



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por  
Marlene Andrade Pinto

Viseu, 2015





UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por

Marlene Andrade Pinto

Sob a orientação da Mestre Filipa Alexandra dos Santos Bexiga

Viseu, 2015



**A Deus,**

por me dar todos os dias coragem para acreditar e força para não desistir. Pela proteção e amparo, e por me ajudar nas escolhas dos melhores caminhos a seguir.

**À *Minha Família*** em especial ***aos Meus Pais e aos Meus Irmãos,***

pelo amor incondicional e pelo apoio. Pela educação e pelos valores que me transmitem todos os dias. Por estarem sempre ao meu lado nos piores e melhores momentos, o meu amor e a minha sincera gratidão.



## Agradecimentos

À minha mãe por todo o amor incondicional e pelo carinho, ao meu pai pela força e pelos ensinamentos preciosos transmitidos ao longo de todas as fases do meu crescimento.

Aos meus irmãos. Susana e Ricardo, pelo apoio constante e pela paciência.

À minha orientadora, a Dra. Filipa Bexiga, pelo apoio, pela motivação e pela  
disponibilidade.

Aos professores pelos conhecimentos transmitidos.

Ao meu namorado, Nelson, por me ter ajudado a enfrentar e a superar todos os desafios com que me deparei nesta fase, pelo companheirismo e pelo carinho.

À Marta e ao Diogo pela amizade, partilha e apoio incansável.

À Marina e à Beatriz pelos momentos partilhados, pela amizade e por terem sido a  
minha “família” em Viseu.

Ao meu Binómio, José, pelo apoio.

À Rita e à Stefanie porque partilharam desde sempre este caminho comigo.



*Valeu a pena? Tudo vale a pena*

*Se a alma não é pequena.*

*Quem quer passar para além do Bojador*

*Tem que passar além da dor.*

*Deus ao mar o perigo e o abismo deu*

*Mas nele é que espelhou o céu.*

*(Fernando Pessoa, in Mensagem)*



## Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no domínio do curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, na Área Disciplinar de Monografia e Experimentação da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras. Enquadra o período vivenciado em atividade clínica de 8 de setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015.

Tem como objetivo a descrição e reflexão autocrítica sobre as atividades práticas desenvolvidas em ambiente clínico universitário e a ilustração a nível epidemiológico (género, faixa etária, profissão, morada, número de escovagens diárias, utilização do fio dentário, número de dentes perdidos, hábitos alcoólicos e tabágicos, motivos da primeira consulta) do total dos pacientes observados. Permite também a contabilização da quantidade de atos clínicos efetuados pelo binómio 98 com distinção dos atos presenciados como operador e assistente. Reúne igualmente os atos clínicos diferenciados, e experimentados nas diferentes Áreas disciplinares que compõem o curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária.

A metodologia aplicada é baseada na avaliação de todos os pacientes observados durante o 1º e o 2º semestres, sendo que os dados recolhidos são introduzidos numa base de dados em documento Microsoft Office Excel®2013 (Microsoft®, EUA). Assim, é nos permitido a realização da caracterização geral da amostra, e a análise dos pacientes por Área Disciplinar, sem critérios de exclusão, dado que limitaria o número de casos observados.

Durante o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, pretende-se em cada unidade curricular a obtenção de conhecimentos e competências que, permitirão a prática da medicina dentária suportada por uma base sólida.

Toda a atividade prática vivenciada em ambiente clínico no curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária é essencial na medida que permite o desenvolvimento de valores, a aquisição de conhecimentos e capacidades, e a aprendizagem da construção da relação médico – paciente fundamental à formação de um profissional de saúde.

**Palavras-Chave:** Atividade Clínica, Medicina Dentária, Diagnóstico, Anamnese, Relação médico-paciente.



## **Abstract**

This report was developed for the curricular area of monograph and experimentation from the Catholic University of Portugal – Beiras Regional Centre. It reports my clinical activities from September 8 2014 to May 8 2015.

It's main goal is the description and auto critical reflexion of the practical activities developed in a clinical university environment and it's epidemiological illustration ( genre, age, profession, address, daily teeth brushing, use of dental floss, number of lost teeth, alcohol consumption and tobacco, first consult motive)from all the observed patients. It also quantifies the number of clinical acts performed by group 98 distinguishing those acts preformed as an operator or as an assistant. It englobes and characterizes differentiated clinical acts and performed in the different curricular areas that make up the Integrated Master's on Dentistry.

The methodology used for the elaboration of this report is based on the evaluation of all the patients observed by group 98. The patients data gathered during the 1º and 2º semester were inputted into a Microsoft Office Excel®2013 (Microsoft®, EUA) document. The database allows for the general characterization and analysis of the patients per curricular area, without exclusion criteria, as they limit the number of observed cases.

During the course master's degree in dentistry, the main goal of each of this areas is the gathering of knowledge and competences that may allow, in the future, for a solid practice in Dentistry.

All practical activity experienced in a clinical environment during the Master's on Dentistry, is essential for it allows the development and acquisition of knowledge and capacity's, and the learning skills necessary for improving doctor-patient relationship, a fundamental aspect and a much needed skill for any caregiver.

**Keywords:** Clinical Activity, Dentistry, Diagnostic, Anamneses, Doctor-Patient Relationship



# Índice Geral

Agradecimentos .....	VII
Resumo .....	XI
Abstract.....	XIII
1.Introdução .....	3
1.2.Medicina Dentária e Diferentes Áreas.....	5
1.3.Medicina Dentária e a Relação Médico – Paciente .....	6
1.4.Medicina Dentária e História Clínica .....	7
1.5.Medicina Dentária e o Exame Físico.....	7
1.6.Medicina Dentária e os Exames Auxiliares de Diagnóstico.....	8
1.7.Medicina Dentária e Diagnóstico.....	8
1.8.Medicina Dentária e Plano de Tratamento .....	9
1.9.Medicina Dentária e Ética Profissional .....	10
1.10.Medicina Dentária e Gerodontologia.....	10
1.11.Medicina Dentária e Infecção Cruzada .....	11
1.12.Medicina Dentária e Pacientes Imunocomprometidos.....	11
1.13.Medicina Dentária e Prevenção/Promoção da Saúde Oral .....	12
1.14.Medicina Dentária e a Saúde Pública .....	13
2. Objetivos.....	17
3. Materiais e Métodos .....	21
4. Resultados.....	25
4.1. Caracterização Geral da Amostra .....	25
4.2. Atividades desenvolvidas em cada Área Disciplinar.....	32
4.2.1. Medicina Oral .....	32

4.2.2. Cirurgia Oral .....	32
4.2.2. Periodontologia .....	34
4.2.3. Dentisteria Operatória.....	36
4.2.4. Endodontia .....	37
4.2.5. Odontopediatria .....	38
4.2.6. Ortodontia .....	40
4.2.7. Oclusão .....	40
4.2.8. Prosthodontia Removível.....	41
4.2.9. Prosthodontia Fixa .....	43
5. Discussão .....	47
6. Atos Clínicos diferenciados .....	53
6.1 - Espigão radicular e restauração a compósito do dente 3.4.....	53
6.1.1. Descrição do caso clínico: .....	53
6.1.2. Protocolo para colocação do espigão.....	53
6.1.3. Protocolo da Restauração a compósito .....	54
6.1.4. Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	55
6.1.5. Discussão .....	56
6.2. Restauração estética do sector anterior com matriz de silicone .....	56
6.2.1. Descrição do caso clínico: .....	56
6.2.2. Protocolo:.....	57
6.2.3. Meios auxiliares de diagnóstico.....	58
6.2.4. Discussão .....	59
6.3. Frenectomia Labial .....	60
6.3.1. Descrição do caso Clínico .....	60
6.3.2. Procedimento Clínico .....	60

6.3.3. Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	61
6.3.4. Discussão .....	62
6.3.4. Abstract: Frenectomia labial: a propósito de um caso clínico (Anexo 6) .....	63
6.4.Cirurgia Periodontal de Alongamento Coronário com retalho reposicionado apicalmente, com osteotomia. ....	65
6.4.1. Descrição do caso Clínico .....	65
6.4.2. Procedimento Clínico .....	65
6.4.3. Meios auxiliares de diagnóstico.....	66
6.4.4. Discussão .....	67
6.5.Periimplantite.....	68
6.5.1.Descrição do caso Clínico .....	68
6.5.2. Procedimento clínico .....	68
6.5.3. Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	69
6.5.4. Discussão .....	69
6.6. Tratamento de lesões de cárie em paciente com cárie precoce de infância..	70
6.6.1. Descrição do caso clínico .....	70
6.6.2. Procedimento clínico: .....	71
6.6.3. Discussão .....	72
6.7. Exodontia de Canino Maxilar Incluso .....	72
6.7.1. Caso clínico .....	72
6.7.2. Procedimento Clínico .....	73
6.7.3.Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	73
6.7.4. Discussão .....	75
6.7.5. Abstract: Canino maxilar incluso - revisão a propósito de um caso clínico .....	75

6.8. Colocação de aparelho Removível - Placa Hawley com plano de mordida horizontal.....	77
6.8.1. Descrição do caso clinico .....	77
6.8.2. Meios auxiliares de Diagnóstico.....	77
6.8.3. Discussão .....	79
7. Conclusão .....	83
8. Referências bibliográfica .....	87
9. Anexos .....	95
9.1. História clínica.....	95
9.2. Ficha de risco .....	100
9.3. Odontograma .....	100
9.4. Periograma.....	103
9.5. Póster – Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessões: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo – Apresentação na reunião anual Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes - 2015.....	103
9.6. Póster – Frenectomia labial: a propósito de um caso clínico – Apresentação nas X Jornadas da Universidade Católica Portuguesa- CRB .....	104
9.7. Póster – Impacted Maxillary Canine – A Clinical Case – Apresentação nas Jornadas da Primavera 2015 – Ordem dos Médicos Dentistas.....	105

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Lesões orais mais comuns associadas ao HIV. Adaptado de Little, J. W. et al. 2002. ....	12
--	----



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos atos realizados por área disciplinar .....	25
Gráfico 2 - Distribuição dos atos como operador e assistente.....	26
Gráfico 3 - Distribuição dos atos realizados como operador e assistente, por área disciplinar .....	26
Gráfico 6 - Distribuição geral do número de pacientes por género/por faixa etária	28
Gráfico 7 - Distribuição pela morada da amostra .....	28
Gráfico 8 - Situação profissional do total dos pacientes observados.....	29
Gráfico 9 - Motivo da primeira consulta do total de pacientes observados.....	29
Gráfico 10 -Número de escovagens dentárias efetuadas pelo total de pacientes observados .....	30
Gráfico 11 -Porcentagem de pacientes que utiliza fio dentário. ....	30
Gráfico 12 - Número de dentes perdidos por faixa etária.....	31
Gráfico 13 - Hábitos alcoólicos e tabágicos presentes na amostra total .....	31
Gráfico 14 - Distribuição dos atos realizados em Medicina Oral como operador e assistente.....	32
Gráfico 15 -Distribuição percentual dos atos realizados em Cirurgia Oral como operador e assistente.....	33
Gráfico 16 -Motivos das exodontias efetuadas pelo binómio 98.....	33
Gráfico 17 - Número de exodontias efetuadas através da técnica fechada e aberta	34
Gráfico 18 - Distribuição dos atos realizados em Periodontologia como operador e assistente.....	35
Gráfico 19 - Distribuição dos atos realizados e patologia Periodontologia.....	35
Gráfico 20 – Relação IP e BOP da amostra.....	35

Gráfico 21 - Distribuição percentual dos atos realizados em Dentisteria Operatória como operador e assistente .....	36
Gráfico 22 - Diagnóstico dos atos realizados em Dentisteria Operatória.....	36
Gráfico 23 - Tipo de tratamento efetuado em Dentisteria Operatória pelo Binómio .....	37
Gráfico 24 - Distribuição percentual dos atos realizados em Endodontia como operador e assistente.....	38
Gráfico 25 - Número de canais em cada dente tratado pelo binómio.....	38
Gráfico 26 - Distribuição dos atos realizados em Odontopediatria como operador e assistente.....	39
Gráfico 27 - Cooperação das crianças durante os atos realizados pelo binómio.....	39
Gráfico 28 - Distribuição percentual dos atos realizados em Ortodontia como operador e assistente.....	40
Gráfico 29 - Distribuição percentual dos atos realizados em Oclusão como operador e assistente .....	41
Gráfico 30 - Materiais utilizados nas goterias elaboradas pelo binómio.....	41
Gráfico 31 - Distribuição percentual dos atos realizados em Prótese Removível como operador e assistente .....	42
Gráfico 32 - Motivo das consultas dos pacientes observados pelo binómio .....	42
Gráfico 33 - Tipo de trabalhos na área de Prótese Removível desenvolvidos pelo binómio.....	43
Gráfico 34 - Classes de Kennedy observadas na amostra .....	43
Gráfico 35 - Distribuição percentual dos atos realizados em Prótese Fixa como operador e assistente.....	44

## Índice de Figuras

Figura 1 - Ortopantomografia .....	55
Figura 2 –Radiografia inicial .....	55
Figura 3 – Radiografia final.....	55
Figura 4 – Fotografia intraoral inicial .....	55
Figura 5 – Fotografia intraoral final .....	58
Figura 6 - Ortopantomografia .....	58
Figura 7 – Fotografia intraoral frontal inicial .....	58
Figura 8 – Fotografia intraoral esquerda .....	58
Figura 9 – Fotografia intraoral direita .....	58
Figura 10 – Fotografia intraoral com matriz de silicone .....	59
Figura 11- Fotografia intraoral com matriz de silicone .....	59
Figura 12 – Fotografia intraoral final .....	59
Figura 13- Fotografia intraoral final .....	59
Figura 14- Ortopantomografia .....	61
Figura 15- Radiografia periapical .....	61
Figura 16- Fotografia intraoral lateral direita .....	61
Figura 17- Fotografia intraoral lateral esquerda .....	61
Figura 18- Fotografia intraoral após a frenectomia .....	62
Figura 19- Fotografia intraoral final .....	62
Figura 20- Fotografia intraoral 3 meses de controlo .....	62
Figura 21 - Ortopantomografia .....	66
Figura 22 – Radiografia periapical .....	66
Figura 23 – Fotografia intraoral inicial .....	66

Figura 24 – Fotografia intraoral após retalho .....	67
Figura 25 – Fotografia intraoral final .....	67
Figura 26 – Fotografia intraoral após restauração com compósito.....	67
Figura 27 - Ortopantomografia .....	69
Figura 28 – Radiografia periapical .....	69
Figura 29 – Fotografia intraoral .....	69
Figura 30 – Fotografia intraoral.....	69
Figura 31 - Fotografia intraoral .....	71
Figura 32 - Fotografia intraoral .....	71
Figura 33 - Ortopantomografia .....	73
Figura 34 – Radiografia periapical.....	74
Figura 35 – Incisão e descolamento mucoperiósteo .....	74
Figura 36 – Exposição .....	74
Figura 37 – Alvéolo pós extracional .....	74
Figura 38 – Reaproximação dos bordos .....	74
Figura 39 – Canino incluso após extração .....	75
Figura 40 – Follow up após 1 semana .....	75
Figura 41 - Ortopantomografia .....	77
Figura 42 - Telerradiografia.....	78
Figura 43 – Fotografia extraoral .....	78
Figura 44 - Fotografia extraoral.....	78
Figura 45 – Fotografia intraoral lateral direita .....	78
Figura 46 – Fotografia intraoral lateral esquerda .....	78
Figura 47 – Fotografia oclusal superior .....	79
Figura 48 –Fotografia oclusal inferior .....	79

Figura 49 – Fotografia intraoral .....	79
Figura 50 –Placa hawley.....	79



## **Abreviaturas**

BOP – Hemorragia à sondagem

CRB – Centro Regional das Beiras

IP – Índice de Placa

Nº - Número

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Periodontite Crónica Avançada

PCL – Periodontite Crónica Leve

PCM – Periodontite Crónica Moderada

UCP – Universidade Católica Portuguesa.

CPI – Cárie Precoce de Infância

MV – MesioVestibular

DV – DistoVestibular

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH-Vírus da Imunodeficiência Humana



# **I - INTRODUÇÃO**



# 1.Introdução

O nosso relatório foi desenvolvido no domínio do curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, na Área Disciplinar de Monografia e Experimentação da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras. Enquadra o período vivenciado em atividade clínica de 8 de Setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015.

Concebe à autora a possibilidade de alcançar a ilustração a nível epidemiológico (género, faixa etária, profissão, morada, número de escovagens diárias, utilização do fio dentário, número de dentes perdidos, hábitos alcoólicos e tabágicos, motivos da primeira consulta) do total dos pacientes observados, e desenvolver uma reflexão autocrítica baseada em fundamentos científicos. Permite a contabilização da quantidade de atos clínicos realizados no total pelo binómio 98, com distinção dos atos presenciados como operador e assistente, e a análise dos motivos das consultas. Reúne igualmente os atos clínicos experimentados em diferentes áreas curriculares que compõem o curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária: a Medicina Oral, a Odontopediatria, a Periodontologia, a Dentisteria Operatória, a Prostodontia Removível, a Prostodontia Fixa, a Endodontia, a Ortodontia, a Oclusão e a Cirurgia Oral.

É objetivo, a aquisição de conhecimentos e capacidades específicas, de cada unidade curricular que, permitirão a prática da medicina dentária suportada por uma base sólida.

A obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, inclui 5 anos de aprendizagem que associam a componente teórica à componente prática. Inclui uma etapa pré-clínica que permite simular o ambiente experimentado posteriormente em clínica, o desenvolvimento da técnica manual e o contato inicial com o material dentário. O ambiente em Clínica Universitária, com observação de pacientes, é iniciado no 2º semestre do 3º ano, nas Áreas Disciplinares de Periodontologia Oral, Dentisteria Operatória e Cirurgia Oral. Apresenta uma transição atempada de uma fase teórica para uma fase essencialmente de prática clínica com um confronto inicial de casos práticos simples, permitindo uma adaptação gradual e uma aprendizagem consistente.

Inúmeros eventos têm transformado ao longo dos anos a prática da Medicina Dentária, que tem vindo a adquirir um carácter mais eficiente e mais confortável para o

paciente, bem como para a equipa operacional. Um número de ocorrências relevantes, ao longo da história da Medicina Dentária pode ser analisado, agrupando-as em categorias de: etiologia, diagnóstico e tratamento, analgesia e anestesia; equipamentos e dispositivos; materiais restauradores diretos; materiais restauradores indiretos; iluminação e ampliação.<sup>(1)</sup>

Em 1997, a *American Dental Association* definiu Medicina Dentária como a avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento (não cirúrgico, procedimentos cirúrgicos ou afins) de doenças, alterações e/ou condições da cavidade oral, na área maxilofacial e/ou em estruturas adjacentes e associadas, o impacto sobre o corpo humano, fornecida por um médico dentista, dentro do âmbito da sua educação, formação e experiência, de acordo com a ética profissional.<sup>(2)</sup>

Atualmente, a Ordem dos Médicos Dentistas define Medicina Dentária como o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas.<sup>(3)</sup>

### **1.1. Medicina Dentária e Medicina Geral**

Um número elevado de estudos epidemiológicos sugerem que a infeção por via oral, pode ser um fator de risco para doenças sistémicas. A facilidade de disseminação sistémica pela corrente sanguínea pode facilitar a bacteriemia por produtos bacterianos, provenientes da microflora oral.<sup>(4)</sup> Ergue-se a importância de manter a cavidade oral numa condição saudável para evitar a contaminação sistémica. Em oposição, a medicação e doenças sistémicas podem ter efeitos adversos na cavidade oral.<sup>(5)</sup>

Os pacientes que desenvolvem sinais e sintomas intraorais atribuíveis à terapêutica medicamentosa devem procurar o auxílio de profissionais da saúde, sendo evidente a necessidade do profissional conhecer os medicamentos comumente envolvidos, e procurar estabelecer uma relação potencial entre medicamentos e os efeitos adversos orais. Uma anamnese adequada com um levantamento do histórico médico completo do paciente é essencial para o profissional estar apto a fazer o diagnóstico das alterações e concluir o tratamento adequado para a solução do problema.<sup>(6)</sup>

Segundo a OMS, o estado de saúde oral consiste em estar livre de dor crónica orofacial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença

gingival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e alterações que afetam a cavidade oral.<sup>(7)</sup>

A Medicina Dentária assume portanto, uma importância extrema na saúde, definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.<sup>(8)</sup>

## **1.2.Medicina Dentária e Diferentes Áreas**

A formação em Medicina Dentária inclui a aquisição de conhecimentos das diferentes áreas, pelas quais é constituída.

A Medicina Oral, é a especialidade da Medicina Dentária que se ocupa principalmente do diagnóstico e acompanhamento clínico de pacientes com doenças médicas complexas envolvendo a mucosa oral e glândulas salivares, bem como de pacientes com dor oro – facial e alterações temporomandibulares. Nesta área assistem-se pacientes portadores de patologias complexas que podem afetar o normal curso do tratamento dentário, como aqueles com problemas oncológicos, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças infecciosas. Todos os Médicos dentistas tem formação em Medicina Oral, contudo o paciente complexo requer um médico com mais formação nesta área.<sup>(9)</sup>

A Odontopediatria fornece cuidados de saúde oral preventiva a bebês, crianças, adolescentes, incluindo aqueles com necessidades especiais de saúde.<sup>(10)</sup>

A Periodontologia é a área responsável pelo tratamento de todas as alterações patológicas, de qualquer origem, que afetam os tecidos periodontais. Estas compreendem as doenças periodontais, as doenças gengivais, e as manifestações periodontais de doenças sistêmicas.<sup>(11)</sup>

A Dentisteria Operatória trata as lesões dos dentes, sejam elas causadas por cárie dentária, traumatismo ou outra razão. O tratamento destas lesões é realizado com materiais que substituem a estrutura do dente perdido.<sup>(12)</sup>

A Prostodontia Removível ocupa-se da reabilitação funcional e estética dos pacientes. A reabilitação com Prótese Removível deve ser então focada na reconstituição

da função oclusal e da estética, não provocando danos a nível dos dentes remanescentes e tecidos de suporte. A realização de preparação pré – protética permite alcançar uma adequada oclusão, suporte, retenção e estabilidade.<sup>(13)</sup>

A Prostodontia Fixa visa a substituição ou restauração de peças dentárias por análogos artificiais que não são facilmente removíveis da boca do paciente.<sup>(14)</sup>

A Endodontia é o campo que estuda a morfologia da cavidade pulpar, a fisiologia e a patologia da polpa dentária, bem como a prevenção e o tratamento das alterações pulares e suas repercussões sobre os tecidos peridentários.<sup>(15)</sup>

Ortodontia é a especialidade que tem como objetivos: melhorar a aparência facial e do sorriso, com a melhoria resultante no bem-estar social do indivíduo e da qualidade de vida; obter ótimo contato oclusal e proximal dos dentes (oclusão); estabelecer função oral normal, permitindo um limite adequado de adaptação fisiológica; e alcançar a estabilidade da dentição dentro dos limites fisiológicos esperados.<sup>(16)</sup>

A Oclusão permite obter o diagnóstico das disfunções temporomandibulares e o tratamento com a terapêutica adequada.<sup>(17)</sup>

A Cirurgia Oral é a área que abrange o diagnóstico, o tratamento cirúrgico, considerando tanto os aspetos funcionais, quanto os aspetos estéticos do tecido duro e moles nas regiões orais e maxilofaciais. Atenta a preparação do paciente, tanto psicológica como fisiológica, para o procedimento; a duração da cirurgia; o ajuste e a modificação de procedimentos cirúrgicos para se adaptar às necessidades de cada paciente; e, finalmente, o cuidado pós-operatório de suporte que é essencial para a recuperação.<sup>(18)</sup>

### **1.3.Medicina Dentária e a Relação Médico – Paciente**

As diferentes áreas que compõem o curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária permitem o desenvolvimento de valores, a aquisição de conhecimentos e capacidades, e a aprendizagem da construção da relação médico – paciente essencial à formação de um profissional de saúde. A qualidade da relação Médico-paciente depende de esforços e da habilidade do profissional de saúde em se adequar às características subjetivas de cada paciente. O médico deve, atuar de maneira a respeitar a autonomia do

paciente e utilizar o seu conhecimento científico a favor da elaboração de propostas que procuram alcançar a melhor orientação e tratamento do paciente. <sup>(19)</sup>

#### **1.4. Medicina Dentária e História Clínica**

A história clínica é de extrema importância no que diz respeito ao alcance de pontos relevantes e problemas de saúde que afetam o paciente. <sup>(20)</sup>

A anamnese permite a adequada formulação diagnóstica e o estabelecimento de condutas médicas específicas para cada paciente. É essencial na medida que, desencadeia um efeito psicológico e terapêutico positivo, fundamental na recuperação do doente. A elaboração da anamnese deve ser realizada de acordo com determinadas etapas, necessárias para a constituição de uma sequência lógica. <sup>(21)</sup> As narrativas dos pacientes constituem um elemento essencial e imprescindível para o Médico- Dentista desenvolver conhecimento, dado que aí são transmitidas todas as informações relevantes. A constituição posterior de uma história clínica completa e um plano de tratamento direcionado depende da compreensão que cada clínico detém sobre a importância de enfatizar a narrativa do paciente. <sup>(22)</sup>

#### **1.5. Medicina Dentária e o Exame Físico**

O exame físico baseia-se em técnicas específicas como: a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação aplicadas a nível intra e extra oral. A sequência em medicina dentária é iniciada pela inspeção da cabeça e do pescoço. A informação obtida do exame físico fornece dados objetivos. A correta conduta do exame físico envolve precauções *standard* e/ou precauções adicionais. A inspeção é um exame minucioso e cuidado que avalia primariamente o paciente como um todo e, em seguida, estuda o corpo por sistemas. Utiliza o método comparativo entre a metade direita e a metade esquerda dos diversos sistemas do corpo, avaliando a presença ou ausência de simetrias. A palpação muitas vezes confirma pontos anotados durante a inspeção. Aplica o fator sensorial de toque para avaliar os seguintes fatores: textura, localização e tamanho, rigidez, presença de nódulos,

crepitação, sensibilidade ou dor. A percussão envolve batimentos curtos que permitem avaliar as estruturas subjacentes. Os cursos de percussão produzem uma vibração palpável e um som característico que retratam a localização, o tamanho, e a densidade. A auscultação consiste em ouvir os sons produzidos pelo corpo através de um estetoscópio.<sup>(20)</sup>

## **1.6. Medicina Dentária e os Exames Auxiliares de Diagnóstico**

A radiologia em Medicina Dentária é atualmente uma ferramenta muito útil no auxílio à execução do diagnóstico. Radiograficamente é possível a visualização de estruturas como: o osso, ligamento periodontal, estruturas vasculares, estruturas nobres, e os dentes (câmara pulpar, canais radiculares, alterações apicais). No entanto, apesar do caráter essencial das radiografias em Medicina Dentária é necessário considerar que a absorção contínua de radiação pode desencadear diversas patologias.

É necessário o clínico conhecer as implicações da radiação em pacientes especiais. Por exemplo, em pacientes sujeitos a quimioterapia e radioterapia não devem ser realizadas extrações num período inferior a 6 meses após exposição à radiação, sobre o risco de desenvolver osteoradionecrose. A Osteoradionecrose é uma doença em que se verifica a necrose isquémica óssea. A sequência de desencadeamento inclui: (1) radiação, (2) tecido hipóxico-hipocelular-hipovascular, (3) colapso tecidual, e (4) ferida crónica que não cicatriza.<sup>(23, 24)</sup>

## **1.7. Medicina Dentária e Diagnóstico**

O diagnóstico em medicina dentária pode ser definido como o processo pelo qual os dados obtidos a partir de questionar, examinar e testar são agrupados pelo médico dentista para identificar um desvio do normal. O diagnóstico correto é o primeiro passo para o tratamento adequado. A organização completa e sistemática da informação narrada pelo paciente permite alcançar um arranjo lógico e, posteriormente o estudo detalhado de

toda a informação apreendida. Contudo, o alcance de um diagnóstico correto pode ser impossível se um dado relevante for omitido pelo doente.<sup>(25)</sup>

O diagnóstico precoce das patologias que afetam a cavidade oral continua a ser a melhor maneira de garantir a sobrevivência do paciente e a qualidade de vida. Contudo a detecção de doenças como tumores é complicada dada a tendência de metastização. Lesões detetadas precocemente numa fase de doença localizada ao diagnóstico, apresentam uma taxa de sobrevivência de 5 anos de 75%, em oposição, perante a existência de metastização tumoral a taxa de sobrevivência é apenas de 16%. Cerca de 96% de todos os carcinomas das células escamosas que afetam a cavidade oral, são precedidos por displasias presentes na mucosa como lesões epiteliais brancas (leucoplasias). As leucoplasias desenvolvem-se em 1-4% da população. Perante inexistência de um diagnóstico precoce, 1-40% das leucoplasias sofre transformação maligna. Lesões displásicas na forma de eritropias acarretam um risco para a conversão maligna de 90 %.<sup>(26)</sup>

## **1.8.Medicina Dentária e Plano de Tratamento**

O plano de tratamento constitui um conjunto de procedimentos estabelecidos de forma ordenada, de modo a permitir alcançar a eficiência máxima pelo profissional. Um plano de tratamento adequado engloba algumas vantagens como (Elderton e Mjör, 1990; Mondelli et al., 1983):

- 1.Desencadear um pensamento positivo e ganho de confiança;
- 2.Facilitar a tomada de opções relativamente à prevenção e ao tratamento;
- 3.Permitir programar as consultas;
- 4.Permitir que determinadas especificidades do tratamento sejam facilmente transmitidos a pessoal auxiliar;
- 5.Permitir que outro profissional, quando necessário, dê continuidade ao tratamento.

O plano de tratamento preciso implica informações diagnósticas de qualidade. Na formulação de um plano de tratamento é essencial conhecer todas as hipóteses de tratamento e as vantagens e desvantagens que cada opção proporciona ao paciente. As

propriedades do material e o custo são também fatores de destaque. Cabe ao clínico perceber qual o desejo e a motivação do paciente. A idade do paciente deve ser igualmente considerada no momento da escolha do tratamento adequado.<sup>(27)</sup>

## **1.9.Medicina Dentária e Ética Profissional**

Atualmente o Médico – Dentista assume para com o público uma responsabilidade social na medida em que, cabe ao clínico fornecer cuidados de saúde oral de excelência a toda a população incluindo, o grupo populacional com menor poder socioeconómico. Além deste tipo de compromisso o Médico Dentista deve adotar nas diversas circunstâncias diárias a melhor atitude legal e ética. Contudo, este tipo de responsabilidade/obrigatoriedade em relação aos pacientes não é encarado por todos os profissionais da área médica- dentária como um dever, verificando-se a existência de opiniões divergentes e controversas<sup>(28)</sup>

## **1.10.Medicina Dentária e Gerodontologia**

Atualmente em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, assiste-se a um crescimento exponencial da proporção de pessoas idosas. Globalmente, a má saúde oral entre os idosos é evidente perante os altos níveis de perda de dentes, cárie dentária, e as taxas de prevalência de doença periodontal, xerostomia e doenças pré-tumorais / cancro.<sup>(29)</sup> Os clínicos devem estar cientes de todos os problemas que afetam os pacientes especiais, nomeadamente os idosos e devem fornecer um diagnóstico e um tratamento individualizado e adequado a cada paciente.

A xerostomia é um problema comum entre os idosos. Caracteriza-se por provocar alterações orais significativas e pela sua etiologia multifatorial. As causas da xerostomia incluem desde alterações salivares locais, a alterações da condição sistémica. Os tratamentos são concebidos com o intuito de aumentar a salivação com estimulantes tópicos e sistémicos. A intervenção precoce é essencial na prevenção desta doença em

peças idosas.<sup>(30)</sup> Por outro lado, a diminuição do número de dentes verificada no paciente idoso, resulta em alterações na dieta que conduzem a problemas sistêmicos.<sup>(31)</sup>

### **1.11.Medicina Dentária e Infecção Cruzada**

Nos tratamentos dentários, o número de ocorrências potencialmente contaminantes, foi drasticamente reduzido a partir de 1993. Esta data corresponde ao momento de introdução de guidelines, desenvolvidas com o propósito de orientar os médicos dentistas a conseguirem uma prática profissional mais segura.<sup>(32)</sup> Neste sentido, o Médico Dentista adquiriu informação que lhe permitiu um maior controlo sobre os potenciais riscos de transmissão de patógenos. Como métodos de proteção universal foram introduzidos inúmeros cuidados e dispositivos que incluem: utilização de equipamentos de proteção pessoal; cuidados na exposição a sangue e a outros fluidos biológicos; no manuseamento cauteloso de instrumentos cortantes e/ou perfurantes, na execução de procedimentos de descontaminação e o respeito pelo destino dos resíduos.<sup>(33)</sup>

### **1.12.Medicina Dentária e Pacientes Imunocomprometidos**

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada pelo vírus do VIH, que se caracteriza por uma supressão profunda do sistema imunitário, levando a infeções oportunistas, neoplasias secundárias e a manifestações neurológicas.<sup>(34)</sup>

Estudos demonstram que as lesões da cabeça e do pescoço afetam cerca de 80% dos indivíduos com seroconversão ao VIH.<sup>(35)</sup> Indivíduos seropositivos apresentam altas taxas de lesões orais de entre as quais destaca a candidíase oral, o sarcoma de kaposi e a leucoplasia pilosa.<sup>(36)</sup> Estas lesões originam grande dor e desconforto e são responsáveis por causarem problemas ao nível da alimentação, que por sua vez promovem a progressão da doença para estádios mais avançados.<sup>(37)</sup> Perante a presença deste tipo de lesões em pacientes ainda não efetivamente diagnosticados, o Médico Dentista tem a responsabilidade de orientar o paciente para a realização de testes, e incentivar a procura de aconselhamento especializado.<sup>(38)</sup>

## Oral Manifestations of HIV Infection

<b>Fungal Infections</b>	Candidiasis -Pseudomembranous -Erythematous -Hyperplastic -Angular Chelitis	Histoplasmosis Cryptococcosis Geotrichosis
<b>Bacterial Infections</b>	Linear gingival erythema Necrotizing ulcerative periodontitis Necrotizing stomatitis	<i>Mycobacterium avium</i> Intracellulare Actinomycosis
<b>Viral Infections</b>	Herpes simplex Herpes Zoster (varicella Zoster) Cytomegalovirus Epstein – Barr vírus Hairy leukoplakia	Human papillomavirus - Oral warts - Condyloma acuminatum -Focal epithelial hyperplasia
<b>Neoplasms</b>	Kaposi's sarcoma Non – Hodking's lymphoma	
<b>Other</b>	Facial palsy Trigeminal neuropathy Recurrent thrombocytopenic purpura Recurrent aphthous ulceration Major	Immune thrombocytopenic purpura Salivary gland enlargement Xerostomia Melanotic pigmentation

**Tabela 1 - Lesões orais mais comuns associadas ao HIV. Adaptado de Little, J. W. et al. 2002.**

### 1.13. Medicina Dentária e Prevenção/Promoção da Saúde Oral

Perante uma avaliação global de saúde oral, a OMS, destaca que, apesar de grandes melhorias, existem problemas globais que ainda persistem. Isto é particularmente verdade entre os grupos menos favorecidos. Doenças orais, tais como a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, trauma dentário, lesões da mucosa oral, cancro da orofaringe, constituem importantes problemas da saúde pública em todo o mundo.<sup>(39)</sup> Os hábitos

saudáveis devem ser ensinados em idade precoce. As ações educativas em saúde a serem implementadas mais tarde baseiam-se no reforço de rotinas anteriormente apreendidas.<sup>(40)</sup> Torna-se importante uma abordagem integrada incluindo os meios de comunicação social e os profissionais de saúde geral e de saúde oral, de modo a consciencializar as famílias. Contudo, os médicos dentistas desempenham o papel fulcral na transmissão de medidas preventivas.<sup>(41)</sup> O médico dentista deve ter uma atitude persuasiva sobre os pacientes de modo a que estes alterem comportamentos negativos e consigam alcançar o estado de saúde.<sup>(42)</sup>

### **1.14.Medicina Dentária e a Saúde Pública**

Durante os últimos anos, a tendência de vários países ocidentais industrializados, encorajarem medidas preventivas no âmbito da saúde oral é notória. Verificou-se um decréscimo acentuado do número de lesões de cárie em crianças. As razões para este desenvolvimento incluem: uma abordagem mais sensata ao consumo de açúcar, melhoria das práticas de higiene oral, o uso de pasta dentífrica 2 vezes ao dia, e a aplicação tópica de flúor.<sup>(43)</sup> A condição socioeconómica é também um fator importante, que afeta a condição de saúde oral.<sup>(44)</sup>

Por outro lado, com o aumento da esperança média de vida populacional, os pacientes idosos exigem oferta de tratamentos com base na manutenção dos dentes existentes contrariando a tendência de extração, atrasando a má condição da saúde oral. A aposta crescente em regimes preventivos desencadeia uma alteração de mentalidades. Organizações mundiais de saúde sugerem como meta para a saúde oral a manutenção de pelo menos vinte dentes no paciente idoso, de modo a não requer a substituição dos dentes naturais perdidos.<sup>(45)</sup>

Em Portugal, o sistema de saúde oral sofreu alterações ao longo dos tempos. Serviços de atenção à saúde oral preventivos foram incluídos, a fim de melhorar a saúde oral das crianças, o que desencadeou um crescimento a nível da instrução de higiene e educação. Os serviços de saúde pública são portanto um dos principais responsáveis pela promoção da saúde e pela prevenção.<sup>(43)</sup>



## **II – OBJETIVOS**



## 2. Objetivos

A elaboração deste relatório permite à autora a oportunidade de reunir e caracterizar todos os casos clínicos diferenciados, bem como a análise epidemiológica do total de pacientes observados, pelo binómio 98, nas diferentes áreas curriculares que compõem o curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras.

É neste contexto que surgem como expectativas, alcançar determinadas competências técnico- científicas, na medida que este trabalho permite consolidar conhecimentos, e estabelecer uma reflexão autocrítica sobre todos os procedimentos executados em ambiente clínico. Deste modo após conclusão do relatório é pretendido conseguir:

- Alcançar diagnósticos corretos;
- Elaborar planos de tratamento nas diferentes áreas que compõem a Medicina Dentária;
- Interpretar corretamente os meios auxiliares de diagnóstico;
- Conhecer as diversas patologias que envolvem a cavidade oral;
- Relacionar patologias sistémicas com patologias orais;
- Conhecer relações medicamentosas.

Ao longo da prática clínica experimentada pela autora é compreendida a importância, da anamnese completa para estabelecer um diagnóstico diferencial correto. Constitui como objetivo, a compreensão e a paciência, na medida que todos os relatos do paciente são fundamentais para estabelecer um plano de tratamento individual e preciso. Só o conhecimento exato do paciente conduz ao sucesso do tratamento.

Não obstante, é também objetivo o desenvolvimento de qualidades tais como: a confiança, a responsabilidade, a autonomia, e o espírito crítico. Valores que permitem a evolução no âmbito pessoal e profissional. Visa a aquisição de competências relacionais entre médico – dentista e paciente, capacidades que permitem oferecer ao paciente cuidados de saúde adequados ao restabelecimento da condição física, psíquica e social do doente.

É pretendido conhecer atributos que permitem alcançar a excelência, cada vez mais exigida pelos pacientes e um conjunto de valores e atitudes clínicas que permitem garantir o sucesso de um tratamento e a satisfação do paciente.

O registo epidemiológico do total de pacientes observados quer como operador, quer como assistente, e a descrição de casos clínicos diferenciados permitem, a análise e a comparação dos resultados obtidos com outros trabalhos desenvolvidos com o mesmo propósito.

Após término da atividade em clínica universitária, é objetivo como futura médica-dentista conseguir superar todas as dificuldades encontradas com sucesso; continuar com a mesma motivação de adquirir conhecimentos, acompanhando a evolução das diversas áreas que compõem a Medicina Dentária; garantir boas práticas de saúde, visualizando o paciente como um todo, assegurando uma adequada prestação de serviços médico-dentários.

# **III - MATERIAIS E MÉTODOS**



### 3. Materiais e Métodos

A metodologia aplicada para a elaboração deste relatório consiste em avaliar todos os pacientes observados pelo binómio 98 em ambiente clínico na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras; no período vivenciado em atividade clínica de 8 de setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015.

A avaliação é baseada na História Clínica (anexo 1), no preenchimento da ficha de risco (anexo 2), na avaliação e observação intraoral complementada com meios auxiliares de diagnóstico e conseguinte registo em odontograma (anexo 3) e em periodontograma (anexo 4).

A recolha de informação é feita com base nos dados inscritos no programa Newsoft® 2.0 e nos meios auxiliares de diagnósticos captados no programa Dimaxis®.

Os dados dos pacientes observados durante o 1º e o 2º semestre, do ano letivo 2014/2015, são introduzidos numa base de dados feita em documento Microsoft Office Excel®2013 (Microsoft®, EUA), que permitirá a caracterização geral da amostra, e a análise dos pacientes por área curricular, sem critérios de exclusão.

A caracterização geral da amostra classifica cada paciente de acordo com: género, faixa etária, profissão, morada, número de escovagens diárias, utilização do fio dentário, número de dentes perdidos, hábitos alcoólicos e tabágicos e motivos da primeira consulta. São também contabilizados o número de atos efetuados como operador ou como assistente, e o total de atos assistidos pelo binómio 98.

A análise dos pacientes observados por Área Disciplinar inclui características comuns à caracterização geral da amostra no entanto, é também efetuado um registo específico por Área Disciplinar que engloba entre outros critérios: o diagnóstico, o tipo de tratamento efetuado, os materiais utilizados, BOP, IP, classe de Kennedy, divisão da condição pulpar em biopulpectomias e necropulpectomias e técnica cirúrgica.

O material utilizado inclui aquele protocolado para permitir a execução de cada ato clínico.

No relatório são enfatizados casos clínicos diferenciados, acompanhados de protocolos, fundamentação teórica, e reflexão autocrítica sobre os procedimentos. Para

gerir referências bibliográficas, utilizadas para elaboração da fundamentação científico-teórica, foi utilizado o programa Endnote® X7.

## **IV - RESULTADOS**



## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização Geral da Amostra

O gráfico 1 ilustra o número total de atos realizados em cada área disciplinar pelo binómio 98. A Prótese Removível, a Dentisteria e a Periodontologia são as áreas em que foram desenvolvidas o maior número de consultas. Em oposição, a Prótese Fixa, a Medicina Oral, a Ortodontia, e a Odontopediatria são as áreas em que foram observados menos pacientes pelo binómio. A Cirurgia Oral, a Endodontia, e a Oclusão apresentam valores intermédios relativamente ao nº de consultas efetuadas.

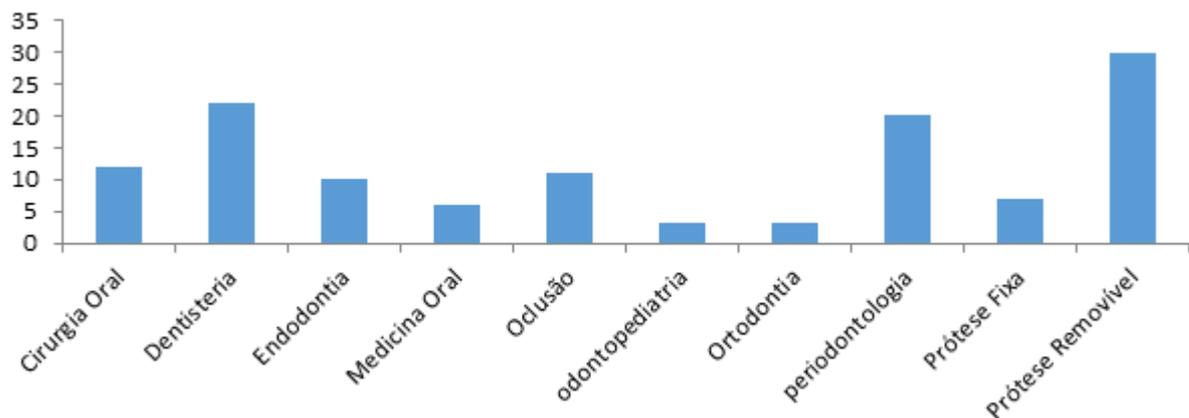
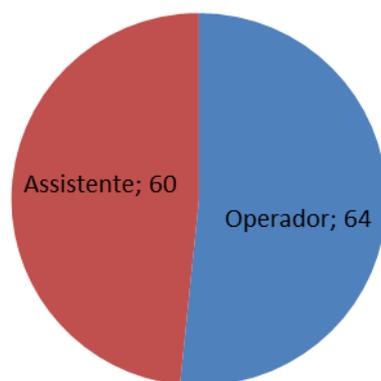


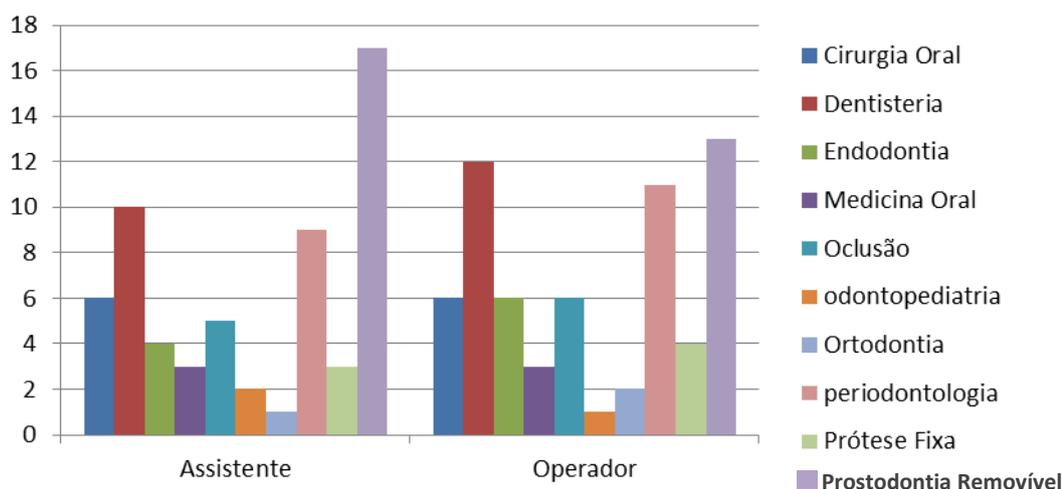
Gráfico 1 - Distribuição dos atos realizados por área disciplinar

Ao longo do período da fase de recolha de dados, foram observados pelo binómio, no total 124 pacientes, dos quais, a autora trabalhou como operadora 64 vezes e como assistente 60 vezes (gráfico 2)



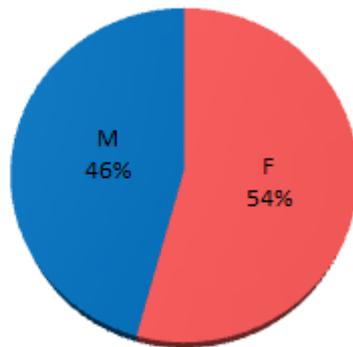
**Gráfico 2 - Distribuição dos atos como operador e assistente**

No gráfico 3, é ilustrada a distribuição dos atos que a autora realizou como operadora e como assistente em cada área disciplinar.

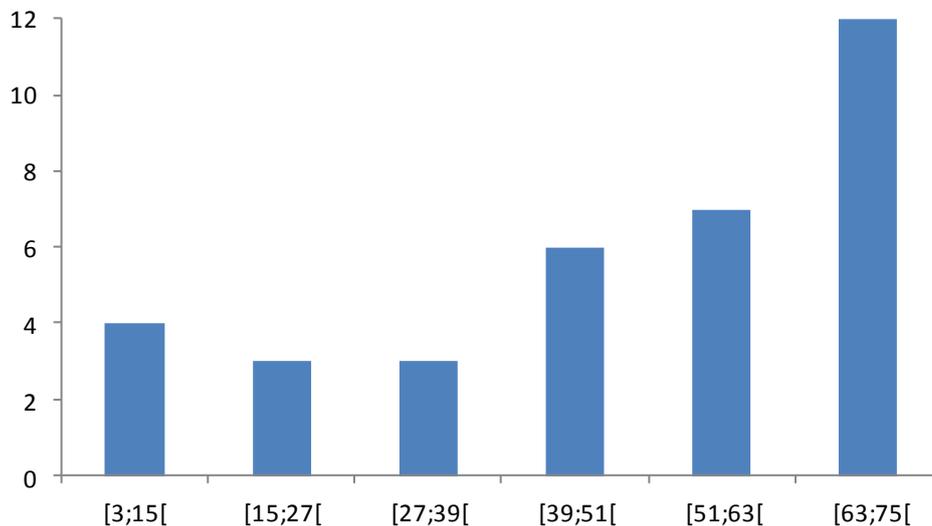


**Gráfico 3 - Distribuição dos atos realizados como operador e assistente, por área disciplinar**

No gráfico 4, está representada a distribuição dos pacientes por género. Verifica-se, que foram observados mais pacientes do género feminino relativamente ao género masculino. Quando analisada a distribuição dos pacientes pela faixa etária (gráfico 5), observa-se que o intervalo de idades dos 63 aos 75 anos apresenta o maior número de pacientes.

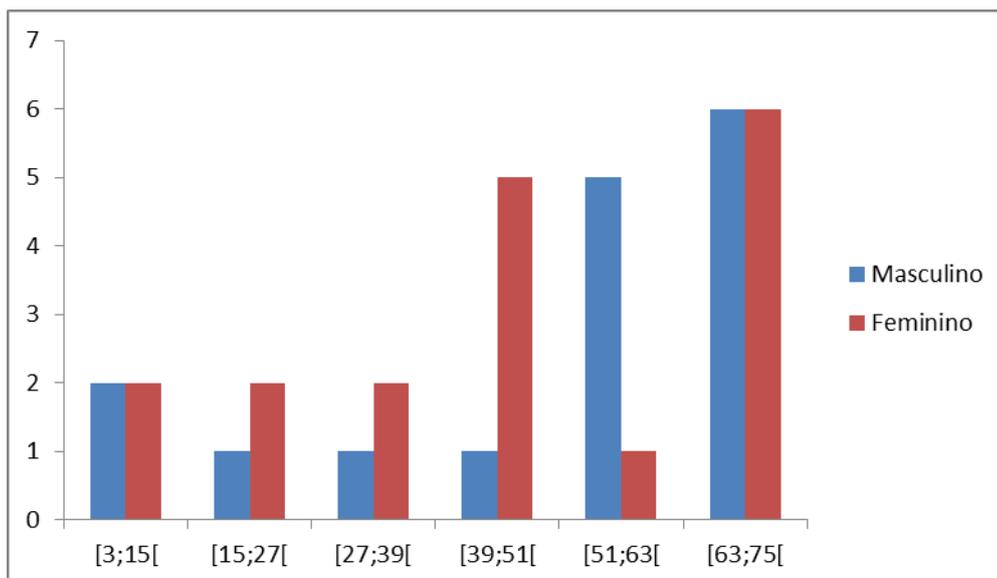


**Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por género**



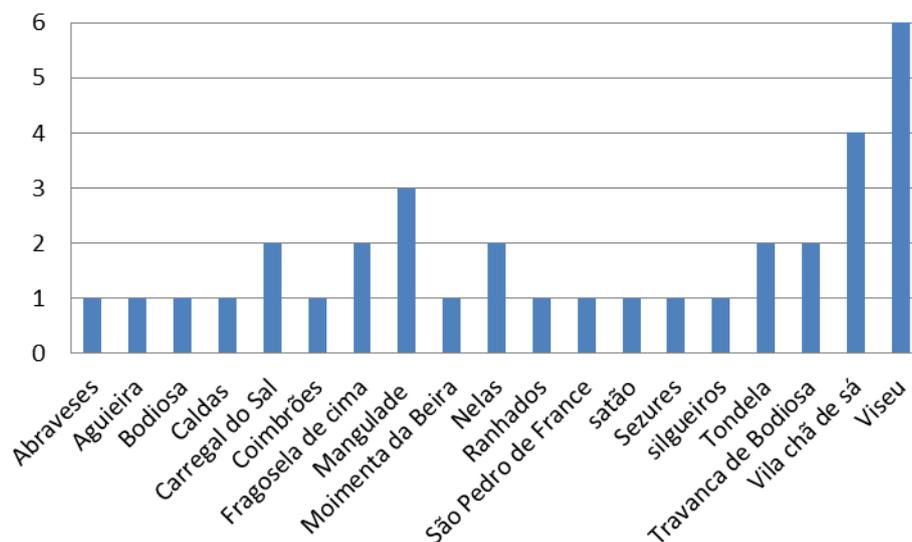
**Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes por faixa etária**

Na distribuição geral do número de pacientes por género e por faixa etária (gráfico 6) observa-se que, a faixa etária mais prevalente para ambos os géneros é entre os 63 e os 75 anos. Por outro lado, a faixa etária com menor número de pacientes, para o género feminino é entre os 51 e os 63 anos. Para o género masculino, os intervalos de idades entre os 15 e os 27, os 27 e 39 e os 39 e 51 anos apresentam igualmente o menor número de pacientes.



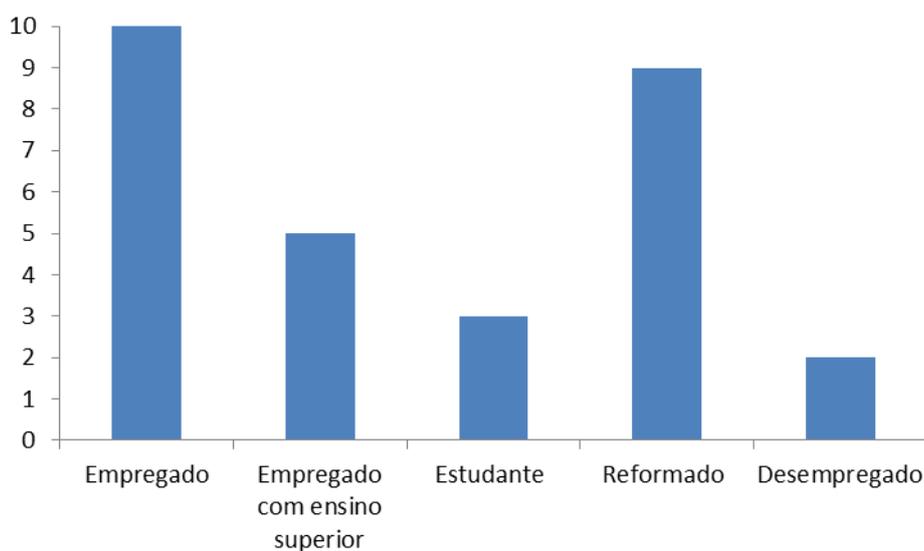
**Gráfico 6 - Distribuição geral do número de pacientes por género/por faixa etária**

No gráfico 7 encontra-se representada a distribuição dos pacientes pela respectiva morada.



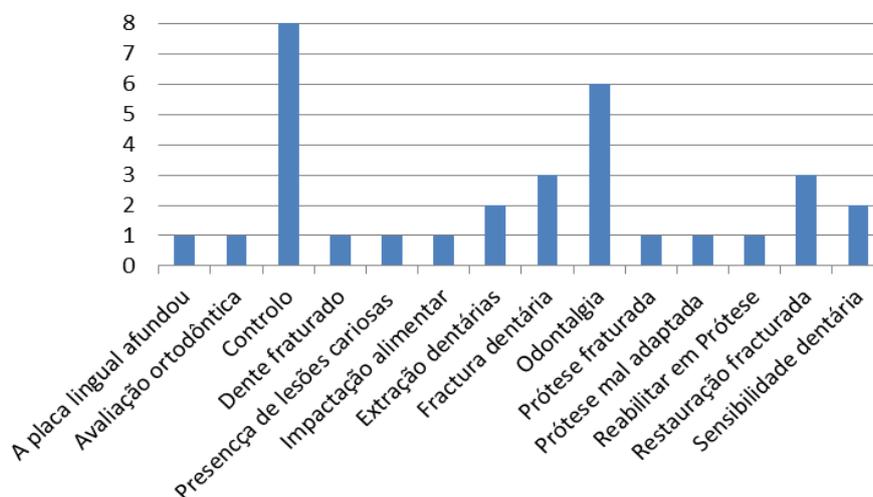
**Gráfico 7 - Distribuição pela morada da amostra**

No gráfico 8 observa-se a situação profissional dos pacientes observados pela autora. Verifica-se que poucos pacientes estão numa situação de desemprego, contudo, apenas cinco têm um nível de escolaridade correspondente ao ensino superior. Consta-se ainda que, nove pacientes se encontram reformados e três são estudantes.



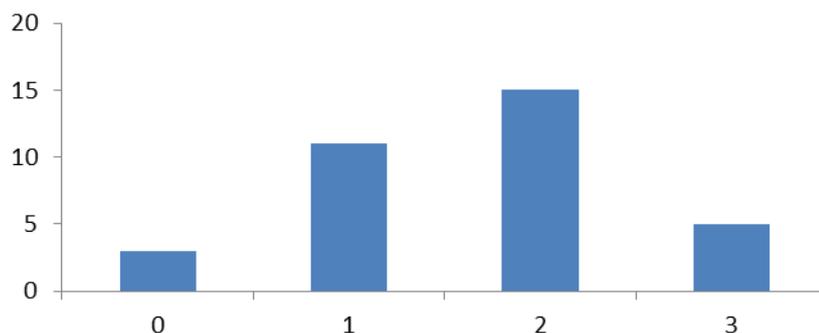
**Gráfico 8 - Situação profissional do total dos pacientes observados**

Para a elaboração da caracterização geral da amostra foram, analisados os motivos da primeira consulta, efectuada na clínica da Universidade Católica Portuguesa – CRB (Gráfico 9). Conclui-se que, os motivos principais que conduziram os pacientes à clínica universitária eram: controlo e odontalgia.

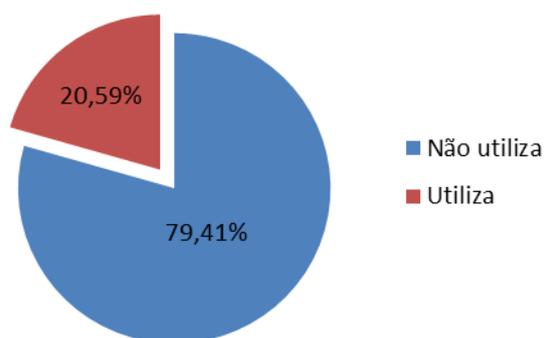


**Gráfico 9 - Motivo da primeira consulta do total de pacientes observados**

Durante o período de recolha foram também estudados os hábitos de higiene oral, do total dos pacientes observados pelo binómio 98. Constatou-se com um maior valor que, os pacientes escovam os dentes duas vezes ao dia (Gráfico 10). Relativamente à utilização do fio dentário verifica-se que a maior percentagem de pacientes não utiliza. (Gráfico 11).

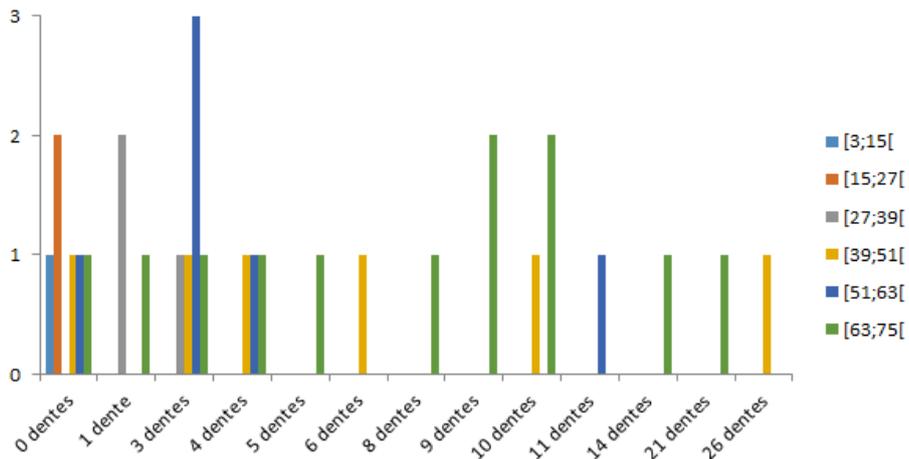


**Gráfico 10 -Número de escovagens dentárias efetuadas pelo total de pacientes observados**



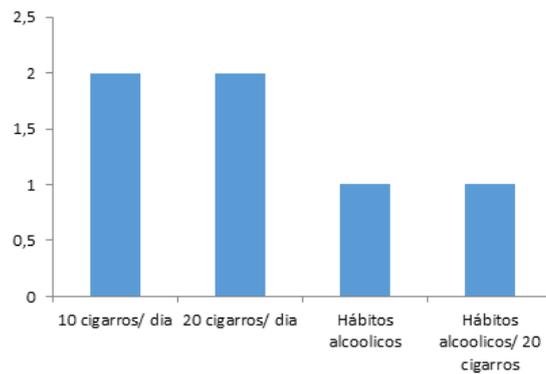
**Gráfico 11 -Percentagem de pacientes que utiliza fio dentário.**

O gráfico 12 ilustra o número de dentes perdidos por faixa etária. Verifica-se que a partir da faixa etária compreendida entre os 39 e os 51 anos assiste-se a uma maior perda de peças dentárias . A faixa etária com mais perdas dentárias é entre os 63 e 75 anos. Contudo, a paciente com mais dentes perdidos encontra-se na faixa entre os 39 e os 51 anos (26 dentes).



**Gráfico 12 - Número de dentes perdidos por faixa etária**

O gráfico 13 representa a presença de hábitos alcoólicos e tabágicos, no número total de pacientes observados pelo binómio 98.

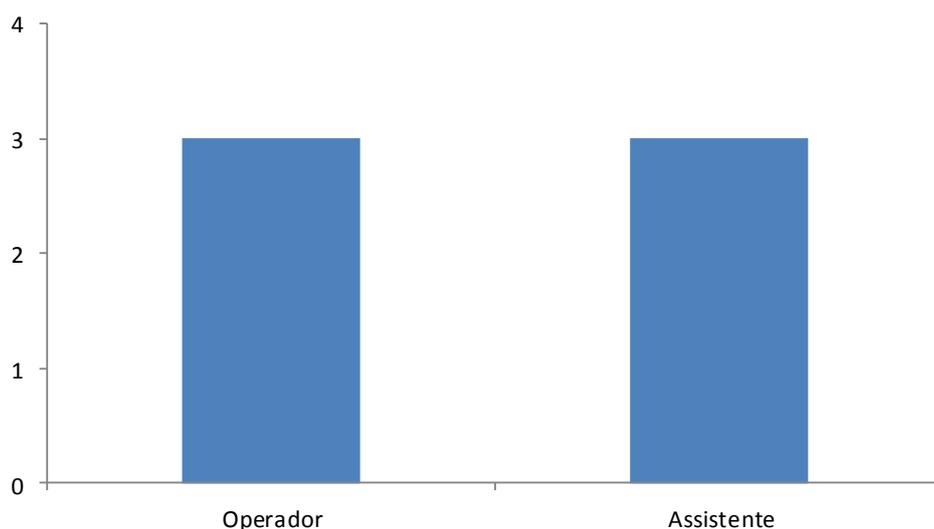


**Gráfico 13 - Hábitos alcoólicos e tabágicos presentes na amostra total**

## 4.2. Atividades desenvolvidas em cada Área Disciplinar

### 4.2.1. Medicina Oral

A Medicina Oral tem uma frequência semanal de duas horas. As consultas iniciam-se com o preenchimento da história clínica, que deve reunir todos os dados dos pacientes. O exame intra e extraoral é efetuado minuciosamente, de modo a registrar todo o tipo de alterações. Após a observação do paciente, e a análise da radiografia panorâmica realizada no início da consulta, é preenchido o odontograma e efetuado o plano de tratamento detalhado e individualizado. No total foram realizados seis atos na área de Medicina Oral. A autora trabalhou três vezes como operadora e três vezes como assistente (Gráfico 14).

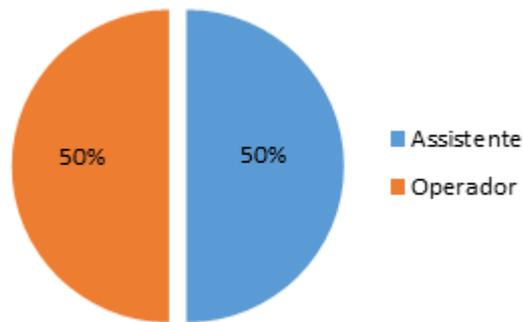


**Gráfico 14 - Distribuição dos atos realizados em Medicina Oral como operadora e assistente**

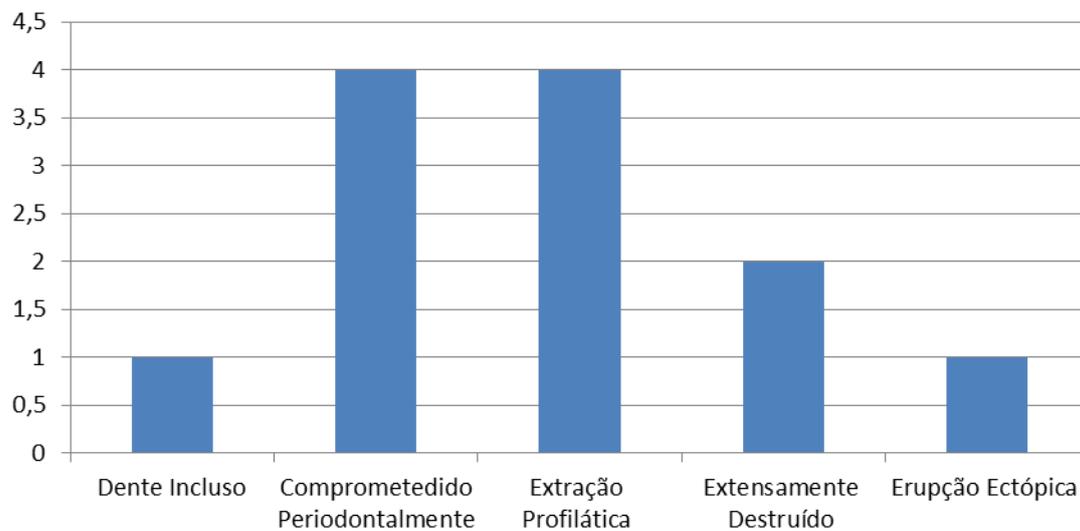
### 4.2.2. Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é lecionada semanalmente durante duas horas. Nesta área disciplinar foram efetuados no total 12 atos clínicos. A autora executou percentualmente 50% das consultas como operadora, e 50% dos atos trabalhou como assistente (Gráfico 15). A partir da análise gráfica constata-se que, os motivos que conduziram à extração são maioritariamente devido, à existência de mobilidade dentária provocada pelo comprometimento periodontal, e por extração profilática (Gráfico 16). A técnica utilizada

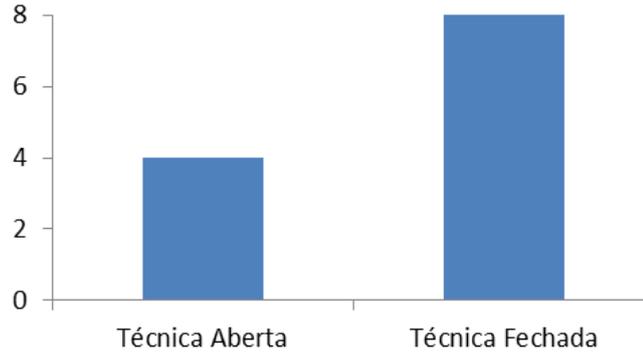
nas exodontias pode ser fechada ou aberta. Pelo binómio 98 foram executadas oito cirurgias recorrendo à técnica fechada e quatro exodontias através da técnica aberta. (Gráfico 17).



**Gráfico 15 -Distribuição percentual dos atos realizados em Cirurgia Oral como operador e assistente**



**Gráfico 16 -Motivos das exodontias efetuadas pelo binómio 98**

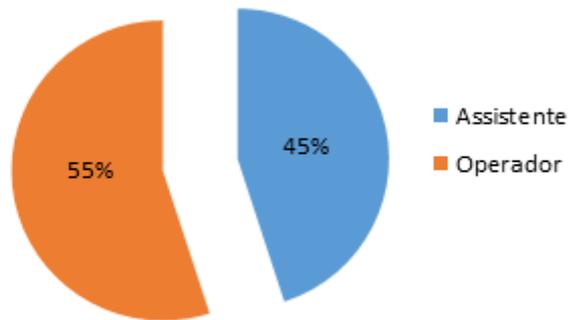


**Gráfico 17 - Número de exodontias efetuadas através da técnica fechada e aberta**

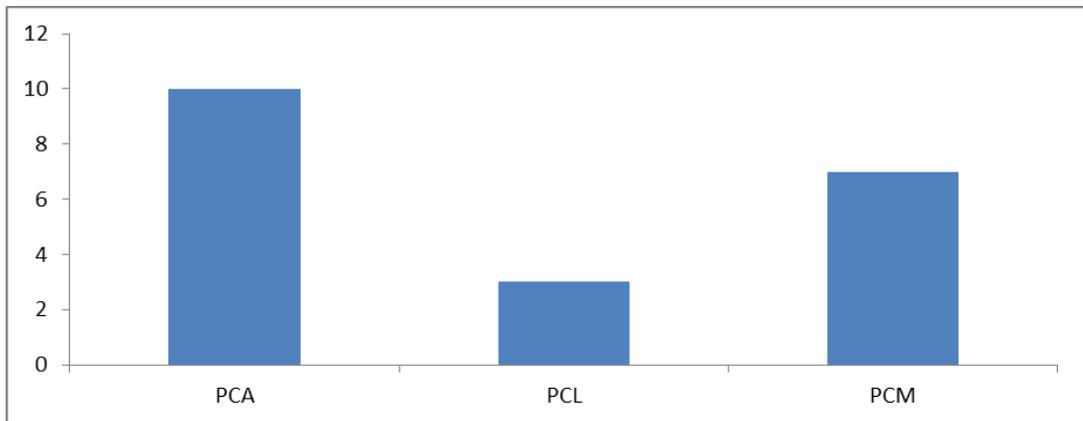
#### **4.2.2. Periodontologia**

A Periodontologia tem uma frequência semanal de 2 horas. Durante as consultas é efetuado o preenchimento do periodontograma de acordo com a sondagem periodontal e a observação intraoral.

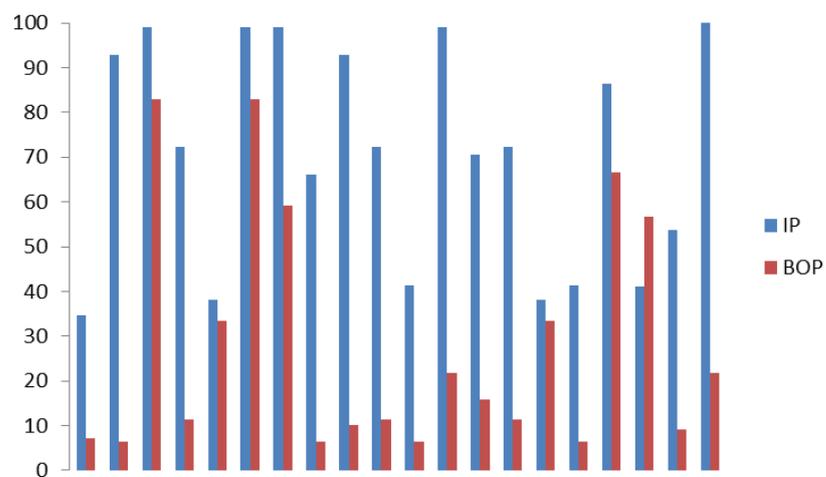
No total foram efetuadas 20 consultas, das quais percentualmente a autora trabalhou como operadora 55% das vezes e assistiu um total de 45% das consultas (Gráfico 18). O diagnóstico predominante foi Periodontite Crónica Avançada, seguido de Periodontite Crónica Moderada. Apenas em três pacientes o diagnóstico foi Periodontite Crónica Leve (Gráfico 19). Quando analisados os valores de Índice de Placa verifica-se que a maioria dos pacientes apresenta valores elevados. No entanto, não se verifica em todos os pacientes uma relação estreita entre os valores registados de IP e o Índice de Hemorragia à Sondagem (Gráfico 20). Relativamente ao tipo de trabalhos desenvolvidos durante as consultas foram efetuadas pelo binómio destarizações, consultas de controlo e consultas de Raspagens e Alisamento Radicular. Além disso, foram também executadas as seguintes cirurgias: frenectomia por motivos ortodônticos e alongamento coronário com retalho reposicionado apicalmente com osteotomia, devido à presença de uma lesão de cárie infra-gengival.



**Gráfico 18 - Distribuição dos atos realizados em Periodontologia como operador e assistente**



**Gráfico 19 - Distribuição dos atos realizados e patologia Periodontologia**



**Gráfico 20 - Relação IP e BOP da amostra**

### 4.2.3. Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória tem uma periodicidade de 3 horas semanais. No total foram efetuadas 22 consultas, das quais percentualmente a autora trabalhou como operadora 55% das vezes e assistiu um total de 45% das consultas (Gráfico 21). O diagnóstico foi essencialmente lesões de cárie e lesões físicas (abrasão, abfracção, erosão e atrição) (Gráfico 22). Relativamente ao tipo de classes de Black efetuadas durante o tratamento observa-se que, de acordo com o gráfico 23, foram-maioritariamente classes II.

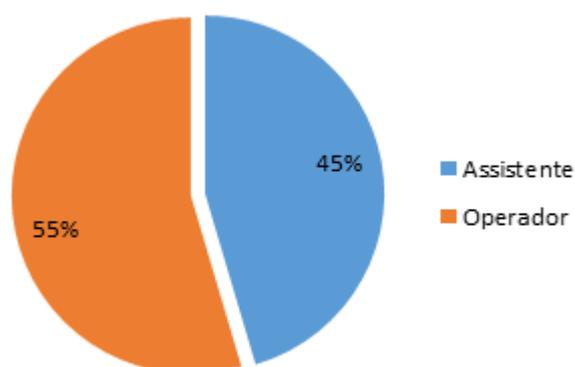


Gráfico 21 - Distribuição percentual dos atos realizados em Dentisteria Operatória como operador e assistente

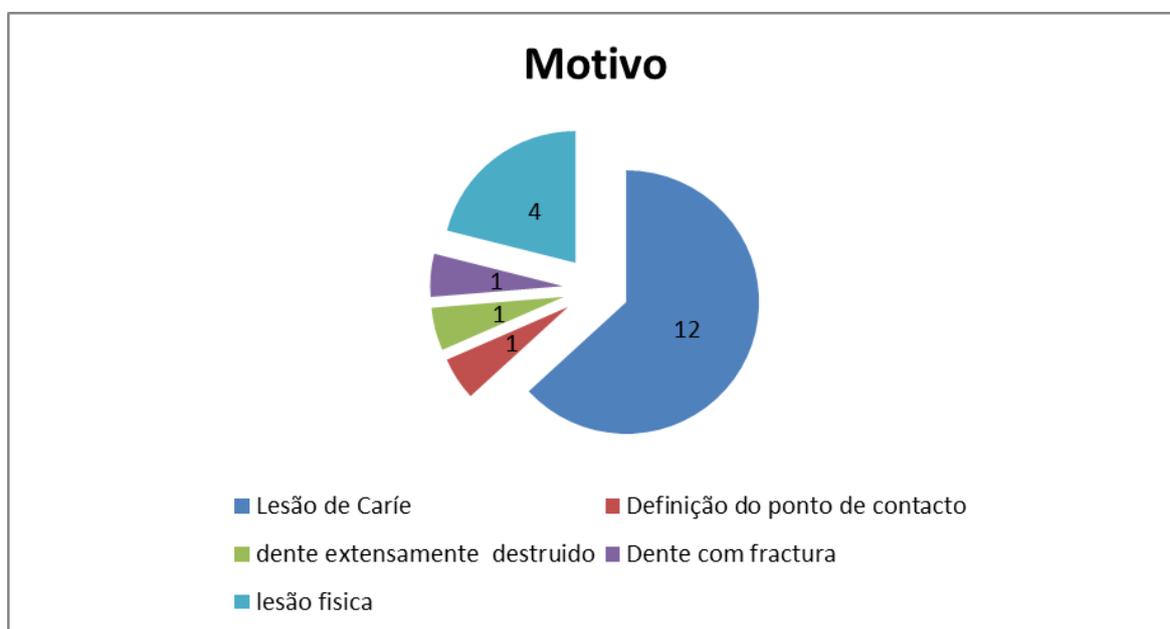
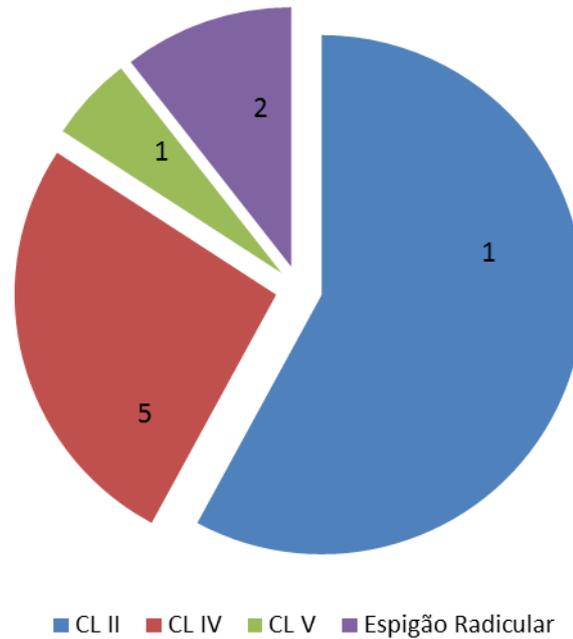


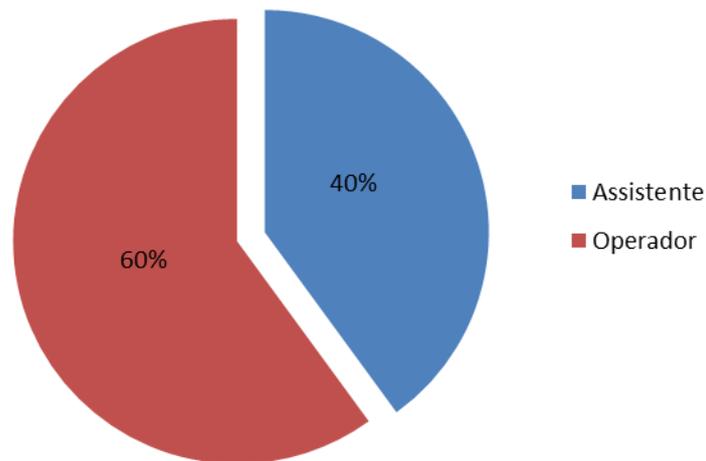
Gráfico 22 - Diagnóstico dos atos realizados em Dentisteria Operatória



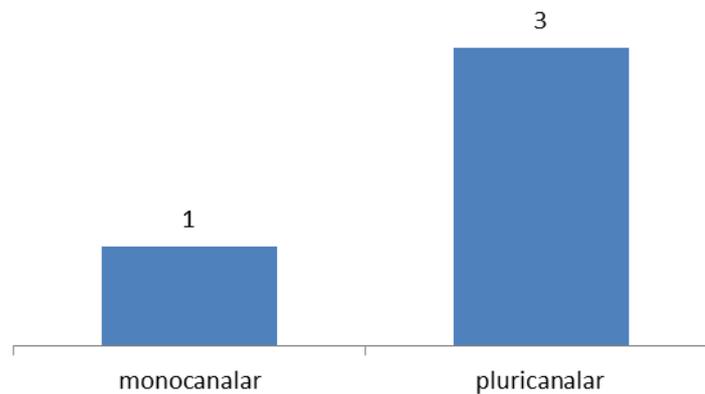
**Gráfico 23 - Tipo de tratamento efetuado em Dentisteria Operatória pelo Binómio**

#### **4.2.4. Endodontia**

A Endodontia apresenta uma frequência semanal de 3 horas. As aulas ocorrem em ambiente clínico e pré-clínico, de acordo com a marcação de pacientes. Os atos correspondem ao número de sessões realizadas para efetuar o tratamento endodôntico de um dente. No total foram efetuados 10 atos, das quais percentualmente a autora trabalhou como operadora 60% das vezes e assistiu um total de 40% das consultas (Gráfico 24). O binómio tratou 3 dentes multicanalares (pluricanalares) e um dente monocanal. (Gráfico 25). Do total de dentes tratados em Endodontia apenas se verificou uma biopulpectomia, sendo os restantes necropulpectomias.



**Gráfico 24 - Distribuição percentual dos atos realizados em Endodontia como operador e assistente**

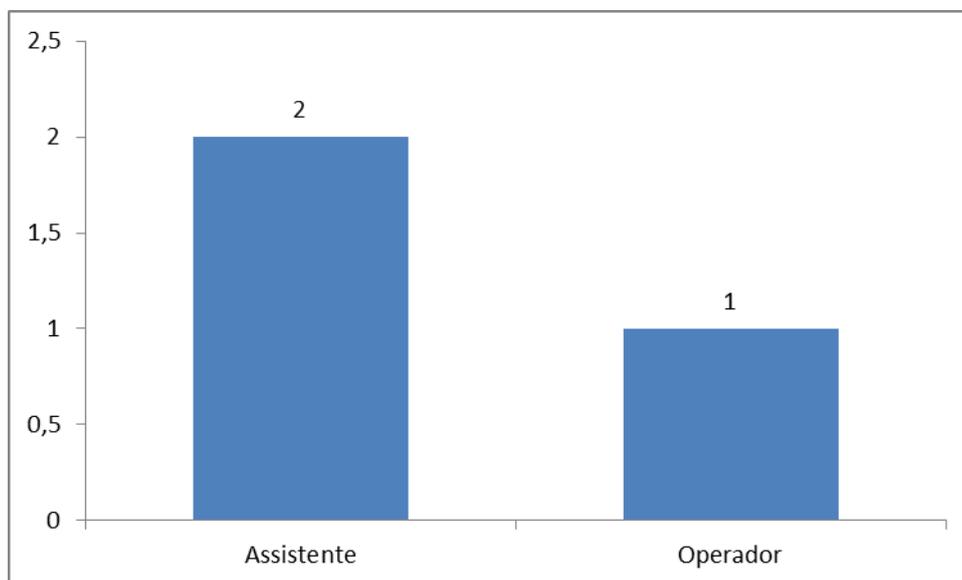


**Gráfico 25 - Número de canais em cada dente tratado pelo binómio**

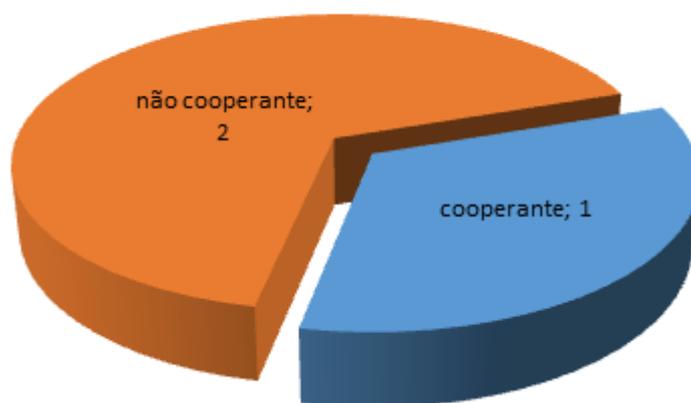
#### **4.2.5. Odontopediatria**

A Odontopediatria tem uma frequência de 2 horas semanais. Os pacientes observados nesta área disciplinar tem idades inferiores a 16 anos. O binómio efetuou no total 3 atos dos quais, a autora trabalhou uma vez como operadora e assistiu dois atos (Gráfico 26). A nível de tratamento, foram realizadas duas limpezas de lesões de cárie e uma exodontia.

Verificou-se a cooperação da criança em um ato. Nos restantes atos a criança não cooperou com o binómio (Gráfico 27).



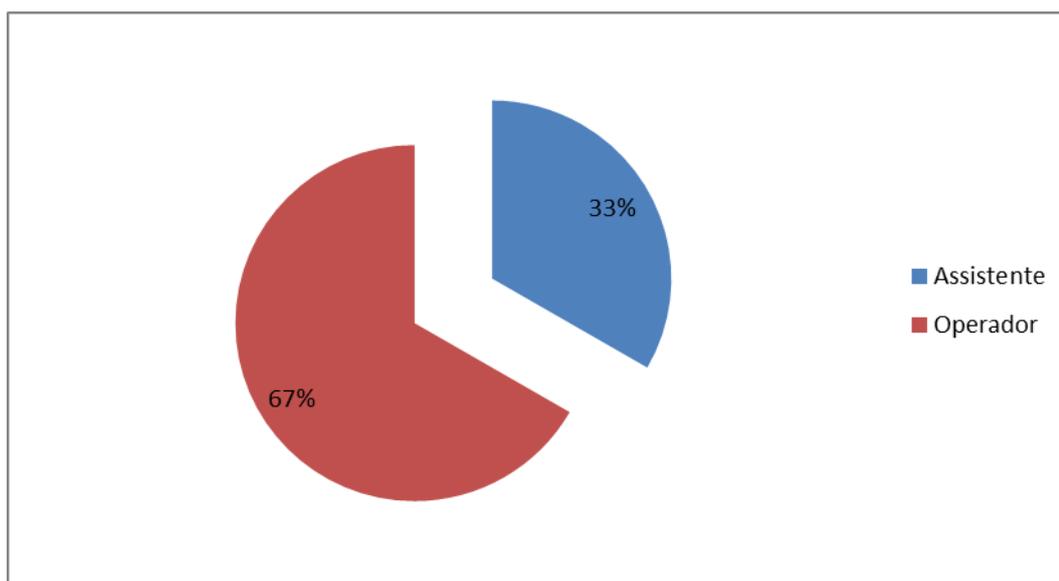
**Gráfico 26 - Distribuição dos atos realizados em Odontopediatria como operador e assistente**



**Gráfico 27 - Cooperação das crianças durante os atos realizados pelo binómio**

#### 4.2.6. Ortodontia

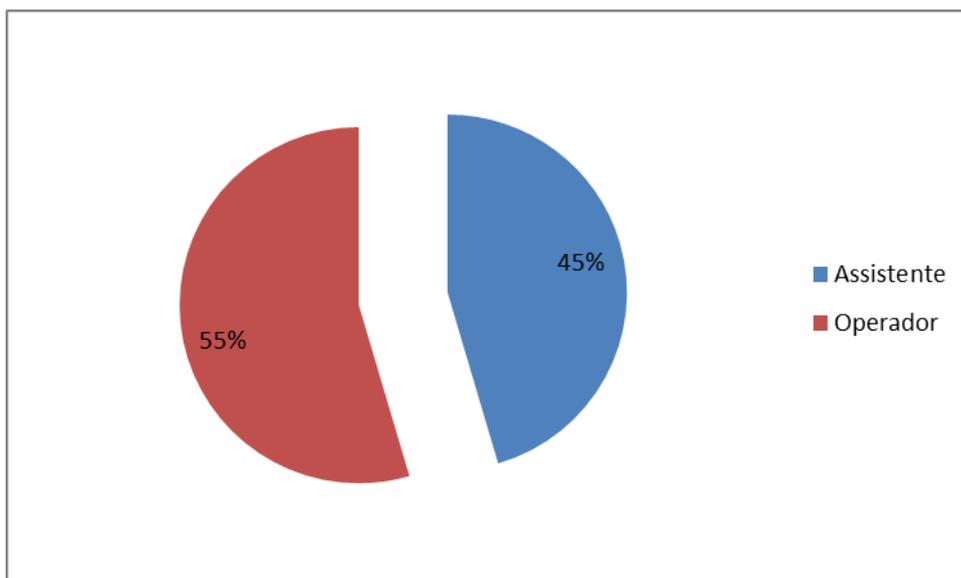
A Ortodontia tem uma frequência de 2 horas semanais. O binómio efetuou no total 3 atos dos quais, a autora trabalhou uma vez como operadora e assistiu dois atos clínicos (Gráfico 28). As consultas basearam-se, no acompanhamento de uma criança para colocação de uma placa de Hawley com plano de mordida horizontal.



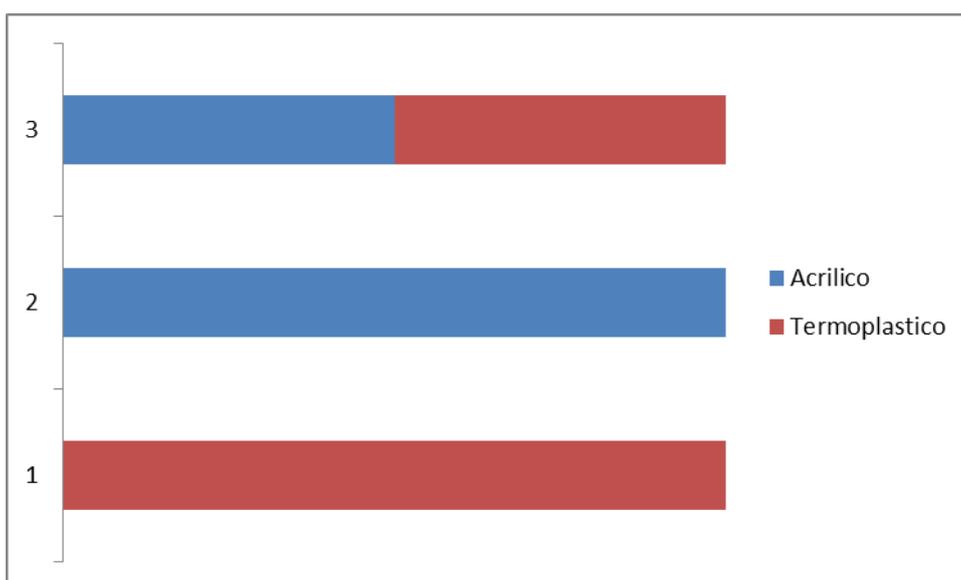
**Gráfico 28 - Distribuição percentual dos atos realizados em Ortodontia como operador e assistente**

#### 4.2.7. Oclusão

A Oclusão tem uma periodicidade de 2 horas semanais. No total, foram efetuadas 11 consultas, das quais a autora trabalhou como operadora 6 vezes e assistiu um total de 5 consultas (Gráfico 29). O binómio elaborou no total 3 goteiras de relaxamento com diferentes materiais: uma goteira de acrílico, uma goteira de material termoplástico, e uma goteira de material termoplástico revestido por acrílico (Gráfico 30).



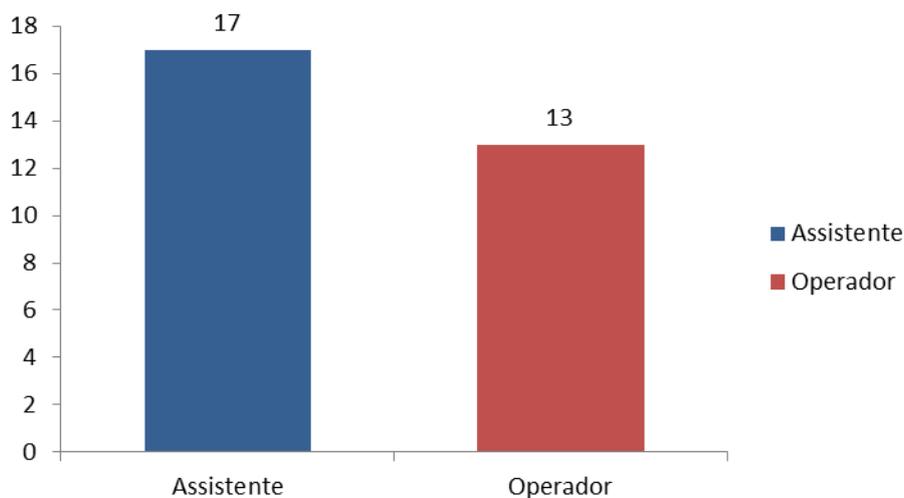
**Gráfico 29 - Distribuição percentual dos atos realizados em Oclusão como operador e assistente**



**Gráfico 30 - Materiais utilizados nas goteiras elaboradas pelo binómio**

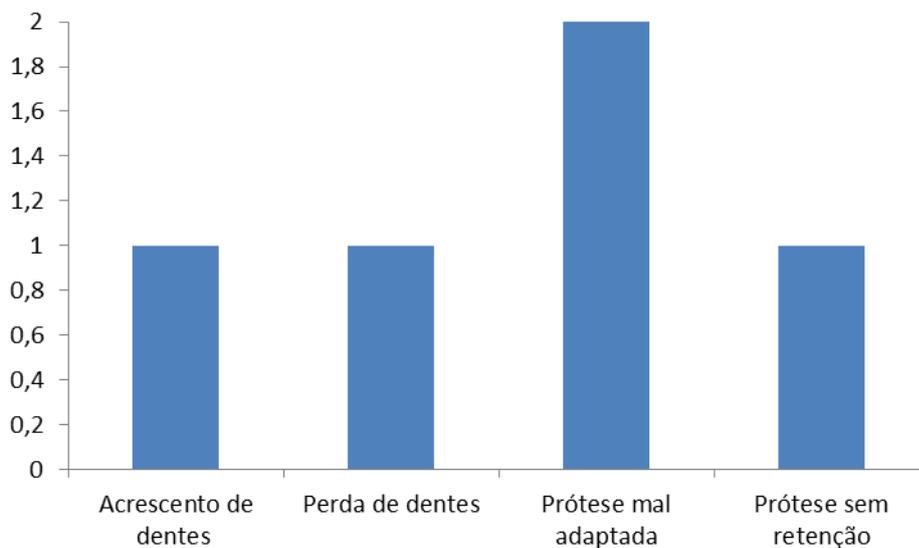
#### **4.2.8. Prostodontia Removível**

A Prostodontia Removível é lecionada semanalmente com uma duração de 4 horas. No total foram efetuadas 30 consultas pelo binómio, das quais a autora trabalhou como operadora 13 vezes e assistiu um total de 17 consultas (Gráfico 31).

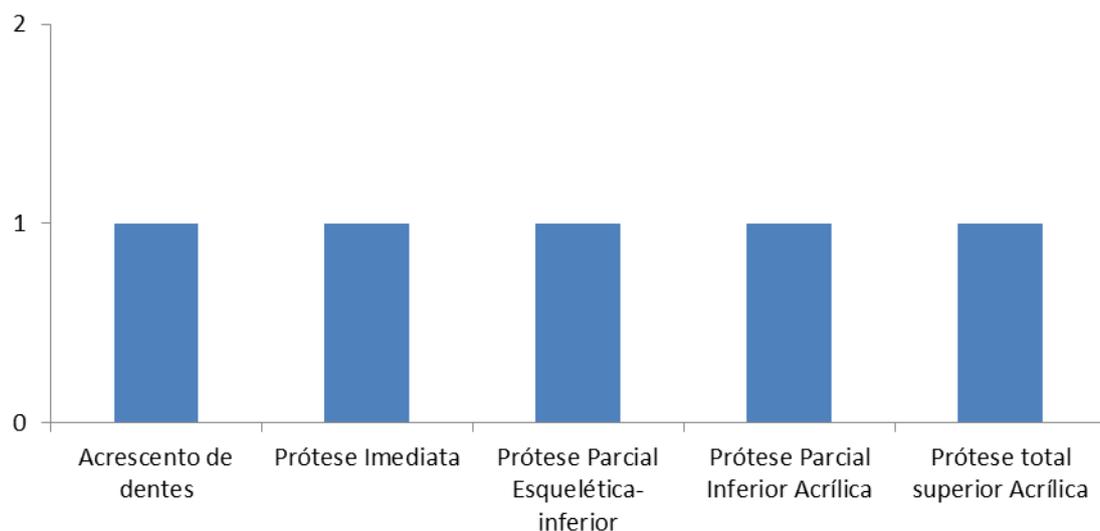


**Gráfico 31 - Distribuição percentual dos atos realizados em Prostodontia Removível como operador e assistente**

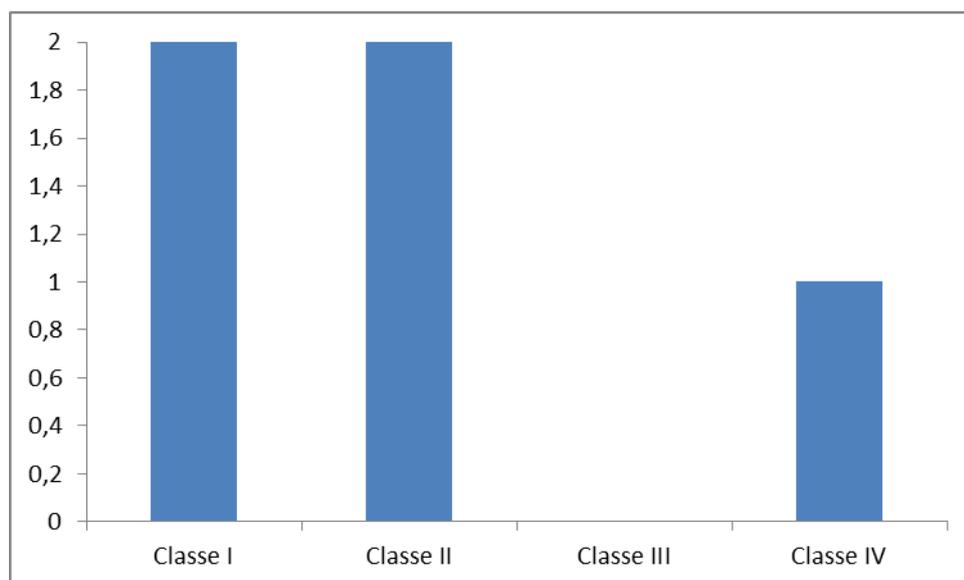
De acordo com os dados recolhidos, verifica-se que, o principal motivo que conduziu os pacientes à consulta de Prostodontia Removível, é a ausência de adaptação da prótese. (Gráfico 32) O binómio não realizou nenhuma reabilitação total das duas hemiarcadas. Foi efetuada uma prótese parcial inferior acrílica, uma prótese total superior acrílica e uma prótese parcial inferior esquelética (Gráfico 33). Relativamente às classes de Kennedy, os pacientes observados pelo binómio, apresentavam na sua maioria classe I e classe II. (Gráfico 34).



**Gráfico 32 - Motivo das consultas dos pacientes observados pelo binómio**



**Gráfico 33 - Tipo de trabalhos na área de Prostodontia Removível desenvolvidos pelo binómio**

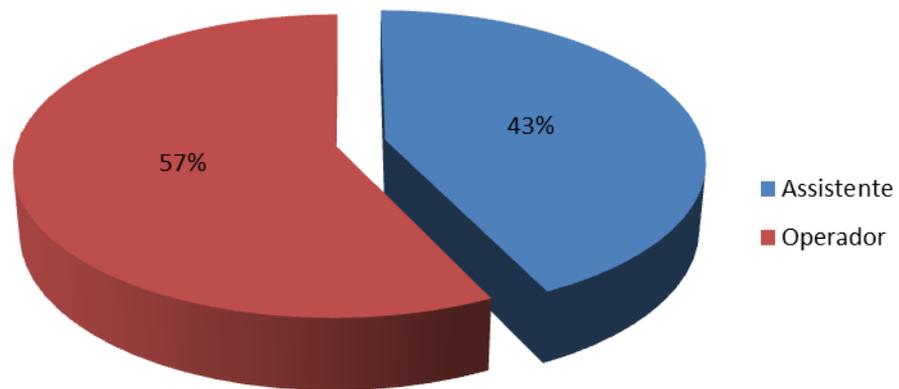


**Gráfico 34 - Classes de Kennedy observadas na amostra**

#### **4.2.9. Prostodontia Fixa**

A Prostodontia Fixa apresenta uma frequência semanal de 4 horas. No total foram efetuadas 7 consultas pelo binómio, das quais a autora trabalhou como operadora 4 vezes e

assistiu um total de 3 consultas (Gráfico 35). As consultas efetuadas na área de Prostodontia Fixa basearam-se na realização de controlos de pontes realizadas anteriormente na clínica universitária, numa primeira consulta de avaliação, numa prova de infraestrutura e num controlo de uma coroa unitária pós cimentação. Não foi realizado nenhum tipo de reabilitação com prótese fixa pelo binómio.



**Gráfico 35 - Distribuição percentual dos atos realizados em Prostodontia Fixa como operador e assistente**

## **V - DISCUSSÃO**



## 5. Discussão

Constata-se a partir dos resultados obtidos que, a autora observou ao longo do período da fase de recolha de dados (de 8 de Setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015) 124 pacientes, dos quais, trabalhou como operadora 64 vezes e assistiu 60 atos clínicos. O maior número de atos foi desenvolvido na área disciplinar de Prostodontia Removível (30 atos). Em oposição, as áreas em que se verificaram um menor número de atos correspondem à disciplina de Odontopediatria (3 atos) e Ortodontia (3 atos). Esta discrepância pode ser explicada com base na idade dos pacientes. O horário das consultas das diversas áreas disciplinares também influencia ao comparecimento às mesmas. No entanto, é ainda necessário considerar que, a comparência das crianças às consultas depende da informação que os pais detêm sobre a importância de visitar regularmente o médico - dentista em idades precoces.

Por outro lado, foram elaboradas pelo binómio, três reabilitações com Prótese Parcial Removível, sendo que cada reabilitação compreende no mínimo 6 atos: consulta de avaliação pré-protética, preparação pré-protética e impressões definitivas, prova de esqueleto e registo intermaxilar, prova de dentes, inserção da prótese e controlo. Deste modo, com apenas 6 doentes pediátricos e com o maior número de atos na área de Prostodontia Removível, onde é comum encontrar doentes mais idosos, observa-se que, a idade com o intervalo dos 63 aos 75 anos apresenta o maior número de pacientes.

Relativamente ao género dos pacientes, observou-se com maior predominância o género feminino (54%) em relação ao género masculino (46%). Esta diferença pode ser explicada pelo facto das mulheres serem mais preocupadas com a saúde e a estética.

Relativamente à morada, os pacientes que frequentam a clínica da Universidade Católica Portuguesa – CRB, são predominantemente das freguesias pertencentes à região de Viseu.

De acordo com a amostra verifica-se ainda que, o maior número de pacientes se encontra empregado, contudo a maioria não apresenta um nível de escolaridade correspondente ao ensino superior.

O motivo da consulta pelo qual o paciente se dirige pela primeira vez à clínica universitária é um dos registos efetuados no decorrer da História Clínica. Relativamente à

amostra recolhida pela autora verifica-se que, os pacientes observados pelo binómio 98 assinalam como principais motivos, a odontalgia e o controlo da saúde oral. A sensibilidade dentária, bem como a fratura dentária ou da restauração, são também fatores predominantemente apontados.

Na amostra foram também estudados, os hábitos de higiene oral dos pacientes observados pelo binómio 98. Verifica-se que, apenas 3 pacientes não escovam os dentes diariamente, sendo que a maioria dos pacientes afirma escovar os dentes 2 vezes ao dia. A utilização de fio dentário foi também observada tendo sido possível concluir que 79,41% dos pacientes não utiliza fio dentário. Em oposição, apenas 20,59% utiliza fio dentário.

Quando observados os valores dos dentes perdidos por faixa etária verifica-se que, apenas 6 pacientes não perderam dentes, sendo que, 3 dos quais tem idades inferiores a 27 anos. Assiste-se a uma maior perda de peças dentárias a partir da faixa etária compreendida entre os 39 e os 51 anos e a faixa etária com mais perdas dentárias ocorre entre os 63 e 75 anos. No entanto é de salientar que o paciente com mais dentes perdidos encontra-se na faixa entre os 39 e os 51 anos (26 dentes). A autora considera que, a maior perda de dentes em idades avançadas é uma situação previsível mediante diversos factores. Existe uma acumulação de efeitos negativos ao longo dos anos devido à ausência, ou ao baixo nível de cuidados de higiene oral que desencadeia a perda de suporte dentário, o desenvolvimento de doença periodontal, o desenvolvimento de lesões de cárie e o aparecimento de outras patologias que envolvem a cavidade oral. <sup>(29)</sup>

Por outro lado, com o avançar da idade há um aumento no que diz respeito à administração de fármacos. A medicação pode desencadear efeitos secundários a nível da saúde oral conduzindo ao agravamento da mesma. A presença de alterações sistémicas, verificadas mais predominantemente em pacientes idosos, também afecta a condição oral. Como factor agravante, há ainda que se considerar os recursos económicos baixos da população idosa em Portugal. <sup>(29-31)</sup>

Relativamente ao Índice de Placa a maioria dos pacientes apresenta valores elevados. Na avaliação dos valores de IP e do BOP verifica-se que não existe uma relação de proporcionalidade direta para todos os pacientes observados pelo binómio 98. Esta ausência de proporcionalidade pode ser explicada pela diferente pressão que é efetuada no momento da sondagem periodontal dos tecidos. A autora considera que o facto anteriormente descrito poderia ser contrariado através da utilização de uma sonda

periodontal de alta precisão, por exemplo: Florida Probe®. A aplicação de uma força constante permitiria alcançar valores de diagnóstico mais próximos da realidade. Por outro lado, em pacientes fumadores pode verificar-se uma reduzida hemorragia à sondagem mesmo perante um elevado índice de placa, dado o efeito vasoconstritor da nicotina. Contudo, este último ponto não é extremamente considerável dado o número reduzido de pacientes da amostra com hábitos tabágicos.

Quando comparadas as áreas disciplinares em relação ao número de atos, a Dentisteria Operatória aparece na segunda posição depois da Prostodontia Removível e é seguida pela Periodontologia. Na área de Dentisteria Operatória foram efetuadas no total 22 consultas, em que o diagnóstico predominantemente foi lesões de cárie e lesões físicas. Relativamente ao tipo de classes de Black, efetuadas durante o tratamento, observa-se que se realizaram em maior número classes II (14), seguidas de classes IV (5) e da colocação de espigões (2). Foi efetuada apenas uma classe V e nenhuma classe I.

Na área de Periodontologia Oral foram executadas no total 20 consultas, das quais, o diagnóstico predominante foi Periodontite Crónica Avançada, seguido de Periodontite Crónica Moderada. Apenas em três pacientes o diagnóstico foi Periodontite Crónica Leve, e nenhuma gengivite foi tratada pelo binómio. Os atos em Periodontologia Oral consistiram em: destartarizações, consultas de controlo, e consultas de Raspagens e Alisamento Radicular. Além disso, foram também realizadas duas cirurgias. A autora participou como assistente, na execução de uma frenectomia labial por motivos ortodônticos, e na realização de um alongamento coronário com retalho reposicionado apicalmente com osteotomia, devido à presença de uma lesão de cárie infra-gengival, posteriormente tratada em Dentisteria Operatória. A propósito da frenectomia labial realizada, foi elaborado um póster científico.

As áreas de Prostodontia Fixa e Medicina Oral foram, depois das áreas de Ortodontia e Odontopediatria, as disciplinas em que se observou um menor número de pacientes. O reduzido número de atos em Medicina Oral (6) é explicado possivelmente pelo horário das consultas. Por outro lado, em Prostodontia fixa observaram-se somente sete pacientes, sendo que, as consultas efetuadas basearam-se em: realização de controlos de pontes realizadas anteriormente na clinica universitária, uma primeira consulta de avaliação, numa prova de infraestrutura e um controlo de uma coroa unitária pós cimentação. Sendo que não foi realizado nenhum tipo de prótese fixa pelo binómio. A discrepância de atos observada em relação a outras áreas, considera a autora que se deve a

motivos económicos uma vez que, quando apresentados orçamentos, os pacientes optaram por uma reabilitação removível ao invés de fixa.

A Cirurgia Oral, a Oclusão e a Endodontia, apresentam valores intermédios relativamente ao número de consultas efetuadas. Em Cirurgia Oral foram efetuados no total 12 atos. Sendo que, os motivos que conduziram à extração dentária são maioritariamente devido à existência de mobilidade dentária provocada pelo comprometimento periodontal, ou extração profilática. Relativamente à técnica utilizada na execução das exodontias, foram realizadas 8 cirurgias recorrendo à técnica fechada e 4 exodontias através da técnica aberta. Através da técnica aberta foi efetuada uma exodontia de um canino incluso, sobre a qual foi elaborado um póster científico.

Em Oclusão foram executados 11 atos e em Endodontia apenas 10, sendo que nesta última, os atos correspondem ao número de sessões realizadas para efetuar o tratamento endodôntico de um dente.

No balanço de toda atividade clínica efetuada pela autora, apresentada sob a forma de resultados e discutida, é necessário ter em consideração que o encaminhamento dos pacientes para as diferentes áreas, resulta da execução de um plano de tratamento prévio, individualizado, e minucioso, sendo que um plano de tratamento preciso, é determinado por uma anamnese organizada e completa, um exame físico detalhado, e um diagnóstico correto.<sup>(25, 27)</sup> Assim, o seguimento das consultas de um determinado paciente tem um sentido lógico. Inicialmente são efetuados os tratamentos de caráter urgente. Na ausência da necessidade de procedimentos com urgência no paciente adulto, este deve ser encaminhado para a área de Periodontologia Oral. As consultas na área de Periodontologia são essenciais na medida que permitem controlar situações de doença periodontal. Após alcançada a estabilização ao nível dos tecidos de suporte dentário é possível a reabilitação do paciente nas diferentes áreas

Deste modo, os resultados obtidos e discutidos pela autora resultam da observação dos pacientes, aos quais previamente foi elaborado um plano de tratamento individual e em consonância, o encaminhamento a nível multidisciplinar.

# **VI-ATOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS**



## **6. Atos Clínicos diferenciados**

# **Área Disciplinar: Dentisteria Operatória**

### **6.1 - Espigão radicular e restauração a compósito do dente 3.4.**

#### **6.1.1. Descrição do caso clínico:**

Paciente do sexo feminino, 70 anos, ASA I, não fumadora, motivada e colaborante, compareceu à consulta de Dentisteria Operatória da Universidade Católica Portuguesa - CRB, encaminhada da área de Endodontia, para restauração da coroa do dente 3.4. Na consulta de Dentisteria Operatória foi proposta a colocação de um espigão intra canal em fibra de vidro, e posterior restauração direta com compósito.

#### **6.1.2. Protocolo para colocação do espigão**

- Exame radiográfico para avaliação do dente extensamente destruído:
  - 1) Avaliação da qualidade da obturação;
  - 2) Avaliação da condição Periapical;
  - 3) Avaliação do comprimento da radicular;
  - 4) Avaliação do remanescente dentário.

- Procedimento Clínico adotado para colocação de espigões:
  - Desobturação do canal com recurso a brocas de Gates.
    - Preservar 3-4mm apicais
    - Preparação do canal com broca calibrada para o espigão a utilizar
    - Teste do espigão no canal e análise radiográfica
    - Corte do espigão
    - Condicionamento ácido nas paredes do canal, câmara e estrutura dentária remanescente
    - Aplicação do sistema adesivo no espigão e no canal.
    - Aplicação de silano no espigão.
    - Colocação de cimento resinoso.
    - Inserção do espigão no canal no canal com ajuda de um Lêntulo.

### **6.1.3. Protocolo da Restauração a compósito**

- Seleção da cor;
- Anestesia Infiltrativa e colocação do isolamento absoluto;
- Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35% (15-30 segundos)
- Lavagem da cavidade e exsicar ligeiramente dentina e esmalte remanescente
- Aplicação de camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Polimerização por 20 segundos
- Aplicação de segunda camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Polimerização de 40segundos
- Uso de compósito A3
- Polimerização entre cada camada de 20seg e final de 40seg

- Remoção do isolamento absoluto e teste da oclusão com papel articular
- Polimento da restauração
- Instrução e Motivação Higiênica

#### 6.1.4. Meios Auxiliares de Diagnóstico



Figura 1 - Ortopantomografia

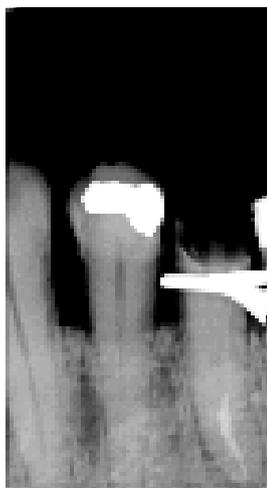


Figura 2 – Radiografia Periapical inicial



Figura 3 – Radiografia Periapical final



Figura 4 – Fotografia intraoral inicial



Figura 5 – Fotografia intraoral final

### **6.1.5. Discussão**

Paciente motivada e cooperante contudo, o prognóstico do tratamento é razoável uma vez que o dente 3.4 se encontrava extensamente destruído, a paciente tem uma pobre higiene oral, e exerce elevadas cargas mastigatórias, apesar do oponente ser uma Prótese Removível. Radiograficamente consta-se que se preservaram 3-4 mm apicais de gutta - percha, o espigão introduzido no canal serviu de meio de retenção à extensa restauração, e o ponto de contacto distal foi corretamente estabelecido. Por outro lado, verifica-se a ausência do ponto de contacto mesial, que foi posteriormente corrigido. Perante análise fotográfica verifica-se que a anatomia está ligeiramente alterada. Optou-se por não dar a anatomia oclusal adequada dado o intenso desgaste oclusal dos dentes adjacentes. A anatomia correta comprometeria a restauração.

Em reabilitações dentárias de dentes extensamente destruídos, com tratamento endodôntico, os espigões de fibra de vidro são cada vez mais uma opção. Comparativamente às técnicas indiretas com falsos cotos fundidos apresenta vantagens como: o custo, o tempo de cadeira reduzido, e menos invasivo. Contudo, os espigões intrarradiculares aumentam apenas a retenção e a estabilidade não oferecendo resistência.<sup>(46)</sup>

## **6.2. Restauração estética do sector anterior com matriz de silicone**

### **6.2.1. Descrição do caso clínico:**

Paciente do sexo feminino, 59 anos, ASA I, não fumadora, motivada e colaborante, compareceu à consulta de Dentisteria Operatória, da Universidade Católica Portuguesa - CRB, referindo que “não se sentia bem em mostrar o sorriso”. Nessa consulta foi proposta a realização da restauração estética do sector anterior, recorrendo a uma matriz de silicone como guia para a aplicação policromática das resinas compostas.

### **6.2.2. Protocolo:**

- Realização de Impressões;
- Enceramento;
- Confeção da matriz de silicone;

#### Procedimento clínico:

- Seleção da cor e posterior anestesia infiltrativa;
- Remoção das cáries e das restaurações antigas, seguida da confeção do bisel na face vestibular;
- Isolamento Relativo;
- Condicionamento com ácido fosfórico a 35% (15-30 segundos);
- Lavagem e secagem sem exsicar;
- Aplicação de camada de adesivo;
- Evaporação do solvente;
- Polimerização por 20 segundos;
- Aplicação de segunda camada de adesivo;
- Evaporação do solvente;
- Polimerização de 40segundos;
- Posicionamento da matriz de silicone;
- Reconstrução do esmalte artificial por palatino com resina translúcida (suporte para subsequente inserção das outras camadas);
- Aplicação de resina composta A3 para reconstrução da dentina artificial;
- Polimento e acabamento com recurso a discos de polimento, pontas diamantadas de granulação fina e tiras de lixa interproximais.

### 6.2.3. Meios auxiliares de diagnóstico



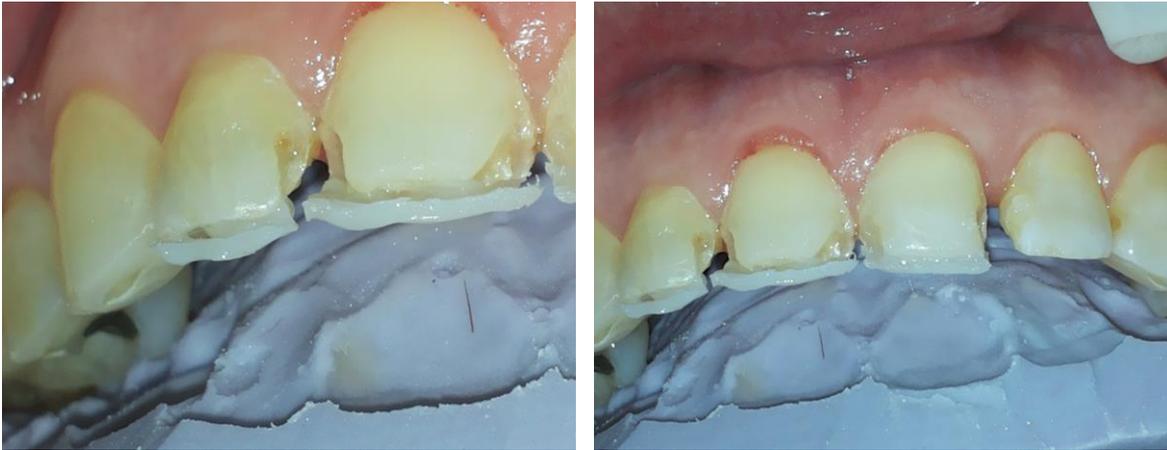
**Figura 6 - Ortopantomografia**



**Figura 7 – Fotografia intra oral inicial frontal**



**Figura 8 e 9 – Fotografia intraoral inicial lateral esquerda e direita**



**Figura 10 e 11 – Fotografia intraoral com matriz de silicone**



**Figura 12 e 13 – Fotografia intraoral final**

#### **6.2.4. Discussão**

Paciente motivada e cooperante contudo, o prognóstico é razoável dada a pobre higiene oral da paciente, as elevadas cargas dentárias que exerce entre as arcadas e a dieta rica em ácidos (laranja, limão, vinagre, bebidas ácidas). Perante a análise fotográfica, e comparação entre fotografias iniciais e finais verifica-se: a recuperação da anatomia dos dentes; a reabilitação do contorno dentário, simulação da transição do remanescente dentário – restauração; a seleção da cor de acordo com os dentes adjacentes; e a presença de efeito policromático. Por outro lado, verifica-se que o ponto de contacto entre os dentes 2.1 e 2.2 não foi corretamente estabelecido. No final do tratamento a paciente mostrou-se muito satisfeita com o resultado final, e confirmou o alcance das suas expectativas iniciais. De modo a preservar as restaurações estéticas e incentivar os cuidados de saúde oral, foram dadas instruções e motivação da higiene oral, realçando ainda a importância das visitas regulares ao médico dentista, e das consultas de controlo. De salientar que antes da

execução do tratamento descrito foram propostas outras alternativas de tratamento à paciente: dentro da área de Dentisteria operatória e na área de prótese fixa tendo por motivos económicos a opção recaído sobre a primeira.

## **Área Disciplinar: Periodontologia**

### **6.3. Frenectomia Labial**

#### **6.3.1. Descrição do caso Clínico**

Paciente do sexo feminino, 11 anos, motivada e colaborante apresentou-se na consulta de Periodontologia encaminhada da área de Ortodontia. De acordo com a observação intraoral e registo fotográfico, verificou-se a presença de um freio verdadeiro de inserção baixa com nódulo. Foi proposto como tratamento a realização de uma frenectomia e conseguinte colocação do aparelho removível.

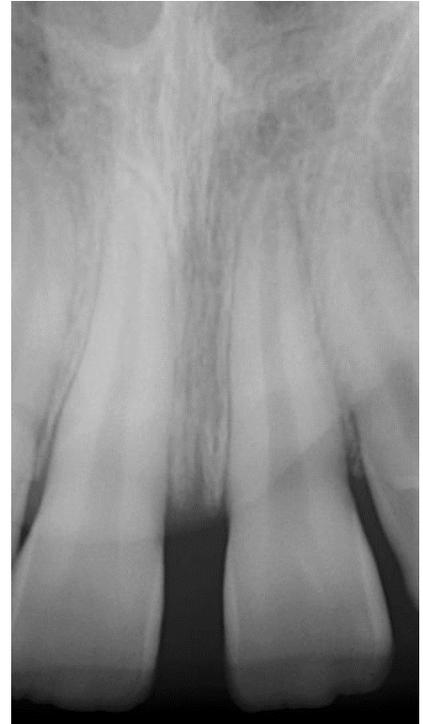
#### **6.3.2. Procedimento Clínico**

- Bloqueio do nervo alveolar superior anterior e do nervo nasopalatino;
- Preensão e estabilização do freio com pinça hemostática;
- Incisão rombóide com lâmina de bisturi Nº 15;
- Descolamento dos tecidos;
- Sutura com pontos simples reabsorvíveis.

### 6.3.3. Meios Auxiliares de Diagnóstico



**Figura 14 - Ortopantomografia**



**Figura 15 – Radiografia periapical**



**Figura 16 – Fotografia intraoral lateral direita**



**Figura 17 – Fotografia intraoral lateral esquerda**



**Figura 18 – Fotografia intraoral após frenectomia**



**Figura 19 – Fotografia intraoral – Controlo após 1 semana**



**Figura 20 – Fotografia intraoral 3 meses de controlo**

#### **6.3.4. Discussão**

Paciente motivada e cooperante. O prognóstico é razoável uma vez que apesar de todas as etapas cirúrgicas terem sido realizadas minuciosamente, verificou-se na consulta de controlo que ocorreu uma recidiva ligeira. Após 3 meses, observou-se uma boa cicatrização tecidual e diminuição da inflamação dos tecidos.

É de salientar que a cicatrização após a cirurgia de frenectomia pode resultar numa área com pouca gengiva queratinizada. Este fato pode conduzir à mobilidade da gengiva marginal o que por conseguinte aumenta a predisposição para a acumulação de placa bacteriana. Este facto pode desencadear recidiva com reinserção das fibras do freio na mesma posição anterior à cirurgia. <sup>(47)</sup> Por outro lado, o sucesso da frenectomia depende também da remoção completa das fibras.

O caso clínico continuou a ser seguido em Ortodontia pela autora, com a colocação de um aparelho removível – Placa de Hawley com plano de mordida horizontal. A propósito de todo o caso clínico descrito foi elaborado um póster científico posteriormente apresentado nas X jornadas da Universidade Católica Portuguesa – CRB.

#### **6.3.4. Abstract: Frenectomia labial: a propósito de um caso clínico (Anexo 6)**

##### **6.3.4.1. Introdução**

A estrutura do freio labial superior é dinâmica e modificável, estando sujeita a mudanças ao longo das diferentes fases de crescimento e desenvolvimento. A sua tendência ao longo do tempo é de diminuir o tamanho e importância, sendo na criança largo e grosso, ficando mais fino e pequeno ao longo do desenvolvimento.<sup>1,2</sup>

As inserções anormais do freio provocam uma tração anormal nos movimentos labiais, podendo causar alterações nos tecidos periodontais, diastema inter-incisivo, induzir a hábitos viciosos e interferir na escovagem dentária.<sup>1-3</sup>

Para diagnosticar as anomalias do freio é necessário exame clínico e radiográfico. Os sinais clínicos são inserção baixa na margem gengival ou na papila interproximal, isquemia da papila aquando a prova de tração e a presença de diastema inter-incisivo.<sup>2</sup> Na radiografia periapical observa-se um “W” entre os incisivos centrais.<sup>3</sup>

Para além disso, pode-se classificar os diferentes tipos de freios em simples, tectolabial, com nódulo, com apêndice, com nicho, em Y, bífido e trifido.<sup>4</sup>

##### **6.3.4.2. Descrição do caso clínico**

Paciente do sexo feminino, 11 anos, motivada e colaborante. Apresentou-se na consulta de Periodontologia encaminhada da área disciplinar de Ortodontia da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu. Apresentava classe I molar bilateral, *overjet* de 8mm e *overbite* de 3,5-4mm com contacto dos dentes inferiores com o palato, e vestíbulo-versão dos incisivos centrais superiores.

De acordo com a observação intra-oral e registo fotográfico, verificou-se a presença de um freio verdadeiro de inserção baixa com nódulo.

A frenectomia iniciou-se com bloqueio do nervo alveolar superior anterior e do nasopalatino. Para preensão e estabilização do freio utilizou-se uma pinça hemostática. Após incisão rombóide e descolamento realizou-se a sutura com pontos simples reabsorvíveis.

#### **6.3.4.3. Conclusão**

Neste caso clínico todas as etapas cirúrgicas foram realizadas minuciosamente e os objetivos foram alcançados.

Após 3 meses, observou-se uma boa cicatrização tecidual e diminuição da inflamação dos tecidos.

#### **Palavras-chave**

Freio verdadeiro, frenectomia, cirurgia periodontal.

#### **6.3.4.4. Bibliografia**

1. Diáz-Pizán ME, Lagravère MO, Villena R. *Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition*. J Dentistry of Children. 2006; 73(1): 11-14.
2. Kiran K, Muthu MS, Rathna PV. *Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy*. J Indian Soc Ped Prev Dent. 2007; 23-26.
3. Gusmão ES, Souza PFJC, Vasconcelos RB, Claus RP, Cimões R, Coelho RS. *Inserção e morfologia dos freios labiais*. 2009; 8(2): 133-39.
4. Sewerin I. *Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum*. Acta Odontol Scand 1971; 29:487-96.

## **6.4.Cirurgia Periodontal de Alongamento Coronário com retalho reposicionado apicalmente, com osteotomia.**

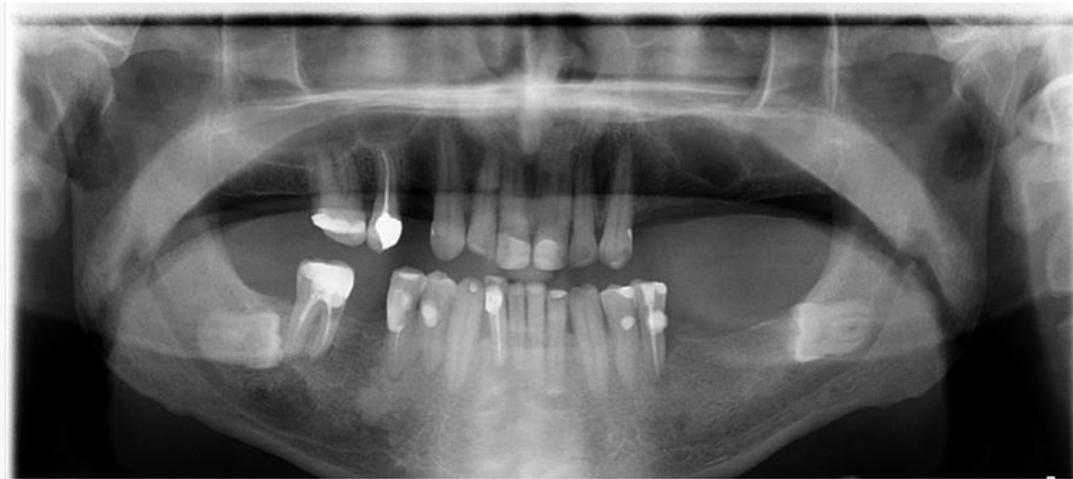
### **6.4.1. Descrição do caso Clínico**

Paciente do sexo masculino, 69 anos, motivado e colaborante que se apresentou na consulta de Periodontologia encaminhado da área de Dentisteria Operatória da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu. Perante observação intraoral e análise radiográfica, verificou-se a presença de uma lesão cariosa classe V, no dente 44, em vestibular, infra – gengival. Foi proposto ao paciente a realização de um alongamento coronário, prévio à restauração da peça dentária, de modo a possibilitar a manutenção do dente 44.

### **6.4.2. Procedimento Clínico**

- Anestesia Infiltrativa;
- Incisão festonada no dente 44 e incisões verticais bilaterais;
- Retalho de espessura total (mucoperiósteo) até à linha muco-gengival
  - Descolamento em direção apical;
  - Raspagem e alisamento radicular da superfície radicular exposta;
  - Osteotomia da crista óssea;
  - Reposicionamento do retalho ao nível da crista óssea recém-formada
- Sutura.

### 6.4.3. Meios auxiliares de diagnóstico



**Figura 21 - Ortopantomografia**



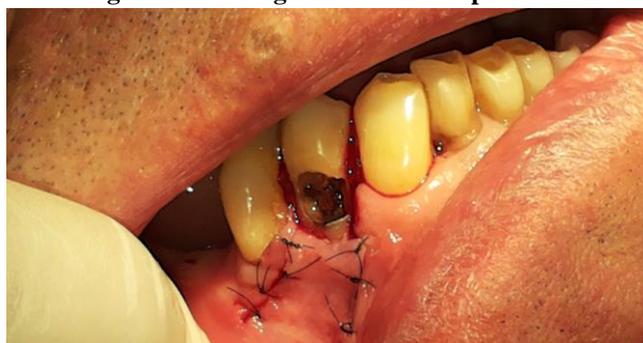
**Figura 22 – Radiografia periapical**



**Figura 23 – Fotografia intraoral inicial**



**Figura 24 – Fotografia intraoral após retalho**



**Figura 25 – Fotografia intraoral final**



**Figura 26 – Fotografia intraoral após restauração com compósito**

#### **6.4.4. Discussão**

Paciente Motivado e colaborante. Prognóstico razoável, uma vez que apesar da boa cicatrização tecidual e do sucesso do tratamento em Dentisteria Operatória a higiene oral é pobre. A acumulação de placa pode conduzir à inflamação dos tecidos gengivais e comprometer a condição periodontal e das peças dentárias. Perante a análise fotográfica

verifica-se que os objetivos do tratamento inicialmente propostos foram alcançados. No final do tratamento o paciente mostrou-se muito satisfeito com o resultado final. O aumento da coroa clínica poderia ser executado segundo duas diferentes técnicas: gengivectomia e/ ou retalho de reposicionamento apical. A técnica utilizada neste tratamento, além de conservar o tecido queratinizado existente, possibilita o acesso ao osso alveolar o que permite a remodelação óssea e o alcance do novo complexo dentogengival.

(48)

## **6.5.Periimplantite**

### **6.5.1.Descrição do caso Clínico**

Paciente do sexo feminino, 26 anos, motivada e colaborante. Apresentou-se na consulta de Periodontologia encaminhada da área disciplinar de Prostodontia Fixa. A paciente relatou mau hálito e, sentir dores na área correspondente ao dente 46. Durante a anamnese a paciente mencionou ter colocado um implante na substituição do dente 46 há 4 anos. De acordo com a análise radiográfica verificou-se um defeito ósseo em forma de cratera, não existindo no entanto mobilidade. Perante a sondagem das bolsas efetuada a nível do dente 46, evidenciou-se a presença de hemorragia em vários pontos, e perante a medição das bolsas verificaram-se valores de 5mm em DV, 5mm em Vestibular, e 4 mm em MV. À sondagem por lingual registaram-se valores de 4 mm em todos os pontos.

### **6.5.2. Procedimento clínico**

Na primeira consulta de Periodontologia a paciente foi medicada com amoxicilina (875 mg) + ácido clavulânico (125 mg), e Ibuprofeno 600mg dada a presença de supuração e dor. Na segunda consulta, foi possível executar a sondagem e registo dos valores de IP (33%) e BOP (27%). Foram realizadas ainda fotografias intra e extra orais para possível execução do controlo. O binómio procedeu à realização da fase higiénica, e posterior marcação das consultas de controlo. No final da consulta foram dadas instruções de higiene

oral à paciente e relembra a sua importância na manutenção da integridade dos tecidos orais e peças dentárias.

### 6.5.3. Meios Auxiliares de Diagnóstico

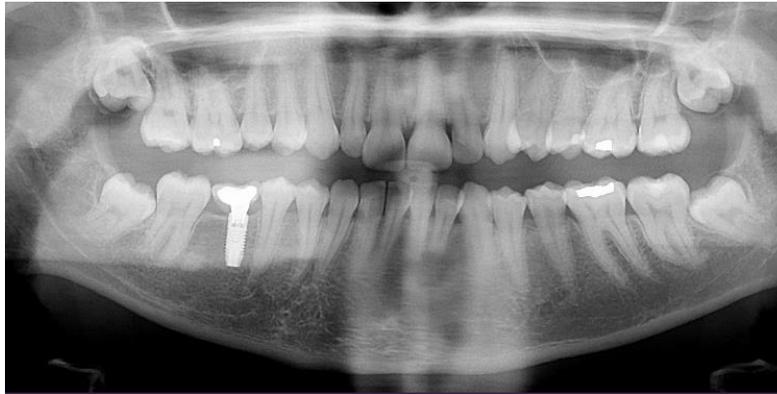


Figura 27 - Ortopantomografia



Figura 28 – Radiografia periapical



Figura 29 e 30 – Fotografia intraoral

#### **6.5.4. Discussão**

Neste caso clínico o prognóstico é razoável uma vez que, apesar de periimplantite não ser sinónimo de perda do implante, a ausência de cuidados de higiene oral, pode conduzir ao acumular de bactérias no sulco que desencadeiam inflamação tecidual, associada à possibilidade de diminuição do nível ósseo e, conseguinte ganho de mobilidade e perda do implante. Deste modo, a manutenção do implante na arcada exige a máxima cooperação e motivação do paciente, sendo que as consultas de controlo e fase higiénica na área de periodontologia são essenciais para atingir os objetivos. Neste caso foi feita motivação e fornecidas novas instruções de higiene oral à paciente. Foi também recomendada a prática de uma escovagem correta com duração de aproximadamente 2 minutos 3 vezes ao dia, complementada com colutórios e a utilização de fio dentário e escovilhão. A paciente mostrou - se cooperante e motivada, tendo sido efetuada pelo binómio a marcação das consultas de controlo, essenciais para prevenir a perda futura do implante dentário e, na manutenção da integridade dos tecidos peridentários.

### **Área Disciplinar: Odontopediatria**

#### **6.6. Tratamento de lesões de cárie em paciente com cárie precoce de infância**

##### **6.6.1. Descrição do caso clínico**

Paciente do sexo feminino, 2 anos, cooperante. Apresentou-se na consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa - CRB. De acordo com a observação intraoral e sondagem, verificou-se a presença de múltiplas lesões de cárie e a ausência de algumas peças dentárias por esse motivo. Foi proposto à mãe, o tratamento das lesões de cárie, uma vez que não intervindo possivelmente todos os restantes dentes decíduos estariam afetados antes dos 4 anos de idade.

### **6.6.2. Procedimento clínico:**

Com a criança sentada no colo da mãe realizou-se a remoção do tecido cariado dos dentes 61 e 64. Seguiu-se a restauração com compósito.

#### **Protocolo:**

- Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35% (15-30segundos)
- Lavagem da cavidade e exsicar ligeiramente dentina e esmalte remanescente
- Aplicação de camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Polimerização por 20 segundos
- Aplicação de segunda camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Aplicação de compósito
- Polimerização de 40seg
- Polimento e Acabamento da restauração



**Figura 31 e 32 – Fotografia intraoral**

### **6.6.3. Discussão**

A cárie Precoce de Infância (CPI) é definida como uma doença crónica que afeta a dentição temporária de crianças em idade pré-escolar. É definida como a presença de pelo menos um dente cariado (lesão com ou sem cavitação), a ausência de um dente (por cárie) ou a existência de uma obturação num dente temporário, numa criança de idade compreendida entre 0 e 71 meses.<sup>(49)</sup> Durante a consulta de odontopediatria surgiram alguns obstáculos na medida que a criança, de apenas 2 anos, sentia medo em relação aos materiais e a todo o meio envolvente. Assim sendo, optou-se por efetuar o tratamento com a criança deitada no colo da mãe, de modo a contornar os medos e a ansiedade da criança, e transmitir-lhe mais segurança. Por outro lado, foram também adotadas condutas de controlo de comportamento e de voz que permitiram ganhar a confiança da criança ao longo do tratamento. Técnicas como “dizer-mostrar-fazer”, dessensibilização, reforço positivo, controlo de voz e distração, são atitudes benéficas para a criança construir gradativamente uma relação de confiança com o médico dentista.

Atualmente o diagnóstico precoce da cárie e o conhecimento dos fatores de risco permitem estabelecer medidas preventivas e terapêuticas.<sup>(50)</sup> Apesar do carácter multifatorial da CPI, promover o uso tópico e sistémico de fluoretos, fornecer cada vez mais cedo instruções de higiene, e manter os pais informados relativamente ao consumo de açúcares na dieta do bebé, ajudam a reduzir o índice de cárie.<sup>(49)</sup>

## **Área Disciplinar: Cirurgia Oral**

### **6.7. Exodontia de Canino Maxilar Incluso**

#### **6.7.1. Caso clínico**

Doente do sexo feminino, 47 anos, ASA I, não fumadora, foi observada na consulta de Cirurgia Oral da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. No decurso do exame clínico e radiográfico verificou-se a existência de inclusão do 23, com localização palatina. Dada a inviabilidade da tração do dente e a idade da doente

procedeu-se à exodontia do mesmo, tendo a cicatrização ocorrido sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

### **6.7.2. Procedimento Clínico**

-Anestesia do Nervo nasopalatino, do nervo palatino anterior e do nervo infraorbitário;

-Incisão desde mesial do 1º molar até ao canino do lado oposto;

-Descolamento muco-periosteó;

-Osteotomia em redor da coroa do dente até à junção amelocementária;

-Luxação;

-Odontosecção, vertical ao longo eixo do dente;

-Curetagem do alvéolo;

-Regularização óssea;

-Hemostasia- compressão;

-Sutura com pontos simples.

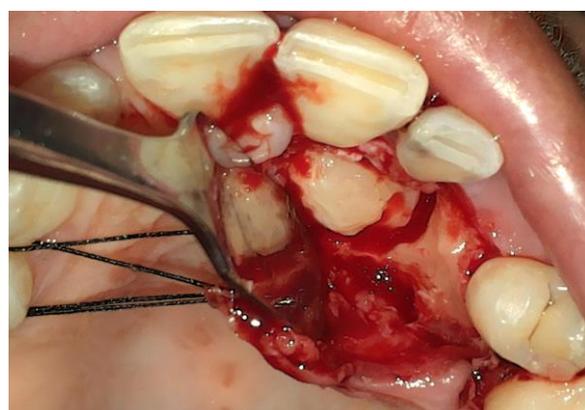
### **6.7.3.Meios Auxiliares de Diagnóstico**



**Figura 33 - Ortopantomografia**



**Figura 34 – Radiografia periapical**



**Figura 35 e 36 – Incisão e descolamento mucoperiosteio e exposição**



**Figura 37 e 38 – Alvéolo pós extracional e Reaproximação dos bordos**



**Figura 39 e 40 – Canino incluído após extração e follow up após 1 semana**

#### **6.7.4. Discussão**

Paciente motivada e colaborante. O prognóstico deste procedimento é quase sempre favorável quando assegurados os princípios biológicos e a manutenção da integridade das estruturas adjacentes, resultando na total regeneração óssea, que ocorre normalmente entre 6 meses a 1 ano. O aumento das complicações pós-operatórias, em idades mais avançadas deverá ser contudo um aspeto a considerar. Durante o procedimento cirúrgico não ocorreram complicações dignas de registo. No final do tratamento cirúrgico foram dadas à paciente recomendações pós operatórias de modo a prevenir possíveis complicações. No controlo realizado aos oito dias verificou-se uma ótima cicatrização e recuperação tecidual. A paciente relatou ligeiro desconforto nos primeiros 3 dias, que controlou através da medicação prescrita (antibiótico, anti-inflamatório não esteróides e corticoides) A propósito deste caso clínico foi elaborado um póster científico posteriormente apresentado nas Jornadas da Primavera 2015 – Ordem Dos Médicos Dentistas.

#### **6.7.5. Abstract: Canino maxilar incluído - revisão a propósito de um caso clínico (Anexo 7)**

##### **6.7.5.1. Introdução:**

Os caninos superiores permanentes são, depois dos terceiros molares, os dentes mais frequentemente incluídos, apresentando uma localização preferencialmente palatina.

#### **6.7.5.2. Caso clínico:**

Doente do sexo feminino, 47 anos, ASA I, não fumadora, foi observada na consulta de Cirurgia Oral da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. No decurso do exame clínico e radiográfico verificou-se a existência de inclusão do 23, com localização palatina. Dada a inviabilidade da tração e a idade da doente procedeu-se à exodontia do mesmo, tendo a cicatrização ocorrido sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

#### **6.7.5.3. Discussão:**

O diagnóstico tardio e acidental de dentes inclusos é uma realidade da prática clínica, cuja abordagem poderá incluir desde a tração ortodôntica à realização de consultas de follow-up a longo prazo, particularmente em situações em que estes dentes se apresentam sem sintomatologia associada.

Contudo, a possibilidade de ocorrência de complicações associadas à inclusão, nomeadamente reabsorção radicular dos dentes adjacentes e o desenvolvimento de quistos ou tumores odontogénicos são alguns dos fatores que devem informar o processo de decisão.

O aumento da morbilidade pós-operatória associada a procedimentos cirúrgicos executados em idades mais avançadas deverá ser também um aspeto a considerar.

#### **6.7.5.4. Conclusão:**

A extração deste dente é importante para acautelar a ocorrência de complicações, mesmo perante ausência de sintomatologia.

Desde que assegurada uma sequência que tenha em conta os princípios biológicos e a manutenção da integridade das estruturas adjacentes o prognóstico deste procedimento é quase sempre extremamente favorável, resultando na total regeneração óssea, que ocorrerá dentro de 6 meses a 1 ano.

**Palavras-chave:** Canino incluído, complicações, exodontia

## Área Disciplinar: Ortodontia

### 6.8. Colocação de aparelho Removível - Placa Hawley com plano de mordida horizontal

#### 6.8.1. Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 11 anos, motivada e colaborante. Após frenectomia por indicação da área de Ortodontia avançou-se para a colocação de aparelho removível. A paciente apresenta um diastema entre os incisivos centrais superiores, classe I molar bilateral, *overjet* de 8mm e *overbite* de 3,5 - 4mm com contacto dos dentes inferiores com o palato. Após estudo cefalométrico, análise de modelos e discussão do caso clínico, optou-se pela colocação de uma placa Hawley com plano de mordida horizontal.

#### 6.8.2. Meios auxiliares de Diagnóstico



Figura 41 - Ortopantomografia



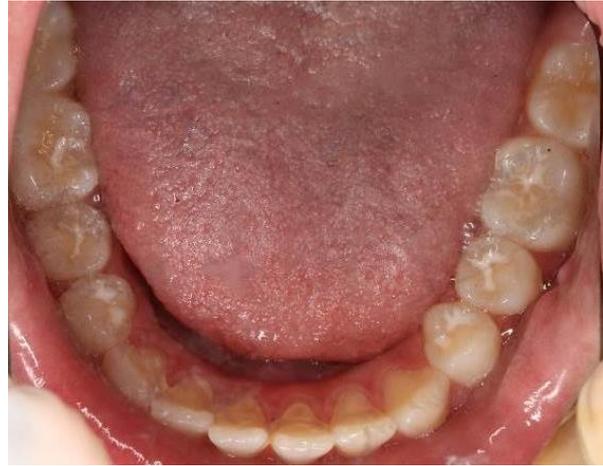
**Figura 42 - Telerradiografia**



**Figura 43 e 44 - Fotografia extraoral**



**Figura 45 e 46 - Fotografia intraoral lateral direita e esquerda**



**Figura 47 e 48 – Fotografia oclusal superior e inferior**



**Figura 49 e 50 – Fotografia intraoral e placa hawley**

### **6.8.3. Discussão**

De acordo com o seguimento do plano de tratamento inicialmente proposto, foi realizada uma frenectomia e após e cicatrização tecidual, a paciente foi encaminhada para a área de ortodontia. Na consulta de controlo da frenectomia, efetuada 3 meses depois, verificou-se a recidiva parcial do freio. Um estudo longitudinal aponta que neste tipo de cirurgias a recidiva ocorre em 34% dos casos.<sup>(51)</sup>

Em Ortodontia optou-se pela colocação de um aparelho removível – Placa de hawley com plano de mordida horizontal. A placa de hawley permite corrigir a vestibulo-versão dos incisivos superiores. Com a movimentação para palatino prevê-se o encerramento do diastema através da ação exercida pelo arco vestibular. Com o plano de mordida horizontal é pretendido corrigir hábitos orais, como a interposição lingual e a sucção digital. O tratamento precoce com recurso a aparelhos removíveis tem muito valor,

uma vez que a atuação ocorre numa fase de crescimento e consegue-se alterar as dimensões das bases ósseas.<sup>(52)</sup> Contudo, o prognóstico é razoável uma vez que o sucesso do tratamento depende do grau de cooperação da criança.

## **VII – CONCLUSÃO**



## 7. Conclusão

O relatório de atividade clínica constitui um elemento sólido de todo o conhecimento teórico-prático adquirido no decorrer da atividade clínica desenvolvida durante o 5º ano, do curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, do ano letivo 2014/2015.

A componente prática aliada à aquisição de conhecimentos científicos, permite alcançar a compreensão mais profunda e detalhada de diversos fenómenos envolvidos na prática da Medicina Dentária, assistindo-se ao desenvolvimento da capacidade autocrítica. A atitude reflexiva é essencial na captação de erros, que quando não detetáveis pelo operador podem tornar-se sistemáticos, e colocar em causa toda a correta prática Médico Dentária. É portanto de carácter fundamental, executar sempre uma anamnese completa e um exame físico faseado e minucioso, em prol de alcançar um diagnóstico preciso e um plano de tratamento individualizado. Deste modo na prática da Medicina Dentária é essencial: a definição de diagnósticos corretos, a elaboração de planos de tratamento específicos e direcionados nas diferentes áreas, a interpretação correta dos meios auxiliares de diagnóstico, o conhecimento íntegro das diversas patologias que afetam a cavidade oral, saber estabelecer relações entre patologias sistémicas e orais, e conhecer possíveis interações medicamentosas.

O conhecimento exato do paciente permite alcançar o sucesso do tratamento, Assim, clínicos experientes e não experientes, ao longo da sua atividade clínica devem manter uma atitude que permita visualizar o paciente como um todo e de forma individual. A experiência desenvolvida ao longo dos anos, não deve ser motivo para diminuição da atenção atribuída a cada caso clínico mas sim, a aprendizagem de novos conhecimentos e técnicas, e a atualização nas diversas áreas que compõem a Medicina Dentária devem ser uma constante na atividade profissional do Médico Dentista. Deste modo, o clínico consegue facilmente captar diversos horizontes no que diz respeito ao estabelecimento do diagnóstico diferencial e sugerir um maior leque de hipóteses de tratamento, o que permite oferecer cuidados de saúde oral de excelência ao paciente.

A constante necessidade de adaptação do clínico aos avanços na Medicina Dentária, e o confronto diário com casos clínicos diferentes permitem desenvolver valores que permitem superar dificuldades; manter a motivação de adquirir conhecimentos ao longo dos anos como médico dentista, e garantir boas práticas de saúde.



## **VIII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## 8. Referências bibliográfica

1. Schulien TM. Significant events in the history of operative dentistry. *Journal of the history of dentistry*. 2005;53(2):63-72.
2. American Dental Association.State Government ADA Definition of OMS and Dentistry 2003, June 2.
3. Ordem dos Médicos Dentistas. Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas: Capítulo I – Disposições gerais [documento na internet]. 2011 [citado dia 1 de Abril 2015].  
.
4. Li X, Kolltveit KM, L. T. Systemic diseases caused by oral infection. *Clinical Microbiology Reviews*. Oct 2000;13(4):547-58.
5. Trinchitella A. Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. *Biomedicina*. 2006;2(3):246-51.
6. Loureiro C, Adde C, Perez F, Penha S. Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*. Jan./Fev. 2004;70(1):106-11.
7. World Health Organization. Oral Health. Fact sheet N.º . 318.Geneva: WHO; 2007.
8. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. *Official Records of the World Health Organization*,.2:100.
9. Greenberg M, Glick M. *Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment*.: BC Decker; 2003.
10. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for advanced specialty education programs in pediatric dentistry. Chicago, Ill; 2013.
11. Sznajder C. *Compendio De Periodoncia: Medica Panamericana*  
1996.

12. Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde Oral: Cárie e Dentisteria [documento na internet]. 2011 [citado dia 1 de Abril 2015]. .
13. Neto A, Duarte A, Shiratori F, de Alencar e Silva Leite P, Rizzatti-Barbosa C, Bonachela W. Evaluation of senior Brazilian dental students about mouth preparation and removable partial denture design. *Journal of Dental Education* 2010 Nov;74(11):1255-60.
14. Rosenstiel SF, Lans M, Fujimoto J. *Contemporary Fixed Prosthodontics*. Missouri: Mosby; 2001.
15. Soares I, Goldberg F. *Endodontia: Técnica e Fundamentos* 2011.
16. Lee W G, Katherine WLV. *Ortodontia: Princípios e Técnicas Atuais*: Elsevier; 2012.
17. Okeson J. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*: Artes Médicas; 2000.
18. Hupp J, Tucker M. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*: Elsevier; 2009.
19. Rocha B, Gazim C, Pasetto C. Relação Médico-Paciente. *Revista Do Médico Residente*. 2011;13(2):114-8.
20. Cole C. *Pocket Companion Jarvis's Physical Examination and Health Assessment*: Elsevier; 2012.
21. Santos ea. Listening to the patient: the anamnesis in clinic diagnosis. 1999:90-5.
22. Kathryn A, Cantrel ea. Pause, Listen, Share. . *JAMA*. 2014;312(4):345-6.
23. Grimaldi N, Provedel L, de Almeida D, da Cunha S. Dental care in prevention and treatment of osteoradionecrosis: literature review. *Rev Bras de Cancer*. 2005;51(4):6.
24. Conduto J, Coltro P, Busnardo F, Ferreira M. Osteoradionecrosis in face: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Rev Bras Cir Plást* 2010;25(2):7.
25. Chambers I. The role and methods of pulp testing in oral diagnosis: a review. *International Endodontic Journal*. 1982;15:1-15.

26. Wilder-Smith P, Lee K, Guo S, Zhang J, Osann K, Chen Z, et al. In vivo diagnosis of oral dysplasia and malignancy using optical coherence tomography: Preliminary studies in 50 patients. *Lasers Surg Med.* 2009;41:353-7.
27. Marinho V, Perira G. Revisão de literatura cárie: diagnóstico e plano de tratamento. *Rev Un Alfenas.* 1998;4:27-37.
28. Ordem dos Médicos Dentistas. *Medicina Dentária e Responsabilidade Social.* [documento na internet]. 2009. [citado dia 15 de Abril 2015]. .
29. Petersen P, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Commun Dent Oral Epidemiol Wiley* 2015;33:81-92.
30. Ship M. Dry Mouth and Its Effects on the Oral Health of Elderly People. *JADA.* 2007;128:15-20.
31. Walls A, Steele J, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan P. Oral Health and Nutrition in Older People. *Journal of Public Health Dentistry.* 2000;60:304-7.
32. Moloughney B. Transmission and post-exposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? *Canadian Medical Association Journal.* 2001;165(4):445-51.
33. Jorge A, pp:7-17 vn. Princípios de Biossegurança em Odontologia. *Revista biociências.* 2008;8(1):7-17.
34. Silva LN, al. e. HIV infection and working patient ativity: the etic and legal relation in the vision of the work dentistry. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(1):35-44.
35. Sanjar F, al. e. Otolaryngologic manifestations in HIV disease - clinical aspects and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(3):391-400.
36. Mirowski G. Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men. *Oral diseases.* 1998;4(1):16-21.
37. Weinert M, al. e. Oral manifestations of HIV infection. *Ann Intern Med.* 1996;125(6):485-96.

38. Phelan JA. Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Med Clin North AM*. 1997;81(2):511-31.
39. WHO Global Oral Health Programme, Department for Chronic Disease and Health Promotion, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.
40. Blinkhorn AS, .1978. v. 6 n, p. 3-6. Dentists and their potential to influence mothers of pre-school children. *Journal of the Institute of Health Education*. 1978;6(1):3-6.
41. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers Sociological implications. *Int Dent J*. 1981;31:14-22.
42. Pereira, al. e. Odontologia em saúde coletiva: planeamento de ações e promoção de saúde. *Artmed*. 2007.
43. Almeida C, André S, Toscano A. Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*. 2003;20:211-6.
44. Antunes J. Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):5.
45. McKenna G, Woods N, O'Mahony D, DaMata C, Cronin M. A preliminary report of the cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elders. *The Gerodontology Society*. 2013;30:207-13.
46. Canelas R, Salgado H, Vaz M, Mesquita P. Resistência à flexão de espigões de fibra de vidro após esterilização por 2 métodos distintos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2014;55(4):227-31.
47. Miller PD. The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft functional and esthetics considerations. *J Periodontal*. 1985;56(2):102-6.
48. Rolo T, Baptista I, Matos S, Martins O. Cirurgia de aumento de coroa clínica. 2014;14.
49. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Cárie precoce da infância - o estado da arte. *Revista Portuguesa AP*. 2010;41(5):217-21.

50. Klatchoian D. Child behavior as key elemento in Pediatric Dentistr. J Odontopediatr Odontol Bebe. out-dez 1998;1(4):102-9.
51. Almeida R. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir. Garib, D Revista Dental Press Ortodontia Facial. 2004;9(3):137-56.
52. Gerzson D, Nobre D. Aplicações clínicas e vantagens da placa labioativa: uma revisão da literatura. Stomatos. 2011;17(37):97-104.



## **IX – Anexos**



## 9. Anexos

### 9.1. História clínica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESACENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

Relatório Médico

#### 1. ANAMNESE (História Clínica)

##### 1.1. Motivo da Consulta

##### 1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:

Localização:

Irradiação:

Duração (min, horas, dias):

Intensidade:

Fraca  Moderada  Forte  Muito Forte

Frequência:

Modo:

Súbito  Lento  Insidioso  Por Surtos

Evolução:

Aguda  Crónica  Recidivante

Outros Sintomas:

Sofre de Diabetes?  Sim  Não

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue?  Sim  Não

Anemia

Hemofilia

Outras

Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a cicatrizar?

Não  Sim

Faz (pisaduras) hematomas com facilidade?

Não  Sim

Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente (epistaxis)?

Não  Sim

Tem alguma doença infecto-contagiosa?

Não  Sim

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite

Tipo

Tuberculose

VIH

Sífilis

Outra

Tem doenças de fígado?  Sim  Não

Quais?

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos?  Sim  Não

Quais?

Tem tensão alta?  Sim  Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Min:

Máx:

Tem problemas de estômago?  Sim  Não

Quais?

Tem problemas renais?  Não  Sim

Tem epilepsia?  Não  Sim

Sofre de alguma destas doenças:  Asma  Urticária  Pólen  Sinusite  Outras

É alérgico a algum medicamento ou dispositivo médico?  Sim  Não

Aspirina  Penicilinas  Sulfamidas  Tetraciclínas  Anestésicos

Níquel  Crómio/Cobalto  Acrílico  Látex  Outros

Sofreu de alguma doença cancerígena?  Sim  Não

Que região foi afectada?

Foi submetido a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia?  Sim  Não

Indique qual:

Há quanto tempo?

Existem na família doenças como:

Cancro  Diabetes  D. Cardíacas  Alergias  Outras

Quais:

Hábitos

Alcoólicos  Tabágicos  Cigarros/Dia

Fio Dentário  Higiene Oral  X/Dia

Tem outros problemas de saúde não mencionados acima?  Não  Sim

Quais?

Observações

1.3.2. PESSOAS DENTÁRIAS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefacções:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestíbulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>
		Higiene Oral:	<input type="text"/>

ATM

Sintomatologia:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>

GLÂNDULAS SALIVARES:

Parótidas:	<input type="text"/>
Submaxilares:	<input type="text"/>
Sublinguais:	<input type="text"/>
Menores:	<input type="text"/>
Ductos Excretores (Stenon, Warton):	<input type="text"/>
Saliva:	<input type="text"/>

### 2.3. PERIODONTAL

#### PSR

NOTA: Todos os dentes são examinados. Cada sextante é classificado de acordo com a "pior" situação encontrada nesse sextante

---

Code 0	Sem Sangramento/Saudável
Code 1	Sangramento (com placa)
Code 2	Cálculos Supra ou Infra
Code 3	Bolsas entre 3,5 e 5,5 mm
Code 4	Bolsas com mais de 5,5 mm
*	Envolvimento de furca/recessões/problemas mucogengivais

1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações - Avaliação Intra-Oral



Questionário:

Resposta:

5. Sofre de insuficiência cardíaca?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?  
 b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido a insuficiência respiratória?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

6. Tem ou já teve hipertensão?

Escreva os valores da última tensão arterial:

Máximo:

Mínimo:

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

7. Tem tendência para a hemorragia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?  
 b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

8. Sofre de epilepsia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente que está a piorar?  
 b) Continua a ter ataques apesar da medicação?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

9. Sofre de asma?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?  
 b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?  
 b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?  
 b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

12. Sofre de diabetes?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma insulina?  
 b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

13. Sofre de doença da tiróide?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) A sua tiróide está hipoactiva?  
 b) A sua tiróide está hiperactiva?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

15. Sofre de alguma doença renal?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já fez diálise?
- b) Já fez transplante renal?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

16. Já sofreu de cancro ou leucemia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Qual é a sua doença?

- b) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento?

Qual a medicação?

- c) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

17. Sofre de hiperventilação?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

19. Está a tomar medicamentos prescritos?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Por alguma razão ou motivo?
- b) Por queixa cardíaca?
- c) Anticoagulantes?
- d) Hipertensão?
- e) Aspirina?
- f) Por alergia?
- g) Por diabetes?
- h) Prednisona, corticosteroides (sistémico ou tóxico)?
- i) Medicamentos contra a rejeição de implantes?
- j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?
- m) Contra cancro ou doença sanguínea?
- n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?
- o) Para distúrbios do sono, depressão e ansiedade?
- p) Outras medicações?

Indique quais:

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

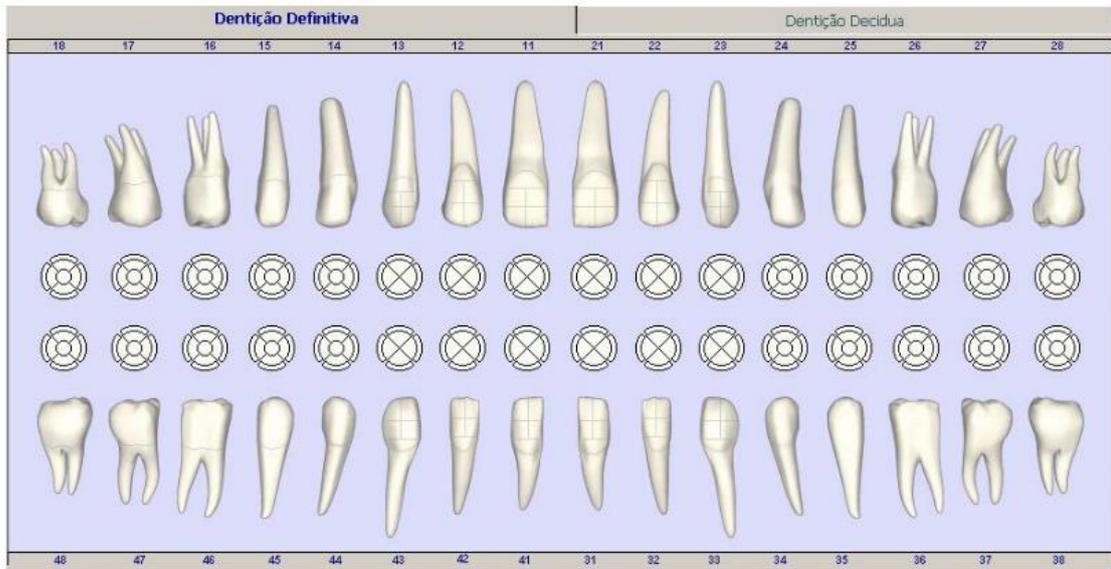
20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

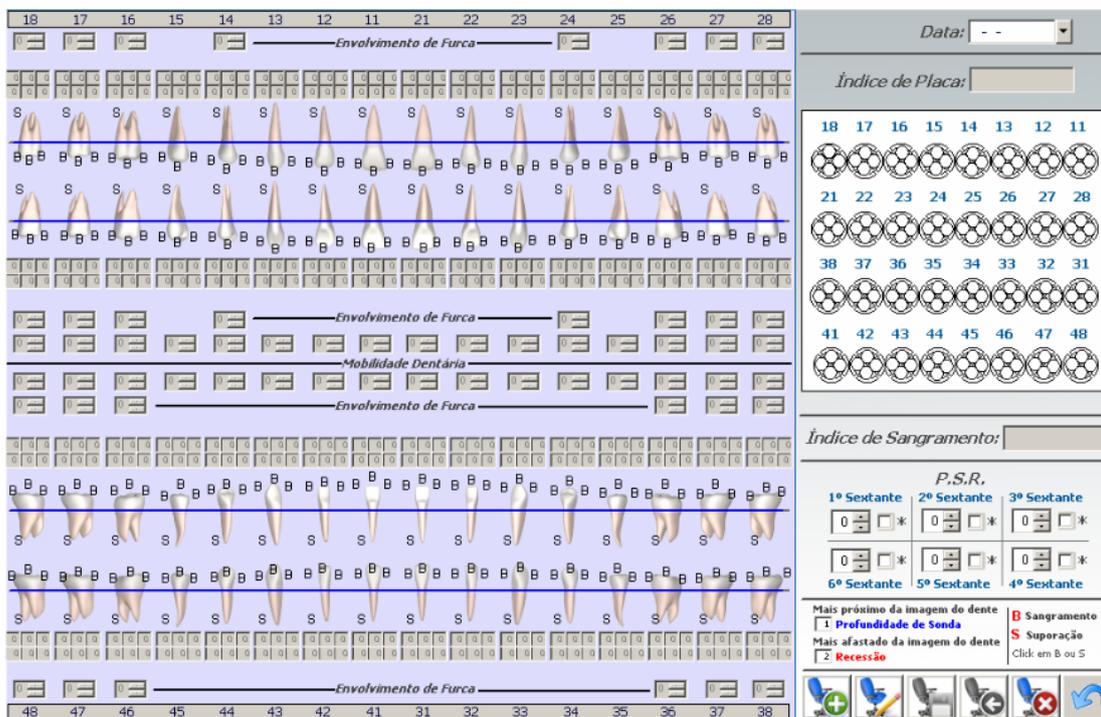
21. Somente mulheres, está grávida?

SIM  NÃO  NÃO RESPONDEU

### 9.3. Odontograma



### 9.4. Periograma



## 9.5. Póster – Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessões: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo – Apresentação na reunião anual Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes - 2015



**70**  
**SPPI**  
Sociedade Portuguesa de  
Periodontologia e Implantes

### Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessões: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo

Ana Rita Dias<sup>1</sup>, Marlene Pinto<sup>1</sup>, Nuno Santos<sup>2</sup>, Tiago Marques<sup>3</sup>, Manuel de Sousa<sup>2</sup>

1 - Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu) Contacto: ana.rita.dias@gmail.com  
2 - Professor convidado da área diagnóstica de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)  
3 - Regente da área diagnóstica de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)



INTRODUÇÃO

Desenvolver o aspecto funcional e estético são os requisitos fundamentais para a indicação da cirurgia periodontal plástica.<sup>1</sup>

Existem inúmeras técnicas para recobrimento de recessões gengivais com resultados satisfatórios. A técnica de tunelização combinada com enxerto de tecido conjuntivo tem sido descrita, ao longo das últimas décadas, como um procedimento de cirurgia plástica periodontal eficaz no recobrimento de múltiplas recessões gengivais adjacentes classes I e II de Miller. Esta técnica veio otimizar os tempos de cicatrização, bem como os resultados estéticos, uma vez que dispensa incisões de descarga para a realização de retalhos, realizando-se um túnel sob o tecido gengival através de uma incisão sulcular com preservação das papilas interdentárias.<sup>2</sup>

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

**DADOS CLÍNICOS:**

- \*Bexo feminino, 21 anos, ASA I, não fumadora
- \*Motivo de consulta: hipersensibilidade radicular durante a escovagem e a estímulos térmico

**DIAGNÓSTICO PERIODONTAL:**

- \*Gengivite leve ou inicial induzida por placa (IP 21,05% e BOP 1,04%)
- \*Recessões classes I de Miller de 1-2mm em vestibular nos dentes 16, 14 e 24

**PLANO DE TRATAMENTO:**

- \*Fase higiénica
- \*Cirurgia Periodontal Plástica: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo
  - 1) Preparação do leito receptor do enxerto
  - 2) Remoção do enxerto de tecido conjuntivo
  - 3) Estabilização do enxerto














DISCUSSÃO

\*Pense-se que o fato de aos 10 anos ter usado disjuntor palatino<sup>3</sup> e a presença de trauma oclusal<sup>4</sup> sejam os fatores etiológicos prováveis das recessões.

\*Optou-se pela realização de enxerto de tecido conjuntivo, dado que permite resultados estéticos satisfatórios e menor trauma no local dador<sup>5</sup>.

CONCLUSÃO

\*A técnica cirúrgica mostrou ser eficaz e previsível.

\*Verificou-se um recobrimento total das recessões gengivais nos dentes 14 e 15 e parcial no 16, com aumento da quantidade de gengiva queratinizada e resultados estéticos satisfatórios.

BIBLIOGRAFIA

1 - Taubert A, Marret-Clerc V. Cirurgia plástica periodontal. 1ª ed. São Paulo: Artmed; 2002. Cap. 4, p.117-96.

2 - Zlotogal L, Sella A, Cantora L, Gó J, Sato M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. Int J Periodontics Restorative Dent. 1998;18(2): 189-206.

3 - Rungcharasakeng K, Caruso JM, Kim JY, Kim J, Taylor G. Factors affecting buccal bone changes of maxillary posterior teeth after rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2007; 132(4): 426.

4 - Newman MG, Takai HH, Carranza FO. Carranza's clinical periodontology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. Cap. 66, p.851-62.

5 - Sotnick M. Root coverage: a comparison of techniques: the free gingival graft versus the subepithelial connective tissue graft. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1990; 4(4): 59-64.

## 9.6. Póster – Frenectomia labial: a propósito de um caso clínico – Apresentação nas X Jornadas da Universidade Católica Portuguesa- CRB

### Frenectomia labial: a propósito de um caso clínico

Marlene Pinto<sup>1</sup>, Ana Rita Dias<sup>1</sup>, José Gonçalves<sup>1</sup>, Nuno Santos<sup>2</sup>, Tiago Marques<sup>3</sup>, Manuel de Sousa<sup>3</sup>

1 - Residente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Clínico de Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)  
2 - Professor convidado da área de disciplina de Periodontologia, Instituto Clínico de Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)  
3 - Regista da área de disciplina de Periodontologia, Instituto Clínico de Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)



#### INTRODUÇÃO

As inserções anormais do freio provocam uma tração anormal nos movimentos labiais, podendo causar alterações nos tecidos periodontais, diastema inter-incisivo e induzir a hábitos viciosos.(1)

Para diagnosticar as anomalias do freio é necessário exame clínico e radiográfico. Os sinais clínicos são inserção baixa na margem gengival ou na papila interproximal, retração da papila quando a prova de tração e a presença de diastema inter-incisivo.(2) Na radiografia Periapical observa-se um "W" entre os incisivos centrais.(3)

Para além disso, podem-se classificar os diferentes tipos de freios em simples, tectolabial, com nóculo, com apêndice, com nicho, em Y, bifido e trifido.(4)

#### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

##### DADO CLÍNICO:

- Paciente do sexo feminino, 11 anos, motivada e colaborante.
- Apresentou-se na consulta de Periodontologia encaminhada de Ortodontia da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu.
- De acordo com a observação intra-oral e registo fotográfico, verificou-se a presença de um freio verdadeiro de inserção baixa com nóculo.

##### Procedimento Cirúrgico

- 1) Anestesia tópica e infiltrativa, com bloqueio do nervo alveolar superior anterior e do nasopalatino;
- 2) Estabilização do freio com pinça hemostática;
- 3) Incisão rombóide e descolamento dos tecidos;
- 4) Sutura com pontos simples reabsorvíveis.



Figura 1 : Ortopanorâmica



Figura 2 : Periapical



Figura 3 : Lateral Esquerda



Figura 4 : Frontal com estiramento do freio



Figura 5 : Lateral Direita



Figura 6 : Pós-Cirúrgico



Figura 7: Controlo após 1 semana



Figura 8: Controlo após 3 meses com recidiva

#### Conclusão

No caso clínico descrito, após um diagnóstico criterioso, todas as etapas cirúrgicas foram realizadas minuciosamente.

Após 3 meses, observou-se uma boa cicatrização tecidual e diminuição da inflamação dos tecidos, contudo constatou-se a presença de ligeta recidiva. O caso foi encaminhado para correção em ortodontia.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1- Díaz-Peñín MG, Lagravère MD, Vilena R. Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition. J Dentistry of Children. 2008; 73(1): 11-14
- 2- Khan K, Muthu MS, Ratna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. J Indian Soc Ped Prev Dent. 2007; 22-26.
- 3- Guimarães SS, Sousa FJC, Vasconcelos RB, Claus RP, Cimdex R, Coelho RS. Inserção e morfologia dos freios labiais. 2009, 8(2): 133-39.
- 4- Severin I. Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. Acta Odontol Scand. 1971; 29:487-96.

## 9.7. Póster – Impacted Maxillary Canine – A Clinical Case – Apresentação nas Jornadas da Primavera 2015 – Ordem dos Médicos Dentistas



**4 Impacted Maxillary Canine - A Clinical Case**

**Marlene Pinho<sup>1</sup>, Nelson Rebelo<sup>2</sup>, Ana Rita Dias<sup>1</sup>, Marta Figueiredo<sup>1</sup>, Rui Amaral Mendes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> - Senior Resident of the DMD Program, The Catholic University of Portugal, Viseu, Portugal; Contact: marlene.pinho75@gmail.com  
<sup>2</sup> - DMD; Graduated from The Catholic University of Portugal, Viseu, Portugal  
<sup>3</sup> - Professor of Oral Medicine and Oncology and Oral Surgery; Chair of the DMD Program, The Catholic University of Portugal, Viseu, Portugal; Adjunct Professor of Oral Medicine, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Case Western Reserve University, CL, OH, USA



### Introduction

Permanent maxillary canines are, after third molars, the teeth most often found impacted, usually with a palatal presentation.

### Clinical case

- A female patient, 47-years-old, ASA I, non-smoker, was observed in the Oral Surgery Clinic of the Catholic University of Portugal.
- During the clinical and radiological examination we found an impacted 23, with a palatal presentation.
- Given the age of the patient and the unviability of carry on with the orthodontic traction of the tooth, a decision was made to perform the extraction. Healing was uneventful.



Figure 1 - Orthopantomography



Figure 2 - Periapical Radiographic



Figure 3 - Incision and mucoperiosteal flap



Figure 4 - Osteotomy and exposure of the clinical crown



Figure 5 - Post-extraction socket



Figure 6 - Post-operative view of the impacted canine



Figure 7 - Repositioning of the flap and suture of the wound with single stitches



Figure 8 - Follow-up after 1 week

### Discussion

- The late and accidental diagnosis of impacted teeth is a reality of day-to-day clinical practice.
- Nevertheless, the possibility of complications associated with impacted teeth, namely root resorption of adjacent teeth or the development of odontogenic cysts or tumors should be regarded in the process leading to a final clinical decision.
- Likewise, the prospect of an increased post-operative morbidity, commonly associated with invasive surgical procedures performed at later ages should also be considered.

### Conclusion

- The surgical extraction of impacted canine is important in order to avoid potential complications, even in causes with associated symptoms.
- As long as the surgical technique obeys to the adequate sequence of events aimed to assure the biological principles and the integrity of adjacent anatomical structures, the final outcome is often very favorable, attaining complete bone regeneration within a 6 to 12 months period.

### Bibliography

- Bedoya MM, Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J Am Dent Assoc*. 2009; 140: 1455-63
- Shenwood K. Evidence-based surgical-orthodontic management of impacted teeth. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013; 21: 199-210
- Sajani AK, King WM. Retrospective audit of management techniques for treating impacted maxillary canines in children and adolescents over a 27-year period. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69: 2494-9
- Rameshbabu A, Lambasia P. Odontogenic cyst associated with ectopic canine and a supernumerary tooth: a rare occurrence. *J Surg Tech Case Rep*. 2013; 5: 65-8
- Becker A, Chouzu G, Chouzu S. Analysis of failure in the treatment of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010; 137: 743-54