



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O TRATAMENTO DO DOENTE BIPOLAR NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA: UM CASO CLÍNICO

Trabalho submetido por
Ana Catarina Vargas Alves Patinha
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2016



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O TRATAMENTO DO DOENTE BIPOLAR EM MEDICINA DENTÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Trabalho submetido por
Ana Catarina Vargas Alves Patinha
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Pedro Abecasis

e coorientado por
Mestre Maria João Antunes

junho de 2016

DEDICATÓRIA

À Flor (mais) bela, a minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero fazer um agradecimento enorme ao meu orientador Professor Doutor Pedro Abecasis, que desde o início me motivou. A sua prontidão de resposta, disponibilidade e apoio foram fundamentais para o término deste trabalho. Também faço um agradecimento à minha coorientadora, Mestre Maria João Antunes, não só por permitir a realização dos tratamentos, mas também por ter sempre uma palavra amiga e de incentivo.

Agradeço à Direção Clínica da Clínica Universitária de Medicina Dentária Egas Moniz, que permitiu que este caso clínico pudesse ser iniciado e continuado.

Fica também um agradecimento aos restantes professores, funcionários e colegas que das mais diversas formas me ajudaram a crescer ao longo deste último ano, em particular.

À minha mãe, que sempre, sempre, me apoiou e motivou, sendo a razão daquilo que hoje sou. Grata para sempre.

Jorge, obrigada por seres o meu pilar, em todas as vertentes da minha vida, incluindo esta.

Quero também agradecer à minha querida amiga, confidente, colega, parceira de box, Liliana. Sem ti, seria bastante difícil ou, até, talvez impossível, concretizar os tratamentos do caso clínico. Amigas para sempre.

Por último, mas não menos importante, um obrigada ao senhor J.M.. Grata pela sua paciência e demonstrar de vontade em se tratar, apesar das poucas possibilidades e circunstâncias difíceis na sua vida. Obrigada por me ter deixado ajudá-lo um pouco. Nunca o esquecerei.

RESUMO

A Doença Bipolar é uma condição crónica, altamente debilitante, caracterizada pelos episódios recorrentes de alteração do humor, variando entre estados de mania, depressão e eventuais períodos de eutímia, em estabilidade.

São numerosas as dificuldades que dizem respeito a esta patologia. A sua fisiopatologia não está completamente definida. O seu diagnóstico é, na maioria dos casos, feito tardiamente, e, por vezes, de forma errada, piorando o prognóstico. O doente, e respetiva família, têm dificuldade em aceitar o seu diagnóstico o que leva a uma pior adesão à farmacoterapia, piorando o prognóstico também.

O doente bipolar que é acompanhado e devidamente tratado, pode e deve ser um elemento participativo na nossa sociedade. Quando tal não acontece, há uma série de repercussões nos vários papéis do indivíduo. Quer a nível de relações interpessoais, profissionais e, não menos importante, a nível pessoal, física e emocionalmente, que resulta, em última instância, na perda da sua identidade, sentido e controlo da própria vida.

O paciente J.M., 52 anos, compareceu na consulta de triagem da Clínica Universitária de Medicina Dentária Egas Moniz com o seguinte motivo de consulta: “Dói-me a boca toda e as gengivas e já quase não consigo comer” sic. Após esta consulta, foi-lhe proposto um plano de tratamento que passa pelas seguintes áreas da Medicina Dentária: Cirurgia e Medicina Oral, Medicina Dentária Preventiva, Periodontologia, Dentisteria Operatória e Prostodontia. Assim, a propósito deste caso clínico, foi realizado este trabalho, relatando o processo de todos os tratamentos efetuados a um doente bipolar.

PALAVRAS - CHAVE

Doença Bipolar; Medicina Dentária; Saúde Oral; Caso Clínico

ABSTRACT

Bipolar disorder it's a chronic condition, highly debilitating, characterized by continuous humor alterations bouncing between mania stages, depression and eventual periods of euthymia (without symptoms).

There are numerous obstacles about the disease. The physiopathology is not completely defined. The diagnosis is mostly done incorrectly, affecting the prognosis. The patient and their family, tend to have struggle to accept the diagnosis, which leads to a more difficult pharmacotherapy acceptance, aggravating the prognosis.

The bipolar patient which is carefully followed and treated can and should be an active element of society. When that doesn't happen, there is an amount of repercussions on the various roles of the individual. On personal and professional relationships, and of course, physically and emotionally resulting, in the worst case scenario, in the loss of their identity, sense and control of their own life.

The patient J.M., 52 years old, attended the screening appointment on the University of Clinical Dentistry Egas Moniz with the reason being: "My mouth is hurting, and my gums. I can't barely eat." quoted by the patient. A treatment plan was given to the patient that involved the following specialties of dentistry: Surgery and Oral Medicine, Preventive Dentistry, Periodontology, Operative Dentistry and Prosthodontics. Therefore, regarding this case report, this assignment was reporting every step of the treatment in a bipolar patient.

KEY-WORDS

Bipolar Disease; Dentistry; Oral Health; Case Report

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	11
1.	A Doença Bipolar.....	11
1.1.	Definição	11
1.2.	Classificação	11
1.3.	Epidemiologia	13
1.4.	Diagnóstico	13
1.5.	Tratamento	14
1.5.1.	Tratamento farmacológico	15
1.5.1.1.	Efeitos adversos na Cavidade Oral.....	16
	<i>Hipossialia ou Hipossalivação e Xerostomia</i>	17
	<i>Hiperssialia, Hipersalivação, Sialorreia, Polissialia ou Ptalismo</i>	19
	<i>Inflamação das glândulas salivares</i>	19
	<i>Úlceras e Estomatite aftosa</i>	20
	<i>Reação liquenoide/ Líquen Plano</i>	20
	<i>Aumento do Volume Gengival</i>	21
	<i>Bruxismo</i>	21
1.5.1.2.	Interações Medicamentosas em Medicina Dentária.....	24
	<i>Anestésicos Locais</i>	24
	<i>Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs)</i>	26
	<i>Paracetamol</i>	26
	<i>Analgésicos Opióides</i>	27
	<i>Antibióticos</i>	27
1.5.2.	Tratamento não farmacológico.....	28
1.6.	A Saúde Oral do doente bipolar	29
2.	Objetivos	33

II. APRESENTAÇÃO DO CASO	35
1. Consulta de Triagem	35
2. Primeira consulta de Cirurgia Oral.....	42
3. Segunda consulta de Cirurgia Oral.....	43
4. Consulta de controlo pós cirurgia do 2.4 e 2.7.....	43
5. Terceira consulta de Cirurgia Oral	44
6. Medicina Dentária Preventiva.....	44
7. Dentisteria Operatória	45
8. Primeira consulta de Periodontologia.....	48
9. <i>Status</i> Radiográfico	49
10. Segunda consulta de Periodontologia.....	50
11. Quarta consulta de Cirurgia Oral	50
12. Consulta de Reabilitação Oral.....	51
13. Quinta consulta de Cirurgia Oral	55
14. Ficha Dentária Internacional atualizada.....	56
15. Próximas Consultas.....	57
III. RELATÓRIO	59
1. Cirurgia Oral	59
<i>Patologia Oral</i>	59
<i>Exodontias</i>	62
<i>Exodontia profilática de terceiros molares erupcionados assintomáticos</i>	66
2. Dentisteria Operatória	68
3. Periodontologia	73
4. Reabilitação Oral.....	79
5. Conclusão.....	82
IV. BIBLIOGRAFIA.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ficha Dentária Internacional.....	36
Figura 2. Ortopantomografia Inicial (13 de dezembro de 2015).....	36
Figura 3. Fotografia extra oral frontal sério.....	37
Figura 4. Fotografia extra oral frontal a sorrir.....	37
Figura 5. Fotografia extra oral de perfil esquerdo.....	38
Figura 6. Fotografia extra oral de perfil direito.....	38
Figura 7. Fotografia intra oral frontal.....	39
Figura 8. Fotografia intra oral 1.º e 4.º quadrantes.....	39
Figura 9. Fotografia intra oral 2.º e 3.º quadrantes.....	39
Figura 10. Fotografia intra oral. Vista oclusal superior.....	40
Figura 11. Fotografia intra oral. Vista oclusal inferior.....	40
Figura 12. Lesão na mucosa jugal esquerda associada a trauma físico por fratura e extrusão do 2.7.....	42
Figura 13. Uma semana pós-cirúrgico. Remissão da lesão na mucosa jugal esquerda.....	43
Figura 14. Uma semana de pós-cirúrgico das exodontias do 2.4 e 2.7. Remoção de Suturas.....	43
Figura 15. Pós imediato a destartarização. Vista frontal.....	44
Figura 16. Pós-imediato a destartarização. 1.º e 4.º quadrantes.....	45
Figura 17. Pós-imediato a destartarização. 2.º e 3.º quadrantes.....	45
Figura 18. Radiografias <i>bitewings</i>	45
Figura 19. Cárie na face oclusal do dente 4.7.....	46
Figura 20. Cárie na face oclusal do dente 4.7. Vista oclusal inicial aproximada.....	46
Figura 21. Isolamento absoluto com orifício criado para maior conforto na respiração. Remoção de cárie do dente 4.7.....	47

Figura 22. Fotografia final da restauração. Sem contraste.....	47
Figura 23. Fotografia final da restauração. Com contraste.....	47
Figura 24. Periodontograma.....	48
Figura 25. Instruções e motivação para a higiene oral.....	49
Figura 26. <i>Status</i> Radiográfico.....	49
Figura 27. Pós-operatório imediato de extração do dente 1.6.....	51
Figura 28. Dente 1.6 exodonciado.....	51
Figura 29. Alvéolo do 1.6.....	52
Figura 30. Palato alterado posteriormente ao alvéolo do 1.6.....	52
Figura 31. Modelos de estudo.....	53
Figura 32. Ortopantomografia (9 de maio de 2016).....	54
Figura 33. Radiografia retro alveolar na zona do 1.6	54
Figura 34. Dente 4.8 exodônciado.....	55
Figura 35. Alvéolo do 4.8 com ponto cruzado no pós-imediato da exodontia.....	55
Figura 36 Ficha Dentária Internacional atualizada.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AL- Anestésico/s Local/Locais

AINEs- Anti-Inflamatórios Não Esteroides

ATM- articulação temporo-mandibular

CPO- Cariados, Perdidos e Obturados

DP- Doença Bipolar

db- doente bipolar

etc- *et cetera*

FDI- Ficha Dentária Internacional

fse- fluxo salivar estimulado

IG- Índice Gengival

IP- Índice de Placa

ISRS- Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MD- Médico Dentista

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPR- Prótese Parcial Removível

sic - segundo informações citadas

SNS- Sistema Nervoso Simpático

TCMO- traumas crónicos nas mucosas orais

I. INTRODUÇÃO

1. A Doença Bipolar

1.1. Definição

A Doença, Transtorno ou Distúrbio Bipolar é uma condição psiquiátrica crônica relacionada com a variação do humor. Como o nome indica, é caracterizada pela experiência, por parte do doente, quer por episódios com sintomas depressivos, com diminuição da boa disposição e da energia e estados de ansiedade, quer por episódios com sintomas de mania, com presença de euforia, exultância e irritabilidade. Pode também haver períodos de eutimia, em que não há qualquer tipo de episódio, não havendo sintomatologia (Jann & Perspective, 2014).

O seu padrão é heterogéneo em vários aspetos: prevalência, idade em que se iniciam os episódios, frequência e severidade dos mesmos e a reação do paciente ao tratamento pode ser variável (Dell’Osso *et al.*, 2015).

Esta doença tem um grande impacto, a médio-longo prazo, na saúde e na qualidade de vida do indivíduo (Jann & Perspective, 2014; Tirapelli, 2012; Magalhães, Fries, & Kapczinski, 2012; Geddes & Miklowitz, 2013). Havendo, portanto, repercussões no seu desempenho, comprometendo o seu papel no âmbito psicossocial (Geddes & Miklowitz, 2013).

1.2. Classificação

No que diz respeito à sua classificação, encontram-se dois tipos principais. Cada um tem um padrão ligeiramente definido, e a principal diferença entre ambos reside na magnitude dos sintomas maníacos. O tipo I é definido pela presença de depressão e mania,

podendo a última levar a sintomas de psicose requerendo com regularidade internamento hospitalar. O tipo II é caracterizado por depressão e hipomania, não apresentando crises maníacas tão severas como no tipo I. No entanto, estudos longitudinais demonstram que pacientes de ambos os tipos de DB (Doença Bipolar) apresentam 3 vezes mais sintomas de depressão do que de mania ou hipomania (Jann & Perspective, 2014).

Existem também mais dois tipos de distúrbios bipolares, não tão comumente referidos: a desordem ciclotímica, com períodos sintomáticos de hipomania e depressão, não correspondendo a última aos critérios base dos episódios de depressão; e a desordem bipolar não especificada, com sintomas hipomaníacos e depressivos que alternam com maior rapidez e que também não vão de encontro com as características dos anteriores tipos (Phillips & Kupfer, 2013).

Ao longo do tempo, muitas comparações se têm feito para entender qual poderá ser o tipo mais grave. A comunidade médica e científica considerava que o tipo II seria o menos grave, baseando-se apenas na menor intensidade das crises maníacas. Mais recentemente, esta crença tem vindo a ser questionada. O tipo II, embora apresente períodos maníacos de menor intensidade, evitando o internamento hospitalar, como no tipo I, pode ser mais grave em muitos aspetos, tais como: maior número de episódios depressivos, maiores níveis de ansiedade, maior frequência na troca dos polos de humor, maior historial familiar de desordens no humor e maior número de tentativas de suicídio (Dell’Osso, 2015).

Os resultados dos estudos das últimas décadas carecem de informação que permita um melhor conhecimento e uma melhor caracterização da DB. Portanto, é de extrema importância que haja compreensão por parte de quem lida com doentes bipolares, para que se possa otimizar o seu tratamento que, com frequência, apresenta muitas falhas (Tirapelli, 2012)

1.3. Epidemiologia

Segundo Geddes & Miklowitz (2013) cerca de 2% da população mundial é afetada pelos tipos I e II da DB e outros 2% são afetados pelas outras formas subliminares da doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que esta é uma das 10 condições que causam mais anos de vida vividos com incapacidade. Através dos últimos relatórios conclui, que os transtornos mentais, como a Doença Bipolar, são sérios problemas de saúde pública. (Montanini & Banzato, 2012).

Em Portugal, segundo dados da OMS, as perturbações neuropsiquiátricas, incluindo a Doença Bipolar, estão a ocupar o primeiro lugar nas causas de incapacidade/mortalidade (Direção Geral de Saúde, 2004).

1.4. Diagnóstico

O diagnóstico das doenças psiquiátricas é realizado através duma cuidadosa avaliação do comportamento do indivíduo e das queixas subjetivas de experiências vividas pelos mesmos. A Doença Bipolar embora com alguns desafios, é diagnosticada de forma similar. Por norma, o paciente apresenta primeiro grandes crises de euforia e, posteriormente, estados depressivos, fazendo breves pausas de comportamentos extremos, encontrando-se num estado de eutimia. Porém, o inverso também se evidencia (Phillips & Kupfer, 2013).

Um dos grandes entraves ao diagnóstico também tem sido diferenciar os tipos I e II em relação à depressão isolada. Principalmente, em fases iniciais, quando os períodos depressivos são substituídos por hipomania ou quando não apresentam esta mudança. O diagnóstico diferencial é dificultado pelo fato de a grande maioria dos doentes bipolares apresentarem maiores taxas de sintomas depressivos do que sintomas maníacos (Jann & Perspective, 2014; Phillips & Kupfer, 2013). Segundo a evidência mais recente, pensa-se

que muitos dos diagnósticos de pacientes com depressão possam estar errados, sofrendo estes indivíduos não apenas de depressão mas de um tipo de doença bipolar (Phillips & Kupfer, 2013).

Outra dificuldade que se tem encontrado, mais recentemente, são as crises mistas. O paciente apresenta tanto sintomas de depressão, como de mania ou alterações muito rápidas de disposição, pondo em causa a classificação da Doença Bipolar (Phillips & Kupfer, 2013).

Atualmente existem vários questionários disponíveis para avaliação e registo de eventuais primeiros sintomas que permitem um diagnóstico mais precoce da doença e incentivam o paciente a um pedido de ajuda mais inicial. Tais como: Mood Disorder Questionnaire, Composite International Diagnostic Interview (Version 3.0), Bipolar Inventory Symptoms Scale, the Screening Assessment of Depression Polarity, Probabilistic Approach for Bipolar Depression, entre outros (Jann & Perspective, 2014; Phillips & Kupfer, 2013).

O diagnóstico da Doença Bipolar hoje ainda se baseia na análise clínica rigorosa do paciente. Portanto, há a necessidade de determinar dados objetivos que suportem os comportamentos dos doentes bipolares e que definam verdadeiramente a fisiopatologia desta doença. Nos últimos anos, têm sido reunidos esforços para detetar biomarcadores fisiopatológicos patognomónicos para a Doença Bipolar (Phillips & Kupfer, 2013; Magalhães *et al.*, 2012; Roda, Chendo, & Kunz, 2014).

1.5. Tratamento

Sendo a DB crónica, o principal objetivo do tratamento é permitir que o humor do doente, que se apresenta num estado depressivo ou num estado maníaco, estabilize num estado de eutimia (Geddes & Miklowitz, 2013). Para tal, está evidenciado que é absolutamente fundamental o tratamento farmacológico. No entanto, este objetivo revelou-se deveras complexo, para ser atribuído isoladamente à farmacoterapia, devido a algumas variáveis clínicas e não clínicas da doença, como por exemplo: se os sintomas

apresentados são de mania ou depressão; se a sintomatologia é aguda ou crônica; se o indivíduo apresenta relações interpessoais que lhe confirmam estabilidade ou instabilidade, entre outras (Cheniaux, 2011; Tirapelli, 2012). Surgiu então a associação da psicoterapia (Reinares, Sánchez-Moreno, & Fountoulakis, 2014; Geddes & Miklowitz, 2013).

A Direção Geral de Saúde informa que:

A evidência tem revelado que uma abordagem apropriada das perturbações mentais pode melhorar muito a saúde das pessoas com doenças físicas. Quer a Psiquiatria de Ligação em contexto Hospitalar, quer a Articulação da Saúde Mental com os Cuidados de Saúde Primários são práticas fundamentais em que é necessário continuar a investir. (...). Ver as doenças físicas separadas das doenças mentais, faz aumentar as atenções e investimentos nas primeiras e favorece a estigmatização das pessoas com doença mental. Não há saúde sem saúde mental. (Direção Geral de Saúde, 2004)

É fundamental desmistificar e eliminar os mal-entendidos relativamente à DB. Na sociedade atual, existe a tendência de desconsiderar, inferiorizar e diferenciar a doença psiquiátrica das outras doenças. Porém, esta é uma doença como qualquer outra que condiciona, e muito, a saúde do indivíduo. Assim, deve e tem de ser encarada, como “*an equal opportunity disease*” (Clark, 2009).

1.5.1. Tratamento farmacológico

No tratamento farmacológico existem três grupos principais de fármacos prescritos: os estabilizadores do humor, como o lítio, valproato de sódio ou sódico (antiepilético), lamotrigina (antiepilético) e carbamazepina (antiepilético); os anti psicóticos atípicos, como a quetiapina, olanzepina, lurasidona, risperidona, ziprazidona, entre outros; e os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), como a sertralina, fluoxetina, citalopram e paroxetina (Jann & Perspective, 2014).

Para cada fase da DB existem os fármacos mais indicados. Certos princípios ativos são mais eficazes nas crises agudas de mania ou depressão; outros são mais eficazes no tratamento da depressão ou da mania; e outros são prescritos como tratamento de manutenção ou prevenção de crises, a longo prazo. (Geddes & Miklowitz, 2013; Cheniaux, 2011). Porém, na atualidade, após muitos anos de maus resultados provenientes da monofarmacoterapia, a polimedicação é a terapia recomendada (Tirapelli, 2012).

Perante um vasto leque farmacoterapêutico seria de esperar que o tratamento fosse facilitado. Tal não se verifica. Em muitos casos, há um período para acerto da dose e compatibilidade dos princípios ativos pelo db. Mesmo os pacientes que alegadamente recebem o tratamento mais adequado, podem apresentar dificuldades na remissão dos sintomas e recorrência de crises, havendo tendência para abandonar o tratamento. São várias as razões para que tal aconteça: os pacientes (incluindo a família e amigos) não acreditam no seu diagnóstico e não compreendem o tratamento, não toleram nem as interações medicamentosas nem os efeitos adversos (Tirapelli, 2012; Cheniaux, 2011).

1.5.1.1. Efeitos adversos na Cavidade Oral

Quando é referido o termo farmacoterapia é quase inevitável não referir a presença de efeitos adversos à sua custa. Por definição, o efeito adverso de um fármaco é uma resposta não esperada, mas conhecida e desagradável do organismo à ação do mesmo. É uma reação que acontece em prescrições de doses seguras para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de qualquer doença. (Yuan & Woo, 2015; Martínez, Corcuera, Ilundain, 2013). Como tal, o aparecimento de efeitos adversos associados à farmacoterapia para a DB, na cavidade oral, infelizmente, não são exceção. O diagnóstico destes é realizado através da cronologia dos acontecimentos e na maioria dos casos é feito tardiamente, desde semanas a meses após o início da toma da medicação (Yuan & Woo, 2015).

Hipossalialia ou Hipossalivação e Xerostomia

A hipossalialia define-se como uma diminuição real da quantidade de fluxo salivar estimulado (fse) (de Almeida *et al.*, 2008). Os valores normais diários de secreção salivar estão entre 500 a 1500 ml. A média de valores do fse é de 1,5 ml/min. O fluxo salivar não estimulado encontra-se no intervalo de 0,25 a 0,35 ml/min (Sala e Garcia, 2013). Quando o fse se encontra no intervalo de 0,7 a 1 ml por minuto, já é considerado como diminuído. E para se diagnosticar a hipossalivação, é necessário que estes valores se apresentem inferiores a 0,7 ml por minuto (de Almeida *et al.*, 2008; Fazzi *et al.*, 1999).

Por sua vez, a xerostomia entende-se como uma queixa subjetiva de boca seca, podendo, ou não, estar acompanhada de hipossalialia. Yuan (2015) afirma que o sintoma de sensação de boca seca está reportado como efeito adverso de mais de 500 fármacos. E as queixas de xerostomia estão intimamente ligadas ao número de fármacos ingeridos por dia, segundo P. D. V de Almeida (2008).

Embora a hipossalialia e xerostomia sejam amplamente reportadas como efeitos adversos da farmacoterapia, é importante referir que existem fatores como o *stress*, a ansiedade, alterações psicológicas, suscetibilidade individual, composição salivar, entre outros, que podem contribuir ativamente para estas queixas (de Almeida *et al.*, 2008).

De entre os vários fármacos identificados como redutores da taxa de fluxo salivar e xerostomizantes, estão inseridos todos os grupos usados na farmacoterapia para a DB: os antidepressivos ISRS, os anti psicóticos atípicos e os estabilizadores do humor (lítio e carbamazepina). À exceção da paroxetina, os ISRS parecem não ter efeitos xerostomizantes nem diminuir o fluxo salivar; já os anti psicóticos atípicos contribuem, ainda que discretamente, para a sensação de boca seca e para uma redução do fse; no uso do lítio, não só a hipossalivação e a sensação de boca seca são efeitos adversos muito frequentes, mas também o gosto metálico o é, devido às alterações que ocorrem na composição da saliva; na toma da carbamazepina também, ocasionalmente, foram reportados efeitos xerostomizantes (Szabadi & Tavernor, 1999).

A saliva apresenta um papel fundamental para a saúde oral. Promove a remineralização do esmalte, lubrifica a mucosa oral e é um escudo face a infeções fúngicas, virais e bacterianas (de Almeida *et al.*, 2008). E à conta da hipossalivação causada pela toma de alguns fármacos, surgem várias consequências desagradáveis. A

homeostase oral é posta em causa, aumentando muito significativamente o risco de infeções fúngicas, virais e bacterianas oportunistas como a candidíase oral, cárie dentária, gengivite e sialadenite. A falta de lubrificação das mucosas conduz ao aumento das probabilidades de aparecimento de eritema, abrasão, trauma através de alimentos (de consistência dura e superfície áspera), contatos dentários e restaurações, desadaptação e desconforto no uso de próteses dentárias, aparecimento de úlceras e maior dificuldade na higiene oral (Spolarich, 2014; Yuan & Woo, 2015).

A qualidade de vida do indivíduo é insatisfatória comprometendo tarefas primárias como a mastigação, a deglutição, a fonação e a alteração do paladar (distorção-diseugia; diminuição- hipogeusia; perda total- ageusia) (Jann *et al.*, 2015; Spolarich, 2014). Em última instância, o *input* nutricional é também afetado (Clark, 2009).

A gestão da hipossalialia/xerostomia induzida pela farmacoterapia é algo complexa. Porém, existem algumas alternativas na tentativa de contornar esta condição:

- É essencial que o indivíduo constitua parte integrante do tratamento. Instruções de higiene oral devem ser facultadas, de modo a que esta seja rigorosa, devendo as pastas dentífricas conter flúor para prevenção da cárie dentária, bochecos com clorohexidina são preconizados para prevenir outras infeções; a dieta deve ser reduzida nos açúcares e o indivíduo não deve fumar nem beber bebidas alcoólicas;
- Outra alternativa é proceder ao uso de substitutos de saliva. Estes podem contribuir para o bem-estar do doente, mas não são capazes de substituir a saliva em todas as suas funções, principalmente na barreira contra os microrganismos responsáveis pelas infeções anteriormente descritas. Como primeira escolha, deve estar a água, mas também podem ser usados o chá ou qualquer outra bebida aceite pelo doente que não o prejudique. O indivíduo deve beber vários goles ao dia, para manter as mucosas lubrificadas e hidratadas. Existem também substitutos artificiais de saliva, geralmente na apresentação de aerossol, sendo os que contêm mucina os mais recomendados. No entanto, os substitutos salivares artificiais ainda carecem de alguma pesquisa que comprove o seu nível de eficácia.

- Também é possível estimular a ação das glândulas salivares. Mecanicamente, ao mascar pastilhas sem açúcar e com xilitol; a nível gustativo, aumentando o consumo de alimentos ácidos e amargos, como por exemplo, caramelos sem açúcar; ou por ação química, através da prescrição de fármacos parasimpaticomiméticos (sialogogos) como a pilocarpina ou a civemelina (apenas no caso de os sintomas serem muito incomodativos, tendo em conta aspetos como a polimedicação, interações medicamentosas, efeitos adversos e contraindicações que possam reduzir as hipóteses de sucesso no tratamento geral) (Spolarich, 2014; Sala e Garcia, 2013).

Hiperssialia, Hipersalivação, Sialorreia, Polissialia ou Ptialismo

Hiperssialia define-se como o aumento do fluxo salivar. Ao contrário da hipossialia, é de muito rara ocorrência. Os indivíduos apercebem-se do acontecimento durante o dia, através da face e roupas molhadas. Quando acontece durante a noite, de manhã, ao acordar, a almofada ou lençóis apresentam-se molhados. Principalmente durante o dia e em ambiente social, é um comportamento embaraçoso e a pessoa pode ser alvo de preconceito (Martínez *et al.*, 2013; Szabadi & Tavernor, 1999).

Os fármacos identificados como responsáveis por sintomas de hipersalivação, também são, curiosamente, os responsáveis pela hipossialia e xerostomia. São estes: alguns anti psicóticos atípicos como a clozapina, com várias queixas reportadas e a olanzepina e a risperidona, com um menor número de queixas associadas; e um estabilizador do humor, o lítio, principalmente em tratamentos de longa duração (Szabadi & Tavernor, 1999).

Inflamação das glândulas salivares

A inflamação e dor nas glândulas salivares também são efeitos adversos reportados no uso de anti psicóticos. A origem destas ainda está por definir com precisão. Em alguns casos podem ser consideradas uma reação de hipersensibilidade. Noutros casos, podem estar relacionadas com a ação do fármaco no organismo, farmacocinética, ou com a reação do organismo ao fármaco, farmacodinâmica (Martínez *et al.*, 2013).

Úlceras e Estomatite aftosa

As úlceras, estomatite aftosa ou aftas são feridas na cavidade oral que podem apresentar uma etologia conhecida, desconhecida ou multifatorial. Um dos principais fatores etiológicos é a sensação de boca seca e/ou a hipossialia. Por outro lado, a farmacoterapia, por si só, também está identificada como um fator etiológico das mesmas. No tratamento da Doença Bipolar, os antidepressivos ISRS, como a sertralina e a fluoxetina, e alguns anti psicóticos atípicos, como a olanzepina, poderão ser a causa de aparecimento de úlceras intraorais ou labiais.

Estas feridas são dolorosas e incomodativas e as soluções terapêuticas atuais são limitadas. Os corticosteroides tópicos e bochechos antissépticos com gluconato de clorexidina, óleos essenciais ou triclosan são eficazes na diminuição da dor, severidade e duração destas (Spolarich, 2014; Yuan & Woo, 2015).

Reação liquenoide/ Líquen Plano

O líquen plano é uma patologia autoimune, em que as células imunitárias T são responsáveis pela destruição da camada basal de células nos epitélios. Este também se pode manifestar na cavidade oral (líquen plano oral) através de estrias esbranquiçadas, pápulas eritematosas ou erosivas. Na sua maioria, as lesões são simétricas e bilaterais e os locais de maior prevalência são a mucosa jugal, língua e gengiva.

A reação liquenoide oral é uma manifestação que clínica e histologicamente é muito semelhante ao líquen plano oral. No entanto, esta é consequência da toma de medicamentos. Entre os fármacos prescritos para o tratamento da DB, o lítio e a carbamazepina estão relacionados com o aparecimento desta reação (Martínez *et al.*, 2013; Yuan & Woo, 2015).

Spolarich (2014) dúvida se é o fármaco que provoca esta reação ou se o mesmo reativa um líquen plano latente. Refere também que a melhor forma de diagnóstico é, se possível, cessar a toma da medicação e verificar se existe remissão dos sinais e sintomas. Ainda assim, Yuan & Woo (2015) referem que quando a reação liquenoide está bem estabelecida, após a descontinuação da medicação a mesma pode não regredir.

O tratamento da reação liquenoide ainda carece de apostas certas. Atualmente, a prescrição de corticosteroides tópicos e a aplicação de aloé vera nas lesões pode ajudar na diminuição do incômodo e dor provocados (Spolarich, 2014).

Aumento do Volume Gengival

O aumento de volume do tecido gengival deriva, essencialmente, de uma produção exagerada de colagénio na matriz extracelular, tornando o tecido conjuntivo mais fibroso e denso. A olho nu, a gengiva marginal, principalmente dos dentes anteriores, em vestibular, adota um aspeto mais volumoso.

Este fenómeno está, em primeiro lugar, associado à acumulação prolongada de placa bacteriana e à suscetibilidade do indivíduo. Em segundo lugar, medicamentos como a lamotrigina, valproato sódico, sertralina e lítio também têm um papel ativo no aparecimento deste efeito adverso (Martínez *et al.*, 2013; Yuan & Woo, 2015).

Bruxismo

Palavra oriunda do grego *brygmós* (Murali, Rangarajan, & Mounissamy, 2015), bruxismo define-se como o ranger ou apertar dos dentes (Khalil & Richa, 2012).

São vários os critérios de classificação, nomeadamente: se é diurno, noturno (durante o sono) ou uma combinação dos dois padrões temporais; se é primário ou essencial (idiopático) ou se é secundário a alguma doença ou medicação (Murali *et al.*, 2015); se é desencadeado através da atividade muscular dos músculos mastigatórios (que pode ser tónica, se existe contração muscular por mais de dois segundos, fásica, se existem várias contrações musculares em menos de dois segundos ou combinada, com momentos tónicos e fásicos) (Murali *et al.*, 2015; Saletu, 2005).

A sua etiologia, geralmente, não é atribuída apenas a um único fator. Pensa-se que a genética tenha um papel no seu desenvolvimento. Contatos dentários que destabilizem a oclusão dentária também são um fator a ser considerado (Murali *et al.*, 2015). O contexto psicossocial é também um fator predisponente ao bruxismo. Indivíduos com distúrbios de personalidade, de ansiedade, do sono, que apresentem patologias mentais e neurológicas sofrem mais de bruxismo comparativamente a indivíduos saudáveis (Khalil

& Richa, 2012; Murali *et al.*, 2015). O *stress* emocional associado a estilos de vida agitados também despoleta o aparecimento de bruxismo (Murali *et al.*, 2015).

Por último, mas não menos importante, o bruxismo como efeito adverso à toma de medicamentos também é ocorrente. No tratamento da Doença Bipolar, os antidepressivos ISRS têm um papel evidente. A sertralina (com maior influência), fluoxetina, paroxetina e citalopram, segundo a literatura, promovem o desencadear ou o agravamento dos sinais e sintomas de bruxismo, principalmente em tratamentos de longa duração. Este fenómeno acontece devido ao excesso de serotonina, provocado pelos ISRS, que inibem as vias dopaminérgicas de atuar no controlo dos movimentos (E. S. Brown, 2016; Guaita & Högl, 2016; Khalil & Richa, 2012). Os anti psicóticos atípicos também se incluem nos fármacos que provocam bruxismo. Porém, comparados com os antidepressivos ISRS, provocam bruxismo com menor frequência (Khalil & Richa, 2012; Murali *et al.*, 2015).

As forças exercidas no ranger ou apertar dos dentes são muito superiores às forças máximas que o aparelho estomatognático consegue suportar num estado normal. Assim, são múltiplas as consequências para este:

- Os dentes podem ser alvo de fraturas. Os mesmos sofrem um desgaste (desde leve, moderado e elevado), podendo interferir largamente com a função, a forma e a estética dentária.
- Há afeção dos tecidos que suportam o dente, o periodonto. À conta das forças nos sentidos vertical (apertamento) e horizontal (ranger), a elasticidade do ligamento periodontal que envolve a raiz do dente, aumenta levando à distorção do osso alveolar. O funcionamento das terminações nervosas propriocetivas é alterado e, por sua vez, a atividade muscular altera-se, resultando na extensão do hábito. Mesmo na ausência de doença periodontal de origem infecciosa, as forças exercidas no dente vão conduzir à inflamação do periodonto. Inicialmente como periodontite moderada, numa tentativa de adaptação. Em estados mais avançados dos hábitos, manifestações de periodontite severa instalam-se e a sua progressão é muito rápida.

- Devido ao excesso de atividade dos músculos mastigatórios, pode haver dor facial;
- A articulação temporo-mandibular (ATM) também é prejudicada. (Guaita & Högl, 2016; Murali *et al.*, 2015)

Atualmente não há um tratamento permanente para o bruxismo. O principal objetivo é prevenir futuros danos no sistema estomatognático e quando já instalados, travar a evolução dos mesmos (Murali *et al.*, 2015). Eliminar fatores ou ambientes de *stress* da vida do indivíduo e aliar estratégias como a psicologia, hipnose ou a prática de ioga podem ser formas de terapia. Quanto às consequências diretas no sistema estomatognático, quando em estados não muito avançados, ajustes nas faces oclusais dos dentes posteriores podem ser necessários. Também podem ser confeccionadas goteiras de proteção e relaxamento. Estas visam diminuir o hábito de bruxismo, estabilizar a oclusão dentária, minimizar os danos na ATM e impedir um maior desgaste dentário. Porém, a sua eficácia, ao longo dos anos tem sido discutida.

Ainda assim, quando a sua etiologia se relaciona com a toma de um fármaco, podem ser adotadas algumas medidas. A diminuição da dose dos ISRS pode cessar o hábito de bruxismo, sendo assim, a influência destes, dose-dependente (Khalil & Richa, 2012; Murali *et al.*, 2015). Quando tal não é possível, a prescrição de outros fármacos não relacionados com o tratamento da DB, conseguem eliminar os sinais e sintomas com facilidade. Tais como: antiepiléticos (tiagabina, gabapentina e valproato sódico), benzodiazepinas (clonazepam), beta bloqueantes adrenérgicos (propranolol e clonidina), agonistas dopamínicos (bromocriptina), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), agonistas parciais da serotonina (buspirona e tandospirona), entre outros (E. S. Brown, 2016; Guaita & Högl, 2016; Khalil & Richa, 2012; Lin & Tang, 2013; Murali *et al.*, 2015; Saletu, 2005). Segundo Brown (2016), a gabapentina é o fármaco mais eficaz e tem duas grandes vantagens, não apresentar interações medicamentosas significativas e os seus efeitos adversos são facilmente toleráveis. Relativamente ao clonazepam, Saletu (2005) concluiu que há dúvidas quanto à sua eficácia. Khalil & Richa (2012), explica que a buspirona e a tandospirona são também muito eficazes no tratamento do bruxismo induzido pelos ISRS.

Todos os autores referenciados no parágrafo anterior, consideram haver necessidade de aprofundar os estudos quanto ao bruxismo, no geral, mas também, quanto à sua etiologia como efeito adverso da toma de fármacos.

1.5.1.2. Interações Medicamentosas em Medicina Dentária

A interação medicamentosa é um fenómeno que se pode verificar quando dois ou mais medicamentos são administrados em simultâneo. Esta interação pode resultar na potenciação da ação de um dos fármacos, na redução da ação de um destes (antagonismo) ou ambos podem potenciar a ação um do outro (sinergismo) (Becker, 2011).

Uma vez que a terapia farmacológica para a doença bipolar é múltipla (Tirapelli, 2012), seria de esperar a possibilidade de encontrar variadas interações entre os medicamentos usados para o seu tratamento e os medicamentos usados em Medicina Dentária. Porém, embora reportadas, estas não são assim tão recorrentes. Fato que se deve provavelmente à curta duração da maioria dos tratamentos mas também ao número de grupos farmacológicos prescritos em Medicina Dentária serem reduzidos em comparação com a Medicina Geral (Becker, 2011).

Não obstante, a prescrição de medicação em Medicina Dentária deve ser um ato consciente e responsável por parte do Médico Dentista (MD). Deste modo, para serem prestados cuidados de saúde oral adequados e seguros ao doente bipolar, é imperativo que o MD esteja informado de todos os fármacos que o indivíduo toma, para prevenir eventuais interações medicamentosas e respetivas consequências (Åstrand, 2009; Hersh & Moore, 2008).

Anestésicos Locais

Os anestésicos locais (AL) são fármacos usados em Medicina Dentária para impedir a sensação dolorosa. Os AL atuam sobre o impulso nervoso através do bloqueio dos canais de sódio das membranas das células nervosas, impedindo, por sua vez, o início

e a propagação do potencial de ação. Lidocaína, articaína, prilocaína, mepivacaína e bupivacaína são conhecidos anestésicos locais (Naguib, Magboul, Samarkandi, & Attia, 1998; Fonseca, Barber & Matheson, 2009).

Desde há muito que os anestésicos locais têm vindo a ser combinados com vasoconstritores. Os vasoconstritores estão inseridos no grupo farmacológico das catecolaminas e tem ação nos recetores adrenérgicos do Sistema Nervoso Simpático (SNS) β_1 , β_2 , α_1 e α_2 . Os recetores β_1 estão alojados no coração e quando estimulados aumentam a frequência cardíaca e a contratilidade do músculo cardíaco; os recetores β_2 estão localizados nos vasos sanguíneos dos músculos esqueléticos e pulmões e quando estimulados provocam a dilatação da traqueia e brônquios; os recetores α_1 estão nos vasos periféricos e quando estimulados provocam elevada vasoconstrição nestes; os recetores α_2 localizam-se nas terminações nervosas pré-sinápticas e aquando da sua estimulação dá-se a inibição de libertação de noradrenalina (R. S. Brown & Rhodus, 2005; Fonseca *et al.*, 2009). Existe uma diversidade considerável de vasoconstritores e cada um deles apresenta mais ou menos afinidade para os quatros recetores adrenérgicos acima descritos. Eis alguns exemplos: adrenalina, noradrenalina, levonordefrina e a fenilefrina (Fonseca *et al.*, 2009).

A adição de um vasoconstritor ao anestésico local tem sido considerada fulcral para uma boa anestesia local (Haas, 2002). Uma vez que este previne a migração da solução para outros locais, diminui a velocidade de libertação do anestésico (subtraíndo a quantidade de anestesia necessária para o efeito desejado, aumentando a sua duração, intensidade de ação e evitando a toxicidade) e permite também um melhor controlo da hemóstase da ferida cirúrgica (Haas, 2002; Hersh & Moore, 2008; Fonseca *et al.*, 2009).

Porém, apesar de a sua adição ser uma grande mais-valia, é o vasoconstritor, e não o anestésico local por si só, o responsável pelas interações medicamentosas identificadas (Haas, 2002). Na verdade, o vasoconstritor é a droga que apresenta mais interações do que qualquer outra usada em Medicina Dentária (Yagiela, 1999). Estas surgem com agentes farmacológicos que também atuam nos recetores do SNS (Haas, 2002).

Relativamente aos fármacos usados para o tratamento da Doença Bipolar, apenas os anti psicóticos, nomeadamente a risperidona, alteram o efeito da anestesia local com adrenalina. Estes bloqueiam os recetores α , apenas sendo possível ativar os recetores β . Deste modo, a adrenalina, que apresenta 100% de seletividade para os recetores α e 50%

de seletividade para os recetores β , não será capaz de induzir vasoconstrição em pleno e, pelo contrário, irá induzir a vasodilatação, podendo causar hipotensão ortostática. Porém, este efeito não se verifica nas doses mais regularmente utilizadas em Medicina Dentária. (R. S. Brown & Rhodus, 2005; Yagiela, 1999). Ainda assim, quando o Médico Dentista opta por esta combinação, é imperativo que esteja ciente das implicações da sua escolha (Mohan, 2016).

Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs)

Os AINEs em Medicina Dentária são receitados para controlo ou diminuição da inflamação ao nível da cavidade oral.

A toma destes anti-inflamatórios pode interferir com a ação do lítio e dos antidepressivos ISRS. A velocidade de eliminação do lítio diminui e facilmente se alcançam níveis tóxicos no sistema nervoso central e nos rins (Mohan, 2016) com uma toma de um AINE entre 5 a 10 dias. Assim, esta deve ser reduzida para 3 a 4 dias (Becker, 2011). A toma concomitante de antidepressivos ISRS (o citalopram em particular, segundo Åstrand (2009)) com um AINE pode aumentar o risco de hemorragia e úlcera gastro intestinal. Ainda assim, uma toma entre 5 a 7 dias não acarreta, *a priori*, consequências (Becker, 2011; Hersh & Moore, 2008).

Paracetamol

O paracetamol é bastante usado para combater os sintomas algícos em Medicina Dentária.

Este fármaco também é preferido pois não apresenta efeitos adversos ou interações medicamentosas de maior importância. Porém, quando em excesso é hepatotóxico e a sua dose deve ser reduzida em pacientes que tomem outro tipo de medicação hepatotóxica, como a carbamazepina, usada para o tratamento da Doença Bipolar. A junção dos dois fármacos, aumenta o metabolismo do paracetamol, reduzindo o seu efeito analgésico e aumentando a sua hepatotoxicidade. Com precaução, doses normais entre 5 a 7 dias não deverão causar problemas (Becker, 2011).

Analgésicos Opióides

Propoxifeno, codeína, tramadol e hidrocodona, entre outros, são medicamentos pertencentes à classe dos analgésicos opióides. São usados em Medicina Dentária principalmente para combater sintomas álgicos pós-operatórios.

Antidepressivos ISRS como a fluoxetina e a paroxetina, quando combinados com estes fármacos, inibem os seus efeitos analgésicos (Becker, 2011; Hersh & Moore, 2008). A junção do propoxifeno à carbamazepina aumenta os níveis séricos desta. Assim, os seus efeitos tóxicos podem ser atingidos com maior facilidade, sendo de real importância evitar a sua toma conjunta (Becker, 2011).

Antibióticos

Os antibióticos são fármacos receitados para o controlo ou disseminação de infeções provocadas por bactérias. Em Medicina Dentária são muito usados para intervir em infeções odontogénicas ou periodontais (Becker, 2011). De todos os medicamentos prescritos em Medicina Dentária, os antibióticos e os antifúngicos são os que apresentam um maior período de tratamento, aumentando assim a probabilidade da ocorrência de interações medicamentosas (Mohan, 2016).

Das várias classes de antibióticos prescritas em Medicina Dentária, os macrólidos embora não sejam os principais eleitos, quando selecionados, não devem ser conjugados com a toma regular de carbamazepina ou ácido valpróico. Aumentam exponencialmente os níveis séricos destes dois antiepiléticos levando rapidamente à toxicidade. (Becker, 2011). Segundo Hersh & Moore (2008) de todos os macrólidos, a eritromicina e a claritromicina têm particular influência. Também os ISRS não devem ser associados aos macrólidos pois apresentam um papel significativo no aumento da probabilidade de hemorragia (Åstrand, 2009).

1.5.2. Tratamento não farmacológico

Para colmatar as falhas no tratamento farmacológico, têm vindo a ser criados, e postos em prática, vários tipos de psicoterapia complementar. Esta em conjunto com o tratamento farmacológico, atua em sinergia, melhorando substancialmente o prognóstico da DB (Miziou *et al.*, 2015).

Geddes (2013) refere que conflitos familiares, discórdias nas relações interpessoais, padrões de adição, eventos que alterem o sono e acontecimentos negativos na vida do db estão ligados a um maior número de recaídas e com pior sintomatologia.

Os principais objetivos da psicoterapia na DB são:

Melhorar a habilidade do doente em identificar e intervir precocemente nas recaídas; melhorar a aceitação da doença; aumentar a adesão à farmacoterapia; aumentar a habilidade de lidar com fatores stressantes relacionados com os sintomas; estabilizar o adormecer, acordar e outras rotinas diárias; reinserir o doente bipolar nos papéis social, familiar e ocupacional; melhorar o relacionamento e comunicação com a família; reduzir o abuso de álcool ou droga (Geddes & Miklowitz, 2013, pp.1675-1678).

A psicoterapia também deve ser iniciada o mais rápido possível após o diagnóstico (Reinares *et al.*, 2014).

Sumariamente, apresentam-se alguns exemplos: na **terapia focada na família** apela-se a uma maior compreensão por parte da mesma em relação à BD, apela-se à comunicação com o db e são dadas ferramentas para como lidar com o familiar db; a **terapia cognitivo comportamental**, para a DB, crê que as recaídas depressivas estão associadas a formas de estar negativas na vida e a crenças disfuncionais sobre o eu, o mundo e o futuro e, por conseguinte, visa fomentar precisamente a ideia contrária; a **terapia de ritmo interpessoal e social** cativa o db à resolução de problemas, incentivando-o para a criação de rotinas diárias e de sono; a **psicoeducação individual e em grupo** visa que o db esteja precocemente alerta para as oscilações do seu humor, adira ao tratamento com maior facilidade, regularize os hábitos de sono, evite o *stress* e o abuso de substâncias; a **remediação funcional** visa motivar o desenvolvimento cognitivo do db

através de exercícios para a potenciação da memória, atenção, raciocínio, resolução de problemas, autonomia e organização; a *gestão de cuidados sistemática* apresenta um conjunto de estratégias como a farmacoterapia protocolada, uma enfermeira para cuidados a tempo inteiro e a psicoeducação em grupo que permitem um melhor acompanhamento do indivíduo a longo prazo (Miziou *et al.*, 2015; Reinares *et al.*, 2014; Geddes & Miklowitz, 2013).

1.6. A Saúde Oral do doente bipolar

A saúde oral é e deve ser encarada como parte integrante da saúde geral. (Gowda, Bhat, & Swamy, 2007). Hoje sabe-se que a falta de saúde oral, está associada a vários problemas sistémicos como o descontrolo da glicémia ou diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, cancro, entre outros (Bertaud-Gounot V, 2013; Kisely, 2016; Tang *et al.*, 2016). Hábitos como o tabagismo e o consumo de álcool também contribuem negativamente para a manutenção da saúde oral (Kisely, 2016; Tang *et al.*, 2016). Estima-se que cerca de 80% dos pacientes com doenças psiquiátricas tem hábitos tabágicos ou etílicos (Tang *et al.*, 2016).

A saúde oral é uma condição importante que influencia funções básicas do ser humano como o comer, o falar, entre outros. Uma boa saúde oral também influencia o aspeto físico do indivíduo no contexto social, estimula a sua autoconfiança e contribui para a sua qualidade de vida (Kisely, 2016; Rahman, Yusoff, Daud, Salleh, & Dak, 2013).

Algumas manifestações comuns às várias doenças psiquiátricas, como o cansaço, falta de interesse e motivação geral afetam o comportamento normal do ser humano, interferindo com o seguimento de rotinas, com a sua auto percepção e, inclusive, com a manutenção da sua saúde oral. Segundo Bertaud-gounot (2013), o paciente psiquiátrico tem cerca de quatro vezes mais necessidade de tratamentos dentários do que a restante população.

O doente psiquiátrico também pode ser confrontado com um contexto sociocultural e económico mais complicado. É comum apresentar medo de consultar o

Médico Dentista (Persson, Axtelius, Söderfeldt, & Östman, 2009), ter maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde oral, ser alvo de discriminação e sofrer a falta de apoio familiar ou social. Todas estas questões, a uma maior ou menor dimensão, impedem o indivíduo de ter uma boa saúde oral (Col *et al.*, 2007; Ezeja & Omoaregba, 2012; Persson *et al.*, 2009; Rahman *et al.*, 2013;).

Ezeja & Omoaregba (2012) e Bertaud-gounot (2013) mostram vários estudos que comprovaram que em comparação com a restante população, os doentes psiquiátricos apresentam pior saúde oral. Fato que Ezeja & Omoaregba (2012) pensam resultar quer da doença psiquiátrica por si só mas também do tratamento da mesma.

Os principais problemas relacionados com a cavidade oral identificados na DB são a má higiene oral, cárie dentária, erosão e abrasão dentária, xerostomia e hipossalialia, como efeito secundário da farmacoterapia e a doença periodontal (Kisely, 2016; Persson *et al.*, 2009; Rahman *et al.*, 2013).

No polo depressivo, o indivíduo anula-se a si próprio, diminuindo assim a qualidade da sua higiene oral, levando a um aumento do risco e aparecimento de lesões de cárie. Já nos estados maníacos, podem haver comportamentos obsessivos com a escovagem dentária e passagem do fio dentário, podendo causar abrasão dentária e lesões nas gengivas e mucosas (Clark, 2009; Kisely, 2016).

Relativamente à cárie dentária, como em outras doenças, existem vários instrumentos epidemiológicos que avaliam a sua gravidade: os índices. Estes exprimem num valor numérico a sua evolução. De entre os vários índices elaborados, o índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO), é dos mais universalmente usados pela sua simplicidade.

Estes também indicam se o indivíduo ou a população têm o acesso adequado a cuidados de saúde oral e, por consequência, se estes apresentam saúde oral. Para melhor compreensão do papel deste índice, passa o exemplo: ao comparar dois indivíduos, um apresenta um dente perdido por cárie, o outro apresenta um dente cariado que foi tratado (obturado); o indivíduo que perdeu o dente não teve o tratamento necessário atempadamente para o poder salvar; contrariamente a este, o segundo indivíduo ao tratar a lesão cariada travou o processo de degradação da peça dentária e conseguiu preservá-la (Cuenca, 2013).

Bertaud-gounot (2013) constatou que em França, devido aos cuidados de saúde oral estarem acessíveis para a população psiquiátrica, ao fazer a medição do CPO, o número de dentes tratados (obturados) foi superior ao número de dentes exodonciados (perdidos).

Ainda assim, atualmente a saúde oral do doente bipolar é subestimada (Kisely, 2016). Porém, Persson (2009) e Clark (2009) afirmam que o tratamento da cavidade oral é fulcral para um melhor tratamento da doença psiquiátrica. Deste modo, seria importante que estes indivíduos comparecessem a consultas de Medicina Dentária com maior regularidade que os restantes indivíduos da população, apostando na prevenção dos vários problemas orais referidos (Bertaud-Gounot V, 2013; Persson *et al.*, 2009). Para isso, é fundamental a elaboração de protocolos sobre como o MD deve atuar (Gowda *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2013).

Col (2007) e Bertaud-gounot (2013) apresentam algumas sugestões, no contexto prático, para ajudar a melhorar a saúde oral do doente psiquiátrico. Tais como: instruir e motivar os indivíduos e as pessoas que lhe são mais próximas (Clark, 2009) sobre como efetuar a sua higiene oral, realizar aplicações de flúor tópico com maior regularidade, indicar bochechos de flúor e de clorhexidina intervalados entre si e receitar substitutos de saliva para a xerostomia e/ou hipossalialia. Conselhos relativamente à dieta também devem ser facultados (Kisely, 2016).

É de real importância haver uma coordenação entre as várias entidades e pessoas que lidam com o db (Psiquiatra, Médico Dentista, Higienista Oral, Assistente Social, Família, etc) de modo a ir ao encontro das necessidades de tratamento da cavidade oral do mesmo. Para tal, o psiquiatra tem de estar alerta e deve encarregar-se de enviar o doente com regularidade à consulta de Medicina Dentária (Bertaud-Gounot V, 2013; Kisely, 2016).

Na relação entre o médico dentista e o paciente, a confiança, empatia, e o respeito são pilares essenciais. Pilares estes, igualmente, ou mais, importantes quando se trata de um doente bipolar (Clark, 2009). Ainda assim, é imperativa a adoção de uma postura mais tolerante e compreensiva, por parte do MD, porque Clark (2009) revela que relativamente à cooperação do doente bipolar na consulta, num dia esta pode ser ótima, e numa outra consulta a mesma pode ser bastante fraca.

Também é fundamental que o Médico Dentista procure melhorar as suas capacidades de comunicação com o objetivo proporcionar mais conforto ao doente, consoante a fase da doença do mesmo (Clark, 2009; Gowda *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2013).

2. Objetivos

Com este trabalho pretende-se:

- Acompanhar um doente bipolar na Consulta de Medicina Dentária, promovendo cuidados de saúde oral básicos e necessários para o mesmo atingir um nível de qualidade de vida superior aquele em que se encontra;
- Estudar e compreender a Doença Bipolar;
- Averiguar os efeitos adversos da farmacoterapia para a DB na cavidade oral e abordar respetivo tratamento;
- Avaliar se há influência da farmacoterapia para a DB na ação dos fármacos mais utilizados na Medicina Dentária;
- Demonstrar a importância da imagiologia no diagnóstico;
- Avaliar os critérios para extrações de terceiros molares erupcionados assintomáticos;
- Abordar o desenvolvimento de lesões pré-malignas a partir de lesões traumáticas crónicas nas mucosas.

II. APRESENTAÇÃO DO CASO

1. Consulta de Triagem

No dia 13 de outubro de 2015, o paciente J.M. compareceu à consulta de triagem com o seguinte motivo de consulta: “Dói-me muito a boca toda e as gengivas, quando mastigo e não consigo comer” segundo informações citadas (sic).

Nesta consulta foi elaborada toda a sua História Clínica e um plano de tratamento. Foram tiradas as fotografias iniciais.

História Clínica

Anamnese

J.M., sexo masculino, 52 Anos; Natural de São Tomé e Príncipe; foi sem-abrigo durante muitos anos; desempregado, não tem rendimentos e atualmente vive em casa de uma pessoa amiga; ocupa o seu tempo livre no cultivo de uma horta; há cerca de quatro anos foi diagnosticado com Doença Bipolar não especificada, e, desde então, tem sido acompanhado na consulta de psiquiatria, do Hospital Garcia de Horta e na consulta de psicologia clínica, através da Associação Porta Amiga- AMI. Não apresenta outras doenças.

Faz a seguinte medicação para a Doença Bipolar: sertralina, valproato semisódico e quetiapina.

Última consulta de Medicina Dentária: “Há mais de 20 anos” sic

Hábitos de higiene oral: escova os dentes 1x por dia.

Outras informações: Altura: 1,85 m; Peso: 89,8 Kg; T.A.: 159/93 mm/Hg

Exame Objetivo

No **exame extra oral**, o paciente apresenta: configuração craniofacial mesiofacial; a sua dimensão vertical oclusal está mantida; não apresenta sintomatologia articular, não têm limitação dos movimentos mandibulares e há ausência de sons articulares; lábios extremamente secos (referiu boca seca).

No **exame intraoral**, havia alterações dos tecidos moles, nomeadamente, gengivite e *morsicatio buccarum*; hemorragia gengival e mobilidades dentárias estavam presentes em várias peças dentárias; todas as peças dentárias apresentam atrição fisiológica.

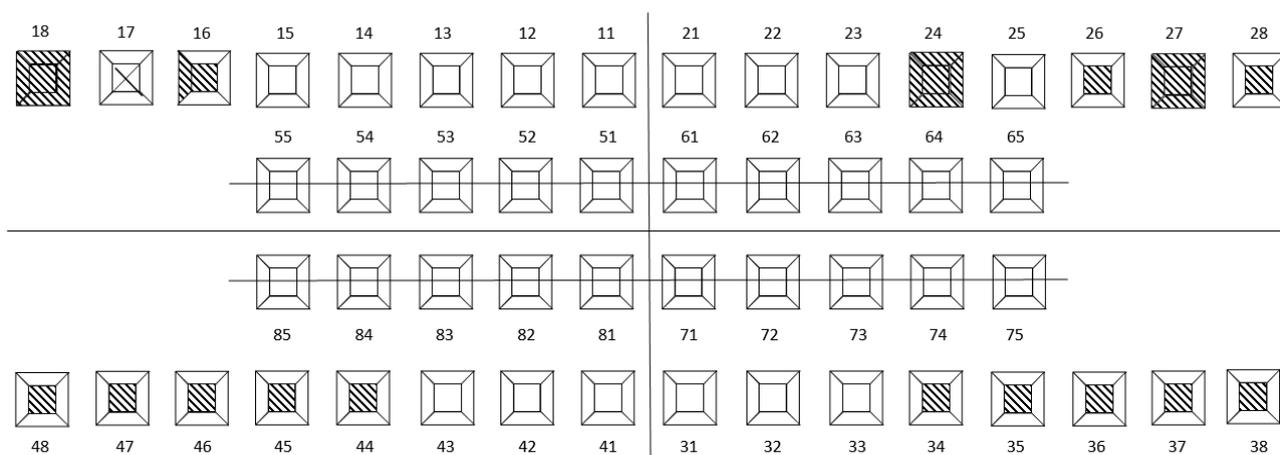


Figura 1. Ficha Dentária Internacional.

Exames Complementares de Diagnóstico



Figura 2. Ortopantomografia 13/12/15.

Fotografias Iniciais



Figura 3. Fotografia extra oral frontal sério.

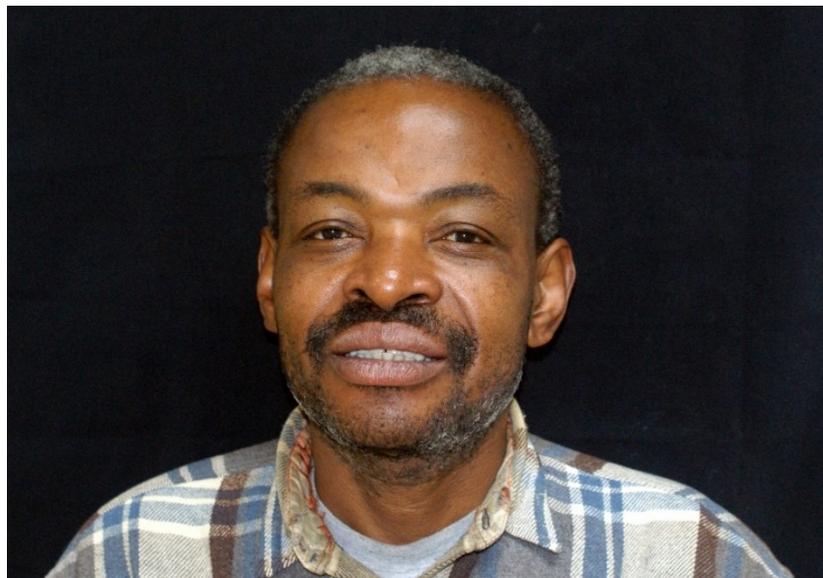


Figura 4. Fotografia extra oral frontal a sorrir.



Figura 5. Fotografia extra oral de perfil esquerdo.



Figura 6. Fotografia extra oral de perfil direito.



Figura 7. Fotografia intraoral frontal.



Figura 8. Fotografia intraoral 1.º e 4.º quadrantes.



Figura 9. Fotografia intraoral 2.º e 3.º quadrantes.

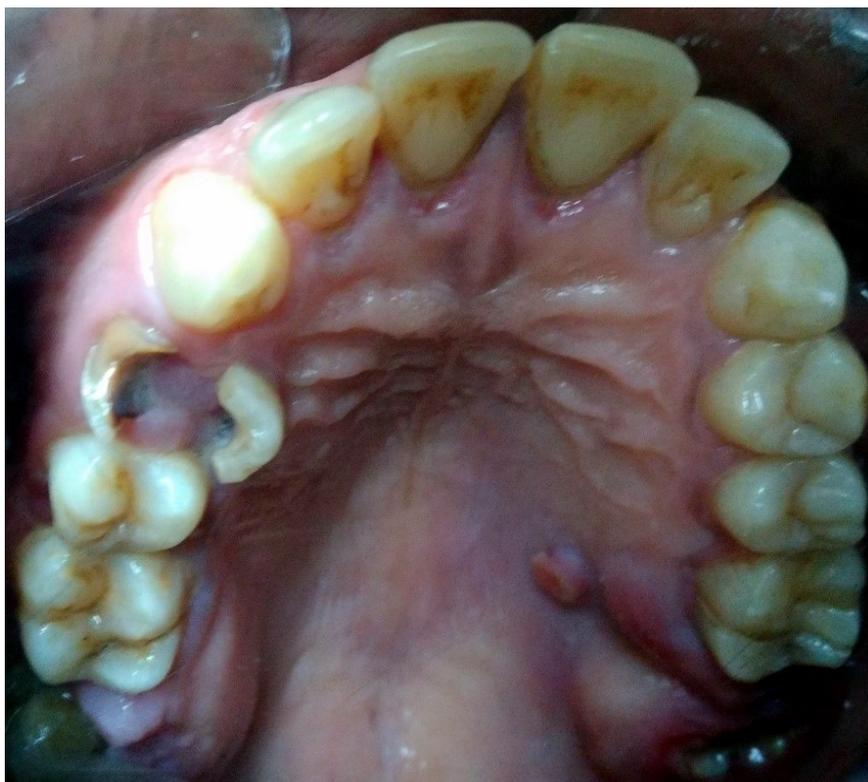


Figura 10. Fotografia intra-oral. Vista oclusal da arcada superior.

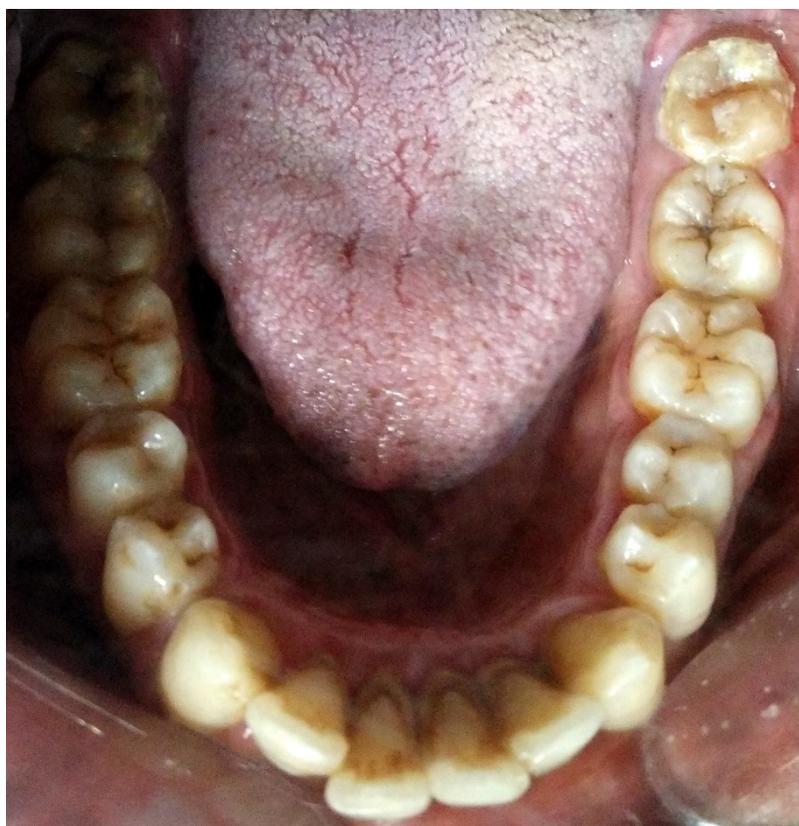


Figura 11. Fotografia intra-oral. Vista oclusal da arcada inferior.

Diagnóstico

- Desdentado Parcial Superior (Ausência do 1.7);
- Raízes Retidas do 1.8 e 2.4;
- Extrusão, periodontite apical sintomática e lesão apical com abscesso do 2.7;
- Fratura corono radicular longitudinal e periodontite apical sintomática associada ao 1.6 com fístula e abscesso;
- Doença Periodontal (Hemorragia à sondagem em várias localizações, mobilidade grau I em várias peças dentárias e mobilidade grau III no 27);
- Cáries múltiplas;
- Halitose;
- Lesões traumáticas crônicas por mordida nas mucosas jugais (*Morsicatio buccarum*);
- Diastemas interdentários, com maior evidência o interincisivo central superior.

Foi-lhe proposto um **plano de tratamento** que passa pelas seguintes áreas da Medicina Dentária:

- Cirurgia e Medicina Oral: Exodontia das seguintes peças dentárias: 1.6; 1.8; 2.4; 2.7; 4.8;
- Medicina Dentária Preventiva: destartarização, moldeira de flúor e motivação para a higiene oral;
- Periodontologia: diagnóstico periodontal, *status* radiográfico e tratamento periodontal;
- Dentisteria Operatória: tratamento de cáries e encerramento do diastema interincisivo superior com resina composta;
- Prostodontia: prótese parcial removível superior.

2. Primeira consulta de Cirurgia Oral

Esta consulta foi planeada com o intuito de iniciar as extrações dos dentes 2.4 e 2.7.. No entanto, o paciente apresentou-se com queixas álgicas na mucosa jugal ao nível do dente 2.7, referindo que “o dente se mexeu e partiu um bocadinho, (...) e um dia acordei com uma ferida na boca” sic, cerca de uma semana depois da consulta de triagem. Não se realizaram as extrações. Foram prescritos amoxicilina (1 g), ibuprofeno (600 mg), paracetamol (1 g) e bochechos de clorhexidina sem álcool após a escovagem durante 8 dias.

Foram dadas as primeiras instruções de higiene oral (técnica de escovagem de Bass, uso do fio dentário, escovilhão e ponta uni tufo).



Figura 12. Lesão na mucosa jugal esquerda associada a trauma físico por fratura e extrusão do 2.7.

3. Segunda consulta de Cirurgia Oral

Nesta consulta, verificou-se uma diminuição, embora ténue, da inflamação em toda a cavidade oral. Foram efetuadas as extrações do 2.4 e 2.7. Anestesia: infiltrativa; intraligamentar por vestibular e lingual; palato (Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80000, três anestubos). Sutura com ponto cruzado interno.

4. Consulta de controlo pós cirurgia do 2.4 e 2.7

Uma semana após a remoção do fator traumático (dente 2.7), observou-se uma evolução muito favorável na úlcera da mucosa jugal esquerda do paciente. Foram removidas as suturas e os alvéolos encontravam-se com boa cicatrização.



Figura 13. Uma semana de pós-cirúrgico. Remissão da lesão na mucosa jugal esquerda.



Figura 14. Uma semana de pós-cirúrgico das exodontias do 2.4 e 2.7. Remoção de Sutures.

5. Terceira consulta de Cirurgia Oral

Conforme o plano de tratamento, avançou-se com a exodontia dos restos radiculares do 1.8. Anestesia: infiltrativa; intraligamentar por vestibular e lingual; palato (Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80000, dois anestubos). Sutura com ponto cruzado interno.

6. Medicina Dentária Preventiva

Nesta consulta foi realizada a destartarização supra e justa gengival com ponta ultrassónica e com auxílio de curetagem supra e justa gengival. Foi feito polimento com escova profilática e pasta de polimento com flúor. Também foi feita aplicação de gel de flúor de alta concentração com moldeira. Devido à presença de doença periodontal, houve hemorragia exacerbada em todas as peças dentárias. Mais uma vez, foi reforçada a motivação para a higiene oral e o paciente referiu já escovar os dentes duas vezes por dia.

Fotografias pós-destartarização imediata



Figura 15. Pós imediato à destartarização. Vista frontal.



Figura 16. Pós imediato à destartarização. 1.º e 4.º quadrantes.



Figura 17. Pós imediato à destartarização. 2.º e 3.º quadrantes.

7. Dentisteria Operatória

Nesta consulta procedeu-se à elaboração de um plano de tratamento de dentisteria operatória, de modo a definir qual/quais a/as lesão/lesões de cárie mais prioritária/s a tratar. Foram tiradas quatro radiografias *bitewings* para verificar cáries interproximais entre os dentes posteriores. Através do exame clínico e com a confirmação dos exames radiográficos, apenas se detetou uma lesão de cárie ativa, cavitada, no dente 4.7, na face oclusal. Quanto ao dente 2.5, apresenta uma lesão de cárie na fase mesial que vai ser vigiada.

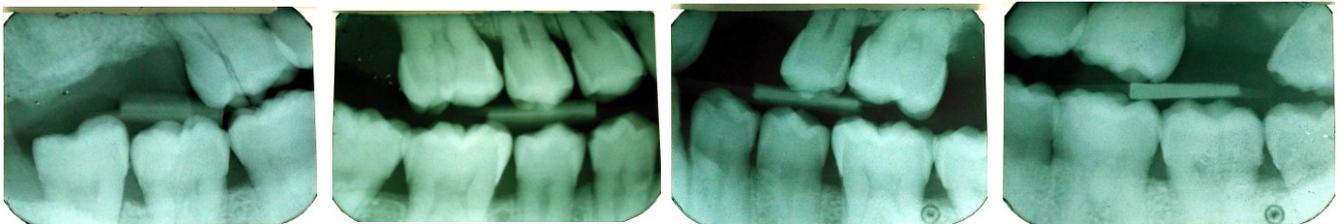


Figura 18. Radiografias *bitewings*.

Plano de tratamento: Restauração a resina composta no 4.7. classe I (face oclusal). Foi administrado um anestubo de anestesia com vasoconstritor para bloqueio troncular (Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80000). Materiais usados: Resina composta Filtek Z-250 da 3M® (Cor escolhida: A2 pela escala VITA Classic®); Sistema adesivo Scotchbond 1XT da 3M®; Isolamento absoluto.

Fotografias Iniciais



Figura 19. Cárie na face oclusal do dente 4.7. Vista oclusal inicial.



Figura 20. Cárie na face oclusal do dente 4.7. Vista oclusal inicial aproximada.

Fotografia Intraoperatória



Figura 21. Isolamento absoluto, com orifício criado para maior conforto na respiração. Remoção da lesão de cárie do dente 4.7.

Fotografias Finais



Figura 22. Fotografia final da restauração. Sem contraste.



Figura 23. Fotografia final da restauração. Com contraste.

8. Primeira consulta de Periodontologia

Na primeira consulta foi efetuado o diagnóstico periodontal, através do preenchimento do periodontograma, com o auxílio da sonda periodontal graduada. Foram medidos os níveis de índice de placa (IP) e índice gengival (IG), dando os seguintes valores, 44% e 15%, respetivamente.

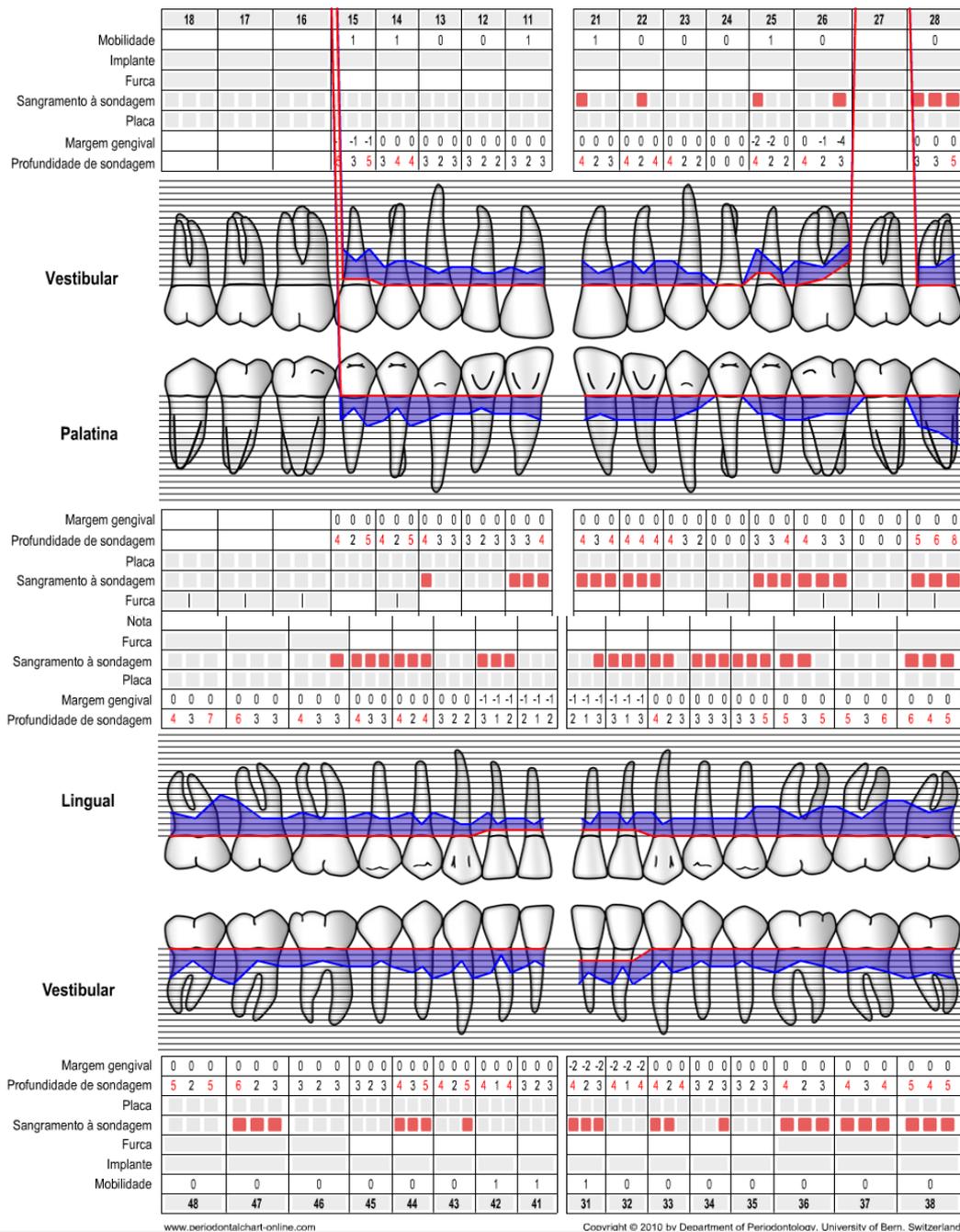


Figura 24. Periodontograma

O doente foi diagnosticado com Periodontite Crónica Moderada Generalizada e Localizada Grave.

Foram reforçadas as instruções de higiene oral.



Figura 25. Instruções e motivação para a higiene oral.

9. *Status* Radiográfico

Foram medidos os níveis de IP e IG, dando os seguintes valores, respetivamente, 37% e 20%.



Figura 26. *Status* Radiográfico

10. Segunda consulta de Periodontologia

Alisamento Radicular do 1.º e 4.º quadrantes

Inicialmente foram medidos os níveis de IP e IG, dando os seguintes valores, respetivamente, 29% e 12%.

Embora o IP tenha apresentado valores superiores aos que estão estipulados para prosseguir com os alisamentos radiculares (20%), estes foram efetuados na mesma pois o nível de inflamação gengival (IG) decresceu consideravelmente. Os alisamentos foram feitos com recurso a curetas nas localizações com valores de profundidade de sondagem iguais ou superiores a 5 milímetros. E nas localizações com profundidade de sondagem de 4 mm foi feita destartarização com ultrassons.

Ficou marcada outra consulta de periodontologia na semana seguinte para continuação dos tratamentos periodontais, à qual o doente não compareceu.

11. Quarta consulta de Cirurgia Oral

Nesta consulta, foi exodonciado o dente 1.6. Este apresentava fratura corono radicular longitudinal e abcesso com fistula, comprometendo, em absoluto, a hipótese de ser mantido na cavidade oral. Anestesia: infiltrativa; intraligamentar por vestibular e lingual; palato (Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80000, dois anestubos). Sutura com ponto cruzado interno.



Figura 27. Pós-operatório imediato de extracção do dente 1.6.



Figura 28. Dente 1.6 exodonciado.

12. Consulta de Reabilitação Oral

Nesta consulta, realizou-se a história clínica para a reabilitação oral dos espaços edêntulos da arcada superior. Segundo a classificação de Kennedy, o maxilar superior apresenta classe II com duas modificações. Quanto à oclusão estática, segundo Angle, o

paciente apresenta classes I molar e canina esquerdas e classe canina I direita, não sendo possível determinar a classe molar direita. Quanto à oclusão dinâmica, segundo os parâmetros utilizados, o doente à direita apresenta guia de lateralidade com função de grupo total, à esquerda realiza guia de lateralidade canina e tem guia de protusão incisiva. Na avaliação das partes duras, o rebordo alveolar superior, apresenta uma forma arredondada e regular; a reabsorção no sentido mesio-distal é plana e no sentido cérvico-oclusal é média; a forma da arcada é quadrada e o seu tamanho é grande; a abóbada é em forma de U; e há ausência de *torus* palatino. E na avaliação das partes moles, a mucosa alveolar apresenta-se firme, os freios têm tamanho normal e a sua inserção é apical.

De seguida, foram feitas impressões preliminares com alginato através de moldeiras universais e estas foram vazadas a gesso tipo III (figura 31). No entanto, aquando da tomada de impressões, o paciente apresentou queixas álgicas ao nível do primeiro quadrante, na proximidade do alvéolo do 1.6. Clinicamente, nesta consulta, dois meses após a extração, ainda foi possível observar o orifício alveolar exposto, não totalmente cicatrizado, portanto (figura 29). À palpação o doente demonstrou-se queixoso e pôde observar-se no osso palatino, ao nível do espaço que fora anteriormente ocupado pelo 1.7, uma massa de consistência firme e expulsiva (figura 30).



Figura 29. Alvéolo do 1.6.



Figura 30. Palato alterado posteriormente ao alvéolo do 1.6.



Figura 31. Modelos de estudo.

Realizou-se então uma nova ortopantomografia (figura 32) e uma radiografia retro alveolar (figura 33) para determinar a presença de algum achado radiográfico (suspeitava-se da possibilidade de uma raiz retida ou de uma fratura da cortical palatina). Através da primeira, identificou-se um, entre a zona ocupada anteriormente pelo 1.6 e 1.7, compatível com um resto radicular do 1.7 (note-se que este dente já estava ausente aquando da consulta de triagem do doente). Foi marcada uma consulta de cirurgia oral para avaliar a situação, ficando assim pendente o planeamento da prótese parcial removível superior.



Fig. 32. Ortopantomografia 09/05/2016.

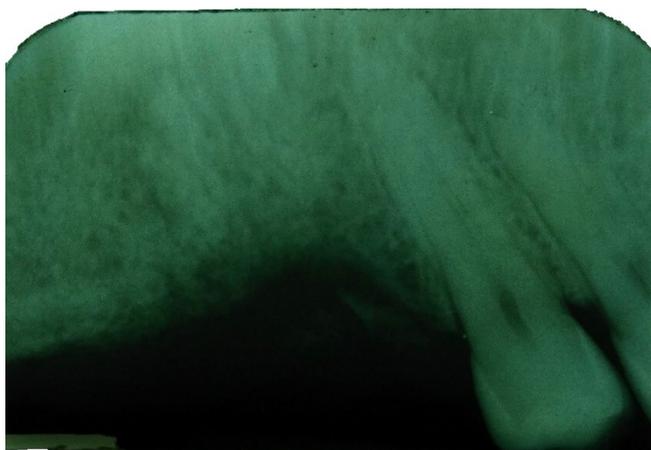


Fig. 33. Radiografia retroalveolar na zona do 1.6.

13. Quinta consulta de Cirurgia Oral

Nesta consulta procedeu-se à exodontia profilática do 4.8. A anestesia do dente foi realizada pelas técnicas infiltrativa e intraligamentar, por vestibular e lingual (Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80000, dois anestubos). O alvéolo foi suturado com um ponto cruzado interno.



Fig.34. Dente 4.8 exodônciado.



Fig. 35. Alvéolo do 4.8 com ponto cruzado no pós-ímediato da exodontia.

14. Ficha Dentária Internacional atualizada

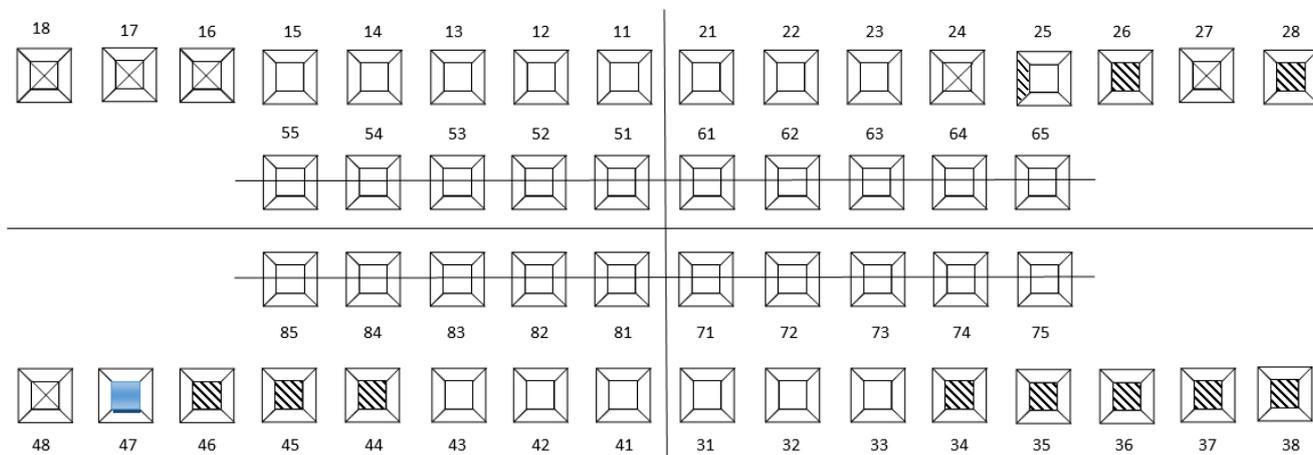


Fig. 36. Ficha Dentária Internacional atualizada

15. Próximas Consultas

Ficaram marcadas três consultas. A consulta de cirurgia oral, para avaliação da irregularidade no palato ao nível do 1.7, para posteriormente se poder iniciar a execução da prótese parcial removível superior. E duas consultas de periodontologia para continuação dos alisamentos radiculares e à *posteriori*, se realizar uma reavaliação periodontal.

III. RELATÓRIO

1. Cirurgia Oral

Após elaboração do plano de tratamento do paciente, a primeira prioridade foi eliminar os maiores focos de infecção e inflamação, principais causas de dor na cavidade oral do doente e, depois, iniciar os tratamentos periodontais e restauradores.

Patologia Oral

Na primeira consulta iriam ser exodonciadas as peças dentárias do 2.4 e do 2.7.. No entanto, devido à apresentação de uma úlcera de tamanho considerável, com aproximadamente duas semanas de desenvolvimento, extremamente dolorosa (consequência de trauma físico pelo 2.7 que se apresentava fraturado e extruído) e a cavidade oral se apresentar extremamente inflamada e infetada (presença de doença periodontal, periodontite apical assintomática com lesão apical associada ao 2.7, fratura corono radicular longitudinal e periodontite apical sintomática associada ao 1.6 com fístula e abscesso e raízes retidas do 1.8 e 2.4), não se efetuaram as cirurgias. O paciente foi medicado com amoxicilina (1g), ibuprofeno (600mg), e paracetamol (1g), no caso de não sentir um alívio suficiente das dores. Foram também prescritos bochechos de clorhexidina, duas vezes ao dia. Ficou marcada consulta para a semana seguinte para avaliação do estado da cavidade oral. Após os 8 dias, considerou-se que o estado inflamatório estava mais controlado. Então procedeu-se à exodontia das peças do 2.4 e do 2.7. Na semana seguinte realizou-se a consulta de controlo e após a eliminação do principal fator irritante (exodontia do 2.7), constatou-se uma franca melhoria do quadro clínico.

As lesões orais associadas a um trauma são muito frequentemente encontradas na prática clínica diária de Medicina Dentária. Grande parte das lesões nas mucosas orais são causadas por traumas agudos ou crónicos, originando, respetivamente, úlceras

traumáticas agudas ou crónicas (com um desenvolvimento de pelo menos duas semanas) (Anura, 2014).

A úlcera traumática crónica ocorre geralmente nas mucosas jugais, ao nível onde é feita a oclusão dentária, mas também pode ocorrer nos bordos laterais da língua e lábios (Anura, 2014). O trauma pode ter origem num agente físico, químico ou térmico. Uma dentada accidental, traumatismos dentários associados a morfologia alterada, dentes mal posicionados, alimentos mais ásperos ou pontiagudos, escovagem traumática, próteses ou restaurações mal adaptadas, comidas demasiado quentes, efeitos adversos de medicação (a sertralina que o paciente toma pode ocasionar o aparecimento de úlceras (Spolarich, 2014; Yuan & Woo, 2015)) e materiais e químicos usados iatrogénicamente em Medicina Dentária são exemplos de agentes traumáticos (Anura, 2014; S. F. Ma & Bs, 2006; Onesti, Fino, Fioramonti, Amorosi, & Scuderi, 2015). Úlceras de causas diversas podem apresentar uma aparência clínica muito semelhante. Mas na grande parte dos casos, o diagnóstico apropriado permite a identificação e eliminação do fator traumático, sendo este o caminho para a cura. (Anura, 2014). A capacidade de regeneração da boca nestes eventos pode ser surpreendente (S. F. Ma & Bs, 2006), fato que se pôde verificar neste caso clínico (Figuras 12 e 13). A cura pode ser feita com ou sem cicatriz, dependendo da extensão da lesão (Anura, 2014). Por vezes, a úlcera pode apresentar-se infetada e, neste caso, devem ser prescritos um dos seguintes antibióticos: fenoximetilpenicilina, amoxicilina ou metronidazol. Bochechos com clorhexidina, povidona iodada ou benzidamina podem também ajudar (S. F. Ma & Bs, 2006).

Outro fator que pode ter contribuído para o agravamento da úlcera oral do paciente é o fato de este sofrer de *morsicatio buccarum*. É um hábito para funcional de mordidas compulsivas e subconscientes (muitas vezes negado pelos pacientes) das mucosas jugais podendo chegar à hemorragia e à ulceração dolorosa. É uma lesão traumática crónica caracterizada por estrias esbranquiçadas ou áreas descamadas. Com menor frequência, também podem ser afetados os bordos da língua (*morsicatio linguarum*) e as mucosas labiais (*morsicatio labiorum*). A prevalência destas lesões é mais elevada em indivíduos ansiosos (Anura, 2014; Sarkhel, Praharaj, & Akhtar, 2011). Os estudos ao longo dos anos têm relacionado a mastigação, o *stress* e a dor. Hoje, alguns destes permitiram concluir que a mastigação (da alimentação e das bochechas, por hábito para funcional) pode atenuar os efeitos negativos do *stress* ou mesmo, apresentar efeitos benéficos a nível cognitivo. Sugere-se que a mastigação possa ter efeitos tão positivos como a atividade

desportiva (Weijenberg & Lobbezoo, 2015). Ainda assim, é importante que o Médico Dentista explique que este hábito está relacionado com comportamentos de ansiedade e que é importante procurar o aconselhamento adequado (Anura, 2014). Os estados depressivos da Doença Bipolar podem ser caracterizados por grandes crises de ansiedade e o paciente deste caso clínico refere ter fases em que se sente ansioso. O paciente tinha consciência que esporadicamente mordia as mucosas jugais, no entanto, não tinha consciência que o praticava com regularidade, como um hábito. E embora o mastigar das mucosas eventualmente nunca o tivesse magoado, uma vez conjugado com a fratura e extrusão do 2.7, possivelmente agravou ainda mais a evolução da úlcera, tornando-se uma situação insuportável para o doente. Após a exodontia do 2.7 e boa cicatrização da úlcera na mucosa jugal esquerda, o paciente continua a apresentar *moriscatio buccarum*.

O cancro oral representa até cerca de 5% de todos os cancros e a sua incidência não é tão elevada em comparação com outros cancros. Ainda assim, regra geral, o cancro oral é extremamente agressivo e as suas taxas de mortalidade são elevadas. É sabido que os grandes fatores de risco para o cancro oral são o consumo de tabaco e álcool. Porém, a possibilidade da malignização de úlceras orais crónicas (por vezes não dolorosas) tem vindo a ser averiguada (Piemonte, Lazos, & Brunotto, 2010). A probabilidade de incidência de cancro oral na presença de traumas crónicos nas mucosas orais (TCMO) juntamente com exposição ao tabaco e álcool segundo S. F. Ma & Bs (2006) aumenta consideravelmente. A relação entre traumas crónicos nas mucosas orais causados por próteses mal adaptadas e o cancro oral já se encontra definida. Relativamente a outros fatores traumáticos como a presença de dentes fraturados, considera-se que ainda haja carência de estudos. Piemonte (2010) refere duas teorias que fundamentam este evento: uma ferida existente na boca pode facilitar a absorção de agentes carcinogénicos; e por outro lado, a inflamação crónica de uma úlcera pode libertar mediadores químicos ou pode conduzir ao *stress* oxidativo, contribuindo em todas as fases da carcinogénese. Com os resultados que obtiveram, concluíram que os TCMO, como as úlceras traumáticas crónicas, também podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de cancro oral. É também sugerido que as úlceras traumáticas crónicas possam ser incluídas no grupo de lesões pré-malignas (eritroplasia, leucoplasia, líquen plano, queilite actínica e fibrose submucosa (Starzynska *et al.*, 2014)) e que a vigilância destas lesões por parte dos Médicos Dentistas deve ser rigorosa.

Exodontias

Os dentes são parte integrante do corpo humano e são fundamentais para o seu bom funcionamento. E apesar das medidas preventivas, dos avanços tecnológicos e da excelência das técnicas restauradoras atuais, a exodontia continua a ser dos atos mais praticados em Medicina Dentária. Assim, é inquestionável que nos dias de hoje ainda existam indicações claras para a extração dentária. Os motivos mais frequentes de extração dentária continuam a ser a cárie dentária não restaurável e a doença periodontal avançada (Escoda e Aytés, 2004). Motivos ortodônticos, dentes mal posicionados, impactados e fraturados, dentes associados a lesões patológicas, que não podem ser mantidos para remoção das mesmas e dificuldades financeiras por parte do paciente que, em alguns casos, não lhe permitam optar por um procedimento que possibilite a permanência do dente na arcada, são também outras indicações para a exodontia (Hupp, Ellis III e Tucker, 2014). Por outro lado, também existem contraindicações sistémicas e locais à extração dentária. Mas, através de um melhor estudo do paciente ao nível pré-operatório, avaliando possíveis doenças sistémicas ou patologia específica a nível dentário, avaliando o seu estado emocional e com as técnicas anestésica/operatória disponíveis, atualmente algumas das contraindicações tornam-se relativas. Ao nível da cavidade oral, patologias dentárias, infeções odontogénicas (periodontite, abscesso e celulite), infeções provocadas pelo terceiro molar (pericoronarite), infeções da mucosa bucal, tumores malignos e áreas irradiadas são contraindicações para a exodontia. Neste contexto, a prescrição de antibióticos e analgésicos numa primeira fase permitem ao paciente posteriormente efetuar uma cirurgia com boa colaboração. Como anteriormente foi referido, assim se procedeu neste caso clínico.

A presença de restos radiculares na cavidade oral acontece por motivos diversos, sendo uma situação bastante comum. Os restos radiculares, quando presentes na cavidade oral há algum tempo podem ser bem tolerados se houver uma ossificação que os envolva por completo ou se apresentarem osteíte expulsiva, uma infeção crónica ao redor da raiz, constituída por tecido de granulação (Escoda e Aytés, 2004). Se no decorrer de uma exodontia houver fratura ao nível da raiz esta deve ser removida no mesmo ato operatório (Escoda e Aytés, 2004; Hupp *et al.*, 2014). E se a remoção do fragmento radicular não for possível, a hipótese de o deixar retido permanentemente só pode ser considerada com

três condições: a raiz tem de ser pequena, geralmente não tendo mais de 4 a 5 milímetros de tamanho; deve estar inteiramente envolvida por osso; e não pode estar infetada, não podendo apresentar qualquer radio transparência radiográfica em volta do ápex (Hupp *et al.*, 2014). As raízes retidas do paciente não tinham qualquer interesse em ser mantidas, uma vez que estavam envolvidas em processos inflamatórios e infecciosos.

Assim neste caso, após a prescrição de amoxicilina e ibuprofeno, verificou-se reversão parcial da inflamação e da infeção e na segunda consulta de cirurgia foram iniciadas as exodontias dos restos radiculares do 2.4 e do dente 2.7. Segundo Escoda e Aytés (2004), quando estão planeadas várias exodontias, se houverem peças cujas localizações sejam no mesmo quadrante ou em quadrantes oponentes, é recomendada a remoção dos mesmos numa só consulta, e não de um dente de cada vez, reduzindo o número de pós-operatórios. As restantes exodontias (dos restos radiculares do 1.8 e dos dentes 1.6 e 4.8) foram realizadas em separado por dois motivos. Devido à dinâmica da Clínica Universitária, em que por vezes as consultas demoram mais tempo do que inicialmente estava previsto e também devido ao paciente não comparecer a algumas consultas agendadas, dificultando o seu atendimento.

A técnica cirúrgica de exodontia é um conjunto de manobras que consiste na separação do periodonto do dente. Idealmente, esta deve ser realizada sem dor e com o menor dano possível nos tecidos circundantes, mesmo constituindo sempre uma agressão aos tecidos orais do paciente. A intervenção cirúrgica da exodontia consiste numa série de fases: período pré-operatório, período intraoperatório e período pós-operatório.

Na primeira fase, no período pré-operatório, é de grande importância a realização de uma anamnese detalhada, com o objetivo de despistar qualquer antecedente ou processo patológico que possa condicionar o sucesso da exodontia. Deve ser feita uma exploração clínica da cavidade oral, no geral e em maior detalhe na zona da exodontia. Um estudo radiográfico (ortopantomografia, radiografia periapical) é também pertinente de se efetuar para analisar estruturas anatómicas vizinhas, morfologia dentária, estado da coroa e periodonto, estado do osso envolvente, permitindo reconhecer qualquer anormalidade que possa dificultar a extração dentária.

O período intraoperatório consiste no ato de exodontia propriamente dito: preparação do campo cirúrgico, técnica cirúrgica adequada e reparação dos tecidos. Após a preparação do campo cirúrgico, procede-se ao controlo da dor durante a cirurgia, pela

anestesia local. Em Medicina Dentária, salvo raras exceções, a anestesia local é o meio utilizado para controlar a sensação dolorosa na cirurgia e no início do período pós-operatório. Geralmente, esta é associada a um vasoconstritor, produto que confere à anestesia local, grandes vantagens com a mesma segurança (tema já abordado anteriormente na introdução teórica). Assim, nas exodontias da arcada superior e inferior, os tecidos foram anestesiados com lidocaína a 2% associada a uma diluição de adrenalina de 1:80.000. Por dente, não mais que dois anestubos foram administrados. Nunca estando perto da dose máxima recomendada, num adulto de 70 Kg, que segundo Escoda e Aytés (2004) é de 12 anestubos de 1,8 ml. As técnicas de administração da solução anestésica, foram as mesmas para todos os dentes. Foi realizada a infiltração de terminações nervosas (supraperióstea e por vezes intra-ligamentosa, quando o paciente ainda apresentava sensação dolorosa no momento da luxação). Os procedimentos cirúrgicos para todas as exodontias deste caso foram realizados segundo as diretivas de Escoda e Aytés (2004) e de Hupp (2014): após a anestesia, inicia-se a sindesmotomia, em que se separa o dente da gengiva circundante; de seguida segue-se a luxação com a alavanca, para separar o ligamento periodontal do dente; depois de o dente se apresentar devidamente luxado (com alguma mobilidade) e quando a cortical óssea já se apresenta mais fina, segue-se a apreensão e tração da peça com o boticão apropriado ao nível do colo dentário/ raiz. A força exercida com o boticão deve ser controlada e aumentada aos poucos, sem movimentos bruscos ou violentos; de seguida, os alvéolos foram inspecionados para verificar se permaneceu algum resto radicular, cálculo, etc. Apenas em duas situações os autores recomendam a curetagem do alvéolo: caso se tenha identificado lesão periapical no exame radiográfico e o granuloma não tenha sido extraído com o dente; e no caso de o dente extraído ter sido afetado por doença periodontal, também é importante fazer a remoção de todo o tecido de granulação. Então, todos os alvéolos foram cuidadosamente curetados. Por fim, a reparação dos tecidos deve ser feita através da sutura, mesmo em exodontias consideradas de menor dificuldade. A sutura coapta as margens tecidulares, permitindo a cicatrização por primeira intenção, promove a hemóstase, entre outras. Quando o material da sutura não é reabsorvível, deve ser removido entre 5 a 7 dias após o ato cirúrgico. Assim, todos os alvéolos foram suturados com um ponto cruzado e foi pedido ao paciente que comparecesse 7 dias após as cirurgias para remoção dos pontos e avaliação da cicatrização dos alvéolos. Após a exodontia do 4.8, o paciente não compareceu para o efeito.

O período pós-operatório, consiste no espaço de tempo desde o final da cirurgia exodôntica até ao momento a partir do qual se pode considerar que o paciente tenha recuperado na totalidade. Geralmente também dura entre 5 a 7 dias. Devido à influência de fatores como a saúde do paciente, a razão pela qual a cirurgia foi realizada, o estado do alvéolo (entre outros), é difícil estabelecer conselhos pós-operatórios fixos (Escoda e Aytés, 2004). Mas, segundo Hupp (2014), existem instruções gerais apropriadas para este período ocorrer de uma forma tranquila que devem ser dadas ao doente pelo Médico Dentista. Para ajudar à hemóstase, devem ser colocadas compressas humedecidas no local da extração de modo a que ao fechar a boca o paciente consiga exercer alguma pressão; para evitar o edema, recomenda-se a aplicação de gelo, via extra-oral na zona da cirurgia durante 20 minutos (e com 20 minutos de intervalo) nas primeiras 12 a 24 horas; ao dormir o posicionamento da cabeça deve ser mais inclinado; é de evitar fumar nas primeiras 12 horas, uma vez que o tabaco e a nicotina dificultam o processo de cicatrização; desaconselha-se cuspir e sugar o próprio sangue ou líquidos por palhinhas durante as 12 horas seguintes ao procedimento, para não criar pressão negativa; quanto à dieta, até 24 horas após, deve ser baseada em alimentos moles ou líquidos, frios (gelados, por exemplo), ricos em calorias e a mastigação não deve ser realizada pela zona em que ocorreu a cirurgia; quanto à higiene oral, apenas não deve escovar na zona afetada e bochechos efetuados 3 a 4 vezes por dia, durante 5 dias, podem ajudar no processo de cicatrização; mesmo que o MD não considere necessário a prescrição de medicamentos para prevenir eventual dor pós-operatória, é sua função recomendar paracetamol e ibuprofeno caso haja necessidade; também devem ser descritas as complicações mais prováveis de ocorrer, como a infeção, para que aos primeiros sinais e sintomas se consiga atuar. Assim, após todas as cirurgias, estas instruções foram dadas verbalmente ao paciente e também lhe foi entregue um folheto informativo com os principais cuidados pós-cirúrgicos acima descritos, disponibilizado pela Clínica Universitária. Segundo Escoda e Aytés (2004) e Hupp (2014), a entrega de um folheto informativo com os cuidados pós-operatórios ao paciente, é considerado um veículo de transmissão da informação extremamente eficaz.

Exodontia profilática de terceiros molares erupcionados assintomáticos

Os **terceiros molares**, mais conhecidos como dentes do siso, são os últimos dentes a erupcionar na arcada dentária. Estes apresentam grande variabilidade quer no seu desenvolvimento, quer na forma da coroa e raízes, quer no posicionamento na arcada dentária. São comumente associados ao fenómeno de agenésia dentária e cerca de 9 a 20% da população tem agenésia de pelo menos um terceiro molar. Os sisos são também dos dentes que se apresentam mais regularmente não erupcionados ou impactados. Assim, é importante o Médico Dentista planear a manutenção destas peças dentárias nas arcadas a longo prazo.

Relativamente aos terceiros molares associados a patologia e com sintomatologia, os critérios para exodontia estão bem definidos. Cáries e patologia pulpar não tratáveis, doença periodontal muito avançada, celulite, abscesso ou osteomielite, reabsorção interna ou externa do siso ou dente adjacente, fratura do siso, tumor ou quisto associado, pericoronarite recorrente e presença do terceiro molar que impeça a erupção do segundo molar são alguns destes critérios. (S. Kandasamy, Rinchuse, & Rinchuse, 2009).

Porém, a discussão entre a comunidade médica dentária acerca da extração de terceiros molares assintomáticos, já dura há várias décadas e ainda não se encontra devidamente esclarecida (Bouloux, Busaidy, Beirne, Chuang, & Dodson, 2015). Uma das razões para tal discórdia tem sido a falta de evidência científica acerca do que acontece (ou não) com estes dentes ao longo do tempo quando mantidos na cavidade oral, mas também sobre o que se sucede ao longo do tempo após serem exodonciados. Também existe a tendência dos MD confundirem o termo “assintomático” (ausência de sintomas clínicos), alargando a sua definição para a ausência de patologia, como por exemplo, sem tradução radiográfica. Então é importante clarificar que o processo patológico antecede sempre qualquer sintomatologia e pode até não ser associado a esta durante muito tempo. Muitas vezes quando é feita essa associação, já se encontram danos instalados, podendo até, ser irreversíveis. Assim, Rafetto (2006) ressalva a importância da decisão do clínico não ser baseada apenas na presença mas também na possibilidade de desenvolvimento de patologia. Outro erro comum é considerar que os terceiros molares são dentes como os restantes. Estes dentes têm, em grande parte dos casos, dificuldades superiores em encontrar um local na arcada dentária, os tecidos moles têm também maiores dificuldades

em se adaptar ao seu redor e geralmente não são de fácil acesso para uma correta higienização. Segundo White e Proffit, é necessário avaliar três condições para avançar com a exodôncia de terceiros molares assintomáticos: a presença de **doença periodontal**, a **idade** do doente e a elaboração de um **consentimento informado** (Sanjivan Kandasamy, 2011).

A patologia periodontal associada aos terceiros molares pode ser de difícil controle. O MD tem a opção de efetuar a extração profilática ou realizar controles periodontais regulares. A decisão entre as duas opções deve ser baseada nas seguintes premissas: se a sua localização é viável e se o paciente tem capacidade de realizar as medidas de higiene oral necessárias que previnam a degradação do dente (Sanjivan Kandasamy, Jerrold, & Friedman, 2012). Indivíduos que sofrem de doença periodontal generalizada, apresentam com frequência bolsas de profundidade superior a 5 mm na região dos terceiros molares. Por outro lado, também é comum o risco e o desenvolvimento de bolsas superiores a 4 mm nos terceiros molares e a distal dos segundos molares, conseqüentemente, em indivíduos sem doença periodontal generalizada. Também as pericoronarites, muito associadas aos sisos, são encontradas quando se detetam bolsas de pelo menos 4 mm. (S. Kandasamy *et al.*, 2009).

Quanto à idade do paciente, *a priori*, quanto mais cedo a exodontia de um terceiro molar assintomático for efetuada, menor será o trauma e melhor será a cicatrização. No entanto, o avanço da idade não é um fator, *per se*, que predisponha a maiores complicações. O que acontece é que com o avanço da idade, aumentam os problemas de saúde, que conseqüentemente podem influenciar negativamente o pós-operatório cirúrgico (Sanjivan Kandasamy, 2011). Por outro lado, Rafetto (2006) informa que a incidência de patologia relacionada com terceiros molares assintomáticos (cárie, doença periodontal e pericoronarite) aumenta com a idade. Uma grande preocupação é a cirurgia de exodontia de um terceiro molar em si. Mas nos dias de hoje, os avanços na investigação, na tecnologia, na farmacologia e nas técnicas cirúrgicas, possibilitaram aos MD a diminuição dos riscos e complicações (Bouloux *et al.*, 2015) e o aumento de benefícios, diminuindo também a morbidade associada à cirurgia. É fato que indivíduos que têm arcadas dentárias minimamente intactas não apresentam qualquer benefício funcional tendo os seus terceiros molares presentes. Assim, a sua exodontia elimina o possível desenvolvimento de patologia associada e também contribui para a qualidade de vida do indivíduo. Quando a opção não passar pela exodontia profilática, os terceiros

molares assintomáticos erupcionados devem ser observados com regularidade (S. Kandasamy *et al.*, 2009).

Qualquer procedimento na área da Medicina Dentária deve ser realizado perante o consentimento do doente. Cada vez mais o consentimento deve ser detalhado e explicado ao pormenor. Quanto mais seletivo for o procedimento, maior é a necessidade de prestar informação. Assim, na exodontia de terceiros molares assintomáticos erupcionados o consentimento informado do indivíduo é fulcral. Este deve conter os possíveis riscos quer da escolha de manter o dente (possível patologia futura, avanço da idade) quer do ato cirúrgico e deve conter os benefícios associados à eliminação da peça dentária da arcada (Sanjivan Kandasamy, 2011).

Assim, no paciente foi efetuada a exodontia dos restos radiculares do 1.8, devido a uma cárie extensa. Pelo fato de este apresentar doença periodontal, especialmente avançada no 4.8, afetando o 4.7 (principalmente a distal, com bolsas de 6 mm), apresentar alguma dificuldade na higienização da zona, devido também ao fato de o oponente já não se apresentar na arcada, perdendo assim a sua função e tendo o 4.8 já iniciado um processo traumático no rebordo alveolar superior, ao nível da tuberosidade maxilar, optou-se então pela exodontia profilática deste. Relativamente ao 2.8 e 3.8, a opção tomada foi manter os dois dentes. A principal consideração foi o sucesso da reabilitação da arcada superior. Embora a doença periodontal não esteja estabilizada e ao nível dos terceiros molares este seja um objetivo mais arrojado, o dente 2.8 será um pilar importante para a retenção, estabilidade e suporte da prótese parcial removível superior. Assim, a hipótese será motivar o doente ao máximo e realizar controlos na periodontologia com um menor período de intervalo.

2. Dentisteria Operatória

A cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível e multifatorial. A sua principal causa é a interação do biofilme oral cariogénico (*Streptococcus Mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*, entre outros) com os hidratos de carbono fermentáveis pelo

mesmo, alojados nas superfícies dentárias. As bactérias metabolizam os hidratos de carbono refinados para obtenção de energia e através do seu metabolismo libertam ácidos orgânicos. Se estes ácidos estiverem presentes durante algum tempo na cavidade oral, conseguem diminuir o pH do meio e ultrapassar os limites de pH crítico que o esmalte e a dentina dos dentes suportam (5.5 para o esmalte e 6.2 para a dentina). Como consequência, dá-se uma perda da estrutura mineral (cálcio e fosfato, entre outros), a desmineralização. Quando o pH é restabelecido a valores neutros e a concentração de cálcio e fosfato está aumentada, comparativamente à superfície do dente, estes minerais podem ser repostos, dando-se a remineralização (Heymann, Swift e Ritter, 2013). A presença de bactérias para a formação de cáries é necessária, mas não é suficiente para o desenvolvimento das mesmas (Sala e Garcia, 2013). Segundo o diagrama modificado de Keyes-Jordan, para uma cárie dentária se desenvolver é necessária a complexa interação de 4 fatores: presença de biofilme cariogénico e hidratos de carbono fermentáveis, um hospedeiro suscetível e tempo. Também a desmineralização e remineralização do esmalte e dentina podem ser modificados por fatores primários e secundários. Como fatores primários temos, por exemplo: pH do biofilme oral, dieta, higiene oral, anatomia dentária, exposição ao flúor ou outros agentes terapêuticos, fluxo salivar e capacidade tampão da saliva e a resistência inerente a cada dente (que varia consoante o indivíduo, o dente e a localização na arcada dentária), sistema imunitário e fatores genéticos. O nível socioeconómico, a educação, o estilo de vida, a ocupação profissional, entre outros, são apontados como fatores secundários. O balanço entre a desmineralização e remineralização dentária é a chave para a gestão do aparecimento e controlo de cáries. Quando a desmineralização é superior à remineralização, forma-se a lesão de cárie. Ao longo do tempo, a anatomia do dente é alterada e formam-se cavidades, locais atrativos para maior acumulação de placa bacteriana e alojamento de biofilme, que continuarão a fazer com que a doença progrida.

Por sofrer evolução ao longo do tempo, a cárie dentária pode apresentar várias manifestações clínicas (Heymann *et al.*, 2013). Um diagnóstico correto permite eleger a forma mais apropriada do Médico Dentista intervir para obter os melhores resultados na saúde do paciente, podendo alterar o curso natural desta doença.

Clinicamente, a cárie pode ser diagnosticada quanto ao seu substrato (primária, quando se desenvolve em superfícies dentárias nunca antes restauradas; secundária, quando está nas proximidades de uma restauração; residual, quando é deixado tecido

desmineralizado na colocação de uma restauração), quanto à sua localização (faces lisas, oclusais, proximais e superfícies radiculares), estado de cavitação (cavitada ou não cavitada) e estado de atividade (ativa ou inativa). Os sinais clínicos mais importantes para o diagnóstico visual são a textura, a cavitação e a cor. A textura e a cavitação são os sinais clínicos mais exatos de deteção de cárie. São avaliadas mediante o uso da sonda exploratória. As lesões ativas são moles e cavitadas e as lesões inativas, também podem estar cavitadas, mas apresentam-se sempre duras. A cor é também um sinal muito usado embora a sua correlação entre atividade e inatividade em relação à lesão de cárie ainda não esteja bem comprovada. A presença de descoloração é associada à atividade de uma lesão e o escurecimento é associado à inatividade da mesma.

Em superfícies lisas, a cárie inicia-se com as *white-spot*, lesões brancas muito opacas, por vezes difíceis de identificar quando a superfície dentária está hidratada, sendo necessário o auxílio do *spray* de ar. É uma cárie de esmalte ativa não cavitada. De seguida, pode desenvolver-se uma cárie de esmalte inativa, opaca, esbranquiçada e brilhante. Ao tato, com a sonda exploratória, é dura e lisa. Ao entrar na dentina, instala-se uma lesão cavitada ativa, de tons acastanhados claros e ao tato com a sonda apresenta consistência mole. Esta lesão na dentina pode entrar num estado de inatividade, apresentando-se em tons acastanhados escuros e dura ao tato com a sonda, resultado do depósito mineral.

Nas superfícies oclusais as lesões iniciam-se nas fossas e fissuras. Inicialmente, a lesão não cavitada ativa tem um aspeto esbranquiçado, opaco e rugoso ao tato. Quando se encontra inativa, é caracterizada pelo escurecimento do sistema de fissuras, é dura e bastante resistente à reativação. A lesão cavitada ativa é a que apresenta uma maior facilidade de identificação. Apresenta tons amarelados ou acastanhados claros, os tecidos apresentam-se moles ao tato com a sonda e o esmalte que rodeia a cavidade pode estar escurecido. Por fim, a lesão cavitada inativa numa superfície oclusal tem cor castanha escura e apresenta-se lisa.

As cáries radiculares desenvolvem-se em qualquer localização, entre a margem gengival e a união amelo-cimentaria, em que haja acumulação de placa (Sala e Garcia, 2013). A superfície radicular é composta pelo cimento radicular, componente que torna esta superfície mais rugosa que o esmalte, permitindo maior facilidade de alojamento do biofilme cariogénico quando a higiene oral não é a melhor. O cimento também é mais

fino que o esmalte pelo que a sua resistência à cárie é menor, progredindo mais rapidamente (Heymann *et al.*, 2013).

As cáries ocultas, ou *hidden caries*, são lesões de dentina que contêm uma parte importante de tecido desmineralizado, mas não se detetam visualmente, apenas com recurso a radiografias.

Nas superfícies proximais, as cáries localizam-se abaixo do ponto de contacto e as lesões iniciais de esmalte são muito difíceis de detetar por meio visual (Sala e Garcia, 2013). Segundo Sala e Garcia (2013), as radiografias como meio complementar de diagnóstico apresentam alta especificidade e moderada sensibilidade. Schwendicke, Tzschoppe, & Paris (2015) através dos seus estudos concluíram que a especificidade das radiografias (*bite-wings*) é particularmente eficaz para a deteção de cáries iniciais, cavidades e de dentina interproximais. Radiograficamente, a cárie proximal apresenta-se como uma área escurecida ou radio transparente ao nível do esmalte no ponto de contacto ou abaixo deste. Sendo as radiografias um meio complementar ao diagnóstico clínico, nem todos os pacientes necessitam de as realizar. Na Clínica Universitária, todos os pacientes que comparecem à primeira consulta de dentisteria operatória (consulta de plano de tratamento) devem efetuar radiografias *bite-wings* aos dentes posteriores. Heymann (2013) mostra as *guidelines* para prescrição de radiografias dentárias definidas pela American Dental Association e pela Food and Drug Administration. No caso deste paciente, é a primeira vez que é feita uma avaliação em dentisteria operatória, então são recomendadas *bitewings* aos dentes posteriores, que foram realizadas, e ortopantomografia, que neste caso foi realizada inicialmente na consulta de triagem.

Ao detetar uma lesão cariiosa, não significa que esta tenha de ser tratada com métodos mais invasivos como a restauração. O tratamento restaurador está indicado quando a lesão de cárie se apresenta ativa e cavitada em simultâneo ou quando existem restaurações defeituosas. Caso contrário, a atitude do Médico Dentista é atuar nos fatores primários que influenciam o desenvolvimento da cárie.

Após o exame clínico e os exames complementares de diagnóstico (quatro *bitewings* para identificar lesões proximais nos dentes posteriores e ortopantomografia), foi elaborado um plano de tratamento de modo a definir quais as lesões de cárie que necessitavam de tratamento restaurador. O paciente apresentava várias lesões de fissuras inativas (nos dentes 2.6, 2.8, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5 e 4.6), de colorações

escurecidas, duras e lisas ao tato. No dente 2.5, detetou-se uma lesão de cárie na fase mesial, que se optou por vigiar a sua eventual evolução. Apenas nos dentes 4.7 e 4.8 se detetaram lesões de cárie ativas, primárias, embora ainda pouco cavitadas, que ao tato com a sonda, se apresentavam moles e cuja coloração estava em tons acastanhados claros. Uma vez que o dente 4.8 está indicado para exodontia, a única lesão que necessita de ser restaurada encontra-se na face oclusal do 4.7.

O material escolhido para restaurar esta lesão foi a resina composta. Este material é amplamente usado nos dias de hoje, apresentando as mais variadas indicações, incluindo a restauração direta de cavidades primárias de dentes anteriores e posteriores. Uma vez que a adesão deste material ao dente é química e micromecânica, à custa do sistema adesivo, ao contrário da amálgama, em que a adesão é maioritariamente mecânica, as restaurações a resina composta permitem fazer preparações dentárias muito mais conservadoras. As resinas compostas estão organizadas em monómeros que ao sofrerem a ação da luz se organizam em polímeros, formando uma estrutura coesa. O compósito usado nesta preparação cavitária (Resina Filtek Z-250 da 3M®) é constituído por partículas microhíbridas, que conferem à restauração boas propriedades mecânicas, alto grau de polimento e bons resultados estéticos.

Após a profilaxia (destartarização ou passagem da escova profilática com pasta pedra-pomes), a cor da restauração deve ser cuidadosamente escolhida com o objetivo de a restauração a olho nu ficar o mais semelhante possível ao dente natural, portanto impercetível. Esta escolha também deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que desidrate o dente (*spray* de ar, isolamento absoluto, anestesia), pois quando seco, apresenta-se mais claro do que realmente o é. A escolha da cor preferencialmente deve ser efetuada à luz natural e com toda a escala de cores perto da boca do paciente. Esta também deve ser feita em poucos segundos, pois os recetores oculares após cerca de 30 segundos já apresentam grande dificuldade em distinguir tons semelhantes. Assim foram seguidas estas regras e escolheu-se a cor A2, pela escala Vita Classic®.

Uma vez que se trata de um dente posterior mandibular, a anestesia foi efetuada com um bloqueio do nervo alveolar inferior. Foi usado um anestubo lidocaína a 2%, com adrenalina a 1:80000.

Para uma restauração a resina composta ser bem-sucedida (restaurar a função, obter um contato harmonioso com os tecidos adjacentes e ficar retida no dente), é essencial que

seja criado um ambiente isolado da contaminação dos fluídos orais e outros componentes que impedem a boa adesão química do material restaurador ao dente. Assim, o isolamento do campo operatório deve ser efetuado ou com recurso a rolos de algodão ou com o dique de borracha. As vantagens do uso do dique de borracha são várias, tais como: elimina a saliva e retrai os tecidos moles da zona conferindo um campo operatório limpo e seco; melhora o acesso e a visibilidade; permite alcançar o máximo potencial de uma restauração a resina composta; protege o paciente e o operador; confere maior eficácia operatória. As desvantagens são poucas e argumentáveis, destacando-se as seguintes: a duração de preparação do isolamento absoluto é dependente da prática do operador e possíveis intolerâncias ao material de que é feito o dique podem existir. No entanto, o tempo usado para preparar um bom isolamento (que vai diminuindo com a sua prática) reflete-se num tratamento realizado com segurança, eficácia e tranquilidade por parte do Médico Dentista. Geralmente, o dique de borracha é feito de latex. Para os pacientes alérgicos, existem diques de borracha sem latex. Dentes parcialmente erupcionados que não retenham o grampo, alguns terceiros molares, dentes muito mal posicionados e pacientes que não tolerem o dique de borracha (devido a grandes dificuldades respiratórias nasais ou sensação de claustrofobia), são casos únicos que impedem o seu uso. Neste caso foi escolhido o isolamento absoluto, com recurso a dique de borracha. Foi explicado ao paciente o porquê deste procedimento e o mesmo compreendeu e aceitou naturalmente esta opção. Após alguns minutos com o dique de borrachada colocado, notou-se alguma dificuldade na respiração do paciente. Para conferir mais conforto, optou-se por perfurar o dique numa zona distante do campo operatório, não comprometendo o isolamento.

3. Periodontologia

A doença periodontal é um termo que engloba um vasto conjunto de doenças que afetam os tecidos de suporte do dente, o periodonto: gengiva, ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar (Highfield, 2009). Cerca de 90% da população mundial sofre de doença periodontal (Pihlstrom, Michalowicz, & Johnson, 2005). O interesse

acerca desta remonta de há cerca de 5000 anos. Interesse este que permitiu, por sua vez, a elaboração de sistemas de classificação, estruturando a etiologia, a fisiopatologia, características clínicas, entre outros. Assim, criou-se uma plataforma para a comunicação universal na comunidade médica dentária, facilitando o diagnóstico e o plano de tratamento. Atualmente a classificação mais aceite é a da Academia Americana de Periodontologia, elaborada em 1999. Esta é bastante detalhada e complexa. Em suma, está dividida em oito grupos principais: Doenças Gengivais (sendo a gengivite, induzida por placa bacteriana, a de maior prevalência e incidência), Periodontite Crónica (sendo esta a mais prevalente das periodontites), Periodontite Agressiva, Periodontite como manifestação de Doença Sistémica, Doenças Periodontais Necrosantes, Abscessos Periodontais, Periodontite associada a Lesões Endodônticas e Deformidades e Condições de Desenvolvimento ou Adquiridas.

O diagnóstico de doença periodontal é baseado na deteção de sinais e sintomas de afeção dos constituintes do periodonto. E para os identificar, é imperativo que o Médico Dentista conheça as características de um periodonto saudável. Estas, clinicamente, só são visíveis através da gengiva: apresenta-se em tons de coral ou rosa claro, com ligeiras variações nas raças; está firmemente adaptada aos tecidos subjacentes; a margem da gengiva encontra-se ao nível da união esmalte-cimento; tem uma configuração triangular mais espessa ao nível interdentário e mais fina a vestibular e lingual que constitui a papila interdentária; existe uma margem entre 1 a 3 milímetros de gengiva livre que envolve o dente, designada como sulco gengival e este possui uma pequena quantidade de fluido intersticial, o fluido crevicular; não existe hemorragia à sondagem; imediatamente após o nível mais apical de gengiva livre encontra-se a união muco gengival, que faz fronteira entre a gengiva aderida, de consistência mais firme (queratinizada), com uma altura variável de 1 a 9 milímetros que está aderente à camada mucoperióstea, e a mucosa alveolar (não queratinizada) (Highfield, 2009).

Os fatores de risco para a doença periodontal são inúmeros. Hábitos tabágicos e etílicos, *stress*, doenças sistémicas como a diabetes e a osteoporose, condições de imunossupressão como a síndrome da imunodeficiência adquirida e a leucemia, esteroides, antiepiléticos, contraceptivos orais e medicação para tratamento oncológico, restaurações e próteses dentárias mal adaptadas, apinhamento dentário e, por último mas não menos importante, a acumulação de placa com microflora associada à doença periodontal nas superfícies dentárias supra e infra-gengivais (*Porphyromonas gingivalis*,

Aggregatibacter actinomycetemcomitans, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, entre outras). É importante referir que as duas condições estritamente necessárias para se instalar um estado de doença periodontal são as seguintes: a presença das bactérias patogênicas e um hospedeiro suscetível (García-Conde *et al.*, 2010; Pihlstrom *et al.*, 2005; Sanz, Alonso, Carasol, Herrera, & Sanz, 2012).

Por outro lado, também a própria doença periodontal é considerada um fator de risco para o desenvolvimento ou progressão de doenças sistêmicas. Segundo inúmeros estudos nos últimos vinte anos, pensa-se que os mediadores inflamatórios associados à doença periodontal consigam entrar na circulação sanguínea e se associem a várias condições sistêmicas (prematuridade e baixo peso ao nascer, doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, doenças pulmonares e Alzheimer). Não obstante, também é importante assinalar, no caso das doenças cardiovasculares, como por exemplo, a doença periodontal é, atualmente, apenas um dos fatores de risco, entre muitos outros (obesidade, antecedentes familiares, dieta, idade, género, hábitos tabágicos, etc). Embora , esta hipótese esteja estudada, não está completamente comprovada. Assim, o MD tanto deve adotar uma postura de bom senso em relação à questão como deve atuar com o seu papel de educador para a saúde (Sanjivan Kandasamy, 2011; Highfield, 2009; Rafetto, 2006).

A presença crónica de placa bacteriana num indivíduo suscetível desencadeia uma reação imuno-inflamatória nos tecidos periodontais. Inicialmente manifesta-se apenas como uma inflamação gengival (gengivite) e com o avançar do tempo, evolui para uma destruição mais profunda e irreversível do restante periodonto (periodontite).

A gengivite é a forma menos grave e facilmente reversível de doença periodontal (García-Conde *et al.*, 2010). Afeta entre 50 a 70% da população mundial, dependentemente da sua classificação (Pihlstrom *et al.*, 2005). É uma inflamação dos tecidos gengivais, alterando a sua forma, cor, posição e textura. A gengivite induzida por placa bacteriana apresenta hemorragia à sondagem. Este critério em específico distingue-a de todas as outras formas de gengivite (Highfield, 2009).

A periodontite crónica é uma doença inflamatória que afeta até 15% da população mundial (Taylor, 2014) e desenvolve-se quando a gengivite crónica (induzida por placa bacteriana) consegue diminuir a resistência dos restantes constituintes do periodonto (ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar). À sondagem, para além da hemorragia característica de gengivite, instala-se uma profundidade superior à normal,

formando-se uma bolsa periodontal, representante da perda óssea alveolar, em substituição de um sulco saudável.

A periodontite crónica tem várias características, tais como: é mais prevalente em adultos, a quantidade de destruição óssea é consistente com os fatores locais, há frequentemente presença de cálculo subgingival, está associada a vários agentes microbianos, geralmente é assintomática, o seu padrão de progressão varia de lento a moderado (embora possa ter períodos de progressão rápida), pode ser associada a fatores predisponentes locais (dentários, por exemplo), a doenças sistémicas, ao tabagismo e *stress* e pode ser classificada segundo a sua extensão e severidade. Quanto à sua extensão, a periodontite crónica pode ser localizada, se apresentar até 30% de localizações afetadas, ou generalizada, se a área afetada for superior a 30%. Quanto à severidade, esta pode ser leve, moderada ou grave/severa. Leve quando a perda de inserção está entre 2 a 3 milímetros; moderada entre os 3 e 4 milímetros; e grave quando a perda é de pelo menos 5 milímetros. A perda óssea é, geralmente, acompanhada de recessão gengival, podendo expor a superfície radicular e furcas (em dentes posteriores). Num estado avançado, as peças dentárias apresentam mobilidade e migração da sua localização.

O nível de inserção é quantificado pelo uso da sonda periodontal graduada (milimetricamente), medindo a profundidade desde a junção amelo-cimentária até ao fundo do sulco gengival (ou bolsa). A sondagem periodontal continua a ser a ferramenta de diagnóstico periodontal de eleição. Ainda assim, as medições podem não representar a real profundidade da bolsa ou nível de inserção. Isto porque a pressão exercida, o tamanho da ponta da sonda, a angulação que se confere à sonda no ato de sondagem, a presença ou ausência de cálculo e o estado inflamatório dos tecidos podem alterar os resultados (Highfield, 2009).

O uso de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente as radiografias, permitem demonstrar visualmente a perda de osso, confirmando as sondagens feitas com auxílio da sonda periodontal graduada. Porém, atualmente, considera-se que o uso de radiografias periapicais, para a confirmação de diagnóstico de periodontite crónica não é essencial. Em contrapartida, a Federação Europeia de Periodontologia, considera importante a elaboração de um *Status Radiográfico*, principalmente no decorrer do percurso académico. No entanto, o diagnóstico periodontal é única e exclusivamente

clínico, sendo as radiografias apenas um complemento ao diagnóstico (Corbet, Ho, & Lai, 2009).

Quanto ao caso, na primeira consulta procedeu-se ao diagnóstico periodontal, preenchendo os parâmetros do periodontograma através do exame clínico e com auxílio da sonda periodontal graduada. E segundo o nível de inserção periodontal detetado, o doente foi diagnosticado com Periodontite Crónica Moderada Generalizada e Localizada Grave. Apresentando grande parte das localizações (mais de 30%) com uma perda óssea média entre 3 a 4 milímetros e uma menor porção de localizações com uma perda mais grave, igual ou superior a 5 milímetros. Na segunda consulta de periodontologia, realizou-se o *Status Radiográfico* que permitiu ter uma perceção mais visual da perda óssea do paciente.

O tratamento da periodontite crónica tem como principal objetivo criar um ambiente que conduza à manutenção da saúde. Portanto, eliminar a inflamação, impedir a progressão da doença periodontal, preservar a dentição natural e estética são critérios fundamentais para cumprir este objetivo. (Eberhard, Jervøe-Storm, Needleman, Worthington, & Jepsen, 2008; Sanz *et al.*, 2012; Tanwar, Hungund, & Dodani, 2016). Ainda que haja uma perda óssea considerável, um periodonto que inicialmente se encontra inflamado, com o adequado tratamento, pode tornar-se saudável. (Highfield, 2009)

O entendimento relativamente à etiologia e patogenia da periodontite permitiu averiguar que os organismos patogénicos da periodontite, bactérias maioritariamente, se organizam em bio filmes que se encontram aderidos subgengivalmente (às superfícies das raízes), resistindo aos mecanismos de defesa naturais e até a químicos. A única estratégia realmente eficaz de tratamento da periodontite crónica, é remover o biofilme infra-gengival, através da limpeza das superfícies das raízes, com a ação mecânica de curetas periodontais (alisamentos radiculares) ou com cirurgia (apresentando ambos os métodos excelentes resultados) (Sanz *et al.*, 2012). A terapia inicial, associada à causa, é a primeira de três etapas do tratamento periodontal. Visa eliminar e controlar a placa bacteriana existente através da curetagem radicular ou cirurgia e eliminação de fatores retentivos de placa (restaurações desbordantes, próteses desadaptadas, cáries, entre outras). A motivação do doente para melhorar a sua higiene oral e o aconselhamento a respeito dos fatores de risco sistémicos e locais para a doença periodontal são fundamentais na

primeira abordagem ao tratamento (Sweeting, Davis, & Cobb, 2008). Se a primeira etapa falhar, é importante perceber qual a sua causa. Se há falta de motivação do paciente, será necessária a sua remotivação. Porém, pode ser necessário envergar pela cirurgia periodontal, devido a fatores que ultrapassem o paciente. Se o tratamento causal for bem-sucedido, dá-se início à segunda etapa. A fase corretiva engloba a reabilitação da cavidade oral do paciente (dentisterias, endodontias, próteses, cirurgia periodontal de reconstrução, etc) (Lindhe, 2005). Por último, a terceira etapa consiste no tratamento periodontal de suporte. Este visa controlar a progressão da doença, impedindo recidivas e a perda dentária, a longo prazo. Para tal, um adequado controlo da placa bacteriana por parte do paciente e visitas regulares ao Médico Dentista para profilaxia adequada são pontos-chave. A consulta de tratamento periodontal de suporte deve acontecer com intervalos periódicos de cerca de 8 semanas, podendo haver um atraso ou uma antecipação, consoante a evolução de cada caso. A literatura mostra que estas consultas são basilares para impedir a progressão da doença, preservar a dentição e controlar a invasão bacteriana subgingival (Sweeting *et al.*, 2008), sendo a probabilidade da progressão da periodontite crónica elevada em pacientes que descontinuem os alisamentos radiculares ou o tratamento periodontal de suporte (Delatola, Adonogianaki, & Ioannidou, 2014).

O sucesso da ação mecânica dos alisamentos radiculares pode ser enfatizado (não substituído) através do uso de agentes antimicrobianos. A nível sistémico, a prescrição conjunta de amoxicilina e metronidazol, é uma combinação que se revelou extremamente eficaz na diminuição da profundidade das bolsas (Tanwar *et al.*, 2016). Localmente, podem ser prescritos colutórios com vários princípios ativos que inibem a acumulação de placa bacteriana. A clorhexidina, ao longo dos últimos 40 anos tem vindo a ser amplamente estudada e utilizada. É muito utilizada em periodontologia sendo considerada o agente anti-placa e anti-gengivite, por excelência e sendo indicada como complemento de otimização da terapêutica. Tem um amplo espectro de ação e apresenta alta substantividade, ou seja, tem a capacidade de se unir a várias localizações na cavidade oral, com libertação prolongada, mantendo os níveis terapêuticos. Tem outras duas grandes vantagens que também justificam a sua elevada utilização: não induz resistências bacterianas ou sobre infeções. Pode ser usada em alta concentração, a 0,2%, duas vezes por dia, atuando como bactericida, eliminando a placa formada. Ou pode ser usada em baixa concentração, a 0,12%, também duas vezes ao dia, propagando uma ação

bacteriostática, inibindo a formação de placa bacteriana (Cuenca, 2013). Neste caso, na consulta de diagnóstico periodontal, recomendou-se ao paciente bochechos de clorhexidina a 0,2%, de 12 em 12 horas.

Na terceira consulta de periodontologia foram realizados os alisamentos radiculares com curetas, do 1.º e 4.º quadrantes. A nível supra e justa gengival foi realizada destartarização com ponta ultrassónica.

Não se conseguiu terminar o tratamento periodontal. Porém, com a mudança de hábitos de higiene oral (passou a escovar os dentes entre duas a três vezes por dia; aprendeu a técnica de escovagem de Bass; passou a usar o fio dentário, através de porta-fio, e escovilhão; iniciou bochechos de clorhexidina de manhã e à noite), a acumulação de placa reduziu substancialmente como também a inflamação gengival. Ficaram marcadas mais duas consultas de Periodontologia. A primeira com o objetivo de terminar os alisamentos radiculares (2.º e 3ª quadrantes), e a segunda com um intervalo de 6 semanas da primeira para realizar uma reavaliação periodontal.

4. Reabilitação Oral

A presença dos dentes na cavidade oral é fundamental para as funções de mastigação, deglutição, sensorial, fonética e estética. Como consequência, a perda de dentes reflete-se na qualidade de vida do indivíduo não só pela perda ou diminuição da eficácia das suas funções, mas também pela envolvimento social e psicológico que esta perda acarreta (Xie, Ding, & Yang, 2015). Surgem espaços edêntulos não estéticos, mastigação deficiente, disfunções temporomandibulares, mal oclusões, entre outros. Também a ausência dentária prolongada condiciona o sucesso da reabilitação protética e influencia o gasto necessário na mesma. Assim, a reabilitação dos espaços edêntulos, salvo algumas exceções, deve ser efetuada o mais rápido possível (Escoda, 2004).

A prótese parcial removível (PPR) é um dispositivo que ao repor os dentes ausentes visa a reposição das funções mastigatória e fonética, mas também o restabelecimento da estética. Está indicada para espaços edêntulos posteriores unilaterais e bilaterais, espaços

protéticos intercalares amplos, espaços edêntulos múltiplos, necessidade de colocação imediata de dentes, reabilitação temporária para posterior reabilitação complexa e baixas capacidades económicas. Pacientes com problemas motores e/ou mentais (devido às dificuldades na utilização e manutenção da PPR) e pacientes com hábitos de higiene oral inadequados (devido a aumentar o risco de cáries e doença periodontal, diminuindo a longevidade da reabilitação) são exemplos de contraindicações para uso de prótese parcial removível. Neste último caso, há que considerar a possibilidade de reeducação e motivação do paciente quanto aos hábitos de higiene oral necessários para a manutenção da saúde oral (Volpato, 2012).

A PPR também visa proteger e preservar a dentição e respetivo tecido periodontal remanescentes (Mine, Fueki, & Igarashi, 2009). O que, clinicamente, é atingido com alguma dificuldade. Na gíria, a PPR até é considerada como prejudicial para os restantes dentes. Uma associação ingénua, pois, o uso de prótese pode, de fato, levar a uma maior acumulação de placa bacteriana, mas, na verdade, a ausência de uma boa higiene oral é a verdadeira causa de doença periodontal de pacientes que usam próteses removíveis.

Segundo Ma & Brudvik (2008) as melhores opções na reabilitação de pacientes com doença periodontal são as próteses fixas e as próteses suportadas por implantes. Mas o seu elevado custo leva a que as próteses parciais removíveis, com estabilização dos dentes remanescentes e relação de contato não traumática com a gengiva, sejam tomadas como partido nestas situações. Ainda assim, Ribeiro (2009) relembra que o desenvolvimento ou agravamento da doença periodontal pode ser evitável se forem dadas as devidas instruções ao paciente. Deve ser explicado, que por ser um trabalho removível, a longevidade da prótese depende da colaboração do próprio doente, sendo necessária a existência de alguns cuidados. Devem ser explicadas as eventuais complicações iniciais de adaptação; medidas de higiene oral dos dentes remanescentes e das próteses devem ser facultadas; a prótese deve ser retirada durante a noite para descanso dos tecidos; em caso de complicações ou feridas, deve contactar o Médico Dentista de imediato; também é bastante importante esclarecer a importância das consultas de controlo, para ir de encontro às necessidades do paciente, (Ribeiro *et al.*, 2009; Volpato, 2012).

Dentro da reabilitação parcial removível, existem duas opções muito usadas, a prótese esquelética e a prótese acrílica. Segundo Mine (2009), em casos de doença periodontal não estabilizada, a prótese esquelética não é recomendada devido às cargas

mecânicas exercidas nos dentes pilares destas, uma vez que contribuem amplamente para o aumento da mobilidade dos mesmos, contribuindo, por sua vez, para o agravamento da periodontite. Aquando da estabilização da patologia periodontal, as próteses esqueléticas são a melhor opção de reabilitação oral removível, permitindo a estabilização dos dentes com mobilidade. Em contrapartida, a prótese parcial removível de resina acrílica também tem as suas indicações e vantagens. Para além de conferirem resultados estéticos de qualidade elevada, de terem um custo inferior à prótese esquelética, permitem o acrescento de dentes, sendo uma solução extremamente eficaz em pacientes parcialmente desdentados com periodontite não estabilizada, a curto-médio-longo prazo (Baat, Witter e Creugers, 2011).

Apesar das suas limitações, a PPR hoje em dia ainda é responsável por muitas reabilitações orais bem-sucedidas. Têm vindo a ser desenvolvidas estratégias que tendem a aperfeiçoar o planeamento, elaboração e uso da PPR, conferindo a recuperação das funções do sistema estomatognático de uma forma igualmente apropriada, mas mais simples e mais acessível economicamente, comparando com a prótese fixa (Xie *et al.*, 2015).

Na reabilitação oral, a confeção de uma prótese para a substituição de espaços edêntulos deve ser o culminar da interdisciplinaridade na Medicina Dentária. Assim, dentisterias, endodontias, cirurgias, entre outras, devem ser efetuados sempre antes da elaboração de uma prótese (Volpato, 2012). Assim, neste caso clínico, após todos os tratamentos relatados anteriormente, se iniciou o planeamento da PPR superior.

Devido à condição periodontal deste paciente não se apresentar estabilizada e face às suas condições económicas, a opção de tratamento inicial seria uma prótese parcial removível acrílica de regime provisório, a curto-médio prazo. Posteriormente, consoante a sua evolução, o objetivo seria substituir os espaços edêntulos por uma prótese parcial removível esquelética.

O início do planeamento da prótese do paciente começou com a consulta de história clínica de reabilitação oral que foi das últimas a ser realizada. Foi feito o preenchimento da folha de história clínica de reabilitação oral que esquematiza uma nova avaliação detalhada das condições da cavidade oral do paciente, ao nível dos tecidos moles e tecidos duros, importantes para a reabilitação protética. Após as exodontias, segundo a classificação de arcadas parcialmente desdentadas de Kennedy e as regras de Applegate

(Volpato, 2012), a arcada superior do paciente constitui uma classe II com duas modificações. Foram feitas as impressões preliminares em moldeiras universais, com alginato. De seguida, foram vazadas a gesso tipo III para obtenção de modelos de estudo. Os modelos de estudo são um importante meio de análise para o adequado planeamento de uma reabilitação (Volpato, 2012).

Contudo, aquando da impressão, o paciente declarou queixas álgicas e verificou-se uma má cicatrização na zona do alvéolo do 1.6, extraído há dois meses atrás. Foram feitas uma ortopantomografia e uma radiografia periapical à zona para despistar uma eventual raiz retida do 1.7 (uma vez que o 1.6 foi extraído na totalidade, como se pode ver na figura 28), dente que já se apresentava ausente na consulta de triagem, ou fratura da cortical óssea palatina. Não se conseguiu encontrar qualquer imagem suspeita na periapical, mas na ortopantomografia pareceu identificar-se um resto radicular na zona do 1.7. Ficou marcada consulta para cirurgia oral para avaliação da situação, à qual o paciente não compareceu. Fez-se nova remarcação e o paciente voltou a não comparecer, não conseguindo desvendar o verdadeiro motivo da não cicatrização da zona, ficando assim pendente a reabilitação dos espaços edêntulos deste.

5. Conclusão

Não foi possível terminar todos os tratamentos Médico-Dentários, mas todos os objetivos propostos foram cumpridos. Os atrasos às consultas foram recorrentes e várias foram as vezes que o paciente não compareceu. No entanto, quando presente, as consultas decorreram com naturalidade e sempre se demonstrou calmo e cooperante, embora em certas alturas demonstrasse algum desinteresse. A meio do processo, o paciente começou a não comparecer a um maior número de consultas. Várias tentativas de o contactar falharam. Até que foi feito o contato com a assistente social que o acompanha. Foi explicado pela mesma que para além de sofrer de Doença Bipolar, o paciente também sofre de alcoolismo. Detalhe que foi negado pelo próprio na consulta de triagem. A assistente social explicou também que o doente ainda não entendeu as implicações deste problema, portanto, o seu processo de reabilitação ainda está distante. A ingestão de

álcool acompanhada da medicação que o paciente toma para a Doença Bipolar não é uma combinação aconselhada, de todo. O paciente nunca aparentou apresentar-se alcoolizado nas consultas, porém esta é uma justificação plausível para não ter conseguido colaborar da melhor maneira para obter melhores resultados e finalizar os tratamentos.

Contrariamente aos preconceitos concebidos, principalmente pela sociedade, não foi necessário nenhum cuidado especializado para tratar este paciente. Apenas houve sempre uma sensibilidade e tolerância superior no trato com o doente, principalmente após se saber que o mesmo também sofria de alcoolismo. Doentes com perturbações mentais, devem ser tratados com a mesma singularidade, respeito, empatia, não comprometendo a relação Médico-Doente, sendo esta fundamental para o sucesso do caso clínico. Torna-se ainda importante enfatizar a necessidade de um acompanhamento com maior regularidade nas consultas de Medicina Dentária, por parte deste doente, em concreto.

IV. BIBLIOGRAFIA

Site:

<https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-saude-mental-10-de-outubro-de-2004.aspx>.

Última visualização: 27 de fevereiro de 2016.

Artigos e Livros:

Anura, A. (2014). Traumatic Oral Mucosal Lesions : A Mini Review and Clinical Update, 254–259.

Åstrand, B. (2009). Avoiding drug-drug interactions. *Chemotherapy*, 55(4), 215–220. <http://doi.org/10.1159/000218100>

Azodo, C. C., Ezeja, E. B., Omoaregba, J. O., & James, B. O. (2012). Oral health of psychiatric patients: The nurse’s perspective. *International Journal of Dental Hygiene*, 10(4), 245–249. <http://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00537.x>

Bat, C., Witter, D. J., Krueger’s, N. H. (2011). Acrylic resin removable partial dentures. *Neda Tildschr Tandheelkd*, 118(1), 32-37

Bascones-Martínez A, Muñoz-Corcuera M, Bascones-Ilundain C. Reacciones adversas a medicamentos en la cavidad oral. *Med Clin (Barc)*. 2015;144:126–131

Bertaud-Gounot V, K.-M. V. P. C. T. G. R. F. (2013). Oral health *status* and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 13.

Bouloux, G. F., Busaidy, K. F., Beirne, O. R., Chuang, S. K., & Dodson, T. B. (2015). What is the risk of future extraction of asymptomatic third molars? A systematic review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 73(5), 806–811. <http://doi.org/10.1016/j.joms.2014.10.029>

Becker, D. E. (2011). Adverse drug interactions. *Anesth Prog (American Dental Society of Anesthesiology)*, 58:31-41

Brown, E. S. (2016). Antidepressant-Induced Bruxism Successfully Treated With Gabapentin, (April), 1999–2002. <http://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0057>

Brown, R. S., & Rhodus, N. L. (2005). Epinephrine and local anesthesia revisited. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 100(4), 401–408. <http://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.05.074>

Cheniaux, E. (2011). O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. *The Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder: A Systematic and Critical Review of the Methodological*

- Aspects of Modern Clinical Trials.*, 33(1), 72–80. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=61152759&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>
- Clark, D. B. (2009). How understanding psychiatric illness can help clinicians provide optimal oral health care. *Canadian Journal of Dental Hygiene*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010314645&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Corbet, E. F., Ho, D. K. L., & Lai, S. M. L. (2009). Radiographs in periodontal disease diagnosis and management. *Australian Dental Journal*, 54 Suppl 1, S27–S43. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01141.x>
- de Almeida, P. D. V, Grégio, A. M. T., Brancher, J. A., Ignácio, S. A., Machado, M. Â. N., de Lima, A. A. S., & Azevedo, L. R. (2008). Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 106(1), 882–889. <http://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.11.008>
- Delatola, C., Adonogianaki, E., & Ioannidou, E. (2014). Non-surgical and supportive periodontal therapy: Predictors of compliance. *Journal of Clinical Periodontology*, 41(8), 791–796. <http://doi.org/10.1111/jcpe.12271>
- Dell’Osso, B., Holtzman, J. N., Goffin, K. C., Portillo, N., Hooshmand, F., Miller, S., ... Ketter, T. A. (2015). American tertiary clinic-referred bipolar II disorder compared to bipolar I disorder: More severe in multiple ways, but less severe in a few other ways. *Journal of Affective Disorders*, 188, 257–262. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.001>
- Eberhard, J., Jervøe-Strom, P. M., Needleman, I., Worthington, H., & Jepsen, S. (2008). Full-mouth treatment concepts for chronic periodontitis: A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 35(7), 591–604. <http://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01239.x>
- Escoda, C. G., e Aytés, L. B. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Madrid, Espanha: Ergon.
- Fonseca, Marciani, Turvey. (2009). Oral and Maxilofacial Surgery. (2ª ed). Vol. 1. St. Louis Estados Unidos da América: Elsevier.
- García-Conde, G. G., Espinosa de Santillana, I. A., Martínez-Arroniz, F., Huerta-Herrera, N., Islas-Márquez, A. J., & Medina-Solís, C. E. (2010). Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural Mixteca del Estado de Puebla, México. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 12 (4), 647–657. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000400011
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672–1682. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
- Gowda, E. M., Bhat, P. S., & Swamy, M. M. (2007). Dental health requirements for psychiatric patients. *Medical Journal Armed Forces India*, 63(4), 328–330. [http://doi.org/10.1016/S0377-1237\(07\)80007-4](http://doi.org/10.1016/S0377-1237(07)80007-4)
- Guaita, M., & Högl, B. (2016). Current Treatments of Bruxism. *Current Treatment Options in*

- Neurology*, 18(2), 10. <http://doi.org/10.1007/s11940-016-0396-3>
- Haas, D. A. (2002). An Update on Local Anesthetics in Dentistry (Mise à jour sur les anesthésiques locaux utilisés en dentisterie). <http://doi.org/10.1034/j.1601-1546.2002.10103.x>
- Heymann, H. O., Swift, E. J., Ritter, A. V. (2013). Sturdevant's. Art and Science of Operative Dentistry. (6^a ed). St. Louis, Estados Unidos da América: Elsevier.
- Hersh, E. V., & Moore, P. a. (2008). Adverse drug interactions in dentistry. *Periodontol 2000*, 46, 109–142. <http://doi.org/PRD224> [pii]n10.1111/j.1600-0757.2008.00224.x
- Highfield, J. (2009). Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian Dental Journal*, 54 Suppl 1, S11–S26. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01140.x>
- Hupp, J. R., Ellis III, E., Tucker, R. M. (2014). Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. (6^a ed). St. Louis, Estados Unidos da América: Elsevier, Mosby.
- Jann, M. W., & Perspective, S. (2014). Evidence on Pharmacologic Treatments Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults : A Review of the, (December).
- Jann, M. W., Perspective, S., Kandasamy, S., Yuan, A., Woo, S.-B., Kudlow, P. A., ... Miklowitz, D. J. (2015). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician Ideação suicida e tentativas de suicídio no transtorno afetivo bipolar tipo I: uma atualização para o clínico. *Journal of Affective Disorders*, 381(3), 485–492. [http://doi.org/10.1016/S1646-2890\(08\)70053-0](http://doi.org/10.1016/S1646-2890(08)70053-0)
- Kandasamy, S. (2011). Evaluation and management of asymptomatic third molars: Watchful monitoring is a low-risk alternative to extraction. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 140(1), 11,13,15,17. <http://doi.org/10.1016/j.ajodo.2011.05.008>
- Kandasamy, S., Jerrold, L., & Friedman, J. W. (2012). Asymptomatic third molar extractions: Evidence-based informed consent. *Journal of the World Federation of Orthodontists*, 1(4), e135–e138. <http://doi.org/10.1016/j.ejwf.2012.11.001>
- Kandasamy, S., Rinchuse, D. J., & Rinchuse, D. J. (2009). The wisdom behind third molar extractions. *Australian Dental Journal*, 54(4), 284–292. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x>
- Khalil, R. B., & Richa, S. (2012). Bruxisme induit par les psychotropes: mise au point Psychotropic drugs induced bruxism: A focalization, 170, 169–173. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2010.12.013>
- Kisely, S. (2016). No Mental Health without Oral Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(5), 277–282. <http://doi.org/10.1177/0706743716632523>
- Lin, X.-L., & Tang, S.-Y. (2013). Sodium valproate may be a treatment for sleep bruxism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(9), 636–637. <http://doi.org/10.1089/cap.2013.0015>
- Lindhe, J., Karring, T., e Lang, N. P. (2005). Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. (4^a ed). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

- Ma, P. S., & Brudvik, J. S. (2008). Managing the maxillary partially edentulous patient with extensive anterior tooth loss and advanced periodontal disease using a removable partial denture: A clinical report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 100(4), 259–263. [http://doi.org/10.1016/S0022-3913\(08\)60203-6](http://doi.org/10.1016/S0022-3913(08)60203-6)
- Ma, S. F., & Bs, M. B. (2006). Oral ulceration: GP guide to diagnosis and treatment, 32–48.
- Magalhães, P. V. S., Fries, G. R., & Kapczynski, F. (2012). Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 60–67. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200004>
- Mine, K., Fueki, K., & Igarashi, Y. (2009). Microbiological risk for periodontitis of abutment teeth in patients with removable partial dentures. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(9), 696–702. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.01982.x>
- Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., & Fountoulakis, K. N. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 14, 19. <http://doi.org/10.1186/s12991-015-0057-z>
- Mohan, S. (2016). Prime Drug Interplay in Dental Practice. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7–12. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16912.7434>
- Montanini, D., & Banzato, C. E. M. (2012). Do estigma da psicose maniaco-depressiva ao incentivo ao tratamento do transtorno bipolar: A evolução da abordagem em dois veículos midiáticos nos últimos 40 anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 84–88.
- Murali, R. V, Rangarajan, P., & Mounissamy, A. (2015). Bruxism: Conceptual discussion and review. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 7(Suppl 1), S265–70. <http://doi.org/10.4103/0975-7406.155948>
- Naguib, M., Magboul, M. M., Samarkandi, a H., & Attia, M. (1998). Adverse effects and drug interactions associated with local and regional anaesthesia. *Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience*, 18(4), 221–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9565736>
- Onesti, M. G., Fino, P., Fioramonti, P., Amorosi, V., & Scuderi, N. (2015). Ten years of experience in chronic ulcers and malignant transformation. *International Wound Journal*, 12(4), 447–450. <http://doi.org/10.1111/iwj.12134>
- Persson, K., Axtelius, B., Söderfeldt, B., & Östman, M. (2009). Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 263–271. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01364.x>
- Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*, 381(9878), 1663–1671. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)
- Piemonte, E. D., Lazos, J. P., & Brunotto, M. (2010). Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 39(7), 513–517. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2010.00901.x>
- Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal Diseases :

- Www.TheLancet.Com*, 366, 1809–1820.
- Rafetto, L. K. (2006). Removal of Asymptomatic Third Molars: A Supporting View. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 64(12), 1811–1815. <http://doi.org/10.1016/j.joms.2006.04.008>
- Rahman, N. A., Yusoff, A., Daud, M. K., Salleh, M. R., & Dak, I. K. (2013). Oral Health Status of Patients with Psychiatric Problem, 20(6), 763–766.
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, 156, 46–55. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>
- Ribeiro, D. G., Pavarina, A. C., Giampaolo, E. T., MacHado, A. L., Jorge, J. H., & Sasso Garcia, P. P. N. (2009). Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers longitudinal study. *Gerodontology*, 26(2), 150–156. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2008.00272.x>
- Roda, Â., Chendo, I., & Kunz, M. (2014). Biomarkers and staging of bipolar disorder: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(1), 3–11. <http://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0002>
- Saletu, A. (2005). On the Pharmacotherapy of Sleep Bruxism: Placebo-Controlled Polysomnographic and Psychometric Studies with Clonazepam, 214–225. <http://doi.org/10.1159/000085917>
- Sanz, I., Alonso, B., Carasol, M., Herrera, D., & Sanz, M. (2012). Nonsurgical treatment of periodontitis. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 12(3 SUPPL.), 76–86. [http://doi.org/10.1016/S1532-3382\(12\)70019-2](http://doi.org/10.1016/S1532-3382(12)70019-2)
- Sarkhel, S., Praharaj, S. K., & Akhtar, S. (2011). Cheek-biting disorder: Another stereotypic movement disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1085–1086. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.006>
- Schwendicke, F., Tzschoppe, M., & Paris, S. (2015). Radiographic caries detection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(8), -. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2015.02.009>
- Spolarich, A. E. (2014). Risk management strategies for reducing oral adverse drug events. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 14(SUPPL.), 87–94.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.04.009>
- Starzyska, A., Pawlowska, A., Renkielska, D., Michajlowski, I., Sobjanek, M., & B??azewicz, I. (2014). Oral premalignant lesions: Epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population. *Postepy Dermatologii I Alergologii*, 31(6), 341–350. <http://doi.org/10.5114/pdia.2014.40932>
- Sweeting, L. a, Davis, K., & Cobb, C. M. (2008). Periodontal Treatment Protocol (PTP) for the general dental practice. *Journal of Dental Hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association*, 82 Suppl 3, 16–26.
- Szabadi, E., & Tavernor, S. (1999). Hypo- and Hypersalivation Induced by Psychoactive Drugs

- Incidence , Mechanisms and Therapeutic Implications, *11*(6), 449–466.
- Tang, L.-R., Zheng, W., Zhu, H., Ma, X., Chiu, H. F. K., Correll, C. U., ... Xiang, Y.-T. (2016). Self-Reported and Interviewer-Rated Oral Health in Patients With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, *52*(1), 4–11. <http://doi.org/10.1111/ppc.12096>
- Tanwar, J., Hungund, S. A., & Dodani, K. (2016). Nonsurgical periodontal therapy : A review, 39–44. <http://doi.org/10.4103/2249-4987.182490>
- Taylor, J. J. (2014). Protein Biomarkers of Periodontitis in Saliva, *2014*(Cvd). <http://doi.org/10.1155/2014/593151>
- Tirapelli, R. (2012). Farmacoterapêutico E Adesão Ao Medicamento, *46*(3), 689–695.
- Volpato, C. A. M., Garbelotto, L. G. D., Zani, I. M., e Vasconcellos, D. K. (2012). Próteses Odontológicas: Uma visão contemporânea – Fundamentos e Procedimentos. São Paulo, Brasil: Santos.
- Weijenberg, R. A. F., & Lobbezoo, F. (2015). Chew the Pain Away: Oral Habits to Cope with Pain and Stress and to Stimulate Cognition. *BioMed Research International*, *2015*, 1–7. <http://doi.org/10.1155/2015/149431>
- Xie, Q., Ding, T., & Yang, G. (2015). Rehabilitation of oral function with removable dentures - still an option? *Journal of Oral Rehabilitation*, *42*(3), 234–242. <http://doi.org/10.1111/joor.12246>
- Yagiela, J. A. (1999). Adverse Drug Interactions in Dental Practice: Interactions Associated With Vasoconstrictors: Part V of a Series. *The Journal of the American Dental Association*, *130*(4), 701-709. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0250>
- Yuan, A., & Woo, S.-B. (2015). Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, *119*(1), 35–47. <http://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.09.009>