



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
**CATÓLICA** | **CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
PORTUGUESA

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

Ana Rita Torres Vieira de Carvalho Moreira

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

Por

Ana Rita Torres Vieira de Carvalho Moreira

Sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes e co-orientação  
do Professor Dr. Tinoco Lopes

Viseu 2014



# **DEDICATÓRIA**

É com muito orgulho e carinho que dedico este trabalho à memória dos meus avôs  
Antônio Vieira e Antônio Moreira.



# AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria José e José Manuel, por serem os pilares da minha vida, os meus maiores exemplos de dedicação e bondade, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.

Ao meu irmão Diogo, pela força, incentivo e amizade sem igual.

Ao meu tio Albano, por sempre me incentivar perante os desafios a fazer mais e melhor e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Às minhas avós, Adelaide e Alda, por todo o carinho e motivação.

Ao Zé, pelo apoio, carinho diário e pelas palavras de incentivo, confiança e força, em todos os momentos.

Ao meu Orientador, Exmo. Senhor Professor Doutor Rui Amaral Mendes, pela orientação e saber que me transmitiu, pelas opiniões sempre úteis e oportunas, e, também, pelo seu grande profissionalismo.

Ao meu Co-orientador, Exmo. Senhor Professor Dr. Tinoco Lopes, pela disponibilidade, ajuda em momentos decisivos e pelos seus sábios conselhos.

Aos meus colegas Inês e Johnny pelo saber, entreajuda, espírito de equipa e amizade que partilharam comigo desde o início.

Ao João Pedro pelos conhecimentos transmitidos na área da informática.

A todos os meus amigos que sabem quem são, por terem sido um grande apoio nestes cinco anos, pelo companheirismo, força e amizade.

A todos os restantes Exmos. Senhores Professores e Funcionários da Clínica Dentária Universitária da UCP com quem interagi ao longo destes cinco anos, que fizeram parte e influenciaram a minha formação académica e pessoal.



# RESUMO

A Saúde Oral é parte integrante e essencial da Saúde e, por isso, deve ser encarada como um bem social, emocional e físico, fundamental para o bem-estar e qualidade de vida do ser humano.

Assim sendo, pode-se afirmar que para existir um estado de saúde pleno, é necessário que as pessoas tenham uma cavidade oral sã e sem enfermidades.

Neste contexto, a Medicina Dentária, através das suas diversas áreas de atuação (Cirurgia, Dentisteria, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia e Prostodontia) e numa perspetiva multidisciplinar, desempenha um papel fundamental para a manutenção da Saúde e higiene oral da população em geral.

O presente Relatório de Atividade Clínica aborda e trata os atos clínicos relativos ao universo de pacientes atendidos pelo meu Trinómio no corrente ano letivo, circunscrito ao período de setembro de 2013 a maio de 2014, destacando a função de operadora ou assistente em que neles intervim.

Essa abordagem é centrada numa apresentação gráfica por áreas disciplinares comparando o total dos atos do trinómio com os que pratiquei individualmente.

Destacam-se três casos clínicos diferenciados que, por isso, terão uma abordagem diferente dos restantes fazendo-se um desenvolvimento mais pormenorizado dos respetivos planos de tratamentos efetuados.

A atividade clínica curricular é um processo de aprendizagem indispensável, na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuindo não só para o desenvolvimento profissional mas também pessoal.

**Palavras-chave:** Atividade clinica, Cirurgia, Dentisteria, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia



# ABSTRACT

Oral health as an essential health's part, has to be seen as a social, emotional and physical benefit crucial to the well-being and quality of life.

Therefore, to be healthy, people need to have a health's oral cavity without oral diseases.

In this context, Dental Medicine, through its specialties (Surgery, Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontics and Prosthodontics) plays a key role in maintaining oral health and oral hygiene in the general population in a multidisciplinary perspective,

This clinical activity report will focus on clinical acts provided to a group of patients held by my group, in a period that extends from September 2013 to May 2014.

The respective graphical presentation will be done according to different curricular areas comparing the total of the acts of the group with those who had been practiced individually.

In three special cases, in which differentiated clinical aspects were identified, different approaches took place and a more detailed report of the procedures will be presented.

In this context, the curricular skills revealed to be a valuable resource, since the theoretical knowledge acquired during the course has effectively contributed to the technical approaches chose for each clinical case as well as for my personal development.

**Key Words:** Clinical activity, Surgery, Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontics, Prosthodontics



# ÍNDICE GERAL

## Conteúdo

RESUMO .....	IX
ABSTRACT .....	XI
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. MATERIAIS E MÉTODOS .....	9
3. RESULTADOS.....	15
3.1 Gráficos 1 a 6 – Análise descritiva dos atos clínicos, em geral e por disciplinas, e do universo de pacientes, em termos de idade, gênero e profissão .....	15
3.2 Gráficos 7 a 13 – Prostodontia Removível.....	19
3.3 Gráficos 14 a 18 – Periodontologia.....	25
3.4 Gráficos 19 a 22 – Dentisteria.....	28
3.5 Gráficos 23 a 26 –Cirurgia Oral .....	31
3.6 Gráficos 27 a 31 – Medicina Oral .....	33
3.7 Gráficos 29 a 31 –Prótese Fixa .....	35
3.8 Gráficos 32 e 33 –Endodontia.....	37
3.9 Gráfico 34 – Oclusão.....	38
3.10 Gráfico 35 – Ortodontia .....	39
3.11 Gráfico 36 – Odontopediatria.....	40
4. ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	43
5. DISCUSSÃO.....	47
5.1 CASO CLÍNICO Nº1 .....	51
5.2 CASO CLÍNICO Nº2.....	58
5.3 CASO CLÍNICO Nº3.....	67
6. CONCLUSÃO .....	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
ANEXOS.....	91



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total geral de atos clínicos .....	16
Gráfico 2 - Atos clínicos realizados por disciplina .....	16
Gráfico 3 - Frequência de intervalos de idade dos pacientes .....	17
Gráfico 4 - Idade dos pacientes .....	17
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes por género .....	18
Gráfico 6 - Profissão / Estado social dos pacientes.....	18
Gráfico 7 – Próstodontia Removível - Frequência de intervalos de idade dos pacientes.....	19
Gráfico 8 - Próstodontia Removível – Idade dos pacientes .....	19
Gráfico 9 - Próstodontia Removível – Nº de Atos Clínicos .....	20
Gráfico 10 - Próstodontia Removível – Nº de consultas por paciente .....	21
Gráfico 11 - Próstodontia Removível – Tratamentos Realizados .....	23
Gráfico 12 – Próstodontia Removível - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados .....	24
Gráfico 13 - Próstodontia Removível – Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos .....	24
Gráfico 14 – Periodontologia - Frequência de intervalos de idade dos Pacientes.....	25
Gráfico 15 – Periodontologia - Nº de Atos Clínicos .....	25
Gráfico 16 – Periodontologia - Diagnósticos .....	26
Gráfico 17 – Periodontologia - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados .....	27
Gráfico 18 – Periodontologia - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos .....	27
Gráfico 19 – Dentisteria - Nº de Atos Clínicos .....	28
Gráfico 20 – Dentisteria - Tratamentos Realizados .....	29
Gráfico 21 – Dentisteria - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados .....	30
Gráfico 22 – Dentisteria - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos .....	30
Gráfico 23 – Cirurgia Oral - Nº de Atos Clínicos .....	31
Gráfico 24 - Cirurgia Oral - Tratamentos Realizados .....	31
Gráfico 25 - Cirurgia Oral - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados .....	32

Gráfico 26 - Cirurgia Oral - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos.....	32
Gráfico 27 - Medicina Oral - Idade dos pacientes.....	33
Gráfico 28 - Medicina Oral - Nº de Atos Clínicos .....	34
Gráfico 29 – Prótese Fixa – Idade VS Género dos Pacientes.....	35
Gráfico 30 - Prótese Fixa - Nº de Atos Clínicos .....	36
Gráfico 31 - Prótese Fixa - Tratamentos Realizados.....	36
Gráfico 32 – Endodontia - Nº de Atos Clínicos .....	37
Gráfico 33 – Endodontia – Nº de Canais dentários por dente.....	38
Gráfico 34 – Oclusão – Tratamentos Realizados .....	38
Gráfico 35 – Ortodontia – Tratamentos Realizados.....	39
Gráfico 36 – Odontopediatria – Tratamentos Realizados .....	40

# ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Prótese Removível - Tratamentos em cada paciente.....	22
Tabela 2 – Medicina Oral – Idades dos pacientes .....	33
Tabela 3 – Medicina Oral – Reencaminhamento dos pacientes.....	35



# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – LPO Reticular (A: mucosa jugal direita; B: mucosa jugal esquerda) .....	55
Figura 2 (A, B) –Exérese total da lesão.....	56
Figura 3 - Sutura de 3 pontos simples .....	57
Figura 4 - Envio da amostra para análise histológica.....	57
Figura 5 – Controlo da cicatrização após 30 dias.....	58
Figura 6 – Férula existente .....	61
Figura 7 - Ortopantomografia .....	62
Figura 8 - Periograma.....	62
Figura 9 – Periapicais dos incisivos centrais (A: 2012; B:2014) .....	63
Figura 10: A: Aplicação de compósito fluido na fibra de vidro; B: Condensação do compósito; C: Fotopolimerização).....	64
Figura 11 - Aplicação de uma fina camada de compósito na fibra de vidro de modo a cobrir as irregularidades.....	65
Figura 12 - Remodelação estética mediante encerramento dos diastemas.....	65
Figura 13 - Acabamentos (Desgaste e polimento) .....	66
Figura 14 - Resultado Final.....	66
Figura 15 - A: Antes; B: Depois.....	66
Figura 16 - Próteses utilizadas pela paciente.....	70
Figura 17 - Papila interincisiva .....	71
Figura 18 - Ortopantomografia .....	72
Figura 19 – Radiografia periapical do 4.7.....	72
Figura 20 – A: Oclusal Superior; B: Frontal; C: Oclusal inferior; D: Lateral Direita; E: Lateral Esquerda.....	73
Figura 21 – A: Frontal PIM; B: Frontal Sorriso; C: Lateral.....	74
Figura 22 – Modelos de Estudo - A: Superior; B: Inferior) .....	75
Figura 23 – Prótese acrílica inferior (A: Lateral Direita; B: Lateral esquerda; C: Oclusal; D: Vista por Lingual) .....	76
Figura 24 - Modelos inferior e superior articulados.....	77

Figura 25 – Prova de dentes .....	78
Figura 26 – Frontal Final.....	79
Figura 27 – A: Antes ; B: Depois.....	79
Figura 28 – Fotografia extra oral com a prótese final .....	80

# GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**CARSI:** Controlo de Aparelho Removível Superior e Inferior **GD:** Grau de Dificuldade

**DVO:** Dimensão Vertical de Oclusão

**IP:** Índice de Placa

**IS:** Índice de Sangramento

**LP:** Líquen Plano

**LPO:** Líquen Plano Oral

**MD:** Medicina Dentária

**OHI:** Instruções de Higiene Oral

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PCA:** Periodontite Crónica Avançada

**PCL:** Periodontite Crónica Leve

**PCLg e PCAl:** Periodontite Crónica Leve generalizada e Periodontite Crónica Avançada localizada

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

**PCM:** Periodontite Crónica Moderada

**PCMg e PCAl:** Periodontite Crónica Moderada generalizada e Periodontite Crónica Avançada localizada

**P E, R I e esc. Cor:** Prova de esqueleto, Registo intermaxilar e escolha da Cor

**PSR:** Registo Periodontal Simplificado

**RAC:** Relatório de Atividade Clínica

**RAR:** Raspagem e Alisamento Radicular

**Rebas. PTA inf:** Rebasamento de Prótese Total Acrílica inferior

**Rebas e subst. dentes:** Rebasamento e substituição de dentes

**SO:** Saúde Oral

# ***1. INTRODUÇÃO***



# 1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Atividade Clínica (RAC), visa, por uma lado, satisfazer a exigência acadêmica necessária para concluir o curso e, por outro lado, servir de base para rever e aprofundar os meus conhecimentos teórico-práticos do que tem sido a minha prática clínica e do meu saber.

Passando ao conceito de saúde, este, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), é definido pela existência de um completo bem-estar físico, mental e social de uma qualquer pessoa e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades.

Neste conceito, a OMS entende que um estado de saúde pleno implica uma interligação de vários fatores, sendo um deles a saúde oral (SO), que é parte integrante da saúde no seu todo, isto é, um indivíduo só é saudável se, não apresentando doenças nas outras áreas de saúde, também dispuser de uma boa SO, condição indispensável para poder desfrutar de bem-estar e qualidade de vida. <sup>(1)</sup>

Relativamente à SO esta é definida pela OMS como sendo a ausência de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam a cavidade oral.

Existirem problemas de SO significa, para as pessoas que os tenham, diferentes tipos de complicações, quer a nível de impacto social quer a nível de impacto físico, nomeadamente:

- A nível funcional, caracterizados principalmente por dificuldades em mastigar, o que causa diversos problemas para a saúde em geral. <sup>(2) (3)</sup> Além disso, o indivíduo é influenciado a ingerir uma menor quantidade de alimentos e com menor variedade, o que leva a uma insuficiência alimentar e proteica;
- Falta de conforto e bem-estar ao existir dor constante ou provocada; <sup>(2) (3)</sup>
- A nível social <sup>(2) (3)</sup>, atualmente, a estética e SO são cada vez mais características de extrema importância para o bem-estar e afirmação pessoal e social, implicando que indivíduos com baixos níveis de SO sofram de constrangimentos psicológicos e físicos e tenham uma fraca ou baixa autoestima. Com efeito, a

estética dentária e facial de cada um tem cada vez mais um impacto muito positivo na qualidade de vida e no sucesso interpessoal do individuo. <sup>(4)</sup>

É também muito importante realçar a relação que existe entre uma SO deficitária e o agravamento de doenças crónicas sistémicas, tais como doenças cardiovasculares <sup>(5)</sup>, doenças respiratórias <sup>(6)</sup> e diabetes mellitus <sup>(7)</sup>.

As doenças orais são das doenças crónicas mais comuns e constituem grandes problemas de saúde pública devido à sua prevalência, impacto no individuo e na sociedade e aos elevados custos quando não exista um tratamento preventivo adequado. <sup>(8)</sup>

A manutenção de uma boa higiene oral é um dos comportamentos mais importantes para a manutenção de uma cavidade oral saudável. Por isso, fomentar a higiene oral é vista como uma estratégia fundamental para diminuir a probabilidade do aparecimento de doenças orais e, deste modo, diminuir o impacto negativo que estas têm na qualidade de vida do ser humano. <sup>(1)</sup>

É da competência do Médico Dentista, como veículo primordial na transmissão da informação da SO, informar todos os pacientes do impacto positivo que uma boa saúde e higiene oral têm na qualidade de vida, induzindo-os a boas práticas de higiene oral.

Assim, a atividade clínica do Médico Dentista consiste principalmente no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças que afetem o sistema estomatognático, no entanto, é também da sua competência que este saiba identificar sinais de alerta indicadores de patologias crónicas sistémicas, que se manifestem na cavidade oral, alertando os pacientes para a necessidade do despiste, caso haja suspeita de alguma patologia.

De modo a dar a melhor assistência possível ao paciente e para que seja conseguida uma atividade clínica exemplar, é necessário que o exercício clínico parta de uma abordagem multidisciplinar, havendo uma cooperação e coordenação entre as diversas especialidades da Medicina Dentária, sendo estas:

- Cirurgia oral que é responsável por diagnóstico e tratamentos que requeiram intervenções cirúrgicas.

- Dentisteria, que atua no diagnóstico, tratamento e prognóstico de lesões dentárias que sejam passíveis de ser restauradas, tendo sempre como objetivos principais a preservação da vitalidade e estética dentária.
- Endodontia permite que o dente mesmo não vital, mantenha a sua função funcional e estética na cavidade oral.
- Medicina oral que sendo responsável pelo diagnóstico e tratamento de lesões orais, é essencial, uma vez que um diagnóstico precoce permite um real aumento da efetividade do tratamento.
- Oclusão que tem como objetivo manter uma boa relação dinâmica e funcional entre a ATM, dentes, esqueleto craniofacial e o sistema neuromuscular.
- Odontopediatria que tem a sua área de atuação na infância e adolescência, pois estas são etapas determinantes no desenvolvimento humano, tendo particular importância o desenvolvimento dentário e conseqüentemente a consulta precoce de Medicina Dentária.
- Ortodontia, que é uma especialidade que cada vez tem maior adesão por parte da população, não só devido a motivos funcionais mas principalmente por motivos estéticos, pois na sociedade atual a estética dentária e facial têm um papel fundamental na qualidade de vida e, segundo Langlois et al. estão intimamente relacionadas com o aumento do sucesso interpessoal, uma vez que um sorriso harmonioso influencia positivamente o bem-estar psicológico e social. <sup>(4)</sup>
- Periodontologia que atua na prevenção da doença periodontal, uma vez que esta é das doenças que mais afeta a cavidade oral da população.
- Próteses Removível e Fixa que sendo responsáveis pela reabilitação oral, facultam a oportunidade a pacientes parciais ou totalmente desdentados restabelecerem a estética e funções do sistema estomatognático.

Complementarmente à preparação exigida nestas disciplinas, o Médico Dentista deve também estar atento a situações que, embora adjacentes ou colaterais à Medicina Dentária por respeitarem primordialmente a outras especialidades médicas, deve saber despistar na prática de clínica dentária, tais como, nomeadamente, emergências causadas por ansiedade, reações de hipersensibilidade e problemas sintomáticos. <sup>(9)</sup>

Por outro lado, exige-se que o Médico Dentista tenha, naturalmente, um bom e adequado conhecimento sobre terapêutica farmacológica aplicada à Medicina Dentária,

por forma a saber como atuar corretamente nas situações em que haja necessidade de fazer prescrição farmacológica.

Neste contexto, releva-se o pleno conhecimento que deve existir quanto à necessidade ou não de se dever aplicar profilaxia antibiótica e/ou terapêutica após tratamento, que podem, naturalmente, variar em cada caso, consoante as necessidades do tratamento dentário em causa e as condições de saúde e bem-estar geral do paciente e das contingências de ordem médica a ter em conta.

De acordo com o editado em 2007 pela American Heart Association, em pacientes com uma determinada condição sistémica, deve sempre procurar fazer-se uma profilaxia, de modo a prevenir a endocardite bacteriana, que é uma infeção causada por uma bactéria que entra na corrente sanguínea, podendo provocar infeção do endocárdio ou das válvulas do coração. <sup>(10)</sup>

Esta infeção embora incomum, pode suceder com maior risco nestes pacientes que apresentam determinadas condições sistémicas.

Em consequência e preventivamente, foram criadas *guidelines* que recomendam que, antes dos procedimentos dentários que envolvam a manipulação de tecido gengival ou da região periapical e a perfuração da mucosa oral, deva ser feita uma profilaxia aos pacientes que apresentem uma determinada condição sistémica, nomeadamente quando apresentem:

- Válvulas cardíacas protéticas;
- Histórico de endocardite bacteriana / infecciosa;
- Doenças cardíacas congénitas;
- Transplante cardíaco com valvulopatia cardíaca.

Em geral, na prática clínica de Medicina Dentária, o antibiótico com maior prescrição pelos Médicos Dentistas é a Amoxicilina, salvo quando os pacientes sejam alérgicos a este medicamento, situação em que se opta pela clindamicina ou eritromicina.

Além disso, é também essencial que o Médico Dentista possua um pleno conhecimento sobre analgésicos, corticosteroides e AINE's e respetiva utilização, alternativa ou agregada que possibilite, uma adequada medicação nos quadros de dor e respetiva intensidade.

O exercício clínico da Medicina Dentária ao longo do curso é fundamental para que, como futuros profissionais, estejamos preparados para enfrentar os desafios da profissão. Este tem como objetivo aplicar e consolidar os conhecimentos teóricos já adquiridos, contribuindo para a aquisição de competências profissionais e experiência clínica.

Neste RAC pretende-se efetuar uma exposição sistematizada da atividade clínica realizada pelo meu trinómio na Clínica Universitária no presente ano letivo, destacando os atos clínicos considerados diferenciados em que eu tenha trabalhado como operadora.

A contabilização e análise dos atos clínicos serão feitas por áreas disciplinares, de modo a avaliar a nível quantitativo e qualitativo a atividade clínica realizada por mim ao longo deste ano.

Assim, conforme evidencia o índice, a estrutura do RAC contém a presente *Introdução* onde se define o conceito de saúde e se explanam os pressupostos científicos, éticos e deontológicos que devem presidir ao exercício da Medicina Dentária, bem como a formação multidisciplinar que esta deve permanentemente procurar manter.

Seguem-se os Capítulos 2, com a descrição dos *Materiais e Métodos*, e 3 com os *Resultados* referentes à minha prática clínica ao longo deste ano letivo, centrada nas especialidades tratadas e nas características dos Pacientes, tudo conjugado com os papéis de Operador ou Assistente que assumi em cada caso.

O Capítulo 4 trata aspetos de *Atividade Científica* e o Capítulo 5 concentra a *Discussão*, seguindo-se, ainda neste Capítulo, a apresentação de três casos clínicos diferenciados, respetivamente, biópsia excisional de um fibroma traumático, reparação de uma férula no 2º sextante e realização de uma prótese total superior, que considere os de maior complexidade enquanto operadora e, simultaneamente, os clinicamente mais interessantes da minha prática clínica.



## ***2.MATERIAIS E MÉTODOS***



## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste ponto é explicado como será feita a análise quantitativa e correspondente tratamento estatístico dos atos clínicos relativos ao universo de pacientes atendidos pelo meu *Trinómio* - constituído por mim e pelos colegas Maria Inês Barbas e Johnny Leite – durante o ano letivo em curso, na Clínica Universitária da UCP – Viseu.

O presente ano letivo teve início em setembro de 2013, tendo-se optado por analisar os atos clínicos praticados entre essa data e maio último (inclusive), de forma a tornar possível deixar margem de tempo necessário para concluir o presente trabalho em tempo útil, de acordo com o prazo final previsto para entrega, que decorre em junho corrente, simultaneamente com as aulas de prática clínica que ainda prosseguem.

Nesta contingência, subsistem dois casos diferenciados de Prostodontia Removível e Periodontologia, sendo uma prótese total removível e uma ferulização no 2º sextante, cujos atos clínicos de junho não serão tratados na análise estatística mas que se procurará vir a integrados, no relato desse estudo de caso, adiante descrito, por forma a valorizá-lo.

Para cada paciente foi sendo preenchida, após a realização dos atos clínicos, uma ficha de registo de dados (anexo 1), com a caracterização e indicação, relativamente a cada consulta, da disciplina correspondente, do tratamento efetuado e, bem assim, correspondente grau de dificuldade atribuído pelo docente que supervisionou o ato clínico. Os dados recolhidos a partir desta ficha, foram introduzidos numa tabela (anexo 2) no programa Microsoft Excel e a partir desta foram gerados os gráficos adiante descritos no Capítulo 3 que permitiram a apresentação dos resultados.

Assim, até maio último foram tratados 78 pacientes em 137 atos clínicos, distribuídos pelas diferentes disciplinas de consultas, representando em média 1,8 atos por paciente, significando que alguns pacientes foram objeto de tratamento em várias consultas e/ou especialidades.

A tipificação dos pacientes foi segmentada nas variáveis *sexo*, *intervalo de idades* e *profissão*:

- Idade - Nesta variável não se incluiu o grupo etário denominado infantil (até 16 anos de idade), com cinco pessoas atendidas, por este dispor de atendimento específico em disciplinas próprias. Embora sendo um grupo numericamente pouco expressivo, naturalmente distorceria e enviesaria a média das idades dos pacientes adultos atendidos.

Assim, na análise da idade, o universo de pacientes agrupa apenas os pacientes maiores de 16 anos, em número de 73, por intervalos de idade, de acordo com os cinco escalões seguintes:

<b><u>Intervalos de idade considerados</u></b>
<i>17 – 29</i>
<i>30 – 39</i>
<i>40 – 49</i>
<i>50 - 59</i>
<i>≥ 60</i>

- Profissão - esta variável foi dividida em cinco escalões, de acordo com os parâmetros da DECO, compreendendo:

<b><u>Profissão</u></b>
<i>Profissional no ativo</i>
<i>Sem profissão referenciada (incluindo domésticas)</i>
<i>Desempregado/a</i>

<i>Reformado(a)/pensionista</i>
<i>Estudante</i>

Relativamente aos 137 atos clínicos, aqui já envolvendo os 78 pacientes, foram desagregados pelas seguintes disciplinas:

<i>1 - Prostodontia Removível</i>	<i>6 - Prostodontia Fixa</i>
<i>2 - Periodontologia</i>	<i>7 - Endodontia</i>
<i>3 - Dentisteria,</i>	<i>8 - Oclusão</i>
<i>4 - Cirurgia Oral</i>	<i>9 - Ortodontia</i>
<i>5 - Medicina Oral</i>	<i>10 - Odontopediatria</i>

Neste contexto será referenciada toda a atividade clínica do trinómio e realçada a qualidade em que intervimos nos atos, respetivamente operadora ou assistente, e indicado o grau de dificuldade atribuído pelo docente a cada ato.

Dos atos onde atuei como operadora foram destacados três situações consideradas das de maior complexidade, para as quais, adiante, em capítulo próprio, são descritos os respetivos estudos de caso, que compreendem, em cada caso, a identificação do paciente, história clínica, situação apresentada pelo paciente, respetivo enquadramento teórico, planos de tratamento e prescrição indicada, evolução observada e resultado final (ou até ao momento), situações essas que corresponderam a:

- *Biópsia excisional de um fibroma traumático;*
- *Reparação de uma férula no 2º sextante;*
- *Realização de uma prótese total superior.*



### ***3. RESULTADOS***



### 3. RESULTADOS

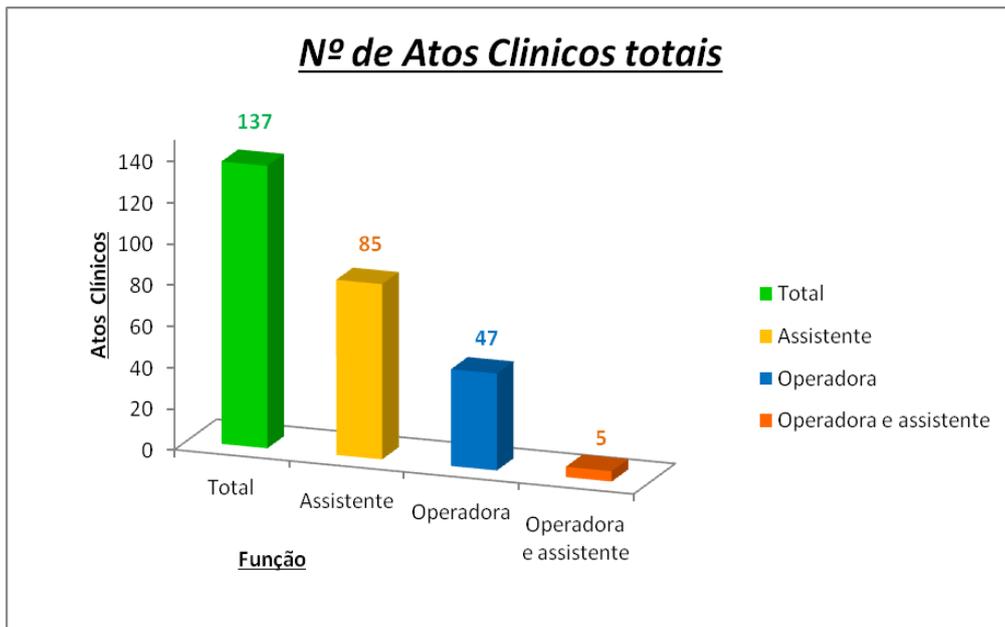
Passando à apresentação dos resultados, será efetuada uma análise dos pacientes atendidos e dos atos clínicos desenvolvidos em cada área disciplinar, de acordo com a estrutura estatística definida nos materiais e métodos.

Foram elaborados 36 gráficos, abaixo apresentados e comentados.

#### **3.1 Gráficos 1 a 6 – Análise descritiva dos atos clínicos, em geral e por disciplinas, e do universo de pacientes, em termos de idade, género e profissão**

##### **Gráfico 1 - Total geral de atos clínicos**

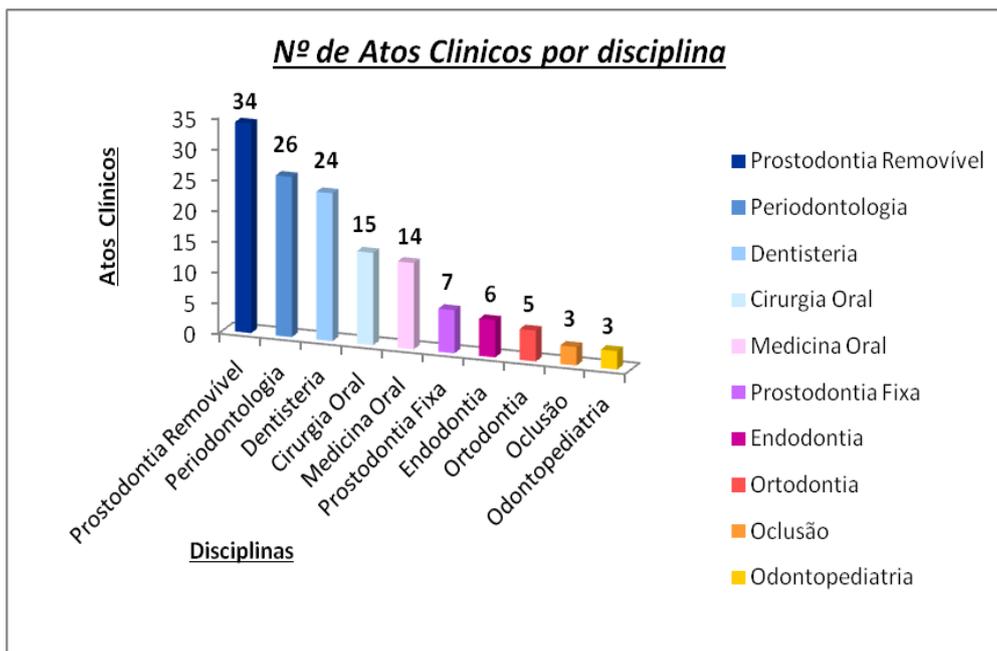
Como já referido, o Trinómio de que faço parte no âmbito do último ano letivo do curso de Medicina Dentária da UCP – Viseu, tratou 78 pacientes, número que inclui 5 crianças, distribuídos por 137 atos clínicos, dos quais fui operadora em 47 e assistente dos colegas operadores em 85. Nos restantes 5 atos, relativos a disciplinas de reduzida frequência de pacientes, caso da Ortodontia, os Docentes optaram por não atribuir distinção classificativa de tarefas aos membros do Trinómio.



**Gráfico 1 - Total geral de atos clínicos**

**Gráfico 2 - Atos clínicos realizados por disciplina**

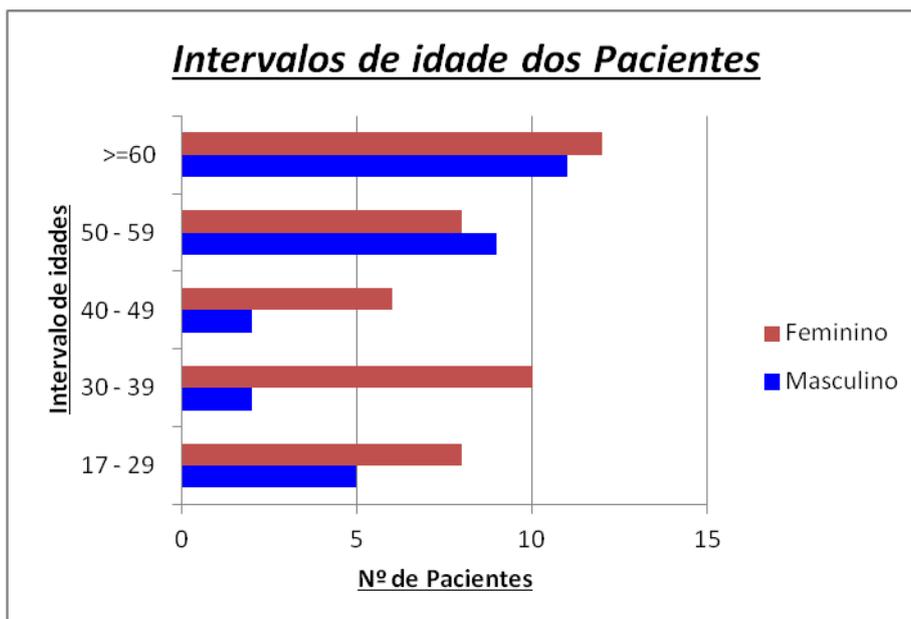
A maior frequência aconteceu na disciplina de Prótese Removível, com 34 atos, seguida da disciplina de Periodontologia, com 26, Dentisteria com 24, Cirurgia Oral com 15, Medicina Oral com 14, Prótese Fixa com 7, Endodontia com 6, Ortodontia com 5 e, por fim, Oclusão e Odontopediatria com 3 atos.



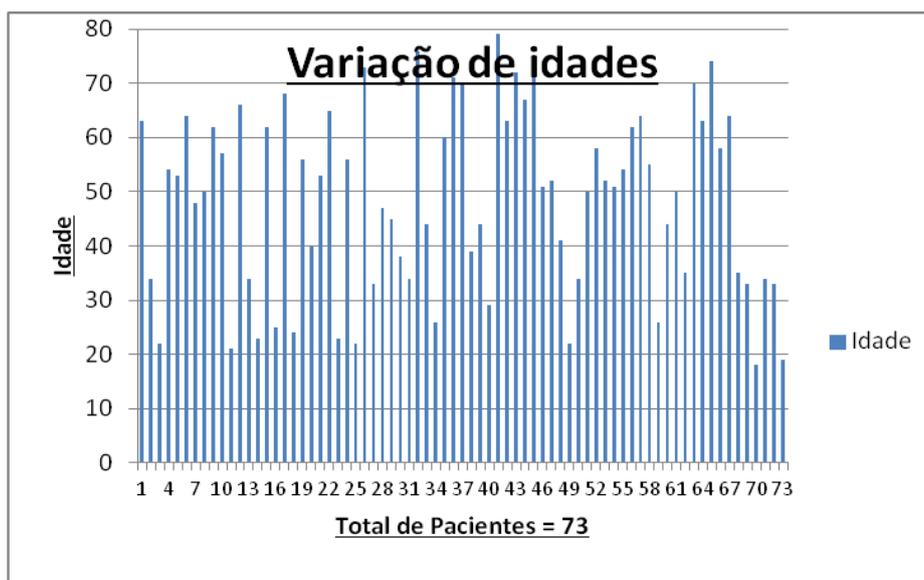
**Gráfico 2 - Atos clínicos realizados por disciplina**

**Gráficos 3, 4 e 5 - Intervalos de frequência e média de idades, e género dos pacientes atendidos pelo Trinómio no ano letivo**

Por idade, gráfico 3, predominam os pacientes com 60 ou mais anos de idade, situando-se a média de idades, gráfico 4, em 48.3 anos, enquanto por género, gráfico 5, as mulheres dominam com 61% do universo, contra 39% de homens.



**Gráfico 3 - Frequência de intervalos de idade dos pacientes**



**Gráfico 4 - Idade dos pacientes**



*Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes por género*

### Gráfico 6 – Profissão/Estado social dos pacientes

Relativamente à profissão/estado social dos pacientes, quase metade, 48%, são profissionais ativos (35), havendo ainda 21% de reformados (15), 14% que não referem ter profissão / emprego (10), 12% de estudantes (9) e 5% de desempregados (4).



*Gráfico 6 - Profissão / Estado social dos pacientes*

### 3.2 Gráficos 7 a 13 – Prostodontia Removível

#### Gráfico 7 – Prostodontia Removível - Frequência de idade dos pacientes da disciplina, por escalão etário

Esta disciplina, no meu Trinómio, reuniu a maior frequência relativa de atos (34), respeitantes a 16 pacientes, nove mulheres e 7 homens, concentrados maioritariamente no escalão etário acima de 59 anos de idade, que totaliza no conjunto de homens e mulheres 10 pacientes, contra 6 distribuídos pelos restantes 4 escalões etários.

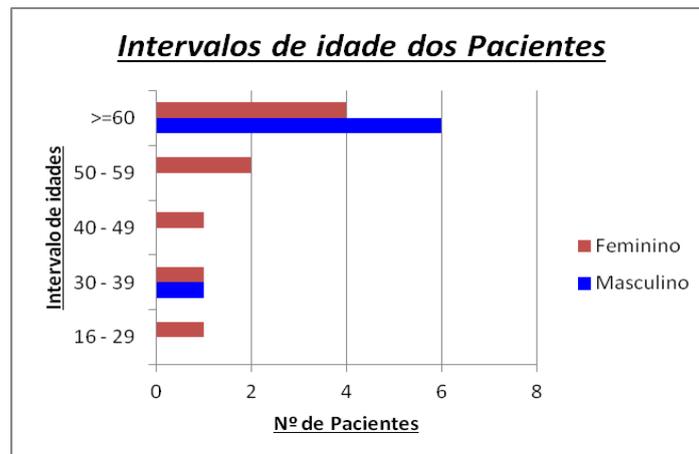


Gráfico 7 – Prostodontia Removível - Frequência de intervalos de idade dos pacientes

#### Gráfico 8 – Prostodontia Removível - Distribuição gráfica das idades dos 16 pacientes da disciplina

Este gráfico dá nota da oscilação de idades dos pacientes, variando entre 29 e 79.

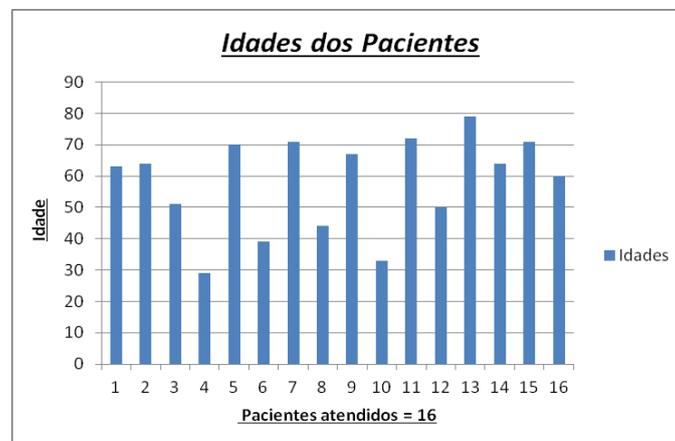
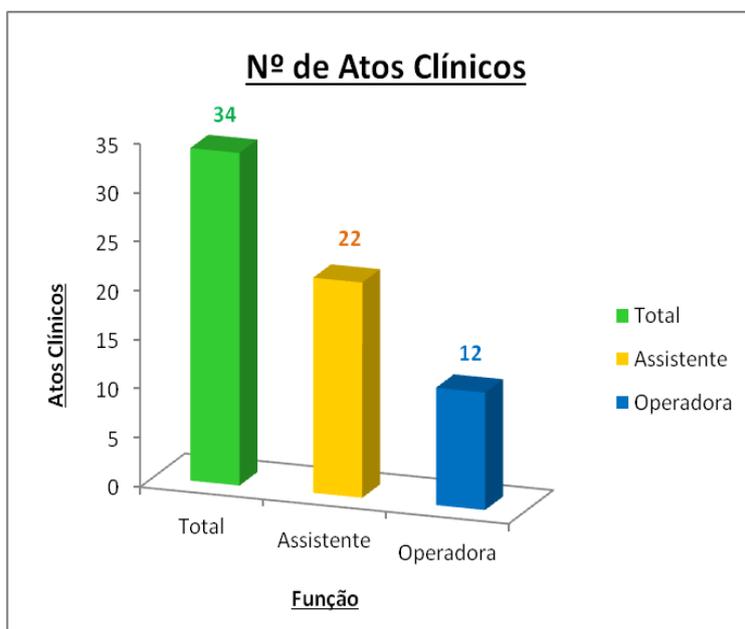


Gráfico 8 - Prostodontia Removível – Idade dos pacientes

**Gráfico 9 – Prostodontia Removível - Repartição da minha participação nos atos da disciplina como operadora ou assistente**

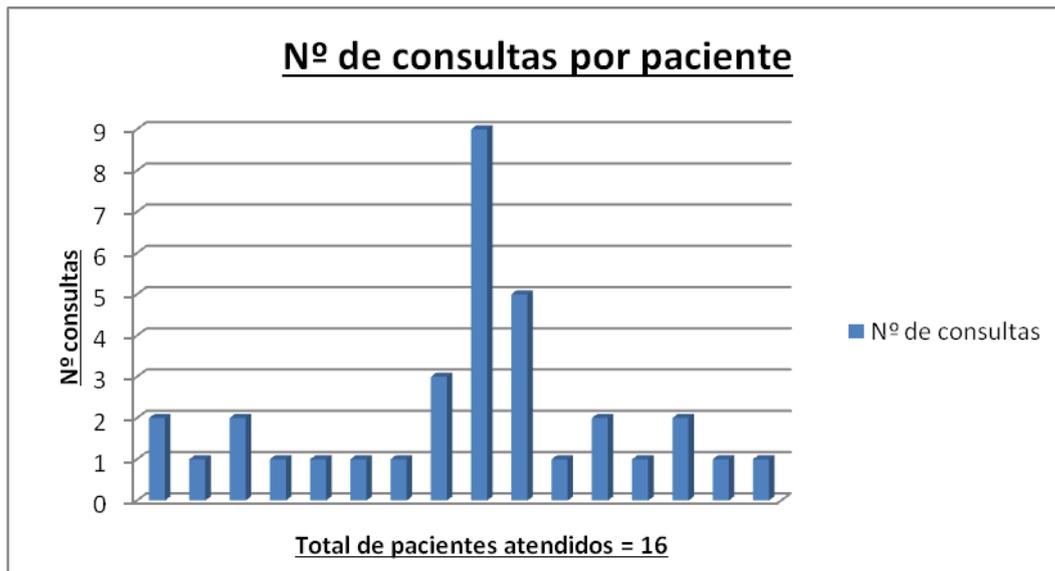
Por função, participei em 12 dos 34 atos da disciplina como operadora e como assistente nos restantes 22.



**Gráfico 9 - Prostodontia Removível – N° de Atos Clínicos**

**Gráfico 10 - Prostodontia Removível - Número de consultas, na disciplina, por paciente**

Nesta disciplina pode suceder haver necessidade de várias consultas para o mesmo paciente, devido ao acompanhamento protético e para a realização de novas próteses que, em regra, requerem 5 consultas mais uma de controlo *A posteriori*. O gráfico abaixo mostra que 9 pacientes tiveram apenas uma consulta, 4 tiveram duas, 1 teve três, 1 teve cinco e o com maior frequência teve nove consultas.



*Gráfico 10 - Prostodontia Removível – Nº de consultas por paciente*

**Prostodontia Removível - Tabela 1 complementar ao gráfico 10 - Relaciona as consultas com os tratamentos**

A tabela 1 apresentada de seguida descreve o que foi realizado em cada consulta, para cada um dos 16 pacientes que frequentaram a disciplina, distribuído por 9 diferentes tipologias.

Destas, sobressaem “controlo” a mais executada, com 8 atos, e “primeira consulta” com 7. Nestas sete, em que naturalmente a sete consultas corresponderam sete novos pacientes, dois não realizaram mais consultas e três foram encaminhados para outras disciplinas para tratamentos necessários antes de poderem prosseguir as próteses, efetuados por este Trinómio, estando agora, em junho corrente, já fora desta estatística, a participar nas segundas consultas desta disciplina com este Trinómio.

A tabela permite seguir o “rasto” dos tratamentos seguintes dos dois pacientes da “primeira consulta” com mais consultas neste Trinómio.

Assim, um realizou uma segunda consulta de preparação pré-protética e o outro mais 8 consultas, que incluíram, respetivamente, 1 de preparação pré-protética, 2 de PE, RI e escolha da cor, 2 provas de dentes, 1 de inserção de prótese e 2 de controlo.

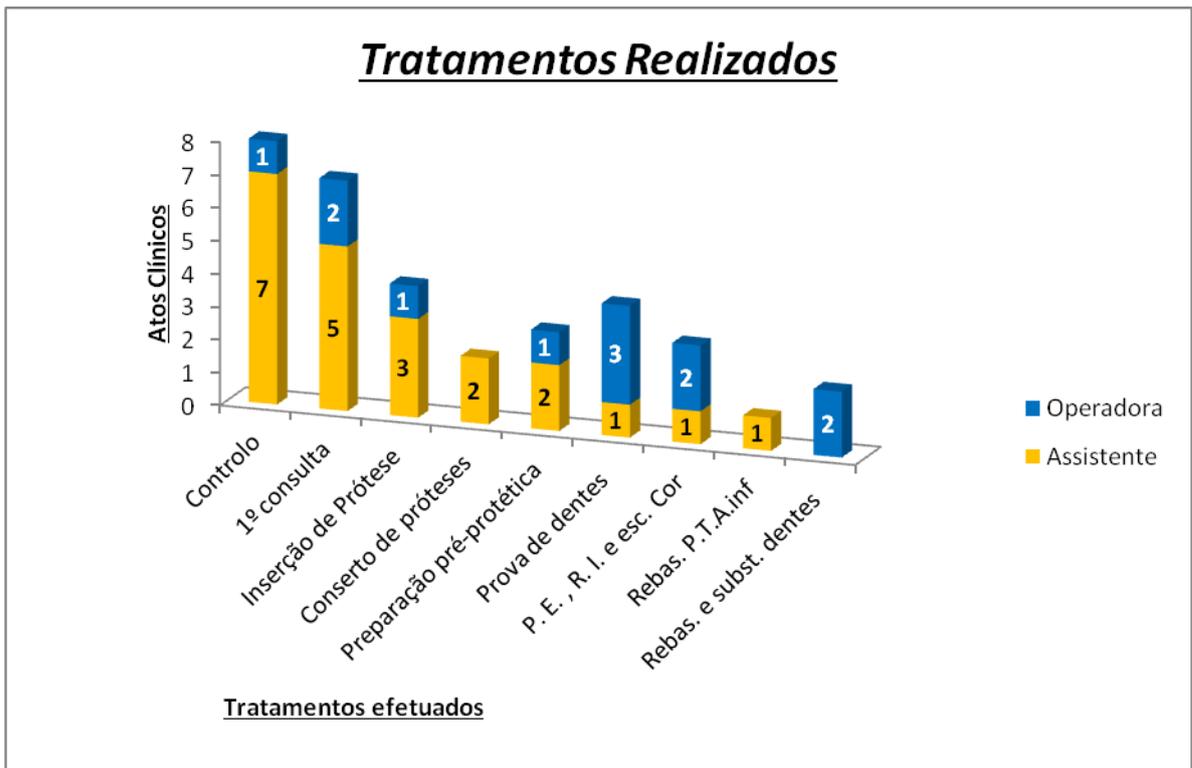
Tratamentos	Pacientes																Total geral da mesma consulta
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1ª Consulta				1			1		1		1			1	1	1	7
Preparação pré-protética									1	1				1			3
Prova de esqueleto (PE), Registo intermaxilar (RI) e escolha da cor									2	1							3
Prova de dentes									2	2							4
Inserção de Prótese								1	1	1		1					4
Controlo	1	1	1		1	1		1	2								8
Rebasamento de prótese total acrílica (PTA) inferior			1														1
Rebasamento e substituição de dentes	1							1									2
Conserto de próteses												1	1				2
<b>Total Geral de consultas por paciente</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>34</b>

*Tabela 1 – Prostodontia Removível - Tratamentos em cada paciente*

**Gráfico 11 – Prostodontia Removível - Discriminação da atuação como operadora ou assistente**

O gráfico particulariza as tipologias de consulta e número de vezes onde atuei como operadora e como assistente, ordenado por ordem decrescente do número de participações como assistente, divergindo, por isso, da ordenação sequencial da tabela 1, por esta estar por ordem de tratamentos.

Assim, fui operadora 3 vezes na tipologia “prova de dentes”, 2 vezes em “primeira consulta”, “rebasamento e substituição de dentes” e “PE, RI e escolha da cor” e 1 vez em três tipologias, respetivamente, “controlo”, “inserção de prótese” e “preparação pré-protética”, sobrando duas tipologias onde fui apenas assistente (“conserto de próteses”, e “rebasamento de PTA inferior”).

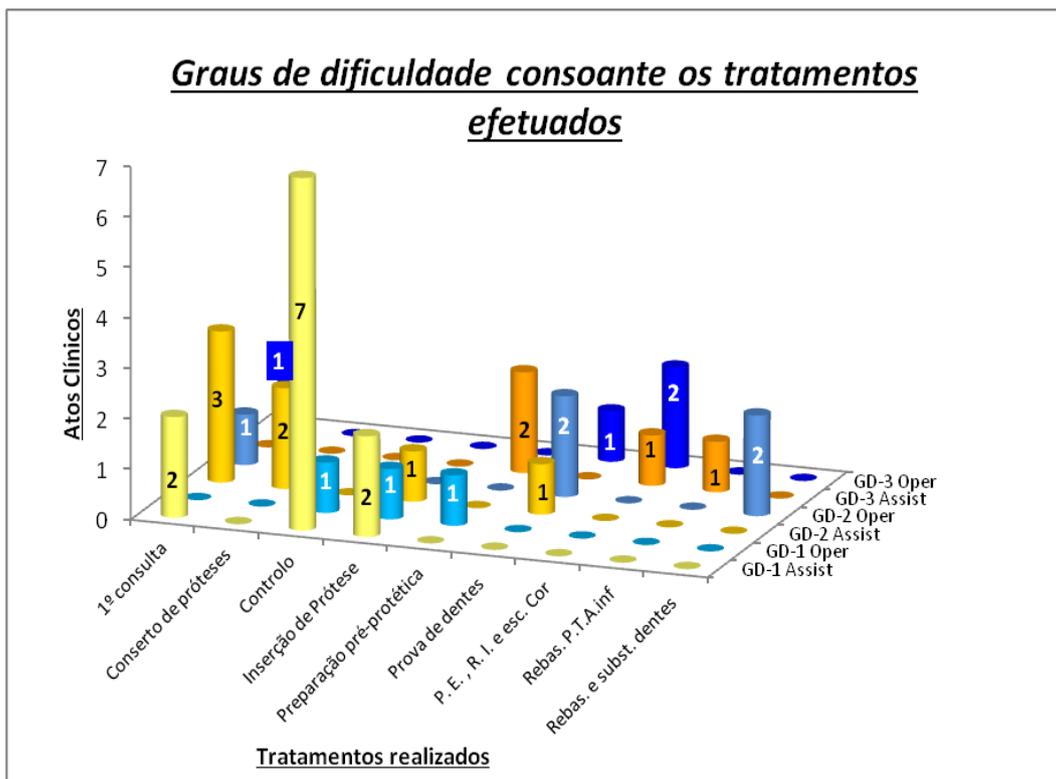


**Gráfico 11 - Prostodontia Removível – Tratamentos Realizados**

**Gráfico 12- Prostodontia Removível - Grau de dificuldade (GD) atribuídos aos atos**

O gráfico dispõe os atos por linhas de dificuldade crescente, da frente para a retaguarda, intensificando a cor consoante o grau passa de 1 para 2 e de 2 para 3, nas variantes azul (onde intervém como operadora) e amarelo (como assistente).

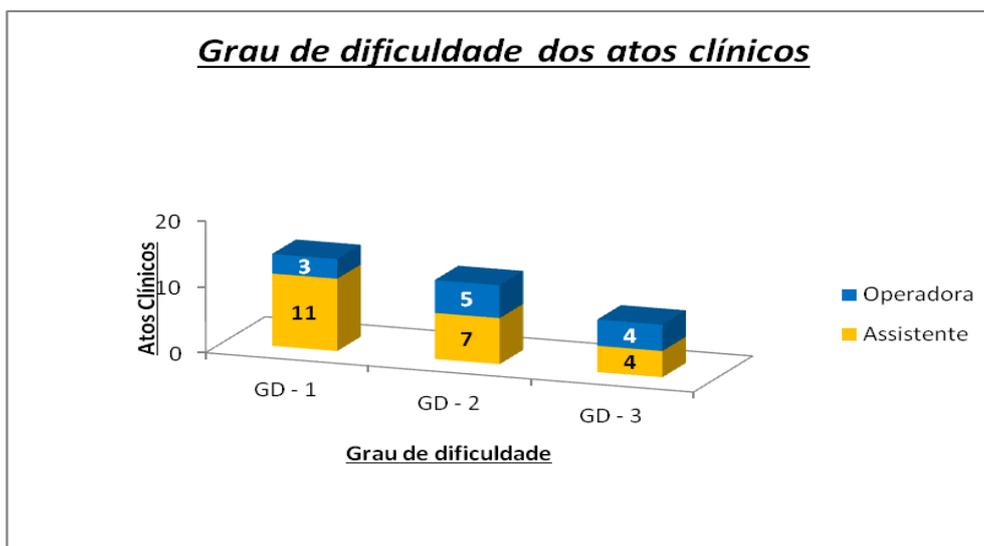
É de salientar o controlo, com 8 atos, teve sempre GD 1.



**Gráfico 12 –** *Prostodontia Removível - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados*

**Gráfico 13 - Prostodontia Removível - Síntese dos GD dos atos clínicos**

Resumindo-se, houve um total de 14 atos com GD 1, dos quais fui operadora em 3, 12 atos com GD 2, dos quais fui operadora em 5, e, por fim, 8 atos com GD 3, dos quais fui operadora em 4.



**Gráfico 13 - Prostodontia Removível – Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos**

### 3.3 Gráficos 14 a 18 – Periodontologia

#### Gráfico 14 - Periodontologia – Distribuição da idade dos pacientes

Nesta disciplina verificou-se que o maior número de pacientes se concentra no escalão etário dos 50 a 59 anos, com 10 pacientes (7 homens) num universo de 26, composto por 13 homens e 13 mulheres.

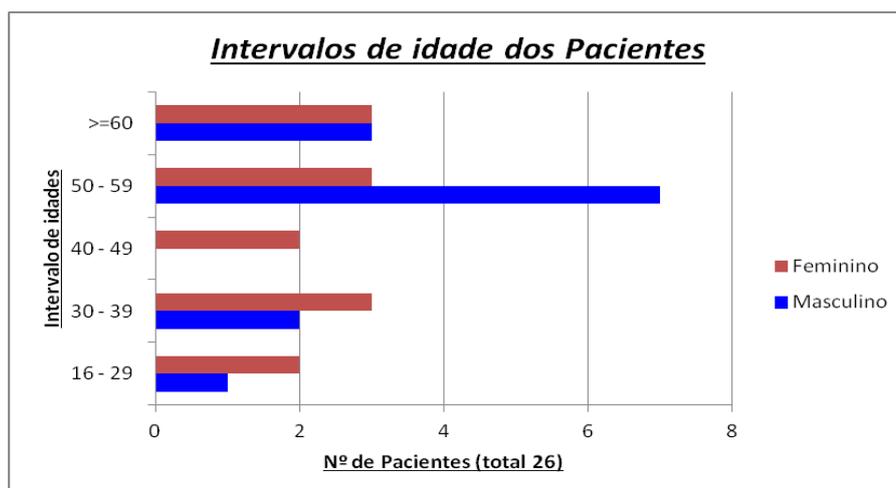


Gráfico 14 – Periodontologia - Frequência de intervalos de idade dos Pacientes

#### Gráfico 15 - Periodontologia – Número de atos clínicos como operadora e como assistente na disciplina

Dos 26 atos clínicos desta disciplina em 10 teve a função de operadora e nos restantes 16 de assistente.

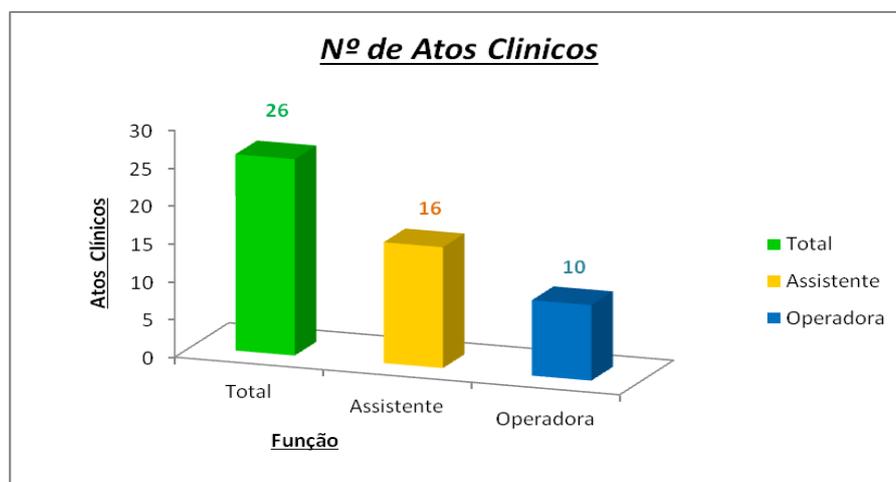


Gráfico 15 – Periodontologia - Nº de Atos Clínicos

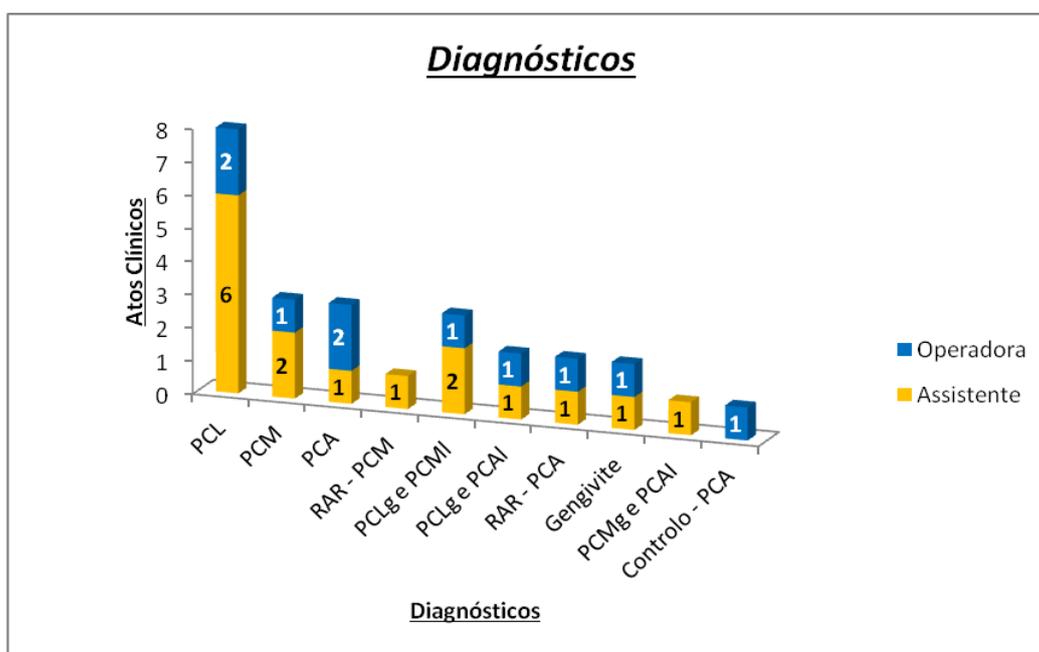
### Gráfico 16 - Periodontologia - Diagnósticos

O diagnóstico mais prevalente foi PCL, com 8 situações, nas quais intervim duas vezes como operadora, na destarterização.

Seguem-se PCM com 3, dos quais fui operadora num, PCA com 3 dos quais fui operadora em dois e PCLg e PCMI também com 3, dos quais fui operadora em um.

Seguem-se PCLg e PCAI, RAR-PCA e gengivite, cada um com 2 diagnósticos e uma participação como operadora.

Finalmente, com um único diagnóstico, surgem PCMg e PCAI (assistente), uma RAR de PCM (assistente) e um controlo de uma PCA (operadora).

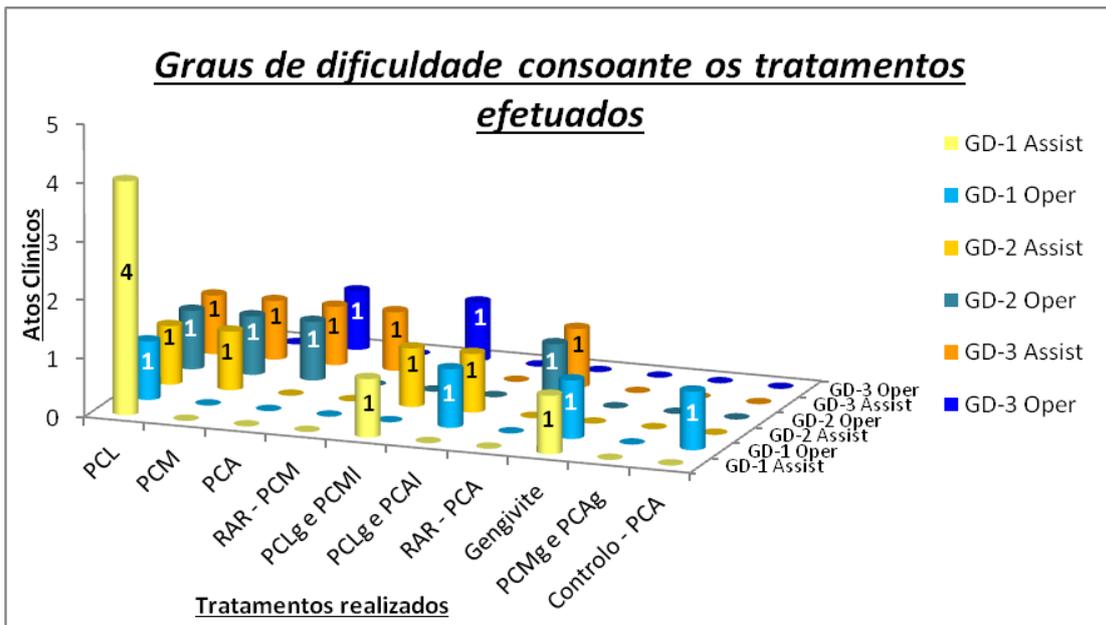


*Gráfico 16 – Periodontologia - Diagnósticos*

### Gráfico 17 – Periodontologia - GD atribuídos aos atos da disciplina

Tal como acima (Prostodontia Removível), o gráfico dispõe os atos por linhas de dificuldade crescente.

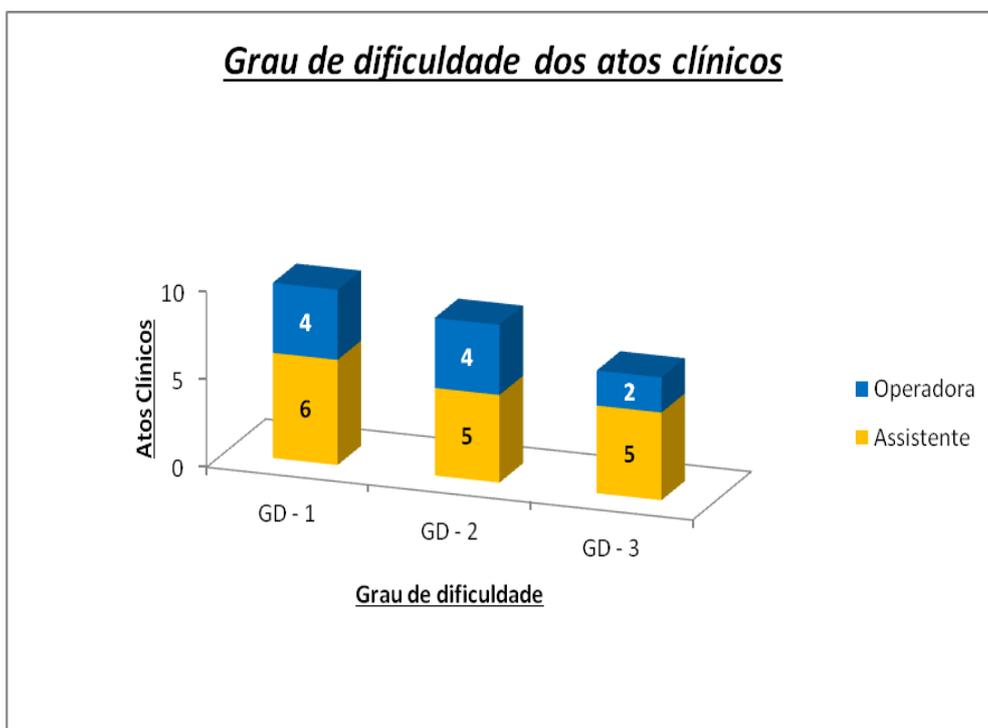
Assim, PCL (o diagnóstico mais frequente) apresenta cinco atos com dificuldade 1 (4 como assistente e 1 como operadora), dois com dificuldade 2 (1 como assistente e outro como operadora) e um com dificuldade 3 (assistente).



*Gráfico 17 – Periodontologia - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados*

**Gráfico 18- Periodontologia - Síntese dos GD**

Em síntese, os 26 atos desta disciplina obtiveram 10 atos com GD 1, dos quais fui operadora em quatro, 9 com GD 2, dos quais fui operadora em quatro e 7 com GD 3, dos quais fui operadora em dois.

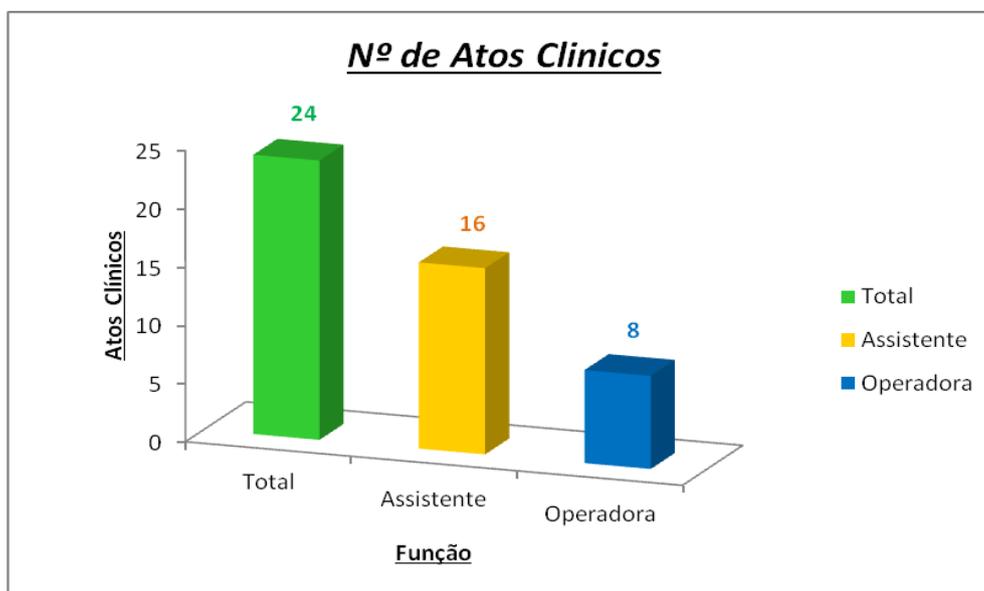


*Gráfico 18 – Periodontologia - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos*

### 3.4 Gráficos 19 a 22 – Dentisteria

#### Gráfico 19 – Dentisteria – Número de atos clínicos

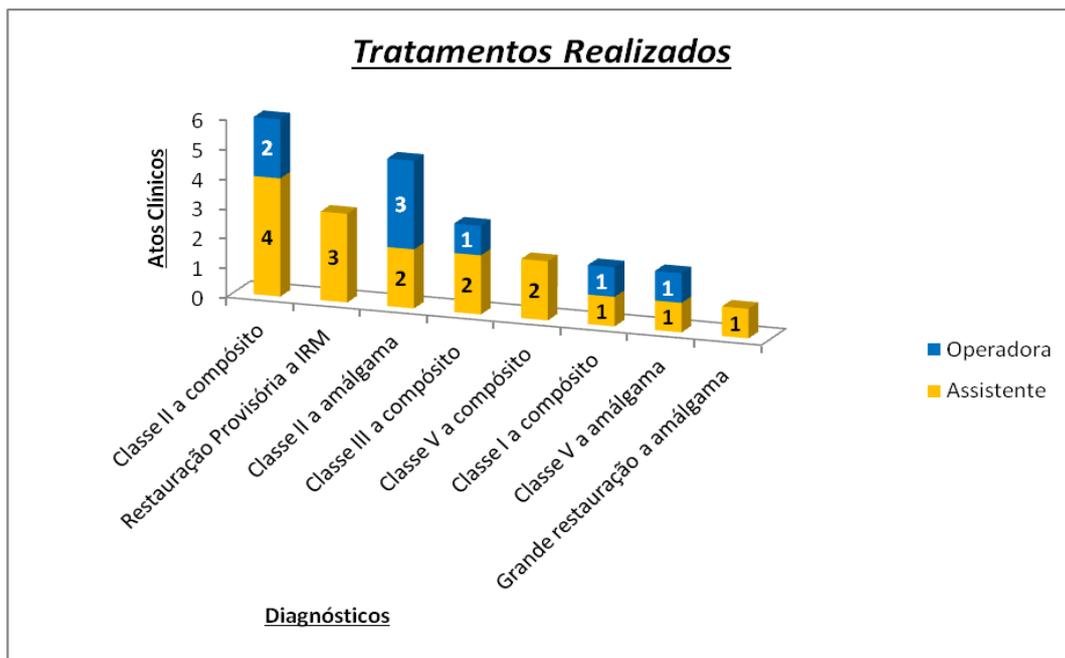
Nesta disciplina foram realizados 24 atos, tendo sido assistente em 16 e operadora em 8.



*Gráfico 19 – Dentisteria - Nº de Atos Clínicos*

#### Gráfico 20 – Dentisteria – Tratamentos realizados

Nos tratamentos realizados como operadora executei 2 classe II a compósito de 6, 3 classes II a amálgama de 5, uma classe III a compósito de 3, uma classe I a compósito de duas e uma classe V a amálgama de duas (gráfico 20). Note-se que fui sempre assistente em restaurações provisórias a IRM.

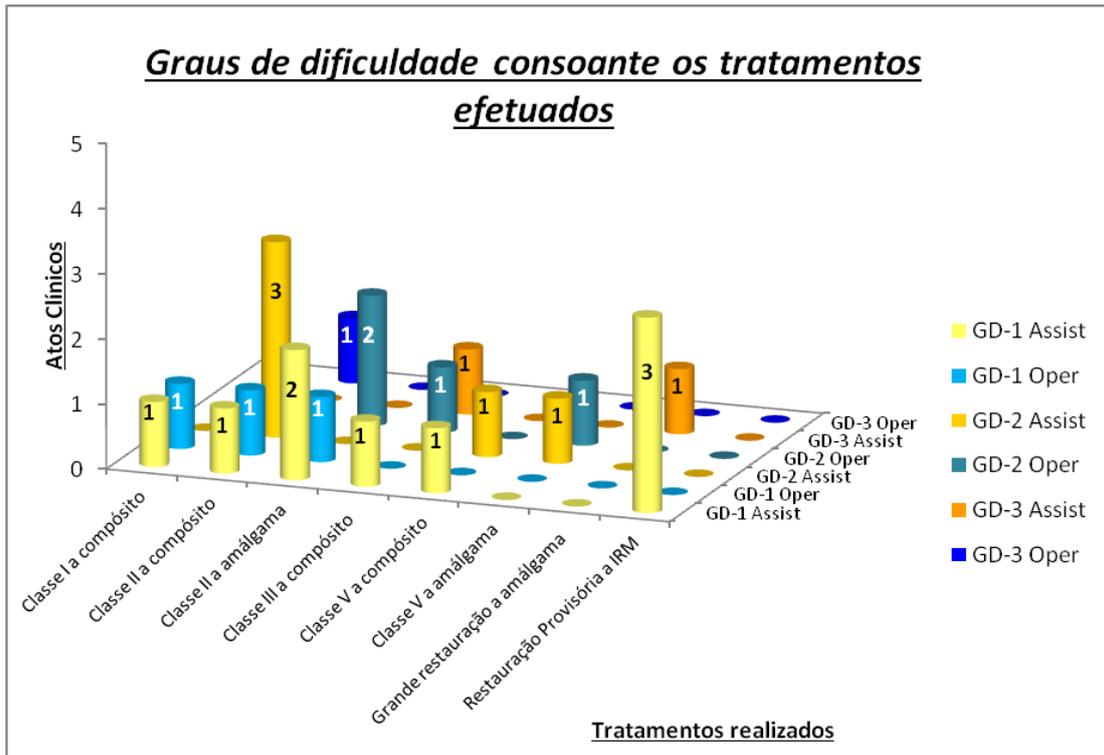


**Gráfico 20 – Dentisteria - Tratamentos Realizados**

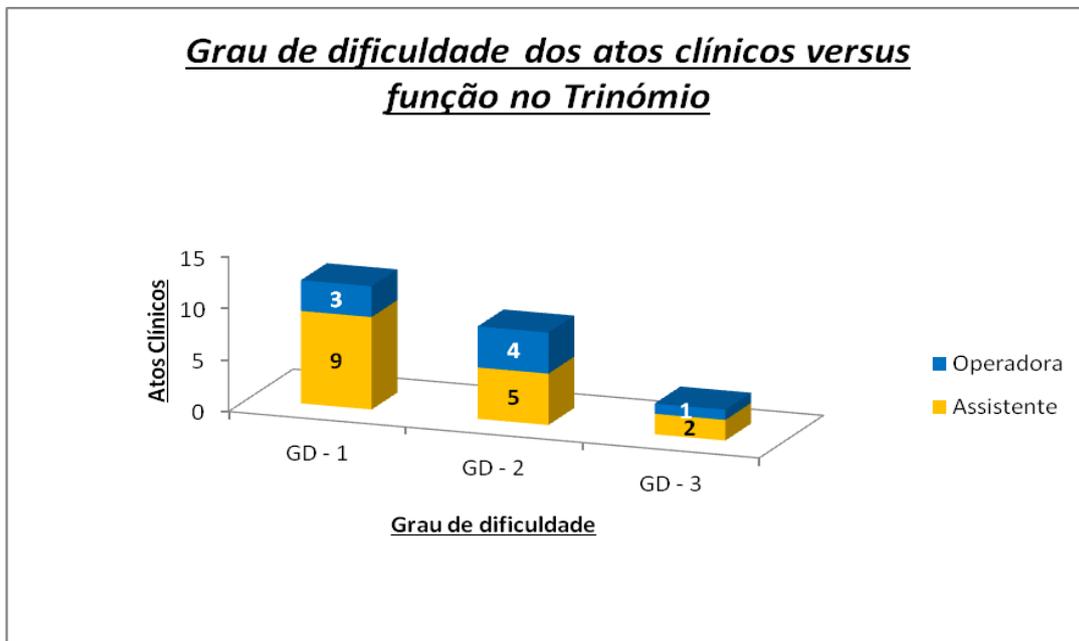
**Gráficos 21 e 22 – Dentisteria – GD atribuídos aos atos da disciplina**

Em relação aos GD consoante o tratamento, verifica-se que tanto as classes I a compósito como as restaurações provisórias a IRM tiveram sempre o mesmo GD, sendo este grau 1. As duas Classe V a amálgama também tiveram as duas grau 2 de dificuldade (gráfico 21).

No gráfico 22, pode-se concluir que foram feitos 12 atos com GD 1, dos quais fui operadora em 3, 9 atos com GD 2 dos quais fui operadora em 4 e por fim 3 atos com GD 3 dos quais fui operadora em 1.



**Gráfico 21** – Dentisteria - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados



**Gráfico 22** – Dentisteria - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos

### 3.5 Gráficos 23 a 26 – Cirurgia Oral

#### Gráfico 23 - Cirurgia Oral – Número de consultas

Nesta disciplina foram feitas 15 consultas, dos quais fui operadora em 5.



Gráfico 23 – Cirurgia Oral - Nº de Atos Clínicos

#### Gráfico 24 - Cirurgia Oral – Tratamentos realizados

O gráfico realça o resultado das 15 consultas da disciplina, com um total de 19 extrações dentárias, tendo eu sido operadora em 5. Por outro lado, dessas 19 extrações, 8 foram restos radiculares, dos quais fui operadora em 3. Também foram extraídos 7 dentes por técnica fechada, dos quais fui operadora em 2 e assisti uma Exodontia na qual foi efetuada odontosseção.

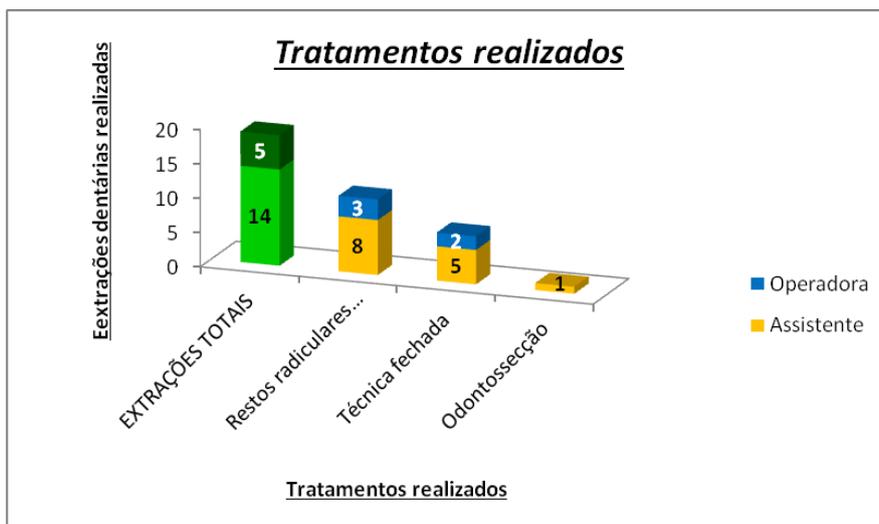


Gráfico 24 - Cirurgia Oral - Tratamentos Realizados

### Gráfico 25 - Cirurgia Oral – GD atribuídos aos atos da disciplina

O gráfico mostra que as extrações de restos radiculares tiveram sempre GD 1, exceto um caso, que teve grau 3, e que as extrações por técnica fechada variaram entre grau 1 e 2, enquanto que a extração com odontosseção teve grau 2.

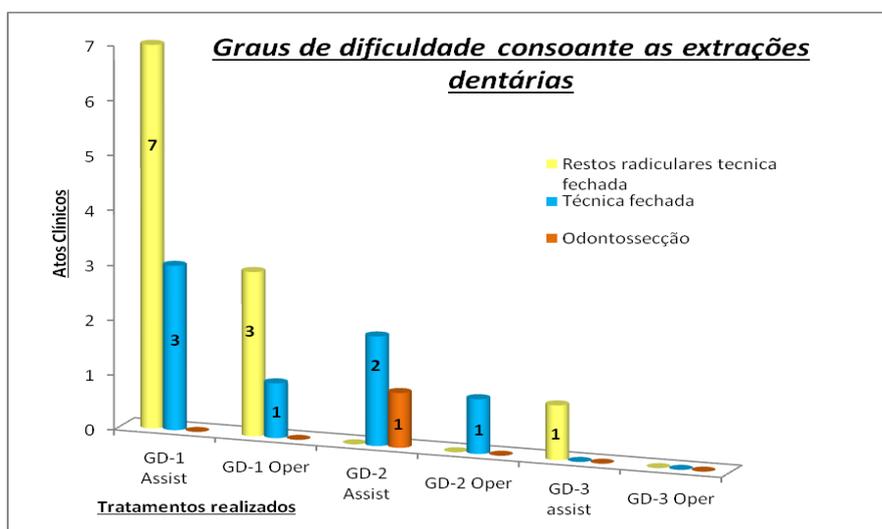


Gráfico 25 - Cirurgia Oral - Graus de dificuldade consoante os tratamentos efetuados

### Gráfico 26 - Cirurgia Oral – Síntese dos GD atribuídos

No seguinte gráfico, pode-se verificar que das 15 consultas efetuadas 10 tiveram GD 1, tendo sido eu operadora em 4 e 4 consultas tiveram grau 2, tendo sido operadora em uma. Apenas uma consulta teve GD 3 na qual desempenhei a função de assistente.

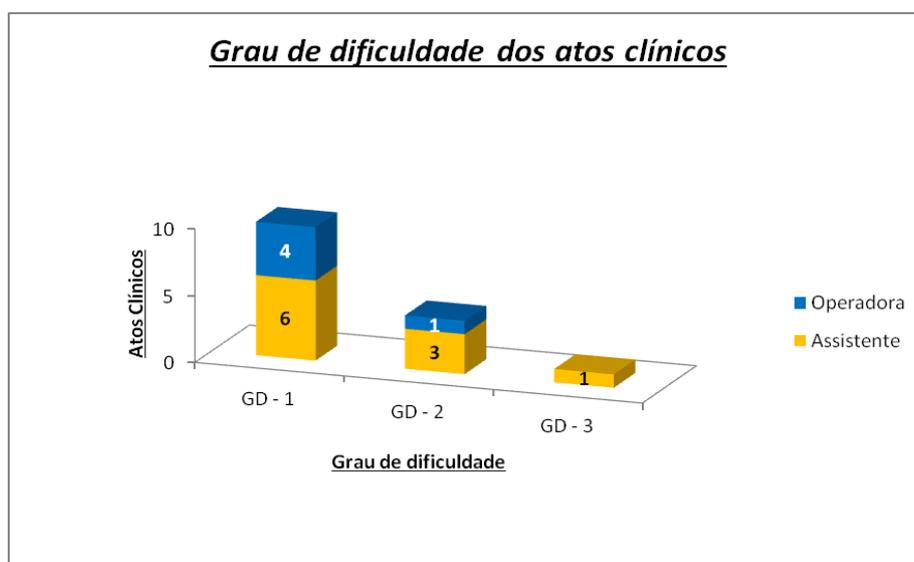


Gráfico 26 - Cirurgia Oral - Síntese do grau de dificuldade dos atos clínicos

### 3.6 Gráficos 27 a 31 – Medicina Oral

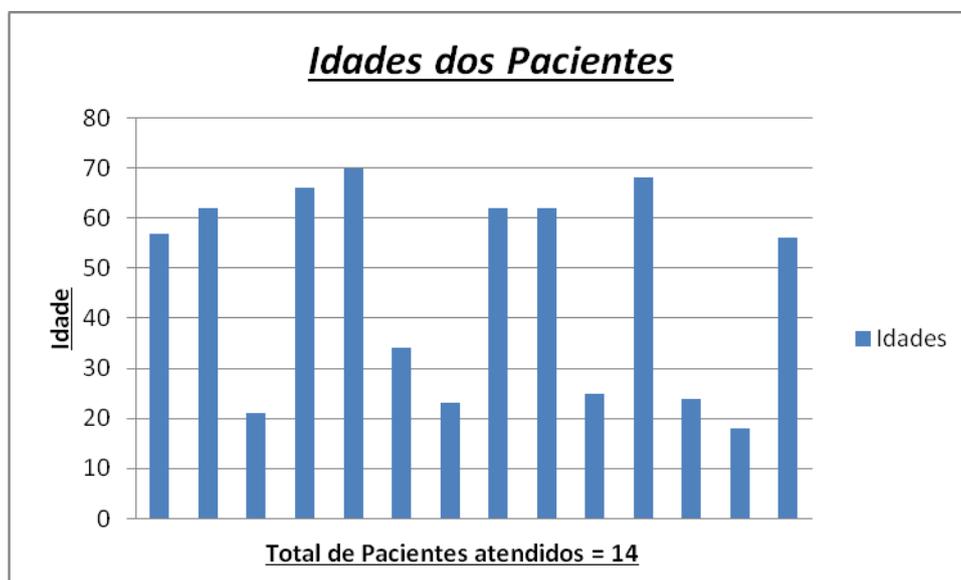
**Tabela 2 – Medicina Oral – Idades dos pacientes**

Nesta disciplina verificou-se, conforme o quadro seguinte, uma dispersão significativa das idades dos pacientes, concentrada maioritariamente nos escalões 20-29 com 4 pacientes e, 60 e mais, com 6 pacientes.

<b>Intervalo de Idades</b>	<b>Número de pacientes</b>
Até 19	1
20 a 29	4
30 a 39	1
40 a 49	0
50 a 59	2
60 e mais	6

*Tabela 2 – Medicina Oral – Idades dos pacientes*

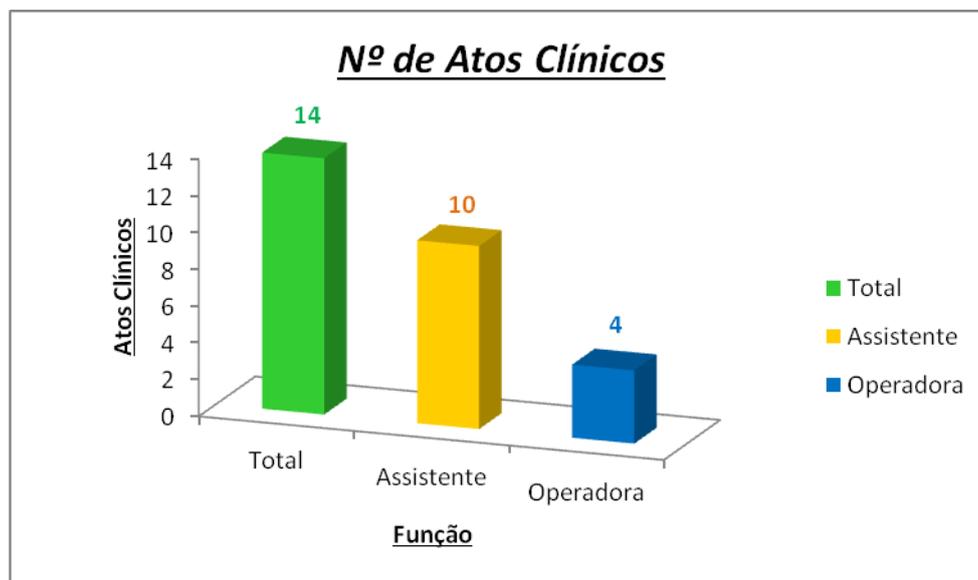
O **gráfico 27** dá a imagem dessa dispersão:



*Gráfico 27 - Medicina Oral - Idade dos pacientes*

**Gráfico 28 – Medicina Oral – Número de atos clínicos e funções de assistente versus operadora**

Nos 14 atos clínicos praticados pelo Trinómio na disciplina fui operadora em 4. Destes 14 dois corresponderam ao diagnóstico e biópsia de um fibroma.



*Gráfico 28 - Medicina Oral - Nº de Atos Clínicos*

**Tabela 3 – Medicina Oral – Reencaminhamento dos pacientes**

A tabela abaixo permite visualizar as diferentes disciplinas para onde foram reencaminhados os pacientes de Medicina Oral.

Apesar de 14 atos clínicos, foram atendidos apenas 13 pacientes, pois um paciente tratava-se de um caso diferenciado no qual se efetuaram duas consultas, diagnóstico e biópsia de um fibroma (que constitui um dos três estudos de caso adiante particularizados neste RAC).

Assim, dos 13 pacientes atendidos, um seguiu para consulta externa (atendimento por Professor), 12 foram reencaminhados para Periodontologia, a que nalguns casos se seguiu dentisteria, endodontia, cirurgia e prótese fixa, onde continuaram sempre a ser atendidos pelo Trinómio.

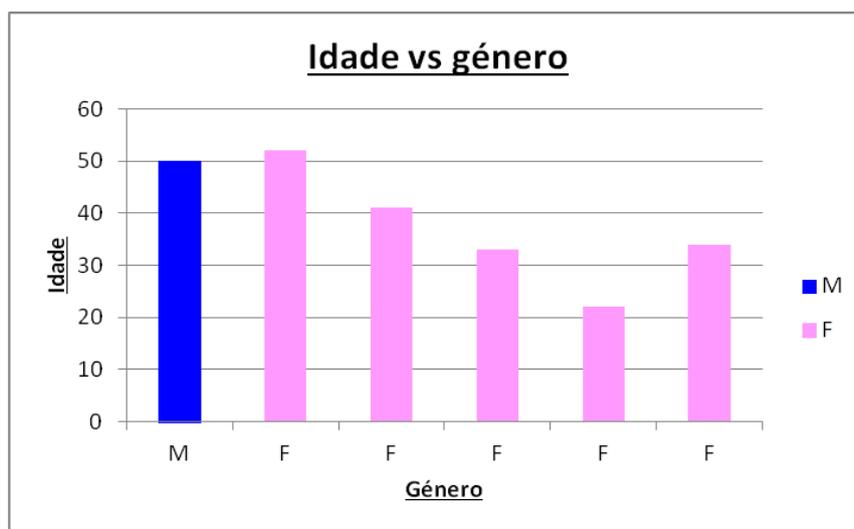
Nome Pacientes	Periodontologia	Dentistia	Endodontia	Cirurgia	Prótese Fixa	Consulta externa
M. G. G. M. P.						X
O. O. L.	X	X	X			
F. A. Q. S.	X			X		
A. C. M. D.	X					
A. B. M. A.	X					
A. R. M. S. D. P. M. R.	X					
C. R. L. C.	X	X		X		
M. C. J. C. F.	X					
M. C. R.	X			X		
A. K.	X				X	
M. A. M. S.	X					
P. O. C. M.	X	X	X	X	X	
A. R. P.	X			X		
TOTAL	12	3	2	5	2	1

*Tabela 3 – Medicina Oral – Reencaminhamento dos pacientes*

### 3.7 Gráficos 29 a 31 –Prótese Fixa

#### Gráfico 29 – Prótese Fixa – Idade versus género dos pacientes

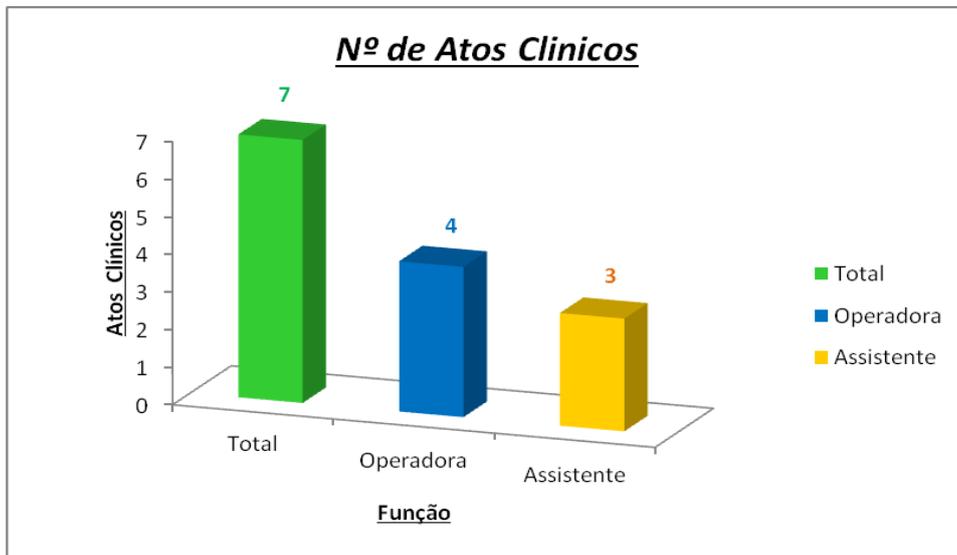
Nesta disciplina 5 dos 6 pacientes atendidos eram do género feminino, cujas idades oscilam entre 20 e 52 anos. O paciente homem tem 50 anos.



*Gráfico 29 – Prótese Fixa – Idade VS Género dos Pacientes*

**Gráfico 30 – Prótese Fixa - Número de atos**

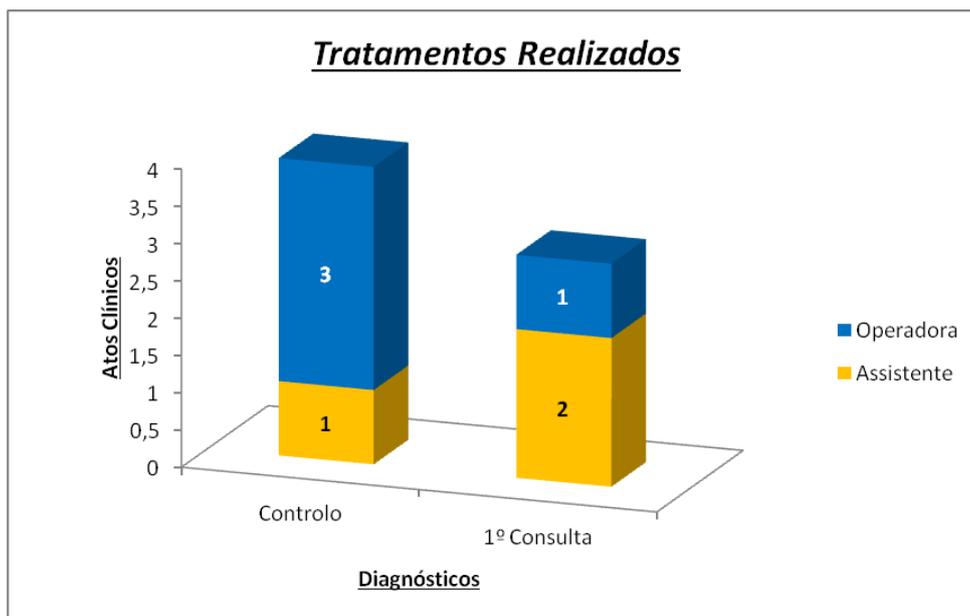
Foram realizados 7 atos clínicos, dos quais fui operadora em 4.



*Gráfico 30 - Prótese Fixa - Nº de Atos Clínicos*

**Gráfico 31 – Prótese Fixa - Tipo de tratamentos realizados**

Foram realizados dois tipos de tratamentos, sendo o primeiro controlo, com 4 atos dos quais fui operadora em 3. O segundo tratamento descrito foram primeiras consultas das quais fui operadora uma em 3.

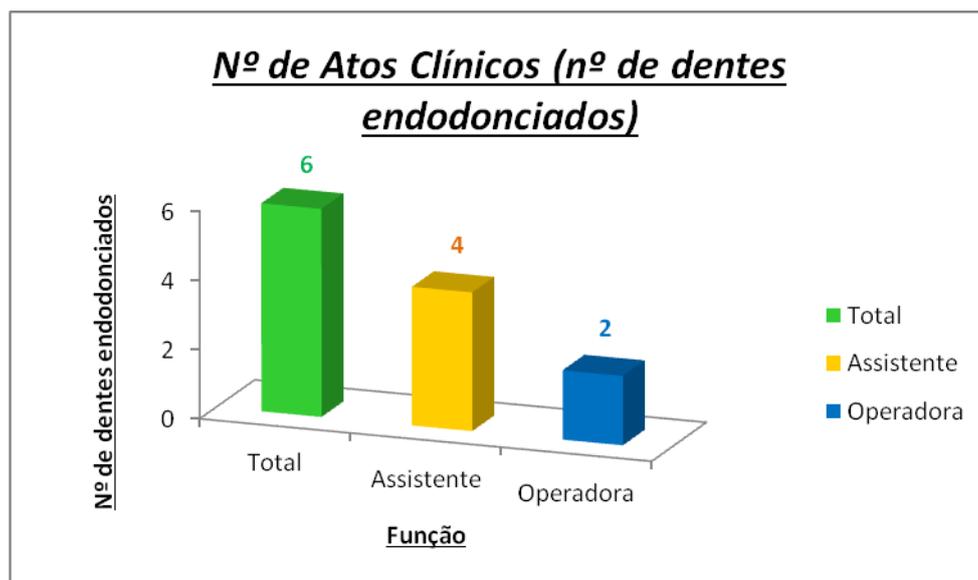


*Gráfico 31 - Prótese Fixa - Tratamentos Realizados*

### 3.8 Gráficos 32 e 33 –Endodontia

#### Gráfico 32 - Endodontia – Número de atos clínicos (número de dentes endodonciados)

Nesta disciplina, foram endodonciados 6 dentes, dos quais fui operadora em 2.

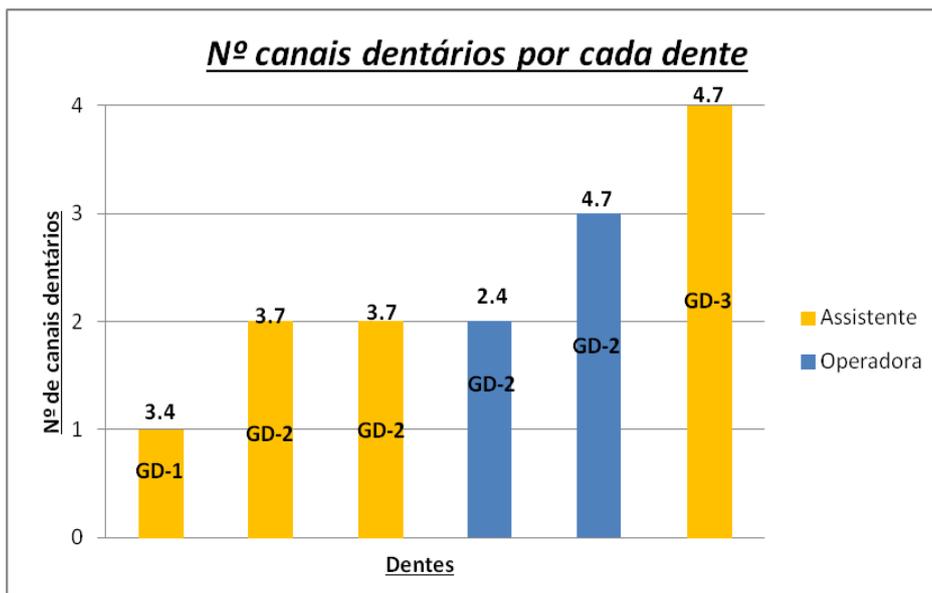


*Gráfico 32 – Endodontia - Nº de Atos Clínicos*

#### Gráfico 33 - Endodontia – Número de canais dentários por cada dente e GD

Dos 6 dentes endodonciados, 1 deles tinha 1 canal, em cujo tratamento fui assistente, 3 dentes tinham 2 canais (fui operadora em 1), outro tinha 3 canais (fui operadora) e o restante, em que fui assistente, tinha 4 canais.

Relativamente ao GD pode-se verificar que o dente com 1 canal teve GD 1, os dentes com 2 e 3 canais tiveram GD 2 enquanto que o dente com 4 canais teve GD 3.

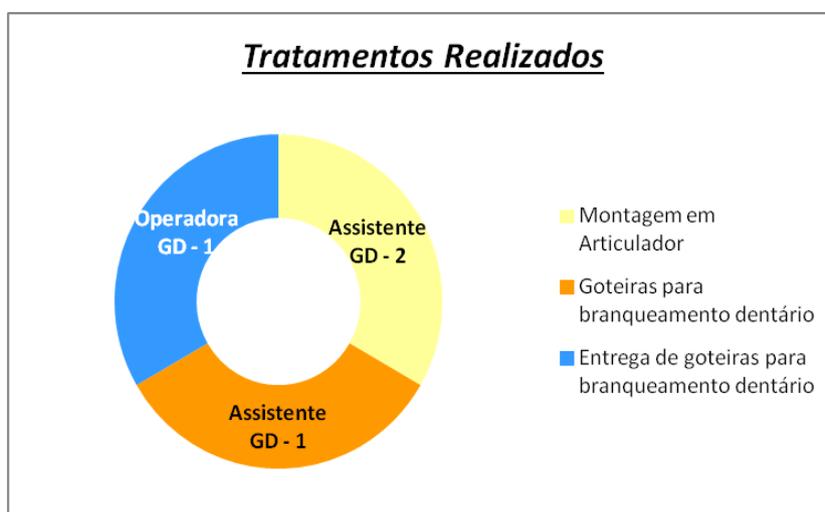


**Gráfico 33 – Endodontia – Nº de Canais dentários por dente**

### 3.9 Gráfico 34 – Oclusão

Nesta disciplina foram atendidos 2 pacientes, um com uma consulta de montagem de articulador e o outro com uma consulta de realização de goteiras para branqueamento dentário seguida de outra de entrega e ajuste das respetivas goteiras, em que fui operadora (cada elemento do Trinómio operou uma consulta).

A única consulta com GD 2 foi a consulta de montagem de articulador, enquanto que as restantes consultas tiveram GD 1.



**Gráfico 34 – Oclusão – Tratamentos Realizados**

### 3.10 Gráfico 35 – Ortodontia

Nesta disciplina foram feitas 5 consultas em dois pacientes crianças, um rapaz, em primeira consulta, e uma menina, com 4 controlos de aparelho removível superior e inferior (CARSI). Devido ao baixo número de pacientes nesta disciplina, em todas as consultas os elementos do Trinómio foram simultaneamente operadores e assistentes.

Todas as consultas tiveram GD 1.

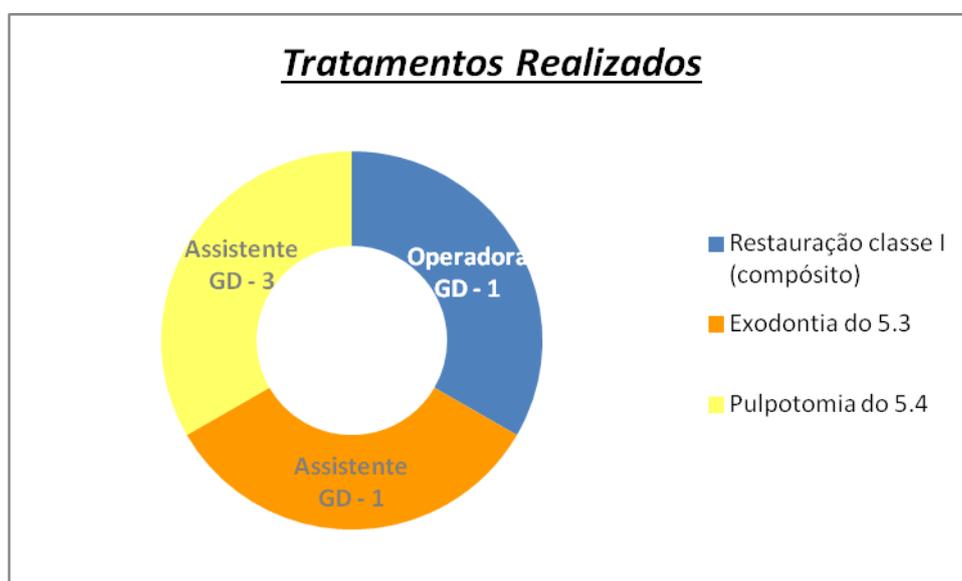


*Gráfico 35 – Ortodontia – Tratamentos Realizados*

### **3.11 Gráfico 36 – Odontopediatria**

Nesta disciplina, conforme gráfico abaixo, foram atendidas 3 crianças, com cada elemento do Trinómio a ser operador de uma delas. Neste contexto fui operadora numa restauração classe I a compósito e assisti duas consultas, uma de exodontia do 5.3 e outra de pulpotomia do 5.4.

A única consulta com GD 3 foi a consulta de pulpotomia do 5.4, enquanto que as restantes consultas tiveram GD 1.



**Gráfico 36 – Odontopediatria – Tratamentos Realizados**

Estes cinco pacientes (Ortodontia e Odontopediatria), como inicialmente foi referido neste capítulo e no anterior, não foram considerados no tratamento referente à idade do universo geral de pacientes, que, com estes cinco elementos, passa a perfazer 78.

## ***4. ATIVIDADE CIENTÍFICA***



## 4. ATIVIDADE CIENTÍFICA

A inclusão deste capítulo no RAC teve subjacente permitir-me abordar e dar nota resumida de dois *posters*, sendo o primeiro intitulado “Ferulização: a propósito de um caso clínico”, que segue como anexo 3, que submeti como primeira autora para o Congresso anual da SPEMD a decorrer em outubro próximo.

Este caso permitiu-me discutir e entender a relação existente entre trauma oclusal e a progressão e severidade da doença periodontal, consistindo num caso clínico em que foi efetuada a reparação de uma férula no 2º sextante de resina composta adesiva com resina composta e reforçada por fibra de vidro. ´

Na área da Dentisteria foi também efetuado um caso clínico diferenciado em que desempenhei o papel de assistente, referente a uma grande restauração num molar superior recorrendo à utilização de dois tipos de materiais, sendo estes amálgama e compósito. O interesse deste caso clínico baseia-se na vantagem em recorrer a esta área da Medicina Dentária como alternativa à Prostodontia Fixa na reconstrução de dentes com grande grau de destruição. Pelo interesse que este tema suscita, o caso clínico foi também submetido como *poster* (anexo 4) para o Congresso anual da SPEMD, no qual fui segunda autora.

Neste contexto, considero muito importante o desenvolvimento de atividade científica, seja como mera aluna, seja, assim o espero, já como Médica Dentista integrada na profissão.

De fato, a pesquisa e desenvolvimento de trabalho científico contribui para o enriquecimento do saber detido e, simultaneamente, para a valorização académica e/ou profissional, no que pode certamente constituir uma forte competência distintiva.

Na Medicina Dentária, o constante evoluir da profissão requer uma assertividade e disponibilidade permanente para a aprendizagem, seja pelo *feedback* dos trabalhos que apresentamos, seja pela análise e aprofundamento dos trabalhos que outros iniciaram.

De fato, a pesquisa e desenvolvimento científico é um constante dar e receber, onde naturalmente se deve respeitar e identificar o que cada um cria, mas em que nada é estático e quanto mais pessoas estudarem um assunto ou problema, mais hipóteses de

solução surgem, ou, transpondo para a profissão, novos tratamentos de melhor efeito e menos invasivos serão descobertos.

## ***5. DISCUSSÃO***



## 5. DISCUSSÃO

A abordagem terapêutica praticada e aprendida na Clínica de Medicina Dentária da UCP de Viseu, segue e tem por objetivo encaminhar os pacientes segundo uma lógica sequencial de tratamentos e de interligação de disciplinas.

Esta abordagem multidisciplinar do paciente é fundamental para que se consiga um tratamento através de uma análise de conhecimentos específicos das diversas áreas, com o objetivo comum de promover e manter a SO.

Primordialmente, o paciente é atendido uma primeira vez na disciplina de Medicina Oral, uma vez que, antes de se iniciar qualquer tratamento dentário, aquele deve ser submetido a um diagnóstico minucioso para despiste de eventuais lesões que possam existir nos tecidos moles e duros na cavidade oral.

Para tal, nesta disciplina procede-se ao exame clínico do paciente, constituído pela anamnese, análise intra e extra oral. Este exame clínico é determinante no sucesso do tratamento, não só por permitir uma análise minuciosa da cavidade oral para identificação das enfermidades que a acometem, mas também porque permite identificar fatores que podem interferir com o tratamento, nomeadamente doenças sistémicas.

O exame clínico assume, pois, particular importância em pacientes idosos, dadas as alterações fisiológicas, orgânicas e mentais, provocadas pela idade, que acarretam a prazo, mais cedo ou mais tarde, repercussões, por vezes bastante debilitantes, tanto para a saúde geral como para a oral. <sup>(11)</sup> Estas alterações fazem com que normalmente estes pacientes sejam acometidos por mais de uma doença simultaneamente e, devido a isso, tomem vários medicamentos, o que aumenta o risco de interações medicamentosas e, por isso, é necessária uma especial atenção na prescrição para estes pacientes, tendo em conta as reações adversas e a suscetibilidade aumentada.

Após a avaliação clínica inicial procede-se à elaboração, caso a caso, de um plano de tratamento a seguir, particularizando as diferentes disciplinas para que o paciente deveria ser encaminhado.

O interesse em o exame clínico inicial ser realizado nesta área disciplinar, pode ser avaliado pela importância de se poder obter um diagnóstico precoce quando existam

lesões orais, permitindo tratá-las com menos sofrimento para os pacientes e com maior rapidez de cura.

Mesmo não tendo um protocolo de atuação direto em determinadas lesões, nomeadamente as potencialmente malignas, é muito importante saber identificá-las, para atempadamente podermos encaminhar o doente para um especialista e, desse modo, contribuir para um real aumento da sua efetividade de tratamento, através do diagnóstico precoce, aumentando as possibilidades de cura.

Por outro lado, em determinadas lesões que saibamos que não apresentam quaisquer características de malignidade e, caso nos sintamos aptos, podemos atuar logo e proceder à biópsia da lesão, como irá ser descrito no subcapítulo 5.1 um estudo de caso referente a biópsia de um fibroma traumático.

Após esta primeira consulta de avaliação a que se seguiu elaboração do plano de tratamento(s) a seguir, em praticamente todos os casos os pacientes foram encaminhados para a disciplina de Periodontologia, como pode ser verificado pela análise da tabela 3, no Capítulo 3.

Considero o acompanhamento de doentes em Periodontologia fundamental, na medida em que cerca de 98% da população adulta tem alguma patologia periodontal, desde gengivite a periodontite avançada <sup>(12)</sup>, como se verificou nos resultados obtidos (gráfico 16), nos quais todos os pacientes apresentaram patologia periodontal. Um controlo periodontal frequente é essencial de modo a impedir a progressão da doença.

Além disso, antes de executar determinados procedimentos, é necessário fazer-se uma destarterização, pois, caso contrário, poderá resultar num impedimento de se continuar o tratamento desejado e previsto, como cirurgias, por exemplo.

Por todos estes os motivos, podemos verificar no gráfico 2 que esta é a segunda disciplina com mais pacientes, sendo superado apenas por prostodontia removível que será analisada mais à frente.

É também de salientar que um dos diagnósticos mais prevalentes é PCL (gráfico 16), fato que pode ser explicado pela idade dos pacientes atendidos (gráfico 14). Já gengivite é um dos diagnósticos menos encontrados, o que pode ser explicado pelo reduzido

número de pacientes entre o intervalo de idades 16 e 29 que procuram a clínica (gráficos 7 e 14).

Este fato pode ser explicado com as alterações fisiológicas, orgânicas e mentais, que ocorrem com o avançar da idade, como já foi acima mencionado.<sup>(11)</sup>

Após o controlo periodontal, os pacientes são naturalmente encaminhados para as diversas áreas que se adequam melhor aos tratamentos dentários que necessitem.

Uma vez avaliadas as estrutura dentárias a tratar, o encaminhamento deve ser feito consoante a infeção do dente a tratar. Em casos de cárie avalia-se o nível de comprometimento dentário, sendo encaminhado em primeira extensão para Dentisteria Operatória.

Nesta disciplina verifica-se um grande número de pacientes (gráfico 19) uma vez que a cárie dentária é das doenças mais comuns da cavidade oral, afetando cerca de 80% da população portuguesa<sup>(12)</sup>, sendo por isso a terceira disciplina com mais pacientes.

Caso a infeção atingisse a polpa dentária, este era então encaminhado para Endodontia.

Em casos de destruição da estrutura dentária, mas possível de restaurar, o paciente, após a Endodontia, e após avaliação do grau de destruição, é encaminhado ou para Dentisteria ou para Prótese Fixa.

No entanto, caso já não seja possível a reconstrução do remanescente dentário, o paciente é encaminhado para cirurgia, de modo a que se proceda à extração dentária.

Tendo em conta, como verificado nos gráficos 3, 4, 7 e 8, existir um elevado número de pacientes atendidos com mais de 60 anos, e da relação da evolução da doença periodontal, da cárie, xerostomia, e não só, com o avançar da idade, que são causas de perda dentária<sup>(13) (11) (14) (15)</sup>, houve um grande número de pacientes atendidos com edentulismo parcial e, em alguns casos, mas mais raros, edentulismo total, necessitando por isso ter-se recorrido com frequência a tratamentos de reabilitação oral.

A grande prevalência de pacientes com idade superior pode-se dever ao fato de, segundo o Instituto Nacional de Estatística, cerca de 20% da população residente em Portugal ser idosa e de a idade média da população de Portugal ser de 41.8 anos, próxima da idade média dos pacientes atendidos, que foi de 48.3 anos (gráfico 4).

Existem várias opções disponíveis para reabilitação de espaços edêntulos, sendo elas as próteses (fixas ou removíveis) e implantes, no entanto, esta última, por carecer de uma especialização própria para a sua execução, não é feita pelos alunos.

A disciplina que mais teve pacientes, foi, precisamente, a disciplina de Prostodontia Removível, com um total de 34 atos. (gráfico 2) fato que comprova a prevalência de pacientes com necessidades de recorrerem a reabilitação oral, como acima mencionado.

No entanto, apesar da existência de duas disciplinas responsáveis pela reabilitação oral, sendo elas Prostodontia Removível e Prostodontia Fixa, podemos verificar que Prostodontia Removível é a área com mais pacientes, enquanto que Prostodontia Fixa tem um numero de pacientes bastante reduzido, sendo das disciplinas com menos pacientes (gráfico 2). Este fato pode ser explicado pela primeira ser bastante menos dispendiosa do que a segunda.

É de salientar as frequentes queixas dos pacientes relativamente à sua situação económica, referindo recorrer à clinica dentária por uma questão de preços mais reduzidos e, por isso, serem forçados a optar pelos tratamentos menos dispendiosos.

Como podemos verificar pelo gráfico 5, apenas cerca de metade dos pacientes tem emprego e cerca de 20% é reformado, havendo, ainda, uma percentagem significativa, de 30%, que não possui rendimentos.

O elevado escalão de idade mais prevalente nos pacientes, aliado à situação social de baixos rendimentos, podem explicar o motivo de a área da Prostodontia Removível ter significativamente mais pacientes, visto que o edentulismo pode ser associado, entre outros fatores, com idade, situação financeira e classe social <sup>(13)</sup>, levando a maioria dos pacientes a optar por tratamentos menos dispendiosos, que, no caso da reabilitação oral, é a Prostodontia Removível.

O reduzido número de pacientes na disciplina Oclusão (gráfico 2) pode ser explicado pelo fato de as pessoas ainda não estarem sensibilizadas para o tratamento de patologias da ATM, o que pode ter a ver com o intervalo de idades e a média de idades de pacientes atendidos, menos sensibilizados para este tipo de tratamento.

As disciplinas de Odontopediatria e Ortodontia apresentam também um reduzido número de pacientes.

Contudo, penso que tal facto será menos por falta de preocupação e cuidado relativamente à SO nas crianças por parte dos pais, mas antes, e sobretudo, devido aos horários clínicos destas disciplinas serem incompatíveis com os horários escolares.

Com efeito, dois Pacientes tinham horários escolares matinais coincidentes com o horário das consultas, dificultando a possibilidade de fazerem os tratamentos sem prejuízos laterais, neste caso escolares.

Seguidamente irão ser descritos os três casos clínicos diferenciados referenciados no Capítulo 2.

## 5.1 CASO CLÍNICO Nº1

### *Diagnóstico de Líquen Plano Oral e Biópsia de um Fibroma Traumático*

#### Contextualização Teórica do Caso Clínico

##### *Líquen Plano Oral*

O líquen plano oral (LPO) atinge cerca de 2% da população formando um *cluster* concentrado na designada “idade média”, isto é, acima dos 40 anos de idade, sendo comumente mais observável em mulheres do que em homens <sup>(16)</sup>.

Caracteriza-se por ser uma doença crónica, auto-imune, que pode afetar a mucosa oral, mucosa genital, pele, couro cabeludo e unhas <sup>(16)</sup>. Em geral os locais da cavidade oral mais afetados são a mucosa jugal, o dorso da língua e a gengiva <sup>(17)</sup> <sup>(16)</sup>.

A extensão e gravidade da lesão podem variar ao longo do tempo sucedendo que, uma vez estabelecida, torna-se uma condição persistente <sup>(18)</sup>. Clinicamente, as lesões orais apresentam-se bilateralmente e, normalmente, são simétricas, essencialmente sob três formas distintas, respetivamente: reticular, erosiva e atrófica <sup>(16)</sup> <sup>(18)</sup>.

Destas, a forma reticular, que constitui a mais comumente observada, é caracterizada por apresentar estrias brancas, designadas estrias de *Wickham* <sup>(17) (16) (18)</sup>. Não costuma ser sintomática, embora as lesões possam derivar de assintomáticas para dor debilitante <sup>(16)</sup>, estando os períodos de maior exacerbação da doença geralmente associados a trauma mecânico, calor e períodos de maior intensidade de *stress* dos doentes <sup>(19)</sup>.

De referir ainda que o diagnóstico de LPO reticular resulta, sobretudo, de achados clínicos, pois a presença de estrias brancas bilaterais é patognomónica nesta doença <sup>(20)</sup>, com o tratamento centrado essencialmente no alívio dos sintomas, dado que, como foi já referido, nas lesões orais raramente há remissão <sup>(21)</sup>, implicando, por isso, que aquele deva ser ditado pela gravidade dos sintomas e não pela aparência clínica, consistindo a medicação de eleição em corticosteroides tópicos em lesões limitadas <sup>(16) (18) (20)</sup>.

O nível de risco de malignização do líquen plano (LP) continua a ser uma questão sem unanimidade na classe dos médicos dentistas, que divide as opiniões, tendo a OMD caracterizado o LP como uma condição potencialmente maligna, constituindo, nesse sentido, “*um estado generalizado associado a um aumento significativo do risco de cancro*”.

Posto isto, é recomendável e desejável efetuar a vigilância preventiva e de acompanhamento das lesões quadrimestralmente (três vezes por ano), alargando-se para um ano nos casos de forma reticular assintomática.

## ***Fibroma***

O fibroma é a lesão benigna mais comum da cavidade oral, por regra mais observável em pacientes de idade compreendida entre 40 e 60 anos, afetando duas vezes mais mulheres do que homens <sup>(20)</sup>.

Caracteriza-se por ser uma hiperplasia reacional de tecido conjuntivo fibroso em resposta a irritação local ou a um trauma iniciado pelo próprio paciente (mordedura), por efeito de restaurações, ou ainda provocado por dentes pontiagudos <sup>(18)</sup>.

Clinicamente, os fibromas apresentam-se como uma lesão séssil (apesar de alguns poderem ser pediculados), exofítica, bem delimitada, com forma redonda ou ovóide, da mesma cor da mucosa, sendo que, como resultado de um trauma contínuo, pode apresentar-se com cor um pouco mais clara <sup>(20)</sup>.

Histopatologicamente, um fibroma consiste numa massa nodular de tecido fibroso conjuntivo coberta por epitélio escamoso estratificado<sup>(22)</sup>.

O fibroma pode ocorrer em qualquer localização da cavidade oral. No entanto, como a maioria destas lesões são causadas por trauma, as localizações mais frequentes situam-se ao longo do plano de mordida na mucosa jugal, ou nos bordos laterais da língua<sup>(18)</sup>.

A extensão da maioria dos fibromas é de até cerca de 1.5cm de diâmetro e normalmente são assintomáticos, a não ser que se forme uma úlcera por trauma repetitivo, caracterizada por uma pseudomembrana branca amarelada, dolorosa e incomodativa para o paciente<sup>(18)</sup>.

Faz diagnóstico diferencial com o tumor de células granulosas, neurofibroma, lipoma e neurilemoma devido às suas características clínicas e localização preferencial também ser na língua<sup>(20)</sup>.

Quanto ao tratamento é necessário que se proceda à exérese total da lesão e respetiva análise histológica, para despiste identificativo de quaisquer outras possíveis lesões, benignas ou malignas, que mimetizem as características do fibroma<sup>(20)</sup>, como também sucede no caso do papiloma oral<sup>(23)</sup>.

## **Descrição do Caso Clínico**

### ***Biópsia de um Fibroma***

#### **Identificação do paciente**

Paciente de sexo feminino, raça caucasiana, 63 anos, apresentou-se na Clínica Universitária no dia 17 de março de 2014, para uma consulta de Medicina Oral.

## **História Médica**

A paciente já havia sido atendida anteriormente nesta disciplina, onde após ser observada se diagnosticou, como provável, a existência de Síndrome de Boca Ardente e LPO reticular. Em consequência, foi medicada com Fluticasona (corticosteroide para uso nasal) nos últimos três anos, para alívio da sintomatologia associada ao LPO.

Apesar da resultante história clínica preenchida anteriormente acima descrita, foi efetuada uma nova avaliação, em que quando inquirida relativamente aos valores da última análise sanguínea efetuada, a paciente apenas referiu ter valores elevados de colesterol na qual foi medicada com Sinvastatina.

Quanto ao historial médico, esta mencionou historial de hipertensão, entretanto estabilizada com medicação, na forma de Ramipril em associação com hidroclorotiazida.

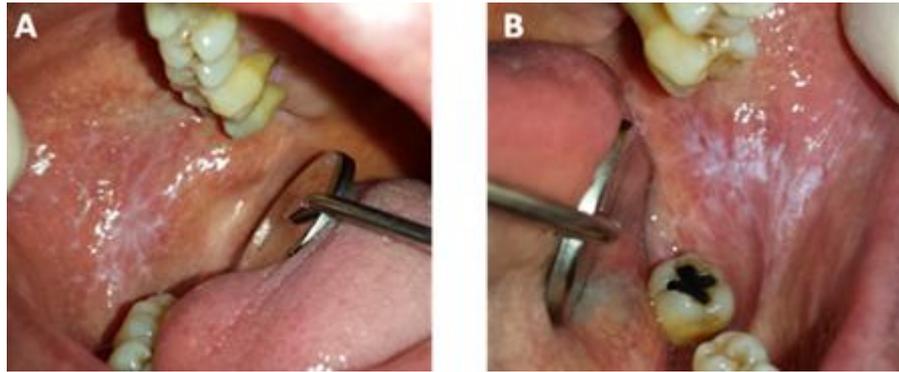
De notar que Ramipril sendo um inibidor da enzima de conversão da angiotensina, promove o relaxamento dos vasos sanguíneos, enquanto a hidroclorotiazida, como diurético que é, promove a diminuição da pressão sanguínea.

A paciente referiu ainda ser alérgica ao pólen e à aspirina, não tendo mencionado qualquer outro problema de saúde. No exame clínico extra oral não foi detetado nada de relevante.

## **Exame Clínico intra-oral**

- *Identificação do LPO Reticular*

Na realização do exame clínico intra-oral na mucosa jugal direita e esquerda, foi verificada a existência de lesões bilaterais e simétricas, compatíveis com LPO reticular, observando-se as estrias de *Wickham* características deste tipo de lesão <sup>(20)</sup> (Figura 1 – A, B).



**Figura 1** – LPO Reticular (A: mucosa jugal direita; B: mucosa jugal esquerda)

A paciente referiu novamente sintomatologia dolorosa associada a esta lesão, manifestada quando comia alimentos quentes, tendo acrescentado haver uma relação da sintomatologia com os períodos em que se sentia mais ansiosa, pelo que, por ser uma situação comum e previsível <sup>(19)</sup>, lhe foi prescrito Clobetasol (anti-inflamatório esteroide de utilização tópica), duas vezes ao dia.

- Diagnóstico de fibroma traumático

No prosseguimento da análise intra-oral foi verificada a existência de uma lesão no bordo lateral esquerdo da língua, que consistia numa lesão tumefáctil de base séssil, circular, bem delimitada, aproximadamente com 3 mm de diâmetro, não hemorrágica e da mesma cor da mucosa.

Em resultado destas características, a lesão foi considerada compatível com fibroma, pelo que se procedeu à identificação de fatores etiológicos <sup>(18)</sup>, sendo que não foram observados nenhuns, exceto desconforto durante a mastigação (referido pela paciente), devido a trauma contínuo. Todavia, apesar da lesão estar sujeita a trauma contínuo, não foi observada nenhuma ulcera nem uma cor mais clara, como seria expectável <sup>(20)</sup>.

Tendo em conta o desconforto relatado pela paciente e o trauma repetido a que a lesão estava sujeita (o que pode fazer com que a lesão se torne maligna <sup>(24)</sup>), optou-se pela excisão cirúrgica da lesão, com conseqüente análise histológica.

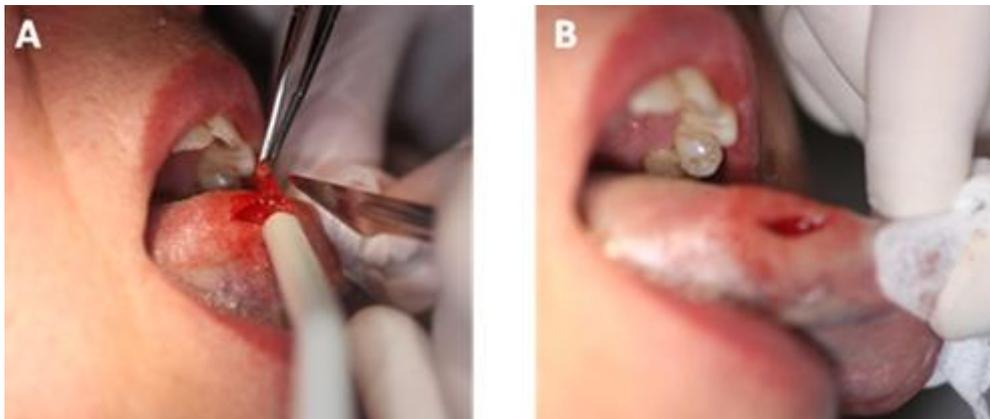
- *Biópsia Excisional de Fibroma Traumático – Descrição do Procedimento*

Assim, na semana seguinte ao diagnóstico do fibroma procedeu-se à excisão da lesão, tendo-se optado por uma biópsia excisional, a mais indicada quando a lesão não tem características de malignidade e é de pequena dimensão (neste caso cerca de três mm de diâmetro).

O procedimento foi iniciado pela aplicação de uma anestesia perilesional, isto é, à volta da lesão. Foi-lhe administrada lidocaína, de modo a promover a analgesia e vasoconstrição dos tecidos.

Seguidamente, procedeu-se a uma incisão semilunar, recorrendo à lâmina de bisturi nº11, de modo a fazer-se a excisão completa da lesão com uma margem de segurança de 2 mm, de modo a evitar a recidiva da lesão.

O tecido foi destacado com uma pinça de *Adson* causando uma ferida iatrogénica (Figura 2 – A, B).



*Figura 2 (A, B) – Exérese total da lesão*

Por fim, após a remoção total da lesão, realizou-se uma sutura com três pontos simples de modo a aproximar os bordos da ferida (Figura 3).



*Figura 3 - Sutura de 3 pontos simples*

A amostra foi enviada para o laboratório para análise histológica (Figura 4), que, cerca de duas semanas depois, confirmou o diagnóstico de fibroma (anexo 5).



*Figura 4 - Envio da amostra para análise histológica*

Como medicação foi indicado à paciente a toma de um anti-inflamatório e foi-lhe pedido que voltasse à clínica na semana seguinte, para controlo pós-operatório da lesão.

- Controlo pós-operatório

Na semana seguinte fez-se a remoção dos pontos e verificou-se uma cicatrização por primeira intenção, com a paciente a referir sintomatologia álgica.

Cerca de um mês depois, a paciente foi novamente observada e o local da excisão da lesão apresentava tecido são, da mesma cor da mucosa, praticamente sem vestígios da cicatrização, com a paciente a já não referir qualquer sintomatologia (Figura 5).



*Figura 5 – Controlo da cicatrização após 30 dias*

Foi-lhe indicado a necessidade de realizar nova consulta de avaliação em setembro próximo, de modo a controlar o LPO.

### *FIM DO CASO CLÍNICO*

## 5.2 CASO CLÍNICO Nº2

### *Reparação de Férula no 2º sextante*

#### Contextualização Teórica do Caso Clínico

A periodontite é uma das doenças mais comuns da cavidade oral <sup>(14)</sup>. É por isso de extrema importância a prevenção da progressão desta doença, através do controlo regular do biofilme oral.

A associação de trauma oclusal com doença periodontal permanece um assunto controverso, no entanto, após vários estudos comprovou-se que o trauma oclusal modifica a progressão da doença periodontal <sup>(25) (26)</sup>.

Pacientes com PCA têm predisposição para a ocorrência de trauma oclusal secundário, pois a atividade funcional normal pode causar danos traumáticos <sup>(26)</sup>.

Está comprovado que o trauma oclusal não inicia a doença periodontal no entanto 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 <sup>(25) (26)</sup>.

Em estudos de grupos de doentes com periodontite que estão controlados pela terapia periodontal de suporte, verificou-se que os dentes perdidos com mais frequência são os molares <sup>(27)</sup>.

Além da mobilidade dentária associada à doença periodontal, a ausência de dentes no sector dentário posterior induz instabilidade oclusal dos dentes anteriores. Com vista a proporcionar estabilidade periodontal e oclusal destes dentes (anteriores), pode-se recorrer a férulas de fibra de vidro adesivas <sup>(28) (29)</sup>, pois estas, além de estéticas, conseguem uma estabilidade oclusal e periodontal dos dentes <sup>(29)</sup>.

Segundo a Associação Americana de Periodontologia, uma férula dentária é “*um dispositivo concebido para imobilizar e estabilizar dentes com mobilidade*” <sup>(30)</sup>

São várias as condições clínicas que necessitam de estabilização dentária, tais como contenções ortodônticas, dentes sujeitos a trauma oclusal primário ou secundário, dentes com mobilidade moderada a severa, entre outras. <sup>(30)</sup>

Uma vez colocada férula, esta deve ser mantida e o paciente deve fazer um controlo periodontal frequente <sup>(28)</sup>.

## **Descrição do Caso Clínico**

### ***Reparação de Férula no 2º sextante***

#### **Identificação do paciente e do caso clínico**

Paciente de sexo masculino, raça caucasiana, 68 anos, não fumador, apresentou-se na Clinica Universitária no dia 5 de Maio de 2014, para uma consulta de Periodontologia, para realização de controlo periodontal onde foi efetuada Fase Higiénica (OHI, Destarterização e Polimento).

O paciente apresentava férula de resina adesiva, conforme Figura 6, a qual havia sido realizada também nesta Clínica, em 2012.

Tal como então, o paciente apresenta doença periodontal e edentulismo no setor posterior maxilar que, como mencionado anteriormente, leva a instabilidade oclusal e periodontal.

Além disso, ao exame radiográfico (figura 9 - A) é notória uma perda óssea vertical localizada no 1.1, que é indicativo de que o dente estava sujeito a trauma oclusal secundário <sup>(26)</sup> e como acima descrito este é uma das condições clínicas que necessitam de imobilização dentária.

Posto isto, neste paciente recorreu-se à férula não apenas por mobilidade dentária, mas, também devido ao trauma oclusal a que o 1.1 estava sujeito.

Após estudos, comprovou-se que a limitação de férulas de resina composta adesiva é a necessidade de frequentes reparações, pelo que a introdução de uma tira de alta resistência, biocompatível, estética e facilmente manipulável (fibra de vidro) melhora bastante as propriedades mecânicas da férula (Pollack, 1999 e Strassler *et al.*, 1999). <sup>(30)</sup>

Assim, na consulta foi aconselhado ao paciente a reparação da férula de resina composta adesiva existente no 2º sextante (do 1.2 ao 2.1), conforme Figura 6, com resina composta e reforçada com fibra de vidro, com óbvios benefícios estéticos e mecânicos, e de modo a fechar os diastemas presentes entre o 1.2 - 1.1 e 1.1 - 2.1.

Optou-se por este tipo de férula pela sua estética, tendo em conta que é uma zona anterior, pela sua resistência, como já referido anteriormente, e ainda pelo seu baixo custo.

O paciente aceitou tendo comparecido na Clínica no dia 2 de Junho de 2014, de modo a proceder-se a nova ferulização do 2º sextante.



*Figura 6 – Férula existente*

### **Histórico de Consultas de Periodontologia**

O paciente compareceu 3 vezes na Clínica em 2012 para realização da Fase Higiênica, RAR e ferulização do 2º sextante (do 1.2 ao 2.1). Apenas voltou a comparecer em Maio de 2014 onde foi feita nova fase higiênica e RAR.

### **História Médica e Dentária**

Na realização da história clínica o paciente não mencionou nenhum problema de saúde.

Como é visível na Figura 7 o paciente apresenta edentulismo total no maxilar inferior e edentulismo posterior superior.

Em relação aos hábitos de higiene orais o paciente referiu escovar os dentes uma vez ao dia e não referiu a utilização de fio dentário.

### **Saúde Periodontal**

Paciente apresenta um diagnóstico periodontal de PCA e, na realização do periograma, apresentou um IS=2.08% e IP=34.37%.

Os valores do PSR foram: 1º sextante = 1, 2º sextante = 1; 3º sextante = 2, com a presença de recessões nos três quadrantes.

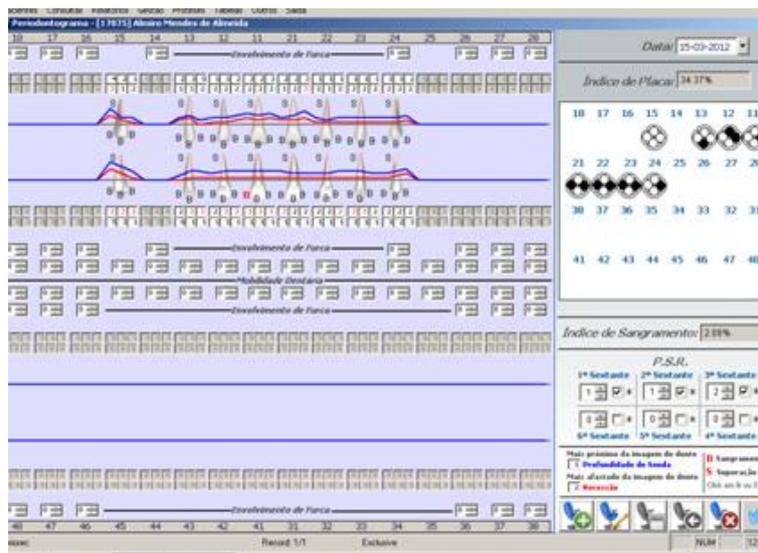
Apresenta uma higiene oral satisfatória.

Seguidamente, segue a ortopantomografia do paciente, realizada em 2014, e o periograma (Figuras 7 e 8).



**Figura 7 - Ortopantomografia**

Com esta radiografia, é possível a visão total do complexo maxilo-mandibular, dando assim suporte à interpretação que fazemos das estruturas ósseas permitindo assim verificar a grande perda de suporte ósseo dos dentes remanescentes, com destaque para o 1.1.



**Figura 8 - Periograma**

De modo a comparar a inserção óssea dos incisivos centrais desde a ferulização em 2012 e atualmente, foi efetuada uma nova radiografia periapical. Seguidamente (Figura 9 – A, B) seguem os dois raios x periapicais, sendo o raio x A realizado em 2012 (antes da realização da férula, como se pode comprovar pelo raio x) e o raio x B realizado em Maio de 2014, aquando da decisão de reparar a férula existente. Analisando os raios x é visível a melhoria ao nível dos defeitos ósseos verticais.



*Figura 9 – Periapicais dos incisivos centrais (A: 2012; B:2014)*

- *Descrição do Procedimento*

Para que as superfícies dentárias a promover a adesão estejam completamente limpas, foi feita destaracterização nos dentes 1.2, 1.1 e 2.1.

Seguidamente, foi feito um polimento da superfície palatina dos dentes, removendo algumas manchas que neste se encontravam.

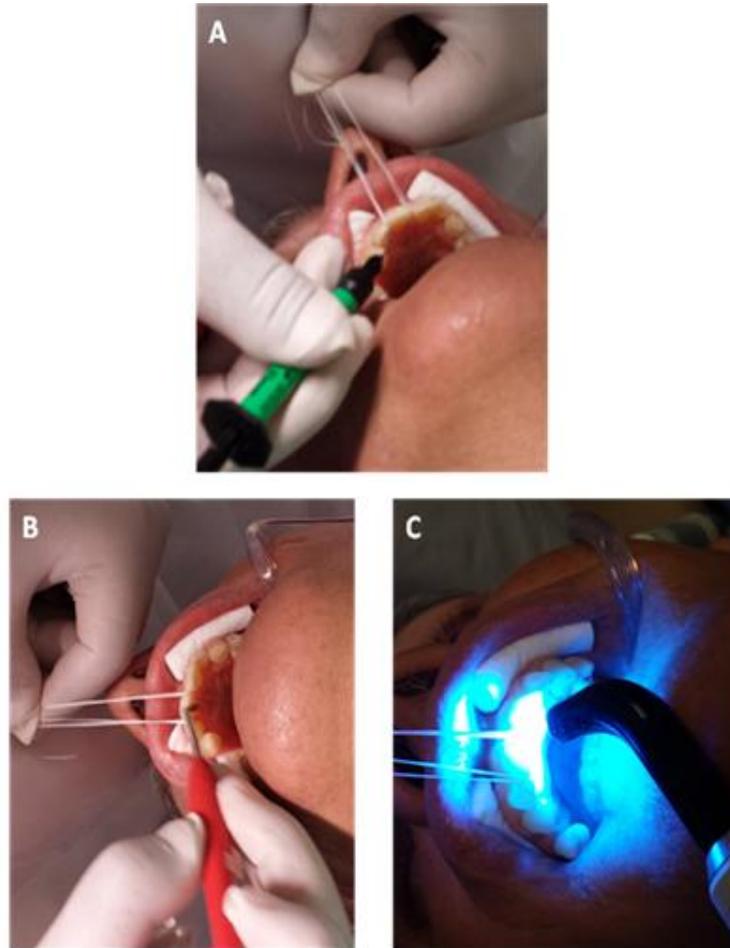
Após este procedimento, começou-se pela remoção da férula existente, removendo compósito da superfície vestibular dos dentes. Este não foi totalmente removido, pois deixou-se algum compósito interproximal que já encerrava minimamente o diastema. Fez-se o polimento do compósito restante de modo a mimetizar o dente.

Como não se removeu todo o compósito da férula, não foi possível a realização de isolamento absoluto, pelo que foi feito isolamento relativo.

Neste processo a fibra deve ser manuseada o mínimo possível <sup>(30)</sup> e, para tal, recorreu-se a uma matriz metálica para determinar o comprimento da fibra a usar. Fez-se a preparação das superfícies dentárias através da aplicação de ácido fosfórico a 37% durante 15 segundos e da aplicação de adesivo e respetiva fotopolimerização.

De seguida foram colocados 2 fios dentários entre os espaços interproximais, de modo a reter a fibra enquanto esta não era fotopolimerizada juntamente com o compósito fluido. Depois, foi colocada uma fina camada de compósito fluido nas superfícies dentárias (de modo a melhorar a adesão da fibra) seguida da fibra, após ser impregnada com adesivo. Em seguida colocou-se uma fina camada de compósito fluido, desta vez por cima da

fibra, recorrendo ao auxílio de uma espátula e condensador, e fotopolimerizou-se simultaneamente (figura 10 – A, B, C).



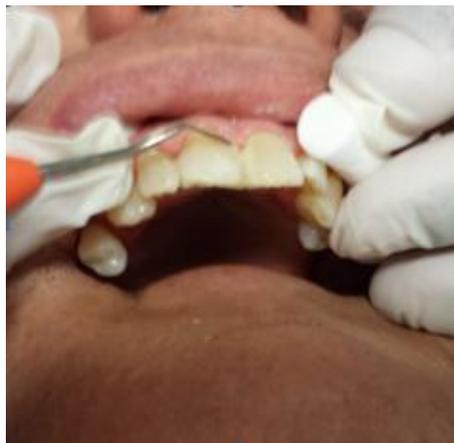
**Figura 10:** A: Aplicação de compósito fluido na fibra de vidro; B: Condensação do compósito; C: Fotopolimerização)

Após este procedimento, os fios dentários foram removidos e foi colocada novamente uma fina camada de compósito sobre a fibra de modo a cobrir as irregularidades com o auxílio de um brunidor (Figura 11), pois nestas irregularidades poderiam acumular-se detritos o que dificultaria a higiene oral do paciente, uma vez que a férula deve promover condições para que o paciente seja capaz de realizar uma boa higiene oral (Berthold *et al.*, 2012)<sup>(30)</sup>.



*Figura 11 - Aplicação de uma fina camada de compósito na fibra de vidro de modo a cobrir as irregularidades*

Após a ferulização feita, efetuou-se a remodelação estética mediante encerramento dos diastemas entre o 1.2 - 1.1 e 1.1 - 2.1. Esta remodelação foi feita recorrendo a compósito aplicado nas faces interproximais dos dentes (Figura 12).



*Figura 12 - Remodelação estética mediante encerramento dos diastemas*

De seguida fez-se o desgaste de modo a aprimorar a estética e fez-se o controlo da oclusão do paciente, na qual se verificou não existirem contactos fortes e, por isso, foi apenas feito um polimento do compósito (Figura 13).



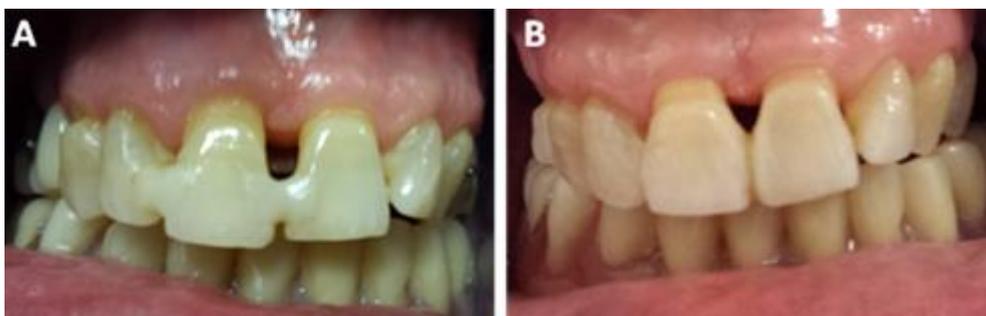
*Figura 13 - Acabamentos (Desgaste e polimento)*

Tendo finalizado o procedimento, o paciente ficou bastante satisfeito com o resultado final (Figura 14).



*Figura 14 - Resultado Final*

Na Figura 15 (A, B), podemos comparar a estética antes, com a férula realizada em 2012, e a estética com a nova férula de fibra de vidro.



*Figura 15 - A: Antes; B: Depois*

- Recomendações dadas ao paciente

De maneira a alcançar o sucesso, foram dadas algumas recomendações finais ao paciente, onde se destacou a importância da monitorização periódica da higiene oral. Assim, foram dadas ao paciente indicações quanto à escovagem da férula, e à importância do uso de colutórios bem como do uso de escovilhões, de modo a complementar a higiene oral.

Por fim foi indicado ao paciente a necessidade futura de consultas regulares, espaçadas entre três a seis meses, para o necessário controlo da férula e da doença periodontal.

Estas instruções são muito importantes, pois a combinação de competência clínica, seleção apropriada dos materiais e boa comunicação para com o doente nas instruções de higiene oral, fazem com que o paciente possa vir a beneficiar de uma férula estética, funcional e saudável em termos biológicos. (Hochman *et al.*, 1992, Strassler & Serio, 2007 e Syme & Fried, 1999) <sup>(30)</sup>.

### ~~FIM DO CASO CLÍNICO~~

## 5.3 CASO CLÍNICO Nº3

### **Realização de Prótese Total Superior**

#### **Contextualização Teórica do Caso Clínico**

Estima-se que entre 7% a 69% da população adulta, a nível internacional, consoante as regiões, sofra da condição de edentulismo total, que é definido pela perda de todos os dentes permanentes <sup>(31)</sup>.

Estudos anteriores revelam que tratamentos através da Prostodontia Removível, incluindo próteses totais, melhoram significativamente a qualidade de vida associada à Saúde Oral <sup>(32)</sup>, sendo inegável a relação do edentulismo com o estado fisiológico, psicológico e social do ser humano<sup>(33)</sup>, considerando que a prótese total devolve ao paciente a função mastigatória, a fonética e a estética<sup>(34)</sup>, ou seja, permite uma reabilitação anatômica e funcional.

No entanto, sucede que por vezes os pacientes não se adaptam às próteses e, liminarmente deixam de as usar, tampouco procurando corrigir a situação.

É de conhecimento geral que com o avançar da idade ocorre nos pacientes uma diminuição salivar (xerostomia), a qual pode ser mais intensa potenciada por determinadas condições sistémicas ou por terapêutica farmacológica, tais como diuréticos e antidepressivos, entre outros <sup>(13) (35)</sup>.

Por isso, tendo a saliva uma grande importância na retenção das próteses e no conforto do paciente ao usá-las, a xerostomia é uma condição que, aliada à perda de elasticidade e resistência mecânica da mucosa, contribuem para diminuir a estabilidade e o conforto na utilização da prótese <sup>(13)</sup>.

Por outro lado, é também de realçar a perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) que ocorre com o envelhecimento, que se pronuncia pela existência de rugas pronunciadas nas comissuras labiais, com uma redução do suporte labial e conseqüente redução do terço facial inferior <sup>(13)</sup>.

*Compagnoni & Martins* verificaram que as queixas relacionadas com a dor resultante de trauma nos tecidos foi relatada como sendo a principal causa de não se usar as próteses totais após a sua inserção <sup>(36)</sup>, e que os fatores mais relatados para justificar a insatisfação com a prótese total superior foram a falta de retenção e de estabilidade, a estética e a dor associada a traumatismos <sup>(36)</sup>.

Estudos vários concluíram que os principais tipos de lesões que acometem a cavidade oral, decorrentes do uso de próteses mal adaptadas, ou de má higienização pelo paciente, consistem em estomatites, úlceras traumáticas e hiperplasias fibrosas <sup>(13) (37) (15) (38) (35)</sup>, pelo que é de salientar a importância que tem uma boa adaptação e higienização.

Para contornar e compreender melhor os problemas associados à adaptação funcional após a inserção da prótese, é essencial a realização de controlos periódicos ao longo do tratamento <sup>(36)</sup>.

## **Descrição do Caso Clínico**

### ***Prótese Total Superior***

#### **Identificação do paciente e do caso clínico**

Paciente de sexo feminino, raça caucasiana, 61 anos, apresentou-se na Clínica Universitária no dia 28 de Maio de 2014, pela primeira vez, numa consulta de Prótese Removível, pois encontrava-se insatisfeita com a sua prótese esquelética superior e com a prótese acrílica parcial inferior.

#### **História Médica**

Relativamente à história médica a paciente tem colesterol elevado e gastrite. Tem osteoporose e já sofreu de fratura num elo da zona lombar da coluna vertebral (L5). É medicada com *Seroxat* (tratamento da depressão e ansiedade) e *Omeprazol* (protetor gástrico).

#### **História Dentária**

Desdentada total superior e classe II divisão 1 inferior.

Os dentes 3.3, 4.4 e 4.7 estão endodonciados.

#### **História Protética**

Paciente usa prótese parcial inferior acrílica e prótese superior esquelética, no entanto, sente-se bastante insatisfeita com ambas.

A mesma referiu ter utilizado já quatro próteses superiores e três inferiores e não se ter adaptado bem a nenhuma (nenhuma destas próteses foi realizada na Clínica) (Figura 16).



*Figura 16 - Próteses utilizadas pela paciente*

A principal queixa referida pela paciente tanto na prótese superior como na inferior foi fraca retenção e estabilidade, uma queixa muito frequente <sup>(36)</sup>.

Tanto a prótese superior como a inferior, que a paciente usa, encontram-se desajustadas, pois, na arcada superior, os dois dentes remanescentes que serviam de pilares da prótese (2.6 e 2.7) foram extraídos, o que requer proceder-se a substituição da prótese superior por uma total, pois esta tem ganchos de dentes pilares que entretanto foram extraídos. A prótese inferior, por seu lado, também se encontra desajustada, já que, posteriormente à inserção da prótese, também foi extraído um dente (3.5), que não foi acrescentado, continuando em falta.

A paciente assume não se ter deslocado ao seu dentista para efetuar os controlos desejados, o que teria sido útil e essencial para prevenir e/ou contornar (reparar) quer os problemas das próteses derivados da intensidade da utilização, quer os problemas da ausência dos dentes em que se apoiavam as próteses <sup>(36)</sup>.

## **Consultas**

### **1º Consulta – Consulta de Avaliação**

#### **Análise intra-oral**

Na análise intra-oral foi comprovado existir perda de volume do rebordo ósseo e redução do diâmetro no maxilar superior, característica dos desdentados totais.

Foi também verificado que a arcada superior tinha uma forma semioval, o que é característico de desdentados superiores, devido ao desaparecimento das eminências caninas.

Constatou-se também a presença da papila interincisiva bastante pronunciada na arcada superior, como se pode verificar na Figura 17.



*Figura 17 - Papila interincisiva*

Na arcada inferior (desdentado parcial), também se verificou existir alguma reabsorção óssea, mas, não tao intensa como a do maxilar superior. Não se verificaram lesões intra-orais, apesar de a paciente referir dor no uso da prótese superior.

Verificou-se, contudo, a existência de xerostomia, facilmente explicável devido à toma dos antidepressivos acima referidos.

Foi de fato verificada uma grande desadaptação das próteses atuais da paciente, principalmente da superior

De modo a complementar-se o exame clinico, analisou-se a radiografia panorâmica (Figura 18) pois como já foi referido anteriormente, esta possibilita uma visão total do complexo maxilo-mandibular, dando assim suporte à interpretação que fazemos das estruturas ósseas<sup>(37)</sup>.



*Figura 18 - Ortopantomografia*

Esta ortopantomografia encontra-se desatualizada, pois o 3.5 entretanto foi extraído. Na análise da ortopantomografia verificou-se a existência de um processo periapical no 4.7, que foi analisado melhor numa radiografia periapical do dente (Figura 19). Após confirmação do processo periapical, e tendo em atenção o dente ser pilar de prótese, a paciente foi encaminhada para a disciplina de Endodontia de modo a avaliar a possibilidade de se refazer a endodontia do respetivo dente, e assim a erradicação da infecção.



*Figura 19 – Radiografia periapical do 4.7*

Além disso, na ortopantomografia, verificou-se um aumento da reabsorção óssea no 1º quadrante em relação ao 2º, fato facilmente explicável tendo em conta que as últimas extrações dentárias foram efetuadas no 2º quadrante.

Foram tiradas 5 fotografias intra orais (uma frontal, duas laterais e duas oclusais) pois as características da cavidade oral vão ser modificadas e, com base nestas fotografias, pode avaliar-se o antes e depois, servindo como documentação do trabalho efetuado e dos resultados obtidos (Figura 20 – A, B, C, D, E).

- Fotografias Intra-orais



*Figura 20 – A: Oclusal Superior; B: Frontal; C: Oclusal inferior; D: Lateral Direita; E: Lateral Esquerda*

### Análise extra-oral

Nos desdentados totais é comum haver uma perda de elasticidade e uma diminuição do tônus muscular, que se manifesta por um aspeto enrugado da pele e pela presença de lábios finos <sup>(13)</sup>, o que se pôde verificar nesta paciente. A avulsão dos dentes remanescentes conduz a uma diminuição na dimensão vertical, proporcionando uma aproximação do ápice nasal ao mento <sup>(13)</sup>, o que se verificou ter sucedido neste caso bem como o aumento do ângulo nasolabial (Figura 21 A).

Foram tiradas três fotografias extra orais (frente e perfil) de modo a documentar as regiões periorais que vão ser alteradas com a reabilitação (Figura 21 – A, B, C).

- Fotografias Extra-orais



*Figura 21 – A: Frontal PIM; B: Frontal Sorriso; C: Lateral*

### **Plano de Tratamento**

Ponderou-se, juntamente com os Professores, qual a melhor opção de tratamento.

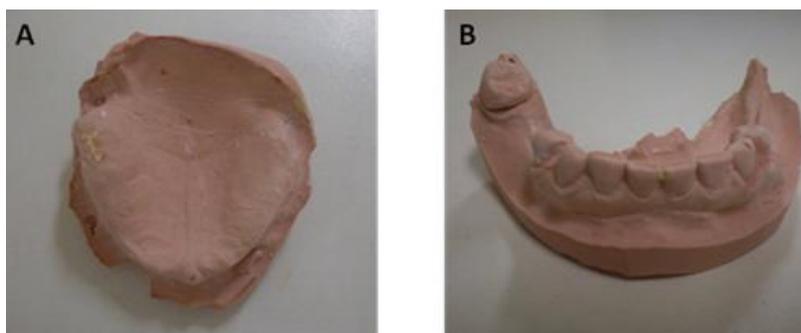
Tendo em conta a falha das quatro próteses superiores e das três inferiores, este caso implicou muita precaução e ponderação na elaboração do plano de tratamento.

Após uma reflexão cuidada, e tendo em conta a condição socioeconómica da paciente, concluiu-se ser de aplicar, neste caso, uma nova prótese total superior, conjugado com um rebasamento e acrescento de um dente (3.5) na prótese acrílica parcial inferior.

Foi então efetuada uma impressão por arrasto da arcada inferior e enviada para o laboratório com as devidas instruções de rebasamento e acrescento de um dente.

### **Etapas para a realização da prótese total superior**

Para a realização da prótese total superior procedeu-se também à realização de impressões preliminares para a posterior execução dos modelos de estudo (Figura 22 – A, B). Estes permitiram-nos confeccionar moldeiras individuais e, bem assim, analisar de forma mais objetiva a topografia da área que irá ser reabilitada, mostrando com clareza algumas estruturas da cavidade oral difíceis de serem observadas clinicamente <sup>(37)</sup>.



*Figura 22 – Modelos de Estudo - A: Superior; B: Inferior)*

## **2º Consulta – Confeção dos modelos de trabalho**

Nesta consulta procedeu-se à realização de impressões definitivas com as moldeiras individuais (previamente confeccionadas) para a obtenção dos modelos de trabalho.

A doente foi previamente avisada para retirar a prótese superior que usa, enquanto a nova não ficasse pronta, no mínimo quatro horas antes, de modo a que a mucosa pudesse recuperar completamente a sua forma.

As moldeiras individuais permitiram-nos obter uma impressão mais fiel de toda a área chapeável, toda a mucosa, fibromucosa, freios e registo funcional dos tecidos periféricos.

Seguidamente procedeu-se à preparação da boca (limpeza e remoção da saliva) de modo a podermos realizar as impressões definitivas. A impressão foi realizada em alginato e foram realizadas com a respetiva manipulação funcional.

Nesta consulta também se procedeu à entrega da prótese inferior parcial acrílica, estando esta bastante satisfatória (Figura 23 – A, B, C, D). Foi verificado que os dentes posteriores da prótese inferior estavam em contacto com a área gengival posterior superior, pelo que, na próxima consulta, seria necessário proceder a um aumento da DVO.



*Figura 23 – Prótese acrílica inferior (A: Lateral Direita; B: Lateral esquerda; C: Oclusal; D: Vista por Lingual)*

Após a paciente ir embora, e após desinfecção das impressões, estas foram vazadas a gesso de modo a obter os modelos de trabalho. Os modelos foram a seguir enviados para laboratório e, no preenchimento da folha de trabalho de laboratório, pediu-se prova de registo das relações intermaxilares.

### **3º Consulta – Registo intermaxilar e escolha da cor**

Nesta consulta procedeu-se ao registo das relações anatómicas e funcionais dos maxilares desdentados, recorrendo-se a placas de registo, sendo a primeira a placa base (representante temporário da base da prótese) e a segunda rolo de articulação (representante temporário da arcada dentária).

Foram então efetuados e verificados vários parâmetros, sendo estes:

- Suporte labial, que nos foi dado pelo tamanho e posição dos futuros incisivos centrais superiores (representados pelo rolo de articulação);
- Foi acrescentada cera ao rolo de articulação de modo a que ficassem 2 mm visíveis do rolo de articulação com a paciente em posição de repouso, de modo a respeitar a relação ideal incisivo labial.
- Inicialmente recorreu-se ao plano de Fox, para efetuar o registo da posição e orientação do plano oclusal. No entanto devido à grande reabsorção na arcada superior e devido a esta ser desigual entre o 1º e 2º quadrante, o registo oclusal acabou por ser efetuado apenas recorrendo à oclusão com a prótese inferior.

Neste, procedeu-se a um aumento da DVO, pois como acima referido a paciente apresentava uma diminuição da DVO. Foram medidos os terços faciais antes e depois, e foi conseguido um aumento de 10 mm no terço facial inferior. Anteriormente esta apresentava 55 mm no terço facial superior, 65mm no terço facial médio e 50 mm no terço facial inferior, pelo que foi conseguido aumentar o terço facial inferior de 50mm para 60mm.

Com a placa de registo em boca, marcaram-se as referências da linha média, linha de caninos e linha de sorriso, como se pode verificar nos dois modelos superior e inferior já articulados (Figura 24).



*Figura 24 - Modelos inferior e superior articulados*

Seguidamente, foi feita a escolha da cor dos dentes com base nos dentes inferiores, a qual foi registada na folha de registo de laboratório.

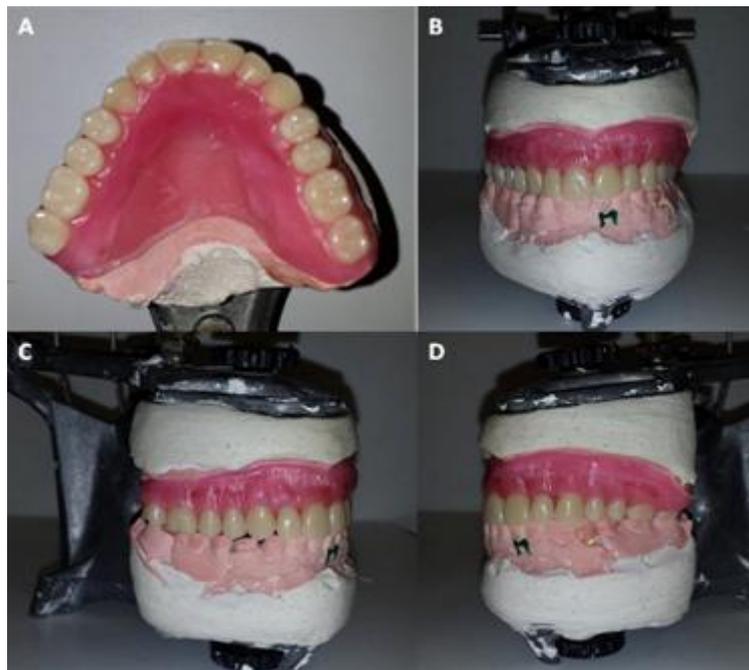
#### **4º Consulta – Prova de dentes**

Nesta consulta fez-se a prova de dentes para comprovar que a montagem estava equilibrada, tanto em intercuspidação máxima como nos movimentos de lateralidade, tendo sido avaliados os seguintes aspetos na prótese:

- Linha média;
- Relação dos lábios com os dentes anteriores;
- Proeminência dos caninos;
- Estética (tamanho, forma, cor dos dentes);
- Provas fonéticas: pediu-se ao paciente para pronunciar algumas vogais, de modo a verificar possíveis alterações fonéticas;
- Dimensão vertical;

- Oclusão (testou-se a ocorrência de contactos prematuros com papel articular em protrusão e lateralidades);
- Retenção, suporte e estabilidade da prótese;
- Aceitação e conforto referidos pela paciente (esta sentiu-se bastante confortável com a nova prótese).

Não foram detetadas anomalias em nenhum destes parâmetros, tendo sido apenas necessário proceder a um desgaste de contactos oclusais fortes.



*Figura 25 – Prova de dentes*

## **5º Consulta – Inserção da Prótese**

A prótese foi minuciosamente examinada antes de ser colocada na boca da paciente, de modo a detetarem-se eventuais irregularidades ou anomalias o que não se verificou.

Foi avaliada a reação imediata da paciente logo após a colocação da prótese na sua boca e esta foi bastante positiva.

Foram avaliados os contactos oclusais, não se registando a presença de contactos fortes e verificou-se uma excelente retenção, adaptação e estabilidade.

A paciente não referiu dor durante a inserção da prótese, e referiu estar bastante satisfeita tanto a nível funcional como estético.

É de salientar a melhoria tanto ao nível do terço facial inferior (este foi aumentado) como a nível do ângulo nasolabial que foi diminuído.

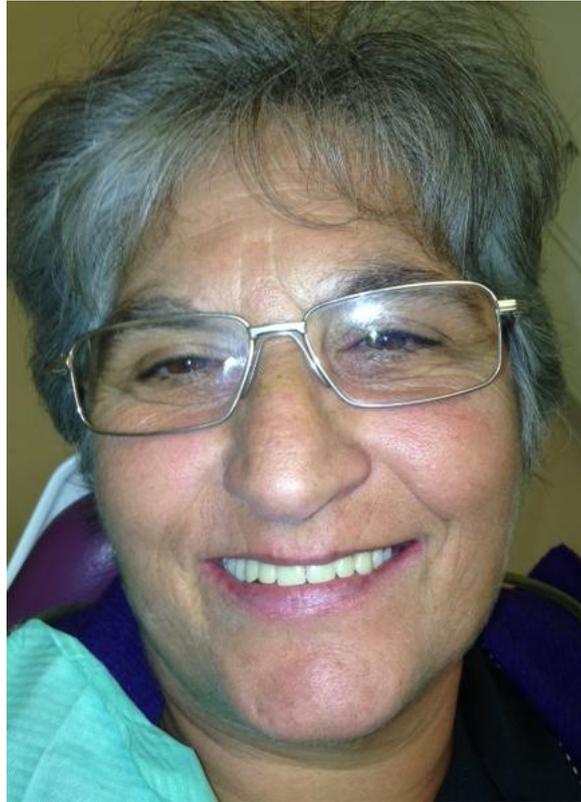
A paciente foi instruída relativamente aos cuidados a ter com a prótese e foi informada que caso sentisse dor deveria retirar a prótese e recolocando-a de novo algumas horas antes de ir à consulta de controlo, de modo a poder detetar-se as anomalias. Salientou-se a importância dos controlos periódicos.



*Figura 26 – Frontal Final*



*Figura 27 – A: Antes ; B: Depois*



*Figura 28 – Fotografia extra oral com a prótese final*

### **6º Consulta – Consulta de Controle**

A consulta de inserção da prótese ocorreu em 25 de junho de 2014, precisamente na véspera da entrega final deste trabalho. Todavia, apesar dessa contingência, é possível relatar que nesta consulta de inserção da prótese a paciente apresentava muito boa adaptação, retenção e estabilidade na nova prótese, com um aumento significativo na estética facial, e com certeza, na capacidade mastigatória.

Ficou agendada nova consulta de controle da prótese para o próximo dia três de julho, decorrida uma semana após a inserção da inserção desta.

*~~FIM DO CASO CLÍNICO~~*

## ***6. CONCLUSÃO***



## 6. CONCLUSÃO

Tal como imaginei quando optei pelo presente RAC em detrimento de outra alternativa, a sua elaboração veio confirmar-me ter sido uma excelente decisão, na medida em que desde logo me proporcionou uma visão integrada e enriquecedora da prática clínica que tive oportunidade de desenvolver ao longo do presente ano letivo, conjuntamente com os colegas do Trinómio.

Com efeito, a perspetiva de que muito em breve poderei concluir o curso e, por via disso, obter a qualificação de Médico Dentista, que me permitirá tentar entrar no mercado de trabalho da profissão, gera uma grande força assertiva de esforço e motivação para conseguir sucesso nestes dois objetivos próximos (curso e emprego).

Todavia, por melhor que estejamos e nos sintamos preparados para iniciar a profissão, e nisso sustento que a UCP de Viseu nos dá uma excelente preparação teórico-prática, na verdade, existe sempre uma vertente de insegurança pela inexperiência total em contexto de exercício da profissão, que só o tempo, a ponderação e bom senso em cada momento ajudarão a superar.

Assim, no desenvolvimento futuro da minha atividade como Médica Dentista gostaria, primordialmente, de poder contribuir para a promoção de uma boa e longa qualidade de vida dentária dos pacientes que seguir clinicamente ao longo da minha carreira.

Para isso, é necessário que possa obter um crescimento e evolução profissional em termos de prática clínica e formação, que me permitam acompanhar os avanços científicos e tecnológicos que forem surgindo na área da Medicina Dentária e na sua interligação com as outras áreas da Medicina.

Por outro lado, gostaria de poder contribuir também para erradicar, ou pelo menos minorar, a opinião de muitos do fato da SO não ser parte integrante, ou ser parte menor, da saúde global.

A Medicina Dentária, nos últimos anos, teve um desenvolvimento notável em termos científicos e de atividade clínica, com muitas novas áreas de tratamento, que permitiram generalizar o tratamento multidisciplinar, novos materiais e tecnologia de ponta, com um correspondente crescimento de procura por parte da população que assim dispõe de

uma melhor SO e melhor capacidade de sorrir, porque rir também faz muito bem à Saúde física e mental.

Do outro lado, continua a persistir uma larga faixa de pessoas que não têm meios de acesso à Medicina Dentária, existindo apenas uma cobertura social reduzida em termos desta área.

É fundamental diagnosticar, tratar e acompanhar o paciente com fraca saúde e higiene oral, de modo a que este com o tratamento adequado consiga reverter este processo.

A higiene oral é fundamental para uma cavidade oral saudável, e como futura profissional, tenciono promover ao máximo a sensibilização da importância de uma boa higiene oral diária.

Além disso, reconheço a importância de promover a Saúde e higiene oral nas crianças e sensibilizar os pais para que a primeira consulta junto do Médico Dentista seja precocemente, de modo a que haja um acompanhamento desde cedo evitando deste modo futuros problemas dentários.

Neste contexto, considero que a Medicina Dentária tem um grande contributo a dar para melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Para conseguir resultados positivos nesta área é imprescindível uma abordagem multidisciplinar, isto é, a cooperação entre as suas diversas especialidades.

Por tudo isto, encaro a minha esperada próxima futura entrada na profissão com muita satisfação e confiança apesar dos tempos conturbados que se vivem, esperando contribuir para um melhor bem-estar dos pacientes que atender e procurando trabalhar afincadamente para me valorizar profissionalmente permanentemente.

Nesse contexto, o presente RAC representa o meu saber e o que já aprendi, ferramenta com que iniciarei a profissão.

## ***7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinto P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um Estudo Exploratório [Monografia]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2009.
2. Sheiham A, Cushing A, Maizels J. Chapter 4: The Social Impacts of Dental Disease. In: Slade G. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997:47-55.
3. Inglehart M, Mostofsky D, Forgiione A, Giddon D. Oral health and quality of life. Behavioral dentistry. 2006:265-75.
4. Chang C, Fields Jr H, Beck F, Springer N, Firestone A, Rosenstiel S, et al. Smile esthetics from patients' perspectives for faces of varying attractiveness. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;140(4):e171-e80.
5. Mucci L, Hsieh C-c, Williams P, Arora M, Adami H-O, De Faire U, et al. Do genetic factors explain the association between poor oral health and cardiovascular disease? A prospective study among Swedish twins. Am J Epidemiol. 2009;170(5):615-21.
6. Needleman I, Hirsch N. Oral health and respiratory diseases. Evidence-based dentistry. 2007;8(4):116-.
7. Lamster I, Lalla E, Borgnakke W, Taylor G. The relationship between oral health and diabetes mellitus. J Am Dent Assoc. 2008;139(suppl 5):19S-24S.
8. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005;83(9):644-.
9. Peterson L. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 2001;3:22-8.
10. Branco-de-Almeida L, Castro M, Cogo K, Rosalen P, de Andrade E, Franco G. Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da “American Heart Association (AHA)”. Revista Periodontia. 2009;19:7-10.
11. Antunes S. Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos. 2013.
12. Amorim P. Cárie dentária em Portugal. 2009.
13. Cunha J. Avaliação da reabilitação protética numa amostra de idosos institucionalizados [Dissertação]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras Departamento de Ciências da Saúde 2013.

14. Pereira A, Cortelli S, Aquino D, Franco G, Miller K, Rodrigues E, et al. Prevalência microbiana e quantificação da arginase na saúde e doença periodontal. *Braz J Periodontol-September*. 2011;21(03).
15. Carli J, Giaretta B, Vieira R, Linden M, Ghizoni J, Pereira J. Oral lesions related to the use of removable dentures. *SalusVita*. 2013;32:103-15.
16. Regezi J, Sciubba J. Oral pathology: clinical pathologic correlations. . 2003;3.ed:92-7.
17. Ismail S, Kumar S, Zain R. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci*. 2007;49(2):89-106.
18. Bruch J, Treister N. *Clinical Oral Medicine and Pathology*. 2010;22-3; 92-7.
19. Canto A, Müller H, Freitas R, Santos P. Oral lichen planus (OLP): clinical and complementary diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):669-75.
20. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 2002:438-9; 680-5.
21. Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011;44(1):89-107.
22. Miguel M, Andrade E, Rocha D, Freitas R, Souza L. Immunohistochemical expression of vimentin and HHF-35 in giant cell fibroma, fibrous hyperplasia and fibroma of the oral mucosa. *J. Appl. Oral Sci*. 2003;11(1):77-82.
23. Jiménez C, Pérez C. Estudio clínico patológico retrospectivo de papiloma de la mucosa bucal en una población venezolana. *Acta odontol venez*. 2002;40(1):31-5.
24. Vega D, Vanegas S, Santos M, Godoy A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. *Acta Bioclínica*. 2011;1(1).
25. Rupprecht R. Trauma from occlusion: a review. *Clinical Update*. 2004;6:25-7.
26. Sbragia A. Principos básicos do trauma de oclusão [Monografia]. 2002.
27. Ong G. Periodontal disease and tooth loss. *Int Dent J*. 1998;48(3 Suppl 1):233-8.
28. Strassler H. Tooth stabilization improves periodontal prognosis: a case report. *Dent Today*. 2009;28(9):88.
29. Gavinha S, Teixeira L, Domingues J, Costa L, Monteiro P. C-17. Fibras de vidro adesivas: Uma opção conservadora estética e funcional em dentes anteriores. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2013;54:e47.
30. Sousa D. Ferulização Dentária com recurso a fibras de vidro adesivas. 2014.

31. 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. *J Am Dent Assoc.* 2011;20 Suppl 1:S1-S12.
32. Stober T, Danner D, Lehmann F, Seche A, Rammelsberg P, Hassel A. Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. *Clin Oral Investig.* 2012;16(1):313-8.
33. Baran I, Nalcaci R. Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(2):e99-105.
34. Beloni W, Vale H, Takahashi J. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF.* 2014;18(2).
35. Goiato M, Castelleoni L, Santos D, Gennari Filho H, Assunção W. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005;5:85-90.
36. Leles C, Nakaoka M, Souza R, Compagnoni M. Estudo Restrospectivo dos Fatores Associados à Longevidade de Próteses Totais. Parte I–Avaliação Subjetiva e Queixas dos Pacientes. *Rev Fac Odontol.* 1999;2(1):61-6.
37. Gennari Filho H. O exame clínico em prótese total. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2004.
38. Paraguassú G, Pimentel P, Santos A, Gurgel C, Sarmiento V. Prevalence of oral lesions associated with use of removable dental prostheses in a Stomatology service. *Rev Cub Estomatol.* 2011;48(3):268-76.



# ANEXOS

(1)



## 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:** \_\_\_\_\_

(2)

1	Processo	Id.	S	Profissão	Área disciplinar	Função	Tratamento/Diagnóstico	GD
2	21338	51	M	Profissional ativo	Periodontologia	Operadora	PCL	2
3	24326	34	M	Pensionista	Periodontologia	Assistente	PCM	3
4	11611	58	M	Reformado	Periodontologia	Operadora	PCA	3
5	13078	50	M	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCL	1
6	20446	63	F	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCA	3
7	24326	34	M	Pensionista	Periodontologia	Assistente	RAR - PCM	3
8	24291	50	F	Doméstica	Periodontologia	Operadora	PCLg e PCMI	3
9	17100	52	M	Reformado	Periodontologia	Assistente	PCLg e PCAI	2
10	11611	58	M	Reformado	Periodontologia	Assistente	RAR - PCA	3
11	25063	62	F	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCL	2
12	23648	22	F	Estudante	Periodontologia	Assistente	Gengivite	1
13	23296	35	F	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCL	3
14	24550	26	F	Desempregado	Periodontologia	Operadora	Gengivite	1
15	23527	45	F	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCMg e PCAI	2
16	25464	34	F	Profissional ativo	Periodontologia	Operadora	PCL	1
17	24584	54	F	Profissional ativo	Periodontologia	Operadora	PCM	2
18	17875	67	M	Reformado	Periodontologia	Operadora	RAR - PCA	2
19	25445	23	M	Estudante	Periodontologia	Assistente	PCL	1
20	21421	53	M	Desempregado	Periodontologia	Assistente	PCLg e PCMI	2
21	20710	64	M	Profissional ativo	Periodontologia	Operadora	PCLg e PCAI	1
22	25656	48	F	Doméstica	Periodontologia	Assistente	PCL	1
23	25317	34	F	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCL	1
24	17875	67	M	Reformado	Periodontologia	Operadora	Controlo - PCA	1
25	13078	50	M	Profissional ativo	Periodontologia	Assistente	PCM	2
26	20023	62	F	Doméstica	Periodontologia	Operadora	PCA	2
27	24291	50	F	Doméstica	Periodontologia	Assistente	PCLg e PCMI	1
28	25034	57	F	Doméstica	Medicina Oral	Operadora	C. E.	
29	25063	62	F	Profissional ativo	Medicina Oral	Assistente	P. D. E.	
30	25193	21	M	Profissional ativo	Medicina Oral	Assistente	P. C.	
31	25253	66	M	Reformado	Medicina Oral	Assistente	P.	
32	25272	70	M	Reformado	Medicina Oral	Operadora	P.	
33	25317	34	F	Profissional ativo	Medicina Oral	Assistente	P.	
34	25445	23	M	Estudante	Medicina Oral	Assistente	P. D. C.	
35	20023	62	F	Doméstica	Medicina Oral	Assistente	FIBROMA	
36	20023	62	F	Doméstica	Medicina Oral	Assistente	BIOP FIBROMA	

37	25706	25	F	Estudante	Medicina Oral	Assistente	P. C.	
38	25763	68	M	Profissional ativo	Medicina Oral	Operadora	P. F.	
39	25806	24	M	Estudante	Medicina Oral	Assistente	P.	
40	25830	18	M	Estudante	Medicina Oral	Assistente	Cons. Ext.	
41	25856	56	M	Profissional ativo	Medicina Oral	Operadora	P. C.	
42	24609	40	M	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Assistente	Restos radiculares 4.5 e 4.8	1
43	17100	53	M	Reformado	Cirurgia Oral	Assistente	4.8 com odontosecção	1
44	21505	52	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Operadora	Resto radicular 3.4	1
45	24550	25	F	Desempregado	Cirurgia Oral	Assistente	Resto radicular 1.5	1
46	25197	65	F	Reformado	Cirurgia Oral	Operadora	4.7	1
47	25299	23	M	Estudante	Cirurgia Oral	Assistente	2.8	2
48	25143	56	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Operadora	Resto radicular 2.8	1
49	23648	22	F	Estudante	Cirurgia Oral	Assistente	1.8 e 4.8	1
50	25260	73	M	Reformado	Cirurgia Oral	Assistente	Resto radicular 1.7	2
51	25594	33	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Assistente	Resto radicular 4.2, 4.4 e 4.5	1
52	25581	69	F	Reformado	Cirurgia Oral	Assistente	1.6 e resto radicular	1
53	13616	47	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Operadora	2.8	2
54	25830	18	M	Estudante	Cirurgia Oral	Assistente	Resto radicular 2.5	1
55	23527	45	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Assistente	1.7	3
56	23147	38	F	Profissional ativo	Cirurgia Oral	Operadora	Resto radicular 1.1	2
57	25047	58	M	Profissional ativo	Endodontia	Assistente	3.7 (2 canais)	2
58	25236	34	F	Profissional ativo	Endodontia	Operadora	4.7 (3 canais)	2
59	25433	76	F	Doméstica	Endodontia	Assistente	3.4 (1 canal)	1
60	25379	64	F	Doméstica	Endodontia	Assistente	3.7 (2 canais)	2
61	23837	44	F	Doméstica	Endodontia	Operadora	2.4 (2 canais)	2
62	16203	26	F	Profissional ativo	Endodontia	Assistente	4.6 (4 Canais)	3
63	25673	60	F	Desempregado	Prostodontia Removível	Assistente	1ª consulta	1
64	23538	64	M	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	Rebas. e subst. dentes	2
65	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	1ª consulta	2
66	23538	64	M	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	Inserção de Prótese	1
67	25594	33	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	1ª consulta	2
68	13683	51	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	Rebas. e subst. dentes	2
69	25379	64	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Operadora	Preparação pré-protética	1
70	25277	71	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Conserto de próteses	2
71	25272	70	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Conserto de próteses	2
72	24403	44	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	Preparação pré-protética	3

73	25272	70	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Inserção de Prótese	1
74	25268	39	M	Pensionista	Prostodontia Removível	Operadora	1ª consulta	3
75	24409	44	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	P. E. , R. I. e esc. Cor	3
76	24409	44	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	Inserção de Prótese	2
77	24409	44	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	Prova de dentes	3
78	25379	64	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	1ª consulta	2
79	24409	44	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Operadora	Prova de dentes	2
80	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
81	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	Preparação pré-protética	3
82	17875	67	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Rebas. P.T.A.inf	3
83	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Operadora	P. E. , R. I. e esc. Cor	3
84	23538	64	M	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
85	21490	29	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	1ª consulta	2
86	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Operadora	P. E. , R. I. e esc. Cor	3
87	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	Prova de dentes	2
88	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Operadora	Prova de dentes	2
89	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	Inserção de Prótese	1
90	24291	50	F	Doméstica	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
91	21017	79	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
92	20446	63	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
93	18064	72	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	1ª consulta	1
94	17875	67	M	Reformado	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
95	17835	71	F	Reformado	Prostodontia Removível	Operadora	Controlo	1
96	13683	51	F	Profissional ativo	Prostodontia Removível	Assistente	Controlo	1
97	13078	50	M	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Assistente	Controlo	1
98	21505	52	F	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Operadora	Controlo	1
99	17305	41	F	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Operadora	Controlo	1
100	25383	33	F	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Assistente	1ª Consulta	1
101	25164	22	F	Estudante	Prostodontia Fixa	Assistente	1ª Consulta	1
102	25464	34	F	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Operadora	1ª Consulta	1
103	13078	50	M	Profissional ativo	Prostodontia Fixa	Operadora	Controlo	1
104	11611	58	M	Reformado	Dentisteria	Assistente	Classe III a compósito	3
105	17100	52	M	Reformado	Dentisteria	Assistente	Classe II a compósito	2
106	23538	64	M	Profissional ativo	Dentisteria	Operadora	Classe II a amálgama	2
107	21398	51	M	Profissional ativo	Dentisteria	Operadora	Classe II a compósito	3
108	24291	50	F	Doméstica	Dentisteria	Assistente	Classe V a amálgama	2

108	24291	50	F	Doméstica	Dentisteria	Assistente	Classe V a amálgama	2
109	17004	54	F	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe V a compósito	1
110	25069	62	F	Profissional ativo	Dentisteria	Operadora	Classe II a amálgama	2
111	23538	64	M	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe I a compósito	1
112	23993	55	F	Doméstica	Dentisteria	Assistente	Classe II a compósito	2
113	24291	50	F	Doméstica	Dentisteria	Assistente	Restauração Provisória a IRM	1
114	24550	26	F	Desempregado	Dentisteria	Operadora	Classe I a compósito	1
115	23898	44	M	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Restauração Provisória a IRM	1
116	24291	50	F	Doméstica	Dentisteria	Operadora	Classe V a amálgama	2
117	24273	35	F	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe II a compósito	2
118	24209	70	F	Doméstica	Dentisteria	Operadora	Classe III a compósito	2
119	12827	63	M	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe V a compósito	2
120	25624	74	F	Reformado	Dentisteria	Assistente	Classe II a amálgama	1
121	25047	58	M	Profissional ativo	Dentisteria	Operadora	Classe II a compósito	1
122	25379	64	F	Doméstica	Dentisteria	Assistente	Classe II a amálgama	1
123	25594	33	F	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe III a compósito	1
124	23296	35	F	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Grande restauração a amálgama	3
125	25594	33	F	Profissional ativo	Dentisteria	Assistente	Classe II a compósito	1
126	25830	18	M	Estudante	Dentisteria	Assistente	Restauração Provisória a IRM	1
127	25371	34	F	Desempregado	Dentisteria	Operadora	Classe II a amálgama	1
128	25383	33	F	Profissional ativo	Oclusão	Assistente	Montagem em Articulador	2
129	25637	19	F	Estudante	Oclusão	Assistente	Goteiras branq dent	1
130	25637	19	F	Estudante	Oclusão	Operadora	Entrega goteiras	1
131	24846	10	F		Odontopediatria	Operadora	Restauração classe I comp.	1
132	22102	12	F		Odontopediatria	Assistente	Exodontia do 5.3	1
133	25476	8	F		Odontopediatria	Assistente	Pulpotomia do 5.4	3
134	22102	12	F		Ortodontia	Operadora e assistente	CARSI	1
135	22102	12	F		Ortodontia	Operadora e assistente	CARSI	1
136	22102	12	F		Ortodontia	Operadora e assistente	CARSI	1
137	22102	12	F		Ortodontia	Operadora e assistente	CARSI	1
138	25080	9	M		Ortodontia	Operadora e assistente	1ª Consulta	1

(3)

## 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

(4)

Revista Brasileira de Odontologia

## **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 3.8 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.

(5)



**Lab HC**

anatomia patológica, unip., lda

Dir. Técnica:  
Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viso 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

**Telefone:** 232428611

**Data entrada:** 25-03-2014

**N.º:** 98749

MARIA CARMINDA JESUS COELHO FERNANDES

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 sésil localizada no bordo lateral direito da língua de consistência duro-elástica, com 3 mm de diâmetro, não hemorrágica.

FIBRÓICA

### 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:**

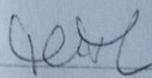
Tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado marcadamente acantótico com maturação celular mantida mas com alterações citológicas compatíveis com efeito citopático viral.

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