



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Orientador: Professora Doutora Rita Noites

Co-orientador: Professor Doutor Miguel Cardoso

Por:

André Miguel Lemos Ferreira de Almeida

Viseu, 2018





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA·PORTO·VISEU

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Orientador: Professora Doutora Rita Noites

Co-orientador: Professor Doutor Miguel Cardoso

Por:

André Miguel Lemos Ferreira de Almeida

Viseu, 2018



*What is right is not always popular, and what is popular is not always right.*

*-Albert Einstein*



## **Agradecimentos:**

*À minha orientadora Professora Doutora Rita Noites e Co-orientador Professor Doutor Miguel Cardoso  
pela exemplar orientação, pela motivação na realização deste projeto e por todos os  
conhecimentos transmitidos.*

*Aos meus Pais, Teresa e José  
pelo amor, carinho e apoio incondicionais, lições de vida e transmissão de valores pelos quais  
dirijo a minha vida como homem e profissional  
Obrigado pela vida que me proporcionaram.*

*À minha Tia, Beatriz  
por ser a minha segunda mãe.*

*Aos meus irmãos, João e Filipe  
por todos os episódios que passámos, pela influência que tiveram em moldar-me na pessoa  
que sou hoje, e por continuarem a servir de exemplo como Homens e médicos*

*Ao meu binómio e grande amigo, Yasser  
por ser o meu constante braço direito durante todo este percurso, por ser um devotado  
trabalhador de grupo e pela amizade*

*Aos meus colegas de curso  
por me forçarem a sair de casa, pela partilha de experiências, conhecimentos e rizadas durante  
estes cinco anos, que me permitiram crescer enquanto pessoa*

*Aos meus “amigos virtuais”, Xavier, Samuel, Rui(zinho), Relvas e Jonas  
por me forçarem a ficar em casa*

*À Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional das Beiras e a todos os professores e  
funcionários com quem tive o prazer de conviver durante estes cinco anos  
pelos conhecimentos transmitidos*



## Resumo

O presente relatório de atividade clínica tem como objetivo discriminar todos os atos clínicos desenvolvidos durante o 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, nas diversas áreas disciplinares pelo binómio 36, no período compreendido entre 18 de Setembro de 2017 a 10 de Maio de 2018, relativamente ao ano letivo de 2017/18, dando ênfase a alguns casos diferenciados.

Neste último ano letivo, a formação é essencialmente prática, o que permite ao aluno e futuro médico dentista, aplicar todos os conhecimentos que até aqui foram adquiridos e demonstrando a sua autonomia e capacidade de, perante um contexto clínico, formular um raciocínio e propor um plano de tratamento adequado, relativo a todas as áreas disciplinares. Os dados recolhidos foram inseridos e avaliados numa base de dados realizada na plataforma Microsoft Office Excel® (2016) (Microsoft®, EUA)

Palavras-chave: Medicina Dentária, Clínica Dentária Universitária, Atividade Clínica,



## **Abstract**

This clinical activity report aims to discriminate all clinical acts developed during the 5th year of the Integrated Masters of Dental Medicine of the Portuguese Catholic University – Centro regional das Beiras, in the various disciplinary areas by the binomial 36, in the period between September 18<sup>th</sup> of 2017 and May 10<sup>th</sup> of 2018, of the academic year of 2017/18, with emphasis on some differentiated cases.

In this last academic year, the training is essentially practical, which allows the student and future dental practitioner to apply all the knowledge that has been acquired up to now and to demonstrate their autonomy and ability, in a clinical setting, formulate a rationale and propose an appropriate treatment plan for all disciplinary areas. The collected data was inserted and evaluated in a database made on the Microsoft Office Excel® platform (2016) (Microsoft®, USA).

Keywords: Dental Medicine, Dental University Clinic, Clinical Activity,



# Índice

1. Introdução.....	1
2. Materiais e métodos .....	3
3. Resultados.....	5
3.1. Caracterização Geral da Amostra .....	5
3.2. Caracterização da Amostra Relativa a cada Área Disciplinar.....	11
3.2.1. Medicina Oral.....	11
3.2.2. Cirurgia Oral .....	12
3.2.3. Dentisteria Operatória .....	13
3.2.4. Endodontia.....	15
3.2.5. Periodontologia.....	16
3.2.6. Prótese Fixa .....	18
3.2.7. Prótese Removível.....	20
3.2.8. Oclusão.....	22
3.2.9. Ortodontia.....	24
3.2.10. Odontopediatria.....	25
<b>4. Casos Clínicos Diferenciados .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1. Caso Clínico nº1: Enucleação de lesão compatível com mucocelo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2. Caso Clínico nº2: Ponte fixa metalo-cerâmica de 6 elementos .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3. Caso Clínico nº 3: Gengivectomia com laser diodo para melhoria estética .....</b>	<b>42</b>
5. Conclusão .....	49
6. Produção Científica .....	51
Bibliografia .....	53



# Índice de gráficos

1. Distribuição das idades dos doentes atendidos pelo binómio.....	6
2. Número de atos realizados como Assistente e Operador.....	7
3. Percentagem de atos realizados como Assistente e Operador.....	8
4. Atos realizados a Medicina Oral como operador e assistente.....	11
5. Atos realizados a Cirurgia Oral como operador e assistente.....	12
6. Atos realizados a Dentisteria Operatória como operador e assistente.....	13
7. Atos realizados em Dentisteria Operatória.....	14
8. Tipo de dentes (nº de canais) que sofreram tratamento endodôntico radical relacionado com a vezes que fui operador e assistente.....	15
9. Distribuição dos diagnósticos efetuados pelo binómio 36 na área de Periodontologia.....	16
10. Distribuição dos tratamentos efetuados pelo binómio 36 na área de Periodontologia.....	17
11. Distribuição dos atos realizados pelo binómio 36 nas consultas de Prostodontia Fixa.....	18
12. Distribuição dos atos realizados a prostodontia fixa como operador e assistente.....	19
13. Distribuição dos atos de Prostodontia Removível com assistente e operador.....	20
14. Distribuição dos atos realizados a Prostodontia Removível pelo tipo de consulta realizada...21	
15. Distribuição dos atos realizados como assistente e operador.....	23
16. Distribuição das consultas realizadas a ortodontia como operador e assistente.....	24
17. Distribuição das consultas de odotopediatria como Operador e Assistente.....	26



# Índice de Tabelas

1. Género dos doentes atendidos pelo binómio.....	5
2. Número de atos realizados no total por área disciplinar.....	8
3. Atos realizados nas diferentes áreas disciplinares como Operador e Assistente.....	9
4. Número de escovagens diárias dos doentes e média de índice de placa correspondente.....	10



# Lista de Abreviaturas

IP - Índice de Placa

Nº - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Periodontite Crónica Avançada

PCL - Periodontite Crónica Leve

PCM - Periodontite Crónica Moderada

PPR - Prótese Parcial Removível

Rx - Radiografia

TER - Tratamento Endodôntico Radical

UCP - Universidade Católica Portuguesa

CRB – Centro Regional das Beiras



# Índice de Figuras

1. Radiografia Panorâmica da doente em questão.....	26
2. Fotografia da lesão isolada com auxílio da pinça de Desmarres.....	27
3. Incisão inicial superficial da lesão.....	29
4. Exposição inicial da lesão.....	29
5. Fase inicial da divulsão tecidual.....	29
6. Continuação da divulsão tecidual com auxílio da tesoura curva.....	29
7. Exposição completa da lesão principal.....	29
8. Remoção da lesão após accidental extravasamento.....	29
9. Sutura da lesão.....	29
10. Peças excisadas em Formaldeído 4%.....	29
11. Relatório anatomopatológico confirma o diagnóstico clínico de mucocelo.....	30
12. Radiografia panorâmica (ortopantomografia) evidenciando a ponte metalo-cerâmica de 6 Elementos.....	33
13. Radiografias Periapicais: A) do dente 1.1 e coroa do 2.1; B) da coroa do 2.2 e do dente 23; C) da coroa do 2.4 e do dente 2.5.....	33
14. Fotografia frontal.....	34
15. Fotografia lateral esquerda.....	34
16. Fotografia oclusal inferior.....	34
17. Fotografia com vista palatina do pilar infiltrado.....	34
18. Início de remoção da ponte inicial com utilização de broca diamantada e saca-coroas.....	35
19. Início de remoção da ponte inicial com utilização de broca diamantada e saca-coroas.....	35
20. Ponte removida (vista posterior).....	35
21. Ponte removida (vista inferior).....	35
22. Dano causado aos cotos dentários durante a remoção da ponte (vista vestibular).....	35
23. Dano causado aos cotos dentários durante a remoção da ponte (vista oclusal).....	35
24. Dano causado ao dente 1.1.....	36
25. Dano causado ao dente 2.3.....	36
26. Dano causado ao dente 2.5.....	36
27. Restauração dos danos, diretamente com resina composta.....	36

28. Ponte Provisória (vista frontal).....	36
29. Ponte Provisória (vista oclusal com pontos de contacto).....	36
30. Infraestrutura metálica no troquel (vista lateral).....	37
31. Infraestrutura metálica no troquel (vista posterior).....	37
32. Inserção e prova de infraestrutura.....	37
33. Prova de infraestrutura (vista fronto-lateral).....	37
34. Prova de infraestrutura (vista palatina).....	37
35. Prova de infraestrutura (vista oclusal).....	37
36. Cerâmica no troquel (vista lateral).....	38
37. Cerâmica no troquel (vista palatina).....	38
38. Prova de cerâmica (vista frontal).....	38
39. Peça definitiva no troquel (vista frontal).....	38
40. Peça definitiva no troquel (vista palatina).....	38
41. Peça definitiva (vista inferior).....	38
42. Espatulação do cimento.....	39
43. Inserção do cimento no interior das coroas ponticas da peça.....	39
44. Cimentação da peça em boca e remoção dos excessos de cimento.....	39
45. Fotografia final após cimentação e remoção de todos os excessos de cimento.....	39
46. Fotografia final com pontos de contacto.....	39
47. Fotografia de controlo (1 mês), Gengiva com aspecto saudável.....	39
48. Proporções dentárias iniciais analisadas no programa Geomagic control X® (2017).....	42
49. Fotografia intra-oral frontal pré-operatória.....	44
50. Fotografia intra-oral frontal pós gengivectomia a laser diodo.....	44
51. Fotografia intra-oral frontal pós-operatória (1 semana).....	45
52. Fotografia Frontal Pré-operatória.....	45
53. Fotografia frontal pós-operatória (1 semana).....	45
54. Compilação comparativa de fotos intra-orais.....	46
55. Póster “Enucleação de lesão compatível com Mucocele” apresentado nas XIII Jornadas de Medicina Dentária da UCP Viseu.....	48

# 1. Introdução

A prática da Medicina Dentária em Portugal, desde sempre foi e ainda hoje é exercida por classes profissionais distintas, que no seu percurso histórico procuraram obter uma valorização profissional, a sustentabilidade económica, a evolução científica e o reconhecimento social (1).

Até ao século XIX, a Medicina Dentária era praticada, preferencialmente, por barbeiros, cirurgiões e dentistas. Até à criação da especialidade de Estomatologia (em 1911), eram raros os médicos que se dedicavam à prática da Medicina Dentária (1).

No século XV, o médico português Valescus de Taranta, publicou o *Philonium*, que constituiu o primeiro tratado de Anatomia Dentária publicado em Portugal. Este profissional de Medicina Dentária introduziu os primeiros conhecimentos de Dentisteria Operatória, indicando protocolos para tratar dentes cariados: “Chirurgici jubent ipsum limare et sculpere” (encher as cavidades dos dentes cariados depois de as limpar com cera e cânfora, que têm grandes virtudes profiláticas contra a putrefacção local e geral) (1,2).

Os instrumentos e materiais disponíveis na Medicina Dentária foram evoluindo, com o aparecimento do sistema de propulsão através da alavanca movida a pedal, começou-se a procurar a etiopatogenia das doenças orais, nomeadamente da cárie dentária e o cirurgião João Lopes Correa, em 1723, já recomendava a “abstinência de doces e outros alimentos que possam atacar o esmalte” (1,2).

Os médicos dentistas estrangeiros também foram um grande contributo para a evolução da Medicina Dentária em Portugal, que se estabeleceram cá e trouxeram conhecimentos inovadores. De entre eles, destacam-se: em 1735, Pedro Gay, dentista francês, que preconizava “arrancar um dente duma boca e pô-la noutra, de modo que ao fim de quinze dias estava tão firme como se houvesse nascido nela” (1,2), tendo assim sido o pioneiro da transplantação dentária em Portugal; em 1741, João António Dufour, Dentista Clínico do Rei da Sardenha, “segurava os dentes abalados com um fio subtilíssimo de ouro” (1,2). Seria, deste modo, o introdutor da técnica de ferulização; em 1739, João Bautista Grimaldi Francelino, Dentista da Corte de Viena, trouxe relevantes

conhecimentos de ortodontia, pois afirmava que endireitava os dentes tortos das crianças e separava os que estavam muito unidos (1,2).

Pode-se, portanto, concluir que a medicina dentária tem estado sempre numa constante evolução, contudo terá sido nos séculos XIX e XX que essa evolução terá sido mais marcante, com descobertas como o controlo seguro e eficaz da dor, instrumentação dental de alta velocidade, implantes dentários, avanços no diagnóstico e tratamento do cancro oral e inúmeros avanços nas especialidades médico-dentárias (3).

Nos dias de hoje, a Medicina Dentária abrange diversas áreas como a Medicina Oral, a Cirurgia Oral, a Dentisteria Operatória, a Endodontia, a Periodontologia, a Prostodontia Fixa, a Prostodontia Removível, a Oclusão, a Odontopediatria e a Ortodontia.

Na Universidade Católica Portuguesa, a prática clínica incide em todas estas especialidades garantindo uma aprendizagem abrangente do que é a Medicina Dentária.

No presente relatório de atividade clínica serão discriminados todos os atos clínicos desenvolvidos durante o 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras nas diversas áreas disciplinares pelo binómio 36, desde 18 de Setembro de 2017 até 10 de Maio de 2018, com ênfase em alguns casos diferenciados.

## 2. Materiais e métodos

Este relatório terá como base os dados de toda a atividade clínica desenvolvida na Clínica Dentária Universitária do Centro Regional das Beiras (CRB) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), de Viseu. A recolha de dados estende-se desde o dia 18 de Setembro de 2017 até dia 10 de Maio de 2018.

Esta recolha de dados foi possível através da utilização dos programas informáticos Newsoft 2.0® e Dimaxis®, aquando da primeira consulta de cada doente, consulta esta que é realizada na unidade curricular de Medicina Oral, onde é realizada uma anamnese completa e detalhada para que, posteriormente, esse mesmo doente seja encaminhado para as demais áreas disciplinares necessárias para realizar o plano de tratamento.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados, utilizando a plataforma Microsoft Excel®, sendo as variáveis de estudo: área disciplinar, idade, sexo, hábitos tabágicos, número de escovagens orais diárias, tratamento efetuado, estado periodontal e o número de vezes que o autor do relatório de atividade clínica (RAC) foi Operador e Assistente.



## 3. Resultados

### 3.1. Caracterização Geral da Amostra

Neste capítulo, apresentam-se os dados que foram recolhidos ao longo do ano letivo.

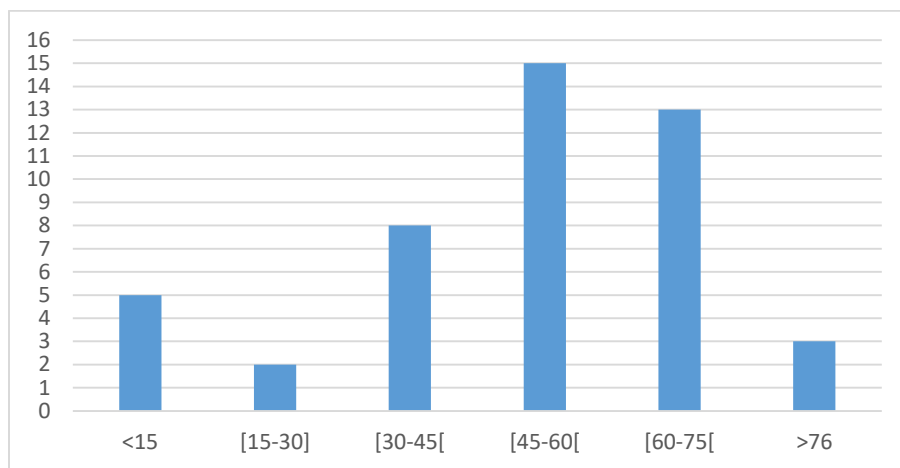
A recolha foi realizada a partir da história clínica dos doentes, da observação dos mesmos e respetivo diagnóstico efetuados nas consultas, separando-os pelas diferentes áreas disciplinares.

Durante o período de recolha dos dados, foram atendidos 46 doentes pelo binómio, 30 do sexo feminino e 16 do sexo masculino (tabela 1), tendo sido a sua idade média de 49 anos

**Tabela 1** – Género dos doentes atendidos pelo binómio.

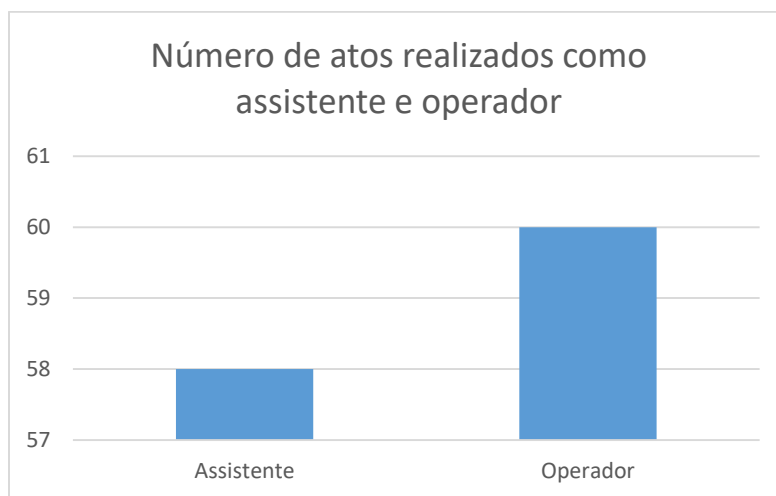
<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Feminino</b>	30	65,2
<b>Masculino</b>	16	34,8
<b>Total</b>	46	100

Os doentes com idades compreendidas entre os 45-60 anos foram em maior número (**Gráfico 1**).



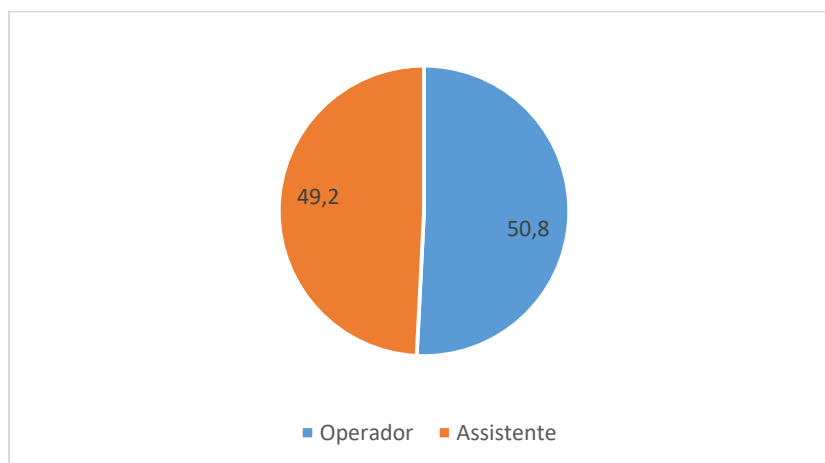
**Gráfico 1** – Distribuição das idades dos doentes atendidos pelo binómio

Como operador foram realizados 60 atos e como assistente 58 (**Gráfico 2**)



**Gráfico 2** – Número de atos realizados como Assistente e Operador

Neste **Gráfico 3** observa-se a percentagem de atos realizados como operador (50,8%) e como assistente (49,2%)



**Gráfico 3-** Percentagem de atos realizados como Assistente e Operador

A área onde foram realizados mais atos clínicos foi em Prótese removível com 28 atos, ao contrário de oclusão onde foi registado o menor número de atos clínicos (**Tabela 2**).

**Tabela 2–** Número de atos realizados no total por área disciplinar

Área disciplinar	Frequência	Percentagem (%)
<b>Prótese Removível</b>	28	24.6
<b>Endodontia</b>	16	14
<b>Dentisteria Operatória</b>	15	13.2
<b>Prostodontia Fixa</b>	15	13.2
<b>Periodontologia</b>	14	12.3
<b>Medicina Oral</b>	9	7.9
<b>Cirurgia Oral</b>	7	6.1
<b>Ortodontia</b>	4	3.5
<b>Odontopediatria</b>	4	3.5
<b>Oclusão</b>	2	1.8
<b>Total</b>	114	100

A **Tabela 3** demonstra os atos realizados como operador e assistente nas diferentes áreas disciplinares.

**Tabela 3** – Atos realizados nas diferentes áreas disciplinares como Operador e Assistente

		Função		Total
		Operador	Assistente	
Área Disciplinar	Prótese Removível	16	12	28
	Dentisteria Operatória	7	8	15
	Endodontia	8	8	16
	Prostodontia Fixa	7	8	15
	Periodontologia	7	7	14
	Medicina Oral	5	4	9
	Cirurgia Oral	3	4	7
	Odontopediatria	2	2	4
	Oclusão	1	1	2
	Ortodontia	2	2	4
Total		58	56	114

No que diz respeito ao número de escovagens, podemos verificar que o número mínimo de escovagem é de 1 vez ao dia e o máximo é de 3 vezes ao dia. No total de 46 doentes atendidos pelo binómio (**Tabela 4**). A média de índice de placa mostra uma redução do seu valor aliada ao aumento do número de escovagens diárias, contudo a amostra é muito reduzida para tirar qualquer conclusão sólida (**Tabela 4**).

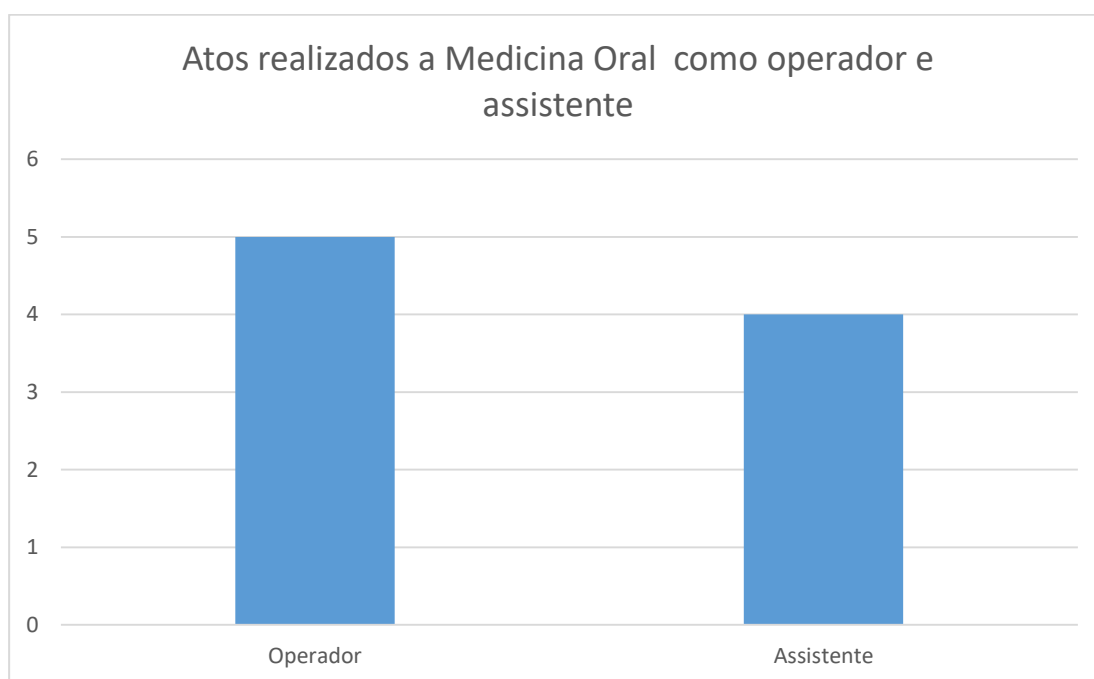
**Tabela 4** – Número de escovagens diárias dos doentes e média de índice de placa correspondente.

<b>Número de Doentes</b>	<b>Número de escovagens</b>	<b>Média de Índice de placa (%)</b>
8	1	70,3
32	2	64,6
5	3	54,4

## 3.2. Caracterização da Amostra Relativa a cada Área Disciplinar

### 3.2.1. Medicina Oral

Na Clínica Dentária Universitária, todos os doentes que são atendidos pela primeira vez, passam por uma consulta de medicina oral, unidade curricular responsável pelo diagnóstico, prevenção e encaminhamento dos doentes para as diversas especialidades para que se possa dar início ao tratamento ali planeado. Durante estas consultas, com duração de duas horas, é realizada uma anamnese completa, bem como um exame clínico intra e extra-oral de todas as estruturas relativas ao aparelho estomatognático. Esta unidade curricular é também responsável pela realização de biópsias de lesões orais que careçam de confirmação diagnóstica.



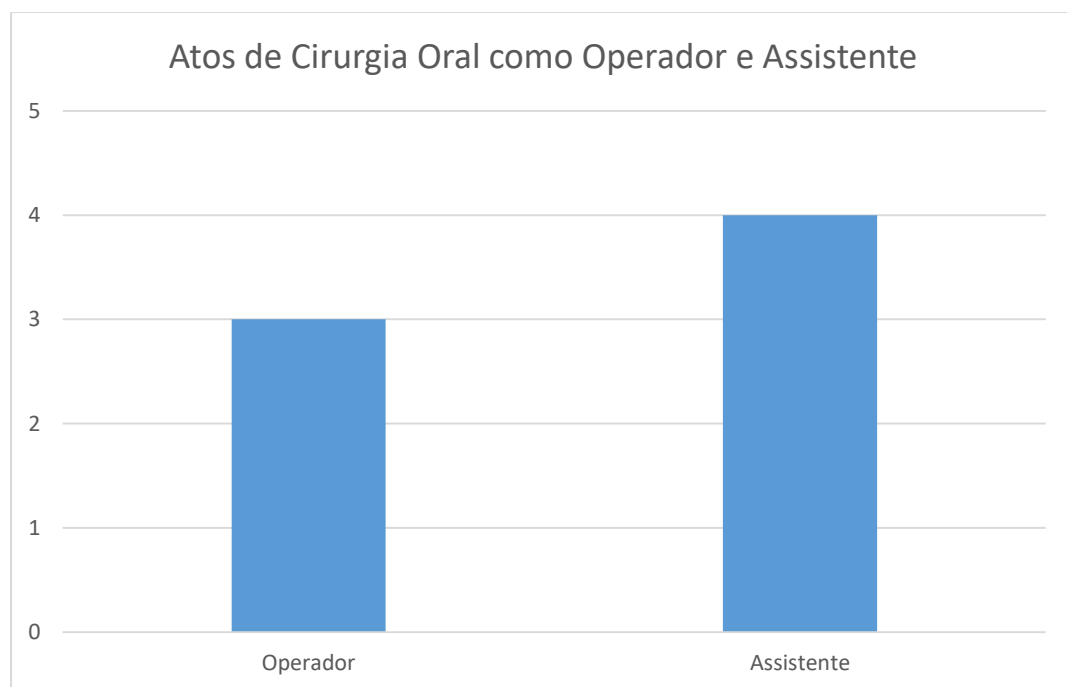
**Gráfico 4** – Atos realizados a Medicina Oral como operador e assistente.

No âmbito desta unidade curricular foram realizados 9 atos clínicos, 5 como operador e 4 como assistente (**gráfico 4**).

### 3.2.2. Cirurgia Oral

A cirurgia oral é a especialidade da Medicina Dentária que inclui o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e adjunto de doenças, lesões e defeitos, incluindo tanto os aspetos funcionais, como estéticos dos tecidos duro e mole das regiões orais e maxilofaciais (4). Na Clínica Dentária Universitária, esta especialidade é mais utilizada para a realização de exodontias simples e complexas, bem como processos infecciosos e cirurgias pré-protéticas.

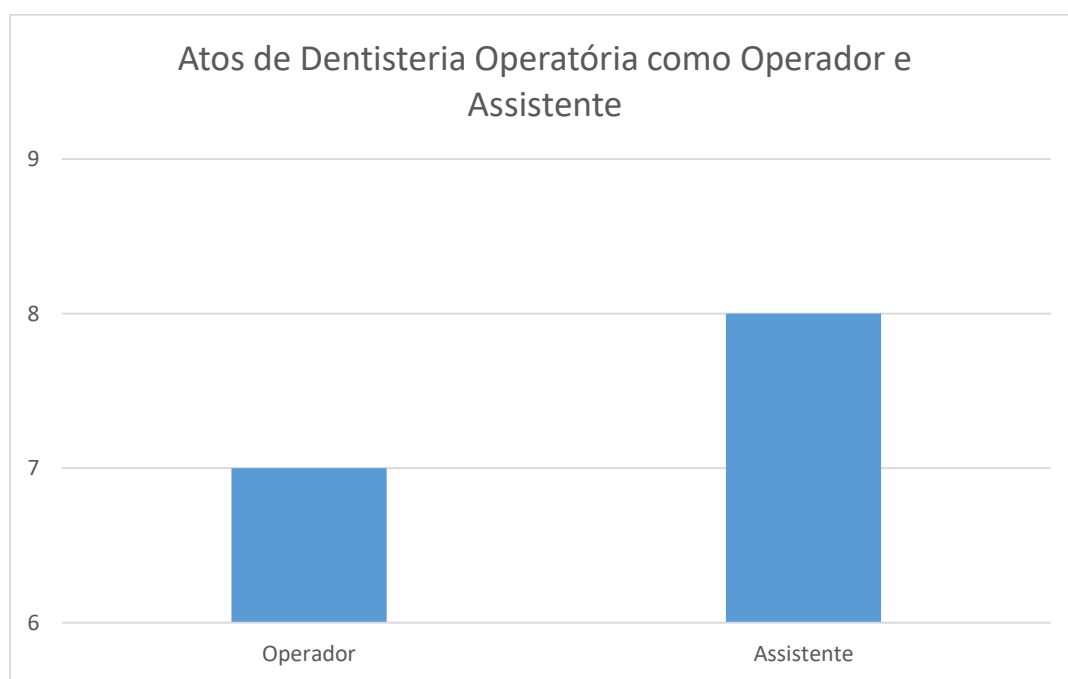
Nesta área disciplinar, foram realizados 7 atos cirúrgicos, sendo todos estes extrações simples. Dos 7 atos realizados, 3 foi como operador e 4 como assistente (**Gráfico 5**).



**Gráfico 5** –Atos realizados a Cirurgia Oral como operador e assistente

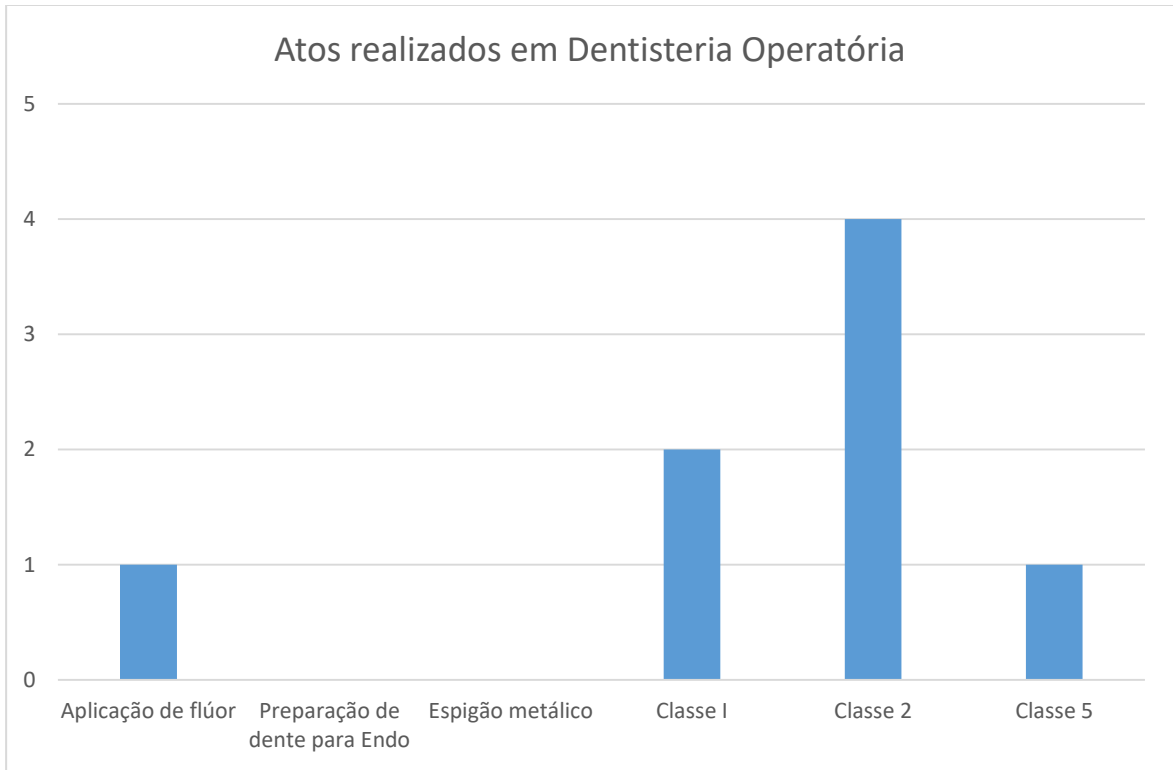
### 3.2.3. Dentisteria Operatória

Na Clínica Dentária Universitária, esta área da Medicina Dentária, cujas consultas são semanais com uma duração de três horas, visa uma reabilitação dos tecidos duros dentários que se encontram com lesões de cárie, restaurações insatisfatórias ou fraturas, bem como alterações de forma, coloração e textura dentárias mantendo sempre a sua funcionalidade. Pelo binómio 36. Foram realizados 15 atos clínicos em que 7 foram como operador e 8 como assistente (**Gráfico 6**).



**Gráfico 6** –Atos realizados a Dentisteria Operatória como operador e assistente

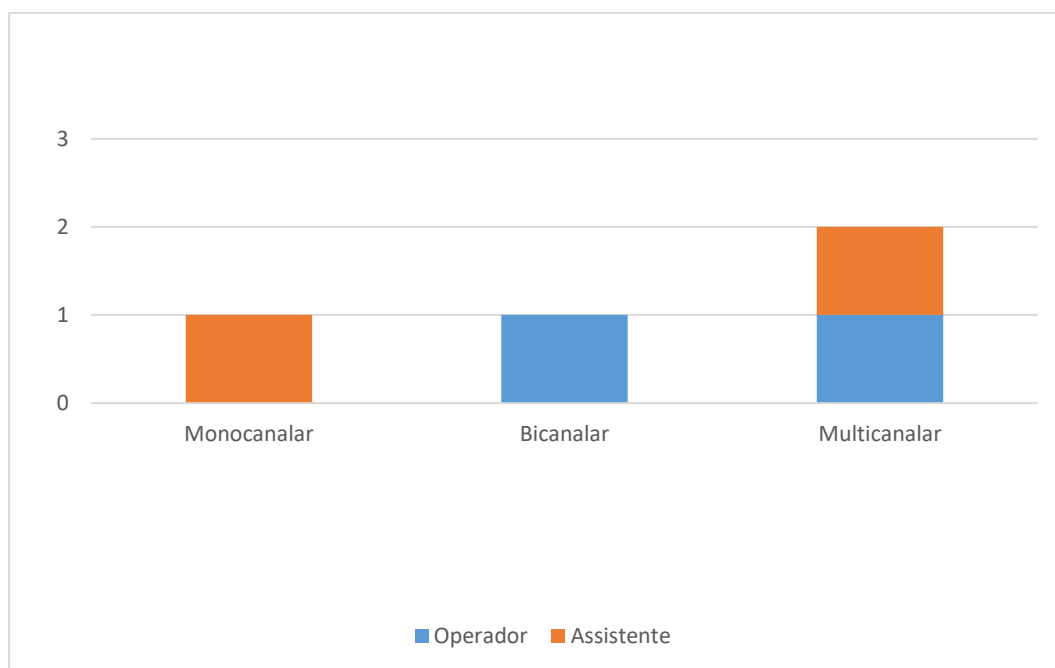
Destes, o tratamento realizado mais frequente foi a restauração direta de dentes com lesões de Classe 2 (7 atos), seguido das Classe 1 (3 atos), Classe 5 (2 atos), e em igual número (1 ato): uma aplicação tópica de flúor, uma restauração provisória dum dente (4.2) para preparar para tratamento endodôntico e a restauração de um 4.4 extensamente destruído com auxílio de um espigão metálico (**Gráfico 7**). Dos 7 atos realizados como operador, realizei: 1 aplicação de flúor, 2 restaurações classe I, 4 restaurações classe II e 1 restauração classe V.



**Gráfico 7 – Atos realizados em Dentisteria Operatória**

### 3.2.4. Endodontia

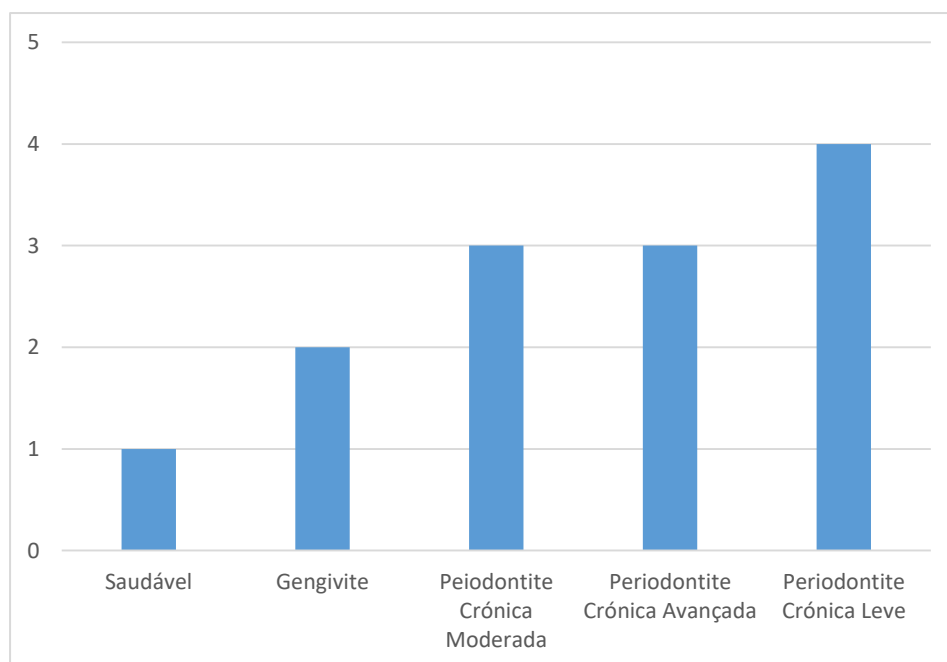
A Endodontia é a área da Medicina Dentária que estuda a morfologia da cavidade pulpar, da fisiologia e patologia da polpa dentária, bem como a prevenção e tratamento das alterações pulpares e suas repercussões nos tecidos peri-apicais (5). Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de endodontia são semanais com uma duração de três horas. Na amostra recolhida, o binómio 36 realizou 16 consultas, que correspondem a 4 doentes, dessas 16, fui operador em metade. Nas 8 consultas, realizei TER num dente monocanal e num dente multicanalar (**Gráfico 8**).



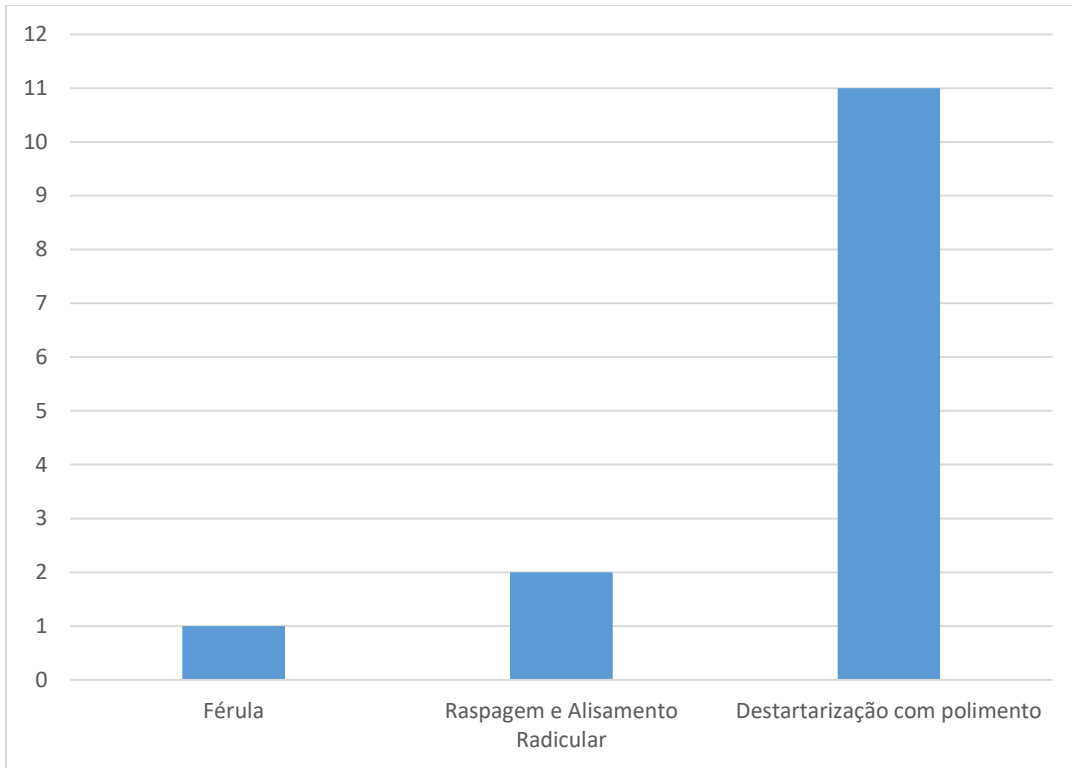
**Gráfico 8** – Tipo de dentes (nº de canais) que sofreram tratamento endodôntico radical relacionado com as vezes que fui operador e assistente.

### 3.2.5. Periodontologia

A periodontologia é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico, estudo e tratamento das patologias que afetam os tecidos de suporte dentário (6). A doença periodontal afeta mais de metade dos pacientes adultos e é, muitas vezes, diagnosticada tardiamente (6). Esta doença é uma infeção bacteriana crónica, cuja evolução pode levar à perda de suporte dentário, levando a mobilidades dentárias, abcessos e bolsas periodontais e recessões gengivais (6). Na Clínica Dentária Universitária, estas consultas são semanais, com uma duração de duas horas. Foram realizadas pelo binómio 36, 14 consultas, das quais metade como operador. Nestas consultas foram diagnosticadas: 1 gengivite leve, 1 gengivite moderada, 4 periodontites crónicas Leves, 3 periodontites crónicas moderadas e 3 periodontites crónicas avançadas (**Gráfico 9**). Dos tratamentos realizados nas 14 consultas, 2 foram raspagens e alisamentos radiculares, 1 foi a elaboração de uma férula no 5º sextante e 11 destartarizações com polimento final. Destes tratamentos, como operador realizei 1 RAR e 6 Destartarizações com polimento (**Gráfico 10**).



**Gráfico 9** –Distribuição dos diagnósticos efetuados pelo binómio 36 na área de Periodontologia

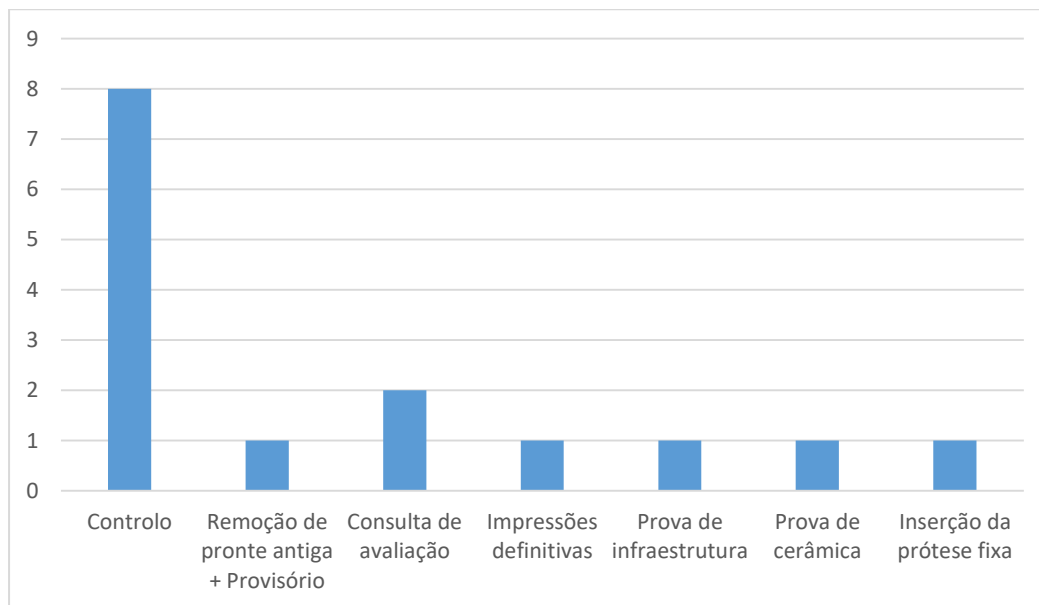


**Gráfico 10** – Distribuição dos tratamentos efetuados pelo binómio 36 na área de Periodontologia

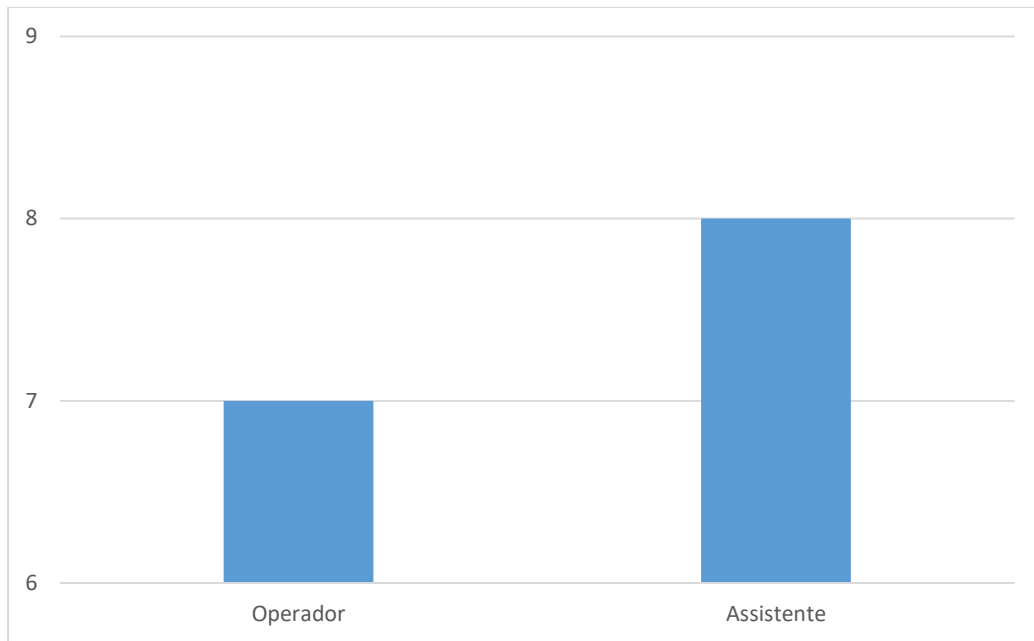
### 3.2.6. Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação de dentes unitários extensamente destruídos ou de espaços edêntulos através da realização de próteses fixas, que assentam sobre dentes naturais previamente preparados, ou sobre implantes dentários (7). Na Clínica Dentária Universitária, as reabilitações efetuadas passam por coroas unitárias (em dentes extensamente destruídos quando a sua restauração por métodos diretos já não é viável) ou pontes quando é necessário reabilitar um espaço edêntulo, não muito extenso, com dentes pilares hígidos ou com condições de suportar as forças exercidas por uma ponte. As consultas são semanais com uma duração de quatro horas.

No âmbito desta unidade curricular, foram realizadas 15 consultas, tendo 8 sido consultas de controlo, 1 consulta de confeção de provisório com a remoção de uma ponte antiga, 2 consultas de avaliação, 1 consulta de impressões definitivas, 1 prova de infraestrutura, 1 prova de cerâmica e 1 de inserção de prótese (ponte) (**Gráfico 11**). Destas 15 consultas, 7 foram como operador (5 consultas de controlo, 1 prova de infraestrutura, e 1 consulta de avaliação) (**Gráfico 12**).



**Gráfico 11** – Distribuição dos atos realizados pelo binómio 36 nas consultas de Prostodontia Fixa



**Gráfico 12** – Distribuição dos atos realizados a Prótese Fixa como operador e assistente

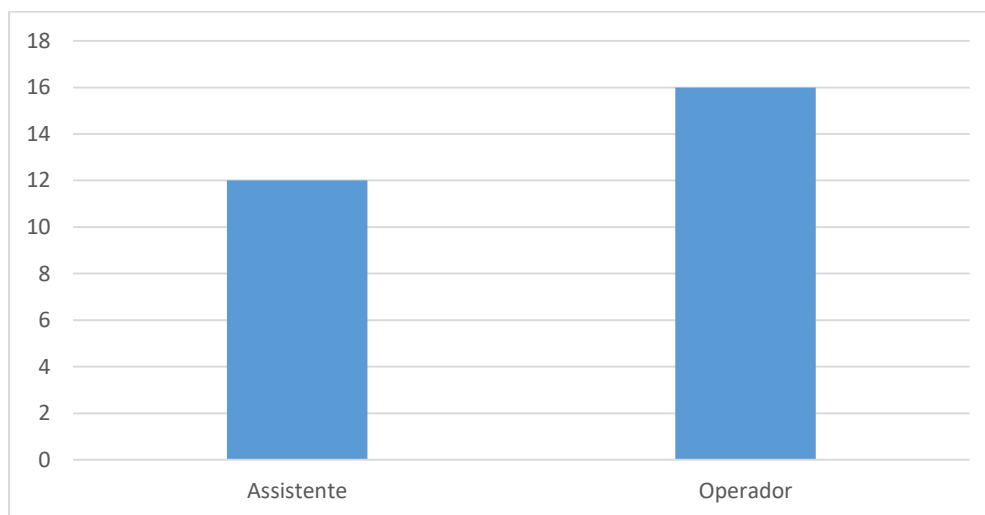
### 3.2.7. Prostodontia Removível

Muitas vezes, por razões económicas e/ou biológicas, a escolha de soluções removíveis na reabilitação oral é, para muitos doentes, a única solução (8). Contudo, o grande desafio passa por restabelecer o equilíbrio do sistema estomatognático do desdentado (parcial ou total), procurando atingir resultados estáveis a longo prazo e com as menores consequências biológicas para os dentes pilares e/ou para os tecidos de suporte (8). Assim, uma criteriosa seleção dos dentes pilares, um desenho protético estratégico do ponto vista biomecânico e o recurso aos materiais e técnicas mais adequados à especificidade de cada caso clínico, vão ser imperativos na persecução dos objetivos acima mencionados (8).

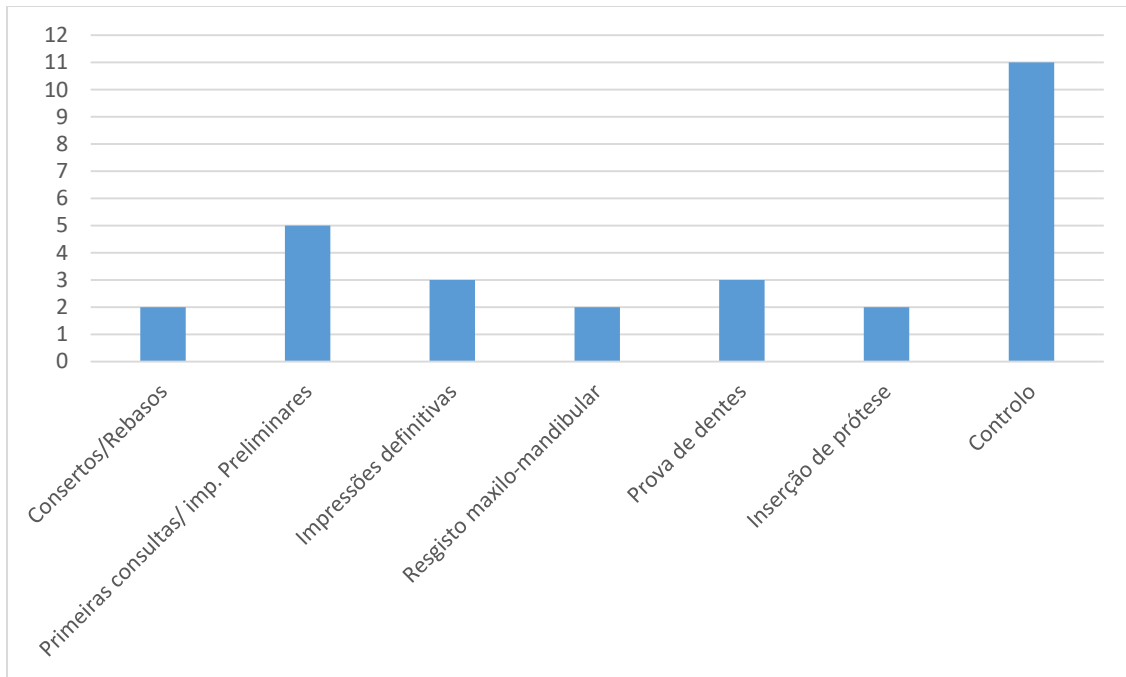
Na Clínica Dentária Universitária, onde as consultas de Prostodontia Removível compreendem uma carga horária de quatro horas semanais. Cada caso de reabilitação compreende, no mínimo, 6 consultas, sendo estas: avaliação pré-protética/diagnóstico, preparação pré-protética e impressões definitivas com moldeira individual, prova de esqueleto e registo maxilo-mandibular, prova de dentes, inserção da prótese e controlo.

O binómio 36 realizou um total de 28 consultas, 16 como operador e 12 como assistente (**Gráfico 13**).

No **Gráfico 14**, é possível observar o tipo de consultas realizadas pelo binómio como operador e assistente, de salientar a execução completa de duas próteses parciais acrílicas.



**Gráfico 13** – Distribuição dos atos de Prostodontia Removível com assistente e operador



**Gráfico 14** – Distribuição dos atos realizados a Prostodontia Removível pelo tipo de consulta realizada.

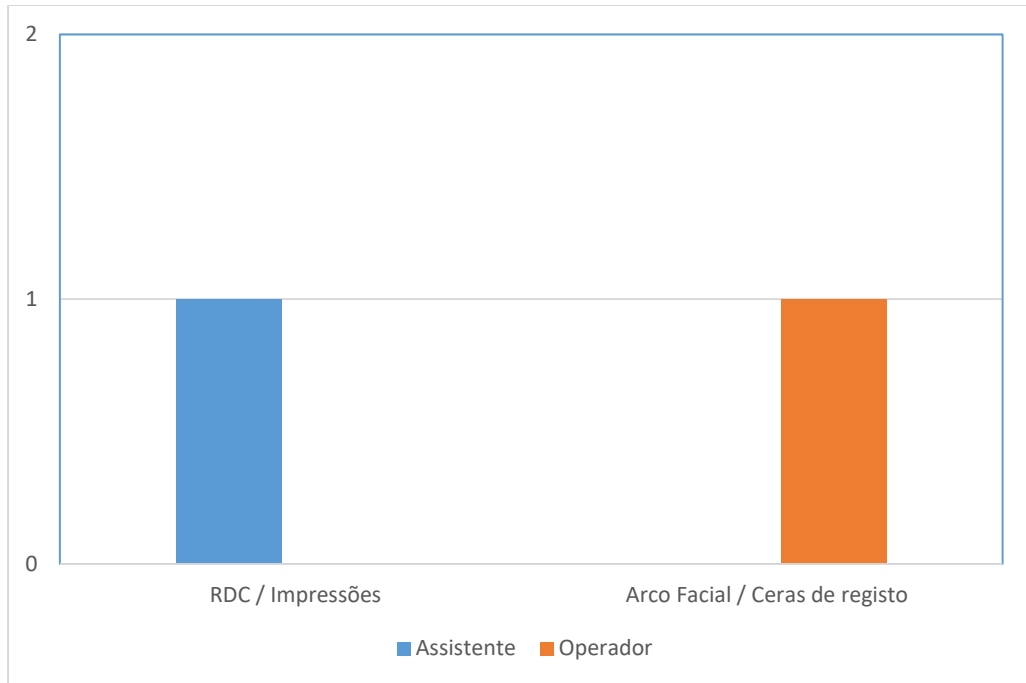
### 3.2.8. Oclusão

O estudo da oclusão e da sua relação com a função do sistema mastigatório tem sido um tema de interesse na Medicina Dentária há muitos anos. Esta relação tem-se provado ser bastante complexa. O grande interesse por essa área, acompanhado pela falta de um completo conhecimento, estimulou inúmeros conceitos, teorias e métodos de tratamento, mas, embora o nível de conhecimento atual seja maior do que nunca, ainda há muito a aprender (9).

A área disciplinar de Oclusão envolve o diagnóstico e tratamento dos distúrbios temporomandibulares de natureza articular e/ou muscular, bem como a abordagem da dor oro-facial. Para fins de diagnóstico, é preenchido o formulário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC)*, onde é analisado: a história de dor facial, o padrão de abertura, a presença de sons articulares, a palpação dos músculos extra orais e cervicais, pesquisa de dor articular e palpação dos músculos intraorais. Para além do preenchimento do *RDC*, são também confeccionados modelos de estudo que posteriormente são montados em articulador (SAM II).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de oclusão compreendem uma carga horária de duas horas semanais. Nesta unidade curricular, o binómio teve a oportunidade de confeccionar uma goteira. Esta confeção depende de, no mínimo, 3 consultas: consulta de diagnóstico com preenchimento do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC)* e realização de impressões, consulta para montagem dos modelos em articulador (SAM II) através da montagem do arco facial e a consulta final de entrega da goteira. O doente foi diagnosticado com artralgia direita e foi indicada a utilização de uma goteira acrílica de relação cêntrica. Contudo o doente, após ter sido confeccionada a goteira, não compareceu mais na Clínica Dentária Universitária, impossibilitando a entrega do dispositivo na terceira consulta.

O **Gráfico 15** mostra a distribuição dos atos como assistente e operador, faltando a terceira consulta de entrega da goteira pela razão mencionada acima.



**Gráfico 15** – Distribuição dos atos realizados como assistente e operador

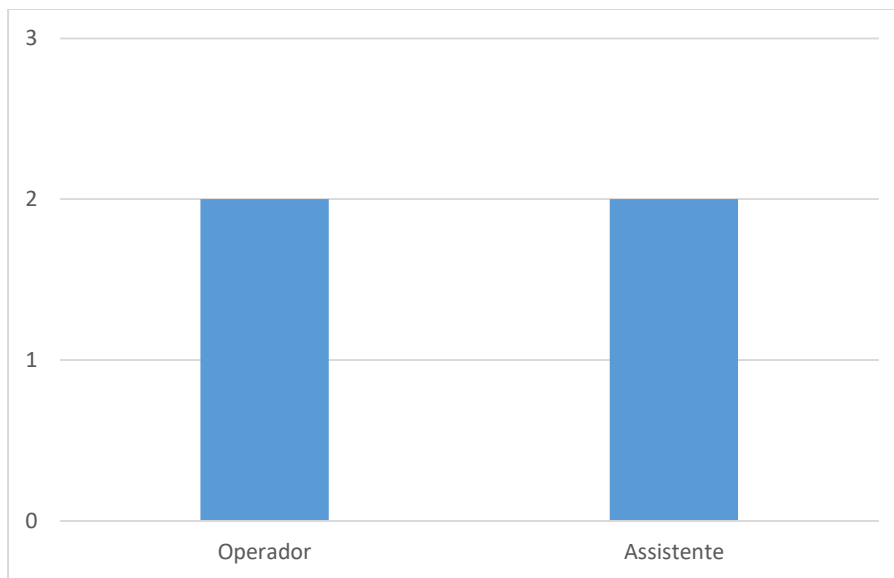
### 3.2.9. Ortodontia

Ortodontia é uma especialidade cuja demarcação é fundamentalmente determinada pela abordagem terapêutica, é a ciência estomatológica que estuda e acompanha o desenvolvimento da oclusão e a sua correção por meio de dispositivos mecânicos que exercem forças físicas sobre a dentição e o seu meio ambiente (10).

Deste modo a Ortodontia busca a normalização oclusal através do movimento controlado dos dentes e/ou do deslocamento das arcadas dentárias (10).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Ortodontia são semanais com uma duração de duas horas, permitindo o planeamento apenas de casos com indicação para aparelhos removíveis.

O binómio 36, realizou 4 consultas, 2 das quais foram realizadas como operador (**gráfico 16**), onde foi realizado 1 planeamento ortodôntico e colocação de um aparelho removível seguido dos respetivos controlos.



**Gráfico 16** – Distribuição das consultas realizadas a ortodontia como operador e assistente

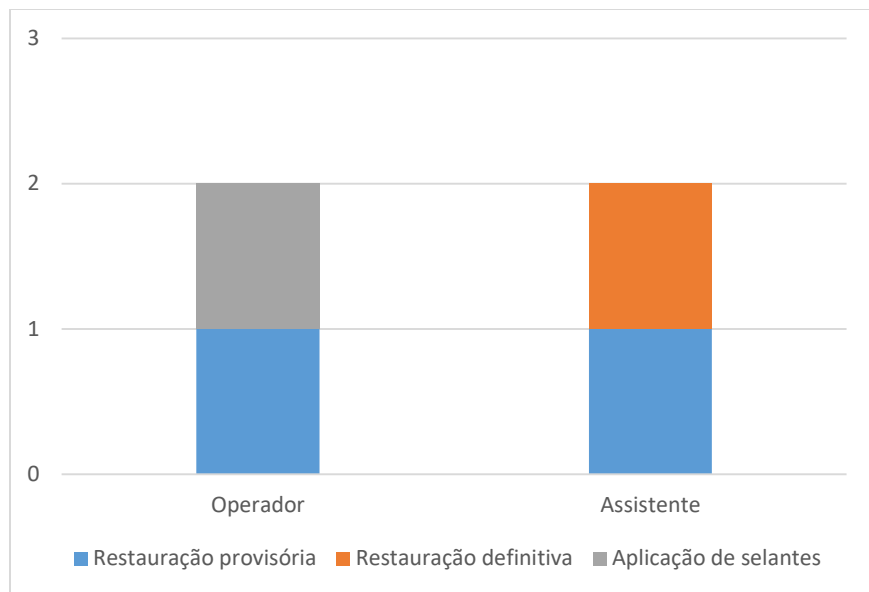
### 3.2.10. Odontopediatria

A Odontopediatria é reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) como a “especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controlo dos problemas de saúde oral do bebé, da criança e do adolescente; a educação para a saúde oral e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde” (11).

Na Clínica Universitária, as consultas semanais de Odontopediatria, com duração de duas horas semanais, visam o atendimento de doentes com idades inferiores aos 16 anos, onde se pode realizar um alargado leque de tratamentos (prótese fixa e removível, Periodontologia, Dentisteria, Medicina Dentária Preventiva, Endodontia, Cirurgia e Ortodontia). Nesta área disciplinar, os atos são classificados de acordo com o grau de dificuldade, sendo distribuídos da seguinte forma:

- Grau I: colocação de selante de fissuras, restaurações de classe I, extração simples de um dente decíduo com mobilidade;
- Grau II: restauração de classe II extensa, extração de dente decíduo com raízes longas e finas, extração de dente permanente;
- Grau III: pulpotomias, pulpectomias, colocação de coroas pré-formadas, qualquer ato realizado com crianças com um comportamento difícil de prever ou controlar.

O meu binómio realizou 4 consultas, das quais, 2 foram restaurações provisórias, 1 restauração classe II definitiva e 1 aplicação de selantes. Dessas consultas fui operador em 1 restauração provisória e 1 restauração classe II definitiva (**Gráfico 17**).



**Gráfico 17** – Distribuição das consultas de odontopediatria como Operador e Assistente.

## 4. Casos Clínicos Diferenciados

### 4.1. Caso Clínico nº1: Enucleação de lesão compatível com mucocelo

#### Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, ASA I, sem qualquer patologia sistémica, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, com boa higiene oral, afirmando realizar 3 escovagens orais diárias com uso de pontual de colutório, no dia 15 de Janeiro de 2018 surge na consulta de Medicina Dentária da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa queixando-se de um “inchaço no lábio inferior”, referindo ter surgido em finais de Novembro do ano anterior.

A nível dentário a doente apresenta restaurações nos dentes 1.2, 1.4, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 4.4, 4.5, 4.6 e 4.7, tratamentos endodônticos radicais nos dentes 1.1, 1.4 e 1.5, uma reabilitação com coroa e falso coto no dente 1.1, implante dentário no 2.4 e ausência dos dentes 3.6 e 3.7 perdidos por exodontia.



**Fig. 1** – Radiografia Panorâmica da doente em questão

Na inspeção clínica, observou-se uma lesão papular móvel no lábio inferior de forma oval e de consistência mole e flutuante. A sua coloração era maioritariamente semelhante ao tecido adjacente com ligeira tonicidade azul. Diagnóstico compatível com mucocele labial.



**Fig. 2-** Fotografia da lesão isolada com auxílio da pinça de Desmarres

**Material Utilizado:** Espelho intraoral, Carpule e anestubos (Lidocaína), Pinça Hemostática, Cabo de bisturi, Lâmina de bisturi 15C, Pinça de pontas retas, Tesoura Mayo Curva, Fio de sutura reabsorvível (*Surgicryl PGA 3-0 e 5-0*)

### **Descrição do tratamento**

Perante este caso clínico, optou-se pela enucleação, ou seja, excisão da glândula principalmente afetada, bem como o tecido glandular anexo. A principal razão que levou à seleção deste tratamento foi dificultar o máximo possível a recidiva da lesão. Durante a enucleação ocorreu o rompimento do ducto levando ao extravasamento do conteúdo líquido (**Figura 8**).

## **Protocolo Utilizado**

Iniciou-se com o bloqueio do nervo mentoniano direito (4º Quadrante), de seguida isolou-se a lesão com auxílio da Pinça de Desmarres reduzindo o sangramento e facilitando todo o procedimento cirúrgico; realizou-se uma incisão semilunar superficial da lesão com o objetivo de a expor e evitar o seu extravasamento; seguiu-se a divulsão dos tecidos com a ajuda da tesoura curva separando a lesão dos tecidos saudáveis; de seguida foi feita a excisão da lesão (após acidental rompimento (com o aspirador) do ducto e conseqüente extravasamento do conteúdo líquido e também das glândulas minor anexas; após uma boa inspeção dos tecidos circundantes e da remoção de todas as glândulas anexas, foi realizada a sutura da incisão através de 9 pontos simples com fio de sutura mononylon 5-0.

Todas as peças excisadas foram colocadas em Formaldeído 4% e enviadas para o laboratório de Anatomia Patológica do Hospital São Teotónio para confirmar o diagnóstico.



**Fig 3-** Incisão inicial superficial da lesão



**Fig 4-** Exposição inicial da lesão



**Fig 5-** Fase inicial da divulsão tecidular



**Fig 6-** Continuação da divulsão tecidular com auxílio da tesoura curva



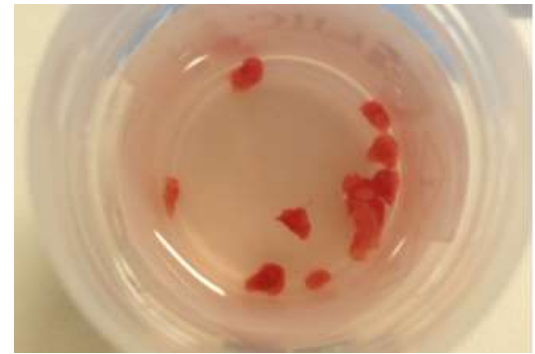
**Fig 7-** Exposição completa da lesão principal



**Fig 8-** Remoção da lesão após acidental extravasamento



**Fig 9-** Sutura da lesão



**Fig 10-** Peças excisadas em Formaldeído 4%



**Lab LHC**  
anatomia patológica, lda

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

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - 1 - Viso Sul  
Apartado 39 EC S. José - 3501-908 VISEU  
Tel.: 232 436 614 - Fax 232 432 808  
labhc@sapo.pt | geral@labhc.pt  
www.labhc.pt

Data de Nascimento: 09-03-1974

Telefone: [REDACTED]

Data entrada: 15-01-2018

N.º: 116618

Médico Requisitante: [REDACTED]

Produto: B. Glândula Salivar

Exames anteriores:

Diagnóstico Clínico: 9 peças removidas (glândula salivar menor). Possível mucocelo.

### RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Descrição Macroscópica:

Vários fragmentos brancos e moles, com dimensões compreendidas entre 0,3 e 1 cm.

Descrição Histológica:

Nos fragmentos recebidos para análise, os oito menores são constituídos por tecido de glândula salivar menor; a arquitetura lobular está no geral mantida, observando-se infiltrado inflamatório de predomínio mononucleado ligeiro a moderado de distribuição irregular, ocasional espessamento do espaço interlobular substituído por fibrose, e multifocal dilatação quística ductular e/ou acinar. O fragmento maior está ocupado por quisto biloculado, delimitado por parede de espessura variável, fibrótica na sua localização mais externa, ou edemaciada e de revestimento interno constituído por duas ou mais camadas de células cúbicas ou arredondadas, com núcleos redondos e pequenos e citoplasma espumoso com aparência macrofágica, também presentes dispersas no interior do quisto.

O estudo histopatológico confirma o diagnóstico clínico de mucocelo, associado a sialadenite crónica difusa, ligeira a moderada.

Não há evidência de neoplasia maligna.

Data de saída: 19-01-2018

Assinatura

Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Figura 11 - Relatório anatomopatológico confirma o diagnóstico clínico de mucocelo

O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de mucocele, associado a sialadenite crónica difusa.

No follow-up, realizado 2 semanas após cirurgia, o local intervencionado encontrava-se com boa cicatrização e a doente queixava-se de uma ligeira parestesia na mesma zona que tinha vindo a diminuir.

## Discussão e conclusões

Face a outras opções de tratamento, a cirurgia de enucleação é a mais comum e usual. Outra opção de tratamento seria a marsupialização da lesão, porém esse tratamento apresenta alto índice de recidiva (12).

## **4.2. Caso Clínico nº2: Ponte fixa metalo-cerâmica de 6 elementos**

### Descrição do caso clínico

Doente do sexo feminino, 47 anos apresenta-se na Clínica Universitária com uma ponte de 6 elementos, desde o dente 11 ao 25 (pilares 11, 23, e 25) metalo-cerâmica ali realizada há 7 anos, e verificou-se a presença de um hiato na margem palatina do pilar 2.5 (segundo pré-molar superior esquerdo). O dente encontrava-se vital, apresentava sensibilidade com 1 mês de evolução, sem evidência de cárie. Ao bascular, era perceptível a entrada de saliva nessa zona. O plano de tratamento inicial consistiu na remoção da ponte antiga e avaliação dos danos ao pilar em questão, bem como uma inspeção de todos os outros pilares.

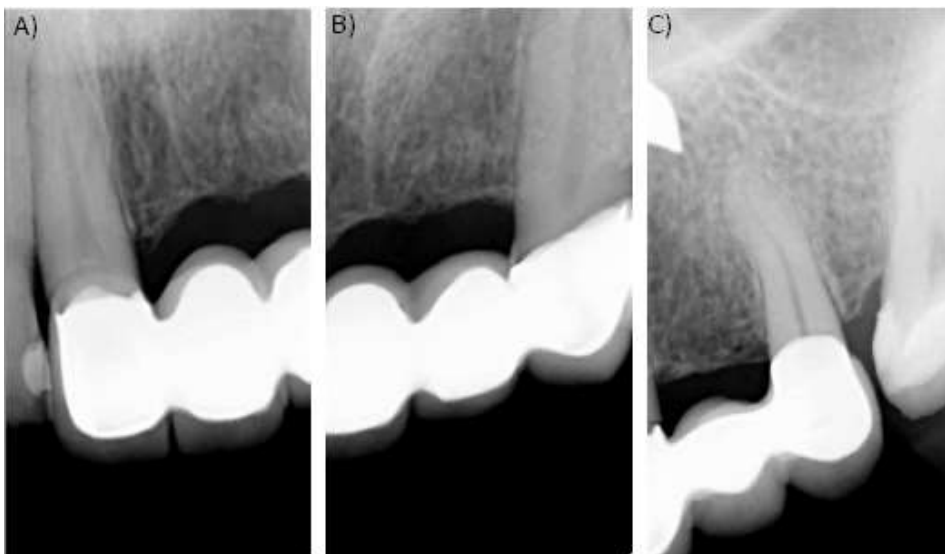
Após a remoção da prótese com o auxílio de turbina com broca diamantada acoplada e um saca-coroas, verificou-se que os dentes estavam com ausência de cárie, respondendo positivamente aos testes de vitalidade sem evidências de lesão pulpar grave, contudo durante a remoção com a turbina, lesou-se acidentalmente parte dos remanescentes dentários dos três pilares, que posteriormente foram restaurados diretamente com resina composta. Estavam portanto, reunidas as condições para a elaboração de uma nova ponte fixa.

## Análise Radiográfica

Ortopantomografia:



**Figura 12** – Radiografia panorâmica (ortopantomografia) evidenciando a ponte metálo-cerâmica de 6 elementos.



**Figura 13** – Radiografias Periapicais: A) do dente 1.1 e coroa do 2.1; B) da coroa do 2.2 e do dente 2.3; C) da coroa do 2.4 e do dente 2.5.

## Registo Fotográfico

Fotos iniciais (Ponte de 7 anos):



**Fig 14-** Fotografia frontal



**Fig 15-** Fotografia lateral esquerda



**Fig 16-** Fotografia oclusal inferior



**Fig 17-** Fotografia com vista palatina do pilar infiltrado

Fotos do ato clínico:



**Fig 18-** Início de remoção da ponte inicial com utilização de broca diamantada e saca-coroas (vista frontal)



**Fig 19-** Início de remoção da ponte inicial com utilização de broca diamantada e saca-coroas (vista lateral)



**Fig 20-** Ponte removida (vista posterior)



**Fig 21-** ponte removida (vista inferior)



**Fig 22-** Dano causado aos cotos dentários durante a remoção da ponte (vista vestibular)



**Fig 23-** Dano causado aos cotos dentários durante a remoção da ponte (vista oclusal)



**Fig 24-** Dano causado ao dente 1.1



**Fig 25-** Dano causado ao dente 2.3



**Fig 26-** Dano causado ao dente 2.5



**Fig 27-** Restauração dos danos, diretamente com resina composta



**Fig 28-** Ponte Provisória (ponte realizada com Pro Temp™- 3M e cimentada com Temp-Bond™- Kerr Dental (vista frontal)



**Fig 29-** Ponte Provisória (vista oclusal com pontos de contacto)



**Fig 30-** Esqueleto metálico no troquel (vista lateral)



**Fig 31-** Esqueleto metálico no troquel (vista posterior)



**Fig 32-** Inserção e prova de esqueleto



**Fig 33-** Prova de Esqueleto (vista vestibular)



**Fig 34-** Inserção e prova de esqueleto (vista palatina)



**Fig 35-** Inserção e prova de esqueleto (vista oclusal)



**Fig 36-** Cerâmica no troquel (vista lateral)



**Fig 37-** Cerâmica no troquel (vista palatina)



**Fig 38-** Prova de cerâmica (vista frontal)



**Fig 39-** Peça definitiva no troquel (vista frontal)



**Fig 40-** Peça definitiva no troquel (vista palatina)



**Fig 41-** Peça definitiva (vista inferior)



**Fig 42-** Espatulação do cimento (Ketac™ Cem Radiopaque Permanent Glass Ionomer - 3M)



**Fig 43-** Inserção do cimento no interior das coroas pânticas da peça.



**Fig 44-** Cimentação da peça em boca e remoção dos excessos de cimento



**Fig 45-** Fotografia final após cimentação e remoção de todos os excessos de cimento



**Fig 46-** Fotografia final com pontos de contacto



**Fig 47-** Fotografia de controlo (1 mês), Gengiva com aspecto saudável.

## Discussão e conclusões

A prótese fixa dento-suportada ainda hoje é considerada uma boa opção na reabilitação dos espaços edêntulos intercalares quando há condições de suporte adequadas nos dentes pilares (13).

A longevidade das pontes metalo-cerâmicas aos 10 anos é de 93%, e alguns estudos revelam que após 18-23 anos, a sobrevivência é de 79%, pois após os 10 anos esta percentagem diminui mais acentuadamente (14,15). Este declínio pode ser devido à fadiga dos materiais e/ou à combinação de fatores biológicos e biomecânicos (15,16).

A exposição precoce do cimento de ionómero de vidro à saliva, pode alterar as suas propriedades, e está evidenciado que durante os primeiros 6 minutos após a mistura, o cimento é altamente sensível ao contacto aquoso, o que pode resultar numa solubilidade aumentada (14,17). Contudo, se corretamente manipulado, demonstra um grau de bioatividade que se traduz na formação de uma camada de troca iónica responsável pela elevada longevidade da sua adesão á superfície dentária, além de libertar flúor durante longos períodos de tempo, sendo indicado para a cimentação definitiva deste tipo de prótese (18,19).

Concluindo, neste caso clínico, face à exclusão de fratura da prótese e dos pilares, pensou-se que a hipótese mais provável da falha terá sido devido ao contacto precoce do cimento à saliva da cavidade oral durante a cimentação definitiva, resultando na sua dissolução e conseqüente infiltração das margens, constituindo um dos fatores mais frequentes de falha após 10 anos (16,17).

### 4.3. Caso Clínico nº 3: Gengivectomia com laser diodo para melhoria estética

Um sorriso desenvolve-se sempre que uma pessoa sente felicidade, prazer ou humor. Um sorriso atraente ou agradável melhora a impressão inicial nas relações interpessoais, o que subsequentemente aumenta a aceitação de um indivíduo na sociedade. É mais que um método de comunicação, influencia a personalidade, que, por sua vez, afeta o desempenho de um indivíduo no seu trabalho (20).

A harmonia e a simetria de um sorriso estético são determinadas por vários componentes. Os vários fatores etiológicos descritos para um sorriso estético não são determinados apenas pela posição, tamanho, forma e cor do dente, mas também pela quantidade de tecido gengival revelada e pelo enquadramento dos lábios (21).

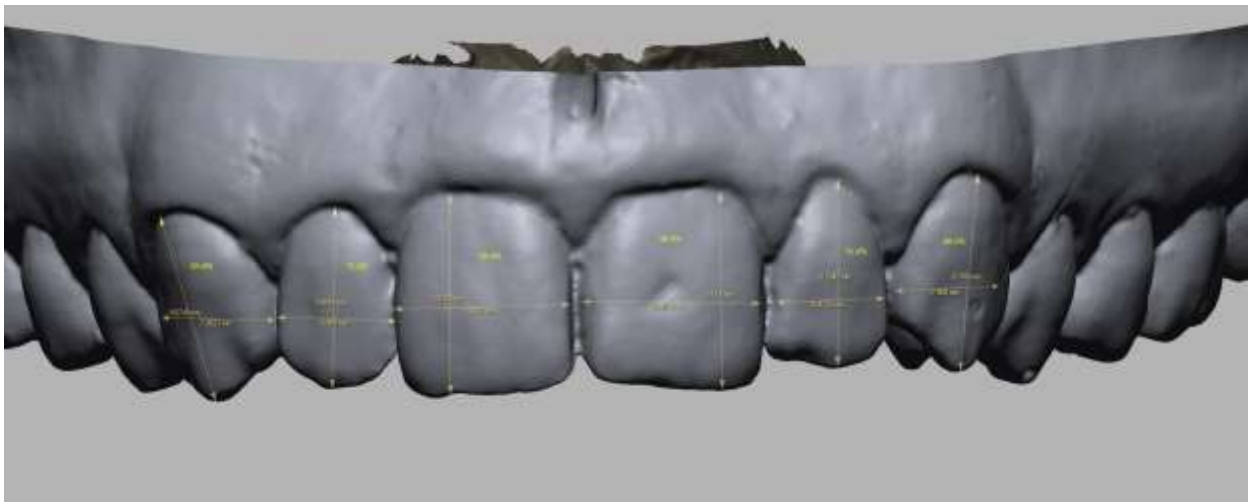
A gengivectomia é um procedimento cirúrgico que consiste em retirar tecido gengival sem suporte e criar uma nova margem gengival apical à posição anterior (22). Diferentes métodos podem ser usados para realizar a gengivectomia, podendo-se utilizar o bisturi ou laser (23). LASER é um acrónimo para *light amplification by stimulated emission of radiation* (24). Existem quatro tipos principais de laser que são usados em Medicina Dentária, que diferem nos comprimentos de onda. Esses tipos são: o laser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), o laser de diodo, o neodímio e o érbio (25).

Quando se realiza uma gengivectomia, o espaço biológico deve ser respeitado, que é cerca de 2,14 mm (0,97 mm de junção epitelial e 1,07 mm da ligação do tecido conjuntivo) (26). Esta largura é importante para manter a saúde gengival, a violação deste espaço, pode levar a consequências indesejadas, como recessões gengivais (27).

O laser de diodo é altamente absorvível pela hemoglobina e melanina, o que permite uma fácil manipulação do tecido mole durante o recontorno gengival e melhora a cicatrização da ferida (28). Durante o uso do laser, é gerado calor que resulta na coagulação, secagem e vaporização na área de absorção de energia, o que impedirá o sangramento, selando os vasos sanguíneos e também inibindo os recetores de dor no local da incisão (29,30).

### Descrição do caso clínico:

Doente do sexo feminino, de 23 anos, com ótima higiene oral e sem qualquer patologia sistémica, apresenta-se na clínica com queixas de assimetria gengival. Após análise, observou-se que essa assimetria se devia principalmente ao pequeno comprimento coronal dos dentes 1.3, 1.2, 1.1 e 2.1. evidente na **Figura 48**.



**Fig 48** – Proporções dentárias iniciais analisadas no programa Geomagic control X® (2017).

## Protocolo utilizado

### Primeira Consulta:

1. Impressão da arcada superior e vazamento a gesso tipo V;
2. Scan do modelo com o Scanner intra-oral Dental Wings® (Model DW-IO-001) e utilizado o programa Geomagic control X® (2017) para medir o comprimento coronal dos dentes, onde se confirmou que as margens gengivais dos dentes 1.3, 1.2, 1.1 e 2.1. estavam relativamente reduzidas.

### Segunda Consulta:

1. Anestesia do nervo alveolar superior anterior de ambos os lados;
2. Sondagem óssea para verificar se havia espaço suficiente para a remoção de tecido pretendido (cerca de 1 mm). Confirmou-se que havia, existindo 5mm de sondagem (3mm de bolsa e 2mm de espaço biológico);
3. Utilização do laser díodo para remover cerca de 1 mm de margem nos dentes 1.3 e 1.2 e uma ligeira correção dos zénites das margens gengivais dos dentes 1.1 e 2.1.

### Terceira Consulta

1. Follow up de 1 semana: Gengiva encontrava-se com boa cicatrização e a doente apresentava-se satisfeita com o resultado (**Figura 51, 53**).

## Discussão e conclusões:

O facto de o laser ser mais fácil de controlar, levar a uma menor inflamação e dor pós-operatória e de levar a uma melhor cicatrização da zona intervencionada (31), são tudo benefícios e razões do uso do laser para este caso clínico. Outra opção de tratamento seria gengivectomia de bisturi, contudo, pelas razões mencionadas acima, optou-se pelo laser dídodo.



**Fig 49:** Fotografia intra-oral frontal pré-operatória



**Fig 50:** Fotografia intra-oral frontal pós gengivectomia a laser diodo



**Fig 51:** Fotografia intra-oral frontal pós-operatória (1 semana)



**Fig 52:** Fotografia Frontal Pré-operatória



**Fig 53:** Fotografia frontal pós-operatória (1 semana)



**Fig 54:** Compilação comparativa de fotos intra-orais (A: Pré-operatório; B: No momento da gengivectomia; C: Pós-operatório de 1 semana)

## 5. Conclusão

Durante este 5º e último ano de Medicina dentária, a atividade clínica, no qual este relatório se baseou, permitiu a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, conseguida apenas, devido ao contacto diário com doentes com diversas patologias e necessidades distintas, culminando num desenvolvimento da destreza clínica e manual, essencial para uma boa prática da Medicina Dentária.

A disparidade do número de atos clínicos nas diferentes áreas disciplinares, poder-se-á traduzir numa maior confiança e capacidade de execução de certas tarefas relativas às áreas disciplinares onde houve uma maior afluência de doentes, quando comparado a outras áreas onde essa afluência foi menor.

Ficou clara a importância do registo fotográfico regular na prática clínica, não só para a aprendizagem do profissional, sendo possível ter uma melhor reflexão, percepção e compreensão de possíveis erros cometidos, como também, para o acompanhamento dos casos clínicos. Este registo ajuda também na comunicação entre o médico e o doente, facilitando a exposição do caso, e permitindo uma melhor compreensão pela sua parte, que irá resultar numa acrescida confiança no profissional por parte do doente.

Ficou também evidente a grande evolução que a Medicina Dentária teve durante todos estes anos, e cabe ao aluno e futuro profissional, acompanhar essa evolução, estando sempre vigilante a novas inovações e investindo em formações, de forma a potenciar as suas competências enquanto médico dentista, e olhando para toda essa nova informação, sempre, com espírito crítico.



## 6. Produção Científica

**CATOLICA**  
CID. CENTRO DE INVESTIGAÇÃO  
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE  
1986 1995 1998

**1** **CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO  
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**Enucleação de lesão compatível com Mucocelo**

Almeida A. <sup>1</sup>; Abu-Hazima Y. <sup>1</sup>; Marques T. <sup>2</sup>; Pereira, M<sup>2</sup>; Bexiga, F Tinoco, J<sup>3</sup>

1- Aluno/a do 5º Ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde - Viseu, Portugal  
2- Docente de Medicina Oral da Universidade Católica Portuguesa, CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde - Viseu, Portugal  
3 - Professor Responsável de Medicina Oral da Universidade Católica Portuguesa, CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde - Viseu, Portugal

**Introdução**

O Mucocelo é uma manifestação clínica que pode afetar as glândulas salivares, como extravasamento de muco e/ou quisto de retenção de muco, distinguível, quando analisado sob observação histológica. A sua principal etiologia é por traumatismo, rompimento ou obstrução do ducto secretor de uma glândula salivar menor, o que leva a secreção a ser apreendida no próprio ducto ou a acumular-se nos tecidos superficiais adjacentes <sup>(1,2)</sup>.

**Descrição do caso clínico**

Mulher, 44 anos de idade, ASA I, sem qualquer patologia sistémica ou hábitos, boa higiene oral, queixava-se de um "inchaço no lábio inferior", referindo ter surgido há 2 meses atrás.

**Figura 1. Exame clínico: Lesão papular móvel, oval e de consistência mole e flutuante com coloração ligeiramente azulada.**

**Figura 2. Incisão superficial semilunar.**

**Figura 3. Separação da lesão dos tecidos adjacentes.**

**Figura 4. Separação quase completa da lesão.**

**Figura 5. Sutura (9 pontos simples com fio mononylon 5-0).**

**Figura 6. Glândulas salivares anexas.**

**Discussão e conclusões**

O estudo Histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de mucocelo, associado a sialadenite crónica difusa. Face a outras opções de tratamento, a cirurgia de enucleação é a mais comum e usual. Outra opção seria a marsupialização da lesão, porém esse tratamento apresenta alto índice de recidiva <sup>(3)</sup>.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Mendes AB, Mendes R, Boreham MC. Mucocelo em lábio inferior - relato de caso clínico. *Univ. & Ciência - ACES*. 2010 Julho-Dezembro;  
2. Rogers JA, Solazzo JJ, Sankin R. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 5th ed. San Francisco: Saunders; 2011



# Bibliografia

1. Álvares Furtado, I. (2017). HISTÓRIA DO EXERCÍCIO DA MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL.
2. Carvalho AS. História da Estomatologia. Dentes, Dentistas e Odontólogos. 1934.
3. Gutmann JL. The evolution of America's scientific advancements in dentistry in the past 150 years. Journal of the American Dental Association (1939). 2009 Sep;140 Suppl :8S – 15S.
4. Hupp, J., Ellis, E. and Tucker, M. (n.d.). Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.
5. Soares, I., Goldberg, F. and González, M. (2012). Endodontia. Buenos Aires: MédicaPanamericana.
6. Periodontologia, o que é?- Célia Coutinho Alves - CLINICCA [Internet]. CLINICCA. 2018 [cited 10 June 2018]. Available from: <http://www.celiacoutinhoalves.com/areas-de-actuacao-clinica/periodontologia/>
7. Shillingburg H. Fundamentos de Prótese Fixa. Quintessence, 4th Edition; 2007.
8. Ordem dos Médicos Dentistas. (2018). Prótese removível Reabilitação com prótese removível: sequência clínica - Ordem dos Médicos Dentistas. [online] Available from: <https://www.ond.pt/formacao/2017/20170414m/curso> [Accessed 10 Jun. 2018].
9. Okeson, J. (2013). Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby, p.preface.CanutBrusola, J. (2001). Ortodontia clínica y terapéutica. 2nd ed. Barcelona [etc.]: Masson, p.5.
10. CanutBrusola, J. (2001). Ortodontia clínica y terapéutica. 2nd ed. Barcelona [etc.]: Masson, p.5.
11. CFO. [www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br) / RESOLUÇÃO CFO-63/2005 / Seção XII / Art. 71
12. Manfro AR, Manfro R, Bortoluzzi MC. Mucocele em lábio inferior - Relato de casoclínico. Unoesc&Ciência - ACBS. 2010 Julho/Dezembro;
13. Pjetursson BE, Brägger U, Lang NP, Zwahlen M. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs) and implant-supported FDPs and single crowns (SCs). Clin Oral Implants Res. Junho de 2007;18:97–113.
14. Napankangas R, Salonen-Kemppi MAM, Raustia AM. Longevity of fixed metal ceramic bridge prostheses: a clinical follow-up study. J Oral Rehabil. Fevereiro de 2002;29(2):140–5.

15. Motta AB, Pereira LC, Cunha ARC. da. All-ceramic and porcelain-fused-to-metal fixed partial dentures: a comparative study by 2D finite element analyses. *J Appl Oral Sci*. Outubro de 2007;15(5):399–405.
16. Fernandes N, Vally Z, Sykes L. The longevity of restorations - a literature review. *SADJ*. Outubro de 2015;70(9):410–3.
17. Gemalmaz D, Yoruc B, Ozcan M, Alkumru HN. Effect of early water contact on solubility of glass ionomer luting cements. *J Prosthet Dent*. Outubro de 1998;80(4):474–8.
18. Rosenstiel SF, Land MF, Crispin BJ. Dental luting agents: A review of the current literature. *J Prosthet Dent*. Setembro de 1998;80(3):280–301.
19. Sidhu S, Nicholson J. A Review of Glass-Ionomer Cements for Clinical Dentistry. *J Funct Biomater*. 28 de Junho de 2016;7(3):16.
20. Liébart MF, Fouque-Deruelle C, Santini A, Dilier FL, Monnet-Corti V, Glise JM, et al. Smile line and periodontium visibility. *Perio*. 2004;1:17–25.
21. Jensen J, Joss A, Lang NP. The smile line of different ethnic groups in relation to age and gender. *Acta Med Dent Helv*. 1999;4:38–46.
22. Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition. © 2008 Elsevier.
23. MAZIN AKRAM H, HUSHAM ALI O, KADHUM OMRAN N, OMRAN ALI A. Diode Laser Versus Scalpel Gingivectomy. *Baghdad-Iraq: Biomedical & Pharmacology Journal*; 2017.
24. Kravitz N.D. and Kusnoto B. Soft tissue lasers in orthodontics: An overview. *American Journal of orthodontics and dentofacial orthopaedics*; 133(4, supplement 1): 110-114 (2008).
25. The Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology: Lasers in Periodontics. *J Periodontol*; 73:1231-1239 (2002).
26. Garguilo, A., Wenz, F., and Orban B. Dimension and relation at the dentogingival junction in humans. *Journal of periodontology*; 32: 261-267 (1961).
27. Levine R. And Mcguire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compendium*; 18(8): 757-764 (1997).
28. Ozcelik O, Cenk Haytac M, Kunin A, Seydaoglu G. Improved wound healing by low-level laser irradiation after gingivectomy operations: a controlled clinical pilot study. *J Clin Periodontol*; 35:250-4 (2008).
29. Ize-Iyamu IN, Saheeb BD, Edetanlen BE. Comparing the 810nm diode laser with conventional surgery in orthodontic soft tissue Figure 6: Initial healing after 7 days
30. Funde, et al.: Comparison between Laser, Electrocautery, and Scalpel in Drug-Induced Gingival Overgrowth 30 *IJSS Case Reports & Review.. Ghana Med J*; 47:107-11 (2013).

31. Pirnat S, Lukac M, Ihan A. Study of the direct bactericidal effect of Nd:YAG and diode laser parameters used in endodontics on pigmented and nonpigmented bacteria. *Lasers Med Sci*; 26:755-61 (2011).



