

O que fazer após a perda de um dente?



Dr.ª Patricia Fonseca
Médica Dentista
Mestre em Reabilitação Oral pela FMDUP
Vogal da Secção Regional Norte da SPEMD

De uma maneira geral, todo o dente perdido deverá ser substituído. Quando se perde um dente e este não é substituído, verifica-se a inclinação dos dentes junto ao espaço desdentado, a movimentação dos dentes da arcada oposta, a diminuição da capacidade mastigatória, assim como problemas estéticos e fonéticos. Portanto, a colocação de uma prótese dentária deve ser considerada sempre que há perda ou ausência dentária.

PRÓTESES DENTÁRIAS: QUANDO SÃO NECESSÁRIAS?

A prótese dentária é um dispositivo artificial que permite a substituição de parte ou da totalidade dos dentes e das estruturas adjacentes, com o objetivo de restabelecer a função e a estética.

Os dentes perdidos podem ser substituídos recorrendo-se a próteses removíveis ou a próteses fixas. A prótese dentária pode ser suportada pelos dentes, pela mucosa e/ou por implantes.

As próteses removíveis são aquelas que podem e devem ser retiradas da boca, pelo paciente, sempre que necessário. Pode ser acrílica (de aspeto cor-de-rosa) ou esquelética (com uma estrutura metálica).

A prótese fixa, por seu lado, quando colocada em boca não é retirada pelo paciente. Poderá ser de dois tipos: coroas e pontes. A coroa é uma prótese fixa de um só dente, que é colocada sobre a raiz de um dente ou sobre um implante. Estão indicadas em casos de destruição parcial



IMPLANTES: UMA ALTERNATIVA À PRÓTESE REMOVÍVEL

Quando não há estrutura dentária capaz de suportar uma prótese fixa ou uma prótese removível, podem utilizar-se implantes. Um implante é uma espécie de raiz artificial que é implantado no osso para promover a retenção e o suporte de uma prótese (prótese implanto-suportada).

A escolha do tipo de prótese mais adequada vai depender de um conjunto de fatores fisiológicos e anatómicos que podem ser avaliados pelo médico dentista e poderá ser condicionada pela situação económica de cada um. O tempo de tratamento também varia de acordo com o tipo de prótese em causa.

Antes de colocar qualquer tipo de prótese dentária é importante que a boca esteja em perfeitas condições de saúde, sem cáries ou in-

feções ativas que possam inviabilizar ou comprometer a reabilitação oral. Após a colocação de uma prótese, as consultas de controlo são muito importantes, de forma a garantir a longevidade do tratamento. Por parte do paciente é necessário o cumprimento das instruções do médico dentista ou estomatologista, nomeadamente no que se refere

à correta higienização e conservação da prótese.

No caso de pretender substituir dentes ausentes, procure o seu médico dentista ou estomatologista para esclarecer as suas dúvidas, informar-se sobre os planos de tratamento possíveis, as vantagens e desvantagens de cada situação e aconselhar-se da melhor

forma de restabelecer a sua saúde oral.

“Antes de colocar qualquer tipo de prótese dentária é importante que a boca esteja em perfeitas condições de saúde, sem cáries ou infeções ativas que possam inviabilizar ou comprometer a reabilitação oral”

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico.

Dacriocistites Infecções do saco lacrimal

Dr. David Barros Madeira
Médico oftalmologista

As dacriocistites ou infeções do saco lacrimal representam complicações das obstruções baixas não tratadas. Podem ser crónicas ou agudas. Nesta edição, damos destaque a este tema.

As primeiras barreiras de defesa do olho são as pálpebras e as pestanas. Além de servirem eficazmente como barreiras, espalham e promovem activamente a circulação da lágrima. Esta tem uma composição complexa que inclui também anticorpos. As pálpebras actuam como o limpa pára-brisas de um carro movendo a secreção lacrimal e mantendo os olhos limpos pelo arrastamento mecânico do excesso de líquido e partículas. O excesso de lágrima sai do olho pelos pontos lacrimais, pequenos orifícios situados nos cantos internos das pálpebras seguindo destes para os ca-



Figura 1



Figura 2

nalículos lacrimais e depois para o saco lacrimal, canal lacrimonasal e fossas nasais (ver figura 1).

O sistema lacrimal é um dos elementos fundamentais de suporte e defesa dos olhos. Quando se instila uma gota qualquer no olho, ela escoar para a região do canto médio e, em seguida, é drenada, rapidamente segundo uma função matemática complexa, de modo que cerca de 80% do fluido instilado desaparece do olho em menos de um minuto. O movimento e renovação permanente do filme lacrimal, com produção contínua de lá-

grima e a sua reabsorção e drenagem através do seu encaminhamento para o saco lacrimal e para as fossas nasais permite remover eficazmente bactérias e vírus a que os olhos se encontram expostos no seu contacto com partículas carregadas pelo ar. A estase de lágrima e muco causada pela obstrução a vários níveis e por variadas causas do sistema lacrimal está pois na origem de inflamação e infeção do olho e vias lacrimais. As perturbações da circulação da lágrima podem surgir a qualquer idade mas são particularmente frequen-

tes no primeiro ano de vida e na terceira idade onde atingem mais o sexo feminino (proporção de 4 para 1).

OBSTRUÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS NO ADULTO

Pode aparecer uma obstrução em qualquer nível das vias lacrimais. As obstruções altas são aquelas que se situam no segmento horizontal das vias lacrimais, isto é, entre os pontos e o saco lacrimal. As baixas situam-se no segmento vertical das vias lacrimais, ou seja, no canal lacrimonasal. Embora a primeira conse-

quência de qualquer um dos dois tipos de obstrução seja a mesma (estase lacrimal e epífora) diferenciam-se em vários aspectos. As obstruções baixas cursam com dilatação do saco lacrimal, refluxo de líquido mucinoso à compressão da região correspondente ao saco lacrimal e frequente desenvolvimento de infeções no saco lacrimal (dacriocistites). As altas não induzem dilatação do saco lacrimal, o refluxo é negativo e, normalmente, não são acompanhadas de dacriocistite embora sejam mais frequentes as conjuntivites

SINTOMAS DAS DACRIOCISTITES

As dacriocistites ou infeções do saco lacrimal representam complicações das obstruções baixas não tratadas. Elas podem ser crónicas ou agudas. As crónicas são caracterizadas por dilatação do saco lacrimal, refluxo positivo com secreção mucóide ou mucopurulenta. Esses achados podem persistir inalterados por longos

períodos de tempo e, repentinamente, evoluírem para um abscesso do saco lacrimal. É a dacriocistite aguda (ver figura 2), que exige antibioticoterapia sistémica e, em alguns casos, drenagem do saco lacrimal. Os sintomas de início são dor inchaço e vermelhidão no canto interno do olho, acompanhados da presença de secreção purulenta e por vezes febre. Na ausência ou na ocorrência de atraso no tratamento aparece fistulização com drenagem espontânea de pus para a pele. As bactérias mais frequentemente implicadas são os *stafilococcus aureus* e os *streptococcus*. Tem de ser feita antibioterapia sistémica. O tratamento de eleição são as associações de Amoxicilina/ácido clavulânico ou cefalosporinas de segunda geração associadas a anti-inflamatórios e medicação para a dor. A dacriocistite aguda é uma situação que tende a ser recorrente e cuja única solução definitiva exige cirurgia (dacriocistorrinostomia).

