



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Stefanie da Silva Rei

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Stefanie da Silva Rei

Orientador: Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Viseu, 2015

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Rui Amaral Mendes, pela sábia orientação, pelos conhecimentos transmitidos, pela motivação na realização deste projeto e por ser um exemplo de profissionalismo.

Um agradecimento especial aos meus pais, José e Isabel, por serem um exemplo, a quem devo a pessoa em que me tornei, obrigada por me terem alargado os horizontes, pela liberdade de escolha com um apoio constante e pelo carinho.

Aos meus “grandes” irmãos, Gonçalo, Rafael e Leandro, por serem o que de mais importante existe na vida, por toda uma vida cheia de momentos que geraram sorrisos, lágrimas e memórias.

Ao meu namorado, Rui, pelo carinho e por seres o meu porto seguro, aquele que me acalma, que me faz sorrir e recarregar as baterias para os momentos mais difíceis.

Aos meus amigos pela amizade, pelo apoio e partilha constante e acima de tudo, pelas marcantes lembranças.

Agradeço ao meu binómio, João Pedro e ao meu grupo de amigos que bem sabem que se tornaram verdadeiros e inesquecíveis, por todos os momentos vividos gerando histórias únicas.

Aos meus colegas de curso pela partilha de conhecimentos e experiências durante estes cinco anos, permitindo-me crescer enquanto pessoa.

A todos os Professores, Assistentes e Funcionários, que pautaram a minha formação académica e pessoal.

Resumo

A Medicina Dentária é uma área da saúde que previne, diagnostica e trata doenças ao nível da cavidade oral e estruturas anexas. O seu exercício visa a reabilitação estética e funcional do paciente em todas as fases da vida.

Este relatório de atividade clínica reporta todos os atos clínicos desenvolvidos no âmbito das diversas áreas disciplinares do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras.

A amostra em estudo compreende os pacientes atendidos pelo binómio 97 na Clínica Universitária durante o período de 15 de Setembro de 2014 a 29 de Maio de 2015.

O principal objetivo deste projeto procura focar-se na descrição, análise, interpretação e reflexão crítica das decisões clínicas na diversa atividade clínica.

A metodologia adotada baseia-se numa estatística descritiva dos dados recolhidos, através de uma base de dados criada pelo autor, nas diversas áreas clínicas, classificando segundo diferentes variáveis qualitativas e quantitativas.

Os resultados são demonstrados através de apresentação gráfica, permitindo caracterizar a população alvo nas múltiplas áreas médico-dentárias. Assim, foi permitido ao autor adquirir consciencialização do vasto leque de pacientes, as patologias mais prevalentes, a terapêutica medicamentosa, as doenças orais mais comuns na população portuguesa, fomentando a formação teórico-prática e consequentemente, enriquecimento profissional e pessoal.

Num aprofundamento do conhecimento, alguns casos clínicos diferenciados são descritos num formato mais pormenorizado, desde anamnese, diagnóstico, protocolos de atuação e plano de tratamento.

Em suma, a atividade clínica multidisciplinar permite culminar num conjunto de competências essenciais à prática de Medicina Dentária no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Atividade clínica, Medicina Dentária, Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia

Abstract

The Dentistry is an area of health that prevents, diagnoses, and treats diseases of the oral cavity and adjacent structures. Your exercise aims at rehabilitation aesthetics and the patient's functional at all stages of life.

This report of clinical activity reports all acts clinical developed within the framework of the various disciplinary areas of the 5th year of Integrated Master of Dentistry of the Portuguese Catholic University - Beiras Regional Center.

The sample under study comprises the patients treated by the binomial 97 in University Clinic during the period of September 15, 2014 the May 29, 2015.

The main objective of this project focus on description, analysis, interpretation and critical reflection of clinical decisions in diverse clinical activity.

The methodology adopted is based on a descriptive statistical analysis of the data collected by means of a database created by the author, in several clinical areas, sorting according to different qualitative and quantitative variables.

The results are shown by means of graphical presentation, allowing characterize the population target in multiple areas medical and dental. Thus, it was allowed to author acquire awareness of the wide range of patients, the most prevalent pathologies, drug therapy, the oral diseases most common in Portuguese population, fostering the theoretical-practical and consequently, enrichment and professional staff.

A deepening of knowledge, a few clinical cases differentiated are described in a format more detailed, since anamnesis, diagnosis, protocols of care and treatment plan.

In short, the clinical activity multidisciplinary allows culminate in a set of core competencies for the practice of Dentistry in the labor market.

Keywords: Clinical Activity, Dentistry, Oral Surgery, Operative Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Periodontics, Prostodontics, Occlusion, Paediatrics' Dentistry, Orthodontics

Índice

1. Introdução	1
1.1. Estado da Arte.....	3
1.2. Medicina Dentária e Medicina Geral	4
1.3. Medicina Dentária e Medicina Forense	5
1.4. Medicina Dentária e Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	6
1.5. Medicina Dentária e Terapêutica Medicamentosa.....	6
1.6. Medicina Dentária e Pacientes Especiais	7
1.7. História Clínica	10
1.8. Exame clínico	11
2. Objetivos	13
3. Materiais e Métodos	17
3.1. Métodos	19
3.2. Seleção da Amostra.....	19
3.3. Instrumentos de obtenção de dados	19
3.4. Critérios de Inclusão	20
3.5. Critérios de Exclusão	20
3.6. Análise estatística dos dados	20
4. Resultados	21
4.1. Caracterização geral da amostra.....	23
4.2. Caracterização Clínica da Amostra.....	25
4.2.1. Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral.....	28
4.2.2. Relação entre a doença periodontal e o número de dentes presentes na cavidade oral	29
4.2.3. Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e a <i>compliance</i> a procedimentos mais complexos	30
4.2.4. Relação entre os hábitos de higiene oral e o número de dentes presentes na cavidade oral	30
4.3. Caracterização da amostra relativa a cada Área Disciplinar	31
4.3.1. Áreas de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora.....	32
4.3.2. Áreas Médico-Dentárias Cirúrgicas.....	34
4.3.3. Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática.....	37

5. Casos Clínicos Diferenciados	41
5.1. Tratamento Multidisciplinar de um Pré-molar.....	43
5.1.1. Contextualização do caso.....	43
5.1.2. Enquadramento teórico	43
5.1.3. História clínica	44
5.1.4. Plano de tratamento	46
5.2. Próteses totais num paciente idoso	49
5.2.1. Contextualização do caso.....	49
5.2.2. Enquadramento teórico	49
5.2.3. História clínica	50
5.2.4. Plano de Tratamento.....	52
5.3. Retratamento endodôntico associado á Estética	56
5.3.1. Contextualização do caso.....	56
5.3.2. Enquadramento teórico	56
5.3.3. História clínica	57
5.3.4. Plano de tratamento	59
6. Atividade Científica	61
6.1. Publicação Científica I.....	63
6.2. Publicação científica II	66
6.3. Publicação científica III	69
6.4. Publicação Científica IV	71
7. Discussão	75
8. Conclusão	85
9. Referências Bibliográficas	89
Anexos.....	95

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Número de pacientes atendidos pelo binómio 97 e pelo autor

Gráfico 2: Número de atos clínicos realizados pelo binómio 97 e pelo autor

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes segundo a idade

Gráfico 4: Distribuição dos pacientes segundo o género

Gráfico 5: Distribuição segundo as habilitações literárias dos pacientes

Gráfico 6: Distribuição dos pacientes por hábitos tabágicos

Gráfico 7: Nível de relevância que o paciente atribui á saúde oral

Gráfico 8: Nível de risco dos pacientes

Gráfico 9: Patologias representativas dos pacientes atendidos

Gráfico 10: Terapêutica medicamentosa dos pacientes

Gráfico 11: Tipo de Dentição dos pacientes

Gráfico 12: Número de escovagens diárias dos pacientes

Gráfico 13: Uso do fio dentário na higiene oral dos pacientes

Gráfico 14: Motivo de consulta dos pacientes

Gráfico 15: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral

Gráfico 16: Relação entre a doença periodontal e o número de dentes presentes na cavidade oral

Gráfico 17: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e a *compliance* a procedimentos dentários mais complexos

Gráfico 18: Relação entre os hábitos de higiene oral e o número médio de dentes presentes na cavidade oral

Gráfico 19: Distribuição da atividade clínica total pelas áreas disciplinares

Gráfico 20: Distribuição dos atos de operador e assistente por áreas disciplinares

Gráfico 21: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Dentisteria Operatória

Gráfico 22: Distribuição das classes das restaurações realizadas na área da Dentisteria Operatória

Gráfico 23: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Endodontia

Gráfico 24: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Odontopediatria

Gráfico 25: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Cirurgia Oral

Gráfico 26: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Periodontologia

Gráfico 27: Distribuição das patologias periodontais observadas como operador

Gráfico 28: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Medicina Oral

Gráfico 29: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Prótese Removível

Gráfico 30: Distribuição segundo o tipo de reabilitação protética realizada na área de Prótese Removível

Gráfico 31: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Prótese Fixa

Gráfico 32: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Oclusão

Gráfico 33: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Ortodontia

Índice de Figuras

Imagem 1 e 2: Ortopantomografia com evidência da radiografia periapical do dente 15

Imagem 3: Fotografia intraoral após a endodontia

Imagem 4: Fotografia intraoral após remoção de cárie

Imagem 5: Fotografia intraoral com recurso ao espelho

Imagem 6: Radiografia da ODMt

Imagem 7: Radiografia da conometria

Imagem 8: Radiografia de controlo pós-operatório

Imagem 9: Fotografia intraoral da osteotomia

Imagem 10: Fotografia intraoral da medição do sulco

Imagem 11: Fotografia intraoral da sutura

Imagem 12: Ortopantomografia do paciente com data de 29/09/2014

Imagem 13: Fotografia de perfil do paciente

Imagem 14: Fotografia oclusal maxilar

Imagem 15: Fotografia oclusal mandibular

Imagem 16: Cera de mordida do modelo superior

Imagem 17: Próteses totais em oclusão nos modelos

Imagem 18: Próteses totais em oclusão na cavidade oral

Imagem 19: Silicone para ajuste da oclusão

Imagem 20: Ortopantomografia do paciente com data de 18/07/2014

Imagem 21: Radiografia periapical pré-operatória

Imagem 22: Radiografia periapical da ODMt

Imagem 23: Radiografia periapical pós-operatória

Imagem 24: Modelo de gesso com enceramento
Imagem 25: Fotografia da zona anterior – face vestibular
Imagem 26: Fotografia da zona anterior – face palatina
Imagem 27: Fotografia dos dentes 11 e 21 após preparo
Imagem 28: Matriz de silicone aquando da restauração
Imagem 29: Fotografia da restauração estética
Imagem 30: Fotografia frontal do paciente
Imagem 31: Modelo de gesso para a execução da banda-alça
Imagem 32: Fotografia intraoral do 1º quadrante
Imagem 33: Fotografia intraoral do mantenedor de espaço
Imagem 34: Ortopantomografia do paciente com data de 02/12/2013
Imagem 35: Raio-x periapical inicial
Imagem 36: Raio-x da adaptação da banda-alça
Imagem 37: Raio-x dos dentes 74 e 75
Imagem 38: Raio-x do último controlo
Imagem 39, 40 e 41: Fotografias intraorais lateral direita, frontal e lateral esquerda, respetivamente
Imagem 42, 43 e 44: Fotografias intraorais lateral direita, frontal e lateral esquerda relativo ao controlo
Imagem 45: Ortopantomografia do paciente com data de 04/12/2012
Imagem 46: Status radiográfico do paciente
Imagem 47: Apresentação fotográfica da lesão inicial (A), a prótese (etiologia) - B, o tratamento (D) e o controlo pós-operatório (E)

Índice de Tabelas

Tabela 1: Sistema de classificação do ASA

Tabela 2: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral

Tabela 3: Relação entre os hábitos de higiene oral e o número médio de dentes presentes na cavidade oral

Lista de abreviaturas:

UCP: Universidade Católica Portuguesa

OMS: Organização Mundial de Saúde

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

MIMD: Mestrado Integrado de Medicina Dentária

CRB: Centro Regional das Beiras

SNS: Sistema Nacional de Saúde

ASA: *American Society of Anesthesiologists*

PCL: Periodontite Crónica Leve

PCM: Periodontite Crónica Moderada

PCA: Periodontite Crónica Avançada

PUNA: Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda

RAR: Raspagem e Alisamento Radicular

LAM: Lima apical mestre

DVO: Dimensão vertical de oclusão

PIM: Posição de intercuspidação máxima

ATM: Articulação Temporomandibular

DTM: Disfunção Temporomandibular

Raio-x: Radiografia

1. Introdução

1.1. Estado da Arte

O nascimento da Medicina Dentária enquanto arte médica auferiu de ausência de provas, não obstante existirem provas da sua existência em civilizações antigas como a do Egito, da China e os Siríacos. Apesar disto, a Odontologia moderna alvoreceu no final do século XVII com Pierre Fauchard na França. Contudo, apenas em 1759 é que o termo Odontologia se torna conhecido, sucedendo-se uma evolução célere na prática clínica e dos materiais dentários, já em 1819 são introduzidas as restaurações de amálgama, revolucionando os tratamentos de lesões de cáries.¹

Em Portugal, por volta do século XIX decretou-se a reforma dos serviços de saúde, em que os cirurgiões dentistas foram autorizados a exercer a profissão mediante aprovação das escolas Médico-cirúrgicas do Reino. Após a implantação da República, a área foi integrada na licenciatura de Medicina através da disciplina de Estomatologia. Contudo, somente depois da Revolução 25 de Abril de 1974 é que viriam a ser criadas as Escolas Superiores de Medicina Dentária do Porto e Lisboa, complementadas em meados nos anos 80 pela Escola de Coimbra e na década de 90 pelas instituições privadas de Ensino Superior.²

A partir do século XX, essencialmente nas últimas três décadas assistiu-se ao desenvolvimento galopante da Medicina Dentária, tornando-se esta cada vez mais eficiente, qualificada e com capacidade de facultar alternativas de tratamentos com maior sofisticação e praticabilidade aos pacientes.³ Atualmente, segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), a Medicina Dentária caracteriza-se pelo “*estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas*”.¹

Por outro lado, a nível nacional, a área da Medicina Dentária encontra-se em progresso, dado que a população portuguesa demonstra um nível de preocupação em relação à saúde oral muito inferior aos demais países europeus, em muito devido ao pobre poder económico, dado ser uma prática clínica privada.

Em resumo, é uma área médica em constante atualização, devendo se ter em consideração que o Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD) representa apenas o cumprimento de um currículo formal de estudo e nunca a conclusão da aprendizagem que deve ser contínua ao longo da carreira.^{4,5} Portanto, no último ano curricular do MIMD, os alunos defrontam-se com um ano de clínica integrada repleto de atos clínicos diversificados nas áreas disciplinares, abordando o paciente como um

todo no intuito de aproximar os mesmos com a proximidade da realidade profissional, transitando para uma prática clínica independente e exigente.⁴ Assim, este relatório pretende ilustrar a atividade clínica executada pelo autor, com caracterização da amostra e dos atos clínicos executados ao longo do ano, aproximando o autor da realidade do mundo do trabalho.

Portanto, as constantes revoluções da área facultaram o *upgrade* do diagnóstico, dos tratamentos instituídos e a forma de prevenção na saúde oral, originando uma proximidade entre a população geral e o médico dentista e consequentemente, uma maior qualidade de vida aos pacientes.

1.2. Medicina Dentária e Medicina Geral

No ano de 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na Carta Constitucional definiu “Saúde” como “*o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença*”.⁶ À vista disto, a “*Saúde oral é importante para o bem-estar individual e da saúde geral*”^{7,8}, devendo a mesma ser acreditada nos contextos ambientais e socioculturais do indivíduo, pois uma saúde oral deficitária tem um efeito negativo sobre a autoestima e o bem-estar geral.^{7,9}

Assim, a saúde oral apresenta uma estreita interação com a saúde geral, exibindo distintos elementos com repercussões a nível sistémico, podendo evidenciar sinais e sintomas de patologias sistémicas ou o seu agravamento. Porquanto, as patologias mais influenciadas são as alterações gástricas, síndromes metabólicas, múltiplos tumores, patologias cardíacas, patologias ósseas e articulares, infeções e outras.¹⁰

Embora, exista a demonstração desta interligação, as diferentes patologias orais, com ampla prevalência em Portugal, persistem como uma das fragilidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Ainda que tenham instituído o Programa Nacional de Saúde oral orientado na prevenção e tratamento das doenças orais na infância e adolescência, o mesmo não consegue proporcionar uma resposta adequada às necessidades da população.¹¹

No sentido de uma resposta mais efetiva, a Medicina Dentária deve operar nos primeiros anos de vida com base numa filosofia de boa saúde oral no futuro, dado que “*Educar para manter a saúde oral, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã*”.¹² Não obstante, as crianças são primariamente consultadas pelos

médicos pediatras¹³ e só em casos excepcionais pelo Odontopediatra na idade aconselhada, atribuindo a responsabilidade ao médico pediatra para incutir a consciência da importância dos hábitos de higiene oral nos pacientes.^{13,14}

Em suma, a saúde geral integra a saúde oral considerando-se uma prioridade a sua manutenção.^{12,15}

1.3. Medicina Dentária e Medicina Forense

A Medicina Dentária Forense (MDF) é uma especialidade da Medicina Dentária com crescente visibilidade na atualidade, em parte devido à amplificação do número de desastres naturais, ataques terroristas e acidentes com um elevado número de vítimas, como acidentes de tráfego aéreo ou industriais, devido a técnicas de identificação cada vez mais eficientes.^{16,17}

Porquanto, após tragédias, sucedem-se alterações *post mortem* que impossibilitam o reconhecimento visual das vítimas, porém devido às características biológicas e físico-químicas das arcadas dentárias, estas representam um elemento anatómico acessível sem penar de deformações.¹⁸

Assim a MDF desempenha um papel ativo na identificação humana, determinando uma idade aproximada, o sexo e a etnia através de dados adquiridos por análise das peças dentárias e estruturas envolventes, quer em indivíduos vivos ou cadavéricos.^{19,20}

A dentição definitiva é constituída por 32 dentes, contudo existem diferentes estudos que comprovam que não existem dois indivíduos com a mesma dentição, nem mesmo gémeos homozigóticos.^{19,20} Desta forma, são observadas frequentemente marcas de mordida em circunstâncias de abusos sexuais e infantis, tornando-se deveras importante a identificação das mesmas, uma vez que o agressor produzirá um padrão dentário exclusivo possível de incriminação.

Em síntese, a cooperação da Medicina Dentária Forense nos procedimentos de identificação humana é de valor indiscutível, devendo o médico dentista adquirir consciência sobre a importância da atualização e preservação dos registos clínicos.

1.4. Medicina Dentária e Meios Auxiliares de Diagnóstico

No decorrer da evolução da Medicina Dentária assistiu-se ao progresso dos meios auxiliares de diagnóstico, tornando-se os mesmos cada vez mais versáteis e inócuos.

Nesta área médica, os meios auxiliares de diagnóstico abrangem essencialmente, a imagiologia, análises clínicas e biópsias. Deste modo, a imagiologia abrange desde radiografias panorâmicas, ortopantomografias, que conferem uma visão geral tanto das estruturas dentárias, como das estruturas ósseas e dos processos condilares e exames radiográficos com maior detalhe, como radiografias oclusais, periapicais e bitewings que auxiliam no diagnóstico das patologias orais. Porquanto, são geradas imagens bidimensionais das estruturas duras, lesões com radioluscência ou radiopacidade, conteúdo canalar das raízes dentárias, estruturas nobres, mandíbula (ramo, ângulo e corpo), seios maxilares e estruturas nervosas. Ainda que as técnicas de imagiologia sejam digitais, a informação é obtida por emissão de radiação ionizante, mesmo que em doses baixas para o paciente e o clínico. Portanto, o médico dentista experimenta um processo de absorção contínuo da radiação durante o ofício, atuando como um fator de risco para patologias.²¹

Por outro lado, na área da Medicina oral subsistem lesões que afetam localmente os tecido duros da cavidade oral, as glândulas salivares e a mucosa oral em que apenas o exame clínico não perfaz o diagnóstico e conseqüentemente, afeta a decisão na terapêutica adequada. Nestes casos, torna-se indispensável uma biópsia, quer incisional, excisional ou aspirativa da lesão em causa, no intuito de através do exame histológico possibilitar um diagnóstico definitivo e a aplicação de um plano de tratamento eficaz.

1.5. Medicina Dentária e Terapêutica Medicamentosa

A terapêutica medicamentosa compreende o tratamento de uma determinada patologia através de fármacos que são *“substâncias ministradas ou prescritas aos pacientes com o intuito de controlar, prevenir ou erradicar a sensação dolorosa, inflamações, infeções, o medo e/ou a ansiedade”*.^{22,23}

Na atualidade, encontram-se inúmeros pacientes polimedicados devido em

muito ao aumento da esperança média de vida, derivando em diferentes patologias sistémicas e em associação a estas uma excessiva dose de medicação. Desta maneira, o médico dentista deve estar a par de todas as patologias sistémicas, medicação inerente e interações farmacológicas, sabendo interpretar as influências e as repercussões da mesma na cavidade oral. Face às patologias mais abundantes na população portuguesa (patologias cardiovasculares), a maioria destes doentes avistam-se medicados com hipocoagulantes e anticoagulantes, sendo necessária uma abordagem mais cuidada. Outra situação que necessita de carecer por parte do médico dentista são os efeitos antissialagógicos da terapêutica como anti-histamínicos, anti hipertensores, antidepressivos, tratamentos radioterapêuticos e quimioterapêuticos e imunossupressores.²⁴

Segundo estatísticas, a Medicina Dentária impõe-se como a área que prescreve um elevado número de antibióticos, por serem armas importantes no combate das infeções orais, salientando que a prescrição antibiótica deve ser ponderada e considerada como ato médico consciente com importantes riscos associados.²⁵

Na prescrição de fármacos, o profissional de Medicina Dentária deve estar familiarizado com as classes farmacológicas existentes, as suas dosagens, o intervalo de administração e a duração do tratamento, de forma a obstar sobredosagens e prescrições desnecessárias. Em alguns planos de tratamento, a prescrição de determinados fármacos, como por exemplo antibióticos, necessita da *compliance*, capacidade do doente seguir a prescrição médica, para que exista eficácia do mesmo.²⁶

1.6. Medicina Dentária e Pacientes Especiais

Segundo a OMS, aproximadamente 10% da população mundial é constituída por pacientes especiais, sendo que 50% apresenta deficiência mental, 20% são portadores de deficiência física, 15% de deficiência auditiva, 55 de deficiência visual e 10% de alterações múltiplas.^{27, 28}

Todavia, na área da Medicina Dentária, os pacientes especiais caracterizam-se por “*pacientes portadores de alterações de ordem física ou motora, mental e social*” em que o médico dentista necessita de adaptar os tratamentos dentários. Desta

maneira, abordam-se os pacientes com necessidades especiais, crianças e idosos.²⁹

Em primeiro lugar, os pacientes portadores de necessidades especiais são “*todos os indivíduos que apresentam determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que, por isso, necessitam de atenção e abordagem especial por um período da sua vida ou indefinidamente*”.^{27,28} Estes pacientes têm um risco elevado para manifestações de patologias orais, tais como a cárie dentária, más-oclusões e doenças periodontais,^{27,28} necessitando geralmente de contenção física ou química para o tratamento das mesmas.³⁰

Fourniol Filho (1998) afirma que a higiene precária, a deglutição atípica, alimentação pastosa, o uso prolongado de medicamentos que contêm sacarose ou medicamentos que provocam xerostomia, são alguns dos fatores agravantes que comprometem a saúde oral destes pacientes, acrescendo a prevalência e a gravidade das doenças orais.^{29,31} Em resumo, estes indivíduos exprimem uma pior saúde oral e geral e por conseguinte, uma qualidade de vida inapropriada em relação á população geral.⁷

Relativamente a estes pacientes, as iniciativas em Portugal na área da saúde oral são escassas, quer seja ao nível da prevenção, tratamento ou manutenção da mesma, bem como na formação profissional dos cuidadores.⁷

Em segundo lugar, na população infantil e jovem a *American Academy of Pediatric Dentistry* aconselha a que a primeira consulta de Odontopediatria deva ocorrer entre os 12 e os 18 meses, visto que é neste período que se sucedem as modificações orais mais importantes.^{12,32,33} Por outro lado, em Portugal não existem protocolos definidos, embora existam autores que aconselham a data da primeira consulta por volta dos seis meses, aquando da erupção do primeiro dente.¹² Nas consultas iniciais propõe-se o controlo da erupção dentária, instruções e motivação da higiene oral,³⁴ prevenção de patologias orais, não exclusivamente cáries dentárias, mas igualmente problemas gengivais, faciais, fala e estética.¹²

No entanto, as crianças principiam as visitas ao médico dentista já numa idade mais avançada, evidenciando, na maioria as vezes, ansiedade e medo. Os sentimentos da criança em relação ao consultório médico devem ser controlados através de díspares técnicas, como a técnica *tell-show-do*, controlo da voz ou consultas breves⁷, para que a ansiedade não signifique um problema no exercício da prática a longo prazo, conquistando a confiança da mesma.³⁵ Todavia, existe uma parte da população infantil que necessita de técnicas mais complexas de controlo

comportamental, que nem a estabilização assistida, a pré-medicação sedativa e a sedação oral permitindo o tratamento em ambulatório, antes de serem submetidos, como última etapa, a anestesia geral.^{7,36}

Por último, importa realçar que Portugal tem testemunhado um progressivo envelhecimento da população, por consequência da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Esta longevidade é sequentemente complementada por morbilidades, presença de patologias sistémicas, terapêuticas variadas e associação com fatores de risco, contribuindo no desenvolvimento de patologias orais.^{11,37}

O idoso é definido como um “*indivíduo com uma idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos*”³⁷, sendo possível dividir em dois grupos com ampla importância: população idosa institucionalizada e independente. O grupo de pacientes institucionalizados, tende a ser mais dependente a nível funcional, com declínio cognitivo, falta de motivação, por vezes sentimentos de revolta e abandono e desinteresse pela saúde oral, operando como um grupo mais difícil de alcançar para os profissionais da Medicina Dentária.²⁴ Por este conjunto de fatores, os idosos que vivem permanentemente em instituições apresentam pior estado de saúde oral devido a hábitos de higiene oral diminuídos ou inexistentes^{37,38} e a restrição a tratamentos dentários, que usualmente apenas ocorrem em situações de emergência.

No geral, a população idosa condensa baixos rendimentos (pensões), isolamento físico e social, níveis de instrução escolar inferiores, a que se aglomeram as condições de saúde e de habitação desfavoráveis, culminando numa fraca saúde oral evidenciada pelas inúmeras perdas dentárias, cáries, doença periodontal numa vasta escala, xerostomia e cancro oral.²⁴

Como forma de prevenção do edentulismo, em que a sua prevalência amplia com a idade, torna-se preponderante a desmistificação que é uma consequência do envelhecimento, e portanto um evento natural da vida. Esta perda de peças dentárias sucede-se como resultado de higiene oral insuficiente, traumas, expressão genética ou patologias.²⁴

Perante estas populações tão diversificadas, realçasse a necessidade de uma formação académica sólida e direcionada para as mesmas³⁹, na qual o médico dentista deve estar preparado para a dificuldade e peculiaridade das consultas e dos planos de tratamentos multidisciplinares.

1.7. História Clínica

Desde a Grécia Clássica que está descrita a história clínica (anamnese) que consiste num interrogatório ao paciente, com a finalidade de alívio do sofrimento dos mesmos. Todavia, foi no último século que a anamnese e o exame físico se tornaram de interesse no diagnóstico clínico. Deste modo, a anamnese inclui: a identificação do paciente (nome, idade, morada), motivo da consulta (sintomatologia, início, duração), história pregressa abordando a história médica geral (alergias, cirurgias e patologias anteriores) e a dentária (restaurações, destarizações e exodontias), história familiar (propensão para determinadas doenças familiares como a diabetes e o cancro e condições orais familiares como o uso de próteses e periodontites), história social (comportamentos de risco) e psiquiátrica (patologias que correspondem a uma menor *compliance* do paciente a planos de tratamentos, como as depressões) e a história atual questionando todos os sistemas e aparelhos do corpo humano.⁴⁰

Portanto, é deveras importante não induzir o paciente a qualquer resposta através da questão realizada, mas permitir que o mesmo descreva todos os sinais e sintomas que sente ou sentiu e/ou episódios que relacione com o motivo da consulta, ocorrendo um diálogo franco facilitando o cumprimento de uma história clínica plena e um diagnóstico correto. Embora as expressões sinais e sintomas sejam correntes desde a Antiguidade, somente no século XIX se confirmou o caráter objetivo e subjetivo, respetivamente.⁴⁰ Sinais são “*manifestações clínicas visíveis e perceptíveis pelo profissional através dos sentidos*”, por exemplo: mobilidade dentária ou tumefações faciais. Por outra forma, sintomas são “*manifestações subjetivas persentidas pelo paciente e relatadas pelo mesmo*”, como exemplo as náuseas, cansaço e a dor.⁴¹ Desta maneira, um exame clínico íntegro depreende conhecimentos médicos básicos, sentidos apurados, capacidade de observação, bom senso e discernimento. O exame clínico divide-se em anamnese e o exame físico que será abordado no capítulo seguinte.

No ano de 1941, a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) criou um sistema de classificação que avalia o grau de doença ou estado físico de um paciente que prediz o risco operatório em seis diferentes categorias, desde o ASA I até ao ASA VI como exposto na tabela 1.⁴² Nos consultórios dentários este sistema está incluído na anamnese, dado que existe uma elevada prevalência dos riscos de ASA II, III e IV, devendo o sistema informático alertar automaticamente do risco do paciente.⁴³

Tabela 1: Sistema de classificação do ASA

ASA PS Category	Preoperative Health Status	Comments, Examples
ASA PS 1	Normal healthy patient	No organic, physiologic, or psychiatric disturbance; excludes the very young and very old; healthy with good exercise tolerance
ASA PS 2	Patients with mild systemic disease	No functional limitations; has a well-controlled disease of one body system; controlled hypertension or diabetes without systemic effects, cigarette smoking without chronic obstructive pulmonary disease (COPD); mild obesity, pregnancy
ASA PS 3	Patients with severe systemic disease	Some functional limitation; has a controlled disease of more than one body system or one major system; no immediate danger of death; controlled congestive heart failure (CHF), stable angina, old heart attack, poorly controlled hypertension, morbid obesity, chronic renal failure; bronchospastic disease with intermittent symptoms
ASA PS 4	Patients with severe systemic disease that is a constant threat to life	Has at least one severe disease that is poorly controlled or at end stage; possible risk of death; unstable angina, symptomatic COPD, symptomatic CHF, hepatorenal failure
ASA PS 5	Moribund patients who are not expected to survive without the operation	Not expected to survive > 24 hours without surgery; imminent risk of death; multiorgan failure, sepsis syndrome with hemodynamic instability, hypothermia, poorly controlled coagulopathy
ASA PS 6	A declared brain-dead patient who organs are being removed for donor purposes	

*ASA PS classifications from the American Society of Anesthesiologists

À medida que a esperança de vida das populações se amplifica associada à globalização, alterações nutricionais e melhoria nos cuidados de saúde oral originaram a modificação no perfil dos indivíduos que procuram os tratamentos dentários, tornando a anamnese completa uma mais-valia. Sumariamente, a anamnese exerce um papel cada vez mais relevante na perceção do estado de saúde dos pacientes.⁴³

1.8. Exame clínico

Posteriormente, ao questionário exaustivo no sentido de recolher toda a informação médica e pessoal relevante, torna-se primordial realizar um exame clínico profundo que viabilize um diagnóstico clínico preciso e de seguida, um plano de tratamento adequado ao paciente baseado nas suas características singulares.⁴¹

O exame físico ou exame objetivo sucede a anamnese e determina a pesquisa de sinais presentes, usando fundamentalmente os sentidos do profissional na investigação dos sinais. Durante este exame as manobras clássicas aplicadas são: a inspeção, palpação, percussão e a auscultação.⁴¹

Assim, a inspeção consiste na “*avaliação visual sistémica do paciente submetido ao exame*”. Esta manobra é inevitável, dado que acontece de cada vez que o profissional olha para o doente, observando traços anatómicos, cicatrizes, assimetrias, fisiológicos e psíquicos. Portanto, qualquer alteração à normalidade deve ser minuciosamente descrita na ficha clínica, tais como: forma, localização, dimensão,

cor, morfologia da superfície, relação com estruturas anexas, etc. O médico dentista deve ter a prudência de observar o doente como um todo e não apenas a cavidade oral.⁴¹

Adicionalmente, a palpação deve englobar todas as estruturas extraorais e intraorais, inclusive as mais afastadas da face se representarem alterações ou relação com os tecidos orais. Quando se realiza esta manobra, conseguem-se informações relativamente á consistência, limites, sensibilidade, textura superficial, infiltração, flutuação e mobilidade no caso de uma lesão. Na Medicina Dentária, a manobra de palpação no exame dentário denomina-se palpação indireta, pois é realizado por uma sonda exploradora, já nas estruturas moles as mesmas são analisadas por palpação bidigital, digital e dígito-palmar.⁴¹

A percussão é a manobra clínica mais comumente usada em Medicina mas não na área da Dentária. Caracteriza-se por um teste simples e restrito que apenas tem vigência no diagnóstico de odontalgias, permitindo diferenciar a origem da dor, podendo esta ser periodontal ou periapical.

Tal como a percussão, a auscultação é pouco usual nesta área. No entanto, a mesma tem uma maior valorização nos estalidos da ATM principalmente, no diagnóstico das disfunções temporomandibulares.⁴¹

Na consulta, o exame clínico divide-se em três exames distintos: exame intraoral, exame extraoral e cervical com análise da ATM e cadeia ganglionar. Além disso, o profissional deve estar atento para diversas manifestações orais de patologias sistémicas, como, infeções, doenças hematológicas, doenças gastrointestinais e doenças imunológicas, em que, geralmente, a cavidade oral se apresenta como a primeira evidência da doença.⁴⁰

Em sinopse, após uma história clínica completa e um exame clínico concreto, existe ainda uma panóplia de meios auxiliares de diagnóstico, como por exemplo radiografias e/ou análises clínicas ou histológicas, que contribuem para dissipar dúvidas em comparação com diagnósticos diferenciais oportunizando um diagnóstico clínico final.

2. Objetivos

O desenvolvimento deste relatório de atividade clínica apresenta como objetivo primordial descrever, analisar e interpretar as decisões clínicas nos diversos atos clínicos desenvolvidos no âmbito das áreas disciplinares do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária. Este projeto permite ainda, valorizar as experiências em casos clínicos mais diferenciados que permitem o recurso a técnicas díspares, permitindo ao autor uma autoavaliação crítica do seu desempenho clínico e capacidade de prosperar perante as adversidades existentes numa consulta de Medicina Dentária.

Assim, posteriormente ao término do mestrado, e conseqüentemente, a toda a atividade clínica em ambiente universitário, ambiciona-se que o autor seja capaz:

- Diagnosticar qualquer disfunção, parafunção ou patologia correlacionada com a cavidade oral e as suas estruturas anexas;
- Estruturar planos de tratamento envolvendo as diversas áreas da Medicina Dentária ou Geral, observando o paciente como um todo;
- Restabelecer a função estomatognática do paciente;
- Identificar a prevalência de patologias sistêmicas nos pacientes da clínica universitária;
- Identificar a terapêutica medicamentosa a que os pacientes estão submetidos aquando dos tratamentos na clínica universitária;
- Associar possíveis repercussões sistêmicas com processos patológicos que acometem a cavidade oral;
- Solicitar e examinar meios auxiliares de diagnósticos cruciais ao diagnóstico definitivo;
- Prognose da doença;
- Deter competências de interações e comunicações sociais, compreensão e espírito crítico;
- Enaltecer a importância da relação médico-paciente.

3. Materiais e Métodos

3.1. Métodos

De acordo com os objetivos estipulados, este relatório através da estatística descritiva, baseia-se na apreciação dos atos clínicos realizados ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da UCP Viseu nas variadas áreas médico-dentárias.

Todos os atos clínicos referenciados foram segmentados segundo a área disciplinar em que foram cumpridos, e no encadeamento divididos em atos de operador e assistente, sendo que apenas os atos executados pelo autor serão descritos.

Os pacientes foram classificados nas múltiplas áreas disciplinares segundo diferentes variáveis, qualitativas, como o género, patologias, terapêutica medicamentosa, hábitos, diagnóstico ou tratamento, determinadas por valores restritos (contagem) em relação à amostra total. Na variável quantitativa, a faixa etária e o número de dentes presentes na cavidade oral foram definidas com um valor mínimo e máximo da amostra e a medida da tendência central – a média de idades dos pacientes atendidos e o número médio de dentes presentes na cavidade oral em cada parâmetro avaliado.

Por último, este relatório inclui casos clínicos diferenciados e toda a atividade científica desenvolvida descritos mais pormenorizadamente, desde o enquadramento teórico, à descrição clínica do caso, ao plano de tratamento adotado, bem como aos protocolos preconizados segundo os conhecimentos teórico-práticos do autor.

3.2. Seleção da Amostra

Para a elaboração deste relatório recolheram-se dados clínicos dos pacientes consultados pelo binómio 97 na Clínica Dentária Universitária CRB durante período de 15 de Setembro de 2014 e 29 de Maio de 2015, numa amostra total de 76 pacientes, num total de 185 atos clínicos.

3.3. Instrumentos de obtenção de dados

Os dados relativos a cada paciente são recolhidos nas primeiras consultas, realizadas na área disciplinar de Medicina Oral, através da anamnese, exame clínico, imagiologia, odontograma e realização de um plano de tratamento, encaminhando para as diversas áreas disciplinares.

Esta recolha efetuada nas diferentes áreas encontra-se disponível em regime permanente no programa informático de gestão clínica *Newsoft*® 2.0, e no programa *Planmeca Dimaxis*® que armazena os meios auxiliares de diagnósticos disponíveis na unidade clínica.

Posteriormente às consultas, todos os atos observados eram dispostos numa base de dados previamente criada em *Microsoft Excel*® 2013, dando origem a gráficos ilustrativos da atividade clínica deste relatório.

No sentido de fundamentação científica deste projeto, foi escolhido o *software* gerenciador de referências bibliográficas *EndNote*® X7.

3.4. Critérios de Inclusão

Qualquer ato clínico foi considerado após cumprir todos os critérios de inclusão:

- a) Pacientes da Clínica Universitária do Centro Regional das Beiras da UCP;
- b) Pacientes observados pelo binómio 97 durante o ano letivo 2014-2015;
- c) Consultas da Clínica Universitária CRB em que o autor tenha sido operador ou assistente;
- d) Consultas de urgência em que o autor estivesse presente;
- e) Sem restrição de variáveis qualitativas (sexo, motivo da consulta);
- f) Sem restrição de variáveis quantitativas (idade).

3.5. Critérios de Exclusão

- a) Pacientes não observados pelo autor quer como operador, quer como assistente.

3.6. Análise estatística dos dados

Posteriormente à coleta de dados, os mesmos são transcritos para uma base de dados criada no *Microsoft Office*® *Excel 2013* a fim do tratamento e análise dos mesmos no *software*, através da elaboração de gráficos descritivos da atividade clínica.

4. Resultados

4.1. Caraterização geral da amostra

No contexto deste relatório de atividade clínica, foi realizado uma base de dados que continha todas as informações referentes aos dados dos pacientes e aos atos clínicos empreendidos em todas as áreas disciplinares no período de 15 de Setembro de 2014 e 29 de Maio de 2015.

No decurso deste período de tempo, a amostra total de pacientes atendidos pelo binómio compreendeu 76 pacientes e em 50 pacientes o autor foi operador (Gráfico 1). Apreendendo num total de 185 atos clínicos realizados pelo binómio 97, em que 102 foram realizados pelo autor como operador (Gráfico 2).

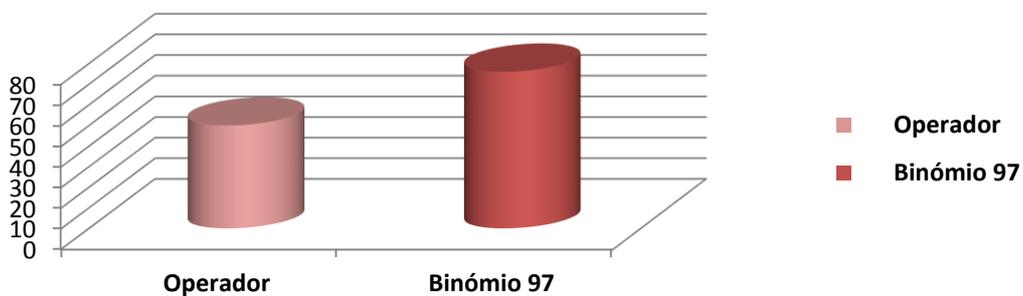


Gráfico 1: Número de pacientes atendidos pelo binómio 97 e pelo autor

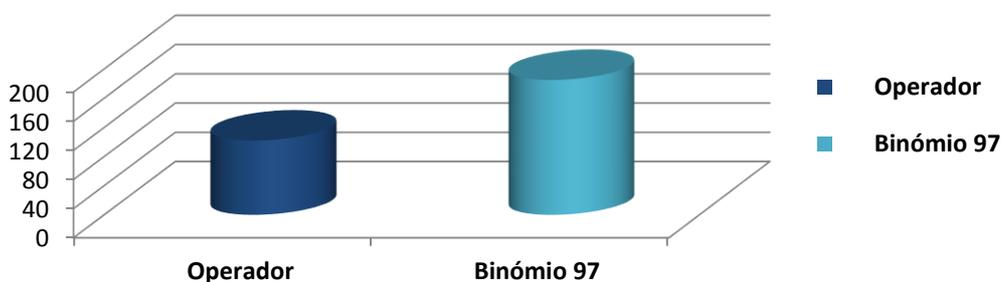


Gráfico 2: Número de atos clínicos realizados pelo binómio 97 e pelo autor

Na amostra de 76 pacientes, estes apresentavam idades abrangidas entre os 5 e 89 anos. A média de idades da amostra era de 44.8 anos. Os intervalos de idade estipulados variam de 0 a 89 anos, estando os mesmos divididos em intervalos de 10 anos desde o [0-9], [10-19], [20-29], [30-39], [40-49], [50-59], [60-69], [70-79] ao [80-89], sendo que as faixas etárias [30-39] e [50-59] alcançam o maior número de pacientes atendidos – 14 – e a faixa etária mais elevada [80-89] tem apenas 1 paciente (Gráfico 3).

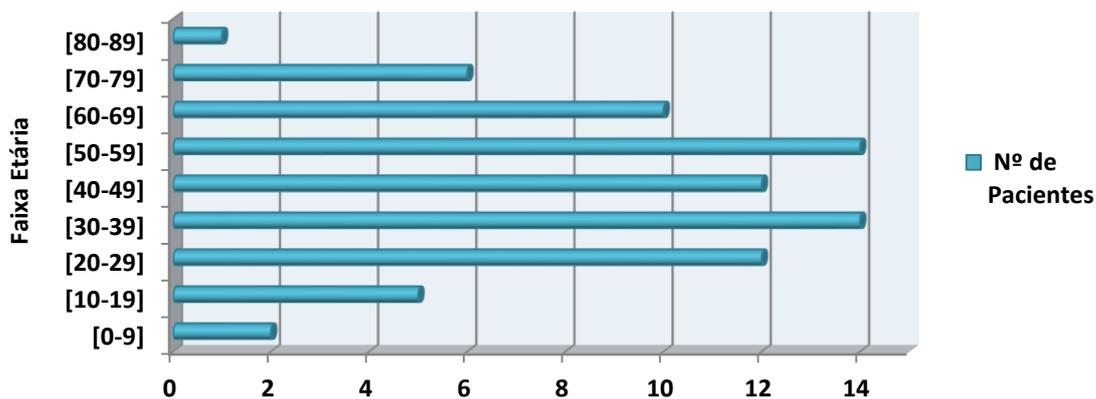


Gráfico 3: Distribuição dos pacientes segundo a idade

Na análise da variável género, observou-se uma similaridade de proporção entre o sexo feminino e masculino, com ligeira predominância para o feminino – 51% (Gráfico 4).

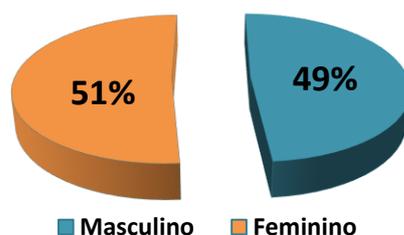


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes segundo o género

Continuamente, avaliou-se outras variáveis como as habilitações literárias, verificando-se uma prevalência do nível básico – 6º ano de escolaridade (32 pacientes) e uma menor taxa de analfabetismo - 3 pacientes (Gráfico 5) e o hábito tabágico dos pacientes, revelando que na amostra existe uma maior percentagem de não fumadores (63%) do que fumadores (37%) - Gráfico 6.

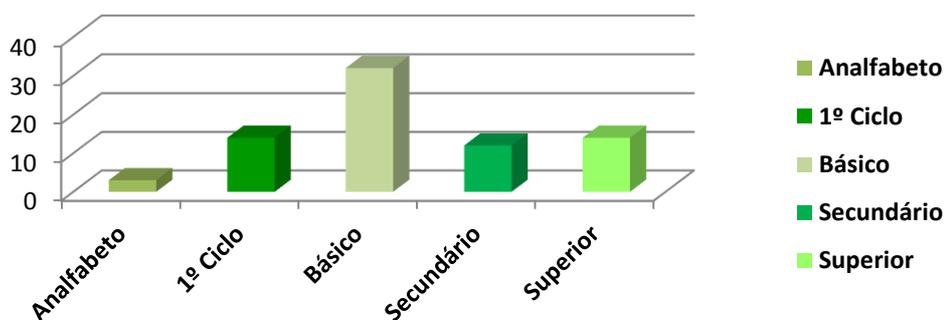


Gráfico 5: Distribuição segundo as habilitações literárias dos pacientes

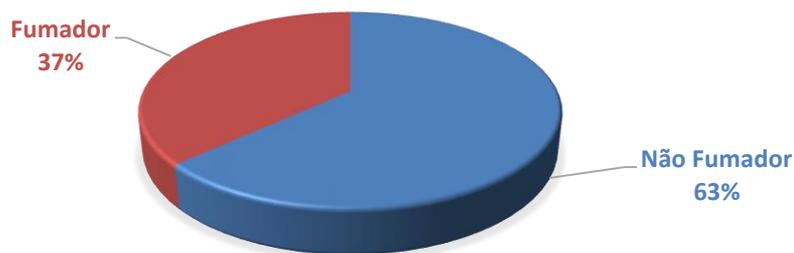


Gráfico 6: Distribuição dos pacientes por hábitos tabágicos

Todos os pacientes da amostra foram questionados no início das consultas sobre qual o nível de relevância que atribuíam á saúde oral. Nas respostas obtidas, metade dos pacientes (50%) considerou relevante, 34% muito relevante e 16% sem relevância (Gráfico 7).

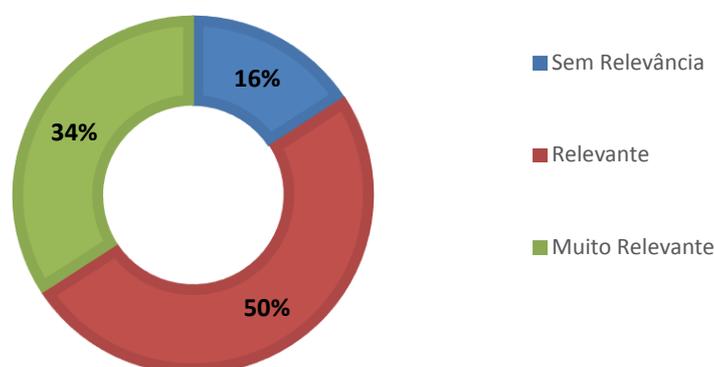


Gráfico 7: Nível de relevância que atribui á saúde oral

4.2. Caraterização Clínica da Amostra

A caraterização clínica dos pacientes foi fundamentada em histórias clínicas atualizadas e fichas de avaliação de risco, dando origem ao Gráfico 8, que demonstra que na amostra total, 38 pacientes são saudáveis, Nível I, 29 são avaliados como Nível II, portadores de doença sistémica moderada ou fatores de risco e 9 com Nível III representativo de doença sistémica grave que não é incapacitante. Com base na história clínica, evidenciaram-se as patologias sistémicas dos pacientes, demonstrando um maior número com dislipidémias – 18, seguido de 14 pacientes com hipertensão e o terceiro grupo de prevalência abarca depressões e patologias gástricas – 6 pacientes cada (Gráfico 9) e na terapêutica farmacológica, 14 pacientes tomavam hipocolesterolemiantes, 13 medicados com anti-hipertensores e numa terceira posição a medicação com pílula contraceptiva e antidepressivos num total de 11 pacientes cada (Gráfico 10).

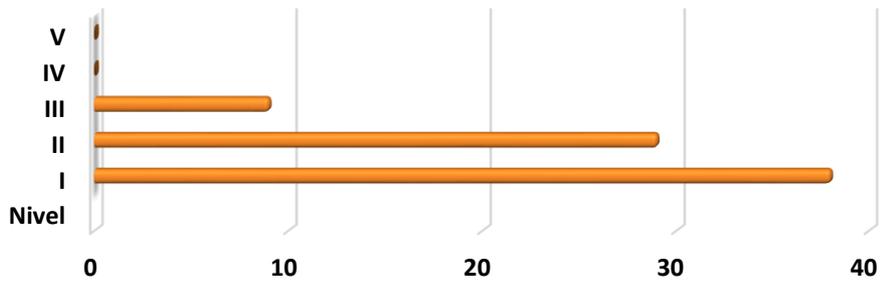
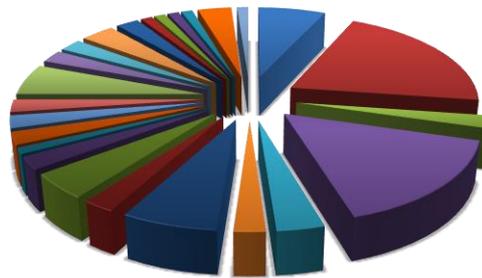
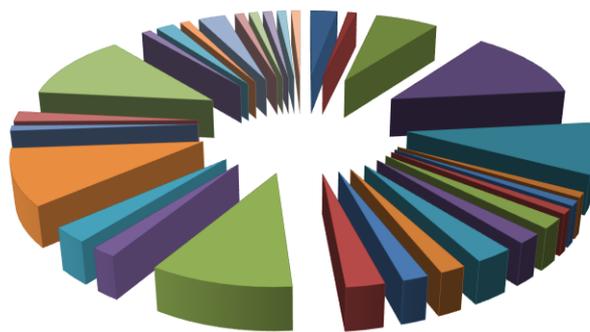


Gráfico 8: Nível de risco dos pacientes



- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| ■ Depressão | ■ Dislipidémias | ■ Artrite Reumatóide |
| ■ Hipertensão | ■ Asma/Bronquite | ■ Epilepsia |
| ■ Patologias gástricas | ■ Diabetes | ■ Osteoporose |
| ■ Ácido úrico | ■ Sarcoidose | ■ AVC |
| ■ Glaucoma | ■ Hiperplasia Benigna da Próstata | ■ Crises de Ansiedade |
| ■ Síndrome Vertiginoso | ■ Patologias da Tiróide | ■ Arritmias cardíacas |
| ■ Patologias intestinais | ■ Esteatose hepática | ■ HIV |

Gráfico 9: Patologias representativas dos pacientes atendidos



- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| ■ AINE'S | ■ Beta-bloqueadores | ■ Ansiolíticos |
| ■ Hipocolesterolemiantes | ■ Anti-ácidos e Anti-ulcerosos | ■ Terapia de reposição hormonal |
| ■ Alfa-bloqueadores | ■ Anti-arritmicos | ■ Anticoagulante |
| ■ "Osteoporose" | ■ Cardiotônicos | ■ Modificadores da Motilidade intestinal |
| ■ Anti-tireoidiano | ■ Antidiabéticos orais | ■ Pílula Contraceptiva |
| ■ Anti-vertiginoso | ■ Anti-epiléticos | ■ Antidepressivos |
| ■ Anti-plaquetários | ■ Corticosteróides | ■ Anti-hipertensores |
| ■ Antibióticos | ■ Anti-gotoso | ■ Antimetabólitos |

Gráfico 10: Terapêutica medicamentosa dos pacientes

Com o auxílio do exame clínico, fez-se o preenchimento ou atualização dos odontogramas, caracterizando a dentição, desde os desdentados totais (sem qualquer dente natural na cavidade oral) – 1%, dentição mista (dentição presente nas crianças até aos 12 anos) – 4%, dentição incompleta (análise da cavidade oral evidenciava perda/ausência de algum dos 28 dentes que completam uma dentição) que revelou maior prevalência (74%) e a dentição completa (presentes os 28 dentes da cavidade oral) – 21% (Gráfico 11).

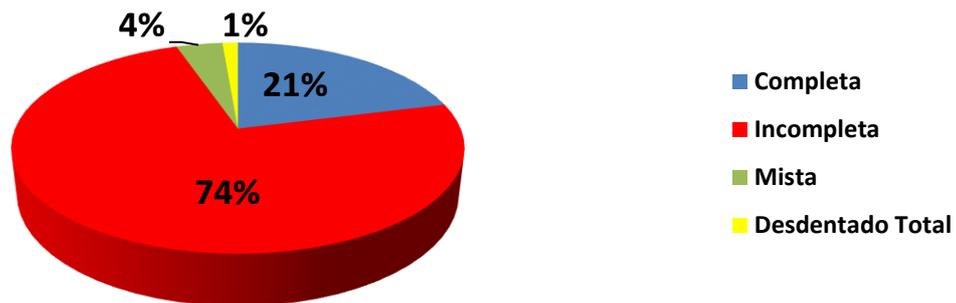


Gráfico 11: Tipo de Dentição dos pacientes

Ao nível da higiene oral diária dos pacientes, apurou-se que a maioria dos mesmos realiza a escovagem dentária 2 vezes por dia (44), 16 pacientes escovam apenas 1 vez, 11 realizam as 3 escovagens recomendadas e 5 não realizam qualquer escovagem (Gráfico 12). Observando a complementaridade da higiene oral, apenas 43% dos pacientes usam o fio dentário (Gráfico 13).

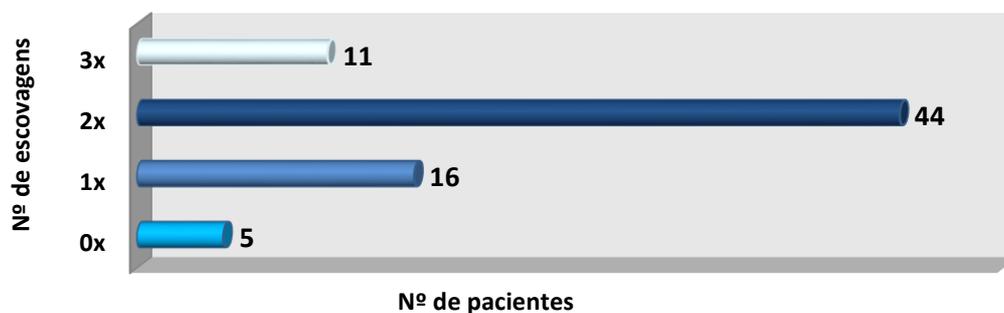


Gráfico 12: Número de escovagens diárias dos pacientes

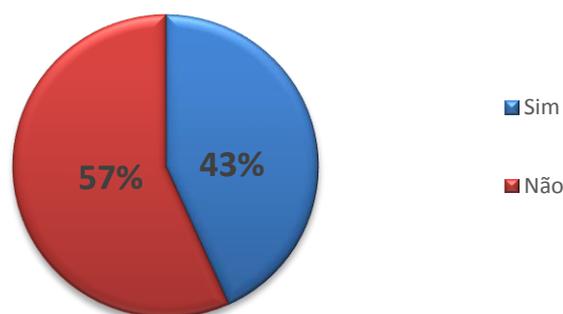


Gráfico 13: Uso do fio dentário na higiene oral dos pacientes

Na análise dos motivos das consultas, os pacientes enquadram-se nas seguintes variáveis: reabilitação protética (25%), controlos (18%), cárie e dor dentária (12%), motivos periodontais (9%), perda da restauração (5%), fratura e extração dentária e a exigência estética (4%), urgências e dor oro-facial (3%), primeira consulta (2%) e mobilidade dentária (1%) - (Gráfico 14).

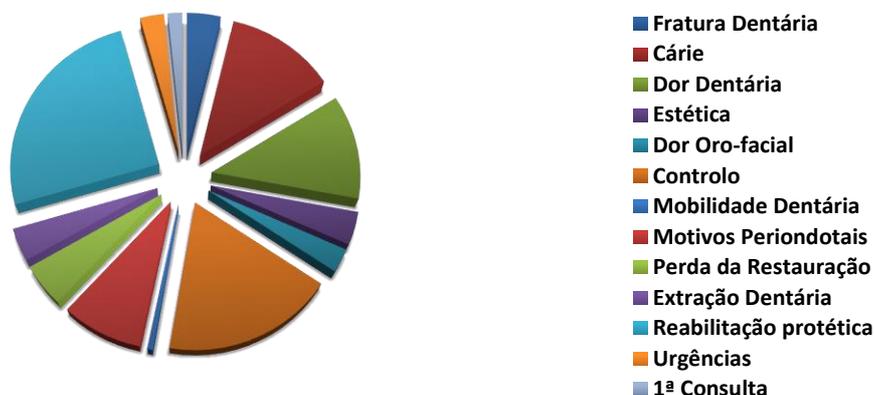


Gráfico 14: Motivo de consulta dos pacientes

Após a integração dos dados clínicos, elaboraram-se inferências dos mesmos, gerando gráficos que demonstram correlações entre os hábitos de higiene oral e preocupação com a saúde oral e a sua repercussão na cavidade oral.

4.2.1. Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral

Na amostra, os pacientes classificaram a relevância atribuída à saúde oral, enquanto sem relevância, relevante ou muito relevante, sendo que os mesmos consentiram uma atualização do número de dentes presentes na cavidade oral. Assim, através dos grupos de pacientes consoante a relevância da saúde oral, realizou-se um intervalo do mínimo e máximo de dentes presentes, estando o mesmo exemplificado na tabela 2 e o gráfico 15.

Tabela 2: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral.

Relevância da Saúde Oral	Nº de dentes na cavidade oral	Nº de Pacientes
Sem Relevância	[0-14]	11
Relevante	[12-28]	39
Muito Relevante	[16-28]	26

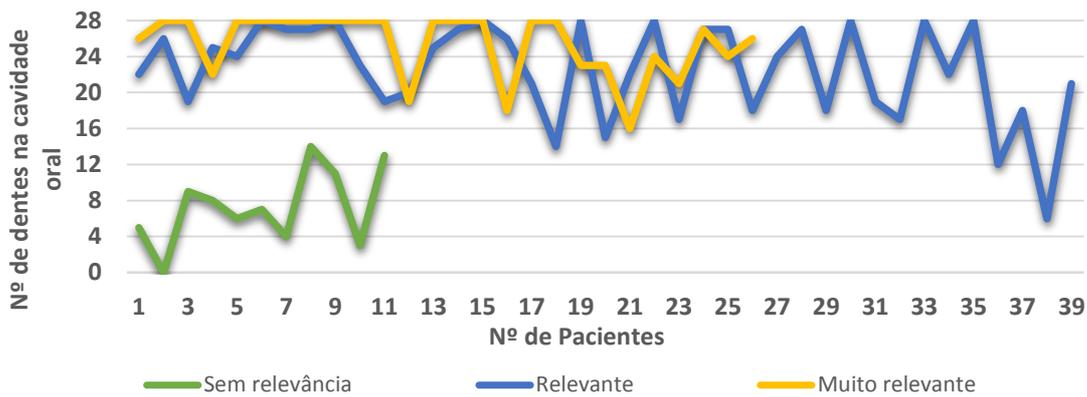


Gráfico 15: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e o número de dentes presentes na cavidade oral

4.2.2. Relação entre a doença periodontal e o número de dentes presentes na cavidade oral

Na observação dos periogramas, alguns parâmetros eram inexistentes pelo que 7 pacientes não foram incluídos na amostra por não apresentarem o diagnóstico atualizado. Portanto, sabendo que os diagnósticos periodontais mais graves (Periodontites crónicas avançadas (PCA), agressivas ou ulcero-necrosantes) estão frequentemente associados a uma higiene oral insatisfatória e consequentemente, à perda dentária quer por cárie ou mobilidade periodontal, o autor decidiu através do diagnóstico periodontal intercepar o número de dentes presentes na cavidade oral através de uma média em cada grupo de pacientes. Em resultado, conclui-se que face aos 28 dentes de uma dentição completa existe uma perda acentuada dos mesmos na PCA (Gráfico 16).

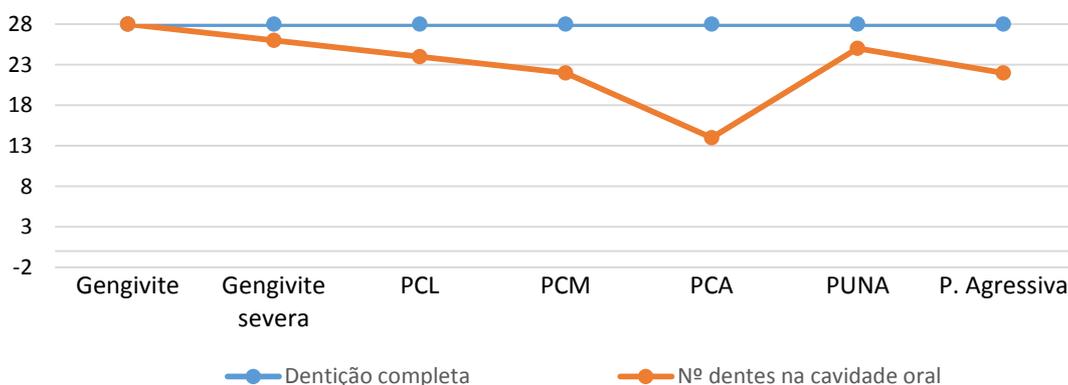


Gráfico 16: Relação entre a doença periodontal e o número de dentes presentes na cavidade oral

4.2.3. Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e a *compliance* a procedimentos mais complexos

Na Medicina Dentária existem procedimentos mais complexos que exigem tempo, investimento monetário e pós-operatórios menos confortáveis para os pacientes, alguns deles são as cirurgias periodontais ou diferenciadas, RAR, branqueamentos, reabilitações dispendiosas (implantes e pontes fixas) entre outros. Como estes são processos muitas vezes de cariz não urgente, os pacientes que os aceitam realizar apresentam um olhar valoroso sobre a saúde oral. Portanto, o gráfico 17 demonstra que o número de pacientes que atribuem muita relevância à saúde oral apresentam igualmente uma maior *compliance* para os tratamentos complexos (19 pacientes) e os que não atribuem relevância apenas um pequeno número (4 pacientes) realizaria alguns dos tratamentos mencionados anteriormente.

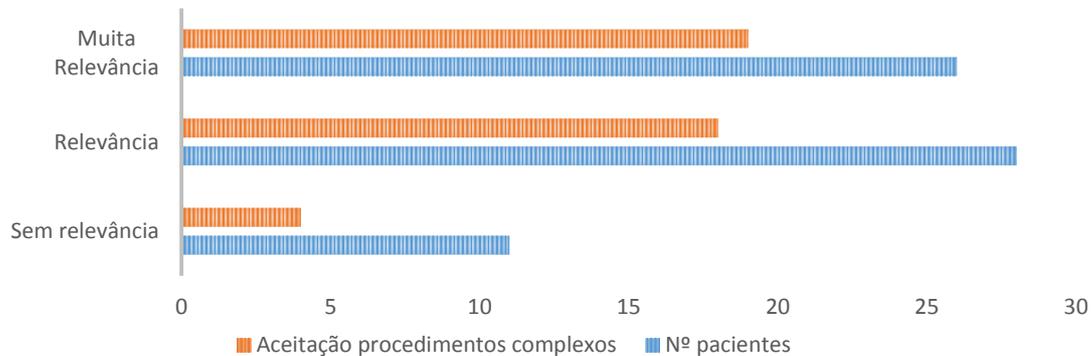


Gráfico 17: Relação entre a relevância atribuída à saúde oral e a *compliance* a procedimentos dentários mais complexos

4.2.4. Relação entre os hábitos de higiene oral e o número de dentes presentes na cavidade oral

Relativamente aos hábitos de higiene oral dos pacientes, os mesmos em relação com a média numérica dos dentes presentes na cavidade oral demonstram que com um maior número de escovagens diárias, maior é o número de dentes hígidos na dentição. Tal é constatado na tabela 3 e gráfico 18 como uma linha de crescimento desde a ausência de escovagem a uma escovagem mais eficiente (3 vezes ao dia após as refeições).

Tabela 3: Relação entre os hábitos de higiene oral e o número médio de dentes presentes na cavidade oral

Escovagem diária	0x	1x	2x	3x
Média de dentes	8	16	23	24
Nº pacientes	5	16	43	11

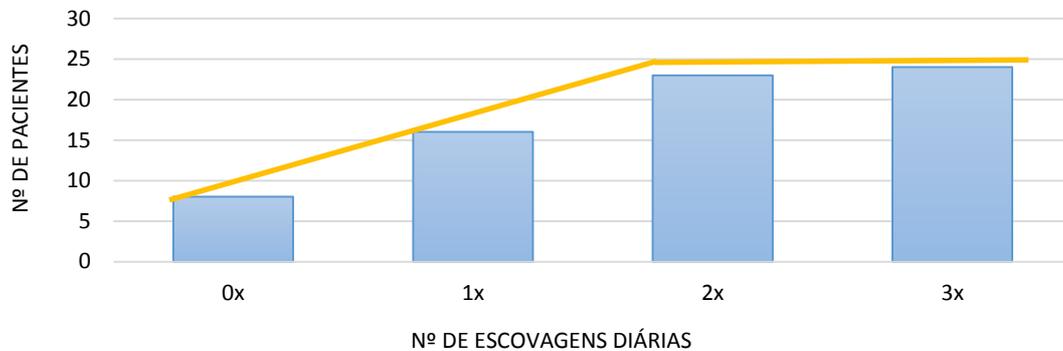


Gráfico 18: Relação entre os hábitos de higiene oral e o número médio de dentes presentes na cavidade oral

4.3. Caracterização da amostra relativa a cada Área Disciplinar

De acordo com o plano de estudo do 5º ano do MIMD, este último ano de componente clínica integra múltiplas áreas disciplinares que representaram diferentes atos clínicos. Portanto, por ordem decrescente do número de atos realizados obtém-se: Prótese Removível (41 atos), Dentisteria Operatória (36 atos), Periodontologia (21 atos), Endodontia (19 atos), Prótese Fixa (17 atos), Cirurgia Oral (15 atos), Odontopediatria (13 atos), Medicina Oral (13 atos), Oclusão (8 atos) e Ortodontia (6 atos) – Gráfico 19.

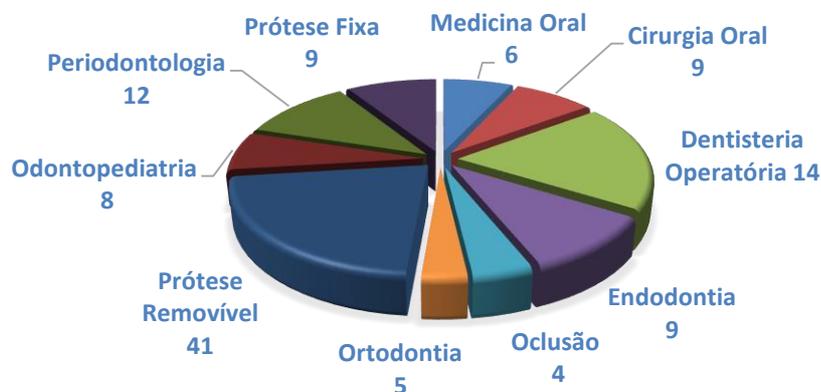


Gráfico 19: Distribuição da atividade clínica total pelas áreas disciplinares

Resultando num maior número de atos nas áreas como Prótese Removível, Dentisteria Operatória e Periodontologia. E conseqüentemente, as áreas em que existe um menor número de pacientes são a Oclusão e Ortodontia.

Na totalidade, o autor desempenhou um maior número de atos em todas as áreas disciplinares, exceto na Endodontia (Gráfico 20).

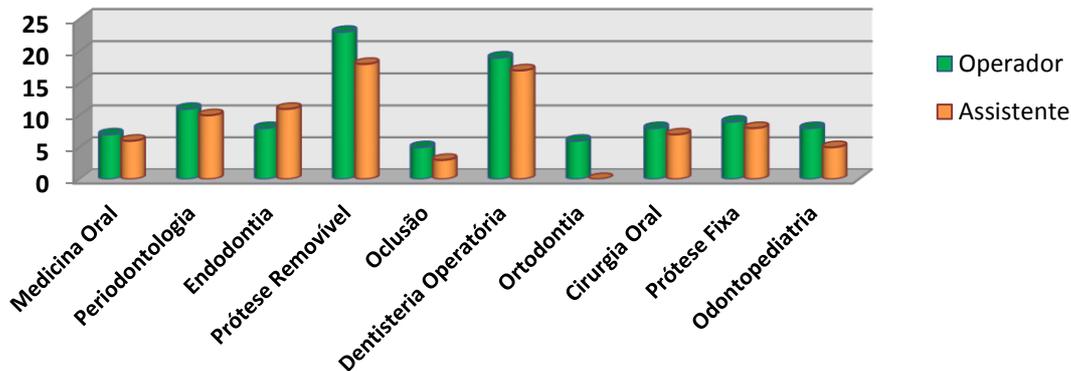


Gráfico 20: Distribuição dos atos de operador e assistente por áreas disciplinares

4.3.1. Áreas de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora

4.3.1.1. Dentisteria Operatória

Área com visibilidade na Medicina Dentária, responsável pela restauração direta dos tecidos duros de dentes com lesões de cárie, alteração da forma dentária ou coloração e fraturas com capacidade de restituição.

Assim, origina a possibilidade de restituir a forma e a cor original dos dentes e o desenvolvimento dos materiais utilizados permitiu uma melhoria no tratamento de zonas anteriores, restaurações estéticas, que permite um sorriso mais estético e singular. Nesta disciplina, o autor foi operador em 52% das consultas (18 atos), realizando 23% de restaurações a compósito, 20% de restaurações estéticas, 6% de restaurações com amálgama e 3% de restauração provisória (Gráfico 21). Ao nível da classificação das cavidades a restaurar, o autor realizou 9 classes II (50%), 4 classes IV (22%), 3 classes III (17%) e 2 classes I (11%), não efetuando classes V (Gráfico 22).

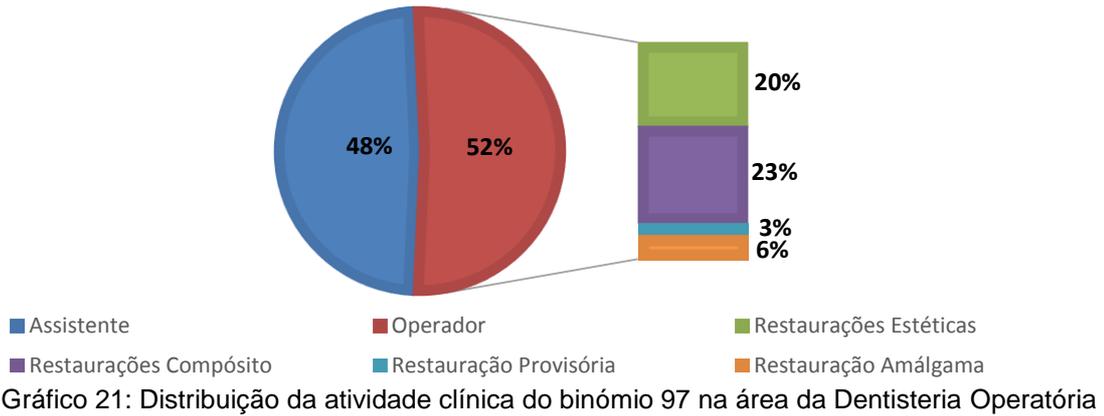


Gráfico 21: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Dentisteria Operatória

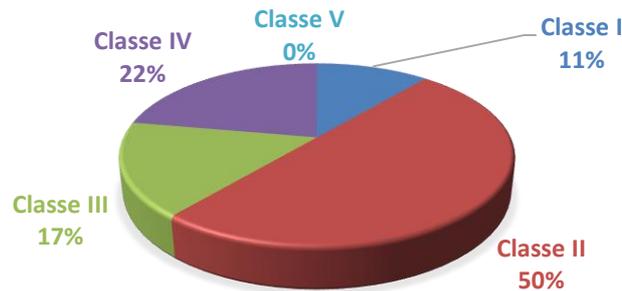


Gráfico 22: Distribuição das classes das restaurações realizadas pelo autor na área da Dentisteria Operatória

4.3.1.2. Endodontia

Especialidade que cursa as patologias da polpa, desde a sua inflamação à necrose. Estas lesões podem ter origens múltiplas como, traumatismos, cáries profundas, fraturas dentárias ou sensibilidade dentárias sem remissão. Assim, o tratamento compreende a remoção completa do tecido pulpar, permitindo evitar outras complicações como a perda dentária.⁴⁴

Nesta área disciplinar, os atos correspondem apenas ao número de dentes endodonciados, pois cada tratamento realiza-se em várias consultas. Porquanto, o autor assistiu 3 atos e efetuou outros 3 atos que compreenderam 1 monocanalar, 1 multicanalar e 1 retratamento endodôntico em monocanalar.

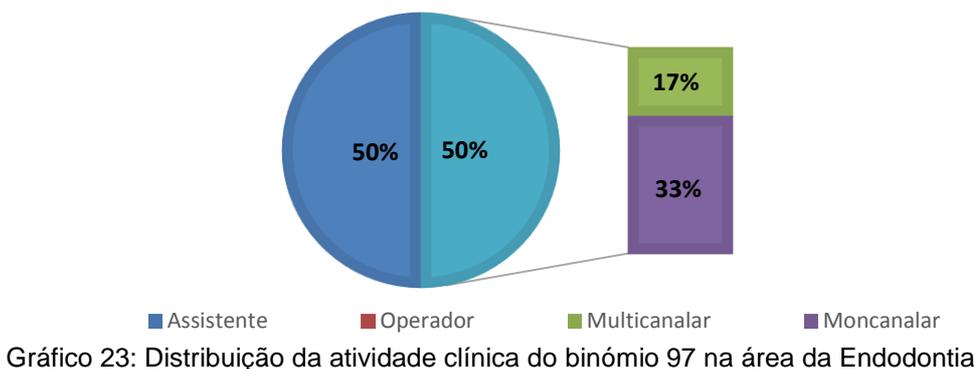


Gráfico 23: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Endodontia

4.3.1.3. Odontopediatria

Área disciplinar que integra pacientes com idades compreendidas entre o recém-nascido e os jovens de 16 anos. Portanto, responsável pela manutenção da saúde oral em crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais, como por exemplo o Síndrome de Down.⁴⁵ Apresenta uma componente mais preventiva perante a dentição definitiva e uma componente de diagnóstico e tratamento da dentição decídua, assegurando uma correta erupção dos dentes permanentes e a estabilidade da dimensão dos arcos dentários permitindo uma oclusão harmoniosa.

Nesta área, o autor exerceu 62% dos atos (8 atos) desempenhando tratamentos diversificados como, controlos do mantenedor de espaço (23%), 2 restaurações definitivas (15%) e teve a oportunidade de realizar uma ulectomia, uma nova cimentação do mantenedor e uma evicção pulpar seguida de uma restauração provisória (8%) em 3 diferentes crianças com idades entre os 5 e os 10 anos (Gráfico 24).

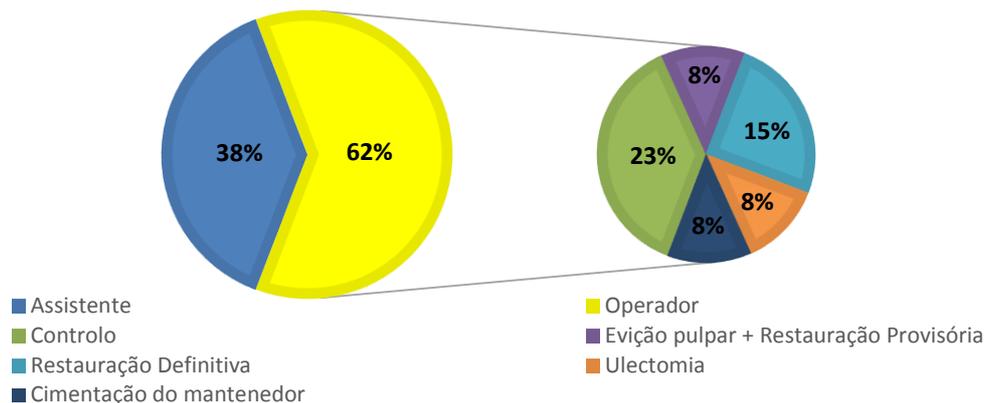


Gráfico 24: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Odontopediatria

4.3.2. Áreas Médico-Dentárias Cirúrgicas

4.3.2.1. Cirurgia Oral

Área disciplinar responsável por exodontias simples e complexas de dentes comprometidos sem restaurabilidade, tais como dentes extensamente destruídos, mobilidade periodontal, dentes inclusos, extrações por motivos ortodônticos, dentes com extensas fraturas, entre outras.⁴⁶ Igualmente permite a diagnose e tratamento de lesões quísticas ou patologias tumorais que possam envolver estruturas orais ou anexas, devendo existir a consciência do grau de complexidade de algumas patologias e o seu encaminhamento para a área da cirurgia maxilofacial.⁴⁶ No decorrer

desta área, podem ser executadas extrações por técnica fechada ou aberta conforme a complexidade do tratamento. Assim, o autor operou em 8 atos (53%) produzindo 4 exodontias simples (27%), 2 exodontias com odontoseção e 2 cirurgias diferenciadas (13% cada), 1 autotransplante dentário e 1 terceiro molar incluso (Gráfico 25).

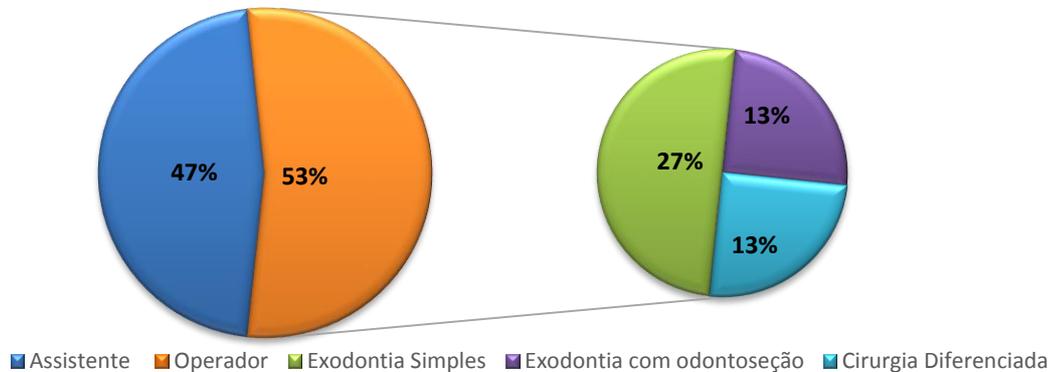


Gráfico 25: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Cirurgia

4.3.2.2. Periodontologia

Área disciplinar direcionada para a área da prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias que afetam o tecido periodontal pela presença de espécies patogénicas.⁴⁷

Na atualidade, a doença periodontal é uma das mais prevalentes patologias da cavidade oral com fatores etiológicos de higiene oral insuficiente, fatores hereditários e ambientais e restaurações iatrogénicas. Assim, esta especialidade pretende restabelecer a saúde periodontal, evitando a progressão da doença através de consultas de fase higiénica e terapias periodontais de suporte.⁴⁷

Como se pode observar no gráfico 26, realizaram-se 48% dos atos como assistente (10 atos) e 52% como operador (11 atos). O autor desempenhou 8 destartarizações (38%), 2 RAR (9%) e 1 cirurgia periodontal (5%). Na atividade do operador, o mesmo deparou-se com 5 Periodontites crónicas avançadas (PCA), 2 Periodontites crónicas moderadas (PCM), 1 Gengivite, 1 Periodontite agressiva e 1 Periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) – Gráfico 27.

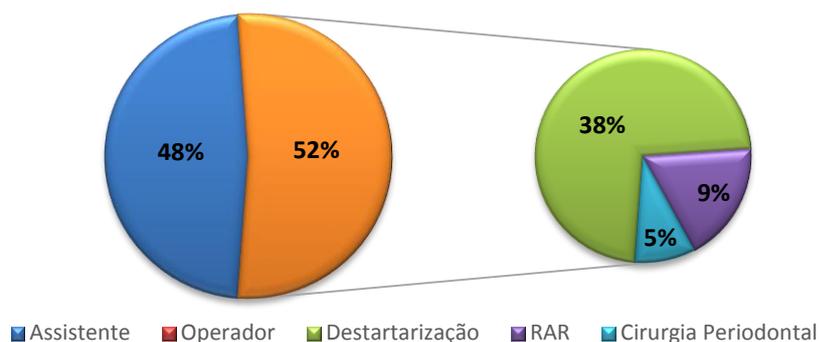


Gráfico 26: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Periodontologia

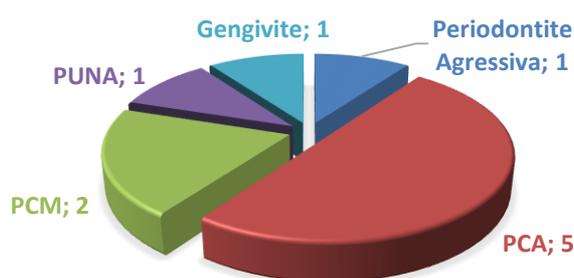


Gráfico 27: Distribuição das patologias periodontais observadas como operador

4.3.2.3. Medicina Oral

Área disciplinar responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias da cavidade oral e das regiões maxilo e cervicofaciais.⁴⁸ Na clínica-UCP abarca as primeiras consultas de novos pacientes, executando uma história clínica detalhada e um exame clínico extra e intraoral, observando as regiões maxilofaciais e cervicofaciais. Após esta análise pormenorizada, o autor encontra-se na reunião de todos os elementos indispensáveis a um plano de tratamento singular que permita a intervenção adequada com posterior encaminhamento para as diversas áreas.

Assim, esta atividade clínica alcança importante notoriedade por permitir aos discentes o desenvolvimento de competências no reconhecimento das estruturas anatómicas da região da cabeça e pescoço, de patologias orais, de patologias sistémicas com repercussão na cavidade oral, das terapêuticas medicamentosas, as suas interações e conseqüentes manifestações na cavidade oral.

O autor ao longo do ano letivo alcançou 7 atos como operador (54%), cumprindo 5 primeiras consultas (38%), 1 controlo (8%) e excisão de uma lesão de epúlide fissurada (8%) e 6 atos como assistente (46%) – Gráfico 28.

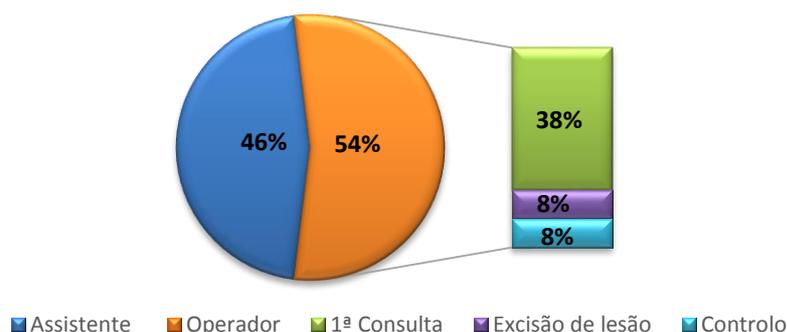


Gráfico 28: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Medicina Oral

4.3.3. Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática

4.3.3.1. Prótese Removível

A prostodontia é a área com conotação mais depreciativa da área da reabilitação oral. Esta especialidade propicia o restabelecimento do complexo maxilomandibular através de próteses removíveis, as mesmas podendo ser parciais ou totais e acrílicas ou esqueléticas, consoante a cavidade oral e as possibilidades do paciente. Ainda que seja um tratamento que cause algum desconforto ao paciente, dado a instabilidade associada a este tipo de reabilitação, o mesmo condescende a manutenção ou restabelecimento ao nível fonético, mastigatório e estético.

Nesta área disciplinar, cada reabilitação empreende 6 consultas: avaliação pré-protética (12%), preparação pré-protética e impressões definitivas (7%), prova de esqueleto e/ou registo intermaxilar (5%), prova de dentes (5%), inserção da prótese (7%) e controlo (20%). Ao longo do período letivo foram praticados 41 atos, sendo que o autor operou 23 atos (56%) e assistiu 18 atos (44%) – Gráfico 29. Desta forma, o binómio realizou 3 reabilitações parciais (2 próteses acrílicas superiores e 1 acrílica inferior) – 20%, 1 reabilitação total da arcada superior e 1 total da arcada inferior (7% cada), 7 controlos (46%) e 3 rebasamentos (20%) – Gráfico 30.

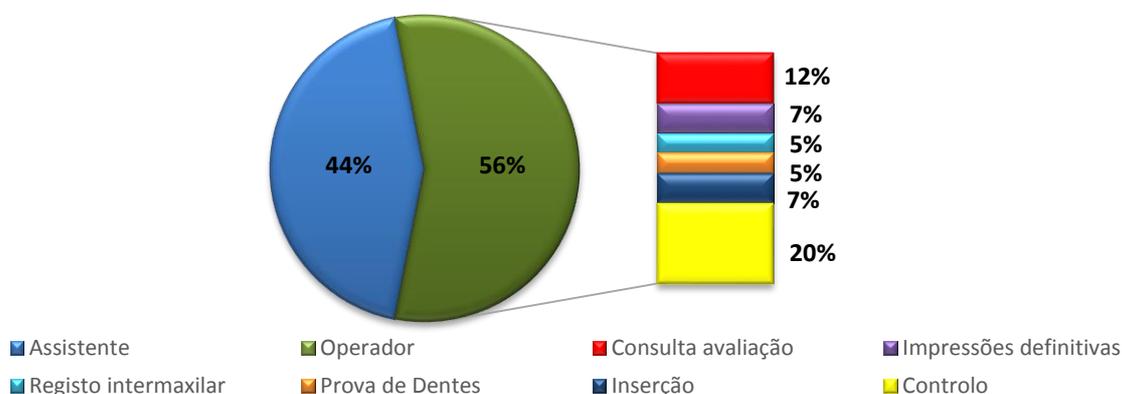


Gráfico 29: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Prótese Removível

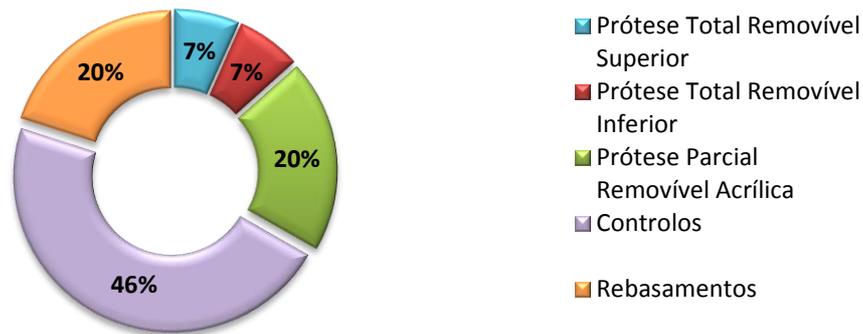


Gráfico 30: Distribuição segundo o tipo de reabilitação protética realizada na área da Prótese Removível

4.3.3.2. Prótese Fixa

É uma área disciplinar que visa a reabilitação com próteses dentárias fixas, podendo ser uma coroa unitária para substituição de um dente extensamente destruído, pontes para reabilitação de espaços edêntulos ou facetas que possibilitam a alteração da cor ou forma dentária.⁴⁹ Caracteriza-se por ser um tratamento adotado com longa permanência na cavidade oral, se efetuado corretamente, permitindo um estético e funcional restabelecimento da função oral major, a mastigação. Sendo assim, a concretização deste tipo de reabilitação compreende 6 consultas: avaliação pré-protética, preparos dentários e das coroas ou pontes provisórias, impressões definitivas dos preparos, prova de infraestrutura e cimentação definitiva.

Contudo, o binómio não efetivou nenhum tipo de prótese fixa, procedendo apenas a consultas de avaliação e controlos de pontes e coroas unitárias. Nesta disciplina, o autor exerceu no total de 53% das consultas (9 atos), dos quais 18% foram consultas de avaliação e urgências e em 7% realizaram-se controlos (Gráfico 31).

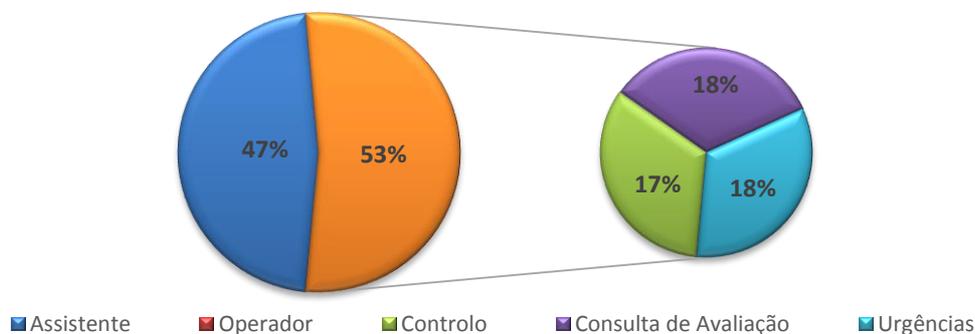


Gráfico 31: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Prótese Fixa

4.3.3.3. Oclusão

Área que orienta a avaliação da articulação mais importante da região craniofacial, a articulação temporomandibular (ATM), e o estudo da oclusão ideal, isto é uma correta correlação entre os maxilares que permite um posicionamento dentário possibilitando a manutenção das funções orais, tais como a deglutição, mastigação e fonação.⁵⁰ Aquando da alteração da fisiologia da ATM, ocorrem disfunções temporomandibulares (DTM), sendo a oclusão a área de diagnóstico e terapêutica destas patologias.

Nestas consultas, o autor realizou 5 atos como operador (63%) e assistente em 3 atos (37%). O autor desempenhou 2 consultas de avaliação (avaliação clínica da articulação e preenchimento do RDC) – 25% - 2 consultas de prótese removível (25%) e 1 controlo de uma goteira (13%) – Gráfico 32.

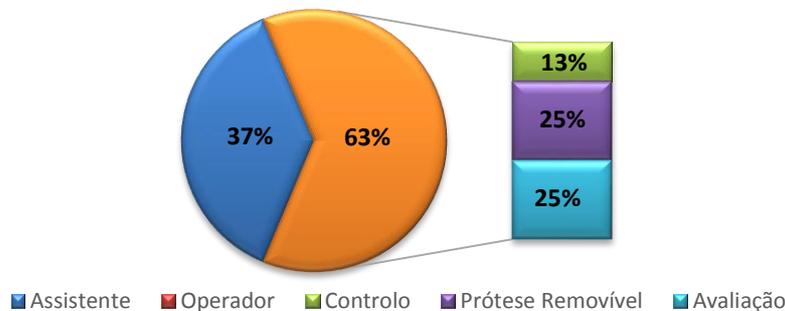


Gráfico 32: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Oclusão

4.3.3.4. Ortodontia

Especialidade dentária direcionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações dentárias, como posicionamento incorreto dos dentes ou alterações esqueléticas, tal como crescimento exacerbado de um dos maxilares ou o seu posicionamento erróneo. Qualquer destas alterações possibilita o aparecimento das má-oclusões, que impossibilita as funções fisiológicas do aparelho estomatognático.⁵¹ Os planos de tratamento variam de aparelhos removíveis ou fixos, sendo que na clínica universitária apenas se realizam consultas de avaliação, aparelhos removíveis, tais como disjuntores de ação lenta ou de ação rápida e controlo dos mesmos.

Nestas consultas os alunos são considerados ambos operadores, sendo que o autor operou em 6 atos. Durante a atividade clínica não se realizou nenhum aparelho removível, realizando 17% de controlos, mais 17% de rebase e ajustes, 1 avaliação ortodôntica (8%) e 1 consulta de impressões (8%) - Gráfico 33.

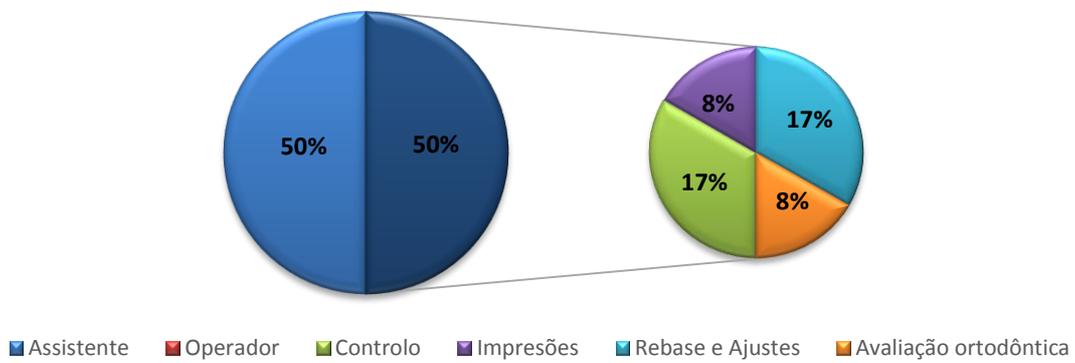


Gráfico 33: Distribuição da atividade clínica do binómio 97 na área da Ortodontia

5. Casos Clínicos Diferenciados

5.1. Tratamento Multidisciplinar de um Pré-molar

5.1.1. Contextualização do caso

Paciente muito jovem com histórico de fratura do dente 11 na infância, por volta dos 9 anos, aquando da prática de futebol. Na altura, realizaram tratamento endodôntico do mesmo com posterior restauração a compósito. Apesar de manter uma boa higiene oral e visitas regulares ao médico dentista, não manifesta o hábito do fio dentário contribuindo no aparecimento de cáries interproximais.

No início do 2º semestre, o paciente dirige-se à consulta de Dentisteria por ligeira sintomatologia e escurecimento no dente 11 que se apresentava endodonciado, contudo observou-se que o tratamento canalar era insatisfatório, procedendo-se à sua substituição por uma restauração provisória até ao retratamento. Ainda referiu que em situações de quente ou frio durante a alimentação existia alguma sintomatologia dolorosa na zona posterior do 1º quadrante, em que ao exame intraoral observou-se uma cárie extensa no dente 15, comprovando-se ao nível dos testes térmicos um comprometimento da polpa com um diagnóstico de pulpite irreversível, com indicação de endodontia e posterior reabilitação. Na mesma consulta, a mãe do paciente solicitou que os alunos avaliassem o melhor plano de tratamento relativamente ao dente referido, conjeturando a tenra idade do paciente e a longevidade do tratamento.

Após revisão dos elementos disponíveis, concluímos que após o tratamento endodôntico se ponderava tratamento ortodôntico com tração ortodôntica do dente 15 e posteriormente, o uso de aparelho fixo, prótese fixa após alongamento coronário ou alongamento coronário associado a restauração com compósito com recurso a um espigão fibra de vidro. Relativamente à hipótese de realizar tração ortodôntica do dente 15, a mãe do adolescente não se mostrou recetiva á proposta.

5.1.2. Enquadramento teórico

Um dente extensamente destruído denomina-se por um dente com perda de estrutura dentária significativa. Por conseguinte, ocasiona restaurações compostas e/ou complexas em dentes posteriores, com perda de uma ou mais cúspides, constituindo uma abordagem multidisciplinar como neste caso clínico que agrega a Endodontia, Periodontologia e a Dentisteria.⁵²

A primeira etapa deste caso clínico contempla um tratamento endodôntico que tem como objetivo primordial a combinação de uma adequada preparação biomecânica e um preenchimento uniforme dos sistemas de canais radiculares de forma a evitar a penetração de bactérias nocivas e toxinas tanto ao nível coronal como apical.⁵³ A preparação canalar por instrumentação manual, as limas K permitem em canais retos, como neste caso clínico, a manutenção da forma cônica do canal, entre o terço apical e o terço coronário. Assim, a permanência da morfologia anatômica do canal após o tratamento endodôntico considera-se *gold standard*.⁵⁴

Após o tratamento endodôntico, existiu a necessidade de um aumento da coroa clínica do dente, denominado de alongamento coronário, no intuito de permitir a restaurabilidade do mesmo. Este procedimento dentro da cirurgia periodontal caracteriza-se pela remoção de osso e/ou tecido gengival em direção à margem gengival apical, respeitando o espaço biológico.⁵⁵ Podendo ser alcançado por diversas técnicas, divididas em dois grupos: técnicas cirúrgicas (integram gengivetomias e retalho de reposicionamento apical) e técnicas ortodônticas (extrusão dentária com ou sem fibrotomia). Na avaliação clínica da anatomia supra-alveolar, que inclui a margem gengival, o sulco gengival, a união dentogengival e a crista alveolar, revela-se de suma importância no planeamento desta cirurgia.⁵⁶

Por último, no caso de restaurações extensas em dentes posteriores, as soluções de tratamento compreendem restaurações diretas ou indiretas de resina composta. A opção por uma restauração direta em associação com um espigão fibra de vidro tem como função a melhoria significativa na robustez do remanescente dentário e conseqüentemente, uma restauração estética e redução no risco de fratura.⁵⁷ Desta forma, restaurações adesivas apresentam vantagens como: estética, baixo custo, melhor adaptação marginal, reforço da estrutura remanescente e maior longevidade. Por outro lado, apesar do avanço nas resinas compostas existem ainda desvantagens como: desgaste, contração de polimerização e infiltração marginal.

5.1.3. História clínica

Nome: S. V. P. C.

Gênero: Masculino

Idade: 15 anos

Antecedentes médicos gerais: Nada assinalar

Antecedentes dentários pessoais: Selantes em todos os primeiros molares, historial de fratura complicada do dente 11 com realização de endodontia aos 9 anos e restauração do dente.

Terapêutica medicamentosa: Nada assinalar

Antecedentes familiares: Hipertensão familiar por parte dos avós

Exame clínico extraoral: Face redonda e não denota tumefações, adenopatias ou cicatrizes.

Exame clínico intraoral: Paciente apresenta boa higiene oral, dente 15 extensamente destruído, dente 11 endodonciado insatisfatoriamente com restauração provisória e cárie de esmalte no dente 37.

Exames auxiliares de diagnóstico:

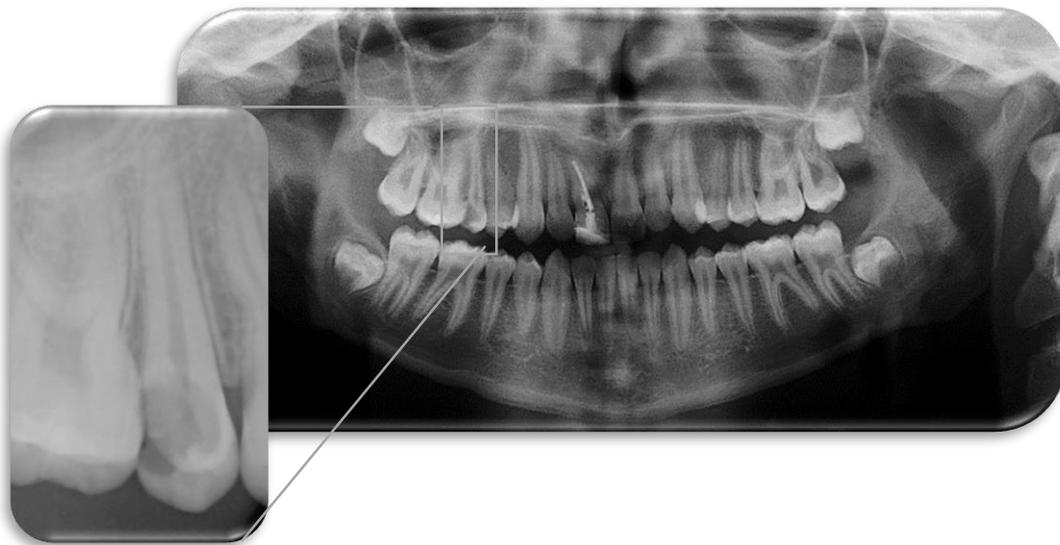


Imagem 1 e 2: Ortopantomografia com evidência da radiografia periapical do dente 15

Documentação fotográfica:



Imagem 3:
Fotografia intraoral
após a endodontia



Imagem 4: Fotografia
intraoral após remoção de
cárie



Imagem 5: Fotografia
intraoral por espelho

5.1.4. Plano de tratamento

O plano de tratamento estabelecido: tratamento endodôntico, alongamento coronário e restauração com recobrimento de cúspides associada a espigão fibra de vidro, após a finalização do crescimento do paciente, remoção da restauração e colocação de coroa unitária fixa ou exodontia seguida de reabilitação por implante.

Após a determinação do plano de tratamento mais adequado ao caso clínico em mãos principiou-se o tratamento endodôntico por instrumentação manual, utilizando a técnica normalizada variante semi-teleoscópica (técnica de instrumentação escalonada de 2 mm em cada porção do dente que permite a manutenção da forma cônica do canal). Desta forma, o protocolo de atuação compreendeu a remoção da restauração provisória, isolamento absoluto, abertura camarál com forma oval, permeabilização canalar, odontometria de referência com lima 15 a 19mm, após raio-x determinou-se a odontometria de trabalho, ODMt, a 23 mm (Imagem 6), iniciando-se a instrumentação canalar com limas K de 31 mm devido á medida do dente. No terço apical, a instrumentação foi efetuada pelas limas 20, 25 e 30, terço médio as limas 35, 40 e 45 apresentaram 21 mm e já no terço coronário a 19 mm, as limas 50, 55 e 60 completaram esta etapa, em que entre cada lima fez-se a irrigação com hipoclorito de sódio a 5% e entre cada terço foi feita a recapitulação com a LAM (lima 30), sendo o último instrumento a lima 60. Na consulta seguinte, confirmou-se a ODMt e seguiu-se para a secagem dos canais com cones de papel 25. Embebeu-se o último em álcool para diminuir a pressão intracanal. Devido ao dente estar em apexogênese, usou-se um cone mestre de calibre 55, para diminuir a probabilidade de extravasamento e travamento no canal (Imagem 7). Procedeu-se á obturação dos canais pela técnica de condensação lateral de guta-percha, caracterizada como uma técnica de obturação a frio de núcleo sólido, sendo que o mais importante é a adaptação do cone único à porção apical. Assim, com o *spreader* 25 e cones acessórios 25 realizou-se a obturação finalizando com o *plugger* a condensação vertical (Imagem 3) e restauração provisória de IRM®. Realização da radiografia de pós-operatório para confirmação da hermeticidade do canal (Imagem 8).

No seguimento, como o dente 15 se apresentava extensamente destruído e com a margem distal infra gengival e a palatina justa gengival (Imagem 4 e 5), procedeu-se à Cirurgia Periodontal de Alongamento Coronário com retalho

reposicionado apicalmente com osteotomia. O protocolo da mesma foi técnica anestésica com anestesia infiltrativa por vestibular e palatino, incisão e retalho: incisão festonada no dente e incisões verticais bilaterais com retalho de espessura total (muco periósteo) até à linha muco-gengival - descolamento em direção apical, raspagem e alisamento radicular da superfície radicular exposta, osteotomia da crista óssea 2 mm por distal e 1 mm por mesial (Imagem 9 e 10), reposicionamento apical do retalho ao nível da crista óssea recém-formada e fixado nesta posição através da sutura (Imagem 11), medicação pós-operatória: anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg) e controlo pós-operatório de 1 mês, 2 meses e 3 meses.

Para finalização do tratamento, após 2 meses do alongamento coronário, o autor realizou um enceramento prévio semelhante ao homólogo que permitiu obter a anatomia oclusal ideal para a restauração direta com a impressão do mesmo em silicone de *mock up*. Em consulta, iniciou-se a fase de restauração do dente com aplicação de um espigão fibra de vidro e posteriormente, restauração direta com resina composta, compósito. Depois realizou-se uma cuidada avaliação da última radiografia (Imagem 8), examinando a qualidade da obturação, condição periapical, comprimento da raiz, anatomia e dimensão radicular, espessura da dentina e estrutura radicular remanescente. Como o dente em questão reunia todas as condições favoráveis na avaliação radiográfica, procedeu-se à remoção da restauração provisória, desobturação do canal com brocas de gates, preservação de 4mm de obturação apical, preparação do canal com uma broca calibrada para o espigão, teste do espigão no canal e análise radiográfica, corte do espigão, realização do condicionamento ácido nas paredes do canal, câmara e estrutura dentária remanescente com aplicação do sistema adesivo no espigão e no canal. Posteriormente, no espigão colocou-se o silano e cimento resinoso no canal dentário com inserção do espigão no mesmo. Após o corte do excesso de espigão a nível coronário, estabelece-se o condicionamento com ácido ortofosfórico a 37% durante 30 segundos, após lavar e secar a cavidade, procedeu-se à aplicação de adesivo total etch (*Excite F Ivoclar®*) com microbrush por duas vezes com fotopolimerização de cada camada. Posicionou-se a matriz metálica com um porta-matriz e instituiu-se a primeira camada de compósito A2 (*SynergyD6*) com fotopolimerização de 20 segundos e assim sucessivamente até 2 mm da última camada, momento em que se retirou a matriz. Colocou-se compósito com ajustes contínuos ao *mock up* em silicone na face oclusal, minimizando os excessos e mimetizando a anatomia e a oclusão

prévia do dente, fotopolimerizando durante 40 segundos. Verificou-se a oclusão com papel articular sem necessidade de ajuste oclusal, realizando apenas polimento. Durante esta consulta, a máquina fotográfica da clínica estava avariada não sendo possível realizar fotografias do procedimento.



Imagem 6: Radiografia da ODMt



Imagem 7: Radiografia da conometria



Imagem 8: Radiografia de controlo pós-operatório



Imagem 9: Fotografia intraoral da osteotomia



Imagem 10: Fotografia intraoral da medição do sulco



Imagem 11: Fotografia intraoral da sutura

5.2. Próteses totais num paciente idoso

5.2.1. Contextualização do caso

Paciente idoso que se dirigiu à Clínica Universitária na área de Medicina Oral, no intuito de realizar tratamentos dentários e posterior reabilitação protética por dificuldade na mastigação, ocorrendo episódios de trauma da mucosa e sangramento. Após anamnese e exame clínico concluiu-se que o paciente não tinha hábitos de higiene oral razoáveis, nem visitas regulares ao médico dentista contribuindo para apenas alguns restos radiculares na cavidade oral com elevada mobilidade periodontal e cáries extensas. Delineou-se que como nenhum dente seria passível de restauração, a exodontia de todas as peças dentárias presentes.

Assim, estando a ser seguido por outro binómio do 4º ano, realizou as extrações dentárias dos dentes supracitados em três consultas de Cirurgia oral, em que após uma semana foi consultado em Prótese Removível pelo binómio 97. Nesta consulta, o paciente compareceu como desdentado total bimaxilar, estando motivado para a reabilitação com próteses totais, querendo melhorar a sua saúde oral e decorrente, promover a qualidade de vida.

5.2.2. Enquadramento teórico

Segundo a OMS, um idoso caracteriza-se por um indivíduo que possua mais de 65 anos, iniciando assim um novo estágio de vida. Todavia, o avançar da idade imprime alterações no organismo humano, criando fragilidades refletidas igualmente na saúde oral, passando esta a ser deficitária. Citando *Moriguchi (1998)* “a perda da dentição apresenta influência na mastigação, digestão, pronúncia e na estética predispondo para doenças geriátricas”.⁵⁸ Por conseguinte, o tratamento de pacientes desdentados totais é uma realidade bem comum na população portuguesa, principalmente idosos. A condição deste tipo de paciente considera-se uma complexa combinação das predisposições pessoais, condições económicas e sociais.^{59,60}

Com o avanço da idade vai ocorrendo uma diminuição da capacidade motora, em que a saúde oral também é afetada pela maior dificuldade na higienização das peças dentárias remanescentes e/ou próteses. Inconvenientemente, na interface mucosa-prótese existe a possibilidade de retenção alimentar, proliferação de micro-organismos e consequentemente, lesões orais associada ao uso de prótese

dentária.⁵⁸ Ainda, e de maior importância, qualquer paciente portador de próteses totais é um potencial candidato a alterações na dimensão vertical de oclusão pelas modificações nos tecidos moles e duros, afetando a oclusão.⁵⁹

Sobre o ponto de vista do paciente portador de próteses totais, a reabilitação oral revela-se uma mais-valia e existe uma prevalência por uma maior adaptação da prótese superior que da inferior. À vista disto, aspetos negativos ao nível da mastigação, da estabilidade, da retenção e conforto são constantemente mencionados relativamente à prótese total mandibular.⁶⁰

5.2.3. História clínica

Nome: C. S. C.

Género: Masculino

Idade: 89 anos

Antecedentes médicos gerais: Apresenta visitas regulares ao médico de clínica geral por padecer de sopro cardíaco, reumatismo em diversas articulações, hipertensão e hipercolesterolemia.

Antecedentes dentários pessoais: Paciente foi perdendo as peças dentárias, em que na clínica universitária executou a exodontia dos restos radiculares 25, 23, 22 e 21 e dos dentes 24, 31, 32, 33, 41, 42, 43 e 36.

Terapêutica medicamentosa: Esomeprazol 20mg, Clopidogrel 75mg, Dilbloc 25mg, Lanoxin 0,25mg, Sinvastatina 10mg, Furosemida 40mg.

Antecedentes familiares: Hipertensão e patologias cardíacas a nível familiar.

Exame clínico extraoral: Face oval e não denota tumefações, adenopatias ou cicatrizes.

Exame clínico intraoral: Paciente apresenta higiene oral insuficiente, os dentes presentes apresentavam lesões de cárie cavitadas e mobilidade periodontal. Lesão na comissura esquerda compatível com queilite angular, língua fissurada, despilada, lisa e brilhante e rafe palatina bem pronunciada.

Exames auxiliares de diagnóstico:



Imagem 12: Ortopantomografia do paciente com a data de 29/09/2014

Documentação fotográfica:



Imagem 13: Fotografia de perfil do paciente



Imagem 14: Fotografia oclusal maxilar



Imagem 15: Fotografia oclusal mandibular

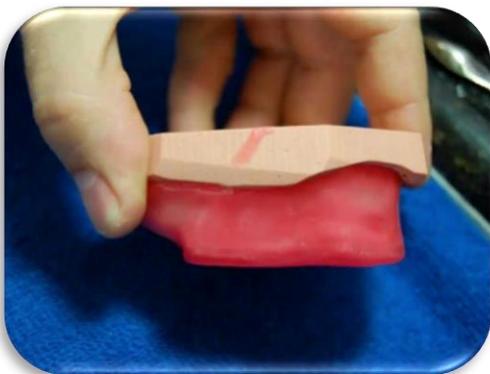


Imagem 16: Cera de mordida do modelo superior



Imagem 17: Próteses totais em oclusão nos modelos



Imagem 18: Próteses totais em oclusão na cavidade oral



Imagem 19: Silicone para ajuste da oclusão

5.2.4. Plano de Tratamento

O plano de tratamento foi implementado por outro binómio do atual 4º ano após uma avaliação clínica das peças dentárias remanescentes na disciplina de Medicina oral, concluindo que todas tinham indicação de extração. Assim sendo, o paciente foi encaminhado para a área de Cirurgia oral, em que no dia 6 de Outubro de 2014 realizou a exodontia do dente 24 e dos restos radiculares presentes. Prosseguindo, passado 15 dias foram extraídos os dentes 31, 32, 33 e 36 e tal como planeado, numa terceira consulta de Cirurgia oral, dia 27 de Outubro, efetivaram as últimas exodontias dos dentes 41, 42 e 43.

Seguidamente, o paciente foi encaminhado para o binómio do autor no intuito de realizar a reabilitação protética de acordo com as exigências do mesmo, melhorar a mastigação e a fala. Portanto, apenas após uma semana das últimas extrações, o paciente compareceu na consulta de avaliação de Prótese Removível no sentido de iniciar a reabilitação. O autor realizou os modelos preliminares a partir de impressões com alginato, fotografias intra e extraorais (Imagem 13), observação dos rebordos ósseos, ambos ainda em cicatrização, com medição da altura e espessura, concluindo a impossibilidade de colocação de implantes no maxilar inferior quer por questões económicas, quer por deficiências anatómicas (Imagem 14 e 15). Dado o rebordo pós-extracional, dever-se-ia esperar um mês para uma correta cicatrização dos tecidos moles e reabsorção do tecido duro, o osso, contudo a pedido do paciente este pretendia as próteses para o período do Natal. Após um planeamento nesse sentido, passados 15 dias da primeira consulta realizaram-se impressões definitivas com

moldeiras individuais de acrílico elaboradas a partir dos modelos preliminares. Nestas impressões, optou-se pelo uso de silicone regular na arcada superior por ser um rebordo baixo e arredondado e alginato na arcada inferior. De seguida, encaminhou-se as impressões para o técnico laboratorial de forma a obter as ceras de mordida para registo intermaxilar, com envio do desenho da prótese e indicação de novas impressões na consulta de prova de dentes, dado o rebordo estar em cicatrização. Numa terceira consulta, através das ceras de mordida para registo intermaxilar (Imagem 16) observou-se se as placas base apresentavam estabilidade, retenção e suporte nos modelos. Para determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO) utilizou-se a técnica dos 3 terços, sendo que se determinou 6 mm para a altura do terço inferior. Depois, colocou-se o rolo de articulação superior na cavidade oral delineando-se a linha média do sorriso, posição dos caninos superiores de acordo com a asa do nariz e ainda com uma caneta de acetato a área de *Post-Dam*, isto é, na junção dos tecidos móveis do palato mole com os tecidos duros do palato duro, estendendo-se lateralmente até à mucosa que reveste as incisuras hamulares. Assim, para estabelecer uma correta orientação e nivelamento do plano oclusal usou-se o Plano de Fox e estabeleceu-se o paralelismo com o Plano de Camper e no mesmo sentido, o plano oclusal paralelo á linha bipupilar. No nivelamento do plano oclusal, em repouso apenas o “bordo incisal” do rolo de articulação estava visível, na zona posterior procedeu-se ao preenchimento do sulco vestibular, numa proporção compatível com a quantidade de reabsorção óssea ocorrida, sem ultrapassar a zona neutra e por palatino deve ter a largura dos futuros dentes da prótese. No ajuste do rolo de articulação inferior, reproduziu-se a DVO determinada, modelou-se as superfícies labiais, vestibulares e linguais para se conformarem à zona neutra e verificou-se movimentos linguais. Para finalizar, verificaram-se os terços faciais, comissuras labiais, incompetência labial e protrusão mandibular. Após aquecer o rolo inferior introduz-se na cavidade oral e o paciente é manipulado a fechar em relação cêntrica. Depois marcaram-se as 3 linhas com uma faca de cera para permitir a “junção” dos rolos de articulação e já com estes modelados e estáveis novamente em boca, com um silicone de mordida registou-se a oclusão. Na escolha da forma, tamanho e cor dentária, o autor definiu de acordo com o perfil e idade do paciente, em que a cor seria A3 e dentes com forma quadrangular e bordos agudos.

Numa quarta consulta, a prova de dentes principiou-se por observar se existia uma oclusão balanceada através de contactos simultâneos de ambas as arcadas em

movimentos cêntricos e excêntricos com papel articular, sendo visíveis os contactos bilaterais. Como referido anteriormente, nesta etapa era necessário realizar novas impressões das bases protéticas através de silicone *heavy body* no bordo e silicone *regular* ao longo do palato no modelo superior e o mesmo processo no modelo inferior. Analisou-se a posição dos dentes inferiores em relação à crista residual e dos dentes superiores em relação à papila incisiva e rugas palatinas e aos incisivos superiores efetuou-se um desgaste de 2 mm na sua dimensão vertical. Ao nível da aparência, os dentes das próteses estavam de acordo com as indicações, dentes escuros, largos e angulados, bem posicionados ao nível do plano oclusal, linha média e suporte labial. No final, na ficha laboratorial o autor requereu ao técnico uma diminuição da DVO em 1 mm.

Devido às diversas alterações realizadas, optou-se por realizar nova prova de dentes, em que se examinou o ajuste das bases (adaptada ao rebordo sem superfícies rugosas), a extensão dos bordos, estando estes adaptados à profundidade e forma dos sulcos vestibulares e linguais e área *Post-Dam* e na mandíbula às papilas piriformes, a estabilidade e retenção física. Com uma nova DVO estabelecida, 5 mm, avaliou-se a aparência facial, a relação intermaxilar e a fala, pronunciando palavras com S ou Z.

Na consulta de inserção protética, após a receção das próteses totais bimaxilares, o autor decidiu desgastar os dentes anteriores superiores para caracterização pela avançada idade do paciente. As próteses foram minuciosamente examinadas na pesquisa por bordos cortantes, pérolas de acrílico, ângulos afiados ou flancos retentivos. Após alguns minutos em boca, as próteses devem mostrar retenção, em que a superior deve oferecer resistência na tentativa de remoção para baixo, estabilidade e uma oclusão balanceada tanto em função como na posição de intercuspidação máxima (PIM). Assim, na colocação e remoção das mesmas, o paciente não referia dor e os dentes apresentavam contactos oclusais estáveis. Na finalização da consulta, forneceram-se algumas instruções ao paciente tais como, o controlo das próteses totais requer tempo de adaptação, a aparência fica alterada e a dimensão vertical igualmente e as sensações iniciais compreendem um aumento da salivação e sensação de “boca cheia”. Alertou-se para problemas como a colocação e remoção da próteses segundo os eixos corretos, alimentação com porções pequenas, não ingerir alimentos pegajosos (queijo, pastilhas, outros) e mastigar simultaneamente nos dois lados. Em relação à higiene da prótese, o paciente deve

escovar todas as faces das próteses após cada refeição, com escovas apropriadas e sem usar pastas abrasivas. Numa fase inicial, as próteses podem ser utilizadas durante a noite, mas posteriormente, as próteses devem ser retiradas, dadas as desvantagens como: a saliva e a língua não realizam a limpeza da mucosa, estimulação do crescimento de placa microbiana na prótese e não permite o alívio dos tecidos orais.

Depois da época festiva do Natal, sucedeu-se o primeiro controlo, no qual o paciente apresentava queixas dolorosas ao nível dos vestíbulos e mucosa. Em vista disso, executaram-se alívios nos freios da prótese superior e inferior com o respetivo polimento e reforçou-se a necessidade de habituação às próteses através do uso constante.

Passado uma semana, novo controlo do paciente, com queixas repetidas e o paciente referia impossibilidade de mastigar e na junção de ambas as próteses, “próteses altas”. Deste modo, após avaliação clínica concluiu-se que para uma maior comodidade havia necessidade de diminuir a DVO em 2,5 mm, então elaborou-se o registo de mordida com silicone *occlufast* (Zhermack®).

Porquanto, num terceiro controlo, o paciente ainda apresentava queixas relativas à oclusão e à extensão dos flancos das próteses. O autor procedeu ao desgaste do bordo incisal dos incisivos superiores, originando uma oclusão topo a topo. Em repetição, um novo controlo, as queixas do paciente mantinham-se e o mesmo insistia para que se retirasse os flancos das próteses, desde a zona retro molar à zona da tuberosidade maxilar. Realizou-se um ligeiro desgaste e polimento das regiões mencionadas. Ainda se implementou um rebasamento mole na prótese inferior, no sentido de uma melhor acomodação aos tecidos, logo melhor estabilidade e retenção. Já no mês de Abril, o paciente regressou para novo controlo, sendo que no período de um mês apenas usou as próteses durante 1 dia. O mesmo continuava a mencionar a intenção de corte dos flancos de ambas as próteses, mesmo após dezenas de explicações sobre a impossibilidade do mesmo com subsequente perda de retenção, estabilidade e suporte. Reforçou-se ao paciente que é necessário um período de habituação às próteses e a importância dos bordos e flancos das mesmas.

No final do mês de Maio, o paciente marcou nova consulta na área de Prótese Removível manifestando a queixa habitual: “a prótese encontra-se extensa, sendo o ideal cortar todos os flancos, ficando apenas os dentes das próteses”. Após inúmeros controlos referindo as mesmas queixas, a equipa de docentes considerou a realização

de uma nova prótese superior e manutenção da prótese inferior. Assim, irá proceder-se à mudança da classe molar das próteses para classe III (classe molar dos dentes naturais precedentes).

5.3. Retratamento endodôntico associado à Estética

5.3.1. Contextualização do caso

Paciente compareceu na Clínica Universitária com o objetivo de substituir as restaurações infiltradas dos dentes 11 e 21, dado que além da alteração da cor, sentia algum incômodo na zona anterior. Após observação da radiografia, verificou-se que o dente 21 apresentava lesão periapical devido a tratamento endodôntico insatisfatório, com dor à percussão vertical sendo prioritário em relação às restaurações estéticas. Foi encaminhado para a área de Endodontia, onde após avaliação se procedeu ao retratamento endodôntico.

Posteriormente, ao retratamento do dente 21, na área de Dentisteria operatória com uma avaliação cuidada do caso clínico. Pelo facto de estarmos perante restaurações muito extensas e pela necessidade estética do paciente, aconselhou-se o mesmo a efetuar coroas cerâmicas nos dentes 11 e 21. Porém, devido a dificuldades económicas, paciente desempregado à mais de um ano, planeou-se realizar um enceramento da zona a restaurar, permitindo maiores garantias de sucesso nas restaurações diretas de compósito.

5.3.2. Enquadramento teórico

A evolução da Endodontia, pautado pelos avanços técnicos permitiu assegurar aos pacientes um tratamento endodôntico seguro e de sucesso. Contudo, existem casos de insucesso devido a limpeza insuficiente ou obturações deficientes que conduzem à sobrevivência de bactérias e consequentemente originar lesões periapicais ou manutenção de lesões pré-existentes.⁶¹ Nestes casos, surge a necessidade do retratamento endodôntico que contempla a remoção do material obturador (guta-percha e cimento) através de técnicas manuais, uso de limas K e solventes ou técnicas mecanizadas.⁶²

Nos casos de tratamentos endodônticos realizados em dentes anteriores, depreende-se que a finalização do procedimento apenas ocorre com a restauração

dos mesmos. Sendo que na prática clínica atual, as restaurações estéticas sejam um tratamento com grande ênfase.

Assim, tal como mencionado no caso clínico 1, os materiais com sucesso na mimetização da estrutura dentária são as resinas compostas. Ao longo da evolução, as capacidades de adesão à estrutura dentária tornaram possível ao médico dentista executar restaurações com melhor prognóstico, menor sensibilidade e infiltração marginal e diminuição do desgaste dentário dos dentes oponentes.⁶³

5.3.3. História clínica

Nome: A. J. G. B.

Gênero: Masculino

Idade: 35 anos

Antecedentes médicos gerais: Apresenta hipercolesterolemia

Antecedentes dentários pessoais: Paciente realizou tratamentos endodônticos nos dentes 16, 15, 21, 22 e 34, exodontia dos dentes 17, 14, 24, 25, 36, 45 e 46 por histórico de lesão de cárie. A cavidade oral contempla ainda restaurações de amálgama dos dentes 34, 35 e 44 e a compósito nos 16, 15, 12, 11, 21, 22, 47 e 48.

Terapêutica medicamentosa: Nada assinalar

Antecedentes familiares: Nada assinalar

Exame clínico extraoral: Face redonda sem tumefações, adenopatias ou cicatrizes.

Exame clínico intraoral: Paciente apresenta higiene oral insuficiente, dor à percussão vertical no 21 com lesão periapical, restaurações de compósito infiltradas nos dentes 12, 11 e 21 e infiltração da restauração por amálgama do dente 34.

Exames complementares de diagnóstico:



Imagem 20: Ortopantomografia do paciente com a data de 18/07/2014



Imagem 21: Radiografia periapical pré-operatória



Imagem 22: Radiografia periapical da ODMt



Imagem 23: Radiografia periapical pós-operatória

Documentação fotográfica:



Imagem 24: Modelo de gesso com enceramento



Imagem 25: Fotografia da zona anterior – face vestibular



Imagem 26: Fotografia da zona anterior – face palatina



Imagem 27: Fotografia dos dentes 11 e 21 após preparo



Imagem 28: Matriz de silicone aquando da restauração



Imagem 29: Fotografia da restauração estética

5.3.4. Plano de tratamento

Com o plano de tratamento delineado, avançou-se para a realização do retratamento endodôntico (Imagem 21), iniciando-se o isolamento absoluto com realização da cavidade de acesso de forma oval, com posterior permeabilização canalar. Através de instrumentação manual com limas 10 e 15 (medidas a 10 mm) e irrigação com hipoclorito de sódio a 5%, procedeu-se à remoção do antigo material obturador, essencialmente cimento e apenas guta na porção coronária do dente. De forma, a confirmar a total desobturação, procedeu-se ao raio-x, prosseguindo com o tratamento.

A partir desta etapa, todo o tratamento endodôntico foi realizado segundo os protocolos clínicos estabelecidos, por instrumentação manual através da técnica normalizada variante semi-telescópica. Assim, após a odontometria de referência (19 mm), determinou-se que a odontometria de trabalho seria de 21,5 mm (Imagem 22) realizando a irrigação com hipoclorito de sódio. Seguiu-se para a instrumentação do terço apical (limas 20, 25 e 30), em que a LAM determinou-se como lima 30, evoluindo-se no canal, terço médio (limas 35, 40 e 45) e terço coronário (limas 50,55), até ao último instrumento, lima 60. No decorrer desta técnica, já descrita anteriormente, entre cada lima realizou-se irrigação com hipoclorito de sódio a 5% e entre cada porção do dente foi feita a recapitulação com a LAM. Portanto, colocou-se uma bola com cresophéne® à entrada dos canais e restauração provisória com cavitec®, dado que devido ao procedimento não é aconselhável realizar apenas numa consulta.

Na semana seguinte, após a confirmação da ODMt, procedeu-se à secagem dos canais com cones de papel (cones 30), embebendo-se o último em álcool no sentido de diminuir a tensão intracanal. Na conometria, o cone mestre 35 apresentava tensão a nível apical aquando da retirada do canal (*tug-back*) ao nível da ODMt. Para finalizar, a obturação do canal por técnica de condensação lateral de guta-percha iniciou-se com a introdução do cone mestre no canal com pasta obturadora (cimento AH Plus®) à ODMt realizando-se a condensação lateral com um *spreader* nº25. Seguindo-se os cones acessórios (cones 25) até ao preenchimento do canal. Através de um *plugger* aquecido por lamparina, exerceu-se a condensação vertical e o corte do excesso de guta-percha até à entrada canalar. Realização da radiografia pós-operatória (Imagem 23) que demonstrou o canal com uma obturação satisfatória, bem como um pequeno extravasamento apical. Novamente restauração provisória com cavitec® e encaminhado para Dentisteria operatória.

Depois de um mês, compareceu para uma avaliação dos incisivos centrais superiores, a extensão das restaurações infiltradas, a oclusão e a escolha de cores para uma reabilitação estética, dado ser recorrente a fratura e a consequente infiltração das mesmas (Imagem 25 e 26). Deste modo, realizou-se impressões de ambas as arcadas em alginato e um registo de mordida em silicone devido à sobremordida vertical aumentada. Prontamente, com os modelos de gesso duplicou-se, sendo que no modelo de trabalho verificou-se a remoção das restaurações atuais para efetuar um enceramento de acordo com a oclusão estável e a estética exigida (Imagem 24). Para ultimar a fase laboratorial, procedeu-se ao enceramento dos dentes 11 e 21 com sucessiva impressão em silicone *putty* originando uma matriz que por sua vez permitiria uma restauração final mais harmoniosa.

Para término deste caso clínico, numa nova consulta de Dentisteria, iniciou-se a mesma por um controlo radiológico à obturação do dente 21, em que o extravasamento estava consideravelmente diminuído, prosseguindo-se com a remoção do compósito existente e cárie em ambos os incisivos centrais, contudo como ambos apresentavam dentina terciária dura por lesões de cárie anteriores, optou-se por manter senão deixaria de existir estrutura dentária suficiente para suportar as restaurações. No dente 21, junto à entrada canal ar aplicou-se uma camada de ionómero de vidro (Ionoseal[®]) e procedeu-se à realização de biséis na zona vestibular para uma melhor degradação da cor (Imagem 27). Implementou-se o condicionamento com ácido ortofosfórico 37% durante 30 segundos, seguindo da técnica adesiva com adesivo total ecth (ExciTE F Ivoclar[®]) com fotopolimerização de 20 segundos em duas aplicações. A partir da matriz de silicone adaptada aos dentes a restaurar, introduziu-se a camada de compósito de esmalte na face palatina (U3 Enamel[®]) com uma fotopolimerização de 40 segundos (Imagem 28). Avançando-se a partir desta camada com a caracterização dentária, aplicando compósito de cor da dentina (D2 Enamel[®]) em reduzidas camadas com fotopolimerização através de uma matriz transparente de acetato. Por último, o compósito de esmalte U3 (Enamel[®]) permitiu realizar facetas em compósito, originando dentes maiores e mais redondos com uma última camada vestibular de forma a cor ser constante sem transições. Após aplicar uma camada de adesivo, com discos de polimento efetivou-se ângulos e polimento final (Imagem 29). Aconselhou-se o paciente a realizar novas restaurações nos incisivos laterais (dentes 12 e 22), melhorando a anatomia e a posição dentária de ambos, originando conseqüentemente, um sorriso mais harmonioso e estético.

6. Atividade Científica

Na área da Medicina Dentária torna-se deveras importante as publicações científicas de diferentes tipos como: posteres, artigos, comunicações orais ou revisões bibliográficas nos diversos congressos no sentido de divulgar casos clínicos, temáticas raras ou novos métodos de tratamento perante a comunidade científica. De seguida, será exposto um conjunto de trabalhos científicos desenvolvidos pelo autor ao longo do último ano do MIMD.

6.1. Publicação Científica I

No decorrer da área disciplinar de Odontopediatria ocorreu a oportunidade de iniciar um novo paciente na Clínica Universitária e estabelecer um plano de tratamento adequado. Porquanto, a descrição do caso clínico é exposta:

Número de Processo: 25325

Nome: H.F.P.

Sexo: Masculino

Idade: 11 anos

Enquadramento teórico: A dentição humana compreende duas fases: decídua ou temporária e permanente, sendo que em determinada etapa do desenvolvimento da criança (entre 6 e 12 anos de idade) dentes decíduos e permanentes estão presentes na cavidade oral, constituindo a dentição mista. Todos os dentes temporários são mantenedores de espaço para a dentição permanente.⁶⁴ Segundo *Kronfeld* (1953) quanto maior o intervalo entre a perda precoce do decíduo e a erupção do seu dente sucessor permanente, aumenta igualmente a probabilidade de má posição dentária.⁶⁵ Assim, considera-se que ocorre perda precoce de um dente decíduo quando ocorreu antes do estágio 6 de Nolla (formação coronária completa e formação radicular já iniciada) ou um ano antes de sua esfoliação fisiológica.⁶⁶ As causas mais comuns são o traumatismo dentário, a reabsorção prematura das raízes e lesões de cárie. Consequentemente, a perda precoce condiciona o surgimento de desequilíbrios intra e inter arcadas, alteração espacial intraóssea entre raízes e gérmenes, deslocamento de dentes erupcionados, desvios de erupção, migrações, extrusões, desvio da linha média, perda de espaço, trajetos eruptivos anormais e, desequilíbrio oclusal, acarretando repercussões oclusais irreversíveis, aliada a uma deficiente função mastigatória e fonética. Assim, a conduta clínica pode variar desde a manutenção do espaço presente – mantenedores de espaço, ou no caso de espaço perdido - recuperadores de espaço. Neste caso específico, a colocação do mantenedor de

espaço banda-alça evidenciou-se como uma terapêutica preventiva simples e de baixo custo, tendo como mais-valias a obtenção de uma oclusão estável, impedir a impactação dentária de dentes permanentes e servir como guia de erupção. Pretende-se, assim, uma diminuição da necessidade de tratamento ortodôntico corretivo por perda de espaço.⁶⁴

Descrição clínica: O paciente apresentou-se na consulta de Odontopediatria em Dezembro de 2013 por infeção recorrente sintomática com abscesso e fístula na região dos molares decíduos do 4º quadrante, dentes 84 e 85 (Imagem 30). Radiograficamente, identificaram-se lesões periapicais nos dentes supracitados, com afetação da zona da furca (Imagem 35). Após, o correto diagnóstico estabeleceu-se um plano de tratamento que compreendia a colocação de um mantenedor de espaço banda-alça no 4º quadrante e procedeu-se à extração do dente 84. Na consulta seguinte, 6 de Janeiro de 2014, realizaram-se as impressões em silicone de ambas as arcadas e consequentes, modelos de estudo/trabalho em gesso para confeção do aparelho (Imagem 31). E ainda se extraiu o dente 85. Após a cicatrização da zona de extrações, procedeu-se à colocação de mantenedor de espaço banda-alça com banda no dente 46 e alça apoiada no dente 83 (Imagem 32 e 33), cimentando o mesmo com ionómero de vidro Ketac-Cem® com controlo numa semana (Imagem 36). Controlos futuros visavam controlar a erupção dos dentes subjacentes, o 44 e 45. No seguimento do paciente, realizou-se uma restauração a compómero na face vestibular do dente 54 e 64 através do Programa “Cheque-Dentista”, progredindo assim para uma cavidade oral sã. No mês de Setembro, durante um dos seis controlos realizados, verificou-se através das radiografias a necessidade de extração dos dentes 74 e 75 (Imagem 37), com a execução das mesmas. Nos controlos sinalizados a cada 3 meses, observava-se o atraso da erupção do dente 45 e a erupção do dente 44 numa posição mais distal do que esperado.

No início do 2º semestre, o paciente não compareceu ao controlo, tendo apenas se efetuado no dia 21 de Abril. Nesta consulta, a erupção de ambos os dentes encontrava-se ainda atrasada, revisando-se o plano de tratamento e o espaçamento entre consultas (Imagem 38). Assim, no dia 26 de Maio optou-se por uma ulectomia, isto é, uma pequena incisão na região que recobre os dentes não erupcionados, no sentido de acelerar a erupção após a remoção do tecido fibroso.

Documentação fotográfica:



Imagem 30: Fotografia frontal do paciente



Imagem 31: Modelo de gesso para a execução da banda-alça



Imagem 32: Fotografia intraoral lateral do 1º quadrante



Imagem 33: Fotografia intraoral do mantenedor de espaço

Exames Complementares de Diagnóstico:

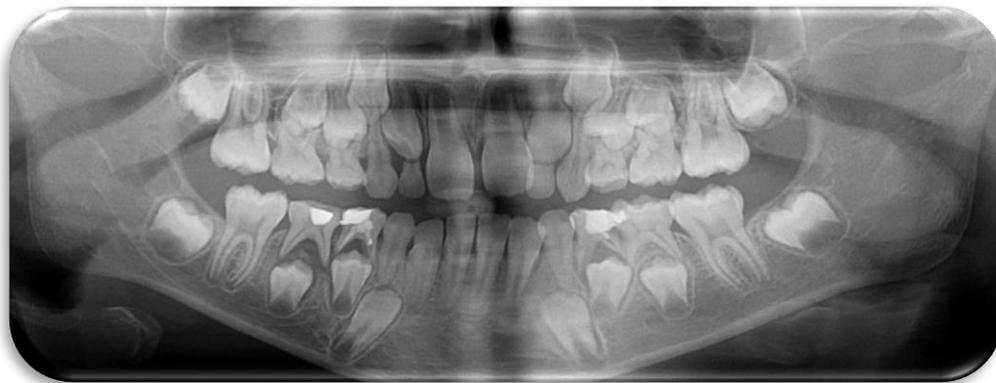


Imagem 34: Ortopantomografia do paciente com a data de 02/12/2013



Imagem 35: Raio-x inicial



Imagem 36: Raio-x adaptação da banda-alça



Imagem 37: Raio-x dos dentes 74 e 75



Imagem 38: Raio-x do último controle

Relativamente a este caso clínico, o poster científico intitulado “Perda precoce de molares decíduos: a propósito de um caso clínico” foi apresentado no Congresso Nacional de Estudantes de 2015 no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, estando o mesmo em anexo (Poster 1).

6.2. Publicação científica II

No decorrer da área disciplinar de Periodontologia perante as diversas patologias presentes, ocorreu a oportunidade de diagnóstico e controlo de um caso clínico de Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda (PUNA).

Número de Processo: 24147

Nome: F. M. R. L. R. L.

Sexo: Masculino

Idade: 47 anos

Enquadramento teórico: A PUNA define-se como uma infeção gengival caracterizada por perda óssea interproximal, uma destruição periodontal rápida, necrose dos tecidos gengivais e sangramento espontâneo associado a dor. A sua peculiaridade perante outras doenças periodontais é a necrose substancial das papilas gengivais e a crescente perda do ligamento periodontal e osso alveolar.⁶⁷

Geralmente, esta patologia constata-se em crianças desnutridas, jovens adultos (18 a 30 anos) e indivíduos imunocomprometidos. Os fatores de risco major no aparecimento desta patologia compreendem pacientes fumadores, higiene oral insuficiente, desnutrição, stress psicológico e/ou emocional, pacientes imunocomprometidos, como HIV-positivos e indivíduos com múltiplos ou singulares episódios anteriores de gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA).⁶⁷ Tendo em conta os fatores de risco considera-se importante excluir a possibilidade de comprometimento imunitário, tendo em conta estudos em populações imunocomprometidas mostraram prevalências desta patologia entre 1 e 23%.⁶⁸ Estas populações foram relatadas pela primeira vez nos EUA em 1981, num grupo de jovens homossexuais que desenvolveram infeções oportunistas, sendo detetadas em doentes imunocomprometidos. Portanto, surgiu o conceito HIV caracterizado por um complexo de sintomas e infeções causadas pelo vírus HIV que afeta o sistema imunológico.⁶⁸ No decorrer desta patologia existe a exacerbação de diversos sinais, tais como, periodontite localizada ou generalizada, necrose dos tecidos gengivais,

perda do ligamento periodontal e do osso alveolar, região eritematosa linear, mucosa sangrante quer por manuseamento ou espontâneo, hálito fétido, perda de inserção periodontal profunda, linfadenopatia, febre e mal-estar e uma dor intensa e súbita como sintoma.

O diagnóstico clínico da PUNA baseia-se num exame clínico, com realização de exames complementares, eliminando a possibilidade de doenças sistémicas, imunodeficiências ou patologias de diagnóstico diferencial como a leucemia, gengivite descamativa e estomatite necrosante. Como suporte ao diagnóstico final, a realização de um exame bacteriológico vai apresentar micro-organismos como: *P. intermedia*, *Porphyromona gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e *Campylobacter rectus*.⁶⁷

Existe um prognóstico favorável se o paciente cooperar com o plano de tratamento estabelecido, que usualmente, depende de um tratamento precoce e sustentado em desbridamentos, bochechos de clorhexidina e terapêutica medicamentosa. Os controlos sazonais são obrigatórios para diminuição das consequências desta patologia. Em suma, a *compliance* do paciente evidenciará uma maior ou menor perda da função estomatognática.⁶⁸

Descrição clínica: Paciente apresentava sintomatologia dolorosa na zona do 5º sextante, referindo que tinha frequentemente halitose, linfadenopatias e ulceração da mucosa e crateras na zona papilar, em períodos sazonais, como o Outono (Imagem 39, 40 e 41). Ainda referiu, um episódio de amigdalite na semana anterior à consulta com toma de antibiótico, o que pode justificar a fase refratária da doença com manifestações mais ligeiras no momento da consulta. Baseado numa história clínica detalhada, incluindo hábitos nutricionais e de saúde, num exame clínico pautado presença de papilas invertidas e perda de *attachment* e radiograficamente a presença de perda óssea evidenciada na zona dos incisivos e na zona dos molares (Imagem 46). Determinou-se que o diagnóstico mais provável seria uma Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda, contudo requereu-se análises clínicas com despiste para doenças infetocontagiosas. Iniciando-se o tratamento por um desbridamento suave, destararização com consequentes instruções de higiene oral e bochechos de clorhexidina.

Numa segunda consulta, as análises confirmavam a suspeita de infeção pelo vírus HIV, contudo observou-se a estabilização da doença, podendo esta ser caracterizada como uma Periodontite Crónica Avançada (PCA). De forma, a pautar a

saúde oral efetuou-se uma Raspagem e Alisamento Radicular (RAR) que permitiu a remoção dos cálculos unidos na continuidade do cimento radicular, além das camadas de cimento alteradas com a finalidade de permitir uma superfície radicular lisa. A terapia de suporte periodontal compreende controlos segmentados de 3 em 3 meses permitindo um bom prognóstico (Imagens 42, 43 e 44).

Documentação fotográfica:



Imagem 39, 40 e 41: Fotografias intraorais lateral direita, frontal e lateral esquerda, respetivamente



Imagem 42, 43 e 44: Fotografias intraorais lateral direita, frontal e lateral esquerda relativo ao controlo

Exames Complementares de Diagnóstico:

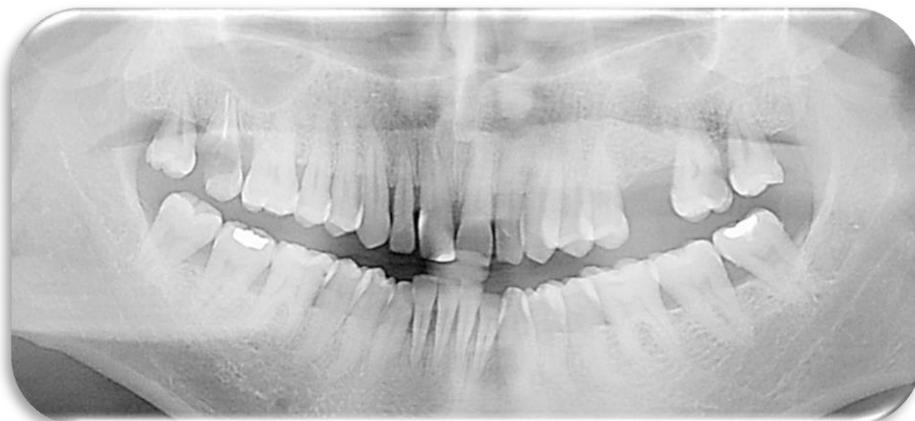


Imagem 45: Ortopantomografia do paciente com data de 04/12/2012



Imagem 46: Status radiográfico do paciente

Relativamente a este caso clínico, o poster científico intitulado “Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda: a propósito de um caso clínico” foi apresentado no Congresso Nacional de Estudantes de 2015 no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, estando o mesmo em anexo (Poster 2).

6.3. Publicação científica III

No decorrer do segundo semestre deste 5º ano o autor decidiu realizar um projeto que evidenciava uma patologia crescente com evidência clínica na UCP, as Disfunções Temporomandibulares (DTMs) em crianças e jovens. Portanto, considerando a caracterização de crianças e jovens até aos 18 anos, obteve-se uma amostra de 6 pacientes na qual se realizou diagnósticos e planos de tratamento.

Série de casos clínicos:

Sexo: Masculino e Feminino

Idade: 8, 9, 13, 14, 16 18, 18 anos

Enquadramento teórico: A articulação temporomandibular (ATM) é a zona onde a mandíbula se articula com o crânio. Considerada uma articulação do tipo sinovial que se interrelaciona cinesiologicamente e anatomicamente com as articulações adjacentes e a coluna cervical.⁶⁹ Fazendo parte do sistema estomatognático, a sua função e estabilidade regem a mastigação, deglutição e fonação, envolvendo a postura mandibular. Alterações da sua fisiologia, desencadeiam um conjunto de condições articulares e musculares deficitárias na região crânio-orofacial, sendo designadas de disfunções temporomandibulares.

As disfunções ou desordens temporomandibulares (DTM) caracterizam-se por uma patologia dolorosa na região pré-auricular, na ATM ou nos músculos mastigatórios por limitação dos movimentos mandibulares e pela presença de ruídos

durante a função de abertura mandibular.⁶⁹ Estas disfunções integram um conjunto de sintomas e sinais clínicos abrangentes, estando envolvidos desde a ATM, aos músculos mastigadores e as estruturas associadas.²⁶

Em relação aos fatores de risco existem três tipos de origem para os estalidos: fatores predisponentes, fatores iniciadores e fatores perpetuadores.⁷⁰ Porquanto, os fatores de risco predominantes são a hereditariedade, trauma, oclusão inadequada, hábitos parafuncionais, stress, ansiedade, instabilidade muscular, desequilíbrios posturais que podem ser acontecimentos remetidos para a infância.²⁶

A etiologia da DTM tem sido uma questão controversa devido á limitação do conhecimento dos seus fatores etiológicos e a sua correlação com a história clínica do paciente.⁷¹ Dessa forma subentende-se a etiologia de caráter multifatorial que desencadeia diversos sinais e sintomas. Ao nível dos sinais mais comuns estão as dores musculares e articulares (região da ATM), limitação funcional e desvio na trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e fecho da mandíbula. Ao nível da sintomatologia, as cefaleias são o sintoma mais comuns, podendo igualmente ocorrer dores no pescoço, na nuca ou otalgias. Variados estudos demonstram cefaleias recorrentes em 70% a 80% dos pacientes portadores desta disfunção.⁷²

No sentido de proceder à avaliação da DTM existem instrumentos de trabalho como os questionários médicos, exames clínicos, exames radiográficos, tomográficos ou ressonâncias magnéticas.⁷³

Geralmente, a terapêutica adotada é diversificada mas ainda reside num tratamento conservador, como a fisioterapia, goteiras de relaxamento, medicação anti-inflamatória, entre outros.

Diversos estudos indicam uma prevalência de sinais e sintomas nas disfunções temporomandibulares em crianças e jovens de 35 a 72%. Sendo assim importante o estudo desta patologia crescente que pode estar associada com problemas de crescimento e desenvolvimento.

Devido ao aumento da prevalência da patologia em estudo, depreende-se a inclusão da sua pesquisa no exame clínico de rotina numa consulta de Medicina Dentária.⁷² Contudo, pesquisas recentes evidenciam que os estalidos da ATM são uma condição benigna que na ausência de outros sinais e sintomas não evolui para uma disfunção de caráter mais grave, mesmo a longo prazo.⁷⁰

Em suma, a prevalência de DTM em crianças e adolescentes varia extensivamente na literatura, abordando-se a necessidade de metodologias

padronizadas para a deteção de DTM nestas populações, o que permitiria avistar medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes.⁷³ Assim, o diagnóstico precoce das disfunções temporomandibulares em jovens permitem evitar morbidades na fase adulta.

Descrição clínica: Amostra constituída por 6 pacientes entre os 8-18 anos, com uma média de idades de 13 anos, de ambos os sexos, apresentaram-se na área de Oclusão durante o decorrer do ano letivo. Os pacientes exibiam diversos sinais clínicos e sintomas desde estalidos, a cefaleias, facetas de desgaste, limitações nos movimentos mandibulares e/ou dor. Ainda que sinais e sintomas como estalidos e cefaleias apresentassem maior prevalência, um dos jovens, estava dependente de analgésicos diários para conseguir realizar as atividades do quotidiano. Foram submetidos a uma anamnese detalhada, exame clínico e exames complementares, não sendo possível realizar artrografias. Assim, a terapêutica inicial aplicada compreendeu exercícios de fisioterapia diários e restrições de alguns fatores propícios a causar dor. Numa nova avaliação observou-se que havia apenas uma significativa melhoria, portanto depreendeu-se a escolha de goteiras de relaxamento muscular. Neste momento realizam-se controlos periódicos em que nos casos clínicos com menor sintomatologia inicial, já existe remissão dos sintomas.

Relativamente a esta série de casos clínicos, o poster científico foi apresentado na XXIV Reunião Anual de Medicina Dentária e Estomatologia de Coimbra, estando o mesmo em anexo (Poster 3).

6.4. Publicação Científica IV

No decorrer da área disciplinar de Medicina oral perante as diversas patologias existentes na cavidade oral, ocorreu a oportunidade de diagnóstico, tratamento e controlo de um caso de Epúlide fissurada.

Número de Processo: 23872

Nome: M. F. G. A.

Sexo: Feminino

Idade: 58 anos

Enquadramento teórico: Na atualidade, aliada ao aumento da esperança média de vida ocorre o elevar do número de idosos ou adultos edêntulos com necessidade de reabilitação protética parcial ou total. Apesar da vasta utilização de próteses

removíveis por esta população, a mesma acarreta certas complicações, como descoloração dos materiais, fratura das estruturas envolvidas na prótese (base, ganchos ou dentes) e lesões como a estomatite protética, ulcerações e a epúlide fissurada.⁷⁴

A Epúlide fissurada ou também denominada de hiperplasia fibrosa inflamatória induzida por prótese é descrita como um aumento de tecido conjuntivo fibroso causado por um traumatismo geralmente associado a próteses removíveis mal adaptadas. A nível clínico evidencia-se por uma prega única ou múltiplas de tecido hiperplásico na região traumatizada ou estendendo-se a todo o rebordo, caracterizando-se por uma massa firme, fibrosa, eritematosa e usualmente ulcerada.⁷⁵

Normalmente acomete o rebordo alveolar como a mucosa da face vestibular, podendo igualmente ocorrer na face palatina ou lingual, com maior afetação na região anterior. Define-se como uma patologia mais comum nos adultos ou na 3ª geração, com predileção pelo sexo feminino, tendo uma distribuição uniforme pela maxila e mandíbula.^{74,75}

Relativamente ao diagnóstico, este só será conclusivo após um exame histopatológico da amostra obtida a partir da biópsia da lesão. No entanto, as características clínicas da lesão, a sua extensão e uma localização compatível com um bordo da prótese estendido poderá ser elucidativo do tipo de lesão.⁷⁶

Os tratamentos disponíveis nesta patologia consistem na remoção dos fatores etiológicos com remissão espontânea da lesão, quando a lesão não tem remissão durante um mês considera-se a resseção cirúrgica (biópsia excisional) com posterior exame histológico do tecido excisionado ou cirurgia com laser designado como um procedimento rápido e seguro. Posteriormente ao tratamento, é imperativo uma avaliação protética da prótese mal adaptada no sentido de prevenir a recidiva da lesão.^{74,75}

Descrição clínica: Paciente com histórico de esgotamento nervoso, síndrome de túnel cárpico e hipertensão, medicada com antidepressivos e anti hipertensor e portadora de prótese total superior com 1 ano e prótese esquelética parcial inferior, ambas realizadas na Clínica Universitária. Consultada em Medicina oral por indicação de colega após observação de lesão no vestíbulo superior esquerdo lateral ao freio labial. Ao exame clínico, lesão hiperplásica, móvel, dureza muco-elástica, bilobulada, bordos regulares e coloração similar à mucosa circundante, assintomática e tempo de evolução de 4 meses. Diagnóstico compatível com epúlide fissurada por trauma de

prótese. Realizou-se ajuste dos bordos estendidos da mesma com reavaliação após 1 mês e não ocorreu remissão da lesão devido ao caráter fibroso, estando indicado a ressecção cirúrgica. Procedeu-se assim à remissão da lesão e ajuste da prótese na região da lesão sem comprometimento da estabilidade e retenção da mesma, com um controlo após 1 semana e 1 mês.

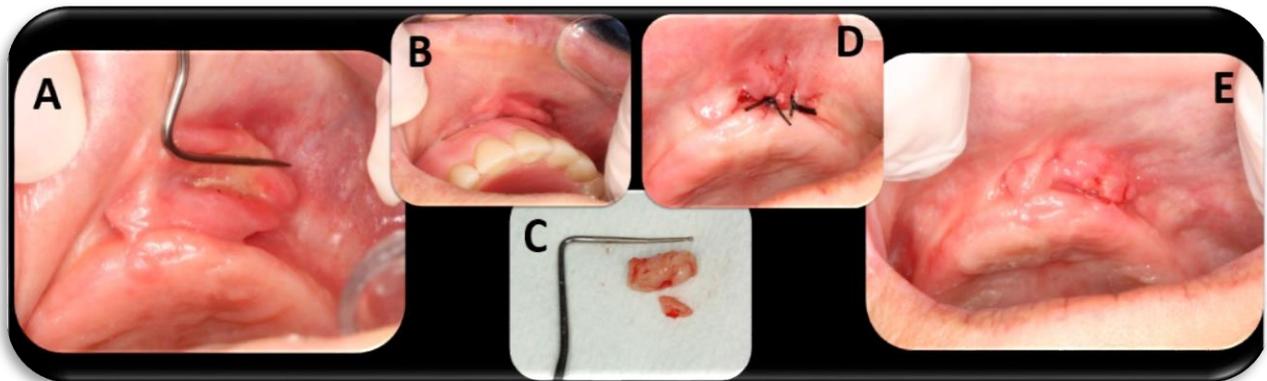


Imagem 47: Apresentação fotográfica da lesão inicial (A), a prótese (etiologia) – B, o tratamento (D) e controlo pós-operatório (E)

Relativamente ao caso clínico, o poster científico foi apresentado nas X Jornadas da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, estando o mesmo em anexo (Poster 4).

7. Discussão

Tendo como base a análise dos resultados, conclui-se que na distribuição etária dos pacientes, temos um maior número de pacientes na faixa dos 30 aos 39 e dos 50 aos 59 anos, estando estes intervalos de idade compreendidos na idade ativa da população portuguesa e portanto, com maior possibilidade económica. Relativamente à variável sexo, a percentagem do sexo feminino é predominante, 51%, não sendo esta uma diferença significativa. Na caracterização da amostra segundo as habilitações literárias, o ensino básico tem uma maior prevalência, devido à população da clínica se localizar nos arredores do distrito de Viseu com menores possibilidades de educação e números vastos de emigrações em idades jovens, e os 3 pacientes que apresentavam grau de analfabetismo, 1 era pela idade avançada e 2 por serem portadores de deficiência mental. Na questão de hábitos tabágicos, apenas 37% dos pacientes possuem o hábito, possivelmente devido à média de idade dos pacientes ser na casa dos 44.8 anos. A partir dos dados apresentados, depreende-se que a maioria dos pacientes atendidos na clínica universitária pertence a um nível socioeconómico baixo ou médio-baixo pelos preços das consultas serem mais acessíveis.

Segundo o bastonário da OMD, *“embora muito mais informados sobre a importância da saúde oral, os portugueses continuam a adiar a ida às consultas de medicina dentária, não prevenindo e retardando tratamentos o que aumenta os riscos de doenças mais graves. A prevenção e o tratamento precoce é feito por uma pequena minoria da população portuguesa e na saúde oral, como em todas as doenças, o tratamento tardio é mais caro e demorado”*.⁷⁷ Baseado em critérios do barómetro da saúde oral, os pacientes aquando questionados sobre a relevância atribuída à saúde oral, metade da amostra considerou relevante a manutenção dos dentes naturais, um sorriso bonito e a saúde oral como parte integrante da saúde geral.

Desta forma, na caracterização clínica dos pacientes, as dificuldades verificaram-se em encontrar histórias clínicas bem preenchidas e/ou atualizadas e dados precisos sobre as patologias, medicações e tratamentos já realizados. Portanto, na análise das fichas de avaliação de risco, o nível I, abarca o maior número de pacientes, em que a maioria se encontra nas faixas etárias mais baixas e o nível IV e V não apresentaram valores, dado que a sua condição de saúde é impreterivelmente condicionante aos tratamentos dentários. Com base na história clínica atualizada, as patologias com maior frequência são as dislipidémias, seguidas da hipertensão arterial e depressões e patologias gástricas, sendo as mesmas

representativas da população portuguesa. Segundo a literatura, Portugal é dos países da Europa com maiores níveis de tensão arterial⁷⁸ e a hipercolesterolemia apresenta-se como um problema prevalente entre a população com prevalências superiores à hipertensão.⁷⁹ Relativamente à terapêutica medicamentosa, esta confirma os dados anteriores, pois a maioria dos pacientes efetua hipocolesterolemiantes e anti-hipertensores. Em terceiro lugar destacam-se a pílula contracetiva e os antidepressivos, devido à grande percentagem de pacientes do sexo feminino. Segundo estatísticas recentes, 94% das mulheres portuguesas efetua um método contracetivo, justificando o destaque da pílula contracetiva.⁷⁷ Em suma, a população portuguesa possui uma grande prevalência de patologias cardiovasculares em associação com colesterol elevado, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral, que ainda estão associados á crescente utilização de antiácidos e ulcerosos. Por outro lado, já se denota a corrente prescrição de antidepressivos e ansiolíticos, devido às grandes mudanças sociopolíticas dos últimos anos com repercussões na vida de muitas famílias portuguesas, como por exemplo o crescente desemprego. Porquanto, os dados referentes a toda a história do paciente, devem ser introduzidos e atualizados continuamente, permitindo planos de tratamento singulares e alertas do nível de risco nas consultas sem complicações desnecessárias.

O Barómetro de Saúde Oral revela que *“70% dos portugueses têm falta de dentes naturais e 20% tem falta de mais de 10 dentes naturais, o que é uma percentagem muito elevada na Europa Ocidental”*.⁷⁷ Na amostra clínica, 74% têm ausência de alguns dentes naturais e apenas 21% apresentam a dentição completa, estando em concordância com o último barómetro.

Nos hábitos de higiene oral, um maior número de pacientes (44 pacientes) realiza duas escovagens diárias e apenas 11 pacientes escovam as três vezes recomendadas pelos médicos dentistas. Porém, na amostra apenas 5 pacientes não realizam qualquer escovagem, justificadas pela incapacidade física ou ausência de dentes naturais. Por outro lado, o barómetro da OMD indica que 73,4% dos pacientes que escovam os dentes, fazem-no mais de duas vezes por dia, não tendo concordância com os dados apresentados. No que concerne ao hábito de uso do fio dentário, 57% dos pacientes não usa e alguns nem conheciam, estando abrangido pelo barómetro que refere que 76,2% não usa fio dentário.⁷⁷

Na análise do motivo das consultas realizadas ao longo do ano letivo, o motivo mais prevalente é a reabilitação protética e controlos, atribuído ao amplo número de

consultas das áreas protéticas, seguidas da dor dentária e cárie e apenas 3% de urgências, dado que apesar de recorrentes são divididas pelos inúmeros binómios da clínica conforme a disponibilidade.

Através da observação das inferências realizadas, é possível verificar que os pacientes que não apresentam relevância para com a saúde oral continuam um menor número de dentes naturais na cavidade oral, na amostra até um máximo de 14 dentes e os pacientes com relevância ou muita relevância perante a sua saúde oral apresentavam um maior número de dentes, possivelmente pelo maior número de cuidados nos hábitos de higiene oral. Ainda numa avaliação pelo número de dentes presentes relacionados com a doença periodontal do paciente, os resultados demonstram uma perda dentária crescente com a gravidade da periodontite. A periodontite agressiva e a PUNA deveriam manifestar uma maior perda dentária, contudo apenas 2 pacientes não são representativos. Na literatura não existe uma relação direta comprovada, todavia como as periodontites são infeções com perda do periodonto de forma irreversível, nos estádios mais avançados pode resultar em mobilidade periodontal e consequente perda dentária.⁸⁰ Relativamente aos procedimentos dentários mais complexos, os pacientes que exprimem maior relevância perante a saúde oral demonstram maior *compliance* aos tratamentos complexos como cirurgias diferenciadas e na decorrência, os pacientes transmitem menor importância aos tratamentos dentários e portanto à saúde oral como um todo. Além disso, o barómetro exhibe que os portugueses de uma classe social inferior e com idades mais avançadas representam a percentagem que num futuro próximo não realizaram qualquer tratamento dentário.⁷⁷ Como última relação de dados, constatou-se que um maior hábito de higiene oral, tal como 2 ou 3 escovagens diárias influenciavam a manutenção de dentes naturais na dentição, isto é, um maior número de dentes na cavidade oral do paciente. Dessa maneira, a última estatística da OMD exhibe uma correlação significativa entre o não escovar habitualmente os dentes e não possuir dentes naturais, dado que 25% dos indivíduos desdentados não escovam habitualmente os dentes.⁷⁷

A caracterização da atividade clínica revela-se mais desenvolvida na área da Prótese Removível (22%), seguindo-se a Dentisteria Operatória (19%) e a Periodontologia (11%). Na área da Prótese Removível, um elevado número de consultas, ou seja atos, não se traduzem em reabilitações protéticas efetivas, dado que para a realização de uma prótese são pelo menos necessárias 5 consultas e os

respetivos controlos. Por outro lado, na Dentisteria, devido à afluência de pacientes a esta área por ser a doença mais prevalente na medicina dentária, a cárie dentária, o número de atos é sempre mais elevado com tratamentos díspares. Relativamente à Periodontologia, como é uma área enquadrada no início dos tratamentos dentários, a famosa “limpeza aos dentes”, apresenta-se com diversos atos, desde os diagnósticos até à terapia de suporte das patologias periodontais.

No seguimento da exploração da atividade clínica, executou-se a caracterização individual por área disciplinar. Sendo assim, na Dentisteria a realização de 18 atos como operador, permitiu efetivar 23% de restaurações a compósito mais 20% de estéticas com os respetivos compósitos, e apenas 3% de restaurações com amálgama ou IRM®, alcançando uma maior experiência no manusear dos novos materiais como compósitos, quer ligada à estética, quer na realização de diferentes cavidades e/ou na re-anatomização dentária. Na área da Endodontia, os atos correspondem apenas ao número de dentes endodenciados, pois cada tratamento realiza-se em várias consultas, dependendo da dificuldade do dente, da disponibilidade do paciente, entre outros fatores intrínsecos à consulta. Assim, o autor apenas realizou tratamentos em 3 dentes, e apenas 1 delas se efetivou num multicanalar. Porém, teve a oportunidade de realizar um retratamento endodôntico. Assim, o número baixo de atividade pauta-se por ser um tratamento nem sempre aceite pelo paciente, um último recurso na manutenção da peça dentária e ao reduzido número de pacientes na clínica. Ainda nas áreas restauradoras, na Odontopediatria o autor desempenhou 8 atos clínicos ao longo do ano letivo, sendo um valor bem superior à média de 2 atos por aluno durante o mesmo período. Dado ser uma área que aporta poucos pacientes, em parte devido ao horário estabelecido que coincide com o horário escolar, foi possível a diversidade de atividade desempenhada, pois o binómio acompanha um caso clínico específico, exposto como atividade científica 1, desde o ano 2013, permitindo realizar diversos controlos e implementar procedimentos pouco comuns na prática clínica universitária. Refere-se ainda que o autor teve a oportunidade de consultar uma criança com apenas 5 anos pouco colaborante complementando a formação.

Nas áreas médico-dentárias cirúrgicas, a Cirurgia oral correspondeu a 8 atos, sendo que 4 foram exodontias simples, 2 exodontias com odontosecção e osteotomia e 2 cirurgias diferenciadas, uma delas a exodontia de um siso inferior incluso e um autotransplante no 2º quadrante. Os motivos das extrações dentárias foram variados,

predominando a impossibilidade de restauração/fratura dentária. No decorrer de cada ato cirúrgico não é apenas extraído uma peça dentária, mas sim as estabelecidas no plano de tratamento e dependendo da sua localização. Deste modo, a atividade diferenciada vivenciada nesta área permite ao autor maiores conhecimentos teórico-práticos, a oportunidade de realizar ou assistir a procedimentos mais complexos e o alinhar de novas técnicas. Relativamente à Periodontologia, esta área apresentou 11 atos realizados pelo autor, dado que é essencial a manutenção da terapia periodontal de suporte após o diagnóstico periodontal, no intuito de prevenir a perda das peças dentárias. Desta forma, foi possível efetivar 8 destartarizações, 2 RAR e 1 cirurgia periodontal que consistiu num alongamento coronário integrado no caso clínico 1. Apesar desta área ser considerada pelos pacientes como minimalista, no sentido de simples limpezas dentárias, a verdade é que a literatura cada vez mais evidencia que as periodontites estão relacionadas com diversas patologias sistémicas, desde diabetes mellitus, lúpus, anemias, entre outras.⁸¹ Apresentando ainda forte relação com a perda dentária precoce. Em suma, o autor teve a oportunidade de diagnosticar uma PUNA e uma Periodontite Agressiva, sendo estas patologias mais raras com especificidades no seu plano de tratamento. Por último, em Medicina oral o autor cumpriu 7 atos clínicos, em que 5 delas foram primeiras consultas, com uma avaliação clínica, exame clínico completo e subsequente plano de tratamento singular. O autor teve ainda a possibilidade de realizar diagnóstico e a excisão de uma lesão de epúlide fissurada, permitindo alargar os seus horizontes.

Nas áreas da reabilitação da função oral, a Prótese Removível, como já referido, é a maior fatia da atividade clínica com um total de 41 atos, integrando 2 reabilitações totais (prótese superior e inferior), 3 reabilitações parciais (2 próteses acrílicas superiores e 1 acrílica inferior) e diversos controlos. A aprendizagem do autor revelou-se assim deficitária na realização de próteses esqueléticas, pois não ocorreu a possibilidade do mesmo. Contudo, a realização de uma reabilitação protética completa revelou-se um desafio interessante. Em contraste, a área da Prótese fixa como apresenta orçamentos de reabilitação bem mais dispendiosos existe um número reduzido de pacientes, em que muitos binómios não realizam qualquer coroa ou ponte, tal como o binómio 97. Dessa forma, o autor operou em 9 atos desde consultas de avaliação, controlos de pontes e coroas unitárias e urgências. Apesar das consultas de avaliação efetuadas por motivos económicos não se prosseguiu com o plano de tratamento. Por último, nas áreas de Oclusão e Ortodontia ocorreu a menor atividade

clínica. No caso de Oclusão, o autor apenas desempenhou 2 consultas de avaliação e um controlo de uma goteira, sendo que efetuou duas consultas de Prótese Removível por questão de comodidade para o paciente. No que concerne à Ortodontia, não se avançou para a realização de nenhum aparelho removível, todavia efetuou-se uma consulta de avaliação de um caso clínico de uma criança de 10 anos com mordida cruzada com respetivo diagnóstico e plano de tratamento. Ainda assim, o binómio teve a hipótese de acompanhar um caso clínico de uma Placa de *Hawley* numa menina de 11 anos com o propósito de descruzar a mordida posterior unilateral. Porquanto, o autor ainda conseguiu reunir alguns conhecimentos nesta área, podendo num futuro progredir na mesma.

Abordando os casos clínicos diferenciados, no tratamento multidisciplinar do pré-molar do jovem de 15 anos, a preservação deste dente na cavidade oral devido à tenra idade era fulcral. A possibilidade de uma coroa unitária em cerâmica ou metalocerâmica, após avaliação em protodontia fixa, apesar de se encontrar todos os parâmetros positivos, como o paciente se encontra ainda em crescimento exponenciava a probabilidade de recessões gengivais e infiltrações marginais.⁴⁹ Desta maneira, como se caracterizava como uma restauração extensa num dente posterior, uma solução de tratamento compreendia uma restauração indireta de resina composta com envolvimento de cúspides que possui diversas vantagens face às diretas.⁵⁷ O follow-up de restaurações indiretas comprovam a eficiência das mesmas, demonstrando uma muito boa longevidade clínica, boa adaptação marginal e baixa incidência de lesões de cárie secundária.⁵⁷ Assim, devido à fragilidade da estrutura remanescente dentária a opção com resultados mais satisfatórios quer a nível estético e funcional seria a reabilitação com uma coroa unitária cerâmica na área da Prótese Fixa, contudo não se reuniam as condições necessárias ao mesmo, possibilitando apenas a resolução temporária do problema. Em relação ao alongamento coronário, como se realizou uma cuidada avaliação dos tecidos, não ocorreu invasão do espaço biológico o que permitiu observar no controlo que o paciente não demonstrava suscetibilidade para recessões gengivais ou perda óssea. Contudo, só um controlo de 6 a 9 meses poderá evidenciar estética e saúde periodontal da zona do procedimento.⁵⁵

Relativamente ao caso clínico 2, o ideal seria que qualquer paciente atingisse a terceira idade com as peças dentárias presentes na cavidade oral, contudo devido a diversos fatores, desde hábitos de higiene oral insuficientes, predisposições

genéticas, hábitos alimentares, entre outros. Em suma, a reabilitação protética adquire elevada importância, pois restabelece as funções estomatognáticas.⁵⁸ Neste caso, existiu um conjunto de fatores que conduziram ao insucesso das primeiras próteses totais bimaxilares, desde a inadaptação do paciente à alteração da classe dentária (classe III passou a classe I), perda de dentes precoce (musculatura desadaptada), ausência de experiência no uso de próteses, idade avançada e falta de esforço por parte do paciente (não realizou o período de habituação). Após a alteração da classe molar das referidas próteses, ocorreu uma significativa melhoria, todavia o paciente continua sem ser colaborante com o tratamento (usar diariamente a prótese), pois a alteração protética que pretende não é possível efetuar.

De acordo com o Barómetro Nacional de Saúde Oral, 18% dos portugueses já se sentiram envergonhados pela aparência dentária. Porquanto, a importância do sorriso é muito valorizado pela população, em que 92% dos portugueses concordam que um sorriso bonito é uma mais-valia.⁷⁷ Sendo o caso clínico 3 uma reflexão desta preocupação estética que é o sorriso. Apesar deste ter sido o motivo inicial do paciente para procurar o médico dentista, o mesmo não deveria ser realizado aquando de um tratamento subjacente, o tratamento endodôntico, estar mal efetuado e já com lesão periapical. Após dar a conhecer ao paciente o plano de tratamento, este compreendeu a realização de dois retratamentos endodônticos e só depois, a substituição das restaurações infiltradas dos dentes 11 e 21. As restaurações existentes também se apresentavam infiltradas pelo hábito tabágico excessivo do paciente, 20 cigarros por dia, conseqüentemente a fraturas do compósito por mau planeamento do caso. Isto é, o paciente apresentava compósito em excesso por palatino, apesar do *overjet* e *overbite* além da norma. Desta maneira, a realização de facetas em compósito neste caso não compreendia o tratamento ideal, dado que a reabilitação com coroas cerâmicas seria o indicado quer pela idade jovem do paciente, quer pela extensa perda de estrutura dentária. Porém, motivos económicos se impuseram tentando o autor aplicar as ferramentas ao seu dispor no sucesso do caso.

A atividade científica caracterizou-se por decisões clínicas em casos mais comuns do quotidiano da profissão que permitiram enriquecer o conhecimento teórico e a prática clínica do autor.

8. Conclusão

A execução deste relatório de atividade clínica permitiu uma exposição gráfica e análise de toda a formação clínica e científica realizada ao longo do último ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária.

Transversalmente aos objetivos pontificados, este projeto foi ao encontro do enriquecimento profissional e pessoal que contemplavam a interpretação e aplicação de decisões clínicas baseadas na evidência e na aprendizagem pré-graduada, fomentação de conhecimentos através da prática clínica e valorização de experiências em casos clínicos diferenciados.

Portanto, a formação pré-graduada permitiu desenvolver uma panóplia de conhecimentos e aptidões necessárias ao futuro exercício da profissão, desde normas e condutas clínicas, aprofundamento dos fundamentos teóricos, diagnóstico de situações emergentes e resolução das mesmas, planos de tratamento individualizados, realização de tratamentos de excelência e noções éticas em prol do bem-estar do paciente.

Em suma, advém desta formação continuada, sentidos de profissionalismo, responsabilidade, humildade, reflexão, proatividade, autonomia e honestidade que irão permitir encarar o mercado de trabalho como um início de grandes desafios e conseqüentemente, grandes conquistas.

Como futura médica dentista estou consciencializada que a Medicina Dentária, uma das áreas das Ciências da Saúde, declara-se em evidente evolução ao longo dos tempos, caracterizando-se pela sua constante mutação que exige uma demanda pela formação contínua e especializada no intuito de impulsionar as competências adquiridas.

9. Referências Bibliográficas

1. Terry Wilwerding D.D.S., M.S. History of dentistry [Internet]. 2001. Available from: <http://www.freeinfosociety.com/media/pdf/4551.pdf>
2. Fiolhais Carlos. Sobre o início da cirurgia no mundo e em Portugal. Rev. Port. Cir. 2014 Jun; (29): 53-64.
3. Ferreira, M. A., et al.; "Ansiedade e Fobia Dentária – Avaliação Psicométrica num Estudo Transversal." Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2008. 49(2): 77-86.
4. Souto, T. "Níveis de confiança na prática clínica nos alunos do 5º ano das Faculdades de Medicina Dentária em Portugal." Grau de Mestrado [Tese]. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina Dentária. 2014
5. Honey J, Lynch CD, Burke FM, Gilmour a SM. Ready for practice? A study of confidence levels of final year dental students at Cardiff University and University College Cork. Eur J Dent Educ. 2011 May;15(2):98–103.
6. Relatório Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde; 2002; 1ª edição
7. Bizarra, M. F. and S. R. Graça. O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da FMD-UL. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2010; 51(2): 69-74.
8. U.S.Department of Health and Human Service. Oral Health in America: Report of the Surgeon General. Rockville (MD): National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2000.
9. Vargas CM, Arevalo O. How dental care can preserve and improve oral health. Dent Clin N Am 2009; 53:399-420.
10. Almeida R., Lima C., Faria I., Santos P., Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. Rev Port Clin Geral. 2006;22:12.
11. Barros, C. G., Ana; Pinto, Elisabete. Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: O que mudou em 7 anos?. Arquivos de Medicina. 2013;27[6]:242-247
12. Areias C et al. Saúde oral em Pediatria. Acta Pediatr Port. 2008;39(4):163-70
13. Silva, J. B. O. R. Cárie dentária: uma doença transmissível e reversível. Pediatria (São Paulo). 2009;31(1):26-33
14. Alves, TDB; Montadon, EM. Cárie de mamadeira: prevenção e tratamento. Rev Baiana Enferm. 1999;12(1):80-9.
15. Programa de saúde oral ao longo do ciclo de vida – Circular Normativa. Acta Pediatr Port 2005; 36 nº1.
16. Narendra Nath Singh et al. Exploring Trends in Forensic Odontology. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014 Dec, Vol-8(12): ZC28-ZC30.
17. Nedel F, Nedel AP, Silva RHA, Lund RG. Evaluation of identification cases involving forensic dentistry in the city of Pelotas, RS, Brazil, 2004-2006. Braz J Oral Sci. 2009;8(1):55-58.
18. Couto, M. I. Importância Dos Registos Dentários Em Situações De Grandes Catástrofes. Grau de Mestrado [Tese]. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009
19. Almeida, C.V.S. Marcas de Mordida e a Identificação Humana. Grau de Mestrado [Tese]. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Medicina Dentária. 2012
20. Pretty, I.A. Forensic dentistry: 2. Bitemarks and bite injuries. Dent Update. 2008 Jan-Feb;35(1):48-50, 53-4, 57-8
21. Frade, Marta Santos. Estudo do comportamento no âmbito da radioprotecção de uma população trabalhadora na área da Medicina Dentária. Grau de Licenciatura [Tese]. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde. 2009

22. Burke, JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery*. 1961 Jul;50:161-8.
23. Resnik, Randolph R.; Misch, Carl. Prophylactic Antibiotic Regimens in Oral Implantology: Rationale and Protocol. *Implant Dentistry* Jun, 2008; 17(2): 142-150
24. Braz, M. V. Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento em Idosos Institucionalizados. Grau de Doutorado [Tese]. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina Dentária. 2011
25. Leite, Johnny A. F. Antibioterapia em Medicina Dentária. Grau de Mestre [Tese]. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. 2014
26. Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*. 2011; 40: 201-219.
27. Lima, A. S. C. Cuidados a ter na saúde oral em pacientes com necessidades especiais. Grau de Mestre [Tese]. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina Dentária. 2011.
28. Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. Pacientes Especiais. In: Guedes Pinto AS. *Odontopediatria*. 7th ed. Editora Santos; 2003. p. 895-931
29. Resende, V. L. S. C., Lia Silva ;Viegas ,Cláudia Marina de Sousa; Soares, Maria Alice. Fatores de Risco para a Cárie em Dentes Decíduos de Portadores de Necessidades Especiais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*; maio/ago 2007. v. 7, n. 2, p. 111-117.
30. Cardoso, Frederico C. P. Cuidados de Higiene Oral em Pacientes com Deficiência Mental. Grau de Mestre [Tese]. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. 2012
31. Fourniol filho, A. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Santos, 1998. 471p.
32. Moyers E R., *Handbook of Orthodontics*, 4th Ed, Year book medical publishers, inc. 1988.
33. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for paediatric and family practice residents. *Pediatr Dent* 2005; 27: 284-91.
34. Cosme P, Marques PF. Cáries Precoces de Infância - Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2005;46:109-116
35. Barros, L. and H. Buchanan. "Correspondence between dentist and child ratings of dental anxiety in Portugal: A preliminary study." *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*; 2011. 52(1): 13-15.
36. Santos MT, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopment treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence Int*; 2007. 38:681-687.
37. Côrte-Real, I. S., et al. "As doenças orais no idoso – Considerações gerais." *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*; 2011. 52(3): 175-180.
38. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008; 28:224–36.
39. Haas, N. A. T. A., Maria Urânia; Rocha, Valéria. O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. *RFO*. Set/dez 2009; v. 14, n. 3, p. 211-215.
40. Barros, Ivan Costa. A História Clínica. [Internet]. 2004. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf>
41. EXAME CLÍNICO [Internet]. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un1_ExameClinico.pdf
42. Fitz-Henry, Jo. Peri-operative care series. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 185–187

43. Esteves, H. Q., José Maria Suárez. *Optimização da anamnese em Medicina Dentária*. 2011. Cadernos de Saúde
44. Ingle J, Bakland L. *Ingle's Endodontics*. B.C. Decker., 5ª Edição; 2002
45. Avery, David R.; McDonald, Ralph E. *Odontopediatria*. Guanabara Koogan Editora. Rio de Janeiro. 2000. 7ª Edição
46. Peterson, Ellis E, Hupp JR, Tucker JR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Elsevier, 4ª Edição; 2005.
47. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. *Carranza's Clinical Periodontology*. Elsevier Health Science. 2011. 11ª Edição
48. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burkett's Oral Medicine*. BC Decker. 2008; 11ª Edição
49. Shillingburg H. *Fundamentos de Prótese Fixa*. Quintessence. 2007; 4ª Edição
50. Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. Artes Médicas. 2000; 4ª Edição
51. Canut Brusola, J. A. *Ortodoncia Clínica e Terapêutica*. Elsevier Masson. 2001; 2ª Edição
52. Rizzante et al. Abordagem multidisciplinar na restauração de um dente posterior extensamente destruído - relato de caso. *Caderno de odontologia clínica*. 2014. Pag 622-628
53. Rossetto Danilo Bailo, Fernandes Samuel Lucas, Cavenago Bruno Cavallini, Duarte Marco Antonio Hungaro, Ordinola-Zapata Ronald, Andrade Flaviana Bombarda de. Influence of the Method in Root Canal Filling Using Active Lateral Compaction Techniques. *Braz. Dent. J.* 2014; 25(4): 295-301.
54. Leonardi DP et al. Undergraduate Students Introduction to Manual and Rotary Root Canal Instrumentation. *Bulletin of Tokyo Dental College*. 2012; (53) No. 3 p.155-159
55. Bueno, L. Alargamiento coronario basado en la evidencia científica. *Periodoncia y Osteointegración* 2004; 14 (Nº 1) Fasc. 8:7-15
56. Rolo, Tony. *Cirurgia de aumento de coroa clínica*. [Internet]. 2013. Disponível em: <http://clinicadeesgueira.com/cmde-publicacoes-artigos>
57. Lago et al. Restaurações indiretas em resina composta – desmistificação da técnica. *Int J Dent, Recife*. Out/dez 2011; 10(4):282-286
58. Moimaz SAS, Santos CLV, Pizzato E, Garbin CAS, Saliba NA. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. *Cienc Odontol Bras*. 2004; 7 (3): 72-8
59. KV Bontempo & RA Zavanelli. Fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares: uma análise comparativa. *RGO, Porto Alegre*. Jan/mar 2009; v. 57, n.1, p.67-75
60. Leles, Cláudio; Compagnoni, Marco Antonio; Nakaoka, Márcia. Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. *Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos*. Jul/dez 1998; v.1, n.1
61. Ritt, Andréa Seidl et al. Effectiveness evaluation of manual x rotary instrumentation during endodontic retreatment in root canals filled with gutta-percha and calcium hydroxide based-sealer. *RFO*. Jan/abr 2012; v. 17, n. 1, p. 55-59
62. GH Kaled et al. Endodontic retreatment: gutta-percha removal by three different techniques. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre. Jan/mar 2011; v.59, n. 1, p.103-108

63. M. Costa et al. Substituição de restaurações estéticas anteriores: efeito da fluorescência de resinas compostas na odontologia estética. *Rev Odontol Bras Central*. 2014; 23, 67
64. Alencar et al. Early loss of primary teeth: etiology, epidemiology and orthodontic consequences. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. mar/jun 2007; 13 (1/2): 29-37
65. Kronfeld, S. M. the effects of premature loss of primary teeth and sequence of eruption of permanent teeth of malocclusion. *J Dent Child, Chicago*, 1953; v. 20, p. 2-13
66. Cardoso et al. - Avaliação da Prevalência de Perdas Precoces de Molares Decíduos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, jan/abr 2005. v. 5, n. 1, p. 17-22.
67. Todescan, Sylvia; Nizar, Reem. Managing Patients With Necrotizing Ulcerative Periodontitis. *J Can Dent Assoc*. 2013; 79:d44
68. Bermejo-Fenoll A, Sánchez-Pérez A. Enfermedades periodontales necrosantes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004; 9 Suppl:S108-19.
69. Requião, Fabiana; Macêdo, Candice. Prevalência de cefaléia em pacientes portadores de disfunção temporomandibular. *R. Ci. méd. biol., Salvador*, set/dez 2008; v.7, n.3, p. 220-227
70. Moresca, Ricardo; Urias, Dayse. Estudo Epidemiológico dos Ruídos da ATM em Adultos Jovens Sul-Brasileiros - Parte 1. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, abr/jun 2001; Ano 1, v.1, n.2
71. Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res* 2005; 19(2):93-8.
72. Santos, E. C. A.; Bertoz, F. A.; Pignatta, L. M. B.; Arantes. F. M. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá*, mar/abr 2006; v. 11, n. 2, p. 29-34
73. Marina Fernandes de Sena et al. Prevalência de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(4):538-45.
74. Pedron IG, Carnava TG, Utumi ER, Moreira LA, Jorge WA. Denture-induced fibrous hyperplasia: surgical treatment using Nd:YAP laser. *Rev. Clín. Pesq. Odontol*. 2007 jan/abr; 3(1):51-56
75. Pontes FSC, Pontes HAR, Paradela CRF, Feitosa CG, Kikuchi AM de O. Processos proliferativos não neoplásicos. *Revista Internacional de Estomatologia* 2005;2(4):37-43.
76. Bilhan, Hakan et al. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *Journal of Oral Science*, 2013; Vol. 55, No. 1, 29-37
77. Dentistas, OdM. Barómetro Nacional da Saúde Oral. *Saúde oral* 2014. 2014;1:26.
78. M. Sousa Uva et al. Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa --- uma revisão de âmbito. *Rev Port Cardiol*. 2014; 33(7-8):451-463
79. J. Costa et al. Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Parte III. *Rev Port Cardiol*. 2003; 22 (6):829-836
80. Araújo, Maurício G.; Sukekava, Flávia. Epidemiologia da doença periodontal na América latina. *R. Periodontia*. Junho 2007; Volume 17, N 2
81. R. aria de Almeida et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22:379-90

Anexos

Anexo I – Ficha de Paciente

Ficha de Paciente:

Ficha
 Nome:
 Título: Profissão:
 Código: 0

Dados Adicionais
 Género: Feminino Contribuinte: País:
 Processo:

Consultas
 Estado Civil: Email:
 Nº Utente:

Dados Familiares
 Morada:

Marcações
 Cód. Postal: Freguesia:

Consultas Controlo
 Telefones: Telefone1: Telefone2: Telefone3:

Notas
 Convenção: Beneficiário: Validade:
 2.ª Conv.: Beneficiário: Validade:
 Visualizar esta convenção nos documentos

Orçamentos
 Médico: Primeira: Próxima:
 Quem Indicou:

Observações Importantes:

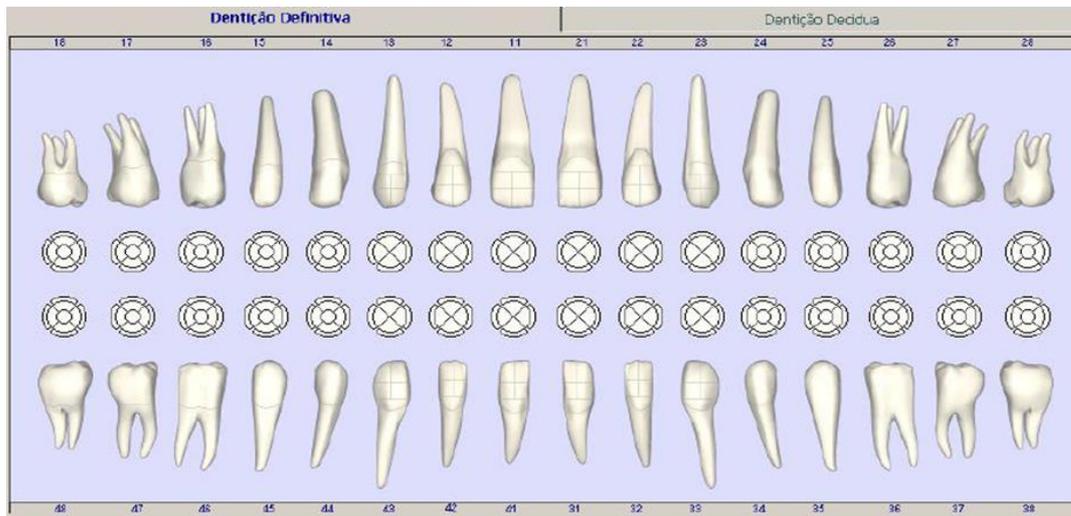
Última atualização:

Ordenação
 Nome Código

CARTÃO DE CIDADÃO
 III
 N R

Dados Clínicos Documentos Histórico Facturação Receituário Impressão

Anexo II – Odontograma



Perda precoce de molares decíduos: a propósito de um caso clínico

Dias, João Pedro*; Rei, Stefanie*; Bexiga, Filipa**; Seabra, Mariana**; Figueiredo, Andreia**

* Discente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa
** Docente da disciplina de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

6

Introdução

A perda precoce de dentes decíduos tem geralmente como etiologia cárie dentária, traumatismo ou reabsorção prematura das raízes.

Moyers (1991) determina que a perda precoce ocorre quando um dente decíduo é perdido antes do sucessor permanente ter começado a sua erupção (formação coronária completa e formação radicular já iniciada).

Como consequências desta situação podemos ter:



A conduta clínica perante uma perda precoce de dentes decíduos pode variar pela:

- Manutenção do espaço presente - mantenedores de espaço
- Recuperação de espaço perdido - recuperadores de espaço

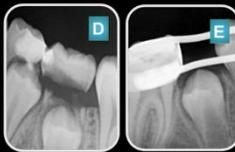
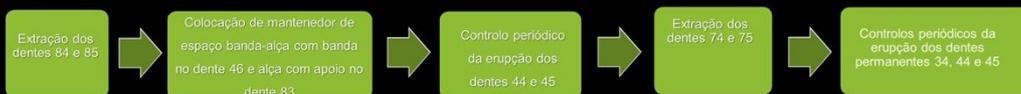


Fig. 1: A - Ortopantomografia que evidencia as lesões ao nível dos dentes 84 e 85;
B - Ampliação da zona de interesse;
C - Fotografia intra-oral do mantenedor;
D - Extração dos dentes 74 e 75;
E - Controlo do Mantenedor de espaço - 1 ano.

Caso clínico

O paciente H. P. de 9 anos, masculino, apresentou-se na consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária Universitária da UCP por infeção recorrente sintomática com abscesso e fistula na região dos molares decíduos do 4º quadrante (84 e 85). Radiograficamente, identificaram-se lesões periapicais nestes dentes, com afetação da zona da furca. O plano de tratamento foi:



Conclusão

- A colocação do mantenedor de espaço evidenciou-se como uma terapêutica preventiva simples e de baixo custo.
- A perda precoce de dentes decíduos acarreta repercussões oclusais irreversíveis, aliada a uma deficiente função mastigatória e fonética.
- Um mantenedor de espaço tem como mais-valias a obtenção de uma oclusão estável, impedir a impactação dentária de dentes permanentes e servir como guia de erupção.
- Em suma, diminui-se a necessidade de tratamento ortodôntico corretivo por perda de espaço.

Referências bibliográficas

- ✓ Alencar, Catarina; Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e consequências ortodônticas; Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 13 (1/2): 29-37, mar./jun. 2007
- ✓ Cardoso, Luciana; Avaliação da Prevalência de Perdas Precoces de Molares Decíduos; Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2005
- ✓ Silva, Francisco Wanderley Garcia de Paula e; Stuardi, Adriana Sasso; Queiroz, Alexandra Mossolino de.; Importância da manutenção de espaço em odontopediatria; Odontol. Clin.-cient. 6(4):289-292, out.-dez. 2007. ilus
- ✓ Korynicki, Daniel; Nasplitz, Nelson; Falin Junior, Kurt.; Consequences and treatment of premature loss of deciduous teeth; Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.;48(3):1323-8, maio-jun. 1994, tab
- ✓ Arouca, Anna Carolina Guedes; Castellón, Antonia Maria Teruel; Silveira, Arnaldo da; Lopes, Elizete; Pretti, Henrique; Mantenedores de espaço: uma revisão de literatura; Arq. odontol.;37(1):5-13, jan.-jun. 2001. ilus.



Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda: a propósito de um caso clínico

Branco, Ana Sofia; Ermida, Edgar*; Rei, Stefanie**

** Discente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa*

3





Introdução

A Periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) define-se como uma patologia inflamatória destrutiva caracterizada por perda óssea interproximal, aliada a destruição periodontal rápida, necrose dos tecidos gengivais e sangramento espontâneo associado a dor.

A sua peculiaridade perante outras doenças periodontais é:



Factores de Risco: Jovens adultos, imunossupressão, hábitos tabágicos, deficiente higiene oral, episódios anteriores de GUNA ou stress psicológico.

Descrição do caso clínico

Paciente masculino, 46 anos, apresentou-se na Clínica UCP na área de Periodontologia por sintomatologia dolorosa na zona do 5º sextante. Referiu sintomas, como a halitose, linfadenopatia e ulceração da mucosa, crateras na zona papilar, em períodos sazonais (Outono). Ainda referiu, um episódio de amigdalite na semana anterior à consulta com toma de antibiótico, o que pode justificar a fase refractária da doença. Assim, o diagnóstico teve como base a história clínica detalhada, incluindo hábitos nutricionais e de saúde, e o exame clínico pela presença de papilas invertidas e perda de attachment. Radiograficamente, existia perda óssea evidenciada na zona dos incisivos e na zona dos molares. Determinando-se uma Periodontite ulcerativa necrosante aguda, estabeleceu-se que o tratamento inicial teria como objectivo controlar a evolução da enfermidade e a sintomatologia associada ao quadro agudo.



Fig. 1: Ortopantomografia do paciente.

Tratamento: Iniciou-se um desbridamento suave, realização de fase higiénica com consequentes, instruções de higiene oral e prescrição de analgésicos e bochechos antibacterianos. Controlos futuros visarão controlar a evolução da patologia.



Fig. 2: Fotografia intra-orais: A - Direita; B - Frontal; C - Esquerda

Conclusão

- Tendo em conta os factores de risco, importante excluir a possibilidade de comprometimento imunitário, tendo em conta estudos em populações imunocomprometidas mostram prevalências desta patologia entre 1 e 23%.
- Prognóstico favorável se o paciente demonstrar cooperação segundo o plano de tratamento estabelecido.
- Controlos sazonais são obrigatórios para diminuição das consequências desta patologia.
- Em suma, a compliance do paciente evidenciará uma maior ou menor perda da função estomatognática.

Referências bibliográficas

- ✓ Newman, Takei. Carranza. Periodontologia Clínica. 9na Edição. Editorial Interamericana
- ✓ Todescan, Sylvia. Managing Patients With Necrotizing Ulcerative Periodontitis. J Can Dent Assoc 2013;79:d44
- ✓ Bermejo-Fenoll A, Sánchez-Pérez A. Enfermedades periodontales necrosantes. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9 Suppl:S108-19.



Fig. 3: Zona do 3º Quadrante



Casos Clínicos de Disfunção Temporomandibular em Crianças e Jovens



Rei, Stefanie*; Branco, Ana Sofia*; Castanheira, Patrícia*; Filipe, Ana Rita*

* Estudante Finalista do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

Introdução

A articulação temporomandibular (ATM) é a zona onde a mandíbula se articula com o crânio. Fazendo parte do sistema estomatognático, a sua função e estabilidade regem a mastigação, deglutição e fonação, envolvendo a postura mandibular. Alterações da sua fisiologia, desencadeiam um conjunto de condições articulares e musculares deficitárias na região crânio-orofacial, sendo designadas de disfunções temporomandibulares. Etiologia de caráter multifatorial que desencadeia sinais e sintomas como dores musculares e na região da ATM, cefaleias, otalgia, limitação funcional, zumbido, entre outros. Os factores de risco predominantes são a hereditariedade, trauma, oclusão inadequada e parafunções que ocorrem na infância.

Diversos estudos indicam uma prevalência de sinais e sintomas (35-72%), em crianças e jovens. Sendo importante o estudo desta patologia crescente que pode estar associada com problemas de crescimento e desenvolvimento.

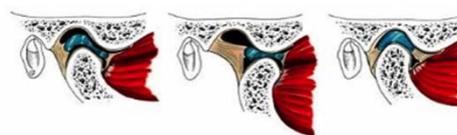


Imagem 1: Articulação temporomandibular (ATM)

Descrição Clínica

Compareceram na Clínica da Universidade Católica Portuguesa, na área de Oclusão, um conjunto de 6 pacientes entre os 8-18 anos, de ambos os sexos. Estes foram submetidos a uma anamnese detalhada, um exame clínico intra e extra-oral (imagem 2) e alguns exames complementares de diagnóstico (imagem 3). Os pacientes apresentavam diferentes sintomatologias no decorrer das consultas (imagem 4).

A terapêutica aplicada depreendeu uma goteira de relaxamento muscular (imagem 5). Controlos periódicos foram realizados com alguma remissão dos sintomas.



Imagem 4: Sintomatologia



Imagem 3: Ortopantomografia de um paciente de 16 anos



Imagem 2: Exame clínico extra-oral



Imagem 5: Fotografia frontal com goteira de relaxamento muscular

Conclusão

- Sinais e sintomas, como estalidos e cefaleias, apresentam uma maior prevalência nesta amostra de crianças e jovens;
- Devido ao aumento da prevalência da patologia em estudo, depreende-se a inclusão do exame clínico como rotina na consulta de medicina dentária;
- As disfunções temporomandibulares diagnosticadas precocemente evitam morbidade na fase adulta.

Referências Bibliográficas

1. Moresca, Ricardo; Urias, Dayse. Estudo Epidemiológico dos Ruídos da ATM em Adultos Jovens Sul-Brasileiros, *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* - Ano 1 - v.1 - n.2 - Abr./Jun. 2001
2. Requião, Fabiana; Macêdo, Candice. Prevalência de cefaleia em pacientes portadores de disfunção temporomandibular. *R. Ci. méd. biol., Salvador*, v.7, n.3, p. 220-227, set./dez. 2008
3. Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res* 2005;19(2):93-8.
4. Ortega, Adriana; Guimarães, António. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescência. *Rev assoc paul cir dent* 2013;67(1):14-7
5. Marina Fernandes de Sena et al. Prevalência de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(4):538-45.
6. SANTOS, E. C. A.; BERTOZ, F. A.; PIGNATTA, L. M. B.; ARANTES, F. M. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortopon Ortop Facial*. Maringá, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abril 2006



Epúlíde fissurada: A propósito de um caso clínico



Rei, Stefanie*; Dias, João*, Bastos, Sara*, Tinoco, João**, Pereira, Miguel**, Mendes Amaral, Rui ***

* Estudante Finalista do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

** Assistente da Área de Medicina Oral da UCP

*** Regente da Área de Medicina Oral da UCP

Introdução

A epúlíde fissurada apresenta aumento volumétrico tecidual, devido a traumas mecânicos crónicos, sendo que a maior causa são próteses mal adaptadas.¹

Carateriza-se por lesão hiperplásica fibrosa, coloração normal, tamanho variável (1 centímetro a todo o vestíbulo), consistência firme e geralmente assintomática.¹

Desenvolve-se em associação com fatores traumáticos crónicos de baixa intensidade como próteses desajustadas, dentes fraturados ou sucção sobre a mucosa.

Acomete a mucosa labial, sulco gengival e palato na idade adulta com predileção pelo sexo feminino e uma frequência de 4,2% em reabilitações protéticas.²

O tratamento consiste na remoção da etiologia com reavaliação após 15 dias analisando o tamanho da lesão, no caso de manter, realiza-se ressecção cirúrgica com exame histológico.³

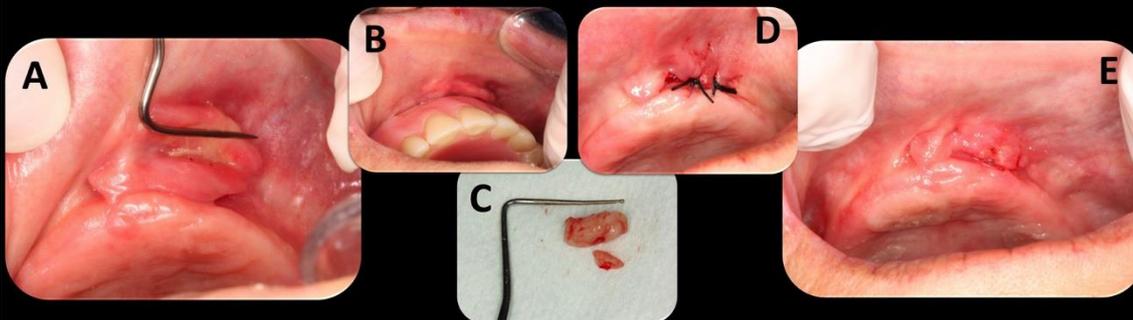
Descrição Clínica

MFGA, Feminino, 58 anos, histórico de esgotamento nervoso, síndrome de túnel cárpico e hipertensão, medicada com antidepressivos e anti hipertensor e portadora de prótese total superior com 1 ano.

Consultada em Medicina oral por indicação de colega após observação de lesão no vestíbulo superior esquerdo envolvendo o freio labial.

Lesão hiperplásica	Móvel	Dureza mucocelástica	Bilobulada
Bordos regulares	Cor similar à mucosa	Assintomática	Evolução de 4 meses

Diagnóstico compatível com epúlíde fissurada por trauma de prótese. Realizou-se ajuste dos bordos estendidos da mesma com reavaliação após 1 mês e não ocorreu remissão da lesão devido ao caráter fibroso. Procedeu-se assim á remissão da lesão e ajuste da prótese na região da lesão.



Legenda: A – Lesão inicial (sem prótese); B – Lesão inicial (com prótese); C – Tecido excisado; D – Lesão pós-excisão ; E – Controlo a uma semana

Conclusão

- Torna-se deveras importante o correto diagnóstico da epúlíde fissurada com conseqüente esclarecimento da lesão ao paciente.
- As idosas são as mais acometidas pelo maior número de próteses usadas e subsequentemente, próteses mal adaptadas.³
- Em suma, após o tratamento deve existir correção protética para que não haja recidiva da lesão.⁴

Referências Bibliográficas

1. Nêia, Ana Paula; Shiniko, Fabiana; Chicarella, Mariliani; Hiperplasia fibrosa inflamatória; PR-Brasil; 2001; 02-julho; Ano 1 - Nº 02
2. Pedron IG; Carnava TG; Uttimi ER; Moreira LA; Jorge WA.; Rev. Pesq. Odontol; 2007 jan/abr;3(1):51-56
3. Pasetti, L. A.; Ribas, V. F.; Bergonse, G. F. R. et al.; Revista bibliográfica e relato de casos de hiperplasia gengival em região anterior da mandíbula; Rev. Odontologia (ATO); Bauru, SP, v. 15, n. 3 p. 182-187, mar., 2015
4. Fattahi et al.; J Dent Res Dent Clin Dent Prospect; 2014;8(2):111-113