



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
ÁREA DE CONHECIMENTO
PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Maria Inês Barbas Homem Henriques Santos

Viseu 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
ÁREA DE CONHECIMENTO
PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Co-Orientador: Prof. Dr. João Tinoco Lopes

Por:

Maria Inês Barbas Homem Henriques Santos

Viseu 2014

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ser o pilar da minha vida e o meu maior exemplo de força, coragem e determinação.

Ao meu Tio Fernando, Tia Dizita e Tia Estela, por estarem sempre ao meu lado, por me compreenderem e apoiarem sempre.

À minha irmã, por ser a companheira e a preciosa ajuda em tudo na minha vida.

À Tata, por tudo o que me ensinou, pela força de acreditar e de viver.

À minha prima Dani, por todo o apoio, todos os conselhos, mas sobretudo por nunca ter tido medo de ser a primeira.

Ao Ricardo, pela paciência, pelo incentivo constante e principalmente por estar ao meu lado, sempre.

Ao meu Orientador Professor Doutor Rui Amaral Mendes, pelos ensinamentos e orientação ministrada.

Ao meu Co-Orientador Professor Dr. João Tinoco Lopes, pela disponibilidade e todo o apoio dado.

À Rita, ao Johnny, à Mafalda e à Sónia por estarem comigo desde o início, por todos os momentos que passámos, pela força, amizade e carinho.

À Filipa pela amizade, apoio, incentivo e ajuda em tantos momentos.

Às minhas amigas Ana Luísa, Mariana, Eva e Rita por me acompanharem desde sempre, pela amizade e apoio em todos os momentos.

A todos os Professores, colegas e funcionários da Clínica Universitária, que de alguma forma me marcaram durante a minha atividade clínica.

RESUMO

A saúde oral está intimamente ligada ao bem-estar geral, sendo um fator que contribui para manter ou restabelecer condições físicas, emocionais e sociais. Assim, a saúde oral é considerada parte integrante e essencial da saúde geral.

Este facto acentua a importância do estudo e prática da Medicina Dentária em todas as suas áreas de atuação.

A elaboração deste relatório de atividade clínica permitirá analisar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo dos cinco anos de curso. Permitirá também expor todas as soluções encontradas e executadas perante os problemas específicos que se apresentaram ao longo da minha prática clínica neste último ano do curso.

No presente relatório, serão descritos todos os atos clínicos efetuados pelo meu trinómio, na Clínica Universitária, nos quais desempenhei o papel de operadora ou assistente no período decorrido entre setembro de 2013 e maio de 2014. Para permitir esta descrição, serão analisadas, em cada consulta, as variáveis idade, sexo, profissão, Área Disciplinar, tratamento/diagnóstico e grau de dificuldade do procedimento executado.

Os resultados serão apresentados de uma forma sintética, com recurso a gráficos. Todos os atos considerados diferenciados, serão apresentados com uma descrição do diagnóstico, plano de tratamento apresentado bem como a fundamentação teórica em que se basearam todas as opções tomadas.

A realização deste relatório de atividade clínica permite sistematizar e consolidar todo o trabalho efetuado ao longo de um ano. Esta atividade consiste num processo de aprendizagem indispensável, uma vez que possibilita a aplicação prática de toda a informação adquirida ao longo do curso, permitindo aprofundar o conhecimento em todas as Áreas Disciplinares frequentadas, o que contribui não só para o desenvolvimento profissional mas também pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Clínica, Prótese Removível, Prótese Fixa, Odontopediatria, Ortodontia, Cirurgia, Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria, Endodontia

ABSTRACT

Oral health is closely related to general well-being as a contributing factor to maintain or re-establish physical, emotional and social conditions. Thus, it is considered an essential part of health in general. This fact enhances the importance of the study and practice of dental medicine in all its areas.

This clinical activity report will analyze the knowledge and skills acquired over the five-year course. It will also reveal all the solutions found and implemented regarding the specific difficulties that I met with throughout my clinical practice in the last year of the course.

The present report will describe all procedures undertaken by my clinical group, in which I played the dentist role or assistant, between September 2013 and May 2014. To allow this description, in each medical appointment, the variables age, sex, job, scientific area, treatment / diagnosis as well as the degree of difficulty of the procedure performed will be analyzed.

The results will be presented in a summary form by means of graphs. All clinical procedures taken into account, in which I played the dentist role, will be presented with a description of the diagnosis, the treatment plan and the theoretical framework that supports them.

This clinical activity report aims to organize and consolidates all the work done over a year of clinical activity. This activity consists of an essential learning process as it enables the practical usage of all knowledge acquired throughout the course, allowing the acquisition of the best knowledge possible in all academic subjects attended, which contributes not only to the professional but also to personal success.

KEYWORDS: Clinical Activity, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Surgery, Oral Medicine, Periodontology, Dentistry, Endodontics

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Definição de saúde.....	3
1.2. Definição de saúde oral	3
1.3. Relação entre saúde e saúde oral	4
1.4. Papel da Medicina Dentária.....	5
1.5. Áreas da Medicina Dentária	5
OBJETIVOS.....	9
MATERIAIS E MÉTODOS	13
RESULTADOS	17
1.1. Caracterização geral da amostra.....	17
1.2. Área de Medicina Oral	19
1.3. Área de Periodontologia	20
1.4. Área de Cirurgia Oral	22
1.5. Área de Odontopediatria.....	23
1.6. Área de Endodontia	24
1.7. Área de Prótese Removível	25
1.8. Área de Prótese Fixa.....	26
1.9. Área de Ortodontia	27
1.10. Área de Dentisteria Operatória	28
1.11. Área de Oclusão	30
ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	35
DISCUSSÃO.....	39
1.1. Pacientes atendidos e a sua distribuição pelas várias Áreas Disciplinares.....	39
1.2. Atos Clínicos diferenciados.....	41
1.2.1. Biópsia excisional de fibroma	41
1.2.2. Grande restauração de molar posterior a amálgama e compósito	48
1.2.3. Prótese total acrílica superior	55
1.2.4. Excisão cirúrgica de exostose mandibular	66
CONCLUSÃO	75
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS.....	85

1.1.	Folha de registo dos dados da consulta	85
1.2.	Tabela base de registos dos dados da consulta	86
1.3.	Resumo do poster “Grandes restaurações em Dentisteria Operatória – a propósito de um caso clínico”	88
1.4.	Resumo do poster “Ferulização- a propósito de um caso clínico”	89
1.5.	Resultado da biópsia realizada na consulta de Medicina Oral	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes por sexo.....	17
Gráfico 2: Distribuição dos pacientes por idade	17
Gráfico 3: Distribuição dos pacientes por profissão	18
Gráfico 4: Distribuição das consultas por Área Disciplinar.....	19
Gráfico 5: Atos clínicos realizados na consulta de Medicina Oral	19
Gráfico 6: Número de pacientes reencaminhados para as diferentes áreas.....	20
Gráfico 7: Atos clínicos efetuados na consulta de Periodontologia.....	21
Gráfico 8: Grau de dificuldade dos atos de Periodontologia	22
Gráfico 9: Atos clínicos efetuados na consulta de Cirurgia Oral	22
Gráfico 10: Grau de dificuldade dos atos de Cirurgia.....	23
Gráfico 11: Atos clínicos efetuados na consulta de Odontopediatria	23
Gráfico 12: Grau de dificuldade dos atos de Odontopediatria	24
Gráfico 13: Atos clínicos efetuados na consulta de Endodontia	24
Gráfico 14: Grau de dificuldade dos atos de Endodontia.....	25
Gráfico 15: Atos clínicos efetuados na consulta de Prótese Removível	26
Gráfico 16: Grau de dificuldade dos atos de Prótese Removível.....	26
Gráfico 17: Atos clínicos efetuados na consulta de Prótese Fixa	27
Gráfico 18: Grau de dificuldade dos atos de Prótese Fixa	27
Gráfico 19: Atos clínicos efetuados na consulta de Ortodontia	28
Gráfico 20: Grau de dificuldade dos atos de Ortodontia.....	28
Gráfico 21: Atos clínicos efetuados na consulta de Dentisteria.....	29
Gráfico 22: Grau de dificuldade dos atos de Dentisteria	30
Gráfico 23: Atos clínicos efetuados na consulta de Oclusão	30
Gráfico 24: Grau de dificuldade dos atos de Oclusão	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fotografias intra-orais do líquen plano.....	44
Figura 2: Excisão cirúrgica da lesão	46
Figura 3: Sutura, três pontos simples	46
Figura 4: Envio da lesão para análise histológica	47
Figura 5: Pós-operatório.....	47
Figura 6: Odontograma	50
Figura 7: Ortopantomografia.....	50
Figura 8: Fotografia inicial.....	51
Figura 9: Raio x periapical do dente 3.6	51
Figura 10: Face oclusal após remoção de material restaurador	52
Figura 11: Face oclusal após gengivetomia vestibular.....	53
Figura 12: Face oclusal após colocação de aro de cobre e cunhas de madeira	53
Figura 13: Face oclusal após condensação da base da amálgama.....	54
Figura 14: Face oclusal e lingual após recobrimento com compósito	54
Figura 15: Raio x periapical final.....	55
Figura 16: Ortopantomografia.....	57
Figura 17: Próteses usadas pela paciente	58
Figura 18: Fotografias extra-orais frontais.....	58
Figura 19: Fotografia extra-oral perfil	59
Figura 20: Fotografia intra-oral frontal	59
Figura 21: Fotografia intra-oral lateral direita e esquerda.....	60
Figura 22: Fotografia intra-oral oclusal maxilar e mandibular	60
Figura 23: Raio x periapical dente 4.7	60
Figura 24: Fotografia intra-oral frontal com as próteses em boca	61
Figura 25: Modelos de estudo	61
Figura 26: Prótese esquelética inferior.....	62
Figura 27: Placa base e rolo de articulação em boca.....	63
Figura 28: Articulação dos modelos com placa de registo.....	63
Figura 29: Prova de dentes em placa base montada em oclisor	64
Figura 30: Fotografias intra-orais finais	65
Figura 31: Fotografia extra-oral final.....	65
Figura 32: Ortopantomografia.....	68

Figura 33: Periograma.....	68
Figura 34: Fotografia intra-oral frontal	69
Figura 35: Pormenor da exostose mandibular.....	69
Figura 36: Descolamento da mucosa de recobrimento da exostose.....	70
Figura 37: Regularização óssea com lima de osso	70
Figura 38: Sutura, três pontos simples	71
Figura 39: Fotografias pós-operatório.....	71

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

GIP: Gengivite induzida por placa

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCAg: Periodontite Crónica Avançada Generalizada

PCLg e PCAI: Periodontite Crónica Leve generalizada e Periodontite Crónica Avançada localizada

PCLg e PCMI: Periodontite Crónica Leve generalizada e Periodontite Crónica Moderada localizada

PCLg: Periodontite Crónica Leve Generalizada

PCLI e GIP: Periodontite Crónica Leve localizada e Gengivite Induzida por Placa

PCMg e PCAI: Periodontite Crónica Moderada generalizada e Periodontite Crónica Avançada localizada

PCMg: Periodontite Crónica Moderada Generalizada

RAR: Raspagem e Alisamento Radicular

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O interesse e motivação para a realização deste relatório de atividade clínica assentam em duas premissas pessoais, enquanto aluna do último ano da formação em Medicina Dentária: a primeira consiste na oportunidade de sistematizar e consolidar todo o trabalho efetuado ao longo de um ano de atividade clínica; a segunda prende-se com o facto de todo o trabalho desenvolvido constituir parte integrante da atividade clínica de um médico dentista e assim surge um interesse acrescido em adquirir mais conhecimento em todas as Áreas Disciplinares frequentadas, que irá certamente influenciar positivamente a minha prática clínica futura.

1.1. Definição de saúde

A origem etimológica de saúde advém da palavra em latim *sanitas*, que se refere à integridade anátomo-funcional dos organismos. Desde os primórdios da civilização humana até aos dias de hoje, o significado deste termo tem sofrido várias alterações, sendo que a partir do século XX a definição de saúde sofreu um avanço significativo. O termo saúde, além de significar ausência de doença, inclui também o sentimento de bem-estar físico, mental e social, englobando significações positivas como ter energia, ter uma alimentação adequada ou manter interações sociais satisfatórias. (1)

A organização mundial de saúde definiu saúde como sendo “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente na ausência de uma doença ou enfermidade*”. Esta definição surgiu no ano de 1948 não tendo desde então sofrido alterações.

Assim, esta conceção de saúde inclui fatores físicos, psicológicos, comportamentais e sociológicos. Deste modo, saúde é vista como algo que pode ser promovido, alcançado, aperfeiçoado, a partir de uma dicotomia entre médico e paciente.

1.2. Definição de saúde oral

Saúde Oral é definida pela OMS em 2007, como sendo “*a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca*”. (2) Esta definição representa, contudo, apenas um estado de saúde oral ideal. No entanto, a maioria das pessoas, em algum momento da sua vida, irá ter um qualquer problema de saúde oral. Embora se verifique um grande avanço da ciência ao nível dos tratamentos disponíveis, o modo de vida das sociedades

desenvolvidas (alimentação excessivamente baseada em açúcares e gorduras, hábitos tabágicos e alcoólicos, entre outros), conduz, irremediavelmente, a problemas de saúde oral.

Foi provado, já em 1988, por Locker, que todos os problemas que acometem a cavidade oral podem levar a perturbações na funcionalidade normal da pessoa e, assim, alterar a sua qualidade de vida. Este autor apresentou um modelo teórico de avaliação da saúde oral tendo como base a classificação internacional de danos, limitações e incapacidades da Organização Mundial de Saúde. Segundo Locker, os danos provocados na cavidade oral podem levar diretamente a incapacidade ou podem provocar a expressão de determinados sintomas (dor e desconforto, insatisfação com a aparência e limitação funcional). Estes sintomas podem desencadear limitações físicas, psicológicas ou sociais e consequentemente incapacidade. Por outro lado a dor e o desconforto podem também levar diretamente à incapacidade. (3)

Com a ajuda deste modelo é possível comprovar o impacto que a saúde oral apresenta no quotidiano.

1.3. Relação entre saúde e saúde oral

Considerando que a saúde engloba todos os aspetos referentes ao ser humano (físico, psicológico e social), uma saúde oral comprometida, pode ter consequências negativas nestes três aspetos. Pode então afirmar-se que a saúde oral é parte integrante e indissociável da saúde geral, “*Não se é saudável sem uma boa Saúde Oral*”. (4)

A saúde oral está intimamente relacionada com o bem-estar geral, sendo um fator que contribui para manter ou restabelecer condições físicas, emocionais e sociais.

Por outro lado, as manifestações orais são muito comuns e podem ser os primeiros sinais e sintomas de alterações sistémicas. Estas manifestações podem indicar o início ou a evolução de determinadas patologias a nível sistémico, funcionando portanto como sistema de alerta precoce para essas patologias. (5)

A cavidade oral é considerada um reservatório de potenciais agentes patogénicos (fungos bactérias e vírus) que terão manifestações não só a nível local mas também a nível sistémico.

Além de doenças infecciosas, também as doenças auto-imunes ou relacionadas com síndromes apresentam manifestações orais muito comuns, muitas vezes causadas não só pela própria doença mas pelos efeitos subjacentes às terapêuticas utilizadas. Considera-se portanto, extremamente importante que os profissionais de saúde, tanto médicos como médicos dentistas estejam atentos a estas manifestações e ao modo como devem proceder quando estas são observadas.

As doenças orais partilham fatores de risco com doenças não transmissíveis, mais comumente com doença cardiovascular e diabetes. É então expectável que à medida que se agravam as doenças orais, se assista a uma maior incidência de todas as doenças associadas. (6)

A existência de falhas na adequada higiene oral pode conduzir ao acúmulo de bactérias periodontais na forma de biofilme bacteriano, e, conseqüentemente, estas bactérias e os seus fatores de virulência podem entrar na corrente sanguínea, desencadeando respostas inflamatórias sistêmicas.

1.4. Papel da Medicina Dentária

A nível global, doenças orais como a cárie dentária, doença periodontal e o cancro oral apresentam uma elevada prevalência. A cárie dentária afeta a maioria dos adultos e 60 a 90% das crianças em idade escolar. A periodontite é das principais causas de perda de dentes em adultos e o cancro oral é o sexto mais comum.

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. (7)

Assim, cabe ao médico dentista, o papel de servir e proteger a saúde oral dos seus pacientes.

1.5. Áreas da Medicina Dentária

Para uma melhor compreensão e diferenciação de todos os problemas que afetam a cavidade oral, a prática da Medicina Dentária encontra-se compartimentada em diferentes áreas, sendo elas: a Prostodontia Removível e Fixa, a Odontopediatria, a Ortodontia, a Cirurgia, a Medicina Oral, a Periodontologia, a Dentisteria Operatória e a Endodontia.

A Prostodontia Removível e a Fixa são áreas responsáveis pela reabilitação oral em pacientes edêntulos. Nos dias de hoje, estas áreas assumem cada vez mais importância não só pelo aumento da preocupação estética mas também funcional. Com o envelhecimento da população verificado à escala mundial e sendo a perda dentária mais prevalente entre os idosos, a importância da reabilitação desses espaços edêntulos é cada vez mais evidente.

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que estuda e promove a saúde oral na infância e adolescência, tendo como principal objetivo abordar técnicas restauradoras, terapia pulpar, manutenção de espaço e Ortodontia intercetiva. (8)

Ortodontia é a área que se ocupa com a prevenção, diagnóstico e tratamento da má-Oclusão. É uma área que tem cada vez mais adesão por parte dos pacientes, não só por motivos funcionais mas principalmente estéticos. A estética dentária e facial assume um papel cada vez mais relevante na qualidade de vida e sucesso interpessoal. (9)

A Cirurgia Oral corresponde à área médica mais abrangente, relaciona-se com todos os atos cirúrgicos que envolvem exodontias de dentes em que a sua manutenção na cavidade oral é impossível, nomeadamente, dentes com cáries muito extensas e portanto, não restauráveis, dentes sem suporte ósseo, dentes inclusos ou supranumerários. É também nesta área que se envolve o diagnóstico de lesões como quistos ou tumores com envolvimento nas estruturas orais.

A Medicina Oral ocupa-se com a prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias dos tecidos moles e duros da cavidade oral. Nesta área, o diagnóstico precoce assume particular importância uma vez que influencia diretamente o prognóstico das lesões.

A área da Periodontologia dedica-se ao estudo do suporte e revestimento das peças dentárias ou dos seus substitutos. Hirschfeld e Wasserman afirmam que uma grande parte dos dentes perdidos é devido a doença periodontar. (10) Outro estudo demonstrou que a manutenção do tratamento periodontal está associado a uma menor taxa de perda dentária.(11) A manutenção de um periodonto saudável requer visitas regulares ao profissional de saúde médico-dentária e uma cooperação do paciente na manutenção de uma higiene oral satisfatória. (12)

Dentisteria Operatória é a área responsável pela restauração de dentes que apresentem lesões de cárie, alterações de forma ou coloração e resolução de fraturas restituindo deste modo a função e a estética dentária. A cárie dentária, devido à sua elevada incidência e prevalência, é considerada um problema de saúde pública. Nos países industrializados estima-se que 60% a 90% da população escolarizada, bem como a maioria dos adultos sejam afetados por esta doença. (2) Por este facto, infere-se que esta é uma das áreas de maior atuação de um médico dentista.

A Endodontia é a área que se ocupa do estudo da morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária humana e tecidos periapicais, bem como da prevenção e tratamento das lesões relacionadas com esses tecidos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Pretende este relatório, efetuar um relato sistemático e circunstanciado da atividade clínica realizada por mim na Clínica Universitária ao longo do último ano do curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

Será realizada uma abordagem da fundamentação teórica tida como base na resolução de cada um dos problemas mais diferenciados, assim como serão descritos todos os conhecimentos adquiridos e as decisões tomadas. Todos os casos clínicos executados, considerados de alguma forma diferenciados dos restantes, serão relatados pormenorizadamente. Os restantes casos clínicos em que desempenhei o papel tanto de operadora como de assistente serão descritos de uma forma sintética recorrendo a gráficos que permitam a comparação do trabalho efetuado em cada Área Disciplinar.

MATERIAIS E MÉTODOS

MATERIAIS E MÉTODOS

Considera-se pertinente fazer uma contabilização e respetiva análise estatística de todos os casos clínicos atendidos pelo meu trinómio no período entre setembro de 2013 e maio de 2014. Os critérios de inclusão da amostra deste estudo foram todos os pacientes atendidos em todas as Áreas Disciplinares pelo trinómio 73, na consulta da Clínica Universitária da UCP-Visu, pelo que não se usaram critérios de exclusão.

Em cada consulta, efetuada pelo trinómio, foi preenchida uma folha de registo (anexo 1.1) que permitiu a recolha de determinados dados para o estudo de diversas variáveis. Os dados recolhidos foram: (1) data; (2) nome; (3) número do processo; (4) idade; (5) sexo; (6) profissão; (7) Área Disciplinar; (8) tratamento/diagnóstico; (9) observações; (10) grau de dificuldade do procedimento efetuado; (11) nome do operador e (12) assinatura do docente que acompanhou o ato.

A variável sexo será analisada como feminino ou masculino.

A variável idade será agrupada tendo como referência os seguintes grupos etários:

- 1- Menor ou igual a 18 anos;
- 2- Entre os 19 e 49 anos;
- 3- Entre os 50 e os 74 anos;
- 4- Maior ou igual a 75 anos.

A variável profissão será caracterizada de acordo com o grupo em que se insere:

- 1- Profissional ativo (trabalhador dependente ou independente);
- 2- Estudante;
- 3- Pensionista ou reformado;
- 4- Doméstica;
- 5- Desempregado.

As Áreas Disciplinares em análise serão as seguintes: Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa, Odontopediatria, Ortodontia, Oclusão, Cirurgia, Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria Operatória e Endodontia.

Relativamente ao tratamento/diagnóstico, de acordo com a Área Disciplinar em causa, será analisado um ou outro. Uma vez que na Área Disciplinar de Periodontologia o tratamento efetuado é, na maioria das vezes, destartarização, optou-se por estabelecer a distinção dos pacientes de acordo com o diagnóstico. Nas restantes áreas será dado maior ênfase ao tratamento efetuado.

Quanto ao grau de dificuldade, esta variável foi atribuída pelo docente que acompanhou o respetivo ato e está definida do menor grau de dificuldade para o maior, entre 1, 2 ou 3.

Os dados recolhidos a partir da folha de registo dos dados da consulta foram introduzidos numa tabela base (anexo 1.2) no programa Microsoft Excel® e a partir dela foram gerados todos os gráficos que permitiram a apresentação dos resultados.

Será também apresentada uma descrição detalhada do diagnóstico, plano de tratamento e todas as decisões tomadas para a resolução dos atos considerados diferenciados dos restantes.

RESULTADOS

RESULTADOS

1.1. Caracterização geral da amostra

Durante os nove meses decorridos entre o mês de setembro de 2013 e maio de 2014, foram atendidos pelo meu grupo, na Clínica Universitária, 72 pacientes. Do total da amostra, 44 (61%) indivíduos pertencem ao sexo feminino e 28 (39%) pertencem ao sexo masculino.

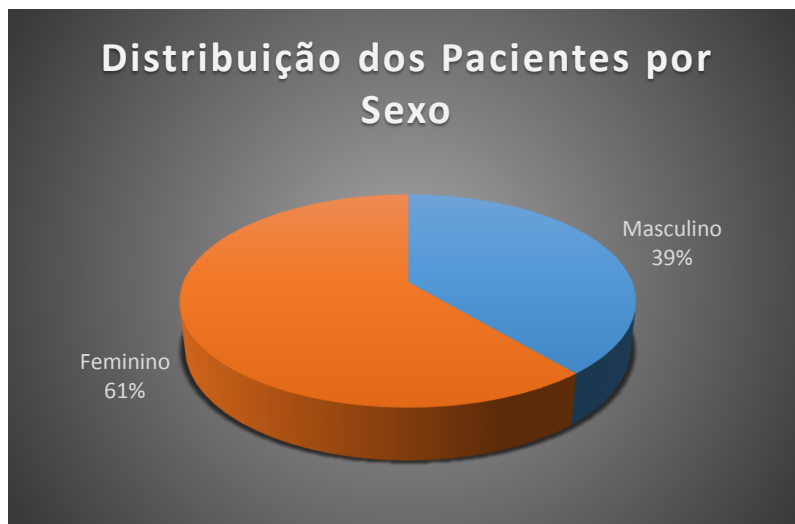


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes por sexo

Relativamente à idade dos pacientes, apresenta uma média de 46,14 anos. Dividindo a amostra em quatro grupos etários verifica-se uma maior percentagem (50%) no grupo etário dos 50 aos 74 anos, no grupo dos 19 aos 49 anos registaram-se 42% dos pacientes, seguindo-se o grupo dos pacientes com menos de 18 anos com 7%. A faixa etária menos representativa corresponde a apenas 1% dos pacientes atendidos com idade maior ou igual a 75 anos.

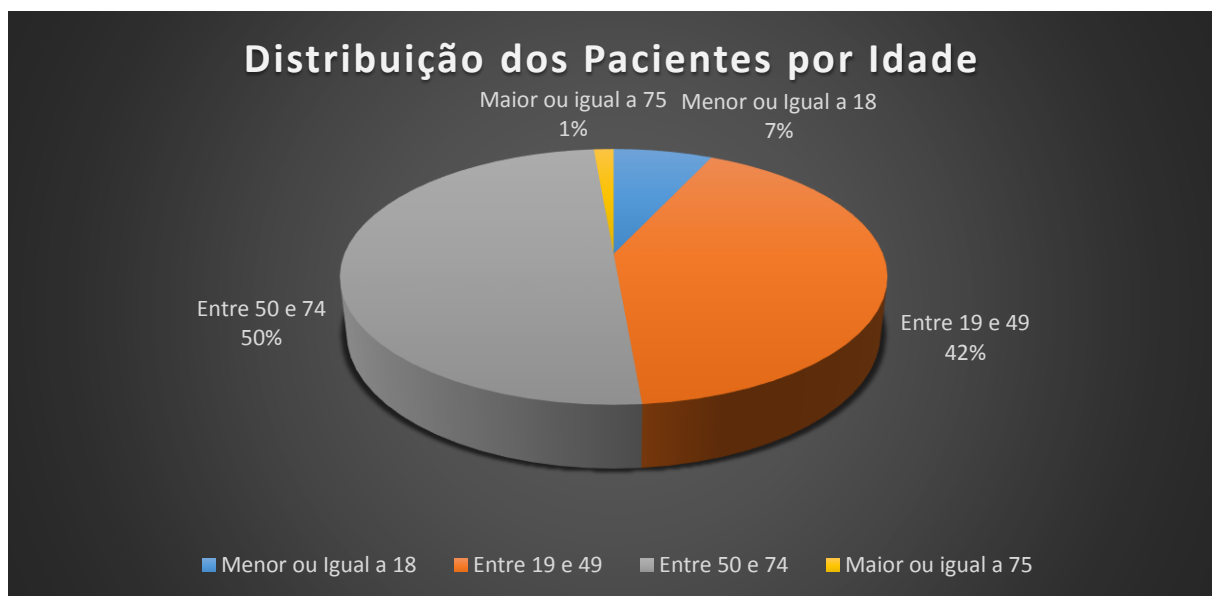


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes por idade

Quanto à profissão dos pacientes atendidos, a análise foi enquadrada em cinco grupos. O grupo mais representativo foi o dos pacientes que se encontram no ativo, com 42%. O grupo de pacientes pensionistas ou reformados representam 19%. O grupo dos pacientes estudantes assim como das pacientes domésticas representam 17%. O grupo que se encontra em minoria nesta análise corresponde ao dos pacientes desempregados, apresentando uma percentagem de 5%

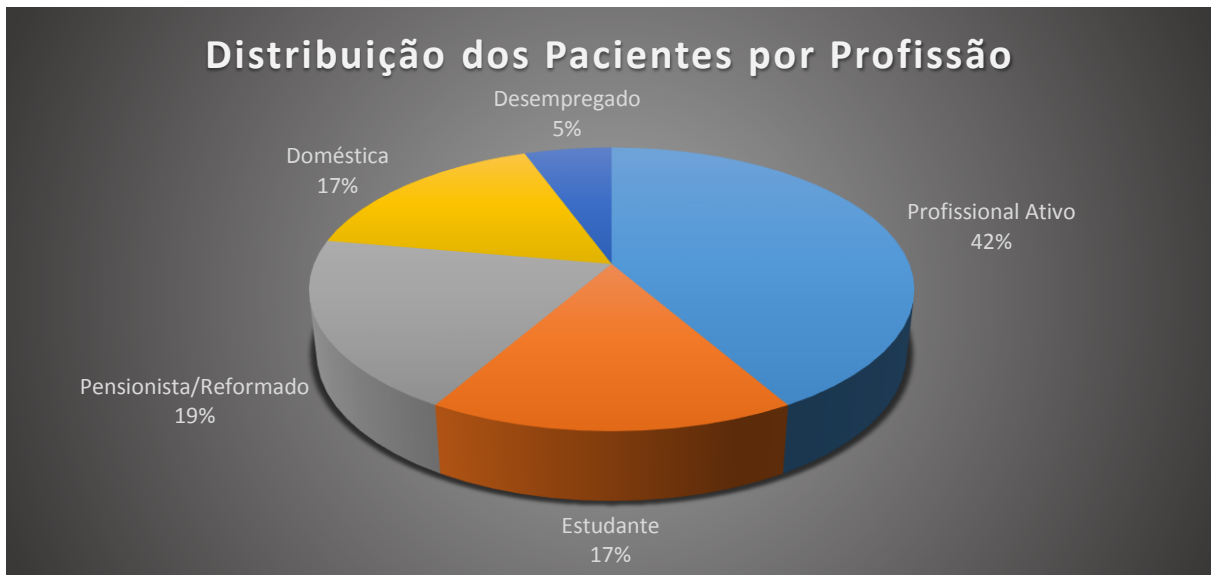


Gráfico 3: Distribuição dos pacientes por profissão

Foi também analisada a distribuição destes pacientes pelas várias Áreas Disciplinares . Ao longo dos nove meses em estudo, foram realizadas pelo meu grupo, 139 consultas aos 72 pacientes, tendo sido distribuídas por 10 Áreas Disciplinares . A Área Disciplinar em que foram efetuadas o maior número de consultas foi a Prótese Removível com 24%. À área de Periodontologia recorreram 19% dos pacientes e à de Dentisteria Operatória 18%. Na área de Medicina Oral assim como Cirurgia foram realizadas 10% das consultas. As áreas em que foram efetuadas menos consultas correspondem à Prótese Fixa com 7%, à Endodontia e Ortodontia, ambas com 4%. Por último a Área Disciplinar onde se realizou o menor número de consultas corresponde à área de Odontopediatria com 2%.

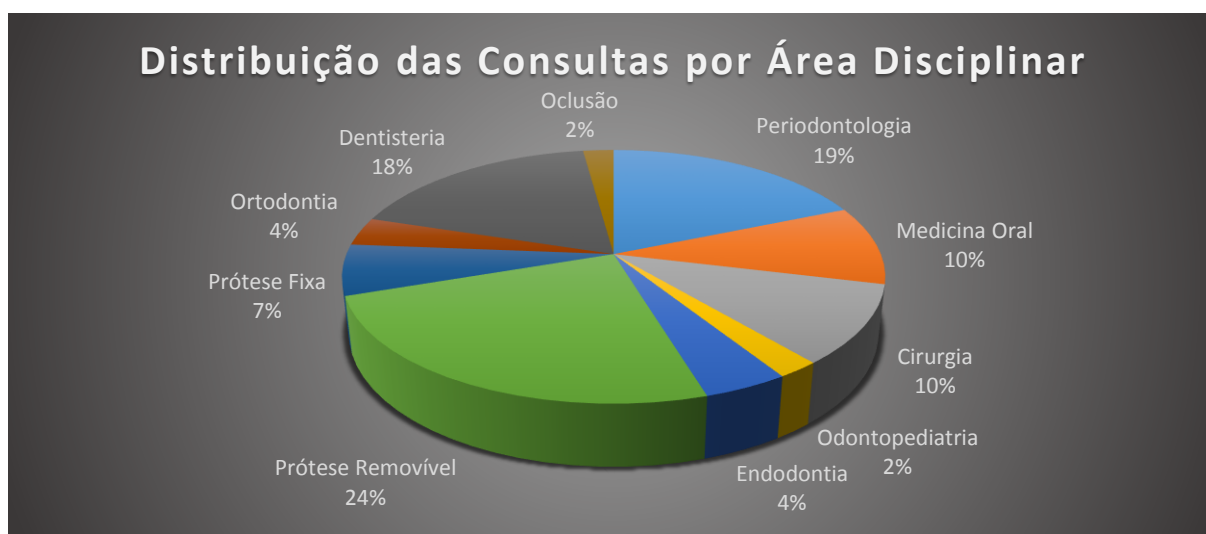


Gráfico 4: Distribuição das consultas por Área Disciplinar

Foi efetuada a análise do tipo e número de atos clínicos executados em que desempenhei a função de operadora ou de assistente, considerando cada Área Disciplinar.

1.2. Área de Medicina Oral

No total foram realizadas 14 consultas de Medicina Oral. Tive o papel de operadora em 3 dessas consultas, sendo que em todas elas foi realizada uma primeira consulta. Trabalhei como assistente em 11 consultas, sendo que 10 dessas consultas corresponderam a primeiras consultas e 1 correspondeu à excisão cirúrgica de um fibroma. Esta Cirurgia foi executada pelo Professor Doutor Rui Amaral Mendes, pelo que executei função de assistente.

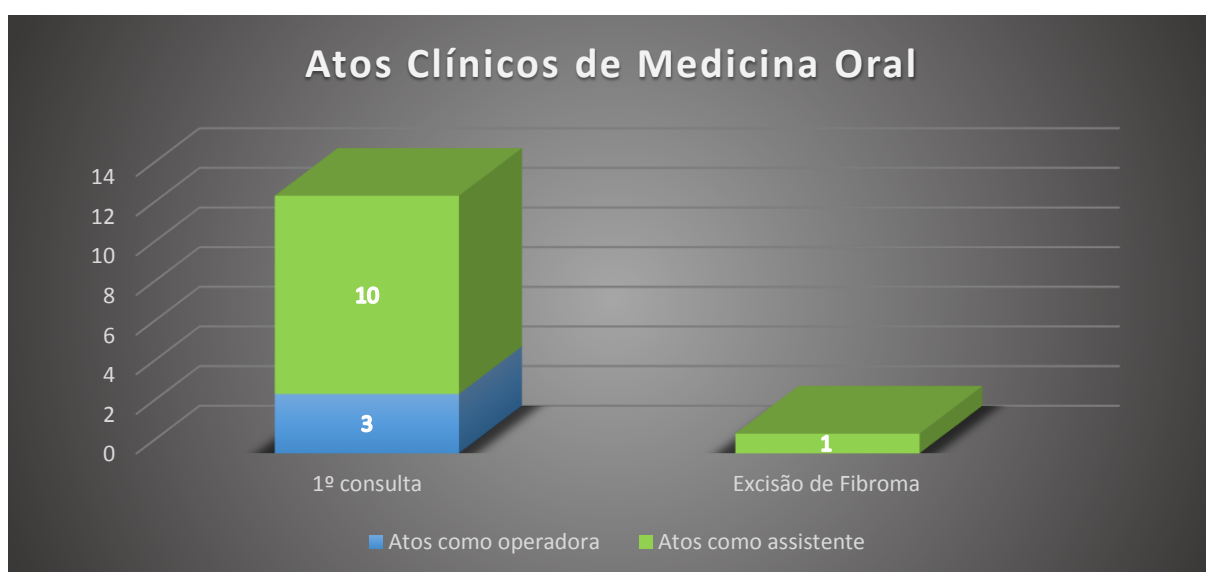


Gráfico 5: Atos clínicos realizados na consulta de Medicina Oral

Uma vez que uma primeira consulta em Medicina Oral consiste na triagem dos pacientes e respectivo encaminhamento para as diferentes Áreas Disciplinares, considerou-se interessante analisar estatisticamente o número de pacientes reencaminhado para as várias áreas.

Assim, conclui-se que, das 13 primeiras consultas efetuadas em Medicina Oral, 11 pacientes foram reencaminhados para a área de Periodontologia, 5 pacientes para a área de Cirurgia e 3 pacientes para a área de Dentisteria. As áreas com menor número de pacientes reencaminhados foram a Endodontia e Prótese Fixa com 2 pacientes e a consulta externa para avaliação em implantologia com 1 paciente. De referir que, das 10 Áreas Disciplinares em que estão divididas as consultas na clínica universitária, nas 13 primeiras consultas de Medicina Oral, os pacientes foram enviados apenas para 5 dessas 10 áreas.

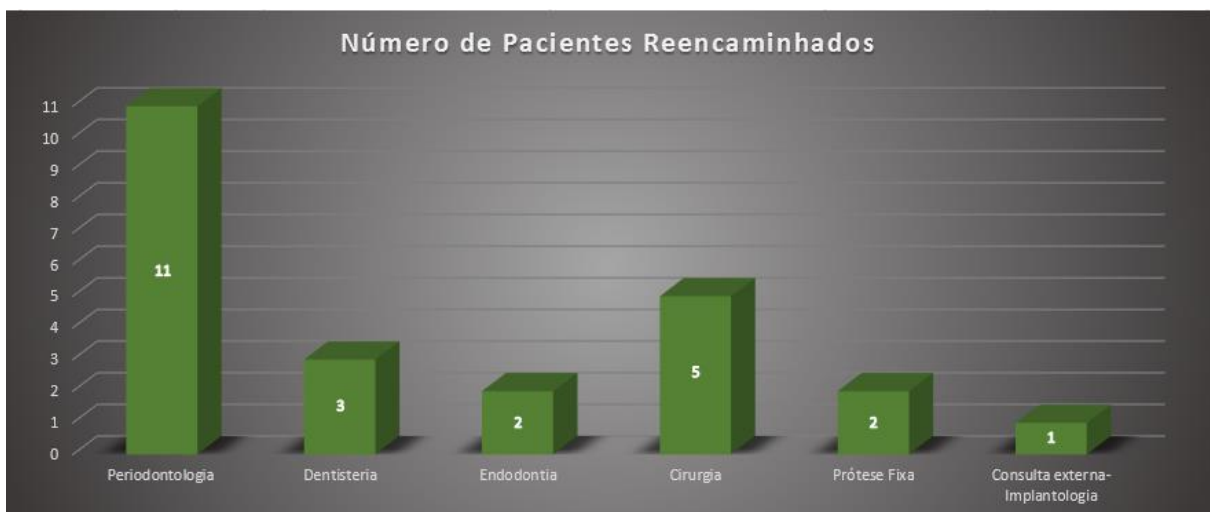


Gráfico 6: Número de pacientes reencaminhados para as diferentes áreas

1.3. Área de Periodontologia

Durante o tempo em estudo, foram realizadas 26 consultas de Periodontologia, em 9 tive a função de operadora e em 17 consultas trabalhei como assistente.

Na maioria das consultas realizadas na área de Periodontologia, o tratamento efetuado consistiu em destartarização, pelo que se considera relevante realizar também a análise dos atos clínicos de acordo com o diagnóstico e não apenas pelo tratamento efetuado.

Das 26 consultas na área de Periodontologia, apenas em 2 foram tratados pacientes com diagnóstico de gengivite, nas restantes 24 consultas, os pacientes apresentaram o diagnóstico de periodontite nas suas diversas formas.

Assim, todas as consultas em que desempenhei a função de operadora o tratamento efetuado consistiu em destartarização, tendo estas sido realizadas a pacientes com diagnósticos diferentes. Apenas 1 paciente apresentava o diagnóstico de gengivite induzida por placa, os 8

restantes foram diagnosticados com periodontite nas suas diferentes formas: periodontite crónica leve generalizada, periodontite crónica moderada generalizada e periodontite crónica avançada. Quatro dessas formas de periodontite apresentavam-se combinadas: 2 pacientes apresentavam diagnóstico de periodontite crónica leve generalizada associada a moderada localizada; 1 paciente com diagnóstico de periodontite crónica leve generalizada e avançada localizada e por último 1 paciente com periodontite crónica moderada generalizada associada a avançada localizada.

Nos 17 atos clínicos em que desempenhei a função de assistente, 13 foram tratados com destartarização, 3 com raspagem e alisamento radicular e 1 foi realizado um controlo periodontal. Nos casos tratados com destartarização, o diagnóstico maioritário foi de periodontite crónica leve generalizada, que acometeu 5 pacientes. Os restantes casos apresentaram-se como periodontites nas suas várias formas. Dos 3 casos em que foi feita RAR, 2 apresentaram diagnóstico de periodontite crónica moderada generalizada e 1 periodontite crónica avançada generalizada.

No controlo periodontal efetuado, o paciente apresentava o diagnóstico de periodontite crónica avançada generalizada.

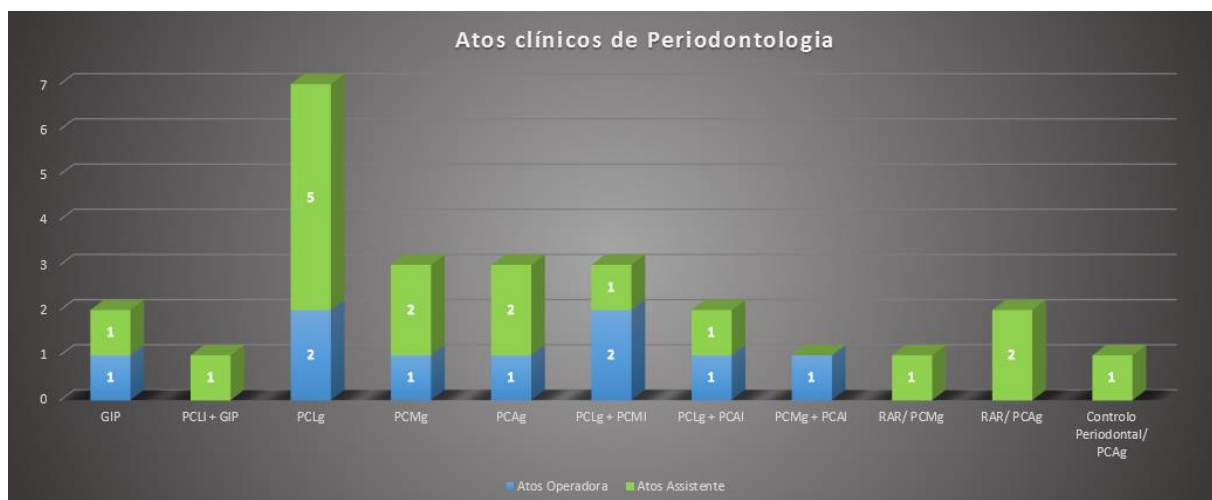


Gráfico 7: Atos clínicos efetuados na consulta de Periodontologia

Relativamente ao grau de dificuldade dos atos efetuados com função de operadora, 3 deles foram classificados com grau 1, outros 3 com grau 2 e 3 atos com grau 3.

Com função de assistente foram realizados 7 atos com grau de dificuldade 1, 6 atos com grau 2 e 4 atos com grau de dificuldade 3.

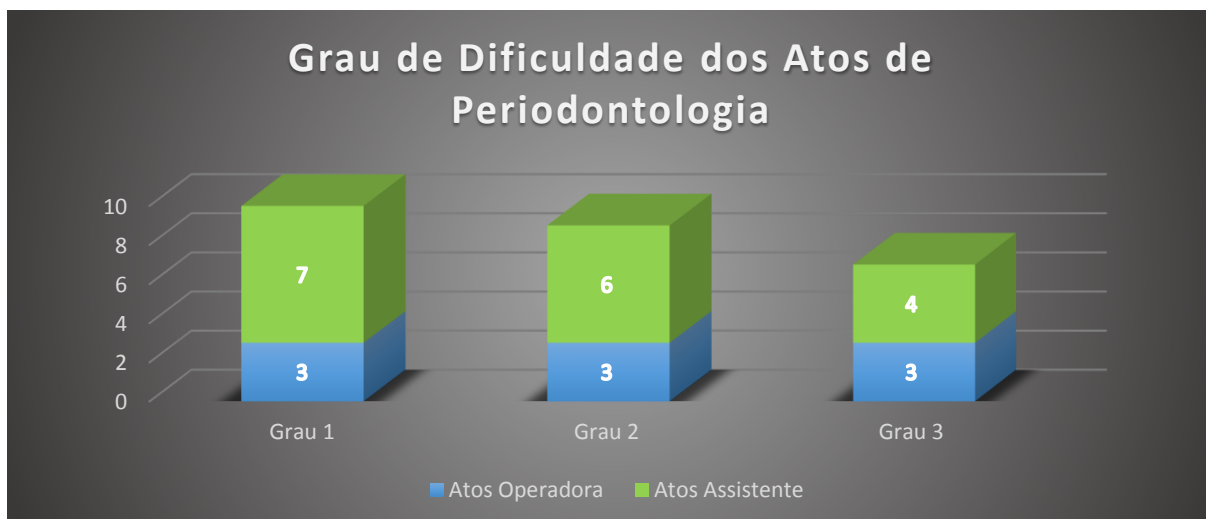


Gráfico 8: Grau de dificuldade dos atos de Periodontologia

1.4. Área de Cirurgia Oral

Foram realizadas 14 consultas na área de Cirurgia Oral, sendo que em 5 desempenhei a função de operadora e 9 a função de assistente.

Nessas 14 consultas foram efetuadas 19 exodontias, sendo que 17 por técnica fechada e dessas, 10 foram restos radiculares.

Nos atos clínicos realizados em que desempenhei a função de operadora, realizei 1 exodontia com recurso a odontosecção, 5 exodontias por técnica fechada e 1 exodontia por técnica aberta de um resto radicular.

Nos atos clínicos em que executei a função de assistente foram realizadas 2 exodontias por técnica fechada e 10 exodontias por técnica fechada de resto radicular.

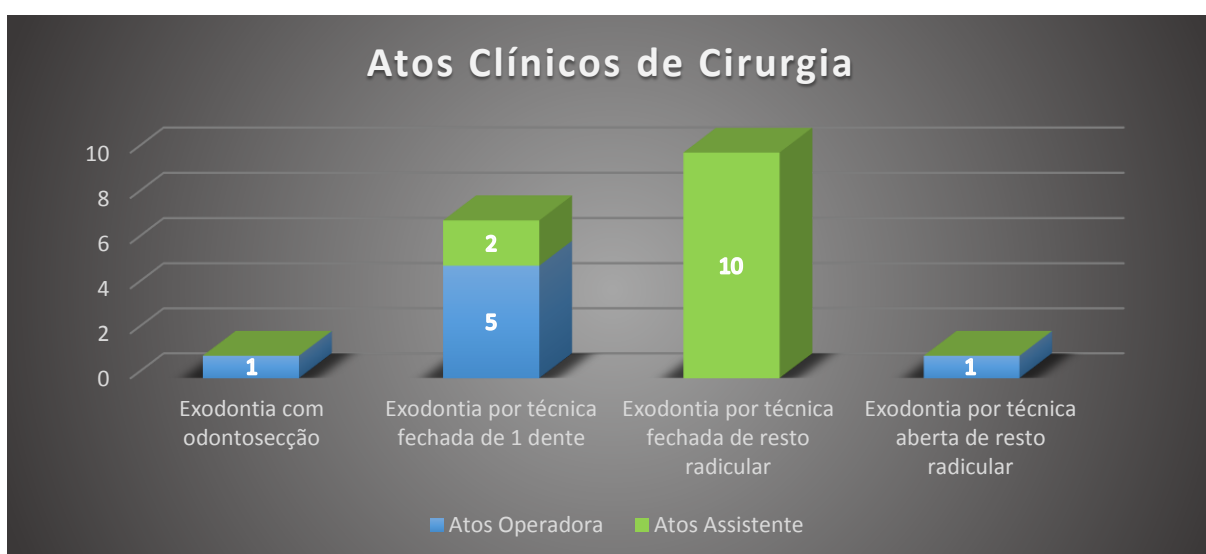


Gráfico 9: Atos clínicos efetuados na consulta de Cirurgia Oral

Os atos realizados com função de operadora foram classificados de acordo com o grau de dificuldade, 1 ato foi classificado com grau de dificuldade 1, 2 atos apresentaram dificuldade de grau 2 e 2 atos foram classificados com grau 2.

Nos atos em que realizei função de assistente, 4 foram classificados com grau 1, 4 com grau 2 e por último 1 apresentou grau de dificuldade 3.

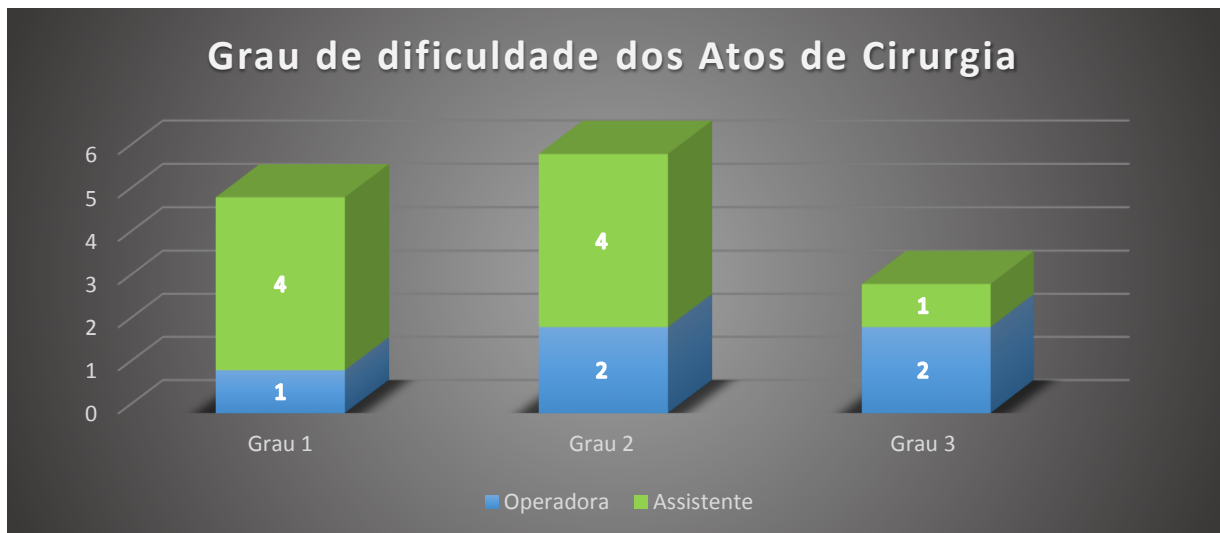


Gráfico 10: Grau de dificuldade dos atos de Cirurgia

1.5. Área de Odontopediatria

Nas consultas de Odontopediatria foram tratados 3 pacientes, numa desempenhei a função de operadora e em 2 a de assistente.

O ato clínico executado enquanto operadora consistiu numa exodontia por técnica fechada de um dente decíduo.

Trabalhei como assistente numa restauração classe I a compósito e numa pulpotomia.

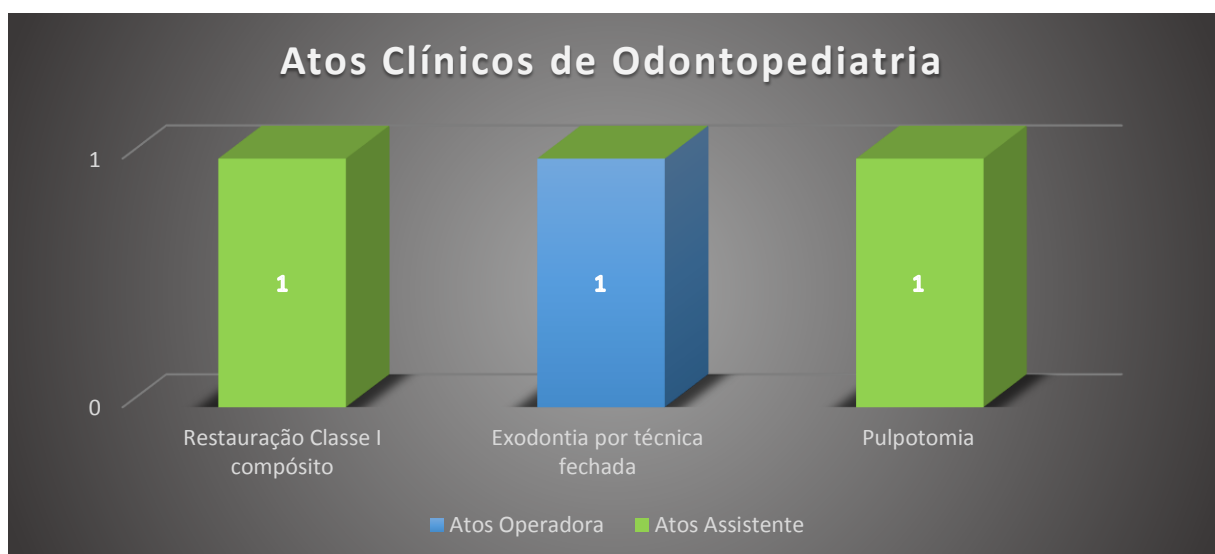


Gráfico 11: Atos clínicos efetuados na consulta de Odontopediatria

O ato clínico que efetuei enquanto operadora foi classificado com o grau de dificuldade 1. Enquanto assistente, um dos atos foi classificado com o grau de dificuldade 1 e o outro com grau 3.

Não foi realizado nenhum ato, nem com função de assistente, nem operadora, classificado com grau de dificuldade 2.

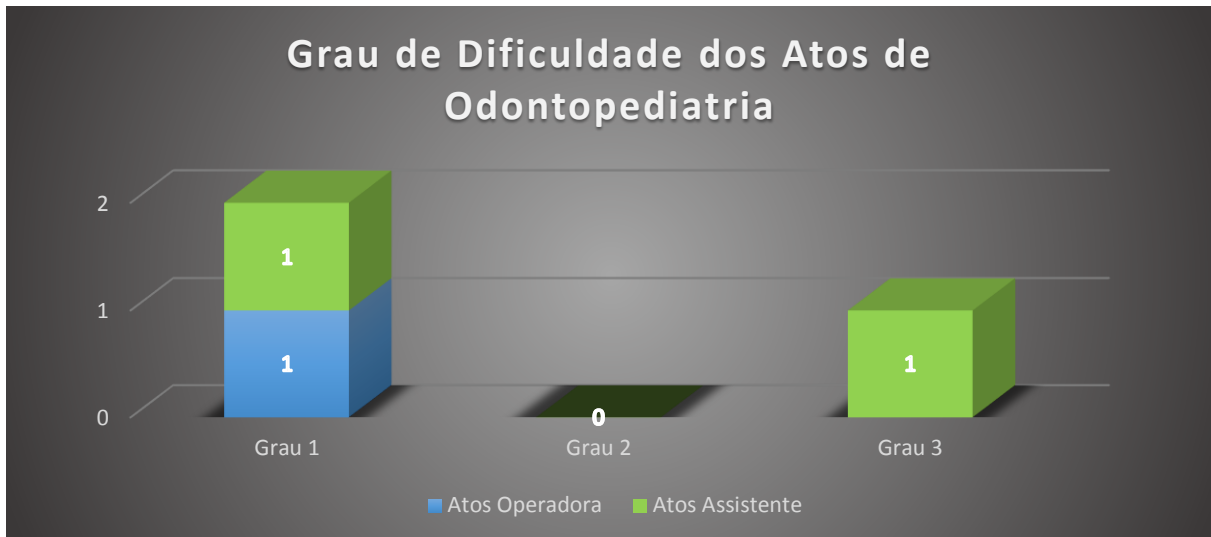


Gráfico 12: Grau de dificuldade dos atos de Odontopediatria

1.6. Área de Endodontia

Durante os nove meses considerados nesta análise, foram efetuadas, na área de Endodontia, 6 consultas. Duas realizei como operadora e 4 como assistente.

Enquanto operadora, efetuei a Endodontia de 1 pré molar com um canal e 1 molar com dois canais.

Enquanto assistente, colaborei na Endodontia de 1 pré molar com dois canais, 1 molar com dois canais e 2 molares com três canais.

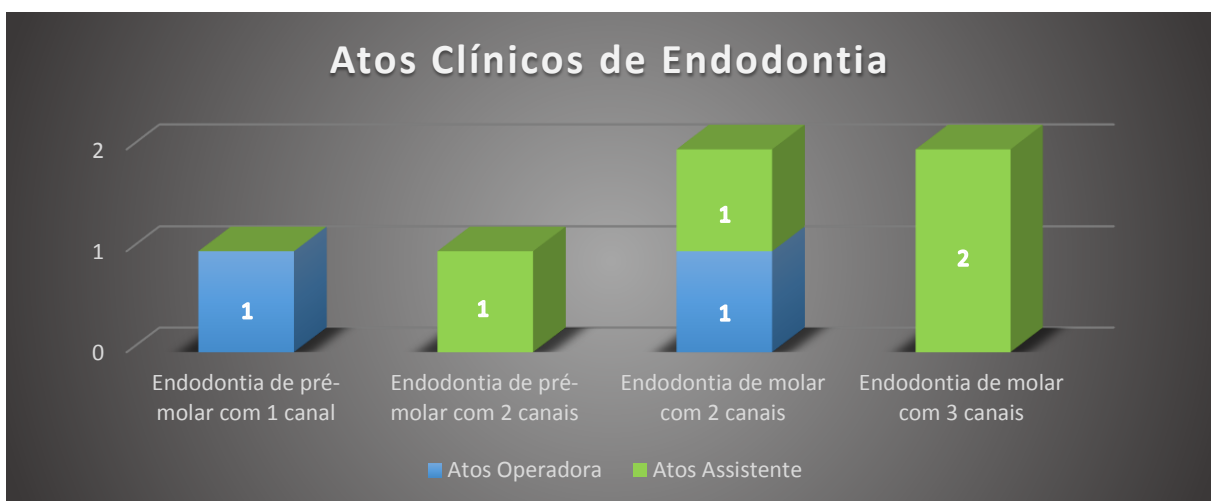


Gráfico 13: Atos clínicos efetuados na consulta de Endodontia

Relativamente ao grau de dificuldade dos atos efetuados, enquanto operadora realizei um ato classificado com grau 1 e outro com classificação de grau 2. Enquanto assistente, foram realizados 3 atos classificados com grau 2 e 1 ato classificado com grau 3.

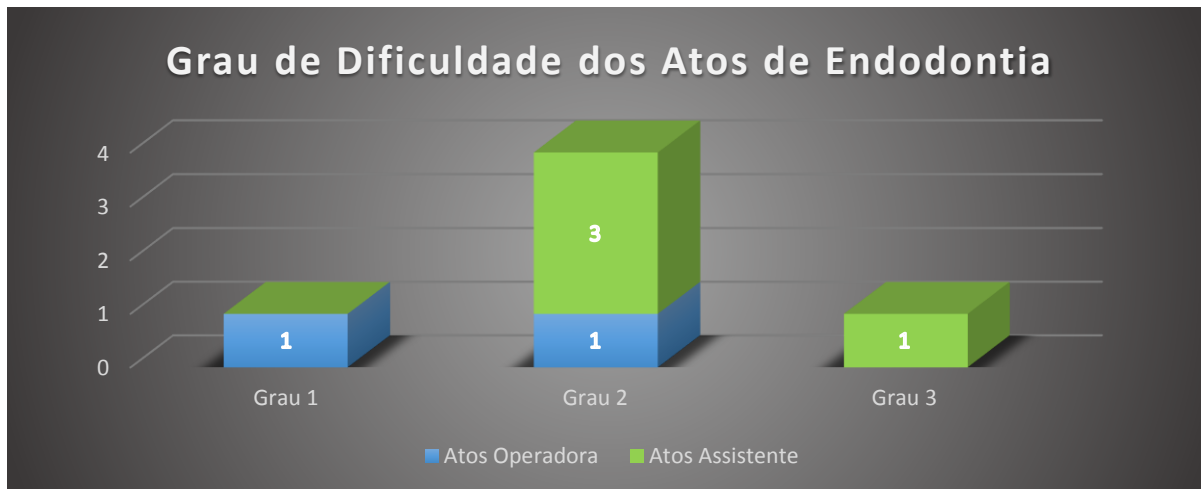


Gráfico 14: Grau de dificuldade dos atos de Endodontia

1.7. Área de Prótese Removível

Como já referido anteriormente, a área de Prótese Removível foi a área onde foram efetuadas o maior número de consultas durante os meses em análise.

Foram realizadas 36 consultas, 11 com a função de operadora e em 25 a de assistente.

Os atos clínicos mais realizados foram 8 primeiras consultas e 9 consultas de controlo.

Das 8 primeiras consultas realizadas, 3 encontram-se em seguimento e em 2 próteses o trabalho foi finalizado e entregue aos respetivos pacientes.

Uma das primeiras consultas realizadas teve como plano de tratamento a confeção de uma prótese total acrílica superior. Como esta reabilitação é considerada diferenciada das restantes, considerou-se pertinente efetuar a sua análise no capítulo de discussão constante neste relatório. Considerando as consultas em que desempenhei a função de operadora, foram realizadas: 3 primeiras consultas; 1 de preparação pré-protética; 1 de prova de esqueleto, registo intermaxilar e escolha da cor dos dentes; 1 de prova de dentes; 1 de inserção de prótese; 3 de controlo e 1 consulta para rebasamento de prótese acrílica total superior.

Nas consultas em que colaborei como assistente, foram maioritariamente realizados 6 controlos, 5 primeiras consultas, 3 provas de dentes e 3 consultas de inserção de prótese.

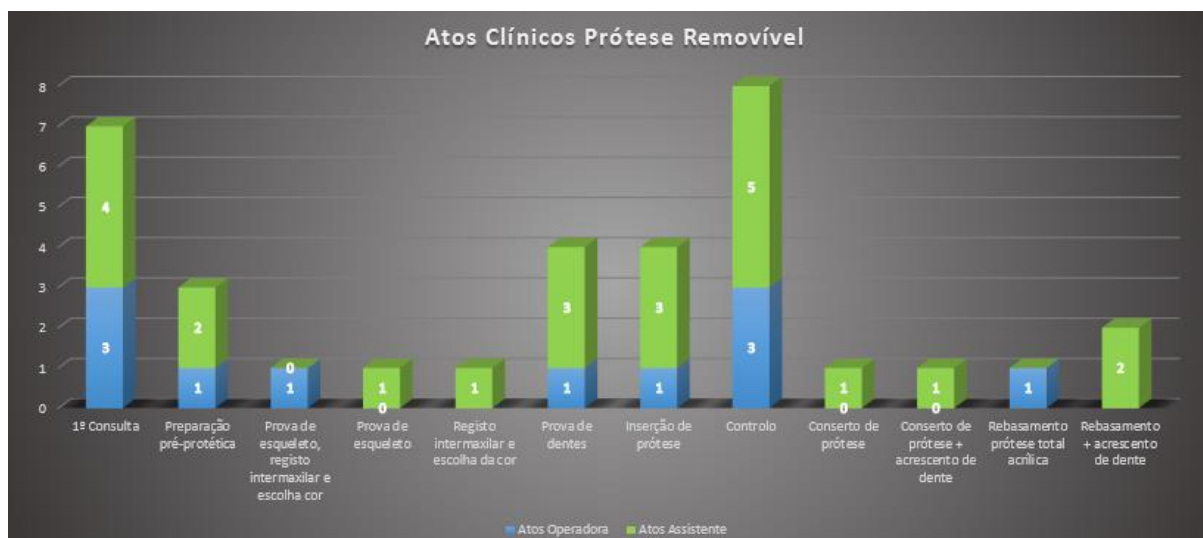


Gráfico 15: Atos clínicos efetuados na consulta de Prótese Removível

Relativamente ao grau de dificuldade dos atos efetuados na consulta de Prótese Removível, 11 atos foram classificados com grau 1, desses atos, em 4 a função desempenhada foi de operadora e em 7 a função de assistente. Classificados com grau 2 foram efetuados 15 atos, em 4 a função desempenhada foi de operadora e em 11 a de assistente. Os restantes 8 atos foram classificados com grau de dificuldade 3, em 3 atos a função foi de operadora e em 5 de assistente.

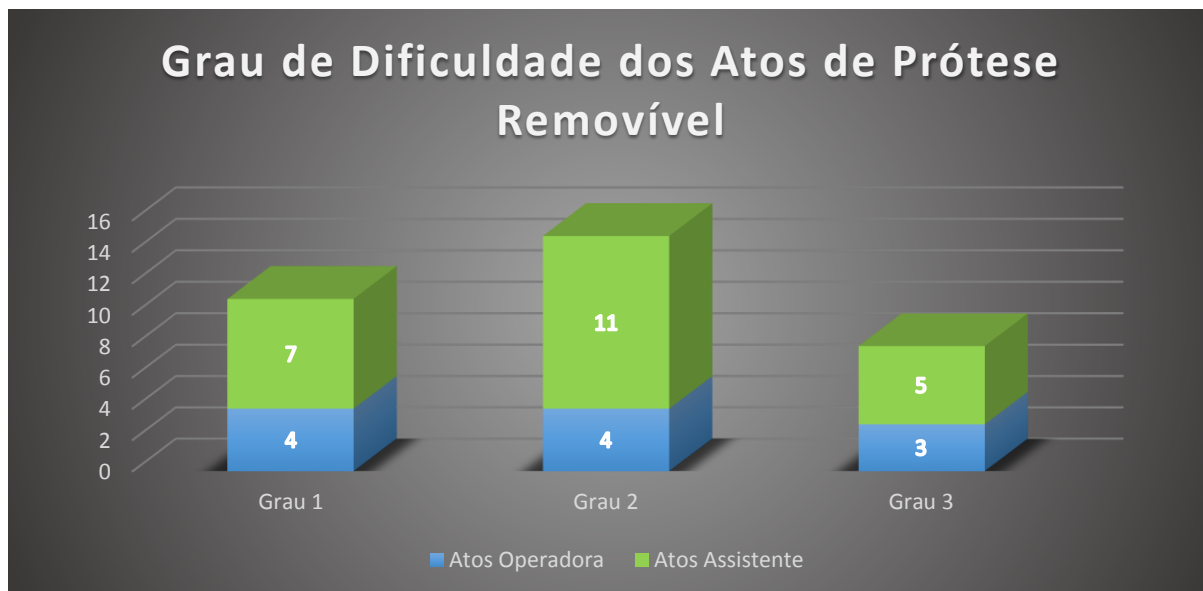


Gráfico 16: Grau de dificuldade dos atos de Prótese Removível

1.8. Área de Prótese Fixa

Considerando as 9 consultas realizadas na área de Prótese Fixa, em 3 desempenhei o papel de operadora e em 6 o de assistente.

As consultas realizadas como operadora constituíram 1 primeira consulta e 2 consultas de controlo. Como assistente, foram efetuadas 2 primeiras consultas e 4 consultas de controlo. Apesar de terem sido concretizadas, pelo meu grupo, 3 primeiras consultas, nenhum dos pacientes aceitou o orçamento apresentado, pelo que, conseqüentemente, não se verificou a confeção de próteses fixas.

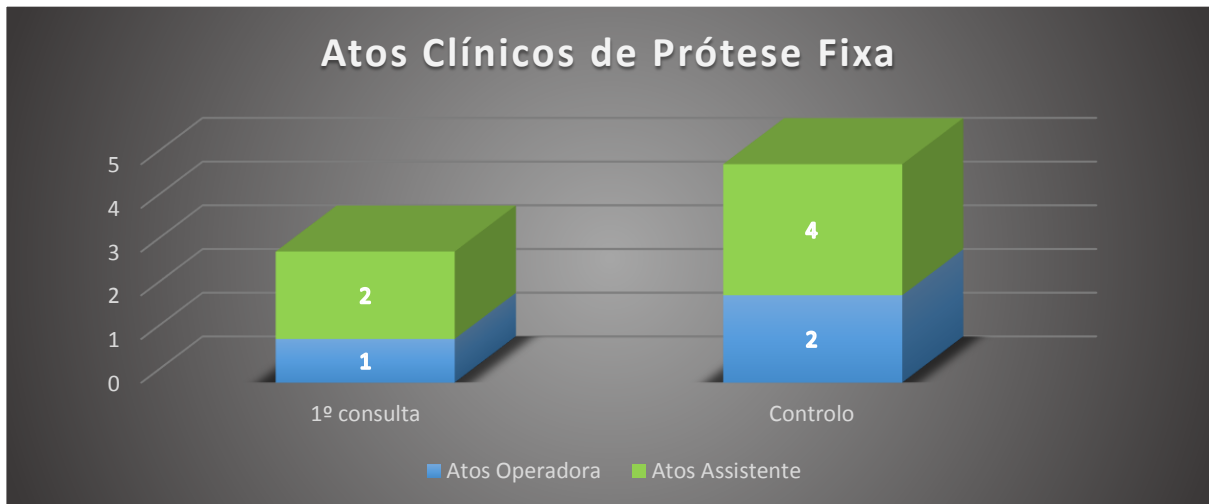


Gráfico 17: Atos clínicos efetuados na consulta de Prótese Fixa

Relativamente ao grau de dificuldade dos atos executados na consulta de Prótese Fixa, todos os atos realizados, tanto como assistente, como operadora, foram classificados com grau 1.

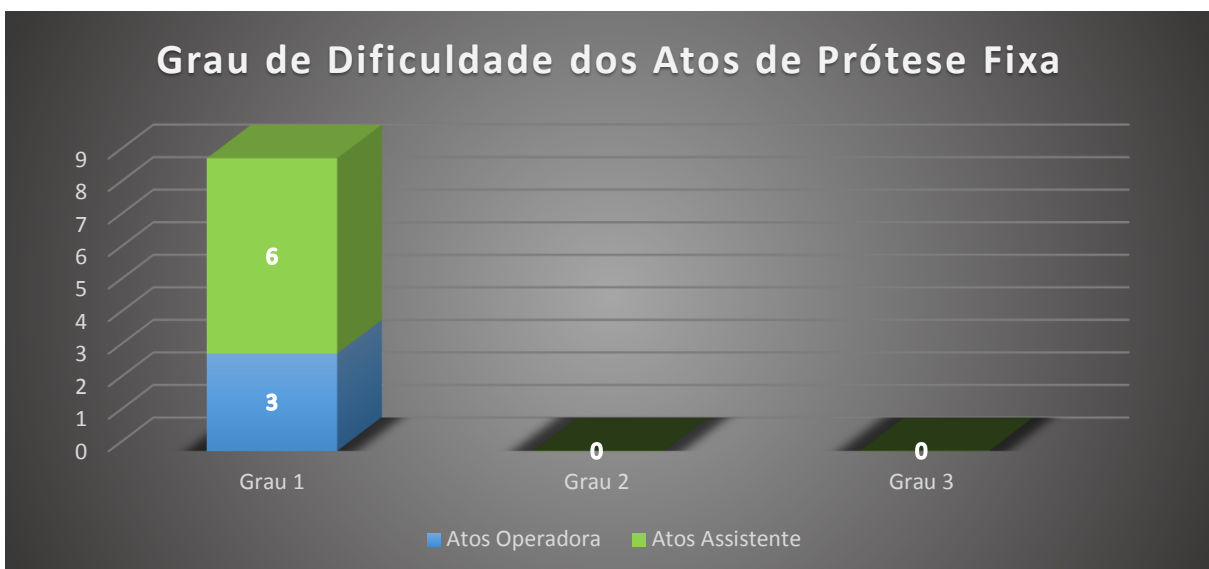


Gráfico 18: Grau de dificuldade dos atos de Prótese Fixa

1.9. Área de Ortodontia

Foram realizadas 5 consultas na área de Ortodontia, sendo que 1 consistiu numa primeira consulta e as 4 restantes num controlo de aparelho removível superior e inferior.

A área de Ortodontia funciona de modo ligeiramente diferente das restantes áreas uma vez que todos os elementos do grupo têm participação como operadores durante a consulta. A cada elemento do grupo é dada uma função diferente como operador, pelo que nenhum executa a função considerada de assistente.

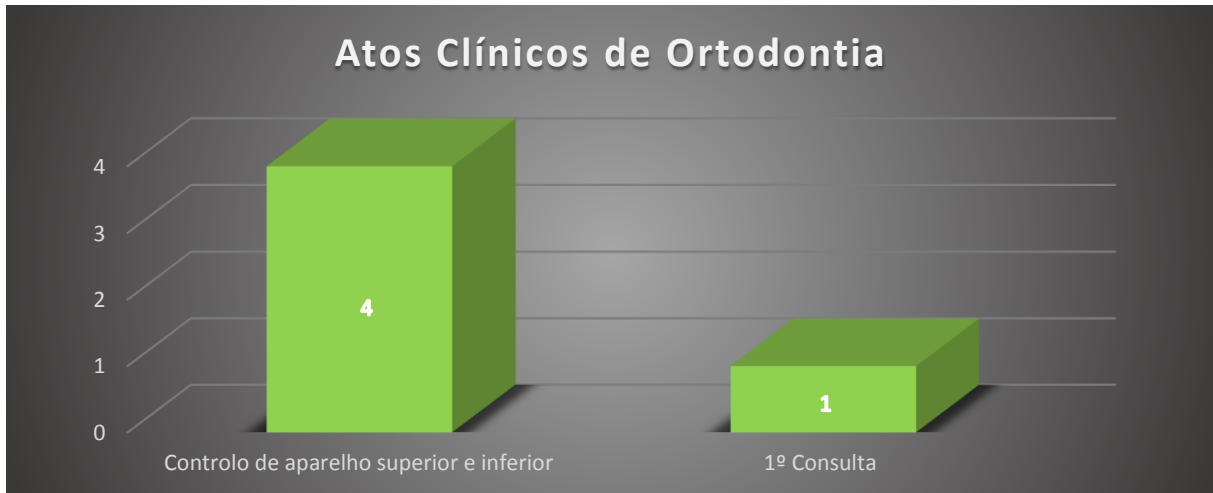


Gráfico 19: Atos clínicos efetuados na consulta de Ortodontia

As quatro consultas em que foi efetuado o controlo de aparelho foram classificadas com grau de dificuldade 1, a realização da 1ª consulta foi classificada com grau de dificuldade 2.

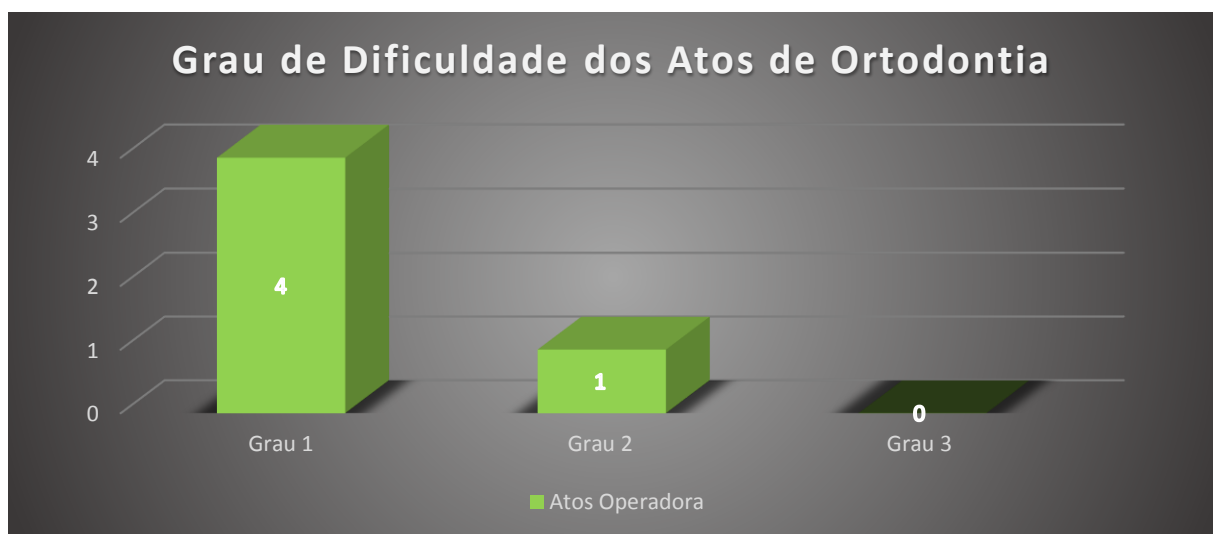


Gráfico 20: Grau de dificuldade dos atos de Ortodontia

1.10. Área de Dentisteria Operatória

Como já referido anteriormente, a área de Dentisteria Operatória foi das áreas em que durante o período analisado se concretizou o maior número de consultas.

Foram realizadas 24 consultas, das quais em 9 participei como operadora e em 15 como assistente.

Nas 24 consultas, o procedimento que foi efetuado mais vezes, 6, consistiu em restauração classe II a compósito, seguido da restauração classe II a amálgama, procedimento executado 4 vezes.

Nas consultas realizadas em que desempenhei a função de operadora foram efetuadas 1 restauração classe I a compósito, 1 restauração classe II a compósito, 1 restauração também classe II mas a amálgama, 1 restauração classe III a compósito, 1 restauração classe V a compósito, 1 restauração classe V a amálgama, 2 restaurações provisórias a IRM e 1 grande restauração a amálgama com recobrimento a compósito. Esta última por ter sido considerado um ato diferenciado dos restantes, será objeto de análise apresentada no capítulo da discussão constante neste relatório.

Relativamente ao trabalho que executei enquanto assistente, foram maioritariamente, efetuadas restaurações classe II a compósito ou amálgama.

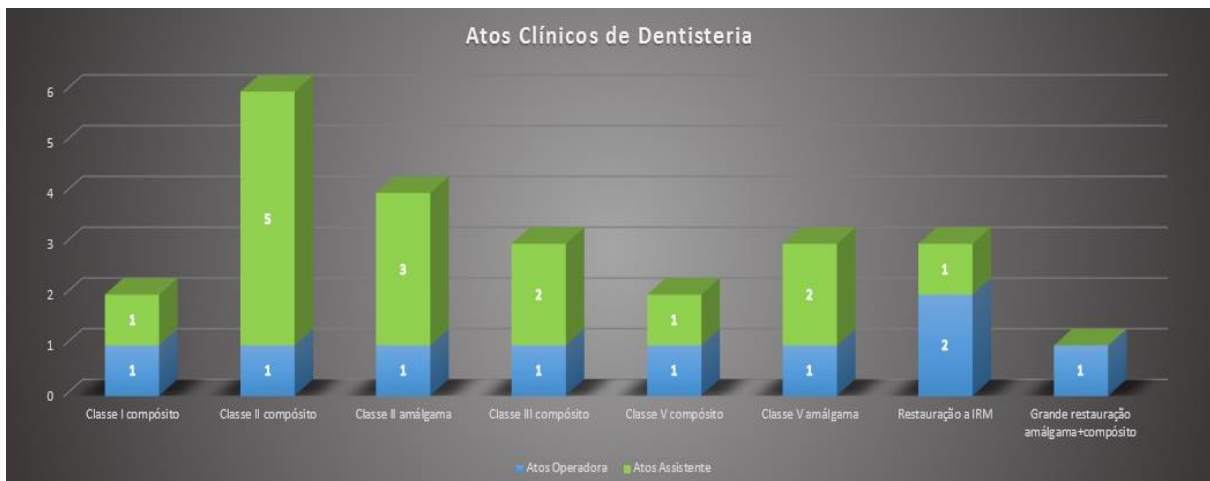


Gráfico 21: Atos clínicos efetuados na consulta de Dentisteria

Relativamente ao grau de dificuldade, foram realizados 11 atos classificados com grau de dificuldade 1, em 4 foi desempenhada a função de operadora e em 7 a de assistente. Foram classificados 10 atos com grau de dificuldade 2, desses, em 3 a função desempenhada foi a de operadora e em 7 a de assistente. Com grau de dificuldade 3 foram identificados 3 atos, sendo que 2 foram realizados como operadora e 1 como assistente.

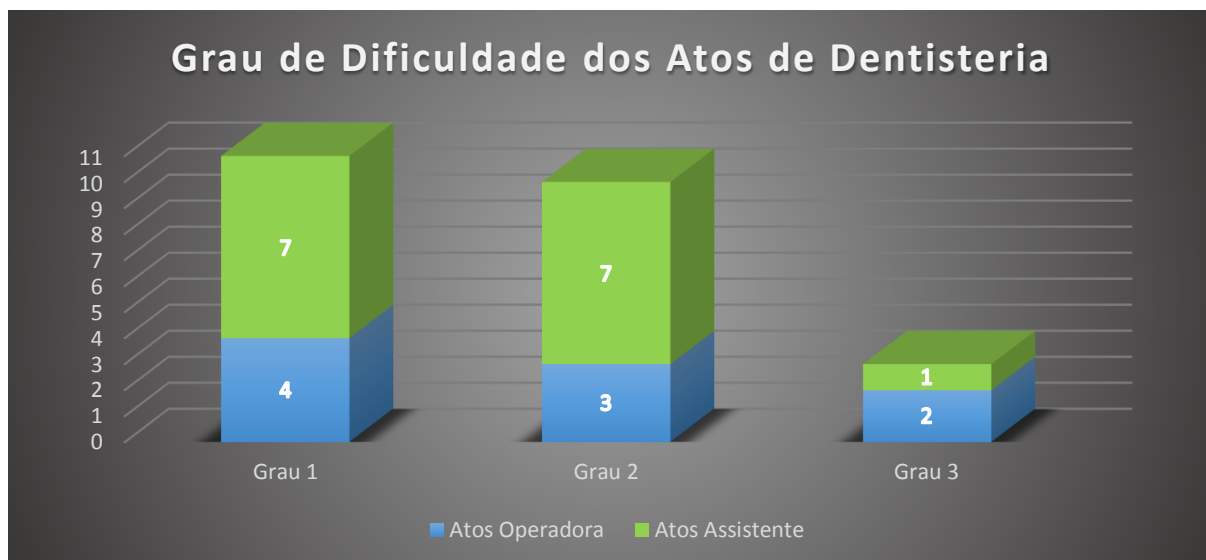


Gráfico 22: Grau de dificuldade dos atos de Dentisteria

1.11. Área de Oclusão

Foram realizadas apenas 3 consultas na área de Oclusão, sendo de referir que esta área assim como Odontopediatria, foi a área em que se efetuou o menor número de consultas.

Foi efetuada apenas uma consulta com a função de operadora, na qual se executaram impressões para confeção de uma goteira de branqueamento.

Relativamente às consultas com função de assistente, foi efetuada uma montagem em articulador e uma consulta de avaliação da Oclusão.

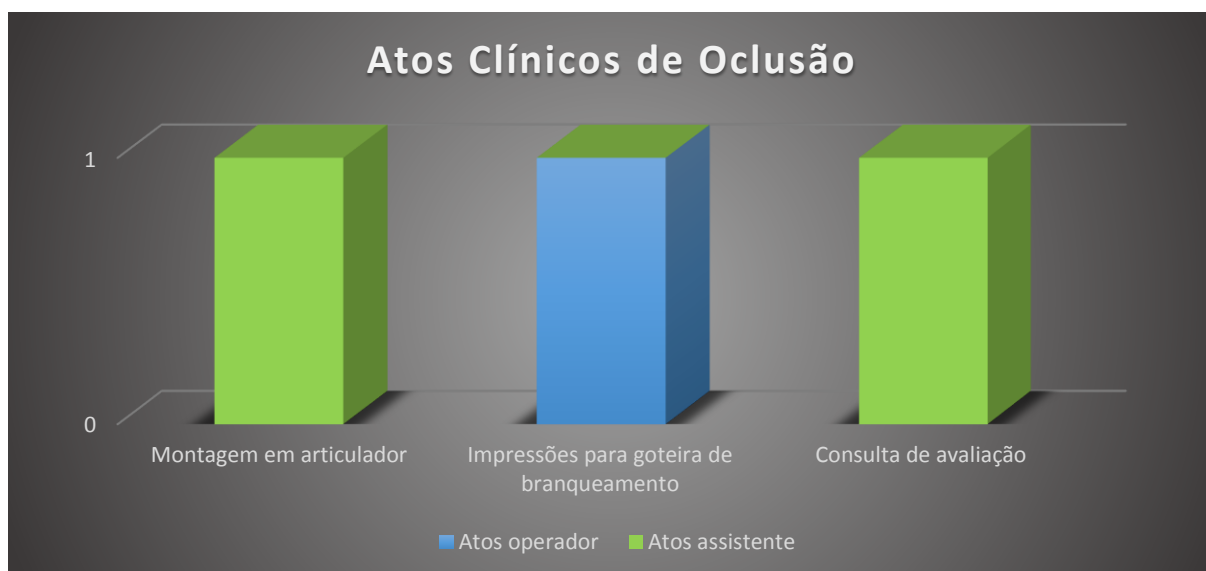


Gráfico 23: Atos clínicos efetuados na consulta de Oclusão

A consulta em que foram realizadas impressões para goteira de branqueamento foi classificada com grau de dificuldade 1. As 2 consultas restantes, em que foi desempenhada a função de

assistente, 1 foi classificada com grau de dificuldade 1 e outra com grau 2. Assim, foram realizadas 1 consulta com grau de dificuldade 1, 2 classificadas com grau 2 e nenhuma consulta foi identificada com grau de dificuldade 3.

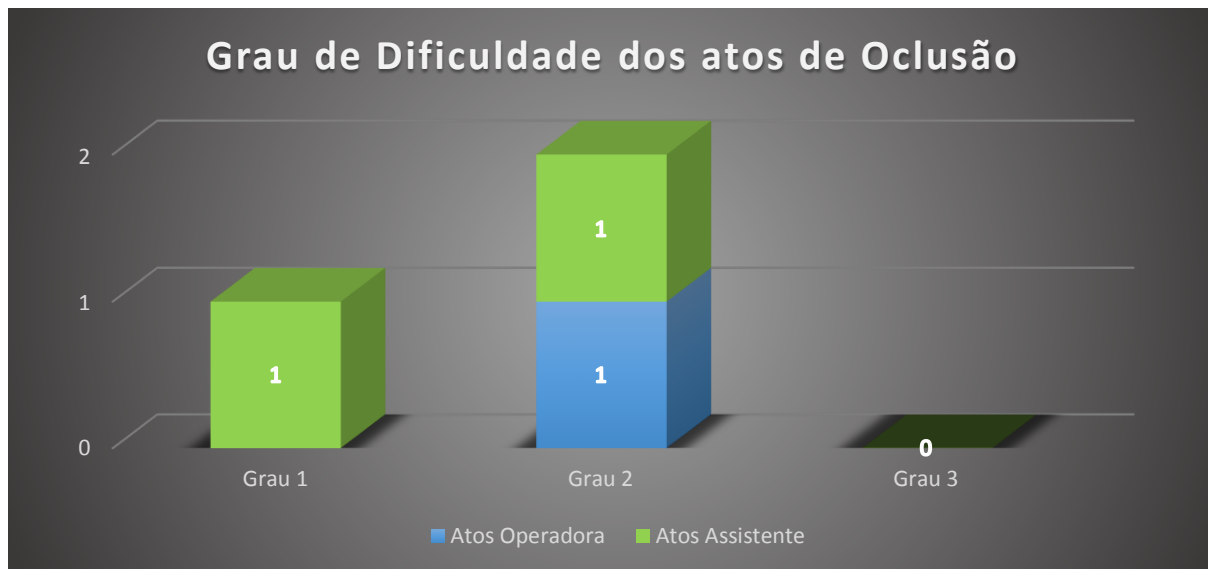


Gráfico 24: Grau de dificuldade dos atos de Oclusão

ATIVIDADE CIENTÍFICA

ATIVIDADE CIENTÍFICA

Durante este último ano de atividade clínica, surgiu a oportunidade de realizar, na área de Dentisteria Operatória, a restauração de um dente com um grande grau de destruição combinando dois tipos de materiais, o amálgama e o compósito. Pelas técnicas utilizadas, assim como pela conjugação das vantagens e propriedades diferentes de dois tipos de materiais, foi possível realizar uma restauração conservadora num dente com um amplo grau de destruição. Tendo em conta o nível sócio-económico da população portuguesa, torna-se crucial a existência de soluções alternativas aos tratamentos realizados em Prótese Fixa.

No contexto da minha formação académica, este caso permitiu-me discutir e perceber até onde pode ir a Dentisteria Operatória e os materiais nela utilizados.

A exposição deste caso clínico considerado diferenciado encontra-se no capítulo da discussão do presente relatório.

Pelo interesse que este tema suscita, considerou-se pertinente a submissão de um poster no Congresso Anual da SPEMD, tendo como título “Grandes restaurações em Dentisteria Operatória – a propósito de um caso clínico”. O resumo do mesmo encontra-se no anexo 1.3. Regista-se ainda que a minha responsabilidade neste poster é como primeira autora.

Na área de Periodontologia foi também executado um ato considerado diferenciado dos restantes, em que desempenhei a função de assistente. Este ato consistiu na reparação de uma férula em resina composta adesiva nos dentes 1.2, 1.1 e 2.1, reforçando-a com fibra de vidro. Esta ferulização foi efetuada para estabilização dentária, necessária devido ao trauma oclusal associado a doença periodontal na forma de periodontite crónica avançada existente nestes dentes. Assim, este caso permitiu discutir a relação existente entre trauma oclusal e doença periodontal. Pelo interesse que o tema suscita, este caso clínico foi submetido em forma de poster, apresentado no anexo 1.4, ao Congresso Anual da SPEMD, no qual fui segunda autora.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

1.1. Pacientes atendidos e a sua distribuição pelas várias Áreas Disciplinares

O presente relatório tem como objetivo analisar todos os pacientes atendidos pelo meu grupo na Clínica Universitária no período que decorreu desde o mês de setembro de 2013 a maio de 2014. Uma vez que essa análise será apenas efetuada para esta amostra de pacientes, as conclusões retiradas serão apenas significativas para essa mesma amostra, devendo realçar que estas podem não seguir o padrão de todos os pacientes atendidos na Clínica Universitária.

Relativamente ao parâmetro idade, constata-se que a grande maioria da população atendida se encontra numa faixa etária mais avançada, correspondente ao final da segunda e início da terceira idade, entre os 50 e os 75 anos. Estes dados estão de acordo com o facto de a população estar cada vez mais envelhecida e com este envelhecimento surgirem mais problemas na cavidade oral e daí uma maior necessidade de recurso a consultas de Medicina Dentária.

No que concerne à distribuição dos pacientes por Áreas Disciplinares, pode constatar-se que se verifica disparidade, registando-se algumas áreas com um elevado número de pacientes, como é o caso da Prótese Removível, Periodontologia e Dentisteria. Em contrapartida áreas como Prótese Fixa, Endodontia, Oclusão e Odontopediatria apresentam um número de pacientes significativamente reduzido.

O atendimento dos pacientes no âmbito das consultas na Clínica Universitária obedece a um critério, os novos pacientes são inicialmente atendidos na consulta de Medicina Oral. Nesta consulta é realizada uma primeira abordagem ao paciente, elaborada a sua história clínica, são efetuados exames de diagnóstico inicial, a partir da observação extra e intra-oral e recorrendo a métodos auxiliares como a ortopantomografia ou raio x periapical se assim se justificar. Esta consulta inicial tem como objetivo a execução de um diagnóstico e consequente plano de tratamento mais detalhado. No final da consulta de Medicina Oral, o plano de tratamento traçado é explicado aos pacientes e, após o seu consentimento, são reencaminhados para as respetivas Áreas Disciplinares. Foi possível constatar que a área para a qual os pacientes são mais reencaminhados corresponde à consulta de Periodontologia. Este facto deve-se à necessidade fundamental de controlo da doença periodontal antes de qualquer outro tratamento, daí que uma das áreas que está incluída no plano de tratamento da maioria dos doentes seja a Periodontologia. (10, 11) Esta ocorrência permite também explicar o elevado número de pacientes atendidos na consulta de Periodontologia comparativamente a outras áreas.

Na consulta de Periodontologia constatou-se que quase a totalidade dos pacientes atendidos apresentaram doença periodontal numa das suas formas: periodontite crónica leve, moderada

ou localizada. Este facto está por um lado relacionado com a faixa etária da maioria dos pacientes e com o aumento da prevalência desta doença com a idade, mas também de acordo com os dados conhecidos, de que a doença periodontal apresenta uma elevada prevalência a nível global.

Duas das áreas onde se verifica um grande número de pacientes atendidos são a consulta de Dentisteria Operatória e Prótese Removível.

Relativamente a Dentisteria, esta ocorrência pode ser explicada pela elevada prevalência de cárie dentária a nível global. Pode também ser justificado pelo facto de nesta área serem atendidos todos os pacientes que apresentam cáries dentárias, mas também todos os que, após finalizar as consultas de Endodontia, necessitam de restaurações definitivas nos dentes endodonciados. Assim, todos os pacientes atendidos na área de Endodontia, acabam por ser também, forçosamente recebidos na consulta de Dentisteria.

A consulta de Prótese Removível é a que apresenta o maior número de pacientes atendidos, facto que se encontra relacionado com a sua faixa etária. Com o envelhecimento e devido a problemas periodontais ou cáries, verifica-se a perda de um grande número de peças dentárias, pelo que se apresenta um aumento da necessidade de reabilitação desses espaços edentulos, recorrendo à consulta de Prótese Removível. No entanto, nem sempre este tipo de aparelhos protéticos são a única solução apresentada, contudo, quando o plano de tratamento é exposto ao paciente, apercebermo-nos de que a decisão relativamente à opção é condicionada sobretudo por fatores económicos. A Prótese Removível é na maioria das vezes a opção tomada em detrimento de outras como a Prótese Fixa. A evidência de que uma grande parte das consultas na área de Prótese Removível corresponderem a primeiras consultas corrobora o facto deste tipo de reabilitação ser a mais escolhida pelos pacientes.

Quando comparado o número de consultas desta área com Prótese Fixa, é possível constatar que raramente os pacientes recorrem a opções mais dispendiosas. Apesar de terem sido efetuadas três primeiras consultas nesta área, nenhum dos pacientes aceitou o orçamento apresentado, pelo que, nenhuma dessas consultas se traduziu na colocação de coroas unitárias ou pontes.

A área de Oclusão corresponde a uma das áreas em que foram atendidos o menor número de pacientes. Regista-se a perceção de que os pacientes não se encontram muito sensibilizados para os problemas que a articulação temporo-mandibular acomete, desvalorizando em grande parte mesmo quando apresentam sintomatologia.

É também na consulta de Odontopediatria que se regista o menor número de consultas efetuadas. Considera-se que, neste caso, o horário disponibilizado para esta consulta não

abrange da melhor forma o público-alvo. O horário praticado pelo meu grupo, à terça-feira às 15h, não possibilita a comparência da maioria das crianças em virtude de se encontrarem em atividade escolar.

1.2. Atos Clínicos diferenciados

Como referido anteriormente, em quatro Áreas Disciplinares foram executados procedimentos de alguma forma diferenciados dos restantes, pelo que se considerou relevante discutir todos as opções tomadas para a sua realização de uma forma mais pormenorizada.

1.2.1. Biópsia excisional de fibroma

Um dos casos diferenciados foi executado numa consulta de Medicina Oral em que desempenhei o papel de assistente. Foi atendida uma paciente que apresentava um fibroma no bordo lateral da língua e líquen plano reticular na mucosa jugal. A biópsia excisional do fibroma foi executada pelo Professor Doutor Rui Amaral Mendes.

O fibroma traumático é considerado como a neoplasia benigna mais comum na cavidade oral. Trata-se de uma hiperplasia reativa do tecido conjuntivo fibroso como resposta a um trauma local. (5) Por esta razão são frequentemente usados os termos fibroma traumático e fibroma de irritação, que indicam a etiologia reativa subjacente. (13)

O fator etiológico mais comum para esta lesão é o trauma, surge inicialmente por mordida (que o paciente pode não se lembrar), ou secundariamente ao atrito de um bordo afiado de um dente, restauração dentária ou prótese com falhas na Oclusão. Devido a estes fatores, a área mais comumente envolvida é ao longo do plano de mordida na mucosa jugal ou bordo lateral da língua. Apesar de não ser tão comum, a mucosa do lábio inferior e o dorso da língua também podem ser afetados. (13) Todos estes fatores etiológicos induzem a um crescimento excessivo e patológico dos fibroblastos e do colagénio produzido por estes, o que dá origem a uma massa submucosa, evidente ao exame clínico intra-oral. (14)

A lesão afeta de igual forma ambos os sexos, no entanto, há autores que defendem predomínio do sexo feminino. (14) Surge em qualquer idade mas é mais comum depois da segunda década de vida.(15)

O fibroma apresenta-se clinicamente como uma lesão nodular, com superfície lisa, forma redonda ou oval, de consistência firme, exófitica e de base séssil ou pediculada. (13) Relativamente à coloração, manifestam-se da mesma cor da mucosa adjacente ou ligeiramente mais claras. Em pacientes de raça negra a lesão pode surgir com coloração castanha-acinzentada. Nalguns casos a superfície da lesão pode apresentar-se com coloração branca

como resultado de uma hiperqueratose provocada por trauma contínuo. (5) Relativamente ao tamanho das lesões, o seu diâmetro varia desde vários milímetros a um centímetro de diâmetro. São normalmente assintomáticos e o tratamento pode passar pelo controlo da evolução ou excisão total quando há história de trauma sucessivo ou o tamanho da lesão for superior à normal. (13) Nos casos de lesão de grande dimensão e constantemente sujeita a trauma, o fibroma traumático pode adquirir características de malignidade e comprometer a vida do paciente caso não seja tratado a tempo. (15)

Se o tratamento passar pela excisão cirúrgica total da lesão, o tecido excisionado deve ser alvo de biopsia, uma vez que outras neoplasias podem mimetizar a aparência clínica de um fibroma. Quando o tratamento é a excisão total da lesão, a recidiva é rara.

Histologicamente o fibroma tem origem no tecido conjuntivo, é constituído por uma grande quantidade de fibras de colagénio, que podem estar dispostas de forma circular ou ao acaso. O fibroma é também composto por células (fibroblastos) e vasos sanguíneos. A superfície da lesão apresenta-se recoberta por epitélio escamoso estratificado normal. (15) No entanto, pode apresentar hiperqueratose devido a trauma secundário. Pode ser encontrado tecido inflamatório de forma dispersa, na maioria das vezes sob a superfície epitelial. A inflamação é normalmente crónica e o tecido consiste principalmente em linfócitos e células plasmáticas. (5)

O diagnóstico diferencial desta lesão vai depender do seu tamanho e localização. Quando o fibroma tem pequenas dimensões e está localizado na língua, o diagnóstico diferencial deve ser estabelecido com neurofibroma. Clinicamente podem variar desde pequenas a massas nodulares de grandes dimensões. A lesão é indolor e apresenta a mesma cor da mucosa circundante. A língua e a mucosa oral são os locais intra-orais mais comuns. Apresentam crescimento lento e surgem mais em jovens adultos. (5) O diagnóstico diferencial de um fibroma localizado na língua deve também ser feito com o neurilemoma ou Schwannoma. Este tipo de tumor é encapsulado e surge associado a um tronco nervoso. A massa nodular pode medir desde poucos milímetros a vários centímetros de diâmetro e a sua localização oral mais comum é a língua. O fibroma, quando localizado na língua, deve também ser distinguido do tumor de células granulares. Trata-se de uma neoplasia pouco comum dos tecidos moles, que surge mais na cavidade oral e mais comumente no dorso da língua. A lesão é assintomática, muitas vezes os pacientes nem se apercebem da sua presença. Surge como um nódulo séssil, normalmente com dois centímetros de diâmetro, da cor da mucosa circundante, tratando-se habitualmente de uma lesão solitária. (5)

O diagnóstico definitivo é apenas estabelecido após análise histológica.

Relativamente ao líquen plano, esta é uma doença crónica autoimune, mediada por linfócitos T, que afeta o epitélio escamoso estratificado. (16)

Esta doença acomete, normalmente, a mucosa oral, mas pode afetar a pele, unhas e mucosa genital. É mais comum em mulheres de meia-idade na proporção de 3:2 relativamente aos homens. É raro o seu aparecimento em crianças. (5)

A etiologia é idiopática, mas fatores causais têm sido associados, entre eles a ansiedade, diabetes, doenças autoimunes, drogas, níveis elevados de stress, hepatite C e predisposição genética. (5, 17)

Relativamente à patogénese, o principal evento é a ligação dos linfócitos T aos queratinócitos da camada basal da mucosa. Os linfócitos induzem apoptose e degeneração celular e perpetuam o processo ao induzir quimiocinas no local inflamatório. (17)

O líquen plano pode surgir em três apresentações clínicas: reticular, erosiva e atrófica. Apresentam-se clinicamente diferentes e raramente se transformam umas nas outras. Todas as formas têm predileção pela mucosa oral, língua e gengiva aderida. (16)

O líquen plano reticular é a forma clínica mais comum e apresenta estrias brancas interligadas, denominadas estrias de Wickman. Normalmente apresentam padrão bilateral, simétrico e, na maioria dos casos acometem a mucosa jugal posterior. O diagnóstico deste tipo de lesão é, normalmente exclusivamente clínico pelas suas características patognomónicas. (5)

O líquen plano é habitualmente assintomático, mas as lesões podem ter períodos de exacerbação e queiescência. Num período de exacerbação surgem áreas ulceradas ou eritmatosas e a sensibilidade dolorosa aumenta. Este período pode estar relacionado com stress, ansiedade ou trauma, pode ser provocado por calor, irritantes do cigarro, fricção de cúspides ou restaurações desadaptadas, ou ainda hábitos orais. (17)

No caso de haver necessidade de tratamento, este é sintomático com corticosteroides locais. (16)

Alguns investigadores recomendam uma reavaliação anual das lesões de líquen plano devido ao risco de malignização. (5) A questão do potencial de malignização ainda é bastante controversa, no entanto estudos que apresentam desenvolvimento do carcinoma de células escamosas em lesões de líquen plano parecem seguir resultados uniformes. De acordo com a variante apresentada, os tipos atróficos, ulcerado e erosivo apresentam maior incidência de transformação maligna. (17)

No dia 24 de maio de 2014 apresentou-se na consulta de Medicina Oral uma paciente de sexo feminino, com 63 anos de idade.

Relativamente à história médica, quando inquirida, a paciente referiu a realização das últimas análises a 11 de novembro de 2013 onde foram detetados valores elevados de colesterol. A

paciente refere episódios de hipertensão que foram estabilizados por medicação. Recorre à toma diária de ramipril em associação com hidroclorotiazida. O medicamento ramipril pertence ao grupo dos medicamentos inibidores da enzima de conversão da angiotensina, que atua promovendo o relaxamento e dilatação dos vasos sanguíneos. A hidroclorotiazida pertence ao grupo de medicamentos diuréticos tiazídicos, provoca a excreção de água pela via urinária, tendo como consequência a diminuição da pressão sanguínea. Assim, a associação destes dois medicamentos é prescrita para tratamento da hipertensão. (18) Para controlo dos níveis de colesterol, a paciente encontra-se medicada com sinvastatina, medicamento utilizado para tratamento de hipercolesterolemia. (19)

A paciente não apresenta outros problemas de saúde.

Ao efetuar o exame clínico intra-oral foi observado tanto na região posterior da mucosa jugal direita como na esquerda, estrias interligadas, de cor branca, com forma irregular, compatíveis com estrias de Wikman, características patognomónicas de líquen plano reticular. (5)



Figura 1: Fotografias intra-orais do líquen plano

A paciente refere sintomatologia dolorosa, “sensação de ardor” ao comer alimentos quentes. Uma vez que o líquen plano reticular é normalmente assintomático, associou-se essa sintomatologia a uma fase de exacerbação da lesão, possivelmente provocada pelo calor. (17) Dado que a paciente apresenta esta lesão associada a sintomatologia, verifica-se a necessidade de tratamento sintomático com corticosteroides tópicos. (16)

A paciente já tinha sido diagnosticada e medicada com propionato de fluticasona, para esta mesma lesão em janeiro de 2011. Este medicamento pertence ao grupo dos corticosteroides

para uso nasal. (20) Não existem ainda na indústria farmacêutica, fórmulas específicas para aplicação na cavidade oral, pelo que a medicação prescrita para este tipo de lesões tem indicação para uso noutros locais, o que faz com que por vezes o seu uso na cavidade oral possa ser desagradável, nomeadamente devido ao sabor ou à sua consistência. Quando questionada relativamente à utilização deste medicamento, a paciente referiu não o administrar muitas vezes, devido a algum desconforto no seu uso diário provocado pelo sabor desagradável. Uma vez que o líquen plano se encontra numa fase de exacerbação e a paciente refere sintomatologia, foi necessário prescrever outro medicamento, numa tentativa de favorecer a sua adaptação. A opção considerada consistiu na prescrição de propionato de clobetasol, pertencente ao grupo dos medicamentos denominados corticosteróides de aplicação tópica e ao grupo dos antipsoriáticos de utilização tópica. (21) Este medicamento está indicado para o tratamento de líquen plano, no entanto existe apenas na forma de creme ou pomada, para uso na pele. Foi aconselhado à paciente adquirir a fórmula em creme, por ser mais fácil a sua aplicação na mucosa oral relativamente à pomada que tem consistência mais espessa. Foi indicada a sua aplicação duas vezes ao dia até haver remissão da sintomatologia e o período de exacerbação controlado.

Ao exame clínico intra-oral foi observada também uma lesão exofítica, de base séssil, com aproximadamente três milímetros de diâmetro, coloração semelhante à mucosa adjacente, de superfície lisa, firme à palpação, não hemorrágica e não dolorosa, localizada no bordo lateral direito da língua. No que se refere a esta lesão, a paciente assinalou algum desconforto durante a mastigação devido a trauma constante desta zona da língua. Pelas características clínicas e dados revelados pela paciente, foi efetuado o diagnóstico inicial de fibroma traumático. (5, 13) O diagnóstico diferencial foi realizado com neurofibroma e neurilemoma, lesões que apresentam características clínicas semelhantes a um fibroma. A hipótese de tumor de células granulosas foi também equacionada, apesar de este ter a localização mais comum no dorso da língua e as suas dimensões serem normalmente de dois centímetros, diâmetro bem superior relativamente aos três milímetros observados na lesão da paciente. (5)

Apesar de se ter estabelecido o diagnóstico inicial de fibroma traumático, o diagnóstico definitivo foi realizado apenas após biópsia excisional.

A presença de fatores etiológicos característicos desta lesão foi procurada, no entanto, clinicamente não se verificou a presença de restaurações ou dentes desadaptados a nível oclusal e a paciente não usa próteses dentárias. Assim, considera-se como único fator etiológico presente a história de trauma da zona da lesão durante a mastigação. No entanto, apesar de a

paciente relatar trauma contínuo desta zona, a superfície da lesão não se encontrava hiperqueratótica, como seria de esperar nestes casos. (5)

Optou-se por proceder à excisão cirúrgica total da lesão para posterior biopsia com o objetivo de estabelecer diagnóstico definitivo sendo este o procedimento indicado quando existe história de trauma sucessivo da área afetada. (13)

O procedimento cirúrgico teve início com anestesia local perilesional para analgesia e promoção da vasoconstrição do tecido. Foi administrado um anestubo de xilonibsa 2% com epinefrina 1.80.

Com recurso a um bisturi com lâmina número 11 foi realizada uma incisão elíptica semilunar. Esta incisão tem o objetivo de eliminar toda a lesão e 2 a 3 mm de tecido são, tanto na sua extensão como em profundidade. Esta incisão pretende a eliminação total da lesão e respetivas margens de segurança, o que permite evitar a recidiva. O tecido excisado foi estabilizado com pinça de Adson e destacado do bordo da língua.

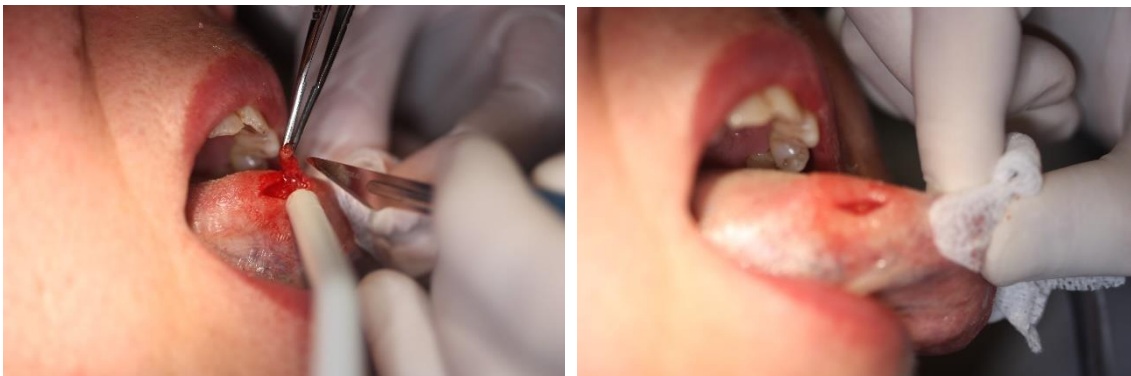


Figura 2: Excisão cirúrgica da lesão

Os bordos da ferida foram aproximados através de sutura com três pontos simples. O primeiro ponto foi dado no centro da ferida cirúrgica e dois outros a mesial e distal deste.

O fio de sutura usado foi fio de seda, que tem como característica ser não reabsorvível e multifilamentado. O diâmetro do fio usado foi de três zeros. A agulha de sutura tem curvatura em meio círculo e secção triangular.

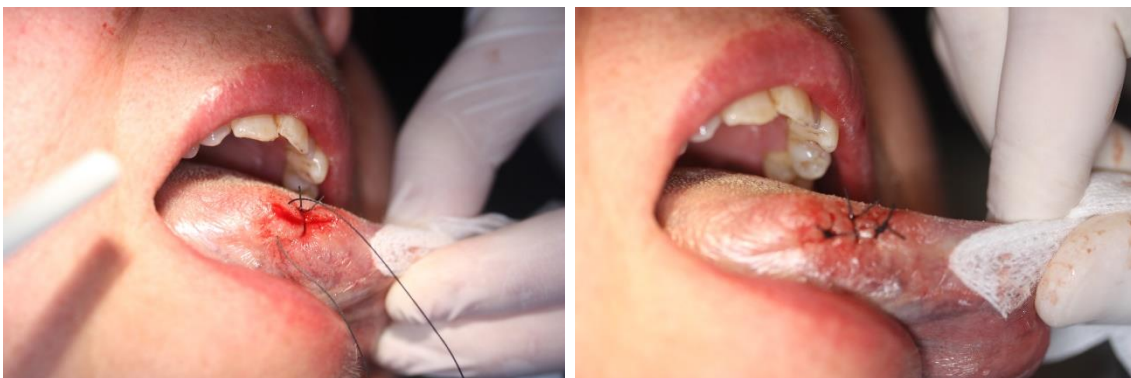


Figura 3: Sutura, três pontos simples

Uma vez que o diagnóstico definitivo da lesão só é possível após análise histológica e todo o tecido excisado deve ser alvo de biopsia, procedeu-se ao seu envio para laboratório.

O envio foi efetuado utilizando um recipiente preparado para o efeito, com formol a 10%.

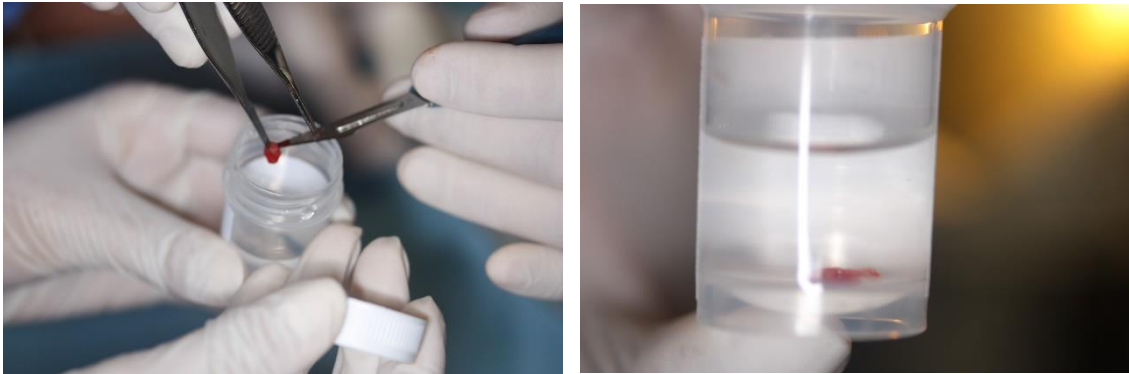


Figura 4: Envio da lesão para análise histológica

Como indicações pós operatórias foi prescrita a toma de ibuprofeno, de oito em oito horas, medicamento pertencente ao grupo dos anti-inflamatórios não esteroides. A este foi associado o paracetamol, medicamento que pertence ao grupo dos analgésicos e antipiréticos. Foi recomendada a sua toma de quatro em quatro horas. A paciente foi advertida de que estes medicamentos seriam apenas para tomar até remissão de sintomatologia dolorosa. Oito dias depois da excisão da lesão os pontos foram removidos, a ferida cicatrizou por primeira intenção. Não foram registadas complicações pós-operatórias, a paciente apenas referiu sintomatologia álgica.

A paciente foi consultada novamente no dia 30 de maio, onde se verificou a presença de tecido são, com coloração igual à mucosa.



Figura 5: Pós-operatório

No dia 27 de março, foram disponibilizados os resultados do exame histológico. O mesmo refere como resultado uma lesão fibrótica subepitelial, o que veio confirmar o diagnóstico inicialmente proposto. O resultado da análise histológica detalhada encontra-se em anexo 1.5.

1.2.2. Grande restauração de molar posterior a amálgama e compósito

Na área de Dentisteria Operatória foi também executado um ato considerado diferenciado dos restantes. Tratou-se da reconstrução de um dente com um elevado grau de destruição, usando a combinação de dois materiais, a amálgama e o compósito. Nesta consulta tive o papel de operadora, no entanto todos os procedimentos foram bastante orientados pelo Professor Doutor Guerra Capelas. Por ser uma abordagem bastante diferente da que normalmente é utilizada em dentes com um extenso grau de destruição, considero relevante a explicação detalhada de todo o planeamento e posterior execução deste caso.

As restaurações efetuadas com resina composta em dentes posteriores têm uma longevidade duas a três vezes menor do que restaurações com amálgama. A resina composta está indicada para restaurações de pequenas cavidades de classe I e II com margens localizadas em esmalte, em pacientes com baixo risco de cárie e nos casos em que é possível assegurar um campo operatório adequadamente isolado. Em restaurações de cavidades extensas e complexas, com margens em dentina ou cimento, e nos casos em que o isolamento é deficiente está mais indicado o uso do amálgama.

A durabilidade de uma restauração depende de condicionantes do operador, do material escolhido, da técnica aplicada, da colaboração do paciente, e ainda do ambiente da cavidade oral.

As principais razões para a falha de uma restauração relacionam-se com o aparecimento de lesões de cárie secundária, fratura do remanescente dentário ou da restauração existente. Estas falhas estão normalmente associadas a pacientes com idade acima dos 30 anos.(22) Segundo Bernardo et al. (23), o risco de falha por cárie secundária nas restaurações efetuadas com compósito é 3,5 vezes superior a restaurações efetuadas com amálgama.

O amálgama como material restaurador apresenta uma maior longevidade, maior resistência à compressão e ao desgaste e uma boa capacidade de selamento marginal. No entanto, apresenta a desvantagem de baixa estética e a necessidade de remoção de maior quantidade de estrutura dentária para aumentar a retenção da restauração. Já o compósito, como material restaurador, apresenta um elevado potencial estético e por ter propriedades adesivas não exige um desgaste do remanescente dentário tão acentuado como o amálgama. Está no entanto provado que a durabilidade do compósito é bastante inferior à do amálgama. Segundo Opdam et al. (24), uma restauração feita com compósito, dura em média 3,3 a 4,7 anos, enquanto uma restauração com amálgama dura em média 6,6 a 14 anos. De acordo com Bjertness et al. (25), em 17 anos, a probabilidade de não ser necessária a substituição de uma restauração com amálgama é de 78%, enquanto Rodolpho et al. (26), para o mesmo período de tempo, determinou uma taxa de

sobrevivência de apenas 29% para resinas compostas. No entanto, segundo Soares et al. (22) essa taxa decresce para 13% se a restauração a resina composta estiver num molar inferior. Este decréscimo é explicado pela posição destes dentes na arcada, uma vez que estão numa zona posterior da curva de *Spee*, onde atuam maiores forças oclusais e onde há uma maior dificuldade em conseguir um bom isolamento.

No caso da reconstrução de dentes com grandes destruições, muitas vezes motivos clínicos e económicos impedem o recurso a tratamentos em Prótese Fixa, indicadas para estes casos, podendo haver necessidade de recorrer a restaurações coronais conservadoras. Normalmente, dentes com grandes destruições encontram-se tratados endodonticamente, o que fragiliza ainda mais a sua estrutura e por isso os torna mais propensos a falhas e fraturas. Restaurações neste tipo de dentes, devem garantir a resistência do dente e do material restaurador à fratura, necessitam estar livres de falhas marginais, os contactos interproximais devem estar corretamente estabelecidos, e as normas anatómicas e estéticas devem ser aceitáveis.

Assim, recorrer a uma restauração total a partir do amálgama, pode permitir o restauro da forma e função do dente e providenciar igualmente uma grande resistência à fratura, todavia esta solução é muitas vezes esteticamente inaceitável. Já uma restauração total a compósito pode promover também alguma resistência à fratura e apresenta-se como uma solução esteticamente aceitável. No entanto, a grande probabilidade de surgimento de cáries secundárias, a contração de polimerização, a mais fraca resistência ao desgaste e a sensibilidade das exigências de manipulação, comprometem o resultado de uma restauração total a compósito.

Com o objetivo de cumprir todas estas exigências, Geiger et al.(27) avaliaram o uso da combinação de amálgama e compósito em restaurações de dentes tratados endodonticamente e com grande destruição.

O amálgama permite uma boa adaptação da restauração ao nível das margens gengivais e possibilita um contacto proximal mais estreito e com melhor adaptação. O recobrimento oclusal com compósito sobre a base de amálgama fornece uma maior estética oclusal e permite uma melhor adaptação ao nível das cúspides, evitando assim a fratura resultante das forças oclusais nesta área.

Segundo Geiger et al, (27) dentes tratados endodonticamente com amálgama e compósito aumentam a resistência à fratura até 51% comparativamente com as restaurações efetuadas exclusivamente com amálgama.

No dia 8 de maio de 2014 apresentou-se na consulta de Dentisteria, uma paciente de sexo feminino, com 35 anos de idade.

Relativamente à história médica, a paciente é saudável, não refere nenhuma patologia passada ou atual.

Refere uso de fio dentário e higiene oral duas vezes por dia.

Apresenta como antecedentes dentários, o dente 1.6 endodunciado e com restauração classe II a amálgama, dente 2.6 com restauração classe I a amálgama e dente 3.6 endodunciado com restauração classe II MOD a amálgama e compósito apenas a distal.

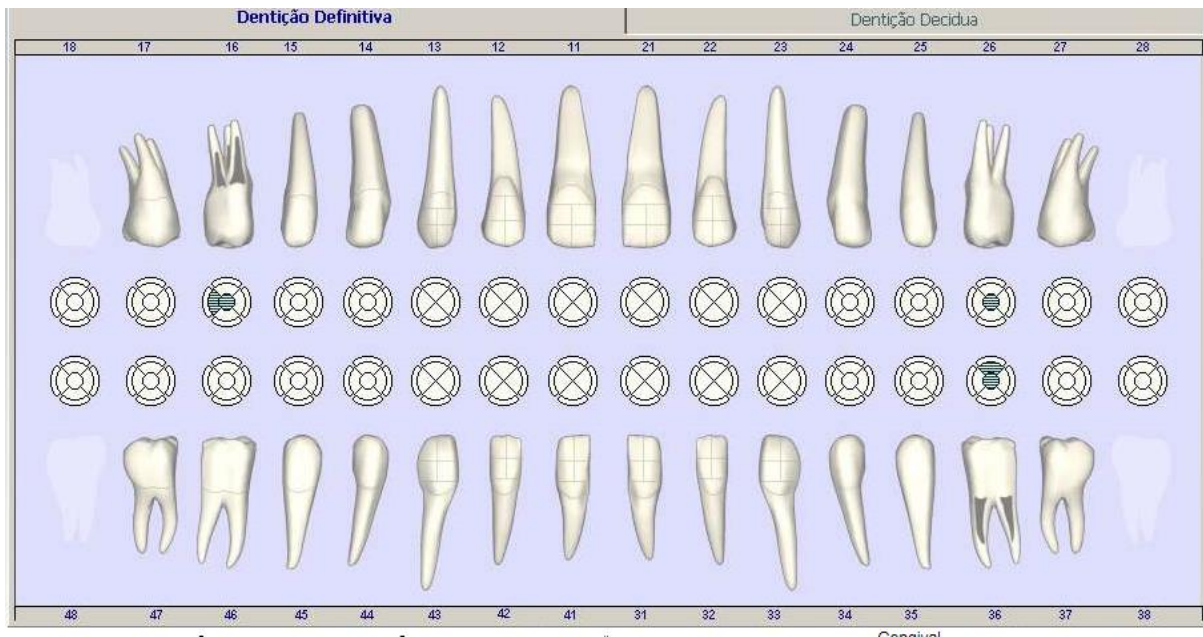


Figura 6: Odontograma



Figura 7: Ortopantomografia

Ao exame clínico intra-oral verificou-se a presença de uma fratura da restauração classe II MOD a amálgama presente no dente 3.6. A paciente apresentava queixas pela fratura da restauração mas também pela baixa estética que este dente apresentava.



Figura 8: Fotografia inicial

Foi analisado radiograficamente o grau de destruição dentária e pesquisada a existência de cárie secundária. No raio-x periapical verifica-se a presença de uma endodontia satisfatória, sem lesão apical e uma restauração de grandes dimensões.



Figura 9: Raio x periapical do dente 3.6

Foram realizados testes de sensibilidade à percussão horizontal e vertical. A paciente não referiu qualquer sintomatologia dolorosa. Após esta análise inicial constatou-se que o dente não apresentava nenhuma patologia, pelo que se encontrava em condições de ser novamente restaurado.

Foi explicado à paciente que devido à fratura da restauração, o dente se encontrava bastante mais fragilizado, foram apresentados os tratamentos possíveis com vista à manutenção do dente. A solução poderia passar por uma coroa unitária fixa, no entanto por razões económicas

a paciente não aceitou. Em conjunto com a paciente, foi decidido realizar uma restauração coronal conservadora. O dente apresentava um grau de destruição considerável, encontrava-se endodonciado, a cavidade extensa e complexa, com margens em dentina e cimento. Daí que, para conseguir uma boa adaptação da restauração ao nível das margens gengivais, e tendo em conta a maior dificuldade de colocação de um bom isolamento absoluto, optou-se por restaurar o terço coronal inferior a amálgama. (27) Uma vez que a paciente referia como aspeto negativo também a falta de estética da restauração a amálgama que tinha, a solução encontrada consistiu em fazer o recobrimento da amálgama com compósito para se obter um aperfeiçoamento da estética oclusal e também para permitir uma melhor adaptação ao nível das cúspides, aumentando a resistência da restauração.(27) Por ser um molar inferior e se localizar na zona posterior da curva de *Spee* as forças oclusais a atuar nesta zona são mais fortes. (22) Daí que era necessário que o material selecionado para recobrimento oclusal aumentasse a resistência da restauração.

Como já referido anteriormente, segundo Geiger et al. (27), dentes como o do caso em causa, tratado endodonticamente e com uma cavidade extensa e complexa, quando restaurados a amálgama e compósito, a resistência à fratura aumenta 51% quando comparada com uma restauração total a amálgama.

A realização de uma restauração conservadora combinando as vantagens do amálgama com as vantagens do compósito foi a opção tomada.

Após consentimento da paciente relativamente ao plano de tratamento apresentado, procedeu-se à anestesia dos tecidos moles ao redor do dente. A anestesia administrada foi por técnica infiltrativa vestibular e lingual para analgesia das terminações nervosas do nervo alveolar inferior e nervo lingual, respetivamente. Foi administrado um anestubo de xilonibsa 2% com epinefrina 1.80.

Posteriormente, procedeu-se à remoção de todo o material restaurador presente, amálgama e compósito a distal do dente. Foram efetuadas retenções nos canais para aumentar a retenção do amálgama, conseguidas pela remoção da gutta do terço coronário dos canais utilizando broca cilíndrica diamantada de turbina.



Figura 10: Face oclusal após remoção de material restaurador

Efetuuou-se gengivectomia lingual, com recurso a bisturi com lâmina 15. Este procedimento permitiu não só eliminar a gengiva que recobria a porção mesio-lingual do remanescente dentário, mas também fazer um alongamento coronário, expondo a parede da porção lingual do remanescente o que permite uma boa interface entre o remanescente e o amálgama na zona lingual do dente. A gengivectomia provocou sangramento acentuado que tornou mais difícil o isolamento do dente, que impossibilitaria a colocação de um compósito nesta zona, devido às exigências de manipulação deste material.



Figura 11: Face oclusal após gengivectomia vestibular

Posteriormente procedeu-se ao isolamento relativo do dente com rolos de algodão e colocação de aro de cobre com cunhas de madeira para melhor adaptação do aro ao remanescente.

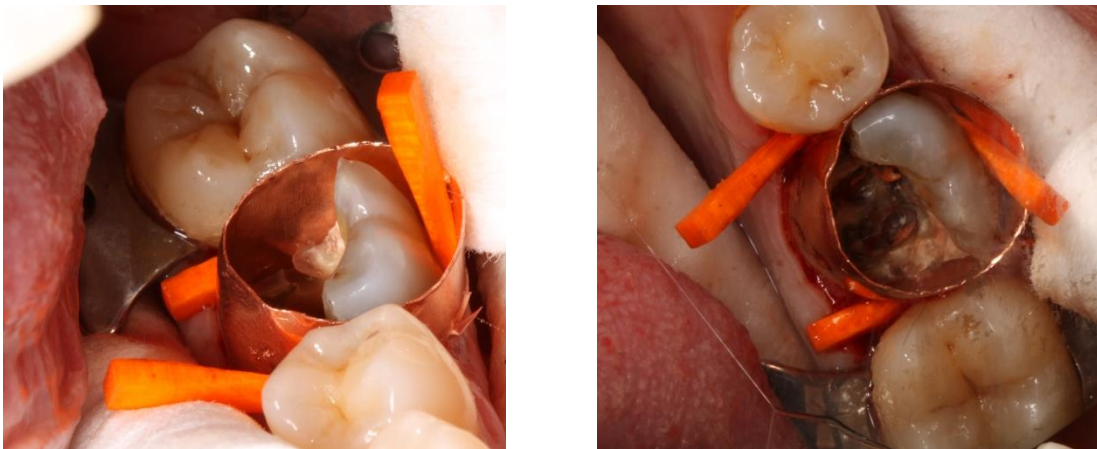


Figura 12: Face oclusal após colocação de aro de cobre e cunhas de madeira

Após isolamento relativo do dente, vibraram-se as cápsulas de amálgama que foram posteriormente condensadas na cavidade com recurso a um condensador de amálgama.

Com o auxílio do carver foram criadas retenções na base de amálgama para melhor adesão do compósito.



Figura 13: Face oclusal após condensação da base da amálgama

Após remoção do aro de cobre, uma vez que a gengivetomia efetuada provocou bastante sangramento, optou-se por restaurar a porção coronária a IRM e esperar cicatrização dos tecidos moles, para posterior recobrimento a compósito. Devido à sensibilidade das exigências de manipulação deste material, é necessário garantir um bom isolamento do campo, daí que a hemóstase conseguida após cicatrização da gengiva marginal lingual é essencial. (27)

No dia 4 de junho a paciente voltou à consulta de Dentisteria Operatória para finalizar o tratamento.

A restauração a IRM foi retirada com recurso a broca esférica de turbina. Foi colocada uma matriz de metal e cunhas de madeira de forma a promover adaptação aos dentes adjacentes e assim obter um bom ponto de contacto.

O amálgama foi recoberto com uma camada de compósito A3/B3 Synergy® duo-shade da Coltene®. O recurso a esta camada de compósito mais escuro permite aumentar a opacidade das camadas de compósito sucessoras, impedindo assim que o tom escuro do amálgama seja visível no compósito. O compósito usado no terço oclusal foi A2/B2 Synergy® duo-shade da Coltene®.

O acabamento e polimento do compósito e do amálgama foi efetuado com brocas de polimento de contra-ângulo.



Figura 14: Face oclusal e lingual após recobrimento com compósito

No raio x periapical final é possível comprovar a compactação e adaptação dos materiais utilizados, assim como o ponto de contacto proximal conseguido com o compósito.



Figura 15: Raio x periapical final

É importante ressaltar que neste caso, os materiais foram utilizados no limite das suas indicações clínicas e como tal não se podem esperar os mesmos resultados, nomeadamente em relação à durabilidade, dos espectáveis se recorrêssemos a um tratamento em Prótese Fixa. No entanto, atendendo às expectativas e possibilidades económicas desta paciente, a combinação destes dois materiais, amálgama e compósito constituiu uma boa alternativa para a restauração da estética e função de um dente com um elevado grau de destruição.

1.2.3. Prótese total acrílica superior

Na área de Prótese Removível foi também realizado um ato, considerado diferenciado dos restantes e que consistiu na elaboração de uma prótese total acrílica superior.

Estima-se que entre 7% a 69% da população mundial adulta seja afetada por edentulismo completo, definido como a perda de todos os dentes permanentes. (28)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o edentulismo é uma forma de deficiência física, uma vez que a perda total de dentes compromete sobretudo duas das funções essenciais ao ser humano, a alimentação e a fala. (29)

Uma das soluções para a reabilitação de pacientes desdentados passa pela confecção de próteses totais, aparelhos protéticos com a função de repor a ausência total de elementos dentários. São confeccionados em resina acrílica e permitem a restauração da função mastigatória, estética e fonética.

A importância da prótese dentária transcende a simples reposição de dentes em virtude de permitir ao paciente interagir de forma mais confiante, quer no meio familiar, quer no ambiente social. Contribui ainda para a manutenção da saúde geral, uma vez que proporciona uma ingestão nutricional mais adequada. (30) No entanto, apesar de as próteses poderem substituir o volume de tecidos perdidos, apenas conseguem substituir parcialmente as estruturas e

restaurar funções, uma vez que os dentes artificiais da prótese não alcançam a mesma percepção mastigatória que os dentes naturais. Os dentes da prótese só permitem uma capacidade de mastigação na ordem dos 40-50% quando comparado com os dentes naturais. (31)

No caso de pacientes idosos, existe um conjunto de características orais e sistêmicas peculiares que devem ser tidas em conta na confecção das próteses totais, como é o caso do rebordo alveolar reduzido, da mucosa oral menos resiliente, do tecido muscular em degeneração e do surgimento de xerostomia, que aliada à perda de elasticidade e resistência mecânica da mucosa pode causar desconforto no uso de próteses. (32)

A redução do rebordo alveolar ocorre devido à reabsorção óssea crónica e progressiva provocada pela perda de dentes. Esta atrofia é progressiva, ocorre mais rapidamente na mandíbula do que na maxila e é mais pronunciada na região posterior do que na anterior.

A perda do rebordo alveolar leva a alterações na mucosa oral, nomeadamente a perda de queratinização, o que faz com que a mucosa seja mais facilmente traumatizada. (33) Outra consequência da perda do rebordo alveolar associada à perda de dentes é a diminuição da dimensão vertical de oclusão. A DVO corresponde à altura inferior da face quando os dentes superiores e inferiores estão em contacto intercuspídeo na posição de oclusão máxima. A perda desta dimensão provoca rugas pronunciadas nas comissuras labiais, diminuição do suporte labial e redução do terço inferior da face.

A alteração de todas estas características nas estruturas orais conduz a grandes alterações na morfologia da face e consequentemente da estética. O edentulismo apresenta como características a diminuição da altura facial, a perda do ângulo lábio-mentoniano, a formação de sulcos verticais profundos na face e nos lábios, a rotação anterior do mento, que provoca um aspeto facial prógnatico, o afundamento do ângulo naso-labial, a perda de tónus muscular e da expressão facial e a perda do *vermillion* do lábio.

Assim, torna-se necessário definir quais os principais requisitos de uma prótese total, para que esta possa estar adaptada às características orais deste tipo de pacientes. Os aparelhos protéticos devem então, preencher os requisitos mastigatórios, estéticos e fonéticos, permitindo uma reabilitação anatómica e funcional. Necessitam de ter suporte, retenção e estabilidade, devem ser contruídos com materiais de boa qualidade, com boas propriedades físicas, químicas e mecânicas e por último é necessário que sejam confortáveis e não iatrogénicos.

Na consulta de Prótese Removível no dia 28 de maio de 2014, em que executei a função de assistente, apresentou-se uma paciente de sexo feminino, raça caucasiana, com 61 anos de idade. A paciente encontrava-se descontente com a desadaptação das próteses que usa.

Relativamente à história médica, quando inquirida, a paciente referiu ter colesterol elevado, gastrite e osteoporose, tendo já sofrido uma fratura num elo da zona lombar da coluna vertebral (L5). Encontra-se medicada com omeprazol, que pertence à classe dos inibidores da bomba de prótons e inibe a produção de ácido no estômago, atuando como protetor gástrico. (34) A paciente também está a tomar paroxetina, que pertence ao grupo dos medicamentos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, utilizados no tratamento da depressão ou perturbações de ansiedade. Um dos efeitos secundários que este medicamento mais comumente apresenta é a xerostomia. (35)

A diminuição do fluxo salivar poderá ter um impacto negativo na retenção de próteses totais e aliada à perda de elasticidade e resistência mecânica da mucosa pode causar desconforto no uso de próteses. (32) Por esta razão a paciente foi questionada relativamente à sensação de boca seca ou à diminuição do fluxo salivar normal. Não foram apresentadas queixas nesse sentido e a análise intra-oral revelou fluxo e consistência da saliva aparentemente normal.

Relativamente à história dentária apresenta desdentação total na maxila e desdentação classe II divisão 1 na mandíbula. Apresenta endodontia no dente 4.4, 3.3; restaurações nos dentes endodonciados e nos dentes 4.3 e 3.4; o dente 4.7 apresenta cárie e processo apical.

A ortopantomografia exposta encontra-se desatualizada uma vez que a paciente já extraiu o dente 3.5.

Neste tipo de radiografias é possível analisar o grau de reabsorção óssea, característico no edentulismo. (33) O grau de reabsorção óssea no maxilar é diferente do lado direito e do lado esquerdo. Observa-se maior reabsorção no primeiro quadrante comparativamente ao segundo, o que está de acordo com o facto de os últimos dentes extraídos terem sido o 2.6 e 2.7. Regista-se também que a espessura relativa da mucosa de revestimento do primeiro quadrante é bastante inferior à do segundo quadrante.

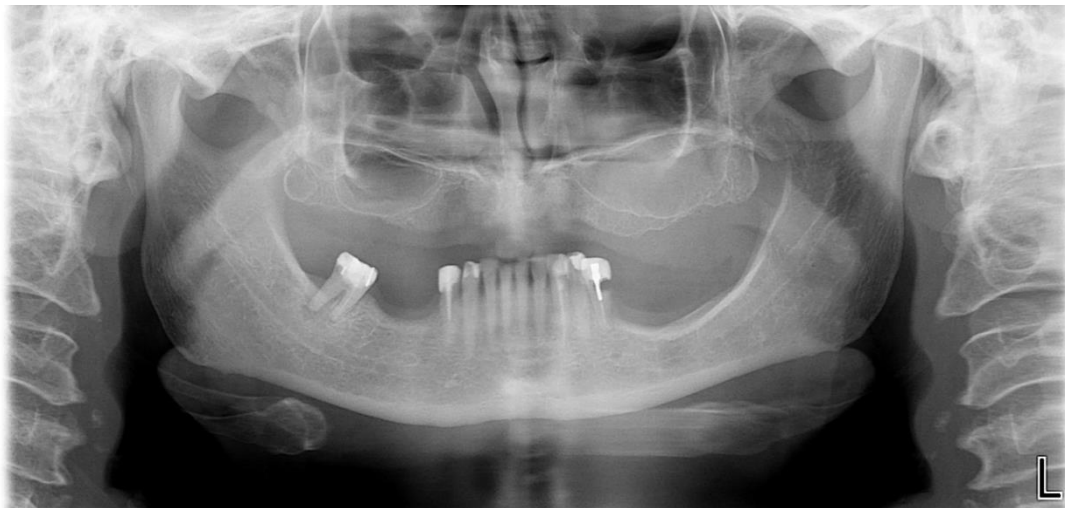


Figura 16: Ortopantomografia

Relativamente à história protética, a paciente usa prótese esquelética superior desadaptada e com ganchos em dentes pilares que já foram extraídos. A prótese esquelética inferior utilizada, também desadaptada, e com ganchos em dentes pilares que já foram extraídos. A paciente refere grande descontentamento com as próteses e já ter usado várias, mas teve sempre dificuldade na sua adaptação. Na Figura 17, é possível observar todas as próteses que a paciente já usou. De salientar que a maioria difere apenas na conformação dos ganchos apoiados nos dentes pilares, o que nos permite inferir tratar-se de uma paciente com um elevado grau de insatisfação e, conseqüentemente regista-se uma maior dificuldade em corresponder às suas expectativas.



Figura 17: Próteses usadas pela paciente

Ao exame clínico extra-oral verificou-se que a paciente apresenta face com forma oval. A altura do terço inferior da face está bastante diminuída e o sulco nasogeniano bastante evidenciado. Os lábios têm pouca tonicidade, espessura fina e é evidente a perda do vermillion dos lábios.



Figura 18: Fotografias extra-orais frontais

Na análise de perfil verifica-se o afundamento do ângulo nasolabial e a ligeira rotação anterior do mento que provoca um aspeto prognático. Todas estas características são comuns em pacientes desdentados. (33)



Figura 19: Fotografia extra-oral perfil

Na análise intra-oral verificou-se que o maxilar superior desdentado se apresenta com forma semioval e volume médio. O rebordo alveolar apresenta forma geral de ferradura e termina com tuberosidades bem acentuadas. A mucosa de revestimento do rebordo alveolar está aderida ao osso subjacente, firme e resiliente.

A papila mucosa interincisiva encontra-se bem pronunciada, situada a nível médio anterior.

A linha média do palato consiste numa ligeira saliência óssea recoberta por mucosa fina e tensa, o palato mole encontra-se como um prolongamento horizontal do palato duro. Todas estas características são favoráveis à retenção, suporte e estabilidade da prótese. É possível também observar, na região mediana do palato, as duas fôveas palatinas, que são uma boa referência para localizar o limite posterior da prótese.



Figura 20: Fotografia intra-oral frontal



Figura 21: Fotografia intra-oral lateral direita e esquerda

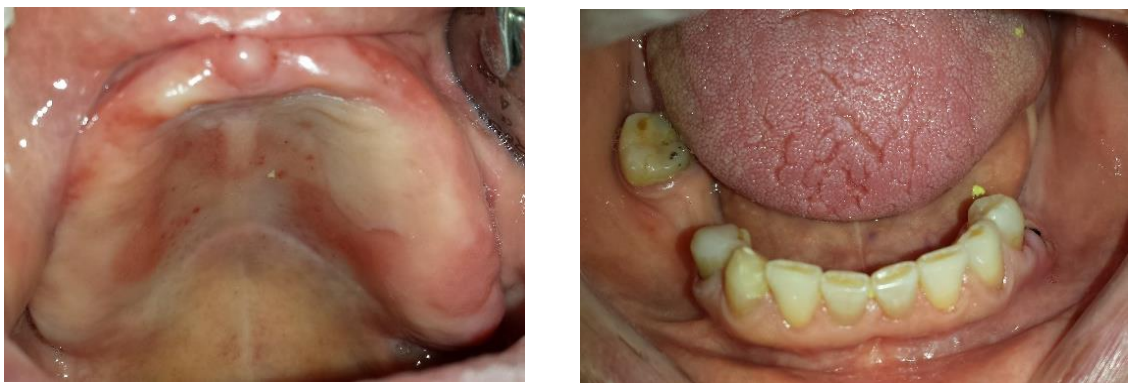


Figura 22: Fotografia intra-oral oclusal maxilar e mandibular

Relativamente ao maxilar inferior assinala-se a presença de cárie no dente 4.7 e processo infeccioso apical evidenciado no raio x periapical. Foi agendada consulta para a área de Endodontia para tratamento deste dente.



Figura 23: Raio x periapical dente 4.7

Através da análise intra e extra-oral das próteses esquelética superior e inferior, procuraram-se zonas de desadaptação e desconforto, existência de retenção, estabilidade e suporte.



Figura 24: Fotografia intra-oral frontal com as próteses em boca

Como resultado da análise efetuada verificou-se uma grande desadaptação da prótese esquelética superior, tanto na sua base, como pela existência de um gancho de Adams duplo que assentava em dois dentes que foram extraídos. Relativamente à prótese inferior, apresentava também alguma desadaptação, tanto ao nível da base como ao nível da existência de um gancho que assentava no dente 4.5 que já tinha sido extraído. Considerou-se que na prótese inferior ainda seria possível fazer um rebasamento da base, acrescentar o dente 4.5 e colocar um gancho no dente que passa agora a ser pilar, o 4.4, permitindo aumentar o seu suporte, retenção e estabilidade. Relativamente à prótese superior, uma vez que se trata de uma prótese esquelética com ganchos a apoiar em dentes pilares e neste momento o maxilar superior encontra-se desdentado total, o plano de tratamento passa pela confeção de uma prótese total acrílica superior.

Depois de ter sido apresentado o plano de tratamento e de este ter sido aceite procedeu-se à realização de impressões para modelos de estudo. Foram utilizadas moldeiras universais de tamanho 3, preenchidas com alginato para impressão da arcada superior e inferior. As impressões foram corridas a gesso pedra tipo III, originando os modelos preliminares, de estudo.



Figura 25: Modelos de estudo

O modelo e prótese inferior foram enviados para o laboratório.

As moldeiras individuais foram preparadas para elaboração de modelos de trabalho que permitem a confecção da prótese acrílica superior. Estas moldeiras individuais foram confeccionadas em acrílico fotopolimerizável de espessura uniforme, efetuaram-se furos de pequenas dimensões no acrílico com o objetivo de permitir maior retenção do material de impressão, alginato.

No dia 4 de junho de 2014 foi realizada a segunda consulta em Prótese Removível, nesta consulta desempenhei a função de operadora. Procedeu-se à entrega da prótese esquelética inferior após rebasamento e acrescento de dente. Foi efetuada a avaliação extra-oral da prótese, verificou-se a existência de zonas mal polidas que incomodaram ao tato, tendo estas sido desgastadas e polidas com brocas de peça de mão de desgaste de acrílico e de polimento. Após observação da cor e posição do dente acrescentado, não foram encontradas falhas a esse nível. A observação intra-oral da prótese demonstrou a não existência de falhas ao nível da retenção, estabilidade e suporte, encontrando-se muito bem adaptada. Relativamente a ajustes oclusais, estes só serão feitos, se necessário, após análise da oclusão com a prótese total superior. A paciente demonstrou satisfação com o resultado relativo à prótese esquelética inferior.



Figura 26: Prótese esquelética inferior

Nesta consulta realizaram-se também as impressões definitivas, tendo a impressão superior sido elaborada com moldeira individual carregada com alginato. A impressão inferior foi realizada com moldeira universal também carregada com alginato. Não foi necessário efetuar esta impressão com moldeira individual, uma vez que não será feita nenhuma prótese inferior, logo não há necessidade de um registo tão preciso como o conseguido com moldeira individual. A impressão foi então efetuada com a prótese esquelética inferior entregue nesta mesma consulta.

No dia 11 de junho de 2014 realizou-se a terceira consulta de Prótese Removível, executei a função de assistente. Nesta consulta efetuou-se o registo intermaxilar, que permitiu registar as relações nos três planos do espaço (vertical, horizontal e coronal) entre a maxila e a mandíbula. O registo intermaxilar é reproduzido em placas de registo constituídas pela placa de base que é um representante temporário da base da prótese e pelo rolo de articulação que funciona como representante temporário da arcada dentária.

Na placa de registo maxilar foram registados, o suporte labial, o tamanho e posição dos incisivos centrais superiores, foram marcadas as linhas média, de caninos e de sorriso. Foram definidas a posição e orientação do plano oclusal, com recurso ao plano de Fox.

Com o objetivo de avaliar a proporção da dimensão vertical foram tidas como referência as proporções fisionómicas ideais. Após a medição da distância naso-glábelar (6,5cm) garantiu-se que a distância naso-mentoniana com a placa de registo maxilar em boca apresentasse a mesma medida, 6,5cm.



Figura 27: Placa base e rolo de articulação em boca

O rolo de articulação foi aquecido, para efetuar registo oclusal e a paciente foi instruída a registar a mordida em relação cêntrica.



Figura 28: Articulação dos modelos com placa de registo

Para a seleção da cor dos dentes, foi utilizado como modelo a cor dos dentes inferiores, que corresponderam a um B3.

Os modelos de trabalho com a placa de registo foram enviados para o laboratório e foi solicitada a prova de dentes.

No dia 18 de junho de 2014 realizou-se a consulta de prova de dentes, desempenhei a função de operadora. Não se verificaram falhas ao nível da posição da linha média, relação dos lábios com os dentes anteriores, proeminência dos caninos e posição antero-posterior dos dentes anteriores. A nível estético foram avaliados o tamanho, forma e cor dos dentes, não foram registados erros. A oclusão em relação cêntrica, protrusão e lateralidades foi examinada bem como a presença de contactos prematuros com papel oclusal. Houve necessidade de ligeiros desgastes para eliminação de contatos oclusais mais fortes. Foi também analisada a proporção da dimensão vertical.

O resultado foi exposto à paciente a partir de um espelho extra-oral e verificou-se a sua aceitação e conforto.



Figura 29: Prova de dentes em placa base montada em oclisor

Os modelos foram novamente enviados para o laboratório, tendo sido requerido o processamento e acabamento da prótese.

No dia 25 de junho de 2014 realizou-se a consulta de inserção da prótese total acrílica superior, nesta consulta desempenhei a função de assistente. Procedeu-se à análise da superfície basal da prótese. Avaliou-se a sua extensão, verificou-se a ausência de irregularidades nomeadamente nos bordos da prótese e a relação destes com os tecidos periféricos.

A ausência de prematuridades e interferências a nível oclusal foi avaliada com recurso ao papel articular. Mais uma vez foi considerada a estética, cor, posição e forma da prótese. As reações da paciente foram bastante positivas.

Foi notório a diminuição do ângulo nasolabial e aumento da altura do terço inferior da face conseguido com a nova prótese. Esteticamente essas melhorias foram significativas, o que agradou a paciente.



Figura 30: Fografias intra-orais finais



Figura 31: Fotografia extra-oral final

A paciente foi informada das limitações e dificuldades inerentes ao uso de prótese total completa. Foram dadas todas as instruções necessárias à paciente: como colocar e retirar a prótese; evitar a incisão de alimentos com os dentes anteriores; iniciar a alimentação com comidas moles, mas não pegajosas, introduzidas pelo canto da boca, empurradas para cima e para dentro e mastigadas bilateralmente. Estas forças tendem a levar a base da prótese ao encontro do suporte mucoso.

Foram transmitidos conselhos no que concerne à higiene oral, lavar a boca e a prótese após todas as refeições e higienizar com escova própria para o efeito e água corrente. Foi elucidada a importância de escovar, com escova macia, a mucosa de suporte e o dorso da língua, melhorando a circulação, removendo placa e restos alimentares que possam irritar a mucosa e provocar mau hálito. O uso de dentífricos foi desaconselhado por provocarem abrasão do acrílico, tendo sido aconselhadas pastas e escova específica para o efeito. A paciente foi instruída a não dormir com a prótese, aproveitando esse período para as desinfetar com produtos apropriados, espumas ou pastilhas.

Por último alertou-se para a necessidade de comparecer às consultas de controlo.

1.2.4. Excisão cirúrgica de exostose mandibular

Na área de Periodontologia foi também realizado um ato considerado diferenciado dos restantes, consistiu na excisão cirúrgica de uma exostose mandibular. Nesta consulta tive a função de assistente, tendo sido a excisão cirúrgica realizada pelo Dr. Tiago Marques. Esta consulta foi realizada apenas em Junho, não se encontrando englobada nos resultados da disciplina de Periodontologia uma vez que estes contemplam apenas consultas efetuadas no período decorrido entre o mês de setembro de 2013 e maio de 2014, no entanto, por ser um ato diferenciado dos restantes considerou-se relevante a sua análise e discussão.

Exostoses são descritas como uma lesão não patogénica, nodular, localizada e constituída por protuberâncias ósseas que se desenvolvem a partir do osso cortical ou com menos frequência do osso esponjoso. A mucosa que reveste as protuberâncias ósseas tem aparência normal. Estas anomalias de desenvolvimento surgem com mais frequência na mandíbula. (36)

Exostoses são encontradas com maior frequência em adultos e apresenta igual predominância para os dois sexos. São normalmente assintomáticas exceto quando a mucosa que reveste estas protuberâncias se encontra ulcerada devido a trauma da região. (5)

A definição precisa deste tipo de lesões depende da sua localização, o torus palatino e o torus mandibular são as duas protuberâncias ósseas intraorais mais comuns. Exostoses orais são mais

raras e ocorrem normalmente ao longo da mucosa vestibular na maxila ou mandíbula na zona dos molares e pré-molares.

As características histológicas deste tipo de lesões são semelhantes e são descritas como uma massa de tecido cortical denso, lamelar com uma pequena quantidade de tecido medular fibroadiposo. Nalguns casos está presente uma zona interior de osso trabecular. (5)

O fator etiológico para as exostoses mandibulares e maxilares ainda é desconhecido, no entanto, devido às semelhanças morfológicas e histológicas, das exostoses maxilares e mandibulares com o torus mandibular e palatino, é aceitável pensar que os fatores etiológicos possam ser os mesmos. No entanto ainda não foi encontrado consenso. Tem sido sugerido que a protuberância de osso representa uma reação a stress oclusal aumentado ou anormal nos dentes localizados na área envolvida pela lesão. Há outras teorias que defendem que a etiologia destas lesões resulta de uma inter-relação multifatorial de fatores genéticos e ambientais.

Relativamente à localização, a exostose maxilar é bastante mais comum que a localizada na mandíbula. (37)

A maioria das exostoses são distintas o suficiente para que o seu diagnóstico seja exclusivamente clínico, tornando a maioria das vezes desnecessário o recurso a biopsia. No entanto quando o diagnóstico clínico não é claro deve efetuar-se biopsia para despistar outro tipo de patologias ósseas. (5)

Relativamente ao tratamento, pode ser necessária a remoção da exostose se esta é exposta repetidamente a trauma ou se apresenta ulcerada e dolorosa. A excisão cirúrgica pode também ser necessária no caso de interferência com a adaptação da base de próteses. No caso da exostose se localizar na zona do pântico de uma prótese fixa, a sua presença pode dificultar a higienização dessa zona, estando também neste caso indicada a sua excisão cirúrgica. (5)

Apresentou-se na consulta de Periodontologia, no dia 9 de junho de 2014, uma paciente de sexo feminino, com 35 anos de idade.

Relativamente à história médica, a paciente é saudável, não refere nenhuma patologia passada ou atual.

Apresenta como antecedentes dentários, o dente 1.6 endodonciado e com restauração classe II a amálgama, dente 2.6 com restauração classe I a amálgama e dente 3.6 endodonciado com restauração classe II MOD a amálgama e compósito.

Paciente refere uso de fio dentário e higiene oral duas vezes por dia.



Figura 32: Ortopantomografia

Realizou a última consulta de periodontologia no dia 10 de dezembro de 2013, onde foi feita a fase higiênica (motivação e instruções de higiene oral, destartarização e polimento). Paciente apresentava índice de placa de 78% e índice de sangramento de 4%. O diagnóstico periodontal foi de periodontite leve localizada no 5º sextante.

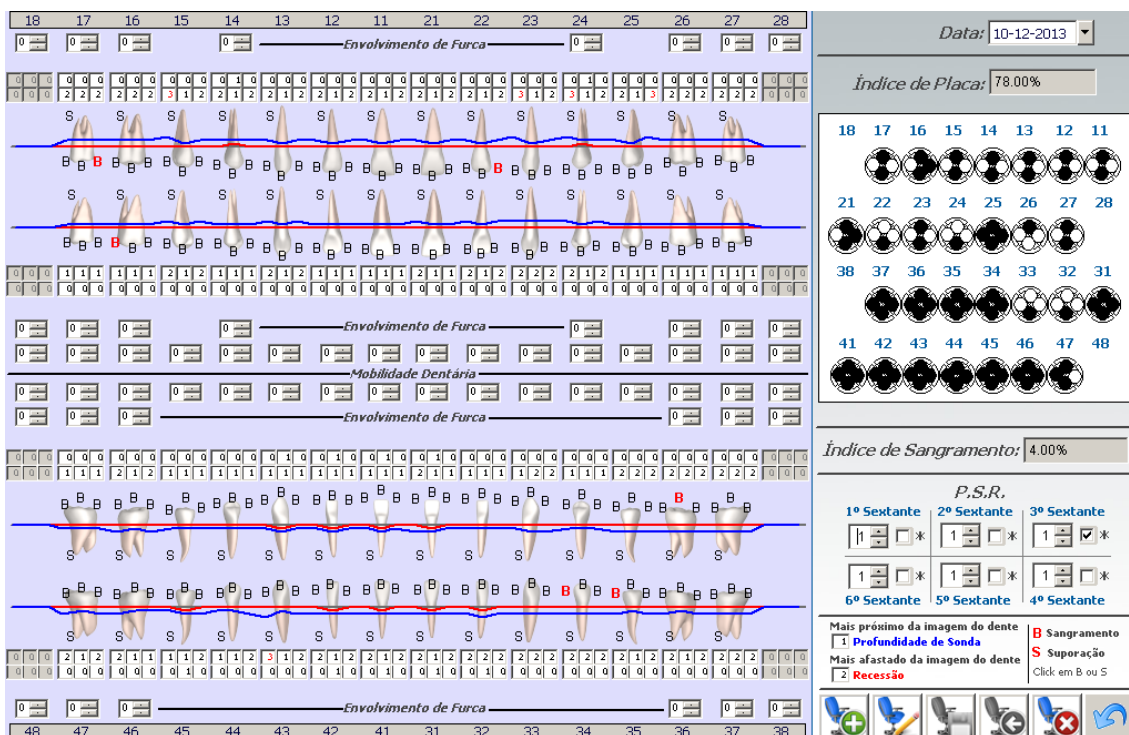


Figura 33: Periograma

Ao exame clínico intra-oral observou-se um nódulo sésil, de consistência dura, com 3 mm de diâmetro, localizada na mucosa vestibular do dente 4.3. A mucosa que recobre a lesão encontrava-se com coloração branca. Quando inquirida, a paciente revelou aperceber-se da

existência da lesão há cerca de um ano e do seu ligeiro aumento de tamanho. A paciente indica desconforto pela presença desta protuberância.

Pelas características clínicas que a lesão apresenta estabeleceu-se o diagnóstico de exostose. Esta lesão apresenta uma forma distinta o suficiente para permitir o diagnóstico exclusivamente clínico, não sendo necessário o recurso a biopsia. (5) Trata-se de uma lesão única, relativamente rara, uma vez que exostoses múltiplas maxilares são mais comuns. (37)



Figura 34: Fotografia intra-oral frontal



Figura 35: Pormenor da exostose mandibular

Analisou-se a presença de alguns dos fatores etiológicos para esta lesão, a paciente não apresenta bruxismo nem stress oclusal que seria evidente se existisse desgaste oclusal nos dentes próximos da localização da lesão. Foram avaliados os contactos oclusais com recurso a papel articular não tendo sido registados contactos prematuros mais acentuados nesta região. Que seja do conhecimento da paciente, não existem outros casos de exostoses na família. (37) Devido a história de desconforto, em conjunto com a paciente foi decidido proceder à excisão cirúrgica deste defeito ósseo.

O procedimento cirúrgico teve início com anestesia local na emergência do nervo mentoniano com objetivo de analgesia da área da lesão. Foi administrado um anestubo de xilonibsa 2% com epinefrina 1.80.

Com recurso a um bisturi com lâmina 15 foi realizada uma incisão a distal do defeito ósseo. A mucosa que recobria a lesão foi descoberta com recurso a um descolador mucoperiosteio.

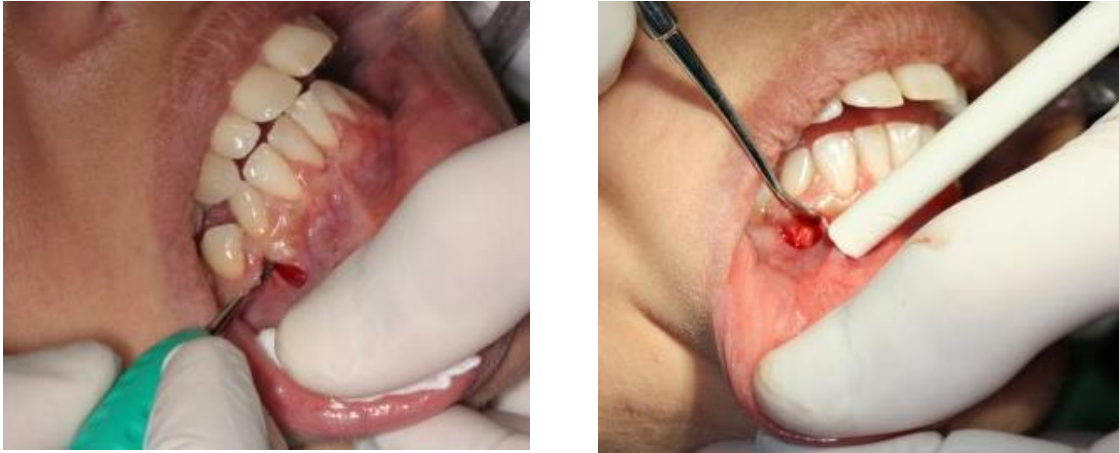


Figura 36: Descolamento da mucosa de recobrimento da exostose

Com uma lima de osso e um cinzel foi eliminada toda a protuberância óssea, deixando o rebordo ósseo vestibular regularizado.



Figura 37: Regularização óssea com lima de osso

Após comprovação dessa regularização óssea, os bordos da ferida foram aproximados através de sutura com três pontos simples. O fio de sutura usado foi fio nylon, que tem como característica ser não reabsorvível e monofilamentado sintético. Este tipo de sutura, por ser monofilamentar diminui a acumulação de placa, facilitando a cicatrização dos tecidos. O diâmetro do fio usado foi de seis zeros. A agulha de sutura tem curvatura em meio círculo e secção triangular.



Figura 38: Sutura, três pontos simples

Como indicações pós operatórias foi prescrita a toma de ibuprofeno, de oito em oito horas, enquanto permanesse sintomatologia dolorosa, este medicamento pertencente ao grupo dos anti-inflamatórios não esteroides.

Oito dias depois da excisão da lesão os pontos foram removidos, a ferida cicatrizou por primeira intenção. Não foram registadas complicações pós-operatórias.



Figura 39: Fotografias pós-operatório

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu-me realizar uma reflexão dos conhecimentos e aprendizagens adquiridas ao longo de todo o meu percurso académico, assim como, de todas as vivências e dificuldades ultrapassadas. A análise e estudo detalhado de planos de diagnóstico e tratamento de alguns casos diferenciados possibilitou aumentar os meus conhecimentos e a minha prática clínica em algumas Áreas Disciplinares.

O caso concreto da restauração conservadora de um dente com um grande grau de destruição permitiu-me perceber até onde pode ir a Dentisteria Operatória e os materiais nela utilizados. Foi-me permitido estudar, compreender e pôr em prática a possibilidade de combinação dos materiais de forma a tirar o melhor partido possível de todas as suas propriedades.

No caso da excisão cirúrgica de um fibroma, apesar de ter tido a função de assistente, considero que, pelo seu planeamento e posterior procedimento, este caso contribuiu bastante para o enriquecimento da minha aprendizagem nesta área.

No que se refere ao caso apresentado na área da Prótese Removível, este permitiu-me uma maior perceção da especificidade que uma reabilitação total apresenta. Em virtude de se tratar de uma área em que a estética é bastante valorizada, por envolver um público-alvo mais específico e exigente a vários níveis, pela necessidade de articular todas as valências estudadas e conhecimentos adquiridos, considero que todo o trabalho desenvolvido nesta Área Disciplinar me permitiu compreender a importância de aliar todos os conhecimentos técnicos e científicos aos desejos e expectativas do paciente.

Apesar de o atendimento dos pacientes na Clínica Universitária ser dividido nas várias Áreas Disciplinares e não decorrer em contexto de clínica integrada formal, é necessário realçar a importância de uma abordagem multidisciplinar dos pacientes, podendo só assim, garantir uma abordagem coerente e consistente do paciente, tendo em vista o restabelecimento “ad-integro” da sua saúde oral enquanto parte fundamental do bem-estar físico, psíquico e social.

Esta sistematização de um ano de trabalho tornou possível uma análise detalhada e crítica do mesmo, o que contribuiu de forma essencial para a minha aprendizagem e crescimento tanto a nível profissional como pessoal.

Terminada a minha formação académica pré-graduada, ficou a certeza de que a multiplicidade de fatores inerentes ao exercício da profissão obriga a uma aprendizagem permanente e ainda um longo caminho haverá a percorrer.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Pinto PAC. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: um estudo exploratório. 2009.
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(s1):3-24.
3. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. *Essential dental public health*: OUP Oxford; 2013.
4. Vargas CM, Kramarow EA, Yellowitz JA. *The oral health of older Americans*: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics Hyattsville, MD; 2001.
5. Lee C-mA, Damm DD, Neville BW, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology*: Elsevier Health Sciences; 2008.
6. Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *The Journal of the American Dental Association*; 2008;139(suppl 5):19S-24S.
7. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International dental journal*; 2012;62(6):278-91.
8. Casamassimo PS, Fields Jr HW, McTigue DJ, Nowak A. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*: Elsevier Health Sciences; 2013.
9. Chang CA, Fields Jr HW, Beck FM, Springer NC, Firestone AR, Rosenstiel S, et al. Smile esthetics from patients' perspectives for faces of varying attractiveness. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*; 2011;140(4):e171-e80.
10. Mordohai N, Reshad M, Jivraj S, Chee W. Factors that affect individual tooth prognosis and choices in contemporary treatment planning. *British dental journal*; 2007;202(2):63-72.
11. Fardal Ø, Johannessen AC, Linden GJ. Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *Journal of Clinical Periodontology*; 2004;31(7):550-5.
12. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza's clinical periodontology*: Elsevier health sciences; 2011.
13. Bruch JM, Treister NS. *Clínical oral medicine and pathology*: Springer; 2010.

14. López-Labady J, Villarroel L, Lazarde J, Rivera H. Fibroma Traumático: Revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Acta odontológica venezolana*; 2000;38(1):47-9.
15. Vega DS, Vanegas S, Santos M, Godoy A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. *Acta Bioclínica*; 2011;1(1).
16. Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology*: Quintessence Publishing; 2003.
17. do Canto AM, Müller H, de Freitas RR, da Silva Santos PS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 2010;85(5):669-75.
18. Infarmed. Resumo das características do medicamento: Ramipril + Hidroclorotiazida [internet].[atualizado em: 24/02/2010; citado em: 01/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=44285&tipo_doc=rcm
19. Infarmed. Resumo e características do medicamento- Sinvastatina [internet].[atualizado em: 07/12/2012; citado em: 01/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=36421&tipo_doc=rcm
20. Infarmed. Resumo e características do medicamento- Propionato de fluticasona [internet].[atualizado em: 28/04/2014; citado em: 06/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3582&tipo_doc=rcm
21. Infarmed. Resumo e características do medicamento- Propionato de clobetasol [internet].[atualizado em: 15/04/2011; citado em: 08/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2452&tipo_doc=rcm
22. Soares AC, Cavalheiro A. A review of amalgam and composite longevity of posterior restorations. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2010;51(3):155-64.
23. Bernardo M, Luis H, Martin MD, Leroux BG, Rue T, Leitão J, et al. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. *Journal of the American Dental Association*; 2007;138(6):775-83.
24. Opdam NJ, Bronkhorst EM, Roeters JM, Loomans BA. A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. *Dental materials*; 2007;23(1):2-8.
25. Bjertness E, Sønju T. Survival analysis of amalgam restorations in long-term recall patients. *Acta odontologica Scandinavica*; 1990;48(2):93-7.
26. da Rosa Rodolpho PA, Cenci MS, Donassollo TA, Loguércio AD, Demarco FF. A clinical evaluation of posterior composite restorations: 17-year findings. *Journal of Dentistry*; 2006;34(7):427-35.

27. Geiger S, Paikin L, Gorfil C, Gordon M. Fracture resistance of endodontically treated teeth restored with combined composite-amalgam restorations. *Quintessence international* (Berlin, Germany : 1985). 2008;39(2):e58-62.
28. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*; 2011;20(s1):S1-S12.
29. Organization WH. WHOQOL: measuring quality of life. 1997.
30. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*: Artes Médicas; 2002.
31. Müller F, Schimmel M. Tooth loss and dental prostheses in the oldest old. *European Geriatric Medicine*. 2010;1(4):239-43.
32. Goiato MC, Castelleoni L, Santos D, Gennari Filho H, Assunção WG. Oral injuries caused by the usage of removable prosthesis. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada*; 2005;5:85-90.
33. Cunha J. *Avaliação da reabilitação protética numa amostra de idosos intitucionalizados*: Universidade Católica Portuguesa; 2013.
34. Infarmed. Resumo e características do medicamento- Omeprazol [internet].[atualizado em: 29/04/2005; citado em: 08/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38050&tipo_doc=rcm
35. Infarmed. Resumo e características do medicamento- Paroxetina [internet].[atualizado em: 02/09/2013; citado em: 08/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7860&tipo_doc=rcm
36. Antoniades DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses: case report and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 1998;85(5):552-7.
37. Jankittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2000;90(1):48-53.

ANEXOS

1.1. Folha de registo dos dados da consulta



Registo dos dados da consulta

Data: _____

Nome: _____ Processo: _____

Idade: ____ anos

Sexo: F M

Profissão: _____

Área disciplinar: _____

Tratamento efetuado/Diagnóstico: _____

Observações: _____

Grau de dificuldade: 1 2 3

Operador: _____

Docente que acompanhou o ato: _____

1.2. Tabela base de registos dos dados da consulta

Data da consulta	Nome	Processo	Idade	Sexo	Profissao	Tratamento/Diagnóstico	Grau de dificuldade	Operador	Área Disciplinar
24/09/2013	J.M.A.	21398	51	Masculino	Profissional Ativo	PCL generalizada		2 Rita Moreira	Periodontologia
01/10/2013	J.A.J.F.	24926	34	Masculino	Profissional Ativo	PCM generalizada		3 Inês Barbas	Periodontologia
08/10/2013	V.C.O.	11611	58	Masculino	Reformado	PCA generalizada		3 Rita Moreira	Periodontologia
15/10/2013	J.M.P.L.	13078	50	Masculino	Profissional Ativo	PCL generalizada		1 Johnny Leite	Periodontologia
22/10/2013	M.C.F.C.A.	20446	63	Feminino	Doméstica	PCA generalizada		3 Inês Barbas	Periodontologia
29/10/2013	J.A.J.F.	24926	34	Masculino	Profissional Ativo	RAR/ PCM generalizada		3 Johnny Leite	Periodontologia
05/11/2013	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	PCL generalizada + PCM localizada		3 Rita Moreira	Periodontologia
12/11/2013	J.C.F.D.	17100	52	Masculino	Reformado	PCL generalizada + PCA localizada		2 Inês Barbas	Periodontologia
19/11/2013	V.C.O.	11611	58	Masculino	Reformado	RAR/ PCA generalizada		3 Johnny Leite	Periodontologia
26/11/2013	O.O.L.	25069	62	Feminino	Doméstica	PCL generalizada		2 Johnny Leite	Periodontologia
03/12/2013	M.R.B.H.H.S.	23648	22	Feminino	Estudante	Gengivite induzida por placa		1 Inês Barbas	Periodontologia
10/12/2013	D.V.H.P.	23296	35	Feminino	Profissional Ativo	PCL localizada		3 Inês Barbas	Periodontologia
17/12/2013	I.P.S.	24550	26	Feminino	Desempregado	Gengivite induzida por placa		1 Rita Moreira	Periodontologia
27/01/2014	I.E.S.S.	23527	45	Feminino	Profissional Ativo	PCM generalizada + PCA localizada		2 Inês Barbas	Periodontologia
27/01/2014	C.S.F.S.	25464	34	Feminino	Profissional Ativo	PCL generalizada		1 Rita Moreira	Periodontologia
10/02/2014	M.J.T.V.C.	24584	54	Feminino	Profissional Ativo	PCM generalizada		2 Rita Moreira	Periodontologia
03/03/2014	A.M.A.	17875	67	Masculino	Reformado	RAR/ PCA generalizada		2 Rita Moreira	Periodontologia
10/03/2014	C.R.L.C.	25445	23	Masculino	Estudante	PCL localizada + GIP		1 Johnny Leite	Periodontologia
17/03/2014	A.C.M.	21421	53	Masculino	Desempregado	PCL generalizada + PCM localizada		2 Inês Barbas	Periodontologia
24/03/2014	A.R.M.S.D.P.M.R.	25317	34	Feminino	Profissional Ativo	PCL generalizada		1 Johnny Leite	Periodontologia
31/03/2014	E.H.	20710	64	Masculino	Profissional Ativo	PCL generalizada + PCA localizada		1 Rita Moreira	Periodontologia
07/04/2014	I.M.G.S.	25656	48	Feminino	Doméstica	PCL generalizada		1 Inês Barbas	Periodontologia
05/05/2014	A.M.A.	17875	67	Masculino	Reformado	Controlo Periodontal/ PCA generalizada		1 Rita Moreira	Periodontologia
12/05/2014	J.M.P.L.	13078	51	Masculino	Profissional Ativo	PCM generalizada		2 Johnny Leite	Periodontologia
19/05/2014	M.C.J.C.F.	20023	62	Feminino	Doméstica	PCA generalizada		2 Rita Moreira	Periodontologia
26/05/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	PCL generalizada + PCM localizada		1 Inês Barbas	Periodontologia
07/10/2013	M.G.G.M.P.	25034	57	Feminino	Doméstica	1ª consulta	sem preenchimento	1 Rita Moreira	Medicina Oral
14/10/2013	O.O.L.	25069	62	Feminino	Reformado	1ª consulta	sem preenchimento	Inês Barbas	Medicina Oral
04/11/2013	F.A.Q.S.	25193	21	Masculino	Profissional Ativo	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
19/11/2013	A.C.M.D.	25259	66	Masculino	Reformado	1ª consulta	sem preenchimento	Inês Barbas	Medicina Oral
25/11/2013	A.B.M.A.	25272	70	Masculino	Reformado	1ª consulta	sem preenchimento	Rita Moreira	Medicina Oral
02/12/2013	A.R.M.S.D.P.M.R.	25317	34	Feminino	Profissional Ativo	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
13/01/2014	C.R.L.C.	25445	23	Masculino	Estudante	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
17/03/2014	M.C.J.C.F.	20023	62	Feminino	Doméstica	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
24/03/2014	M.C.J.C.F.	20023	62	Feminino	Doméstica	Excisão de Fibroma	sem preenchimento	Prof Dr Rui Amaral	Medicina Oral
07/04/2014	M.C.R.	25706	25	Feminino	Estudante	1ª consulta	sem preenchimento	Inês Barbas	Medicina Oral
05/05/2014	A.K.	25769	68	Masculino	Profissional Ativo	1ª consulta	sem preenchimento	Rita Moreira	Medicina Oral
12/05/2014	M.A.M.S.	25806	24	Masculino	Estudante	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
19/03/2014	P.O.C.M.	25830	18	Masculino	Estudante	1ª consulta	sem preenchimento	Johnny Leite	Medicina Oral
26/05/2014	A.R.P.	25856	56	Masculino	Profissional Ativo	1ª consulta	sem preenchimento	Rita Moreira	Medicina Oral
04/10/2013	V.N.L.F.	24609	40	Masculino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada resto radicular (4.5 e 4.8)		1 Johnny Leite	Cirurgia
11/10/2013	J.C.F.D.	17100	53	Masculino	Reformado	Exodontia com odontoseção (4.8)		2 Inês Barbas	Cirurgia
18/10/2013	T.M.S.A.F.	21505	52	Feminino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada resto radicular (3.4)		1 Rita Moreira	Cirurgia
01/11/2013	I.P.S.	24550	26	Feminino	Desempregado	Exodontia técnica fechada resto radicular (1.5)		2 Johnny Leite	Cirurgia
08/11/2013	D.C.A.	25197	65	Feminino	Reformado	Exodontia técnica fechada (4.7)		1 Rita Moreira	Cirurgia
29/11/2013	J.R.L.	25299	23	Masculino	Estudante	Exodontia técnica fechada (2.8)		1 Inês Barbas	Cirurgia
06/12/2013	M.J.F.A.O.	25149	56	Feminino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada resto radicular (2.8)		2 Rita Moreira	Cirurgia
13/12/2013	M.R.B.H.H.S.	23648	22	Feminino	Estudante	Exodontia técnica fechada (1.8 e 4.8)		2 Inês Barbas	Cirurgia
20/12/2013	A.F.S.	25260	73	Masculino	Reformado	Exodontia técnica fechada resto radicular (1.7)		2 Johnny Leite	Cirurgia
11/03/2014	M.I.S.C.	25594	33	Feminino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada resto radicular (4.2; 4.4 e 4.5)		1 Johnny Leite	Cirurgia
25/03/2014	M.C.A.	25581	69	Feminino	Reformado	Exodontia técnica fechada (1.6) + técnica aberta resto radicular (1.4)		3 Inês Barbas	Cirurgia
06/05/2014	M.M.A.A.R.	13616	47	Feminino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada (2.8)		2 Rita Moreira	Cirurgia
20/03/2014	P.O.C.M.	25830	18	Masculino	Estudante	Exodontia técnica fechada resto radicular (2.5)		3 Johnny Leite	Cirurgia
27/05/2014	I.E.S.S.	23527	45	Feminino	Profissional Ativo	Exodontia técnica fechada (1.7)		3 Inês Barbas	Cirurgia
25/11/2013	S.L.M.	24846	10	Feminino	Estudante	Restauração Classe I composto (1.6)		1 Rita Moreira	Odontopediatria
06/01/2014	A.P.A.R.A.	22102	12	Feminino	Estudante	Exodontia por técnica fechada (5.3)		1 Inês Barbas	Odontopediatria
20/01/2014	M.L.F.	25476	8	Feminino	Estudante	Pulpotomia (5.4)		3 Johnny Leite	Odontopediatria
14/11/2013	H.J.F.	25047	58	Masculino	Profissional Ativo	Endodontia do 3.7 (2 canais)		2 Johnny Leite	Endodontia
12/12/2013	M.S.F.C.C.	25236	34	Feminino	Profissional Ativo	Endodontia do 4.7 (3 canais)		2 Rita Moreira	Endodontia
23/01/2014	M.C.A.	25433	76	Feminino	Doméstica	Endodontia do 3.4 (1 canal)		1 Inês Barbas	Endodontia
11/03/2014	F.F.G.	25379	64	Feminino	Doméstica	Endodontia do 3.7 (2 canais)		2 Inês Barbas	Endodontia
25/03/2014	M.A.P.C.	23837	44	Feminino	Doméstica	Endodontia do 2.4 (2canais)		2 Rita Moreira	Endodontia
08/04/2014	N.A.M.F.C.	16203	26	Feminino	Profissional Ativo	Endodontia do 4.6 (3canais)		3 Johnny Leite	Endodontia
25/09/2013	M.C.F.C.A.	20446	63	Feminino	Profissional Ativo	Controlo		1 Johnny Leite	Prótese Removível
25/09/2013	C.M.F.M.	23538	64	Masculino	Profissional Ativo	Rebasamento + substituição de 2dentes em PPE inferior		2 Rita Moreira	Prótese Removível
02/10/2013	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	1ª Consulta		2 Inês Barbas	Prótese Removível
02/10/2013	C.M.F.M.	23538	64	Masculino	Profissional Ativo	Entrega de PPE inferior		1 Rita Moreira	Prótese Removível
09/10/2013	C.M.F.M.	23538	64	Masculino	Profissional Ativo	Controlo		1 Johnny Leite	Prótese Removível
23/10/2013	M.O.M.	13683	51	Feminino	Doméstica	Rebasamento + acrescimento de dente em PPA inferior		2 Rita Moreira	Prótese Removível
30/10/2013	M.O.M.	13683	51	Feminino	Doméstica	Controlo		1 Inês Barbas	Prótese Removível
06/11/2013	A.P.L.S.	21490	29	Feminino	Profissional Ativo	1ª Consulta		2 Johnny Leite	Prótese Removível
20/11/2013	A.B.M.A.	25272	70	Masculino	Reformado	Conserto de PPA superior + acrescimento de dente		2 Johnny Leite	Prótese Removível
20/11/2013	M.C.O.C.	24409	44	Feminino	Profissional Ativo	Preparação pré-protética		3 Inês Barbas	Prótese Removível
27/11/2013	A.B.M.A.	25272	70	Masculino	Reformado	Entrega de PPA superior		1 Inês Barbas	Prótese Removível
04/12/2013	V.F.L.A.	25268	39	Masculino	Pensionista	1ª Consulta		3 Rita Moreira	Prótese Removível
04/12/2013	M.C.O.C.	24409	44	Feminino	Profissional Ativo	Prova de esqueleto, registo intermaxilar e escolha cor		3 Inês Barbas	Prótese Removível
18/12/2013	S.F.M.	25277	71	Masculino	Reformado	Conserto de protese total acrilica superior		2 Johnny Leite	Prótese Removível
18/12/2013	M.C.O.C.	24409	44	Feminino	Profissional Ativo	Prova de dentes		3 Rita Moreira	Prótese Removível
08/01/2014	F.F.G.	25379	64	Feminino	Doméstica	1ª Consulta		2 Inês Barbas	Prótese Removível
15/01/2014	M.C.O.C.	24409	44	Feminino	Profissional Ativo	Nova prova de dentes		2 Rita Moreira	Prótese Removível
22/01/2014	M.C.O.C.	24409	44	Feminino	Profissional Ativo	Entrega de protese esquelética inferior		2 Johnny Leite	Prótese Removível
05/03/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Preparação pré-protética		3 Johnny Leite	Prótese Removível
05/03/2014	A.M.A.	17875	67	Masculino	Reformado	Rebasamento de PTA superior		3 Inês Barbas	Prótese Removível

12/03/2014	M.C.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Prova de esqueleto		2	Rita Moreira	Prótese Removível
12/03/2014	A.M.A.	17875	67	Masculino	Reformado	Controlo		1	Inês Barbas	Prótese Removível
19/03/2014	M.I.S.S.C.	25594	33	Feminino	Profissional Ativo	1ª Consulta		2	Rita Moreira	Prótese Removível
19/03/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Registo intermaxilar e escolha da cor		3	Rita Moreira	Prótese Removível
26/03/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Prova de dentes		2	Inês Barbas	Prótese Removível
02/04/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Nova prova de dentes		2	Rita Moreira	Prótese Removível
09/04/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Inserção de prótese		1	Johnny Leite	Prótese Removível
23/04/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Controlo		1	Johnny Leite	Prótese Removível
07/05/2014	A.S.A.	18064	72	Masculino	Reformado	1ª Consulta		2	Inês Barbas	Prótese Removível
07/05/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Controlo		1	Johnny Leite	Prótese Removível
21/05/2014	J.V.S.	21017	79	Masculino	Reformado	Controlo		1	Inês Barbas	Prótese Removível
21/05/2014	F.F.G.	25379	64	Feminino	Doméstica	Preparação pré-prótese		3	Rita Moreira	Prótese Removível
28/05/2014	D.C.P.C.F.	17835	71	Feminino	Reformado	Controlo		1	Rita Moreira	Prótese Removível
29/05/2014	M.E.R.M.	25673	60	Feminino	Desempregado	1ª Consulta		2	Johnny Leite	Prótese Removível
25/09/2013	J.M.P.L.	13078	50	Masculino	Profissional Ativo	Controlo 4 pontes e 1 coroa		1	Inês Barbas	Prótese Fixa
02/10/2013	T.M.S.A.F.	21505	52	Feminino	Profissional Ativo	Controlo coroa unitária		1	Rita Moreira	Prótese Fixa
17/12/2013	A.M.C.F.	17305	41	Feminino	Profissional Ativo	Controlo 4 coroas unitárias		1	Rita Moreira	Prótese Fixa
15/01/2014	H.M.J.A.	25383	33	Feminino	Profissional Ativo	1ª consulta		1	Johnny Leite	Prótese Fixa
22/01/2014	A.F.A.D.	22	22	Feminino	Estudante	1ª consulta		1	Inês Barbas	Prótese Fixa
22/01/2014	C.S.F.S.	25464	34	Feminino	Profissional Ativo	1ª consulta		1	Rita Moreira	Prótese Fixa
05/03/2014	J.M.P.L.	13078	50	Masculino	Profissional Ativo	Controlo 4 pontes e 1 coroa		1	Rita Moreira	Prótese Fixa
05/03/2014	J.M.P.L.	13078	50	Masculino	Profissional Ativo	Controlo 4 pontes e 1 coroa		1	Inês Barbas	Prótese Fixa
05/03/2014	J.M.P.L.	13078	50	Masculino	Profissional Ativo	Controlo 4 pontes e 1 coroa		1	Johnny Leite	Prótese Fixa
03/10/2014	A.P.A.R.A.	22102	12	Feminino	Estudante	Controlo de aparelho superior e inferior		1	Inês Barbas	Ortodontia
14/11/2014	A.P.A.R.A.	22102	12	Feminino	Estudante	Controlo de aparelho superior e inferior		1	Inês Barbas	Ortodontia
19/12/2014	A.P.A.R.A.	22102	12	Feminino	Estudante	Controlo de aparelho superior e inferior		1	Inês Barbas	Ortodontia
16/01/2014	A.P.A.R.A.	22102	12	Feminino	Estudante	Controlo de aparelho superior e inferior		1	Inês Barbas	Ortodontia
22/05/2014	J.M.R.	25080	9	Masculino	Estudante	1ª Consulta		2	Inês Barbas	Ortodontia
24/09/2013	V.C.O	11611	58	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe III M e D composto (1.3)		3	Inês Barbas	Dentisteria
01/10/2013	J.C.F.D.	17100	52	Masculino	Reformado	Restauração Classe II MOD composto (4.6)		2	Johnny Leite	Dentisteria
15/10/2013	C.M.F.M.	23538	64	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe II amálgama (4.5)		2	Rita Moreira	Dentisteria
22/10/2013	J.M.A.	21398	51	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe II composto (4.7)		3	Rita Moreira	Dentisteria
29/10/2013	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Restauração Classe V amálgama (1.8)		2	Inês Barbas	Dentisteria
12/11/2013	M.A.P.M.S.	17004	54	Feminino	Profissional Ativo	Restauração Classe V composto (4.3)		1	Johnny Leite	Dentisteria
26/11/2013	O.O.L.	25069	62	Feminino	Reformado	Restauração Classe V amálgama (2.5)		2	Rita Moreira	Dentisteria
03/12/2013	C.M.F.M.	23538	64	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe I composto (1.4)		1	Inês Barbas	Dentisteria
10/12/2013	M.C.F.A.S.	23993	55	Feminino	Doméstica	Restauração Classe II composto (2.4)		2	Johnny Leite	Dentisteria
17/12/2013	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Restauração Classe V IRM (4.8)		1	Inês Barbas	Dentisteria
07/01/2014	I.P.S.	24550	26	Feminino	Desempregado	Restauração Classe I composto (4.7)		1	Rita Moreira	Dentisteria
14/01/2014	P.C.S.	23898	44	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe II a IRM (2.7)		2	Inês Barbas	Dentisteria
21/01/2014	M.C.H.P.B.M.	24291	50	Feminino	Doméstica	Restauração Classe V amálgama (4.8)		2	Rita Moreira	Dentisteria
06/03/2014	O.T.	24273	35	Feminino	Profissional Ativo	Restauração Classe II composto (3.6)		2	Johnny Leite	Dentisteria
13/03/2014	C.J.G.	24209	70	Feminino	Doméstica	Restauração Classe III composto (2.3)		2	Rita Moreira	Dentisteria
20/03/2014	A.L.F.	12827	63	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe V composto		2	Inês Barbas	Dentisteria
27/03/2014	I.J.R.	25624	74	Feminino	Reformado	Restauração Classe II amálgama (2.6)		1	Johnny Leite	Dentisteria
03/04/2014	H.J.F.	25047	58	Masculino	Profissional Ativo	Restauração Classe II composto (3.7)		1	Rita Moreira	Dentisteria
24/04/2014	F.F.G.	25379	64	Feminino	Doméstica	Restauração Classe II MOD amálgama (3.7)		1	Inês Barbas	Dentisteria
08/05/2014	M.I.S.S.C.	25594	33	Feminino	Doméstica	Restauração Classe III composto (2.3)		1	Johnny Leite	Dentisteria
08/05/2014	D.V.H.P.	23296	35	Feminino	Profissional Ativo	Grande restauração amálgama+composto (3.6)		3	Inês Barbas	Dentisteria
22/05/2014	M.I.S.S.C.	25594	33	Feminino	Profissional Ativo	Restauração Classe II composto (4.5)		1	Inês Barbas	Dentisteria
22/05/2014	M.I.S.S.C.	25594	33	Feminino	Profissional Ativo	Restauração Classe II IRM		1	Inês Barbas	Dentisteria
22/05/2014	P.O.C.M.	25830	18	Masculino	Estudante	Restauração provisória		1	Johnny Leite	Dentisteria
29/05/2014	E.E.P.A.	25371	34	Feminino	Desempregada	Restauração Classe II M amálgama (4.7)		1	Rita Moreira	Dentisteria
24/01/2014	H.M.J.A.	25383	33	Feminino	Profissional Ativo	Montagem em articulador		2	Johnny Leite	Oclusão
21/03/2014	D.P.P.	25637	19	Feminino	Estudante	Impressões para goteira de branqueamento		2	Inês Barbas	Oclusão
30/05/2014	M.C.J.C.F.	20023	62	Feminino	Doméstica	Consulta de avaliação		1	Rita Moreira	Oclusão

1.3. Resumo do poster “Grandes restaurações em Dentisteria Operatória – a propósito de um caso clínico”

1/1

Pré-visualização de poster

Grandes restaurações em Dentisteria Operatória – a propósito de um caso clínico

Categoria: Caso clínico

Autores: Inês Barbas *, Ana Moreira, Johnny Leite, Vânia Barros, Rute Rio, António Guerra Capelas

Instituições: UCP- CRB, UCP- CRB, UCP- CRB, UCP- CRB, UCP- CRB, UCP- CRB

Áreas de interesse: Dentisteria

Introdução: A Dentisteria Operatória visa o tratamento conservador de dentes comprometidos mediante restauração direta. O clínico dispõe de materiais como o amálgama e as resinas compostas que apresentam diferentes propriedades. Estes materiais quando usados de forma combinada permitem a restauração de dentes com um grande grau de destruição. Tendo em conta o nível socio-económico da população em geral, é importante que o clínico disponha de soluções alternativas aos tratamentos em Prótese Fixa.

Caso Clínico: D.H.P., paciente do sexo feminino, raça caucasiana, 35 anos, saudável, não fumadora e com bons hábitos de higiene oral. Apresenta dente 3.6 endodenciado com uma fratura na restauração classe II MOD a amálgama. Por razões económicas foi proposta a realização de uma restauração coronal conservadora em detrimento de um tratamento em Prótese Fixa. Após gengivetomia para aumento coronário, o terço coronal inferior foi restaurado a amálgama associado a um recobrimento oclusal com compósito.

Discussão: Dentes endodenciados, com um considerável grau de destruição coronária, em que a cavidade é extensa, complexa, com margens infragengivais em dentina e cimento, apresentam maior dificuldade de colocação de um bom isolamento absoluto, pelo que o material que nestas condições permite uma melhor adaptação às margens gengivais é o amálgama. Associar o recobrimento oclusal a compósito permite melhorar a adaptação na zona das cúspides, aumentando a resistência da restauração. Possibilita também o aumento da estética ao nível de cor e anatomia da superfície oclusal.

Conclusão: Este caso clínico permite demonstrar o grau de atuação possível da Dentisteria Operatória em casos de dentes com elevado grau de destruição. É importante ressaltar que neste caso, os materiais estão a ser utilizados no limite das suas indicações clínicas pelo que os resultados esperados em relação a durabilidade podem não atingir os espectáveis no caso de tratamentos em Prótese Fixa. No entanto, a combinação destes dois materiais, amálgama e compósito, permitiu tirar o melhor partido possível de cada uma das suas propriedades, constituindo uma boa alternativa para a restauração da estética e função de um dente com um elevado grau de destruição.

1.4. Resumo do poster “Ferulização- a propósito de um caso clínico”

1/1

Pré-visualização de poster

Ferulização: a propósito de um caso clínico

Categoria: Caso clínico

Autores: Ana Moreira*, José Sancho, Maria Santos, Nuno Santos

Instituições: UCP - CRB, UCP - CRB, UCP - CRB, UCP - CRB

Áreas de interesse: Periodontologia

Ferulização: a propósito de um caso clínico

Introdução: A associação de trauma oclusal com doença periodontal permanece um assunto controverso, no entanto, vários estudos sugerem que o trauma oclusal não origina mas modifica a progressão da doença periodontal pré-existente.

Caso Clínico: A. M. A., doente do sexo masculino, raça caucasiana, 68 anos, não fumador. Foi-lhe diagnosticado uma PCA (Periodontite Crónica Avançada) com o dente 1.1 a apresentar bolsas profundas e defeito ósseo vertical. Apesar de se considerar o dente 1.1 com mau prognóstico, decidiu-se proceder ao tratamento periodontal, ferulizar e aguardar evolução.

Após 2 anos da ferulização verificou-se diminuição do defeito ósseo vertical existente, apesar de não ter sido realizado qualquer procedimento cirúrgico regenerativo, com a consequente melhoria do suporte periodontal neste dente.

A férula existente de resina composta adesiva foi reparada com resina composta, e reforçada com fibra de vidro.

Discussão: Pacientes com Periodontite crónica têm predisposição para a ocorrência de trauma oclusal secundário pois a atividade funcional normal pode causar danos traumáticos num periodonto com área diminuída.

Verifica-se que o trauma oclusal aumenta a velocidade de progressão e a severidade da doença periodontal, sendo responsável por um tipo específico de destruição periodontal que culmina na formação de defeitos ósseos verticais. Neste caso, com vista a distribuir as forças oclusais e de modo a prevenir trauma oclusal secundário, mobilidade aumentada e movimento dentário, recorreu-se à ferulização dentária.

Conclusão: A ferulização dentária foi uma opção para promover uma estabilização periodontal e oclusal do dente sujeito a trauma oclusal, pelo que a associação com uma fibra resistente, estética e biocompatível melhorou significativamente as propriedades estéticas e mecânicas e consequentemente o prognóstico do tratamento. Em termos de suporte periodontal a terapia periodontal não cirúrgica associada à ferulização estabilizou a situação periodontal e permitiu a reparação/regeneração periodontal do defeito.


Autores: Moreira, Ana; UCP; 5º ano; 910024386; rita.v.moreira@gmail.com

Sancho, José; UCP; 5º ano

Santos, Maria; UCP; 5º ano

Dr. Santos, Nuno; Professor de Periodontologia; UCP

1.5. Resultado da biópsia realizada na consulta de Medicina Oral

 Lab HC anatomia patológica, unip., lda	Dir. Técnica: Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho	Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viseu Sul Apartado 39 EC S. José - 3501-908 VISEU Tel.: 232 436 614 - Fax 232 432 808 www.labhc-anatomiapatologica.pt labhc@sapo.pt
--	---	---

Data de Nascimento: 04-07-1951	N.º: 98749
Telefone: 232428611	MARIA CARMINDA JESUS COELHO FERNANDES
Data entrada: 25-03-2014	TV RUA PEDREIRA 8 BAIRRO SANTA EULALIA
	REPESES
	3500-690 VISEU

Médico Requisitante: Prof. Dr. Rui Amaral Mendes

Produto: B. Língua

Exames anteriores:

Diagnóstico Clínico: Lesão de base séssil localizada no bordo lateral direito da língua de consistência duro-elástica, com 3 mm de diâmetro, não hemorrágica.
F I B R O S A

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

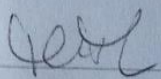
Descrição Macroscópica:

Fragmento grosseiramente lanceolado com 0,6 x 0,4 x 0,4 cm, centrado por mucosa aparentemente ulcerada.

Descrição Histológica:

Tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado marcadamente acantótico com maturação celular mantida mas com alterações citológicas compatíveis com efeito citopático viral. O córion é muito denso está ocupado por tecido colagénico de feixes espessos, pouco vascularizados e pouco celulares.

O estudo histopatológico enquadra-se em proliferação epitelial de provável etiologia viral e sem evidência de neoplasia e, eventualmente, lesão fibrótica subepitelial.

Data de saída: 27-03-2014	Assinatura  Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho
----------------------------------	---