

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário Ciências da Saúde

**Reabilitação de maxilas severamente
reabsorvidas através da técnica da
Abordagem Palatina**

Ricardo Teles

Orientador: Prof. Doutor Artur Carvalho

Aceitação do Orientador

Declaração

Eu, Artur Joaquim da Cunha Carvalho, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “Reabilitação de maxilas severamente reabsorvidas através da técnica da Abordagem Palatina”, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ricardo Diogo da Silva Teles, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes para obtenção do Grau de Mestre.

Gandra,

O orientador,

Declaração de Integridade

Eu, Ricardo Diogo da Silva Teles estudante do Curso de mestrado integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: Reabilitação de maxilas severamente reabsorvidas através da técnica da Abordagem Palatina – Revisão da Literatura

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra

(Ricardo Diogo da Silvas Teles)

Relatório apresentado na Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Artur Carvalho

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Artur Carvalho.

Aos meus companheiros com quem partilhei esta experiência.

À minha família.

A todos os Professores que me acompanharam ao longo destes quatro anos, por todo o conhecimento e experiência que me foram transmitidos.

RESUMO

O artigo elaborado por Cawood e Howell após estudo em 300 crânios, descreve que o processo alveolar dos maxilares sofre progressiva e previsível alteração anatômica, horizontal e vertical após a perda do dente.

O edentulismo torna as pessoas incapacitadas, originando dentre seus comprometimentos reflexos psicológicos e funcionais, como baixa autoestima e diminuição da eficiência mastigatória. A utilização de próteses implantossuportadas visa proporcionar condições estéticas, fonéticas e fisiológicas ao indivíduo.

Em pacientes desdentados, especialmente para a maxila, a colocação de implantes é muitas vezes mais desafiador e frequentemente complicado por pós-extração desfavorável, padrões ósseos, pneumatização do seio maxilar e má qualidade do restante osso alveolar, que resulta ser mais medular e mais fino.

A inserção de implantes pela abordagem palatina em combinação com técnicas minimamente invasivas, destinadas a aumentar o volume ósseo sem o uso da colheita de ossos, e é uma alternativa válida entre as opções para a reabilitação da mandíbula superior.

PALAVRAS-CHAVE: Maxila Atrófica, reabilitação maxilas, abordagem palatina, implantes dentários, edentulo.

ABSTRACT

The article elaborated by Cawood and Howell after a study in 300 skulls, describes that the alveolar process of the jaws undergoes progressive and predictable, horizontal and vertical anatomical alteration, after the loss of the tooth.

Edentulism renders people incapacitated, giving rise to psychological and functional reflexes, such as low self-esteem and decreased masticatory efficiency. The use of implant-supported prostheses aims to provide aesthetic, phonetic and physiological conditions to the individual.

In edentulous patients, especially the maxilla, implant placement is often more challenging and often complicated by unfavorable post-extraction, bone patterns, maxillary sinus pneumatization, and poor quality of remaining alveolar bone, which results to be more medullary and thinner.

The insertion of implants through a palatal approach in combination with minimally invasive techniques, aimed at increasing bone volume without the use of bone harvesting, is a valid alternative among the options for the rehabilitation of the upper jaw.

KEYWORDS: Atrophic maxilla, maxilla rehabilitation, palatal approach, dental implants, edentulous.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO DO TRABALHO	3
3. MATERIAIS E MÉTODOS	3
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
4.1 Capítulo 1 - Reabilitação de Maxilas Atróficas	4
4.2 Capítulo 2 - Técnicas de Enxerto Ósseo	4
4.3 Capítulo 3 - Técnicas Que Evitam a Enxertia Óssea	5
4.3.1 Implantes Zigomáticos	6
4.3.2 Abordagem Palatina	9
4.3.2.1 Procedimento Clínico	14
5. CASOS CLÍNICOS.....	15
5.1 Caso Clínico I	15
5.2 Caso Clínico II	23
6. CONCLUSÃO	28
7. BIBLIOGRAFIA.....	29
8. ANEXOS.....	37

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS

1. INTRODUÇÃO	39
2. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES NAS DIFERENTES ÁREAS.....	39
2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária	39
2.2 Estágio Hospitalar.....	40
2.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

1. FIGURA 1	2
2. FIGURA 2	2
3. FIGURA 3	7
4. FIGURA 4	7
5. FIGURA 5	10
6. FIGURA 6	12
7. FIGURA 7	12
8. FIGURA 8	14
9. FIGURA 9	15
10. FIGURA 10	15
11. FIGURA 11	16
12. FIGURA 12	16
13. FIGURA 13	17
14. FIGURA 14	17
15. FIGURA 15	18
16. FIGURA 16	18
17. FIGURA 17	19
18. FIGURA 18	19
19. FIGURA 19	19
20. FIGURA 20	20
21. FIGURA 21	20
22. FIGURA 22	21
23. FIGURA 23	21
24. FIGURA 24	22

25. FIGURA 25	22
26. FIGURA 26	23
27. FIGURA 27	23
28. FIGURA 28	24
29. FIGURA 29	24
30. FIGURA 30	25
31. FIGURA 31	25
32. FIGURA 32	26
33. FIGURA 33	26
34. FIGURA 34	26
35. FIGURA 35	27
36. FIGURA 35	27
37. FIGURA 35	27

ÍNDICE DE TABELAS

1. TABELA 1	40
2. TABELA 2	41

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), o edentulismo torna as pessoas incapacitadas, originando comprometimento dos reflexos psicológicos e funcionais, como baixa autoestima e diminuição da eficiência mastigatória.(1)

Complicações decorrentes da perda de dentes incluem insuficiência mastigatória, disfagia moderada, desordens de articulação e fala, perda de suporte facial com comprometimento estético e atrofia óssea alveolar e do osso basal dos maxilares.(2)

Como descrito e classificado no artigo clássico de Cawood e Howell, num estudo de 300 crânios, o processo alveolar dos maxilares sofre progressiva e previsível alteração anatômica, horizontal e vertical após a perda do dente.(3,4)

A perda de peças dentárias acarreta consigo uma reabsorção óssea progressiva, sendo este fenómeno mais acentuado no setor posterior do maxilar. Por este motivo este setor é considerado uma das zonas mais difíceis de reabilitar, o que ocasionalmente complica ou impede a colocação imediata de implantes. (5,6)

Classificação Cawood & Howell:

- Classe 1: Dentado
- Classe 2: Pós-extração imediata, alvéolo curado
- Classe 3: Rebordo arredondado pouco comprometido em altura e largura
- Classe 4: Rebordo em lâmina de faca, adequado em altura e inadequado em largura
- Classe 5: Rebordo chato, inadequado em altura e largura
- Classe 6: Superfície depressiva com vários graus de perda óssea basal(4)

ANTERIOR MAXILLA

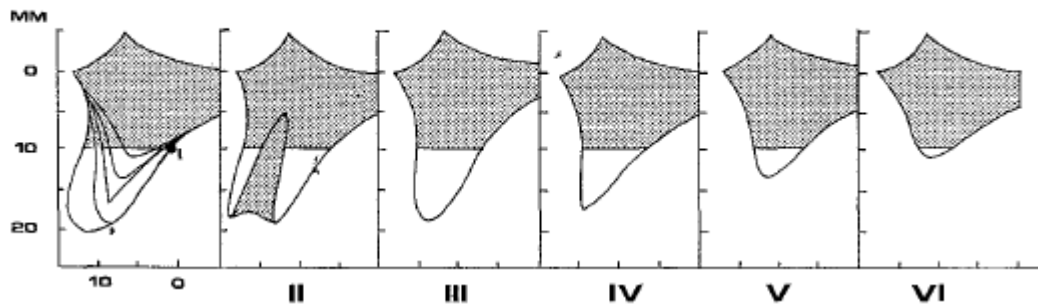


Figura 1- Cawood JJ, Howell RA. A classification of the edentulous jaws [Internet]. Vol. 17, Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1988 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ff7c/67ef78d23cad1c779ddbdc8061483417e92.pdf>

POSTERIOR MAXILLA

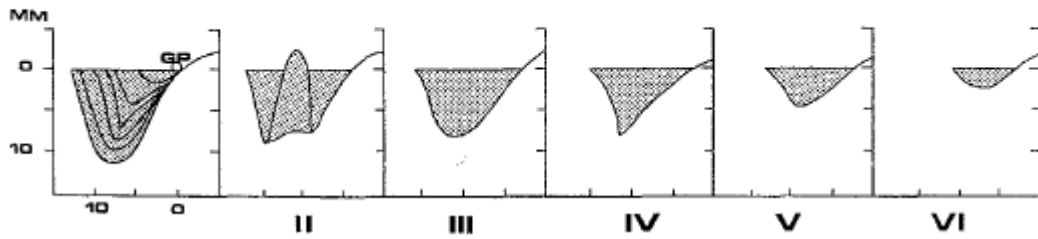


Figura 2 - Cawood JJ, Howell RA. A classification of the edentulous jaws [Internet]. Vol. 17, Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1988 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ff7c/67ef78d23cad1c779ddbdc8061483417e92.pdf>

Moriguchi cita que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente essa capacidade passa a ser de 70%. Com uma prótese unitária a capacidade é de 90% e com prótese total é de 25%.⁽¹⁾

As próteses dentárias, especialmente em maxilas atroficas, estão associadas a diferentes tipos de morbidade (estomatites, úlceras traumáticas e irritação induzida por hiperplasia), alterações psicológicas (depressão) e problemas de ordem social (redução da interação social e redução de oportunidades de trabalho).⁽⁷⁾

Antes de serem fundamentados os princípios da osteointegração, a única opção terapêutica disponível eram as próteses totais removíveis, com retenção e estabilidade diretamente relacionadas com as características anatômicas do rebordo alveolar residual do paciente.

Os implantes osteointegrados possibilitaram grandes avanços na reabilitação dos maxilares atróficos, tornando possível a confecção de próteses totais fixas implanto-suportadas, que recuperam consideravelmente a capacidade mastigatória dos pacientes.(8–10)

O protocolo original proposto por Brånemark recomendava colocar os implantes em posição vertical, centrados na crista óssea e completamente cercada por osso. De acordo com a classificação de Cawood e Howell, esta posição só pode ser alcançada em maxilas até classe III. Para resolver ou dar a volta a esta situação, numerosas técnicas cirúrgicas foram propostas. Estes métodos podem ser classificados de técnicas de enxerto ósseo, tais como, regeneração de osso guiado, ou enxertos em bloco, ou através de técnicas que evitem enxertia óssea, como a colocação dos implantes em áreas ósseas residuais, implantes inclinados, inserção do implante na tuberosidade maxilar, implantes pteriogoides, implantes zigomáticos ou implantes inseridos através da abordagem palatina.(4,11–15)

2. OBJETIVO DO TRABALHO

O objetivo do presente trabalho é de fazer uma revisão narrativa sobre a técnica da Abordagem Palatina na reabilitação de maxilas atróficas, de forma a verificar a sua validade como alternativa a técnicas reconstrutivas mais invasivas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste relatório final de estágio, foram selecionados artigos científicos para análise, nos motores de busca PubMed, ScienceDirect e Google Académico, utilizando como palavras chaves: Maxila Atrófica, reabilitação maxilas, atrofia alveolar, abordagem palatina, implantes dentários, edentulo. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos, na língua portuguesa, inglesa que falavam de reabilitação de maxilas atróficas, da reabsorção óssea alveolar e de edentulismo. Como critérios de exclusão, foram selecionados todos os artigos que falavam de técnicas não utilizadas para reabilitação de maxilas e que falavam única e exclusivamente de implantes curtos,

ptergóideos e da tuberosidade. A análise dos artigos foi baseada nos resultados obtidos face aos seus objetivos iniciais e tipo de estudo.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Capítulo 1 - Reabilitação de Maxilas Atróficas

O objetivo final da colocação de implantes é gerar uma ancoragem de longa duração, na melhor posição possível, para uma solução protética ideal, estética e funcionalmente. No entanto, a colocação de implantes em maxilas desdentadas, pode representar um desafio significativo ao tratamento, uma vez que, ao mesmo tempo há falta de osso e anatomia desfavorável do osso que permanece. A fim de criticamente avaliar a melhor opção para cada situação clínica, o clínico deve estar ciente dos resultados dos diferentes tratamentos.(3)

Hoje em dia, as técnicas de implantologia têm procedimentos bem estabelecidos, com taxas de sucesso entre os 95% e 99% com estudos a longo prazo que o comprovam.(16)

O procedimento padrão para instalação de implantes é fazê-lo em posição vertical com cobertura total do mesmo pelo osso. Isso significa que o volume ósseo na crista alveolar da maxila precisa ter pelo menos 10 mm de dimensão vertical e 4 mm de dimensão horizontal.(16)

Para pacientes que procuram uma solução à base de implantes, uma variedade de diferentes estratégias de tratamento foram sendo apresentadas e desenvolvidas ao longo dos anos. Na última década, a procura por parte dos pacientes de tratamentos imediatos de estágio único, baixa morbidade e sem excertos, tem visto um aumento significativo, sendo que, na atualidade dados de longo prazo estão disponíveis na literatura para apoiar a validade destas abordagens.(3)

4.2 Capítulo 2 - Técnicas de Enxerto Ósseo

Em pacientes com atrofia horizontal do osso alveolar os implantes não podem ser colocados da maneira padrão, sendo o enxerto ósseo uma das várias alternativas

disponíveis, e a mais comumente utilizada, para alcançar o volume ósseo necessário.(16,17)

Na reconstrução da pré-maxila a técnica mais utilizada é de enxertos ósseos autógenos, coletados de áreas doadoras intra ou extra orais. Como são necessárias grandes quantidades de osso, as áreas doadoras mais comuns são as extra orais, como a crista do osso ilíaco e a calota craniana. Assim, destas reconstruções resultam dois sítios cirúrgicos muito invasivos, e quadro pós-cirúrgico desfavorável.(18)

Enxertos ósseos de áreas extra orais requerem hospitalização, têm custos econômicos mais elevados e provocam um aumento da morbidade do local doador (incluindo dor, deficits neurossensoriais e limitações funcionais). Além disso, no osso enxertado a reabsorção é comum e imprevisível.(17,19)

O uso de enxerto ósseo para permitir a colocação de implantes em maxilas atróficas está associado com maior frequência a complicações, maior morbidade, aumento de custos e um tempo de tratamento mais longo do que a colocação de implantes convencionais em maxila não atróficas.(19,20)

Enxertia em situações de reabsorção severa é mais frequentemente realizada como parte de um protocolo de implante de 2 estágios, que é seguido por um período de 3 a 6 meses de cicatrização para permitir a maturação do enxerto antes da colocação dos implantes dentários. Uma vez colocados, os implantes, têm que permanecer submersos por vários meses sem perturbações, antes de uma segunda cirurgia para os “pôr a nu” e colocar os pilares para confecção da prótese definitiva.(21–23)

O tempo desde o início até a conclusão do tratamento para um paciente que necessite de enxerto ósseo, pode ser maior de um ano e incluir múltiplas cirurgias, aumento do potencial de complicações e morbidade do sítio doador.(23–26)

4.3 Capítulo 3 - Técnicas Que Evitam a Enxertia Óssea

Nas técnicas que evitam a enxertia óssea, apenas serão abordadas as técnicas de Implantes Zigomáticos, e a Técnica da Abordagem Palatina, uma vez que demonstram serem capazes por si só de reabilitar maxilas atróficas.

4.3.1 Implantes Zigomáticos

As primeiras propostas para se evitar procedimentos de enxerto em casos de reabilitação com próteses totais fixas foram através do uso de fixações zigomáticas.(8) O osso zigomático permite ancoragem longe da superfície oclusal, e apresenta osso trabecular regular e compacto com 98% de densidade. Com uma camada cortical espessa, o osso zigomático oferece uma sólida e prolongada ancoragem que pode suportar as forças mastigatórias aplicadas a nível oclusal. A quantidade de volume no osso zigomático tem sido relatada em vários estudos. Estes concluíram que o alto volume de osso e a possibilidade de ancoragem tricortical aumenta o sucesso e a taxa de sobrevivência dos implantes zigomáticos.(5,27,28) A maior vantagem dos implantes zigomáticos é a eliminação da morbidade do sítio doador e da infecção no material de enxerto. Além disso, o tempo de tratamento é diminuído evitando a necessidade de cicatrização óssea após o enxerto, bem como a redução do número de cirurgias necessárias e custos hospitalares associados.(5,29) Por estas razões, alguns autores sugeriram que os implantes zigomáticos poderiam ser usados como uma alternativa para reabilitação fixa em pacientes desdentados.(30)

O implante zigomático foi originalmente desenvolvido por Brånemark em 1989, para a reabilitação de maxilas atróficas em pacientes com câncer que haviam sido submetidos a maxilectomia total.(31,32) Brånemark sugeriu o conceito de implantes zigomáticos, que ao assentar no osso zigomático, sozinhos ou em conjunto com implantes convencionais, permitiam a reabilitação de maxilas atróficas. Este procedimento é ainda hoje designado de Branemark System .(30)

A instalação das fixações zigomáticas, de 1999 a 2003, foi realizada pela técnica original ou pela técnica simplificada. Em ambas as técnicas, as fixações zigomáticas eram instaladas internamente ao seio maxilar. A partir do ano de 2003, desenvolveu-se uma nova técnica de instalação para estas fixações, que passaram a ser posicionadas externamente ao seio maxilar. A técnica exteriorizada possibilitou uma série de aprimoramentos relacionados às fixações zigomáticas, entre eles:

- Melhor posicionamento protético.
- Menor invasividade cirúrgica e melhor pós-operatório.

- Menor tempo cirúrgico.
- Ausência de antrotomia.
- Melhor visualização cirúrgica. (8,33,34)

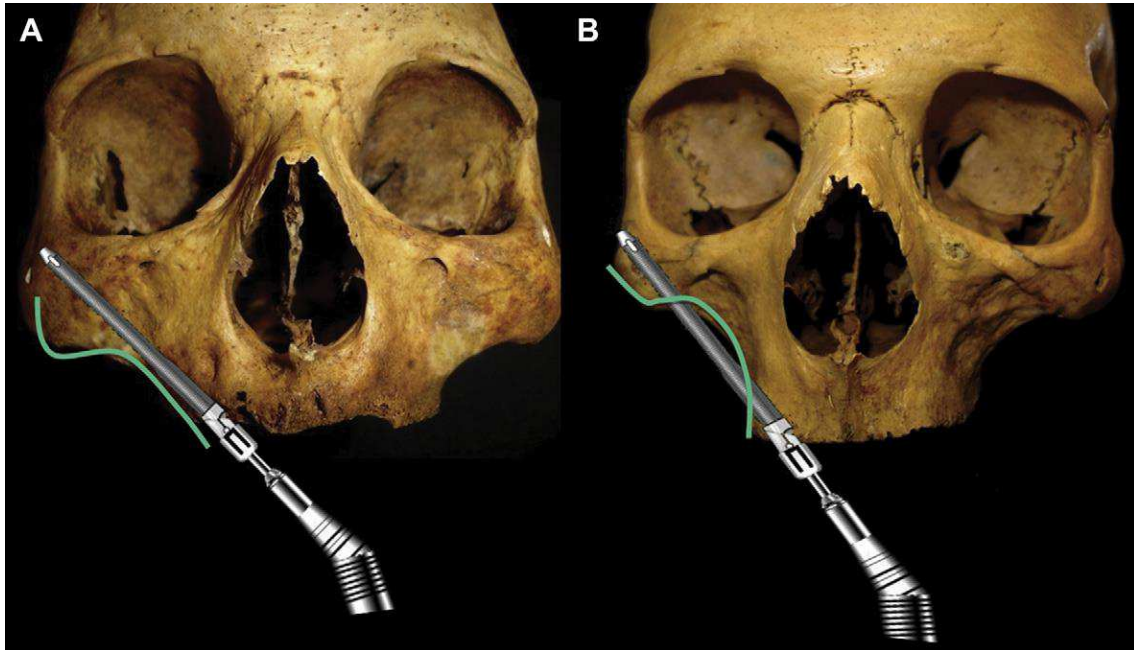


Figura 3- Esquema das técnicas cirúrgicas testadas: (A) técnica de Brånemark; (B) técnica exteriorizada. A linha verde contorna a concavidade anatômica do osso zigomático usado para selecionar a técnica cirúrgica mais adequada. Corvello PC, Montagner A, Batista FC, Smidt R, Shinkai RS. Length of the drilling holes of zygomatic implants inserted with the standard technique or a revised method: A comparative study in dry skulls. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2011;39(2):119–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2010.03.021>

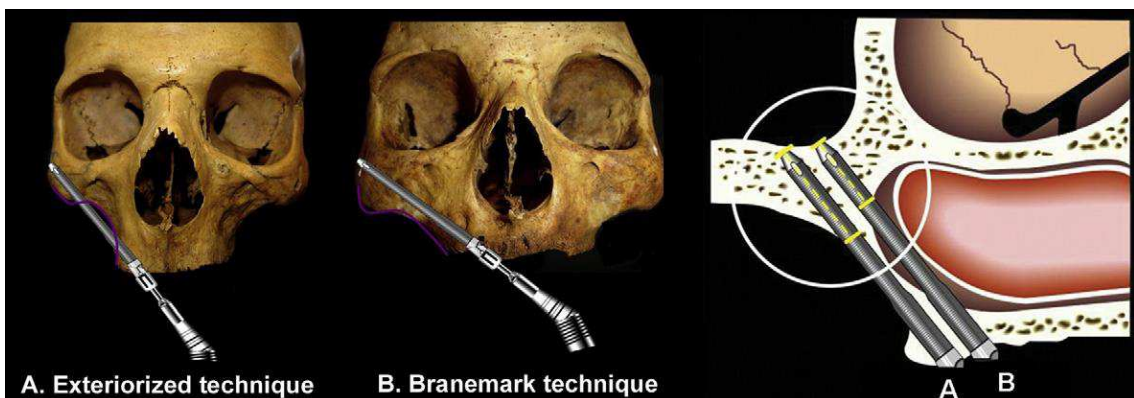


Figura 4 - Apresentação esquemática da técnica exteriorizada (A) e da técnica de Brånemark (B). Corvello PC, Montagner A, Batista FC, Smidt R, Shinkai RS. Length of the drilling holes of zygomatic implants inserted with the standard technique or a revised method: A comparative study in dry skulls. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2011;39(2):119–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2010.03.021>

Atualmente, implantes zigomáticos são principalmente indicados para reabilitação de maxilas atróficas.(32)

Com tudo, dado que o uso do implante zigomático é uma intervenção cirúrgica, existem numerosos estudos que mencionam que seu uso não está isento de complicações.(35)

As recomendações para a colocação dos implantes zigomáticos são de criar uma janela sinusal para ajudar a visualizar a angulação e o posicionamento final. Contudo, numa maxila já reabsorvida, uma janela sinusal pode comprometer ainda mais um precário suporte ósseo do alvéolo dentário remanescente.(33,36)

Comparado com o implante convencional, a biomecânica do implante zigomático é diversa. O implante zigomático é estruturalmente muito mais longo, a ancoragem principal é localizado longe do ponto de carga e inserido numa posição angulada, o que resulta numa situação biomecânica desfavorável quando considerado de forma isolada.(32,36,37)

A inflamação do tecido mole ao redor dos abutments tem sido relatada em alguns estudos de implantes zigomáticos. A profundidade da mucosa palatina ao nível do implante posterior é normalmente de 5 mm, constituído por epitélio paraqueratinizado que não é comparável com a cavidade normal. A falta de tecido mole com defeito ósseo pode levar a problemas gengivais ao redor do implante durante ou após a osteointegração.(5,29,38) Sinusite é também uma complicação relatada por vários autores. Em alguns casos, pacientes com uma fístula oroantral pode desenvolver supuração com ou sem sinusite. As causas da sinusite incluem perfuração da membrana sinusal e vazamento a nível da maxila provocada por um orifício no implante zigomático, levando à migração de bactérias da boca para o seio.(5,29,39,40) A sinusite é a complicação mais frequentemente observada, com uma prevalência média de 3,9 em cada 100 implantes zigomáticos colocados. Outros autores também consideram que esta é a complicação mais relevante, como Becktor et al., com 19,4% dos casos e Chrcanovic et al. com 5,2%.(32,35,39)

Numa revisão sistemática realizada por Chrcanovic et al., foram relatados 15 casos de parestesia por acometimento de nervos infra-orbitários e zigomaticofaciais, no entanto, na maioria dos casos revisados, a parestesia diminuiu de intensidade entre 3 e 8

semanas pós-intervenção. A parestesia tem uma frequência de 1,36%. Para Bedrossian e Aparicio, a parestesia é considerada a complicação mais frequente, com prevalência de 5,4% e 4,6%, respectivamente.(32,35–37)

A prótese zigomática implantossuportada requer cuidados especiais devido às forças biomecânicas que afetam a estabilidade a longo prazo de uma restauração suportada por implante. O uso de uma prótese rígida é necessário uma vez que a flexão dos materiais pode causar deformação e desvio, resultando na perda do implante ou da junção entre a prótese e a fixação. As taxas de sucesso dos implantes no osso zigomático variam de 95% a 97%, com 12 a 124 meses de follow-up e a taxa de satisfação do paciente é de 80% 1 ano após a instalação da prótese.(5,29,41–43)

4.3.2 Abordagem Palatina

Mattsson et al, num artigo de 1999, foram os primeiros a relatar a realização de próteses fixas com bom funcionamento, sem sintomas 3 a 4,5 anos (média de 3,75 anos) após o tratamento, com a técnica de implantes inclinados inseridos no lado palatino da crista alveolar com exposição de expiras implantares.(13,16)

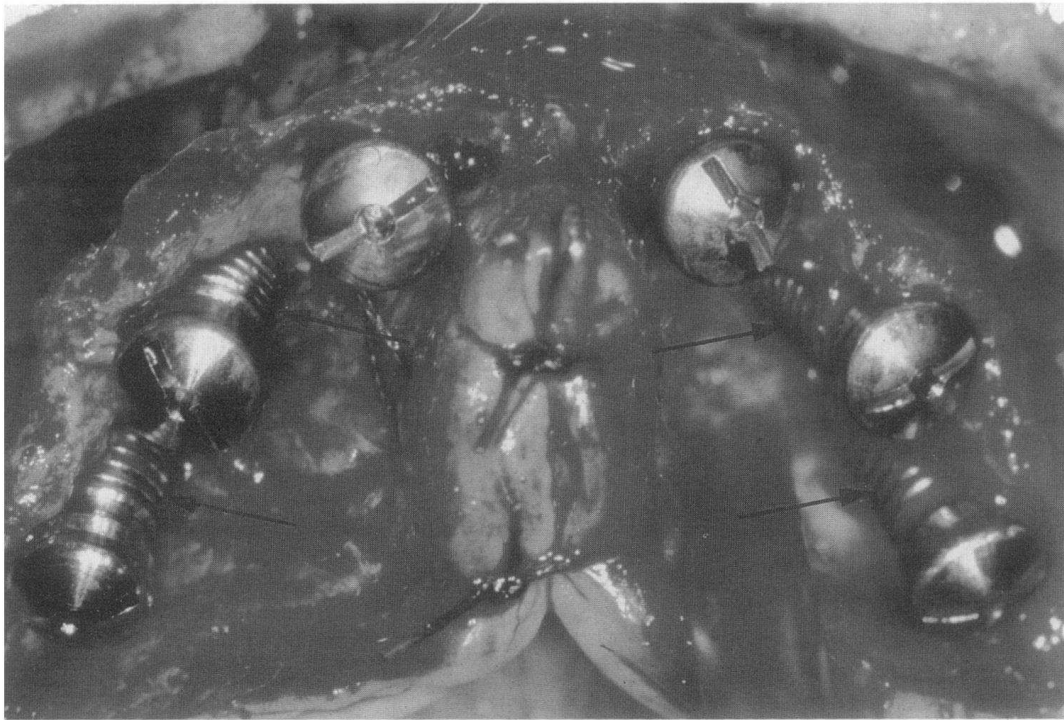


Figura 5 - Fotografia clínica de implantes instalados com espiras expostas no lado palatina da crista alveolar. Mattsson T, Köndell PÅ, Gynther GW, Fredholm U, Bolin A. Implant treatment without bone grafting in severely resorbed edentulous maxillae. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(3):281-7.

Para alcançar uma boa estabilidade primária do implante em cristas marginais finas (<4 mm de largura), Branemark et al colocaram implantes numa posição palatina para aproveitar o osso que permanece sempre no palato.(44,45)

O posicionamento palatal permite a inserção do implante com 2 mm de osso nativo no lado vestibular, mesmo nas cristas maxilares atroficas. Duas a cinco espiras são deixadas expostas no lado palatino, que podem ser cobertas com enxerto de ósseo particulado.(12,45)

O osso palatino tem demonstrado ter uma alta percentagem de osso denso em relação ao volume total do osso, por esse motivo, deve ser considerado por fornecer estabilidade adicional durante a cirurgia de implante.(46)

Alguns estudos com pequenas amostras relataram o uso, bem sucedido, de implantes posicionados palatalmente para reabilitar maxilas atroficas.(13,16,47)

Colocar implantes em posição palatina é uma alternativa nos casos de atrofia óssea alveolar horizontal.(13)

Mattsson et al colocaram 86 implantes inclinados em 15 pacientes com duas a cinco espiras expostas no lado palatino que foram reabilitados com próteses fixas de arco completo, relatando uma taxa de sobrevivência de 98,8% após um acompanhamento mínimo de 36 meses.(13,44)

Um estudo retrospectivo com 24 meses de follow-up após a carga do implante, relatou a reabilitação de 69 pacientes com maxila severamente atrófica usando 490 implantes, dos quais 330 estavam em posição palatina, suportando próteses fixas de arco completo. A taxa de sucesso dos implantes posicionados palatalmente foi de 97,8%, a perda óssea média foi de 0,61 mm e as reabilitações alcançaram alta satisfação dos pacientes.(13,44)

Num estudo de acompanhamento retrospectivo transversal de 5 anos, Penarrocha et al. apresentam uma taxa de sucesso de 98.7% em implantes colocados por palatino. Na visita de controlo a 5 anos 20.8% destes implantes apresentaram mucosite peri-implantar, mas nenhum apresentou peri-implantite.(44)

Rosén e Gynther trataram 19 pacientes com implantes posicionados por palatino e observaram mucosite peri-implantar na mucosa bucal em 9, mas nenhum caso de peri-implantite. Os autores afirmaram que a maioria desses problemas foram causados pela falta de higiene oral dos pacientes. Os autores não observaram reações de tecidos moles após um follow-up médio de 45 meses.(16)

Num estudo com um follow-up de 8 a 12 anos Rosén and Gynther mostraram uma taxa de sucesso de 97% em maxilas severamente reabsorvidas, indicando assim que esta técnica pode servir como uma alternativa para técnicas mais exigentes de recursos. Segundo os autores é uma técnica relativamente fácil de executar, que diminui significativamente o tempo de trabalho quando comparada com técnicas de excerto ósseo ou de implantes zigomáticos.(16)

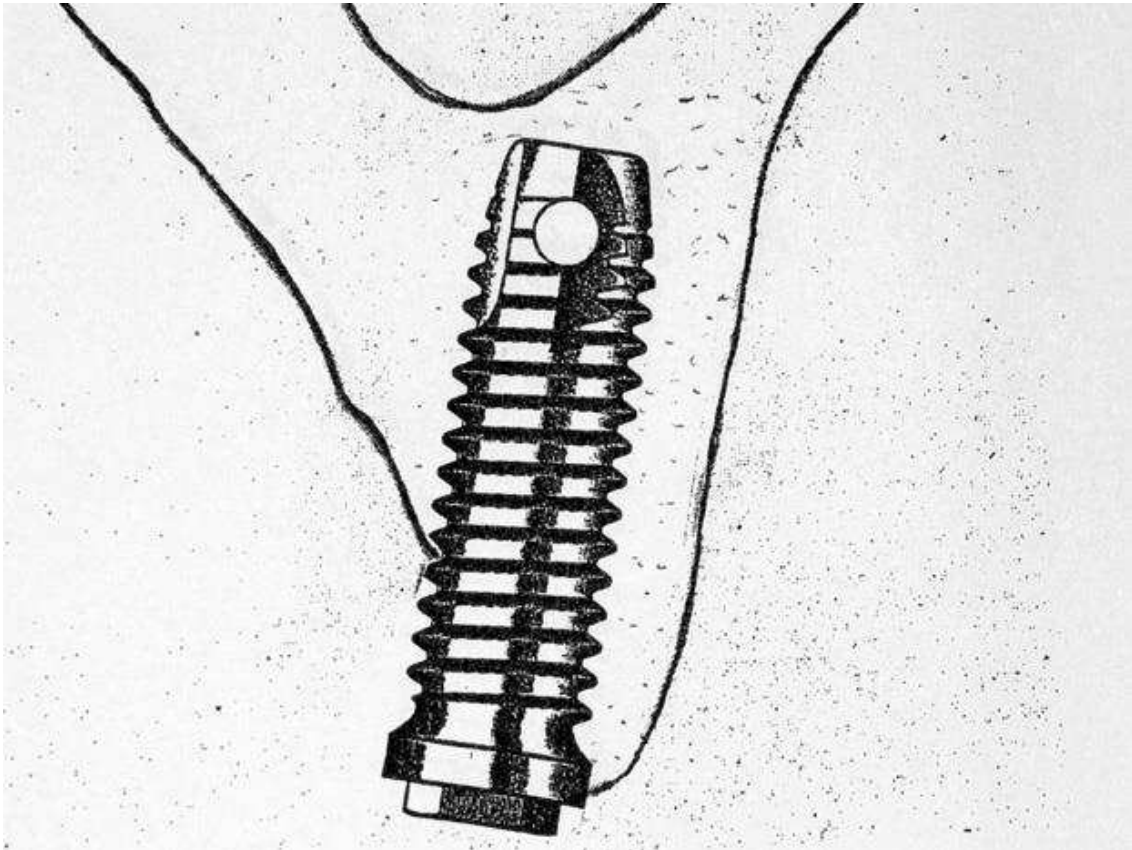


Figura 6 - Posicionamento deixando de 2 a 5 espiras descobertas no lado palatino, em maxilas severamente reabsorvidas. Rosén A, Gynther G. Implant Treatment Without Bone Grafting in Edentulous Severely Resorbed Maxillas: A Long-Term Follow-Up Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(5):1010–6.

Embora parte das espiras destes implantes fiquem expostas por palatino, este fato não interfere na sua estabilidade, na sua longevidade, nem na cicatrização dos tecidos moles ou no prognóstico do tratamento.(8,48)

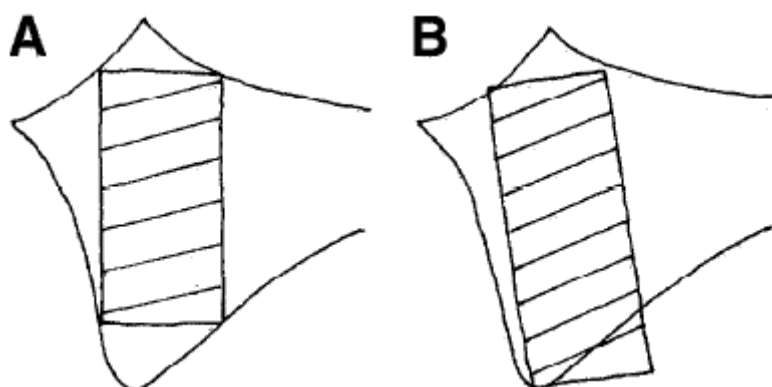


Figura 7 - A) Cobrimento convencional de todas as espiras. B) Espiras expostas por palatino na crista alveolar, permitindo uma fixação mais longa. Mattsson T, Köndell PÅ, Gynther GW, Fredholm U, Bolin A. Implant treatment without bone grafting in severely resorbed edentulous maxillae. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(3):281–7.

A colocação de implantes convencionais no osso maxilar torna-se possível, quando existe uma altura óssea residual de 8 a 10 mm e uma espessura superior a 4 – 5 mm. No entanto, muitas vezes, em maxilares severamente reabsorvidos não existem estas medidas de osso.(16,49) Portanto, a angulação méso-distal do implante proporciona melhor estabilidade primária do que o posicionamento vertical reto convencional (Figura 7 A), um vez que, permite o uso de um implante mais longo, embora deixe implantes com espiras descobertas no lado palatino da crista alveolar (Figura 7 B).(13,50,51)

4.3.2.1 Procedimento Clínico

Após incisão e descolamento da mucosa palatina para expor o osso maxilar, a colocação do implante palatinizado implica uma osteotomia para regularização da tábua óssea.

Para a inserção dos implantes, a broca piloto deve ser posicionado perpendicularmente ao osso cortical, no lado palatino. Uma vez perfurado o osso cortical, mantendo a broca em rotação contínua o eixo de inserção deve ser progressivamente alterado, tornando-se paralelo ao eixo principal da crista, até alcançar o eixo final para colocação do implante.

A particularidade na execução desta técnica, é a colocação da broca piloto não no topo da crista óssea, mas na sua superfície palatina, a cerca de 2-3 mm do seu topo. As brocas de implantes subsequentes devem sempre repetir, em rotação contínua, o caminho feito pela broca piloto, a fim de preservar a inclinação do túnel do implante.(14)

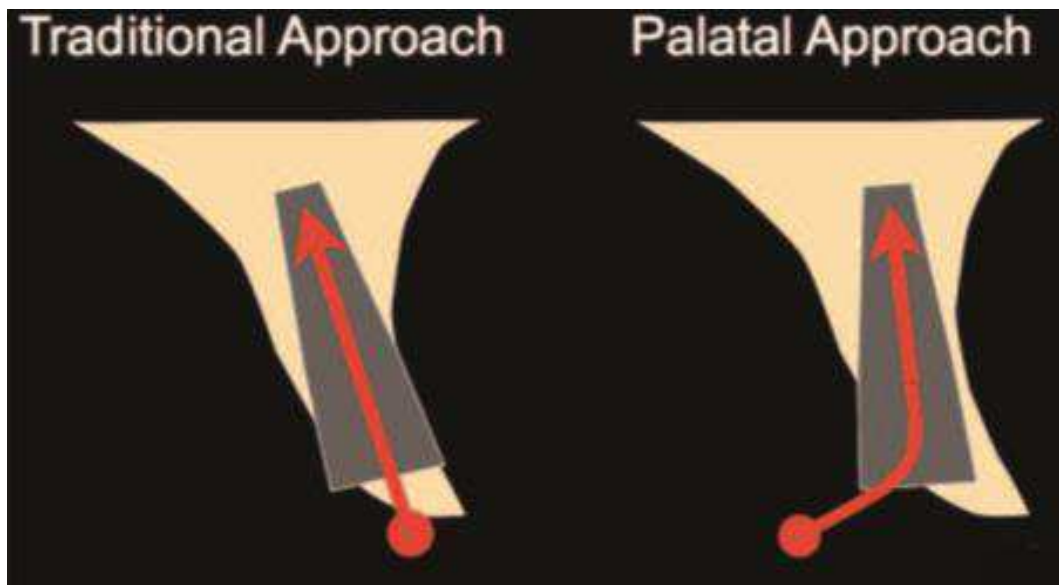


Figura 8 – A figura ilustra a diferença entre a colocação do implante através da Técnica Tradicional e da Técnica da Abordagem Palatina. A seta vermelha mostra a alteração progressiva da orientação da broca, essencial para uma correta execução da técnica da Abordagem Palatina. Andreasi Bassi M, Lopez MA, Andrisani C, Ormanier Z, Gargari M. Full arch rehabilitation in severe maxillary atrophy with palatal approach implant placement: a case report. *Oral Implantol (Rome)* [Internet]. [cited 2019 Jan 25];9(3):115–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28042439>

5. CASOS CLÍNICOS

5.1 Caso Clínico I

Paciente do sexo feminino, 60 anos.

Relata ter perdido as peças dentárias por cáries.

Não é portadora de patologias nem apresenta qualquer tipo de alergia.



Figura 9- foto de rosto pré operatória, onde foi pedido à paciente para sorrir enquanto olha em frente. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 10-Foto de rosto pré operatória, onde foi pedido à paciente para sorrir enquanto roda a cabeça 45°. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 11- foto pré-operatória, das arcadas superior e inferior, vista frontal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

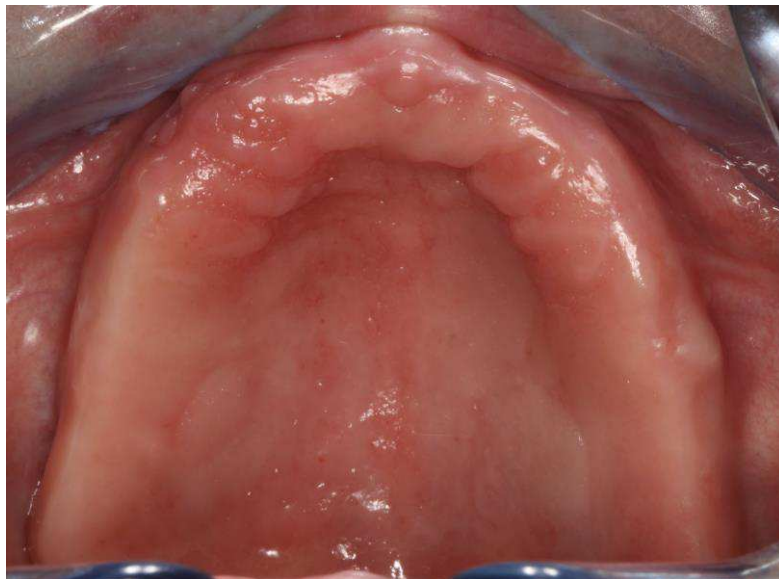


Figura 12 - Foto pré-operatória, da arcada superior, vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

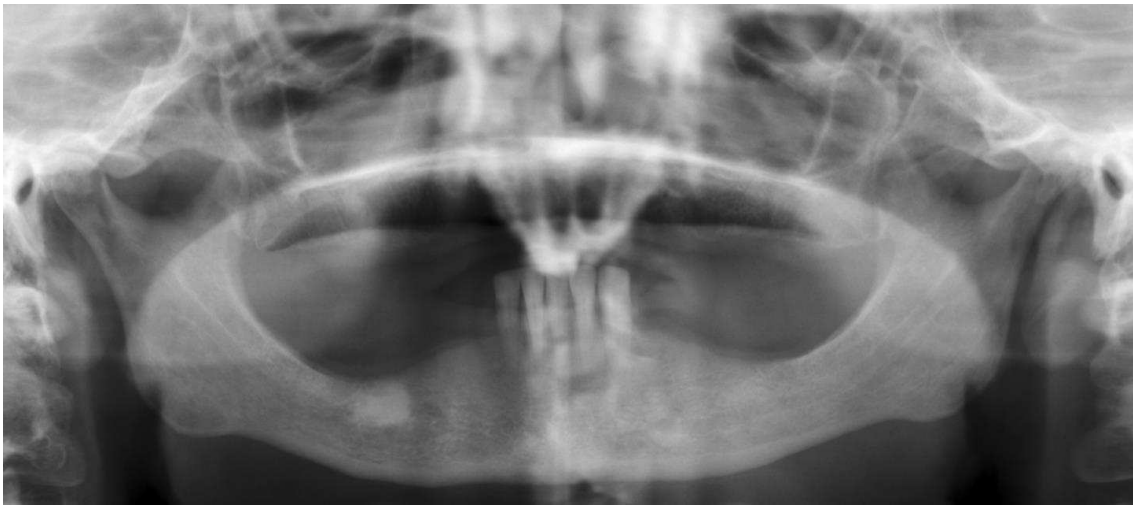


Figura 13 - Ortopantomografia pré-operatória. (RX cedido por Dr. Joel Teles)

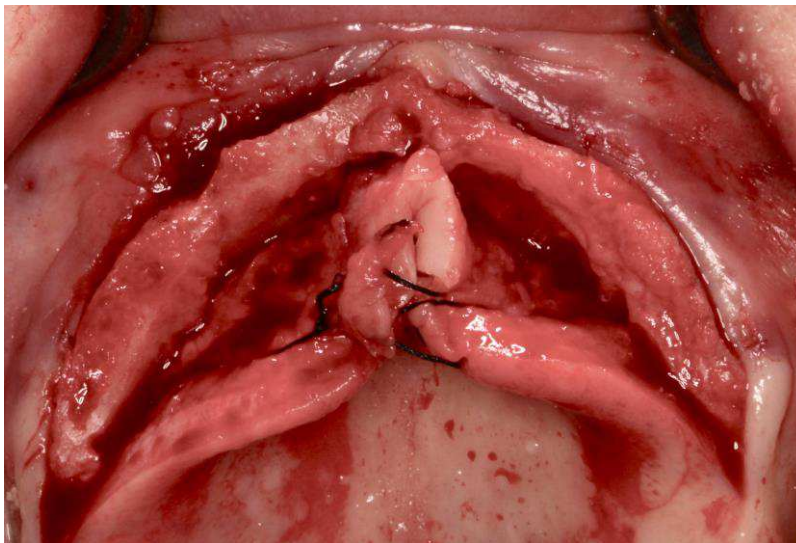


Figura 14 - Foto pré-osteotomia de regularização óssea, da arcada superior, vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

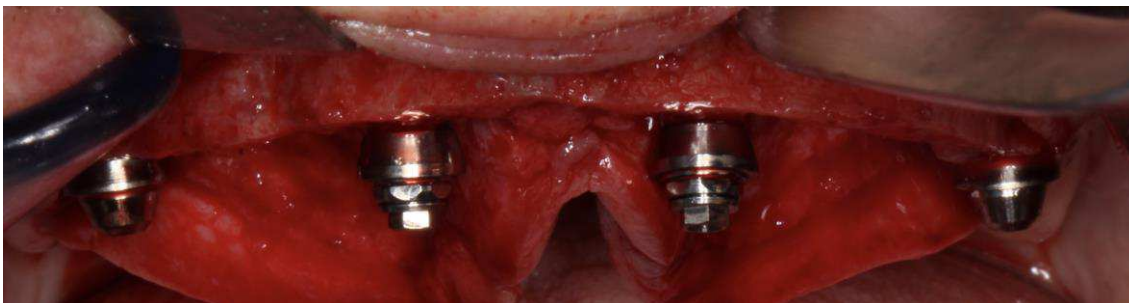


Figura 15 - Foto da arcada superior após osteotomia de regularização óssea e colocação dos implantes através da técnica da Abordagem Palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

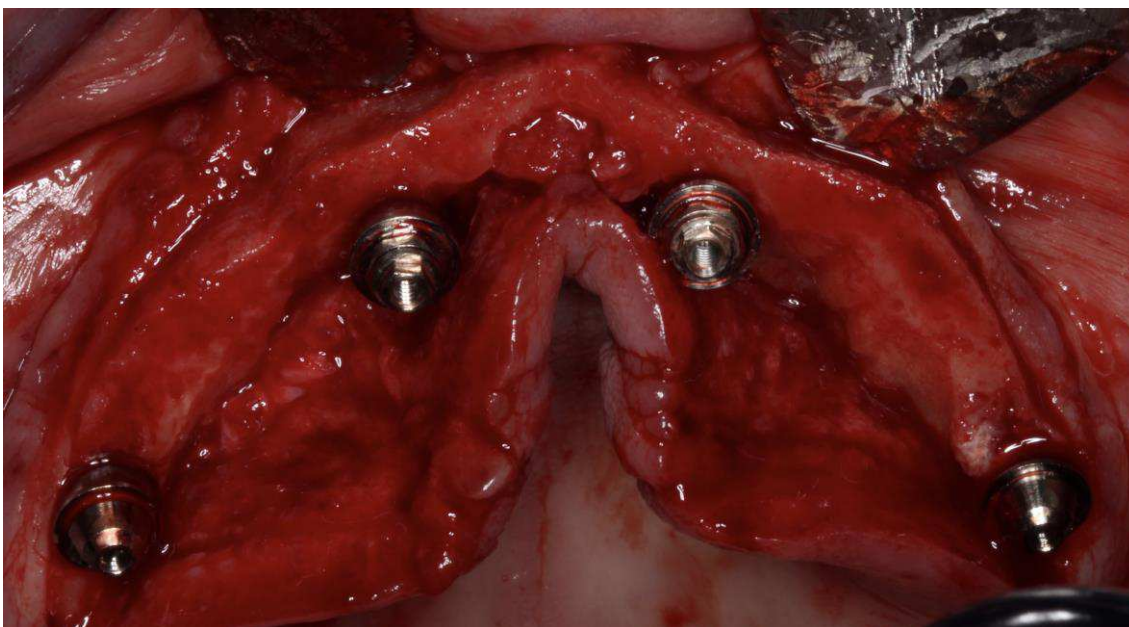


Figura 16 - Foto da arcada superior após colocação dos implantes através da técnica da Abordagem Palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

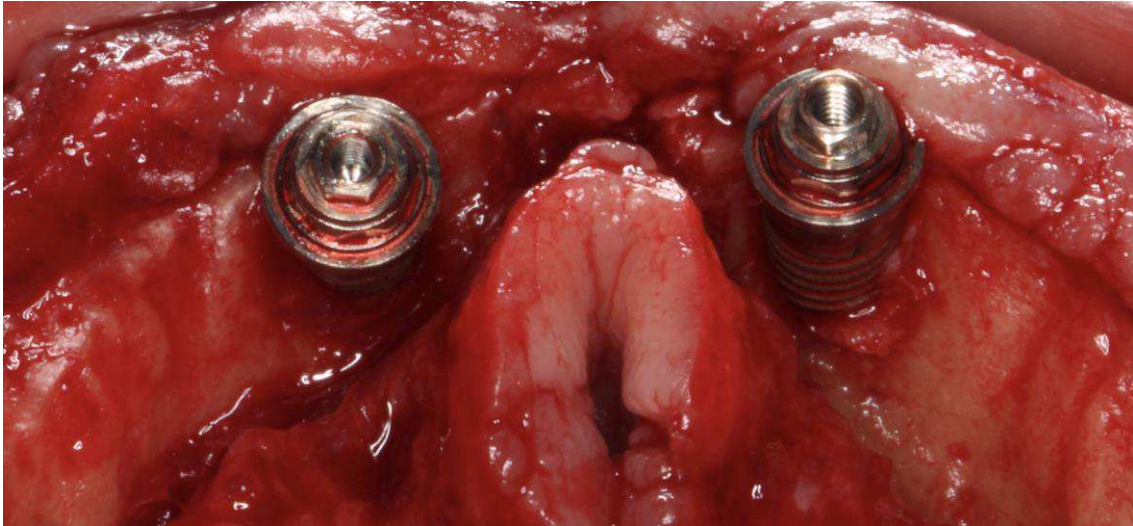


Figura 17 - Foto de pormenor sobre as expiras expostas na zona palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 19 – Foto pré-operatória da prótese provisória. (Foto cedida por Dr. Joel Teles).



Figura 18 – Foto pós-operatória da prótese definitiva vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

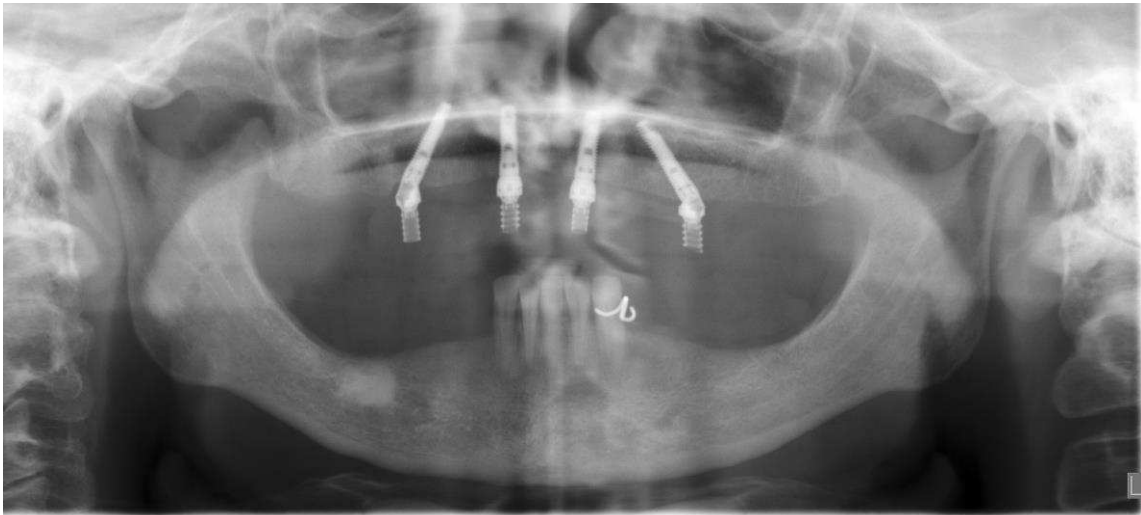


Figura 20 - Ortopantomografia pós-operatória imediata. (RX cedido pelo Dr. Joel Teles)



Figura 21 - Foto 3 meses depois da cirurgia, após remoção da prótese provisória. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

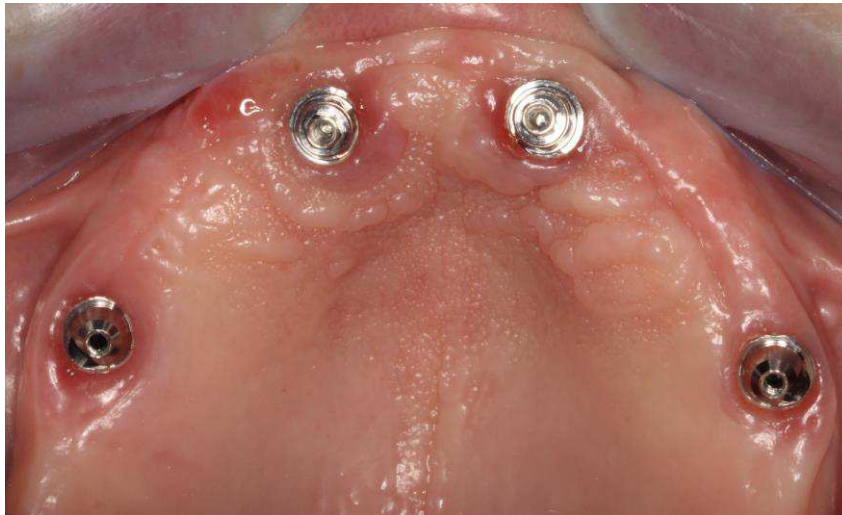


Figura 22 - Foto 3 meses depois da cirurgia, após remoção da prótese provisória, vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 23 - Foto de perfil de emergência da prótese híbrida definitiva metalo acrílica, 3 meses após a cirurgia. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

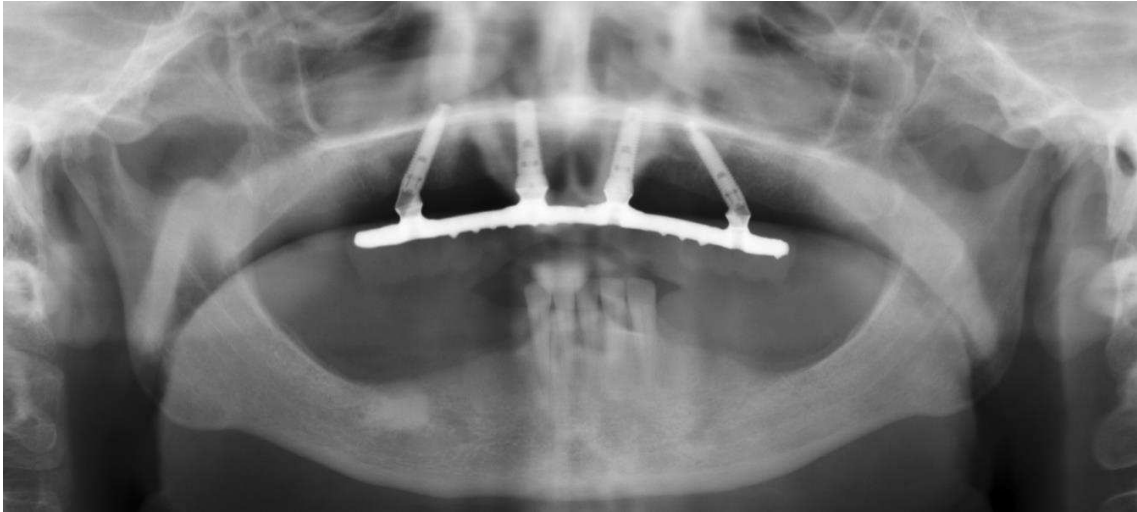


Figura 24 – Ortopantomografia com prótese híbrida definitiva metálica-acrílica, 36 meses após a cirurgia. (RX cedido por Dr. Joel Teles)



Figura 25 - Foto de rosto 3 meses após a cirurgia com prótese definitiva. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

5.2 Caso Clínico II

Paciente do sexo feminino, 51 anos fumadora.

Relata ter perdido as peças dentárias num acidente de viação quando tinha apenas 14 anos e desde então usa prótese removível.

Não é portadora de patologias nem apresenta qualquer tipo de alergia.



Figura 27 - Fotos de rosto pré-operatória com uma expressão séria. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 26 – Foto de rosto pré-operatória onde foi pedido à paciente para sorrir. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 28 - Foto pré-operatória da arcada superior vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

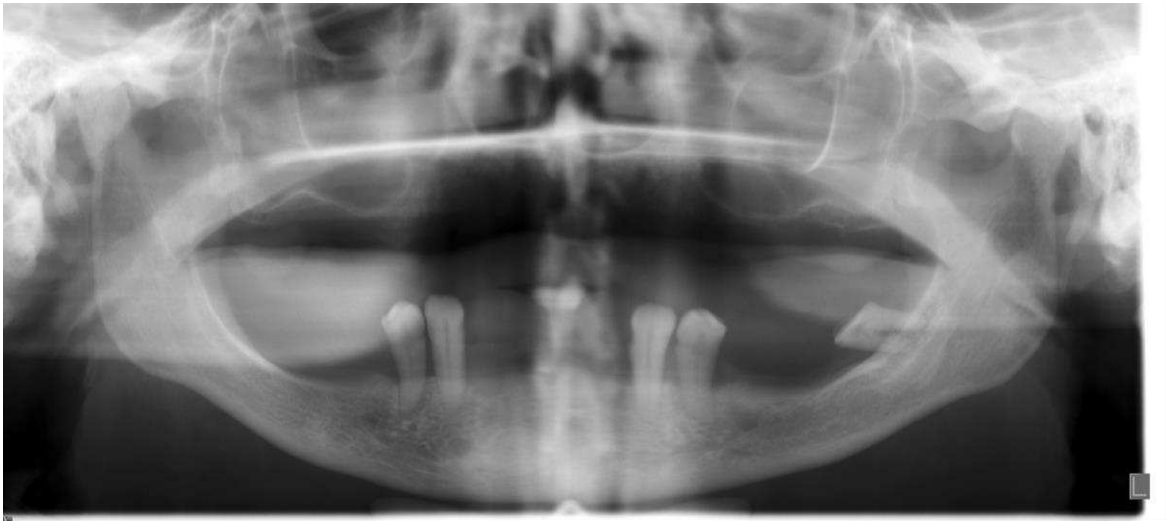


Figura 29 - Ortopantomografia pré-operatória. (RX cedido por Dr. Joel Teles)

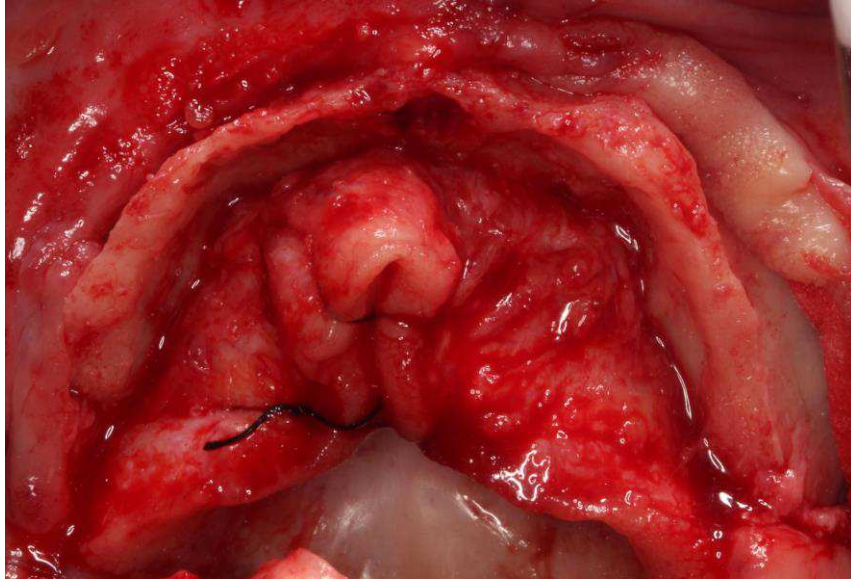


Figura 30 - Foto da arcada superior após incisão e descolamento da mucosa palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

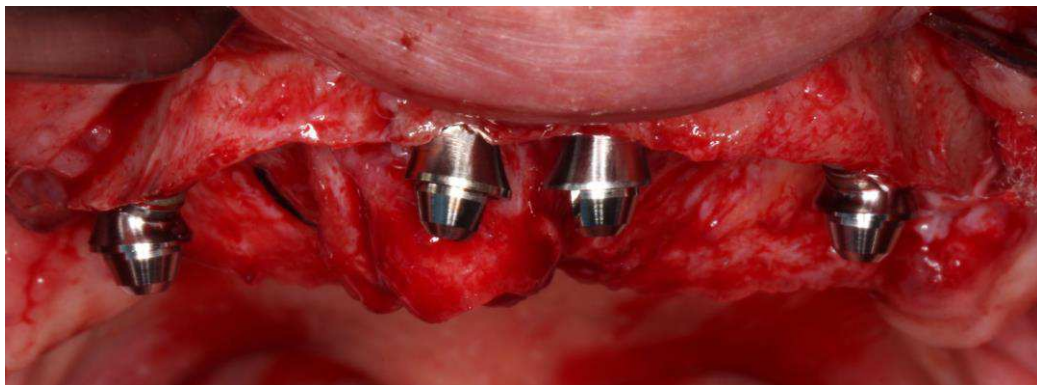


Figura 29 - Foto da arcada superior após colocação dos implantes através da técnica da Abordagem Palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

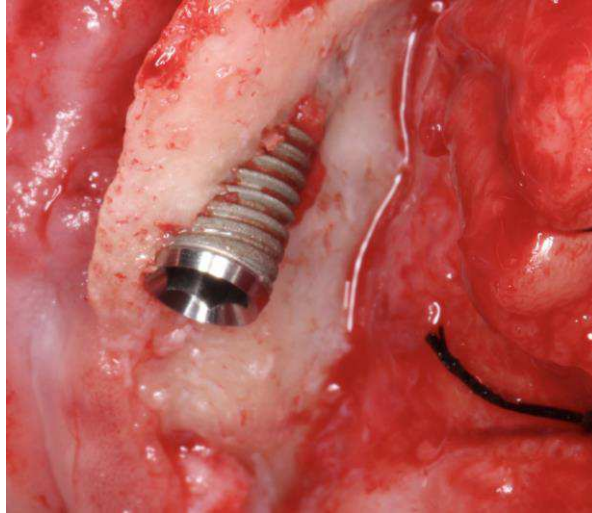


Figura 30 - Foto de pormenor sobre as expiras expostas na zona palatina. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 32 - Foto pré-operatória da prótese provisória. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 31 - Foto pós-operatória da prótese definitiva vista oclusal. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 33 - Ortopantomografia pós-operatória imediata. (RX cedido pelo Dr. Joel Teles)



Figura 35 – Foto pré-operatória. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)



Figura 34 – Foto pós-operatória imediata. (Foto cedida por Dr. Joel Teles)

6. CONCLUSÃO

Após a elaboração desta revisão narrativa, e tendo em conta o objetivo do trabalho, conclui-se que a técnica da Abordagem Palatina revela ser uma alternativa válida a técnicas reconstrutivas mais invasivas.

Comparativamente com outras, a técnica da Abordagem Palatina demonstrou ser mais simples para o executante, demonstrou ter melhores resultados a longo prazo, menor tempo de execução e recuperação e melhor satisfação dos pacientes. Para além de tudo isto, ainda demonstrou boa estabilidade peri-implantar dos tecidos moles e pouca perda de osso marginal.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Caldas Júnior F de A, Caldas KU, Oliveira MRM de, Amorim AA de, Barros PM de F. O IMPACTO DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS. REVISTA CIÊNCIA MÉDICA, CAMPINAS. 2005;14(3):229–38.
2. Golds L. The prosthetic treatment in the presence of gross resorption of the mandibular alveolar ridge. J Dent. 1985;13(2):91–101.
3. Spencer KR. Implant based rehabilitation options for the atrophic edentulous jaw. AUSTRALIAN DENTAL JOURNAL. 2018; 63:(1 Suppl): S100–S107.
4. Cawood JI, Howell RA. A classification of the edentulous jaws [Internet]. Vol. 17, Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1988 [cited 2019 Jan 22].
5. Ugurlu F, Yıldız C, Sener BC, Sertgoz A. Rehabilitation of Posterior Maxilla with Zygomatic and Dental Implant after Tumor Resection: A Case Report. Case Rep Dent [Internet]. 2013;2013:1–5.
6. Widmark G, Andersson B, Andrup B, Carlsson GE, Ivanoff CJ, Lindvall AM. Rehabilitation of patients with severely resorbed maxillae by means of implants with or without bone grafts. A 1-year follow-up study. Int J Oral Maxillofac Implants [Internet]. [cited 2019 Jan 24];13(4):474–82.
7. Aparicio C, Perales P. Tilted Implants as an Alternative to Maxillary Sinus Grafting : A Clinical, Radiologic, and Periotest Study. Clinical Implant Dentistry and Related Research, Volume 3, Number 1 , 2001; 1-10.
8. Migliorança RM, Coppedê AR, Zamperlini MDS, Viterbo RBS, Lima DM. Reabilitação da maxila atrófica sem enxertos ósseos : resultados de um novo protocolo utilizado em casos de edentulismo total. Implantnews. 2007;1–9.
9. Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. Clin Oral Implants Res [Internet]. 2003 Apr [cited 2019 Jan 25];14(2):173–9.
10. Heydecke G, Mark Thomason J, Lund JP, Feine JS. The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults.

- J Dent [Internet]. 2005 Sep [cited 2019 Jan 25];33(8):649–57.
11. Peñarrocha M, Carrillo C, Boronat A, Peñarrocha M. Retrospective study of 68 implants placed in the pterygomaxillary region using drills and osteotomes. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. [cited 2019 Jan 25];24(4):720–6.
 12. Peñarrocha M, García B, Martí E, Boronat A. Rehabilitation of the severely atrophic maxilla with zygomatic implants using the sinus slot technique. Clinical report on a serie of 21 patients. *Int J Oral Maxillofac Implant*. 2007;22:645–50.
 13. Mattsson T, Köndell PÅ, Gynther GW, Fredholm U, Bolin A. Implant treatment without bone grafting in severely resorbed edentulous maxillae. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999;57(3):281–7.
 14. Andreasi Bassi M, Lopez MA, Andrisani C, Ormanier Z, Gargari M. Full arch rehabilitation in severe maxillary atrophy with palatal approach implant placement: a case report. *Oral Implantol (Rome)* [Internet]. [cited 2019 Jan 25];9(3):115–22.
 15. Testori T, Del Fabbro M, Capelli M, Zuffetti F, Francetti L, Weinstein RL. Immediate occlusal loading and tilted implants for the rehabilitation of the atrophic edentulous maxilla: 1-year interim results of a multicenter prospective study. *Clin Oral Implants Res*. 2008;19(3):227–32.
 16. Rosén A, Gynther G. Implant Treatment Without Bone Grafting in Edentulous Severely Resorbed Maxillas: A Long-Term Follow-Up Study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(5):1010–6.
 17. Aghabeigi B, Bousdras VA. Rehabilitation of severe maxillary atrophy with zygomatic implants. Clinical report of four cases. *Br Dent J*. 2007;202(11):669–75.
 18. Misch CE. *Implantes Dentais Contemporâneos (Em Portuguese do Brasil)*. 3ª. Santos, editor. 2000. 685 p.
 19. Candel-marti E, Peñarrocha-oltra D, Bagán L, Peñarrocha-diago M. Palatal positioned implants in severely atrophic maxillae versus conventional implants to support fixed full-arch prostheses : Controlled retrospective study with 5 years of

- follow-up. 2015;20(3):1–8.
20. Sorní M, Guarínós J, García O, Peñarrocha M. Implant rehabilitation of the atrophic upper jaw: a review of the literature since 1999. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2019 Jan 31];10 Suppl 1:E45-56.
 21. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl* [Internet]. 1977 [cited 2019 Jan 31];16:1–132.
 22. Brånemark PI, Adell R, Albrektsson T, Lekholm U, Lundkvist S, Rockler B. Osseointegrated titanium fixtures in the treatment of edentulousness. *Biomaterials* [Internet]. 1983 Jan [cited 2019 Jan 31];4(1):25–8.
 23. Sherry JS, Balshi TJ, Sims LO, Balshi SF. Treatment of a severely atrophic maxilla using an immediately loaded , implant- supported fixed prosthesis without the use of bone grafts : A clinical report. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2010;103(3):133–8.
 24. Hallman M, Mordenfeld A, Strandkvist T. Bone replacement following dental trauma prior to implant surgery - Present status. *Dent Traumatol*. 2009;25(1):2–11.
 25. Del Fabbro M, Rosano G, Taschieri S. Implant survival rates after maxillary sinus augmentation. *Eur J Oral Sci*. 2008;116(6):497–506.
 26. Babbush CA, Kent JN, Misiak DJ. Titanium Plasma-sprayed (TPS) Screw Implants for the reconstruction of the edentulous mandible. *J Oral Maxillofac Surg*. 1986;44(4):274–82.
 27. Duarte LR, Filho HN, Francischone CE, Peredo LG, Brånemark PI. The establishment of a protocol for the total rehabilitation of atrophic maxillae employing four zygomatic fixtures in an immediate loading system - A 30-month clinical and radiographic follow-up. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2007;9(4):186–96.

28. Maló P, de Araujo Nobre M, Lopes I. A new approach to rehabilitate the severely atrophic maxilla using extramaxillary anchored implants in immediate function: A pilot study. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2008;100(5):354–66.
29. Stiévenart M, Malevez C. Rehabilitation of totally atrophied maxilla by means of four zygomatic implants and fixed prosthesis: a 6-40-month follow-up. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(4):358–63.
30. Goiato MC, Pellizzer EP, Moreno A, Gennari-Filho H, Dos Santos DM, Santiago JF, et al. Implants in the zygomatic bone for maxillary prosthetic rehabilitation: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2014;43(6):748–57.
31. Boyes-Varley JG, Howes DG, Lownie JF, Blackbeard G a. Surgical modifications to the Brånemark zygomaticus protocol in the treatment of the severely resorbed maxilla: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. 2003;18(2):232–7.
32. Molinero-Mourelle P, Baca-Gonzalez L, Gao B, Saez-Alcaide LM, Helm A, Lopez-Quiles J. Surgical complications in zygomatic implants: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(6):e751–7.
33. Stella JP, Warner MR. Sinus slot technique for simplification and improved orientation of zygomaticus dental implants: a technical note. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. [cited 2019 Feb 1];15(6):889–93.
34. Corvello PC, Montagner A, Batista FC, Smidt R, Shinkai RS. Length of the drilling holes of zygomatic implants inserted with the standard technique or a revised method: A comparative study in dry skulls. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2011;39(2):119–23.
35. Chrcanovic BR, Abreu MHNG. Survival and complications of zygomatic implants: A systematic review. *Oral Maxillofac Surg*. 2013;17(2):81–93.
36. Aparicio C, Ouazzani W, Garcia R, Arevalo X, Muela R, Fortes V. A Prospective Clinical Study on Titanium Implants in the Zygomatic Arch for Prosthetic Rehabilitation of the Atrophic Edentulous Maxilla with a Follow-Up of 6 Months to 5 Years. *Clin Implant Dent Relat Res* [Internet]. 2006 Sep [cited 2019 Feb

- 1];8(3):114–22.
37. Bedrossian E. Rehabilitation of the edentulous maxilla with the zygoma concept: a 7-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. [cited 2019 Feb 1];25(6):1213–21.
 38. Al-Nawas B, Wegener J, Bender C, Wagner W. Critical soft tissue parameters of the zygomatic implant. *J Clin Periodontol*. 2004;31(7):497–500.
 39. J.P. B, S. I, P. A, L. S. Evaluation of 31 zygomatic implants and 74 regular dental implants used in 16 patients for prosthetic reconstruction of the atrophic maxilla with cross-arch fixed bridges. *Clin Implant Dent Relat Res* [Internet]. 2005;7(3):159–65.
 40. Malevez C, Abarca M, Durdu F, Daelemans P. Clinical outcome of 103 consecutive zygomatic implants: A 6-48 months follow-up study. *Clin Oral Implants Res*. 2004;15(1):18–22.
 41. J.P. U, V.R. G, C.G. E. Rehabilitation of atrophic maxilla: A review of 101 zygomatic implants. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2008;13(6):E363–70.
 42. Landes CA. Zygoma implant-supported midfacial prosthetic rehabilitation: A 4-year follow-up study including assessment of quality of life. *Clin Oral Implants Res*. 2005;16(3):313–25.
 43. Peñarrocha M, Carrillo C, Boronat A, Martí E. Level of satisfaction in patients with maxillary full-arch fixed prostheses: zygomatic versus conventional implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007;22:769–73.
 44. Peñarrocha-Oltra D, Candel-Martí E, Peñarrocha-Diago C-M, Martínez-González JM, Aragonese JM, Peñarrocha-Diago M. Palatal Positioning of Implants in Severely Atrophic Edentulous Maxillae: Five-Year Cross-Sectional Retrospective Follow-up Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. 2013;28(4):1140–6.
 45. Brånemark PI, Adell R, Albrektsson T, Lekholm U, Lindström J, Rockler B. An experimental and clinical study of osseointegrated implants penetrating the nasal cavity and maxillary sinus. *J Oral Maxillofac Surg*. 1984;42(8):497–505.

46. Wehrbein H. Bone quality in the midpalate for temporary anchorage devices. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20(1):45–9.
47. Penarrocha MM, Carrillo C, Boronat A, Peñarrocha M, Boronat DDSA, Peñarrocha DDSM. Maximum Use of the Anterior Maxillary Buttress in Severe Maxillary Atrophy with Tilted, Palatally Positioned Implants: A Preliminary Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. 2010;25(4):813–20.
48. U. L, L. S, J. R, W. B, Lekholm U, Sennerby L, et al. Soft tissue and marginal bone conditions at osseointegrated implants that have exposed threads: a 5-year retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. 1996;11(5):599–604.
49. ten Bruggenkate CM, van den Bergh JP. Maxillary sinus floor elevation: a valuable pre-prosthetic procedure. *Periodontol 2000.* 2000;17:176–82.
50. Andersson JE, Svartz K. CT-scanning in the preoperative planning of osseointegrated implants in the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988;17(1):33–5.
51. Quirynen M, Lamoral Y, Dekeyser C, Peene P, van Steenberghe D, Bonte J, et al. CT scan standard reconstruction technique for reliable jaw bone volume determination. *Int J Oral Maxillofac Implant* [Internet]. 1990;5(4):384–9.

8. ANEXOS

Declaração de Cedência de Imagens

Para os devidos efeitos, eu, Dr. Joel da Silva Teles, consinto que os registos fotográficos e radiográficos que foram feitos com fins de diagnóstico e controlo clínico, possam ser utilizados na tese elaborada por, Ricardo Diogo da Silva Teles, com o título, Reabilitação de maxilas severamente reabsorvidas através da técnica da Abordagem Palatina.

Peso da Régua, 2 de Abril de 2019

Assinatura

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'Joel da Silva Teles'.

CAPÍTULO II - RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS

1. INTRODUÇÃO

O Estágio de Medicina Dentária corresponde a um período de atividade monitorizado que possibilita ao aluno ampliar o treino prático em pacientes aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos previamente. Este Estágio tem como objetivo aprofundar competências técnicas e científicas bem como aprender o significado de responsabilidade profissional e comportamento ético.

O Estágio é repartido em 3 áreas distintas, Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio em Saúde Oral Comunitária. A conjugação destas valências permite ao aluno o desenvolvimento de competências profissionais de uma forma mais abrangente, o que conduzirá a uma maior competência na prática profissional futura.

2. RELATÓRIO POR ATIVIDADE DO ESTÁGIO

2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária, regido pela Professora Doutora Filomena Salazar, decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde em Gandra, (Setembro 2018 – Agosto 2019) com uma carga horária de 180h. A supervisão foi assegurada pelo Mestre João Baptista e pela Doutora Maria do Pranto. Este estágio permitiu uma abordagem multidisciplinar dos pacientes com o propósito de elaborar um diagnóstico, um plano de tratamento e executá-lo, englobando as diferentes áreas clínicas da Medicina Dentária. Esta experiência foi bastante benéfica pois permitiu aumentar a capacidade de decisão clínica e trazer-nos um ambiente similar àquele que encontraremos na nossa vida profissional.

Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se discriminados na Tabela 1.

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	2	0	2
Dentística	10	7	17
Endodontia	7	0	7
Exodontia	0	1	1
Cirurgia	2	0	2
Destarização	2	1	3
Prótese Removível	0	0	0
Prótese Fixa	0	0	0
Odontopediatria	0	0	0
TOTAL	23	9	22

Tabela 1 - Número de atos clínicos como Operadora e Assistente no Estágio em Clínica Geral Dentária.

2.2 Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar, regido pelo Doutor Fernando Figueira, foi efetuado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital Padre Américo, com uma carga horária de 120h. Este estágio realizou-se numa primeira fase às terça-feira das 09h às 13h, entre os dias 15 de Setembro de 2018 e 14 de Junho de 2019 e numa segunda fase entre os dias 17 de Junho 2019 e 09 de Agosto 2019, numa frequência diária das 8:30h às 13h30. A monitorização foi assegurada pelo Professor Doutor Rui Bezerra e pela Professora Doutora Paula Malheiro. O Estágio Hospitalar, pelo próprio ambiente onde se desenvolve, permite ao aluno o contacto com pacientes com características especiais, nomeadamente diabéticos, hipocoagulados, polimedicados, com doenças neurodegenerativas, cognitivas e psíquicas permitindo ganhar uma boa destreza manual e abordar rapidamente diferentes situações. A experiência hospitalar exibiu uma classe social carenciada e, por vezes, mais debilitada, o que nos levou a lidar com situações nitidamente mais complexas.

Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se discriminados na Tabela 2.

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	1	0	1
Dentisteria	14	24	38
Endodontia	5	2	7
Cirurgia	34	43	77
Odontopediatria	3	2	5
TOTAL	57	69	128

Tabela 2 - Número de atos clínicos como Operadora e Assistente no Estágio em Clínica Hospitalar.

2.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária, supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante, realizou-se entre setembro de 2018 e agosto de 2019, com carga horária total de 120 horas. Este estágio decorreu no IUCS (Instituto Universitário Ciências Saúde) tendo sido realizadas as seguintes tarefas:

- Tarefa 1: Projeto de Intervenção Comunitária no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
- Tarefa 2: Projeto de Intervenção Comunitário na área de Saúde Oral no Hospital da Misericórdia
- Tarefa 3: Projeto de intervenção comunitária de rua na área de saúde oral: “Saúde Oral para todos, Musical da Saúde Oral” + uma implementação prática
- Tarefa 4: Patologias sistémicas com repercussões na cavidade oral. Conhecer e saber como proceder.
- Tarefa 5: Patologia benigna dos tecidos moles em Odontopediatria. Diagnóstico e terapêutica em ambulatório
- Tarefa 6: Patologia oral maligna em Odontopediatria. Diagnóstico e o que saber para fazer terapêutica em ambulatório.
- Tarefa 7: Dados epidemiológicos de uma população de estudo - Grupo 3

3. Considerações Finais

As componentes teórica e prática do Estágio em Medicina Dentária, foram essenciais no meu crescimento como médico dentista, tornando-me uma profissional competente e confiante. Este foi um processo que sem dúvida me fez crescer como médico dentista e como pessoa.

Através da frequência destas três componentes de estágio, é permitido ao aluno pôr em prática os conhecimentos que obteve durante o decorrer dos anos transatos, aprofundar os seus conhecimentos e adaptar os seus conhecimentos aos diferentes meios que vão surgir na sua futura vida profissional.