria 1959. Mas não foi quem de pescar a glória por esta via, mesmo assim, nem dois lustres avançaram e a poesia de Bento da Cruz figurava numa antologia de poetas transmontanos. O que me chamou a atenção para a sua ficção foi o romance *Planalto em chamas*, datado de 1964, publicado na prestigiosa Coleção Autores Portugueses, que Fernando Namora dirigia na Arcádia. E a verdade é que, escrevendo e reescrevendo, desde essa altura, com uma impressionante regularidade, desenvolveu-se a sua obra. Se as fragas transmontanas e durienses haviam lançado Miguel Torga e João de Araújo Correia, completavam o trio de notáveis com Bento da Cruz. E o País Barroirão passou a agitar a obra deste escritor como seu padrão de luxo.

Não se fez rogado Bento da Cruz, reconstruindo a sua casa na terra natal, assumindo-se um dos Marinheiros de Peirezes, recontador, como agora se diz, das *Histórias da Vermelhinha*, como só em Barroso se dizem! E no regresso às origens fez um jornal, o quinzenário *Correio do Planalto* que ainda hoje dirige e onde publica uns belíssimos Prolegómenos. Depois de *Planalto em Chamas*, foi a vez de *Ao Longo da Fronteira* (1964), a que se seguiu outro romance, *Filhas de Lot* (1967). Chega a hora de reunir em volume os *Contos de Gostofrio* (1973). Sete anos demorou até ao livro seguinte, *O Lobo Guerrilheiro* (1980), que ganharia o *Prémio Literário Diário de Notícias*. Com *Planalto do Gostofrio* (1982), prosseguiria a saga nesse território mítico barroirão, designado Gostofrio. E lá escreveu um ensaio biográfico de um outro mito de Montalegre, *Vitor Branco, Escritor Barroirão*, praticamente o seu exemplo cívico. Com a novela *A Loba*, Bento da Cruz, vence o concurso literário do Prémio Eixo Atlântico, obra esta que não tarda a ser traduzida em galego, tal como o fora *O Lobo Guerrilheiro*. E os seus leitores de além-Minho outorgam-lhe um novo prémio. Quedando ainda um outro romance como uma das suas obras-chave: *O Retábulo das virgens loucas*.

Bem, e como a pintar gente transmontana não há ninguém aí que se lhe compare, Bento da Cruz é o nome do autor das obras que hoje aqui lhes deixamos como sugestão de leitura. E, já agora, façam as contas e não se esqueçam: se Bento da Cruz publicou o seu primeiro livro de ficção em 1963, este mesmo ano o escritor cumpre 40 anos de actividade literária. Para que conste e o tratem com os louros que ele tanto merece!

Dr. Luís Sena Esteves

Médico Estomatologista

Caro Colega e Amigo Dr. Manuel Falcão:

Muito lhe agradeço as palavras que me escreveu na circular da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses que acompanhava o 2.º número da Revista.

Aqui vão as duas letras de crítica. A Revista tem um excepcional nível científico, no que respeita ao primeiro número que já li e certamente irei ter a mesma opinião do n.º 2.

Poderia dizer que todos os artigos são excelentes. Mas, quando li o da Histocitose de Células de Langerhans, que apreciei até pelo aspecto humano que deve ter tido por se tratar de um menino de 6 anos, comentei para mim que ser médico estomatologista é uma especialidade tão nobre como as outras e, mais, que é preciso ser médico, ter formação médica, para tratar um caso destes e fazer um artigo tão bem feito, que vai pedir elementos a outras especialidades médicas de elevado grau como é a anatomopatologia e a radiologia com as mais recentes técnicas.

Tenho muita estima pela licenciatura de Medicina Dentária, mas creio bem, só para se ver a diferença, que nem este artigo, nem este caso, poderiam ser resolvidos por licenciados de Medicina Dentária, dentro das capacidades científicas dessa licenciatura.

Parece-me que esta Revista demonstra à evidência, em primeiro lugar, a grande preocupação científica e tipicamente médica que está a guiar a Associação dos Médicos Estomatologistas e, em segundo, lugar que este nível que está a nortear a Especialidade nos está a defender das aspirações invasivas estatais e outras.

No último Boletim da Ordem vinha um diploma legal do Diário da República sobre um *Manual das Boas Práticas da Radiologia*, o que de certo modo me preocupou, pelo conceito perfeitamente insuficiente e incompetente, que se aplica a uma especialidade, (mas que se poderá aplicar a todas as outras) como se fosse possível apresentar um compêndio de boas práticas do que quer que seja em medicina, como já conosco quiseram fazer no célebre Decreto Lei que se ficou pela publicação.

As boas práticas estão em constante mudança pela investigação científica que acompanha a boa medicina aprendida nas nossas Faculdades (como a do S. João, onde me formei), nos Hospitais por onde exercemos a nossa actividade e debaixo, rigorosamente, dos preceitos da nossa Ordem ... assim deveria ser pelo menos. O que eu não consigo perceber é como um membro qualquer da Governação nos pretende atirar com um qualquer Manual de Boas Práticas!!! para nos orientar na nossa interacção com os doentes.

Cada macaco em seu galho, diz o ditado. Os governantes na política, os médicos na medicina. O nosso galho pertence a uma magestosa, nobilíssima e antiquíssima Árvore, que é a Medicina e já vem da antiga Grécia. Não nos confundamos, nem aceitemos confusões. Somos Médicos em primeiro lugar e, a partir daí, nos definimos.

Agora a sugestão; gostamos sempre de colocar nas paredes dos nossos consultórios uns quadros com as nossas habilitações e colegiações. Façam um para a nossa Associação.

Monforte, 14 de Abril de 2003

Caros Colegas:

Um número considerável de Colegas, teve a amabilidade de expressar o seu apoio à recondução dos membros do Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Estomatologia que agora termina funções. Como se não apresentou qualquer lista a sufrágio, vemo-nos obrigados, por respeito aos Colegas que em nós confiam, a prestar um esclarecimento público, pois pode transparecer ou até alguém querer aproveitar, esta situação, contra os Estomatologistas, insinuando o desinteresse dos profissionais pelos seus órgãos representativos, quando é precisamente o contrario e por causa disso.

Os membros da Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de 2001-2003 não se

recandidataram pela simples razão que o Conselho Nacional Executivo não dá seguimento às suas decisões, propostas ou recomendações, o que torna inglório e infrutífero todo o trabalho desenvolvido pelo Colégio, para além de ser pessoalmente desmotivante, mesmo deixando de lado os incómodos pessoais e as despesas que acarreta.

Como não queremos ser responsabilizados por complacência e porque se impõe uma tomada de posição pública, aqui deixamos este esclarecimento, com votos que quem se nos seguir tenha desta benefício.

Porto, 15 de Maio de 2003

O Conselho Directivo

CURSOS
TEÓRICO – PRÁTICOS
DE REABILITAÇÃO ORAL E EXTRA-ORAL
COM IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS

Serviço de Cirurgia Experimental
da



FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

(Dir. Prof. Doutor José Amarante)

ORADOR

Dr. João Correia Pinto

PLANEAMENTO DA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES
PLANEAMENTO DA FASE PROTÉTICA COM IMPLANTES
OCCLUSÃO E REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTES

Ano de 2003

CURSO DE LASER CO2

*IPO – CENTRO
COIMBRA*



Presidente

Dr. Tinoco Torres Lopes

Secretariado

Dr. Azenha Cardoso

Dr. Manuel Cereijo

Coimbra, 30 de Novembro de 2003

2.ª Reunião Científica Anual da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses

Alto Patrocínio

Ministério da Saúde
Ordem dos Médicos

Presidente

Dr. Pedro Albuquerque de Sá e Melo
Secretário-Geral
Dr. Nuno Santos

Comissão Organizadora

Dra. Alvimira Joana Brito
Dra. Anabela Neves
Dra. Bárbara Centeno
Dr. Camilo Félix Almeida
Dr. Cardoso de Matos
Dr. Carlos Cardoso
Dr. Carlos Matos
Dr. Carlos Soares dos Reis
Dra. Conceição Cerqueira
Dr. Duarte Silva
Dra. Fátima Bessa
Dr. Fernando Serrano Pimentel
Dr. João Duarte Félix
Dr. João Patrício
Dr. João Tinoco Torres Lopes
Dr. Jorge Faria
Dr. Jorge Vaz
Dr. José Esperança Lourenço
Dr. José Rodrigues Rodrigues
Dr. Jorge Cravo
Dra. Júlia Rodrigues
Dr. Luís Medeiros
Dr. Lopes Azevedo
Dr. Maló de Abreu
Dra. Maria Leonor Batista de Sousa
Dr. Pereira e Silva
Dra. Raquel Alves
Dra. Rosário Malheiro
Dr. Vasco Rolo

Secretário-Executivo

Dr. Pedro de Moura Reis

Local

Auditório do Salão Nobre Almada Negreiros
Gare Marítima de Alcântara, LISBOA

Sexta-Feira, 30 de Maio 2003

- 09.00 – Abertura do Secretariado
09.30 – Conferência de Abertura
Estomatologia do Hospital de S.^{ta} Maria – Lisboa
Um Serviço com História no Desenvolvimento da Estomatologia Portuguesa
Moderador: Dr. Ivo Furtado, com a colaboração informática do Dr. Mário Augusto do Rosário
- 10.00 – Mesa Redonda
A Estomatologia e os Cidadãos num Contexto de Equidade
Moderadores: Dr. Pedro Albuquerque de Sá e Melo
Políticas e Sistemas de Saúde
Prof. Doutor Constantino Sakellarides
A Estomatologia e a Voz dos Cidadãos
Prof. Doutor Pedro Ferreira
Contratualizar vs Pagar Cuidados de Saúde Estomatológicos
Mestre Paulo Freitas
O Futuro da Estomatologia – Papel dos Seguros de Saúde
Dr. Adalberto Campos Fernandes
- 11.15 – Intervalo - Coffee Break
11.30 – Continuação da Mesa Redonda
13.00 – Fim das Sessões da Manhã
14.30 – Sessão Oficial de Abertura
14.45 – Curso - 1.ª Parte
Nuevas Evoluciones en Cirurgia Bucal
Coordenador: Prof. Cosme Gay-Escoda
Moderador: Dr. Francisco Salvado
- Avances en Cirurgia Periapical
- 16.45 – Intervalo - Coffee Break
17.00 – Curso - 2.ª Parte
Nuevas Evoluciones en Cirurgia Bucal
Coordenador: Dr. Antonio Espana Tost
Moderadora: Dra. Cecilia Caldas
- Aplicaciones del Laser en Estomatologia
- 19.00 – Fim das Sessões do 1.º dia
20.00 – Jantar Oficial da Reunião
Restaurante do Salsa Latina
(Gare Marítima de Alcântara)

Sábado, 31 de Maio 2003

09.30 – Comunicações Livres

Moderador: Dr. João Rebocho Vaz
Estatística da Consulta de Ortodôncia nos últimos 2 anos - Serviço de Estomatologia H. S.^{ta} Maria
Dr. Martins Lopes, colaboração da Dra. Margarida Neves dos Santos
Prática Clínica em Doentes Fissurados
Dr. Júlio Rodrigues, Dra. Raquel Alves
Lipomas Múltiplos da Língua - A Propósito de um Caso Clínico
Dr. Vasco Viana da Silva, Dr. Mário Gouveia, Dr. José Azevedo

10.30 – Intervalo - Coffee Break

11.10 – Comunicação Livres

Moderador: Dr. Martins Lopes
Acupunctura e Estomatologia
Dra. Anabela Neves
Supranumerário Incluso - Atitudes a Tomar
Dr. José Amorim, Dra. Raquel Alves
Aspectos Legais no Exercício da Estomatologia
Dra. Maria João Alves de Castro, Dr. Paulo Palmela, Dra. Cecília Galante

12.00 – Assembleia Geral da Associação

13.00 – Fim das Sessões da Manhã

14.30 – Comunicação Livres

Moderadora: Dra. Maria João Alves de Castro
Odontogeriatrics - Passado, Presente e Futuro
Dr. João Rebocho Vaz, Dr. Mário Augusto Rosário
Outras Comunicações Livres

Fim das Sessões da Reunião

Posters

Síndrome de Rubinstein-Taybi
- A Propósito de um Caso Clínico
Dra. Conceição Queiroga, Dra. Teresa Oliveira, Dra. Gabriela Soares, Dr. J. Pinto Basto, Dra. Margarida R. Lima, Dra. Raquel Alves
Manifestações Oraís da Doença de Crohn
Dr. Rui Moreira, Dr. Carlos Miranda, Dr. Barbas do Amaral
Colagem Indirecta de Brackets
Dr. Barbas do Amaral, Dr. Filipe Marques de Pina

Patrocinadores

ATRAL
BIAL
COLGATE
EDOL
JABA
MSD
PIERRE FABRE
PROBIOS-ALMIRALL
ROCHE
SKODA

Secretariado

Av. João XXI, 64-3.º D.^{to} • 1000-304 Lisboa
Tel: 217951153 • Fax: 217951118
email:prismedica@prismedica.pt