



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:

Liliana Marina Varela Teixeira Bolota Fonseca Lopes

Viseu, 2015



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

Orientador: Prof. Doutor João Joaquim Tinoco Torres Lopes
Co-Orientador: Dr. Miguel Silva Pereira

Por:

Liliana Marina Varela Teixeira Bolota Fonseca Lopes

Viseu, 2015

Dedicatória

À memória do meu querido tio Zé.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor João Tinoco Lopes e ao Dr. Miguel Pereira pela coordenação e orientação, sempre sábia e precisa, fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço à Universidade Católica Portuguesa – Centro das Beiras, a todo o corpo docente, funcionários e colegas.

Índice

Índice de Tabelas	VII
Índice de Figuras	VII
Resumo	XI
Abstract	XIII
Introdução e Enquadramento Teórico.....	1
Objetivos	1
Materiais e Métodos.....	3
Seleção da Amostra e Critérios de inclusão.....	3
Variáveis	3
Caracterização Geral da Amostra.....	4
Análise da Amostra por área disciplinar Medicina Oral	10
Análise da Amostra por Área Disciplinar Cirurgia	14
Análise da Amostra por área disciplinar Periodontologia.....	18
Análise da Amostra por área disciplinar Odontopediatria	23
Análise da Amostra por Área disciplinar Ortodontia.....	25
Análise da Amostra por Área disciplinar Oclusão	27
Análise da Amostra por área disciplinar Dentisteria.....	29
Análise da Amostra por área disciplinar Endodontia.....	33
Análise da Amostra por área disciplinar Prótese Fixa	37
Análise da Amostra por área disciplinar Prostodontia Removível	41
Caso Clínico Diferenciado 1	46
Caso Diferenciado 2.....	53
Discussão da Amostra Geral	61
Discussão de Medicina Oral.....	62
Discussão Cirurgia Oral	64
Discussão Periodontologia	65
Discussão de Odontopediatria	68
Discussão de Ortodontia.....	69
Discussão de Oclusão.....	70
Discussão de Dentisteria Operatória	72
Discussão de Endodontia	73
Discussão Prostodontia Removível.....	74

Discussão dos Resultados de Prótese Fixa	75
Conclusão.....	77
Bibliografia	79
Anexos	81

Índice de Tabelas

Tabela 1 Distribuição dos atos clínicos da amostra geral por Operadora ou Assistente	4
Tabela 2 Patologias sistêmicas apresentadas pelos pacientes	8
Tabela 3 Distribuição dos pacientes da amostra geral por área disciplinar de acordo com funções de operadora ou assistente	9
Tabela 4 Atos clínicos em Medicina Oral como assistente e como operadora	10
Tabela 5 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por patologias associadas	12
Tabela 6 Medicação de doentes observados em Medicina Oral	13
Tabela 7 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por Operadora ou Assistente	14
Tabela 8 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por operadora ou Assistente	18
Tabela 9 Relação dos dados dos pacientes	21
Tabela 10 Atos clínicos em Odontopediatria, como operadora ou assistente	23
Tabela 11 Distribuição dos atos clínicos por operadora ou assistente	25
Tabela 12 Distribuição dos atos de Oclusão por operadora ou assistente	27
Tabela 13 Distribuição dos atos clínicos de Dentisteria Operatória por Operadora e Assistente	29
Tabela 14 Distribuição dos atos clínicos de Endodontia por Operadora ou Assistente	33
Tabela 15 Distribuição dos atos clínicos por Operadora ou Assistente	37
Tabela 16 Distribuição dos atos clínicos de Prostodontia Removível por Operadora ou Assistente	41

Índice de Figuras

Figura 1 Distribuição geral dos pacientes quanto ao género masculino ou feminino	4
Figura 2 Distribuição geral dos pacientes por classes etárias	4
Figura 3 Distribuição dos Pacientes da amostra geral quanto à Higiene Oral	5
Figura 4 Distribuição dos Pacientes da amostra geral quanto à Higiene Oral	5
Figura 5 Distribuição dos pacientes da amostra geral quanto aos hábitos Tabágicos	6
Figura 6 Distribuição dos pacientes da amostra geral quanto ao número de cigarros fumados	6
Figura 7 Distribuição dos pacientes da amostra geral por uso de prótese dentária	6
Figura 8 Distribuição das patologias dos pacientes da amostra geral por percentagem	7
Figura 9 Distribuição dos pacientes atendidos por área disciplinar em percentagem	8
Figura 11 Distribuição dos atos clínicos por Marcação/Encaminhamento da Consulta	9
Figura 10 Distribuição dos atos clínicos por Motivo da Consulta	9
Figura 12 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por género	10
Figura 13 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por classes etárias	10
Figura 14 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por índice de placa	11
Figura 15 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por higiene oral	11
Figura 16 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por hábitos tabágicos	11
Figura 17 Número de cigarros fumados pelos pacientes de Medicina Oral	11
Figura 18 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por patologias orais	12
Figura 19 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por patologia sistémica	12
Figura 21 Distribuição dos atos de Medicina Oral por Motivo de Consulta	13
Figura 22 Distribuição dos atos de Medicina Oral por Marcação da Consulta	13
Figura 24 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por classes etárias	14
Figura 23 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por género	14
Figura 25 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por Higiene Oral	15
Figura 26 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por quantidade de índice de placa	15
Figura 27 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia Oral por Hábitos Tabágicos	15
Figura 28 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por técnica aberta ou técnica fechada	16
Figura 29 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por anatomia radicular	16
Figura 30 Distribuição dos pacientes de Cirurgia Oral por motivo da consulta	17
Figura 31 Distribuição dos pacientes dos atos clínicos de Cirurgia de como foi marcada/encaminhada a consulta	17
Figura 32 Distribuição dos pacientes de Cirurgia Oral por motivo da cirurgia	17
Figura 33 Distribuição dos pacientes atendidos em Periodontologia por género	18
Figura 34 Distribuição dos pacientes atendidos em Periodontologia por classes etárias	18
Figura 35 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por higiene Oral	19
Figura 36 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por Índice de Placa	19
Figura 37 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por Hábitos Tabágicos	19
Figura 38 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por número de cigarros fumados por dia	19
Figura 40 Distribuição dos pacientes de Periodontologia doenças sistêmicas	20
Figura 41 Distribuição dos pacientes de Periodontologia por procedimento	22
Figura 39 Distribuição dos pacientes de Periodontologia por doenças periodontais	20
Figura 42 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por motivo da consulta	22
Figura 43 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por marcação/encaminhamento da consulta	22
Figura 45 Distribuição dos pacientes de Odontopediatria por idades	23
Figura 44 Distribuição dos pacientes de Odontopediatria por género	23

Figura 46 Distribuição dos atos em Odontopediatria por tipo de tratamento.	24
Figura 47 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por tipo de cavidade.	24
Figura 49 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por motivo da consulta e material restaurador	24
Figura 48 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por material restaurador.	24
Figura 51 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto à idade.....	25
Figura 50 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto ao género.	25
Figura 53 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto ao Motivo da consulta.....	26
Figura 52 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto à Marcação da consulta.....	26
Figura 55 Distribuição do paciente de Oclusão quanto à idade.....	27
Figura 54 Distribuição do paciente de Oclusão quanto ao género.....	27
Figura 57 Distribuição do paciente de Oclusão à marcação/encaminhamento da consulta.....	28
Figura 56 Distribuição do paciente de Oclusão quanto ao motivo da consulta.	28
Figura 58 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória quanto ao género.	29
Figura 59 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória quanto à idade.	29
Figura 61 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória por Higiene Oral.....	30
Figura 60 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória por Índice de Paca.	30
Figura 68 Distribuição dos atos clínicos por motivo consulta.....	32
Figura 67 Distribuição dos atos clínicos por marcação/encaminhamento da consulta.....	32
Figura 69 Atos clínicos em Endodontia distribuídos pelo género feminino ou masculino.....	33
Figura 70 Atos clínicos em Endodontia distribuídos por idade.....	33
Figura 72 Distribuição dos pacientes de Endodontia por higiene Oral	34
Figura 71 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Índice de Placa.....	34
Figura 73 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Hábitos tabágicos.....	34
Figura 75 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Marcação/Encaminhamento da Consulta.....	35
Figura 74 Distribuição dos pacientes de Endodontia por motivo da Consulta.....	35
Figura 77 Distribuição dos dentes tratados endodonticamente por anatomia radicular do dente tratado.....	36
Figura 76 Distribuição dos dentes tratados endodonticamente por condição pulpar.....	36
Figura 79 Pacientes de Prostodontia Fixa distribuídos por género.....	37
Figura 78 Pacientes de Prostodontia Fixa distribuidos por idade.....	37
Figura 81 Pacientes distribuidos por índice de placa.....	38
Figura 80 Pacientes distribuidos por higiene Oral.....	38
Figura 82 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por Hábitos Tabágicos.....	38
Figura 83 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa já reabilitados com prótese fixa.....	38
Figura 84 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por procedimento realizado na consulta.....	39
Figura 85 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por Marcação/Encaminhamento dos atos clínicos.....	40
Figura 86 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por Motivo da Consulta.....	40
Figura 87 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por género.....	41
Figura 88 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por classes etárias.....	41
Figura 90 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por índice de Placa.....	42
Figura 89 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por Higiene Oral.....	42
Figura 92 Distribuição do número de cigarros por dia.....	42
Figura 91 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por Hábitos Tabágicos.....	42
Figura 93 Distribuição dos atos clínicos de Prostodontia Removível por procedimentos efetuados por consulta.....	43
Figura 94 Distribuição pacientes de Prostodontia Removível por uso de prótese removível.....	43
Figura 95 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por arcada reabilitada.....	43
Figura 96 Distribuição das Próteses Removíveis por material constituinte.....	44
Figura 97 Distribuição dos atos de Prostodontia Removível por marcação/encaminhamento da consulta.....	44
Figura 98 Distribuição dos atos de Prostodontia Removível por motivo da consulta.....	44
Figura 99 Ortopantomografia do caso Clínico Diferenciado 1.....	49
Figura 100 Fotografia intra oral inicial do caso Clínico Diferenciado 1.....	50
Figura 101 Fotografia intra oral do controlo após 6 semanas do caso Clínico Diferenciado 1.....	50
Figura 102 Periograma da arcada Superior do caso Clínico Diferenciado 1.....	51
Figura 103 Periograma da arcada inferior do caso Clínico Diferenciado 1.....	51
Figura 104 Ortopantomografia do Caso diferenciado 2.....	54
Figura 105 Raio x periapical do dente 25.....	54
Figura 106 Anestesia.....	56
Figura 107 Incisão.....	56
Figura 108 Descolamento e visualização do local da lesão.....	56
Figura 109 Curetagem da lesão.....	57
Figura 110 Tecido de granulação.....	57
Figura 111 Osteotomia e apicectomia de 2mm.....	57
Figura 112 Sutura por vestibular.....	58
Figura 113 Sutura por palatino.....	58
Figura 114 Remoção da Sutura.....	58
Figura 115 Remoção da Sutura.....	58
Figura 116 Rx peiapical controlo após uma semana.....	59

Abreviaturas

ADA: American Dental Association
AINES: Anti Inflamatório Não Esteróide
AIT: Acidente Isquémico Transitório
APPACDMV: Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu
ATM: Articulação Temporomandibular
AVC: Acidente Vascular Cerebral
BOP: *Bleeding on Probing*
CRB: Centro Regional das Beiras
DTM: Disfunção Temporomandibulares
DVO: Dimensão Vertical de Oclusão
EGC: Eletrocardiograma
EP: Estomatite Protética
GIF Gengivite induzida por fármacos
GIP: Gengivite Induzida por placa
HTA: Hipertensão arterial
HUC- Hospitais da Universidade de Coimbra
IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
IP: Índice de Paca Bacteriana
IP: Índice de Placa
MIMD: Mestrado Integrado em Medicina Dentária
MTA: Agregado Trióxido Mineral
OZE: Óxido de Zinco Eugenol
M.O. Medicina Oral
P. Removível: Prótese Removível
PCA: Periodontite Crónica Avançada
PCL: -Loc Periodontite Crónica Leve localizada
PCL: Periodontite Crónica Leve
PCM - Gen: Periodontite Crónica Moderada Generalizada
PCM: Periodontite Crónica Moderada PCA - Gen: Periodontite Crónica Avançada Generalizada
PPR: Prótese Parcial Removível PT: Prótese Total Removível
PSR: *Periodontal Screening and Recording*
RAR: Raspagem e Alisamento Radicular
Rx: Radiografia
TER: Tratamento Endodôntico Radical
TFG: Taxa de Filtração Glomerular
TPS: Terapia Periodontal de Suporte
UCP: Universidade Católica Portuguesa

Resumo

Este relatório pretende reportar a prática clínica realizada pelo binómio 110 no período compreendido entre 8 de Setembro de 2014 a 08 de Maio de 2015, relativamente ao ano letivo de 2014/2015 do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica- Centro Regional das Beiras. A autora apresenta-se como operadora ou assistente. Uma vez que a autora foi assistente em cerca de metade dos atos importa salientar a importância da observação. A observação será parte integrante da atividade clínica, constituindo um dos processos de aprendizagem e aquisição de competências. Assim, pretendeu-se com este relatório ter sentido crítico nos atos realizados e sempre que possível avaliar através da preservação, devendo este controlo fazer parte da continuação do tratamento.

Durante este período a autora teve oportunidade de adquirir competências nas áreas de Prostodontia, Medicina Oral, Periodontologia, Cirurgia, Ortodontia, Odontopediatria, Dentisteria, Endodontia e Oclusão. Com o intuito de no final ser capaz de diagnosticar, planificar e tratar as várias patologias que se possam apresentar no sistema estomatognático ou estarem relacionadas, assim como as comorbilidades dos pacientes observados nos atos clínicos bem como estabelecer a estética e função.

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

Abstract

This document intends to report the clinical practice carried out by binomial 110 within the integrated master's degree in Dental Medicine at the Catholic University - Regional Centre of Beiras - over the period September 8th 2014 to 8th May 2015, regarding the 2014/2015 school year.

The author may present herself as a medical operator or as a medical assistant. Since the author is a medical assistant most of the time, it should be noted the importance of observation. The observation method will be an integral part of clinical activity, constituting one of the learning processes and skills acquisition.

Thus, this reports aims to critically consider the acts performed and to evaluate them through medical monitoring, whenever possible. Medical monitoring should always be part of the treatment process.

During this period the author have the opportunity to acquire skills in the areas of Prosthodontic, Oral Surgery, Dentistry, Endodontic, Oral Medicine, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontics and Occlusion. This will be done in order to diagnose, plan and treat various diseases that can appear in the stomatognathic system or be related to it, as well as comorbidities of patients observed in clinical acts along with establishing teeth function and aesthetics.

Key Words: Clinical Report, Oral Surgery, Dentistry, Endodontic, Oral Medicine, Occlusion, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontics, Prosthodontic

Introdução e Enquadramento Teórico

A medicina dentária é uma área da saúde humana que tem como finalidade prevenir, diagnosticar, planificar e tratar as patologias que se manifestam na cavidade oral, bem como no complexo maxilo-mandibular. Tem conjuntamente importância o reestabelecer a função, a harmonia no desenvolvimento das bases ósseas, a fonação e a estética. Assim, através de uma visão multidisciplinar o médico dentista deve ver o paciente como um todo, reconhecendo a evidência de certas patologias sistémicas que se manifestam de forma característica na cavidade oral e estruturas adjacentes.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral entende que as patologias orais são um sério problema de saúde pública, uma vez que afetam grande parte da população, influenciam os seus níveis de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida.

Com base nos pressupostos anteriores, pretende-se elaborar o presente relatório que tem como objetivo geral descrever e refletir sobre a prática clínica realizada pelo binómio 110 durante o primeiro semestre e segundo semestre até ao de 8 de Maio, correspondente ao 5.º ano do curso de MIMD na Universidade Católica-CRB em Viseu.

A prática clínica foi sempre realizada num contexto pedagógico, sendo incessantemente discutido o diagnóstico e as hipóteses de tratamento com o docente que supervisionava o ato. Cada área disciplinar apresenta uma média de três docentes por aula, de forma a assegurar o tratamento que melhor se adequa para cada caso específico, dando a possibilidade ao aluno de colocar em prática os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos ao longo do curso.

Objetivos

- Análise descritiva da população observada;
- Análise da população em relação às variáveis: género, idade, patologias, uso de prótese, índice de placa, hábitos tabágicos, motivo e marcação da consulta.
- Quantificar os atos por operadora e assistente;
- Distribuição da amostra por áreas disciplinares;
Distribuição das atividades realizadas por áreas disciplinares de acordo com o diagnóstico e tratamento.
- Distribuição por motivo e marcação/encaminhamento da consulta;
- Distribuição por índice de placa;

-Descrição e análise de dois atos clínicos diferenciados;

Discussão dos casos.

Todo o relatório de Atividade Clínica é suportado por fundamentação teórica que se centra essencialmente no levantamento de dados, sendo iniciada pela caracterização geral da amostra por áreas disciplinares, de acordo com as variáveis previamente estabelecidas para o estudo.

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente e dissociados por idade, género, uso de prótese, hábitos tabágicos, índice de placa, motivo e marcação/encaminhamento da consulta e patologias.

As áreas disciplinares são: a Dentisteria, a Oclusão, a Ortodontia, a Cirurgia, a Endodontia, a Periodontologia, a Medicina Oral, a Odontopediatria, a Prostodontia Removível e a Prostodontia Fixa.

Por fim, na última parte procede-se à discussão dos resultados obtidos, dando especial atenção a dois casos clínicos diferenciados (Apicectomia e Crescimento gengival induzido por fármaco).

Todos os pontos são suportados com bibliografia.

Materiais e Métodos

A população alvo deste relatório foi recolhida no intervalo de 8/09/2014 a 8/05/2015 correspondente ao primeiro e parte do segundo semestre do ano letivo de 2014/2015 do curso MIMD da universidade Católica, centro regional das beiras (CRB).

Seleção da Amostra e Critérios de inclusão

Para este estudo foram observados 87 pacientes pelo binómio 110, sem critérios de exclusão. Sendo a autora operadora em 64 dos casos e 60 como assistente, num total de 124 consultas.

Variáveis

Pretendeu-se estudar a amostra de acordo com as variáveis previamente estabelecidas, sendo: o género, a idade, patologias, uso de prótese, hábitos tabágicos, índice de placa e o motivo e marcação/encaminhamento da consulta.

A análise e tratamento de dados foram feitos através de estatística descritiva, pretendendo demonstrar os atos executados pelo binómio 110.

Os dados foram recolhidos no programa informático utilizado pela clínica Universitária, o Newsoft 2.0, nomeadamente a história clínica e também como meios auxiliares de diagnóstico: a ortopantomografia (programa Dimax) e o respetivo plano de tratamento efetuado na área disciplinar de medicina oral, sendo esta a primeira abordagem ao paciente.

Os dados recolhidos foram registados numa base de dados criada em Excel.

As variáveis qualitativas nominais, como género, patologias, uso de prótese, hábitos tabágicos, motivo e marcação da consulta foram determinadas através de valores restritos (contagem) relativamente ao número da amostra total.

Na variável quantitativa contínua idade, foi determinado o valor mínimo, máximo, amplitude e o cálculo da média.

O índice de placa foi quantificado em intervalos de percentagem: menor que 30%, de 30% a 50% de 50% a 70% e maior de 70%.

Resultados

Caracterização Geral da Amostra

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

A recolha foi a partir da história clínica dos doentes, da observação dos mesmos e diagnóstico efetuados nas consultas, separando-os pelas diferentes Áreas Disciplinares. Os dados apresentados são relativos aos atos clínicos efetivamente realizados tanto como operadora ou como assistente.

Num total de 124 atos clínicos realizados pelo binómio 110, como assistente 60 atos e como operadora 64 (Figura 1).

As consultas foram realizadas em 87 pacientes diferentes, dos quais 50 do género feminino e 37 do género masculino.

Tabela 1 Distribuição dos atos clínicos da amostra geral por Operadora ou Assistente

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	64	60	124

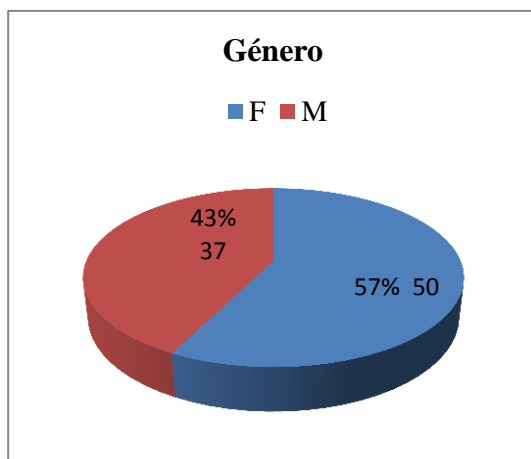


Figura 2 - Distribuição geral dos pacientes quanto ao género masculino ou feminino.

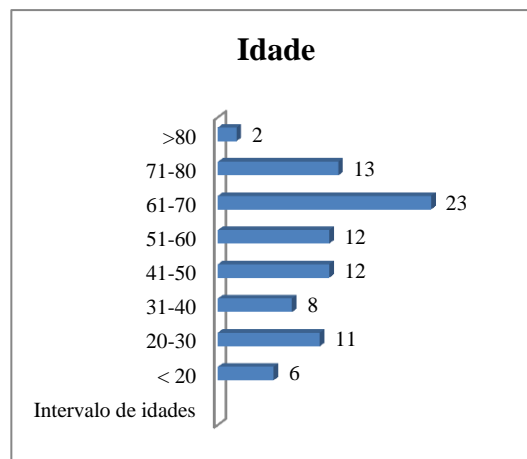


Figura 2 - Distribuição geral dos pacientes por classes etárias.

A média de idades dos doentes atendidos foi de 49 anos.

O mínimo de idade foi 4 anos e o máximo 87 anos. Com uma amplitude de idades de 83 anos.

A figura 2 expõe a distribuição dos doentes por diferentes faixas etárias, avultando, em maior número, os doentes com idades compreendidas entre os 61-70 anos.

Quanto à Higiene Oral 10 pacientes é suficiente ao contrário dos restantes 77 pacientes que apresentam um índice de placa superior a 30% conforme a Figura 3 e 4.

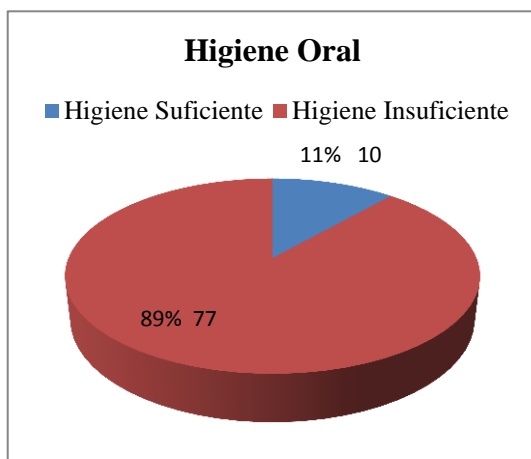


Figura. 3 Distribuição dos Pacientes da amostra geral quanto à Higiene Oral.

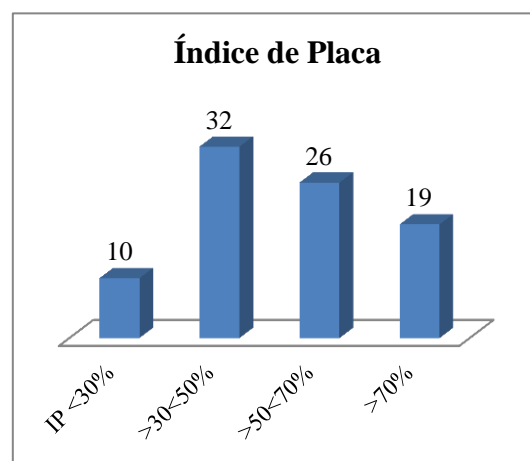


Figura. 4 Distribuição dos Pacientes da amostra geral quanto à Higiene Oral.

Quanto aos Hábitos tabágicos 7 pacientes referiam fumar tabaco, representando 8 % da amostra geral. Quanto ao número de cigarros a média foi 11 por dia, sendo o mínimo referido 5 cigarros e o máximo 20 cigarros. Quanto à média de idades dos fumadores foi 48 anos, sendo mínimo 27 e o máximo 77 anos. Relativamente ao género, 4 pertenciam ao género masculino e 3 ao género feminino. Reparou-se também que 2 usavam próteses dentárias. (Figura 5 e 6)

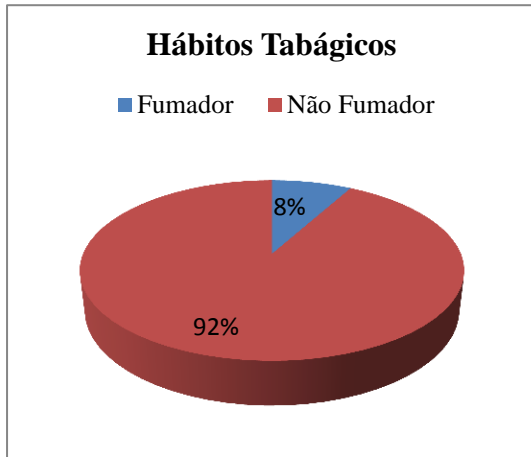
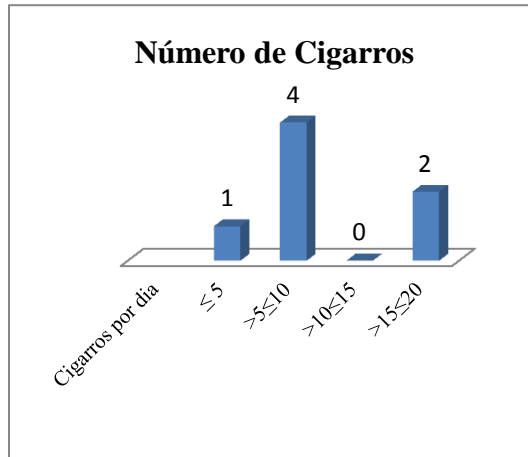


Figura5. Distribuição dos pacientes da amostra geral quanto aos hábitos Tabágicos



Figur.6 Distribuição dos pacientes da amostra geral quanto ao número de cigarros fumados.

Dos 87 pacientes consultados 27 usavam prótese dentária, representando 31% da amostra geral. A média de idade foi de 50 anos, o paciente mais novo que se apresentava reabilitado tinha 32 anos e o mais velho 87 anos. (Figura 7)

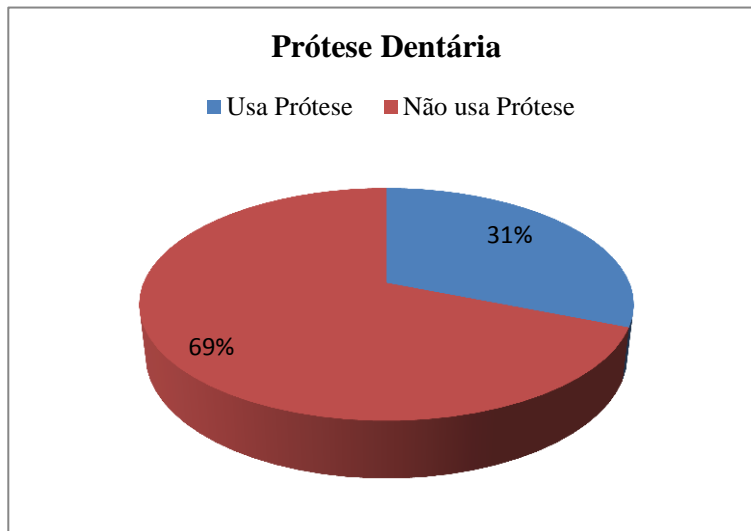


Figura. 7 Distribuição dos pacientes da amostra geral por uso de prótese dentária.

Na amostra geral, 34 doentes apresentavam uma história médica com patologia ou patologias associadas.

Destacam-se em maior número as Dislipidémias sendo referenciadas por 13 pacientes, todos a fazerem terapia medicamentosa.

Seguem-se a Hipertensão arterial com 12 pacientes, diabetes tipo 2 com um total de 8 pacientes. Os problemas gástricos contam com 5 pacientes a mencionavam estas patologias. Hérnia Discal, Epilepsia, Depressão e a Esquizofrenia, cada uma apresentou 2 pacientes.

A Arritmia cardíaca foi referida por um paciente, assim como, a Artrite Reumatóide e a hiperplasia da próstata. (Figura 8)

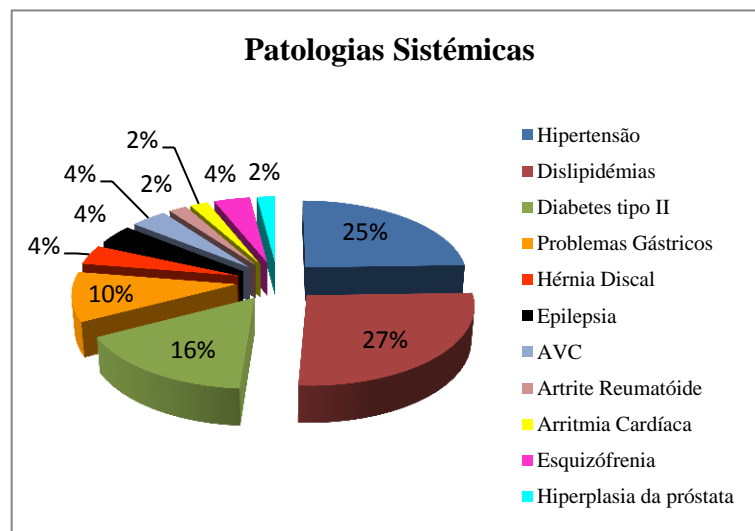


Figura 8 Distribuição das patologias dos pacientes da amostra geral por percentagem.

Tabela 2 Patologias sistêmicas apresentadas pelos pacientes.

Patologia	Número de Pacientes
Dislipidémias	13
Hipertensão	12
Diabetes tipo II	8
Problemas Gástricos	5
Hérnia Discal	2
Epilepsia	2
Depressão	2
AVC	2
Esquizofrenia	2
Arritmia Cardíaca	1
Artrite Reumatoide	1
Hiperplasia da próstata	1

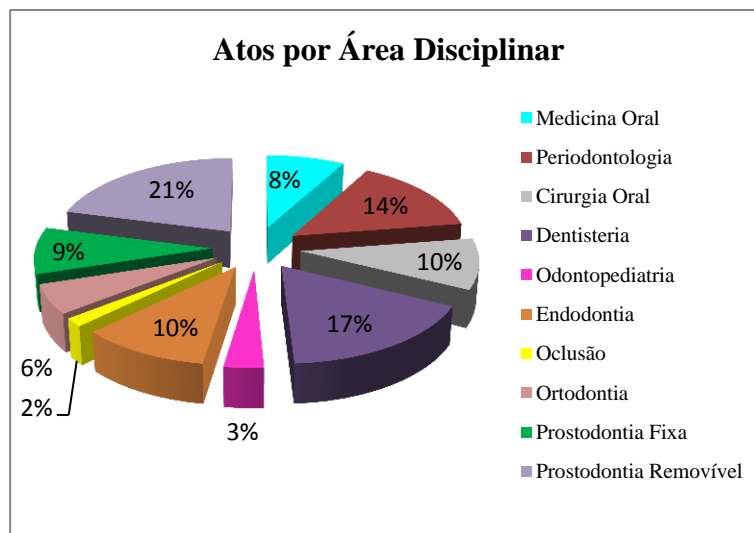


Figura 9. Distribuição dos pacientes atendidos por área disciplinar em percentagem.

Tabela 3 Distribuição dos pacientes da amostra geral por área disciplinar de acordo com funções de operadora ou assistente.

	<u>Operadora</u>	<u>Assistente</u>	<u>Número</u> <u>de</u> <u>Pacientes</u>	<u>Total</u>
<u>Medicina Oral</u>	5	5	10	10
<u>Periodontologia</u>	9	9	16	18
<u>Cirurgia Oral</u>	5	7	12	12
<u>Dentisteria</u>	11	10	19	21
<u>Odontopediatria</u>	2	2	3	4
<u>Endodontia</u>	7	6	6	13
<u>Oclusão</u>	1	1	1	2
<u>Ortodontia</u>	4	3	1	7
<u>Prostodontia</u> <u>Fixa</u>	6	5	6	11
<u>Prostodontia</u> <u>Removível</u>	12	14	13	26

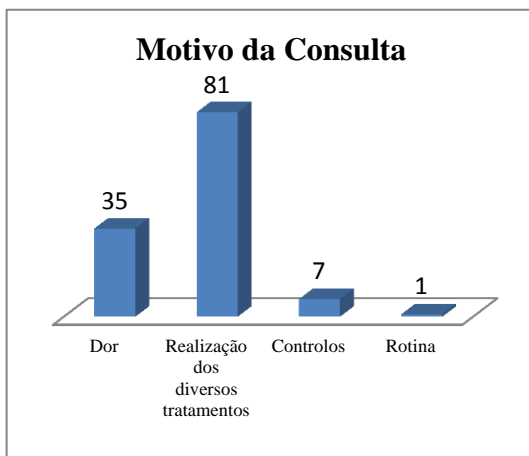


Figura 10 Distribuição dos atos clínicos por Motivo da Consulta

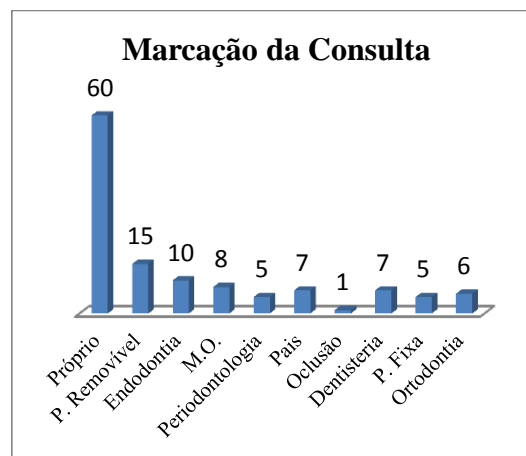


Figura 11 Distribuição dos atos clínicos por Marcação/Encaminhamento da Consulta.

Análise da Amostra por área disciplinar Medicina Oral

No âmbito da Área disciplinar de Medicina Oral foram realizados 10 atos clínicos no papel de operador 5 e no de assistente em 5 pacientes. (Tabela 4)

Tabela 4 Atos clínicos em Medicina Oral como assistente e como operadora.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	5	5	10

Dos 10 pacientes observados 6 pertencem ao género feminino e 4 do género masculino. (Figura. 12)

O intervalo de idades com maior número de pacientes em Medicina Oral foi dos 71-80 anos com 3 pacientes. (Figura. 13)

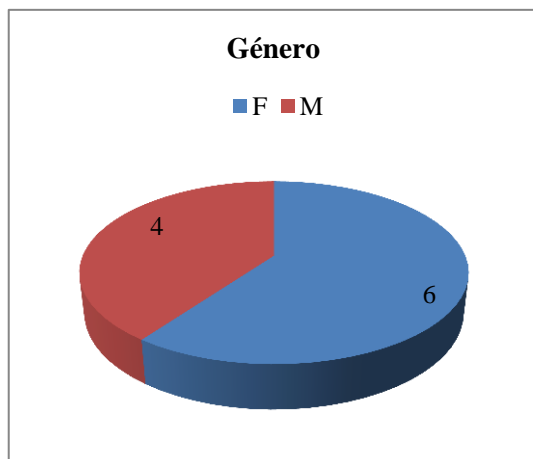


Figura 12. Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por género.

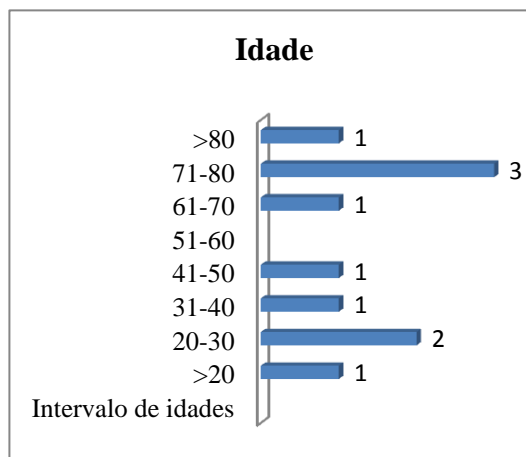


Figura 13. Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por classes etárias.

Quanto à Higiene Oral, 7 pacientes apresentaram uma higiene oral insuficiente e apenas em 3 pacientes foi observada uma higiene oral suficiente. (Figura.15)

Podemos verificar que a maioria apresentou um índice de placa no intervalo 30-50%, representado por 4 pacientes, enquanto em igual número, 3 pacientes apresentaram um índice de placa menor que 30% e os restantes 3 situam-se no intervalo de IP> 50% <70%. (Figura.14)

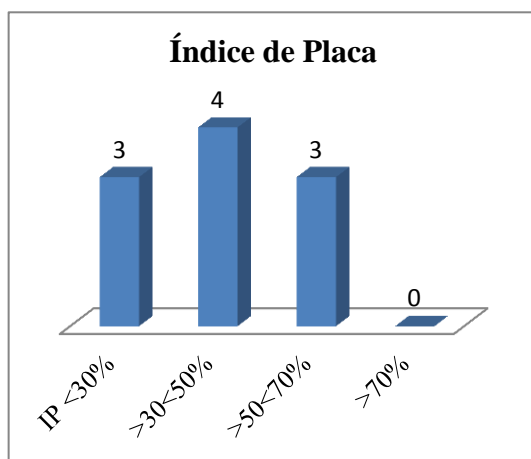


Figura.14 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por índice de placa.

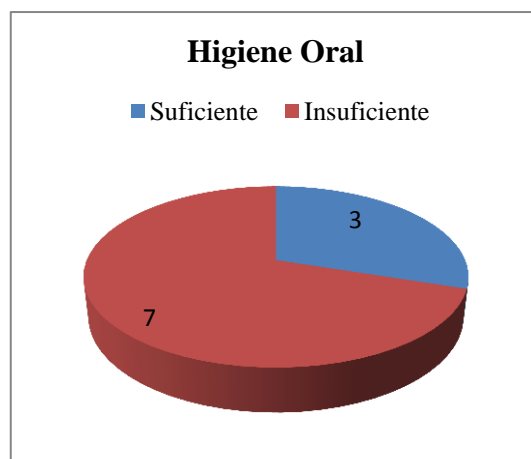


Figura.15 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por higiene oral.

Relativamente aos hábitos tabágicos apenas 1 paciente fuma 10 cigarros por dia. (Figura.16 e 17)

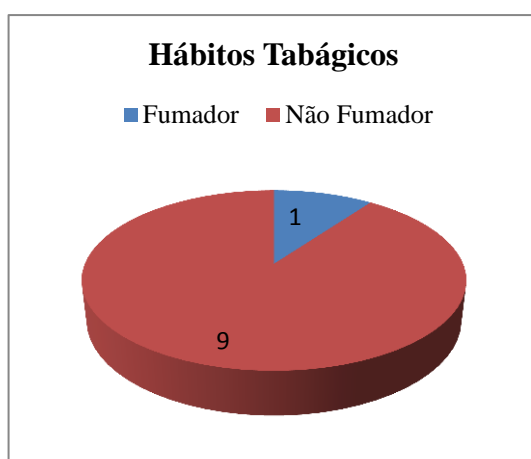


Figura.16 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por hábitos tabágicos.

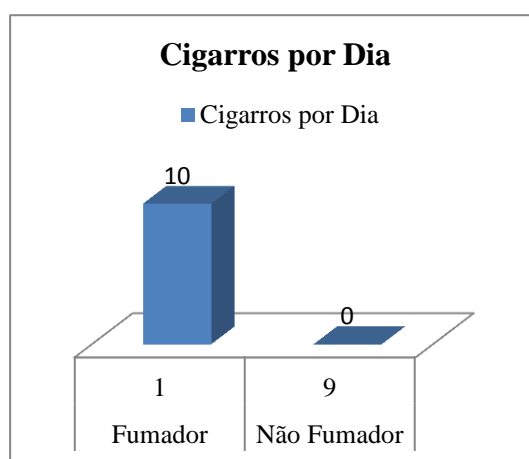


Figura.17 Número de cigarros fumados pelos pacientes de Medicina Oral.

As patologias orais mais verificadas foram a língua saburrosa em 4 pacientes, representando 58% das patologias orais. A estomatite protética (14%), a Língua com edentações (14%) e a língua fissurada (14%) foram observadas, cada uma, em apenas 1 paciente. Não foram observadas alterações morfológicas em 3 pacientes. (Figura.18)

As patologias sistêmicas apresentadas em Medicina Oral foram diabetes tipo II em 3 pacientes e em igual número a hipertensão. Dois desses pacientes referem patologia gástrica, e um deles refere arritmia cardíaca e hiperplasia da próstata e o outro Dislipidémias. (Figura. 19 e Tabela 5)

Sem patologia associada, um paciente tinha uma hérnia discal e 2 hipertensão.

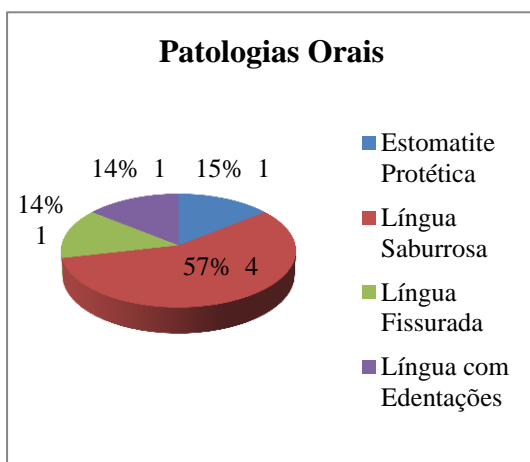


Figura 18 Pacientes consultados em Medicina Oral distribuídos por patologias orais.

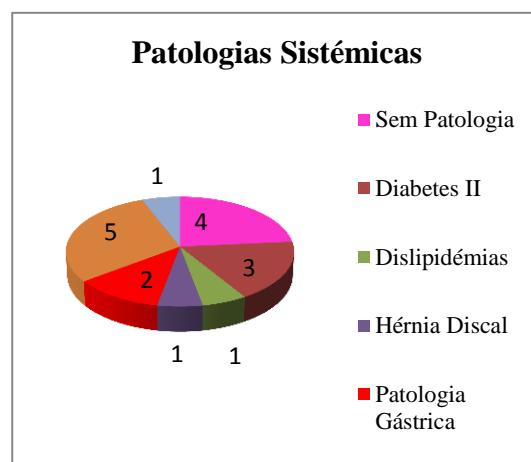


Figura.19 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por patologia sistémica.

Tabela 5 Pacientes de Medicina Oral distribuídos por patologias associadas

<u>Patologias Associadas</u>	Diabetes tipo 2+ Hipertensão + Arritmia Cardíaca+ Esofagite Gástrica+ Hiperplasia da Próstata
	Diabetes tipo 2 + Hipertensão + Úlcera gástrica
	Diabetes tipo 2 + Hipertensão + Dislipidémias

Os pacientes também referiram a medicação que tomavam (Tabela 6)

Tabela 6 Medicação de doentes observados em Medicina Oral.

Fármacos	
Anti-hipertensores	AINES
Antidiabéticos Orais	Protetores Gástricos
Inibidores da 5-alfa- redutase	Insulina
Antidislipidémicos	Anti-disrritmicos
Anticoagulantes	Anticoncepcionais

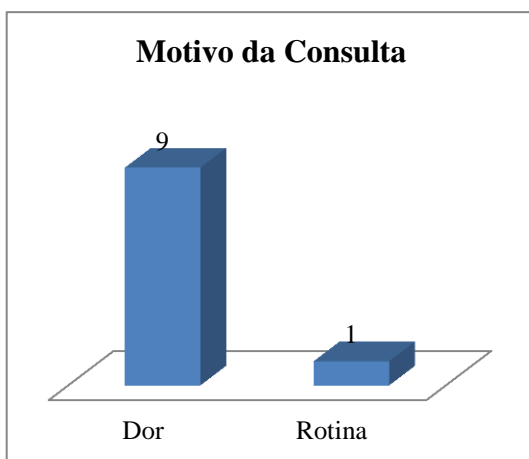


Figura.21 Distribuição dos atos de Medicina Oral por Motivo de Consulta.

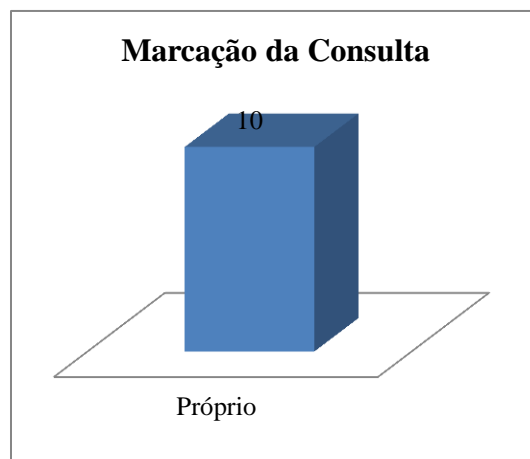


Figura.22 Distribuição dos atos de Medicina Oral por Marcação da Consulta.

Análise da Amostra por Área Disciplinar Cirurgia

Em Cirurgia Oral, foram realizados 12 atos clínicos, 5 na qualidade de operadora e os restantes 7 atos como assistente (Tabela 7)

Tabela 7 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por Operadora ou Assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	5	7	12

Na área disciplinar de Cirurgia Oral a maioria dos pacientes (10 pacientes) foram do género masculino correspondendo a 83% contra 2 pacientes do género feminino correspondendo a 17%. (Figura. 23)

Quanto à idade, as classes que tiveram maior número de pacientes foram dos (20-30) e dos (61-70) representados em igual número, ou seja 3 pacientes cada classe. (Figura. 24)

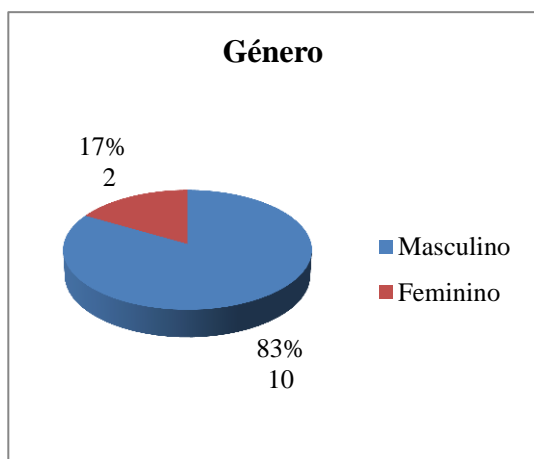


Figura.23 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por género.

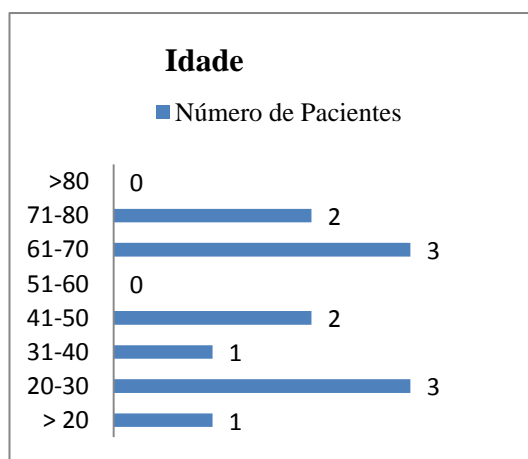


Figura. 24. Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por classes etárias.

Relativamente à higiene oral podemos observar que os 12 pacientes apresentaram uma higiene oral insuficiente de acordo com o IP. (Figura. 25)

Nenhum paciente apresentou índice de placa inferior a 30%. O intervalo $>50\% < 70\%$ foi onde se situaram mais pacientes contando com 6, o intervalo $> 30\% e < 50\%$ teve 4 pacientes e em menor número, ou seja, 2 pacientes apresentavam um índice de placa superior a 70%. (Figura. 26)

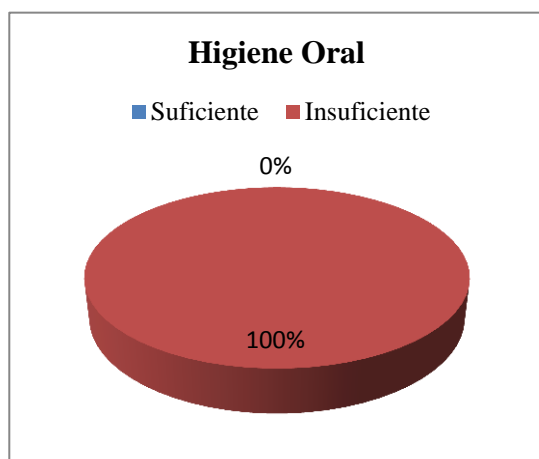


Figura. 25: Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por Higiene Oral.

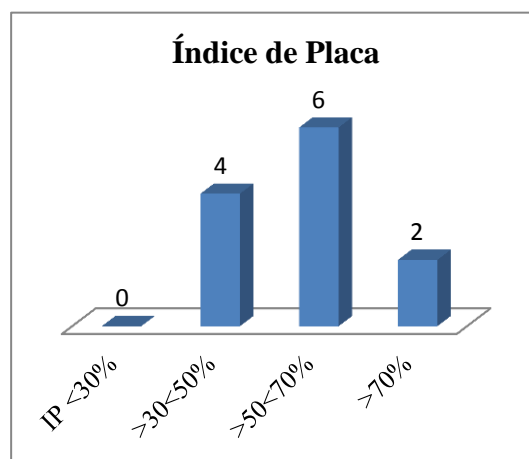


Figura. 26 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por quantidade de índice de placa.

Também se verificou que apenas 2 apresentavam hábitos tabágicos. Estes 2 pacientes da APPACDMV não souberam quantificar o número de cigarros fumados por dia. (Figura. 27)

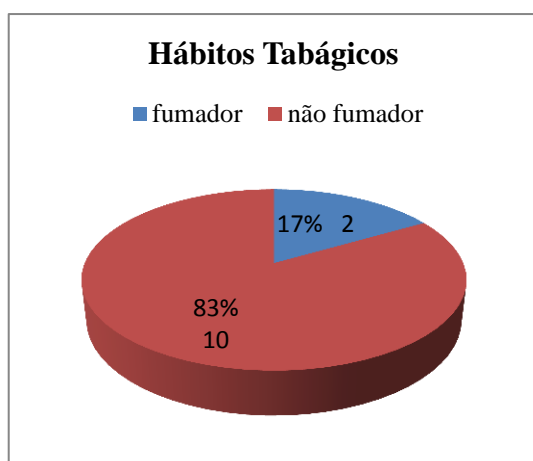


Figura 27 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia Oral por Hábitos Tabágicos.

O total de atos realizados em Cirurgia Oral foram 12, sendo 9 atos executados pela técnica fechada e os restantes 3 atos pela técnica aberta. (Figura. 28)

Relativamente à anatomia da raiz foram tratados 8 dentes monorradiculares, dos quais 6 pela técnica fechada e 2 atos com dentes monorradiculares pela técnica aberta. Quanto aos dentes plurirradiculares 3 foram realizados pela técnica fechada e 1 pela técnica aberta. (Figura. 29)

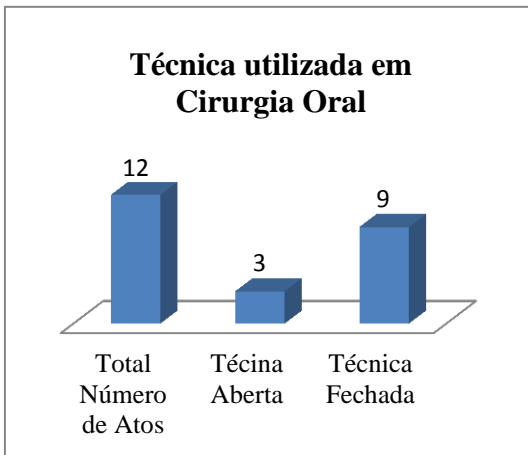


Figura.28 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por técnica aberta ou técnica fechada.

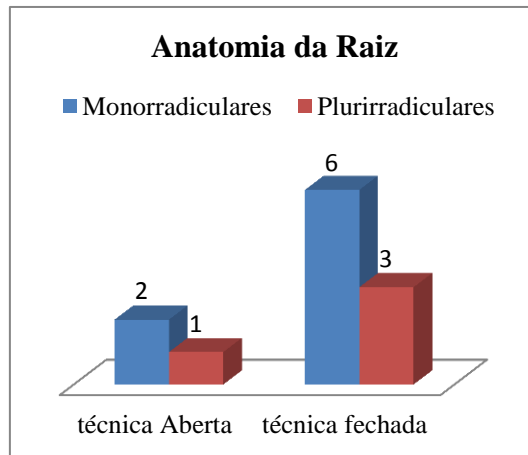


Figura. 29 Distribuição dos atos clínicos de Cirurgia por anatomia radicular.

O motivo das exodontias realizadas foi na maioria por cárie em 10 pacientes, 1 paciente por compromisso periodontal, 1 paciente com pericoronarite. Foi realizada uma cirurgia periapical, nomeadamente uma apicectomia que será explanada na secção de casos diferenciados. Figura (30 e 32)

Das 12 consultas, 7 foram marcadas pelo próprio paciente, à exceção dos 2 pacientes da ASSP, que foram marcadas pela instituição. As restantes consultas foram encaminhadas pelas áreas disciplinares de Endodontia (3 cirurgias), e a Prostodontia Removível e Medicinada Oral encaminharam apenas 1 paciente cada. (Figura. 31)

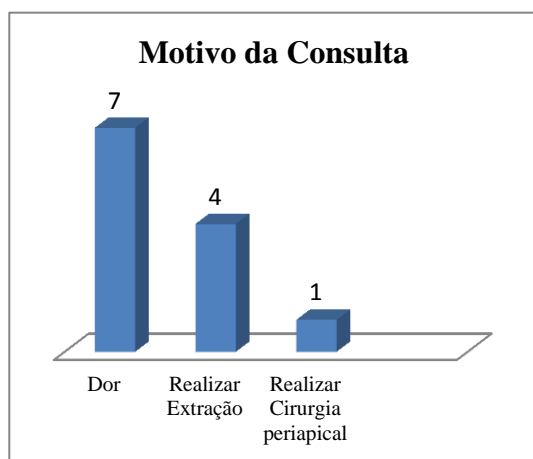


Figura. 30 Distribuição dos pacientes de Cirurgia Oral por motivo da consulta.

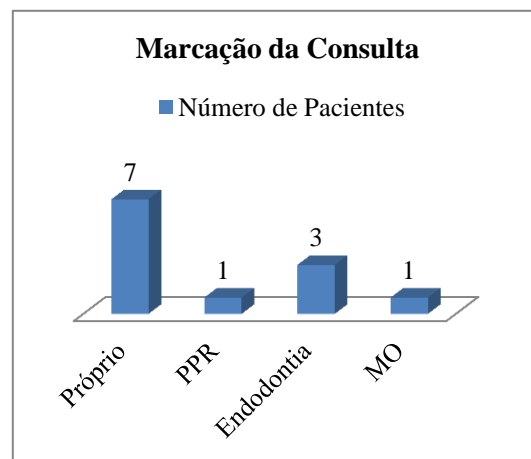


Figura.31: Distribuição dos pacientes dos atos clínicos de Cirurgia de como foi marcada/encaminhada a consulta

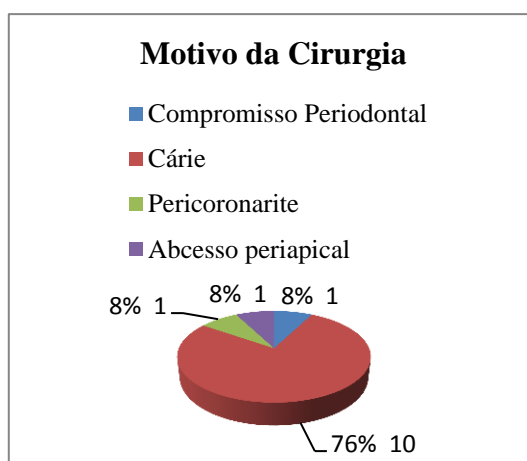


Figura.32: Distribuição dos pacientes de Cirurgia Oral por motivo da cirurgia.

Análise da Amostra por área disciplinar Periodontologia

No âmbito da Área disciplinar de Periodontologia, foram realizados 9 atos clínicos no papel de operadora e 9 no de assistente em 16 pacientes. (Tabela 8)

Tabela 8 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por operadora ou assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	9	9	18

Dos 16 pacientes observados metade são do género feminino. (Figura. 33)

Quanto à idade o intervalo de pacientes menores de 20 anos teve 0 pacientes.

No intervalo dos 20-30 situaram-se 2 pacientes, no intervalo dos 31-40anos teve 1 paciente, no intervalo dos 41-50 anos e 51-60 consultaram-se 2 pacientes em cada classe etária.

A classe dos 61-70 anos e dos 71-80 registou 4 e 5 pacientes respetivamente. Já os de idade superior a 80 anos não foram contados nenhum indivíduo. (Figura. 34)

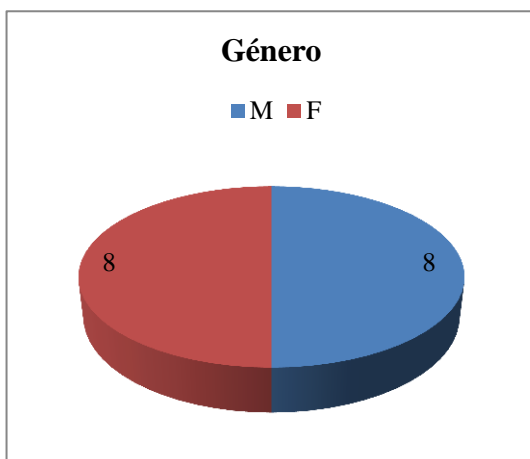


Figura. 33 Distribuição dos pacientes atendidos em Periodontologia por género.

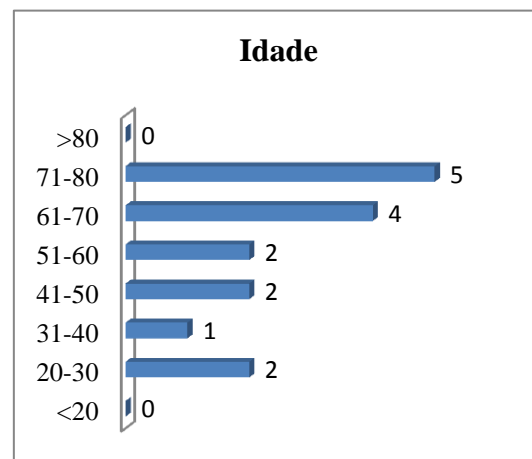


Figura. 34 Distribuição dos pacientes atendidos em Periodontologia por classes etárias.

Dos 16 pacientes atendidos em Periodontologia apenas 3 apresentaram higiene oral suficiente, de acordo com um índice de placa inferior a 30%. O índice de placa apresentado por 4 pacientes caiu no intervalo de $IP > 30\% < 50\%$. Os intervalos $IP > 50\% < 70\%$ e $IP > 70\%$ apresentaram 5 e 4 pacientes respectivamente. (Figura. 35)

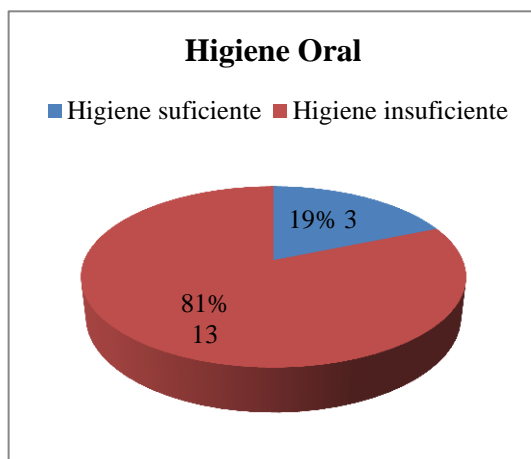


Figura.35 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por higiene Oral

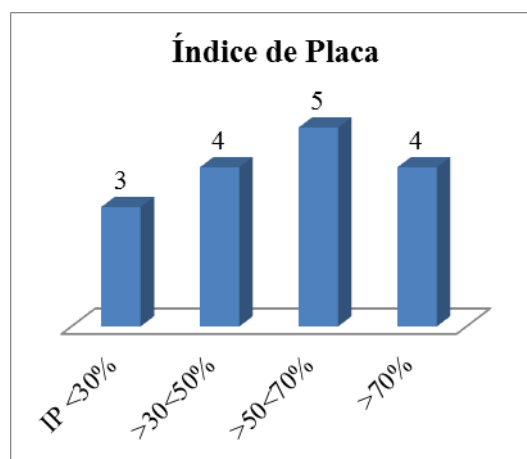


Figura.36: Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por Índice de Placa

Dos 16 pacientes de Periodontologia, apenas 3 referiram hábitos tabágicos, sendo que 1 paciente fuma 5 cigarros, outro fuma 10 cigarros e outro fuma 20 cigarros por dia. (Figura.37 e 38)

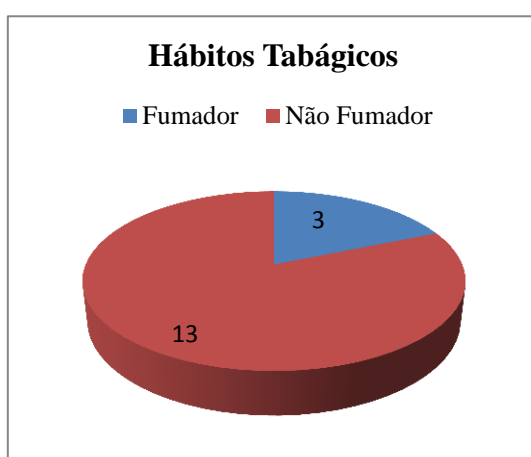


Figura. 37 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por Hábitos Tabágicos.

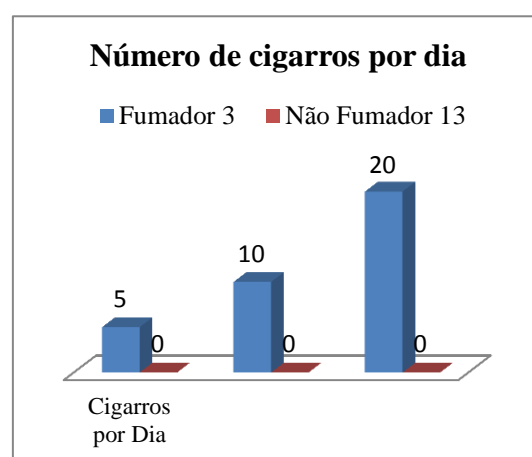


Figura. 38 Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por número de cigarros fumados por dia.

Foram diagnosticadas 2 Gengivites, uma induzida por placa (GIP) e uma gengivite induzida por fármacos (GIF), este paciente apresenta também Periodontite Crónica Leve (PCL) localizada no 5.º sextante. A PCL generalizada foi diagnosticada em 3 pacientes. De notar que a Periodontite Crónica Moderada Generalizada (PCM-gen) e a Periodontite Crónica Avançada generalizada (PCA-gen) foram as patologias mais frequentes, com 4 pacientes e 7 pacientes, respetivamente. (Figura. 39). Não foram observadas patologias sistémicas em 5 pacientes. (Figura 40)

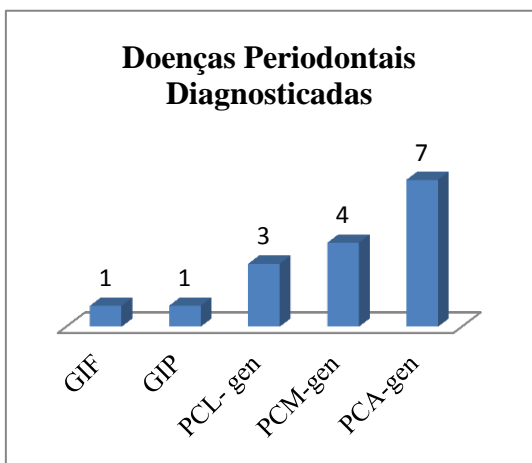


Figura. 39 Distribuição dos pacientes de Periodontologia por doenças periodontais.

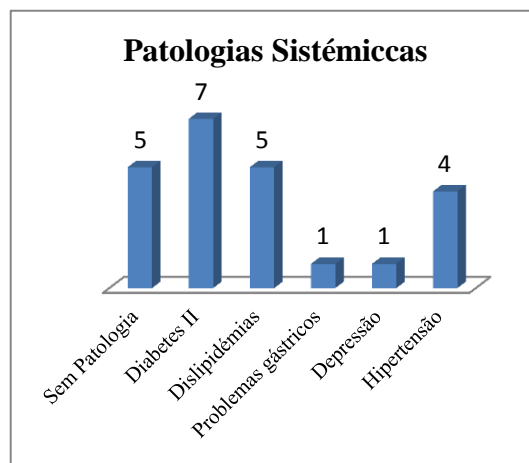


Figura. 40 Distribuição dos pacientes de Periodontologia doenças sistémicas.

Devido à relação existente entre fatores que podem afetar ou agravar a saúde periodontal, organizou-se uma tabela com: idade, hábitos tabágicos/número de cigarros, o IP, o BOP, patologias sistêmicas quando existentes e o diagnóstico de patologia periodontal obtido. (Tabela. 9).

Tabela 9 Relação dos dados dos pacientes

Gênero	Idade	Fumador	Cigarros por dia	IP	BOP	Patologia Sistêmica	Diagnóstico Periodontal
				%	%		
F	28	Sim	5	59	1	Sem patologia	GM
M	59	Não		35	0	Dislipidémias	PCAG
M	75	Não		47	10	Diabetes tipo II, Dislipidémias	PCM
F	43	Não		51	2	Sem patologia	PCM
F	66	Não		42	7	Diabetes II, HTA AVC	PCAG
F	66	Não		94	30	Diabetes tipo II, Dislipidémias, Depressão	PCAG
F	78	Não		39	16	Diabetes tipo II	PCMG
M	68	Não		59	11	Diabetes tipo II	PCAG
F	76	Não		100	16	HTA	PCAG
F	62	Não		25	0	Dislipidémias	PCLG
M	53	Não		99	59	Sem patologia	PCAG
M	31	Sim	10	65	1	Sem patologia	PCL
F	42	Não		29	6	Sem patologia	PCL-gen
M	30	Não		16	24	HTA	Aumento gengival induzido por fármaco/PCL loc
M	71	Não		65	12	Diabetes II, HTA, Dislipidémias, Problemas gástricos	PCM
M	77	Sim	20	80	2	Diabetes tipo II, HTA	PCA gen

Após sondagem de bolsas e revelação do IP foram realizadas 14 consultas que consistiram na fase higiénica. Em 2 consultas foram realizadas Raspagem e Alisamento Radicular e nas restantes consultas foram efetuados 2 controlos. (Figura.41)

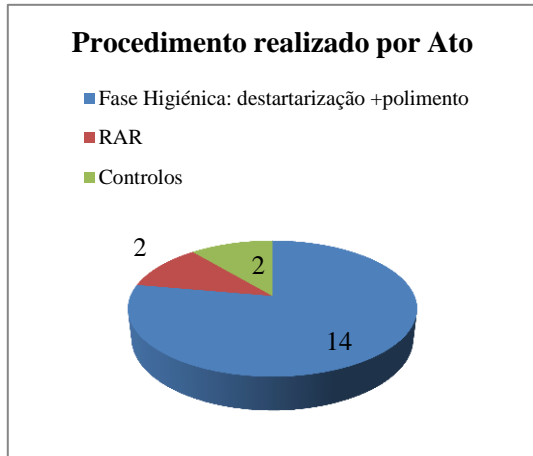


Figura. 41 Distribuição dos pacientes de Periodontologia por procedimento.

As consultas foram na maioria marcadas pelo próprio paciente (11 atos). As restantes foram encaminhadas pelas áreas disciplinares de Medicina Oral (4atos), a Prostodontia Removível e a Periodontologia encaminharam 1 e 2 atos respetivamente. (Figura.43)

Quanto ao motivo, em 16 consultas foi a realização de uma destartarização, em 2 consultas foi a realização de controlos. (Figura. 42)

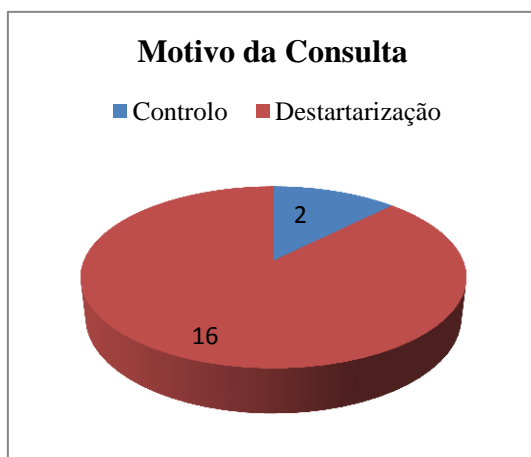


Figura 42. Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por motivo da consulta.

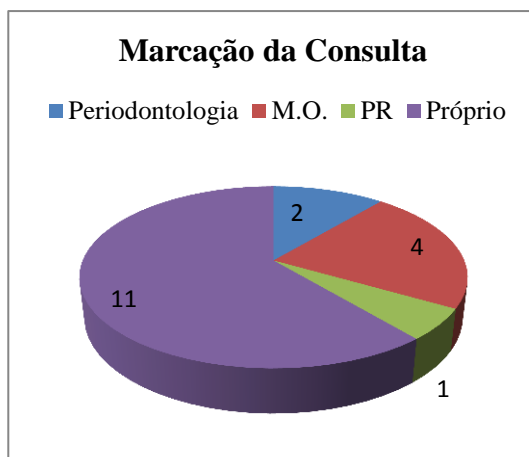


Figura 43. Distribuição dos atos clínicos de Periodontologia por marcação/encaminhamento da consulta.

Análise da Amostra por área disciplinar Odontopediatria

Relativamente à área disciplinar de Odontopediatria foram realizados 4 atos clínicos, 2 como operadora e 2 como assistente. As 4 consultas foram realizadas em 3 pacientes.(Tabela 10)

Tabela 10 Atos clínicos em Odontopediatria, como operadora ou assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	2	2	4

As idades são compreendidas dos 4 aos 6 anos e todos do género masculino. (Figura.44 e 45)

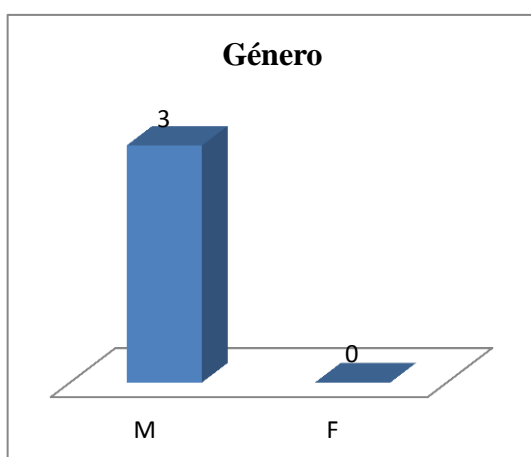


Figura. 44 Distribuição dos pacientes de Odontopediatria por género.

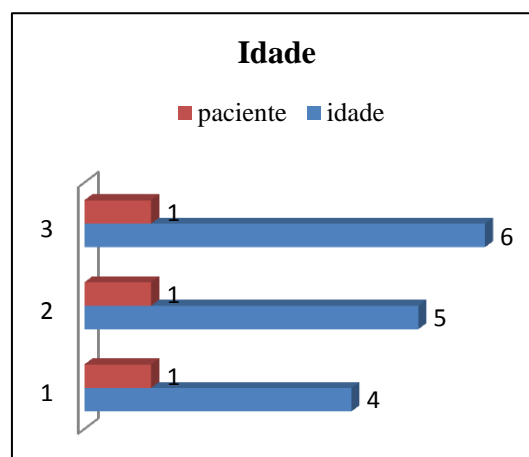


Figura. 45 Distribuição dos pacientes de Odontopediatria por idades

Relativamente aos tratamentos executados em Odontopediatria, foram realizadas uma pulpotomia, um capeamento pulpar e duas restaurações. (Figura 46)

Uma cavidade classe I no dente 55 e uma cavidade classe II no dente 54, 84 e 85, sendo que o dente 84 e 85 pertenciam à mesma criança. (Figura. 47)

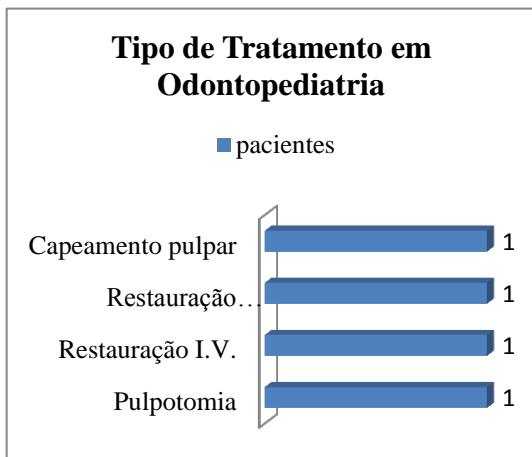


Figura. 46 Distribuição dos atos em Odontopediatria por tipo de tratamento.

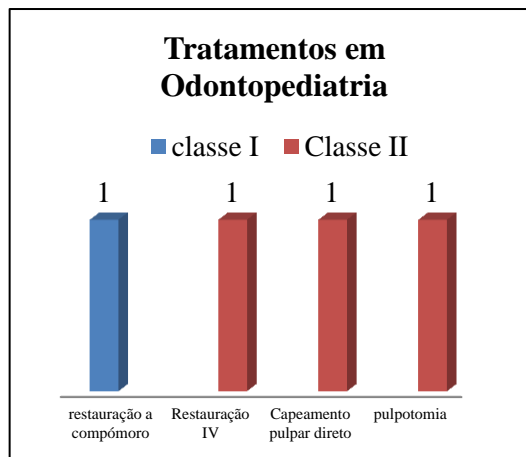


Figura. 47 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por tipo de cavidade.

No que concerne ao material restaurador, utilizou-se Compômero para a classe I, Ionómero de vidro para uma classe II.

O cypeamento pulpar e a pulpotomia foram restaurados com óxido de zinco e eugenol OZE. (Figura.48)

Quanto ao motivo da consulta em Odontopediatria, 3 atos foram por cárie e 1 ato por fratura da restauração. (Figura.49)

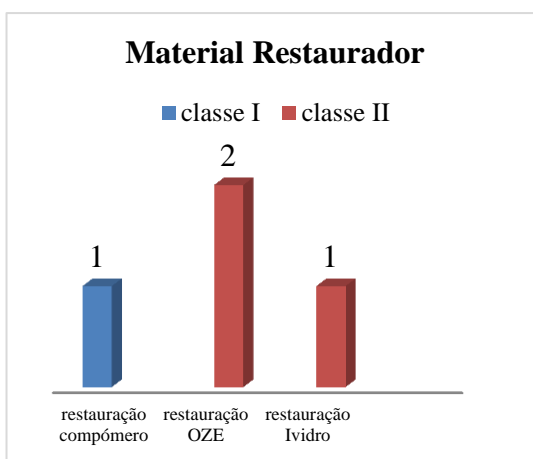


Figura. 48 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por material restaurador.

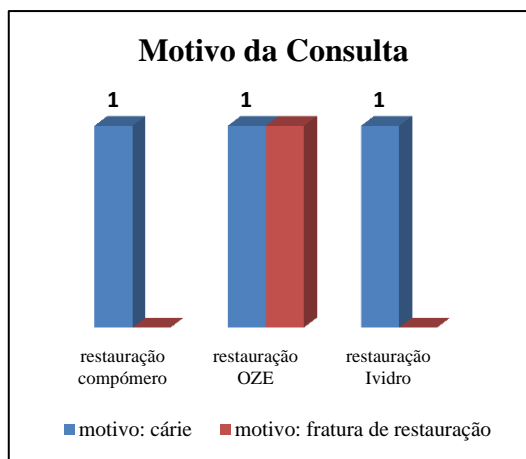


Figura. 49 Distribuição dos tratamentos em Odontopediatria por motivo da consulta e material restaurador.

Análise da Amostra por Área disciplinar Ortodontia

No âmbito da Área Disciplinar de Ortodontia foi elaborado um plano de tratamento a uma paciente, tendo sido realizados 7 atos pelo binómio, dos quais 4 como operadora e 3 como assistente num total de 7 consultas. (Tabela 11).

Tabela 11 Distribuição dos atos clínicos por operadora ou assistente

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	4	3	7

Os atos foram realizados a um paciente do género feminino com 9 anos de idade. (Figura. 50 e 51)

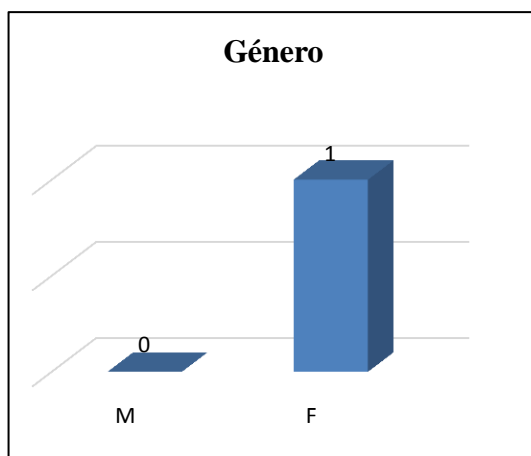


Figura. 50 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto ao género.

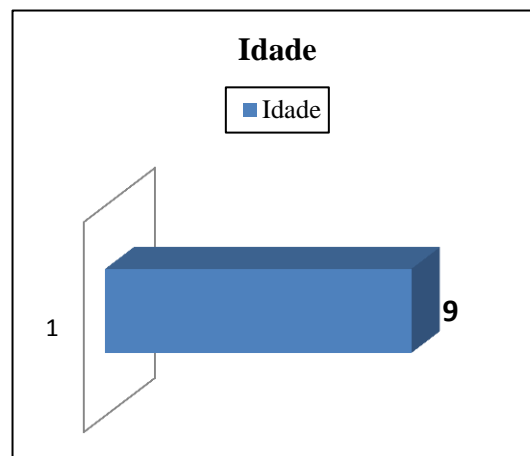


Figura. 51 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto à idade.

A consulta foi marcada pelos pais, sendo o motivo a estética. (Figura.52 e 53)

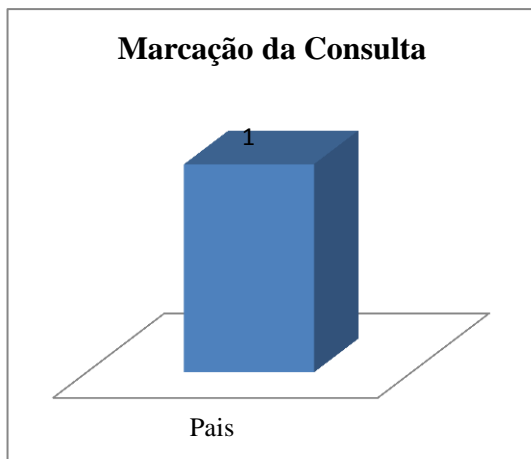


Figura. 52 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto à Marcação da consulta.

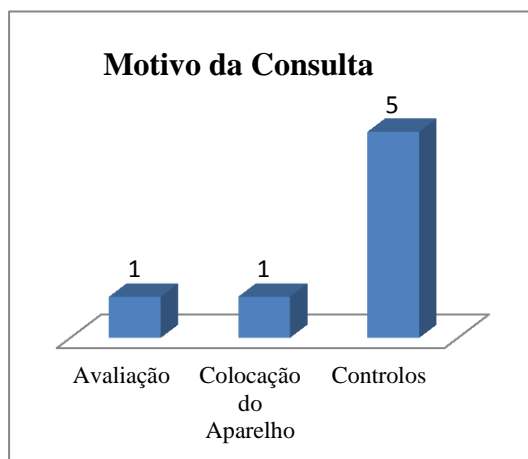


Figura. 53 Distribuição do paciente de Ortodontia quanto ao Motivo da consulta.

Análise da Amostra por Área disciplinar Oclusão

A área disciplinar de Oclusão atendeu 1 paciente, num total de 2 consultas, sendo 1 ato como operadora e 1 como assistente. (Tabela 12)

Tabela 12 Distribuição dos atos de Oclusão por operadora ou assistente

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	1	1	2

Os 2 atos efetuados foram realizados a um paciente do género feminino com 63 anos. (Figura 54 e 55)

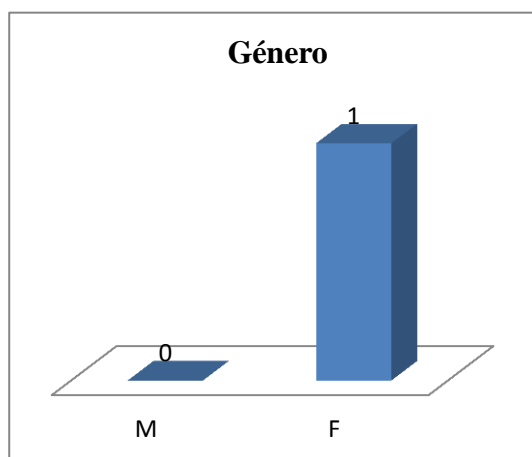


Figura. 54 Distribuição do paciente de Oclusão quanto ao género.

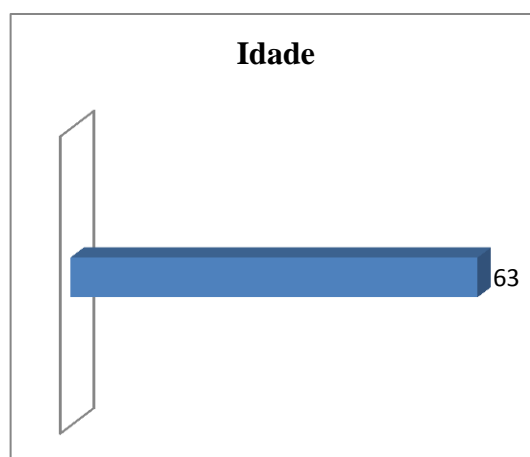


Figura. 55 Distribuição do paciente de Oclusão quanto à idade.

Quanto ao motivo da consulta, a paciente apresentava facetas de desgaste. (Figura 56)

As consultas foram encaminhadas pela área disciplinar de Dentisteria. (Figura 57)

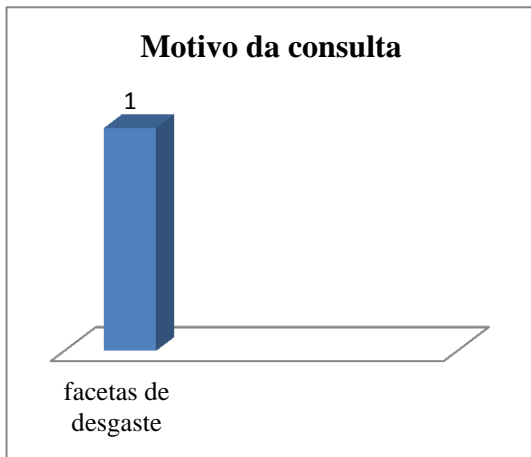


Figura.56 Distribuição da paciente de Oclusão quanto ao motivo da consulta.

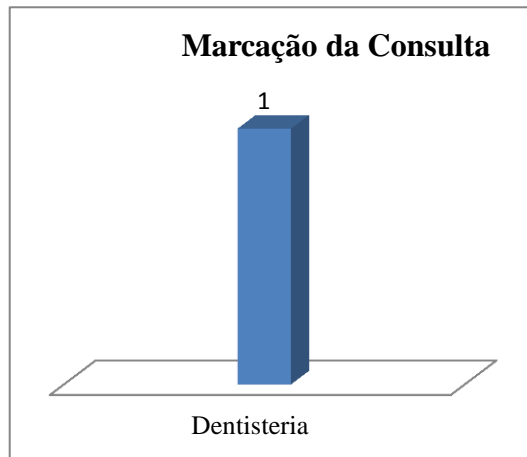


Figura.57 Distribuição do paciente de Oclusão à marcação/encaminhamento da consulta.

Análise da Amostra por área disciplinar Dentisteria

Relativamente à Área Disciplinar de Dentisteria Operatória foram realizados 21 atos clínicos pelo binómio sendo 11 realizados como operadora. (Tabela 13)

Tabela 13 Distribuição dos atos clínicos de Dentisteria Operatória por Operadora e Assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	11	10	21

Dos 21 atos clínicos efetuados em 19 pacientes de Dentisteria Operatória, 16 pertenciam ao género feminino e 3 do género masculino. (Figura.58).

Quanto às idades verificou-se que não se registaram pacientes menores de 20 anos. A classe dos 20-30 anos teve 3 pacientes, na classe dos -40 anos registaram-se 4 pacientes, na classe dos 51-60 e dos 71-80 trataram-se um paciente em cada. Em maior e igual número de pacientes, ou seja 5 pacientes foram assinalados nas classes etárias dos 41-50 anos e dos 61-70 conforme indica a figura 59.

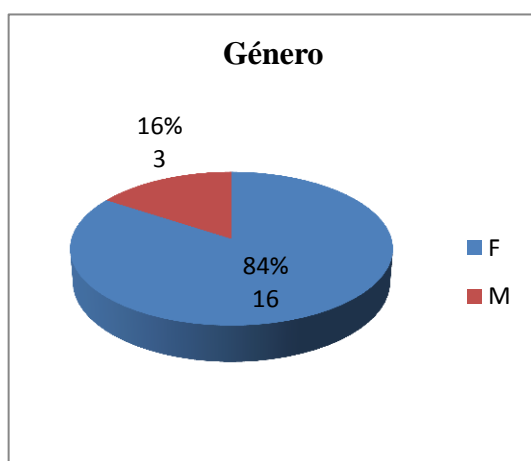


Figura. 58 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória quanto ao género.

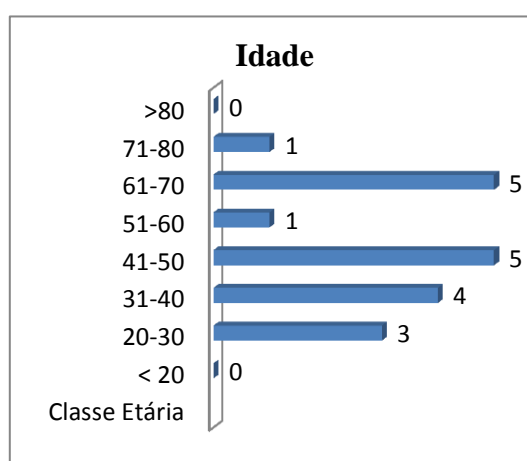


Figura. 59 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória quanto à idade.

Dos 19 pacientes nenhum apresenta índice de placa inferior a 30%, a maioria, ou seja, 11 pacientes situam-se no intervalo $> 30 \% < 50\%$, 5 pacientes tem $IP > 50 \% < 70\%$ e apenas 3 pacientes apresentaram um IP maior que 70%. (Figura.60)

A higiene oral apresentada pelos pacientes na consulta de Dentisteria Operatória é insuficiente na totalidade. (Figura.61)

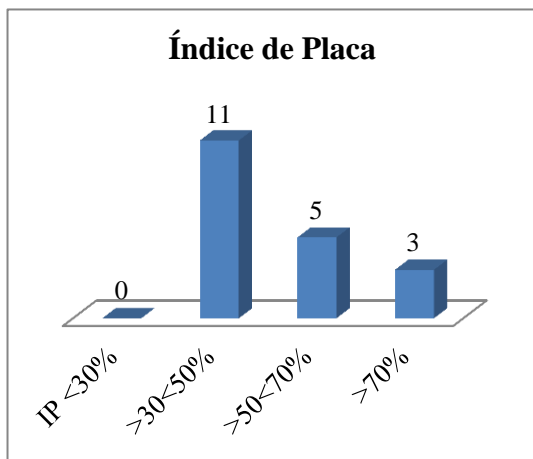


Figura. 60 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória por Índice de Placa.

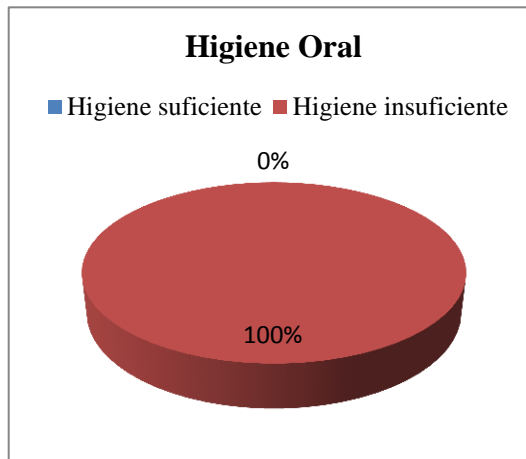


Figura. 61 Distribuição dos pacientes de Dentisteria Operatória por Higiene Oral.

Dos 21 atos clínicos realizados como operadora e assistente o tratamento mais efetuado foram 17 restaurações correspondentes a 81% dos atos em Dentisteria Operatória. Foi realizada uma ameloplastia, a colocação de um espigão e outros tratamentos representando 2 atos. (Figura.62)

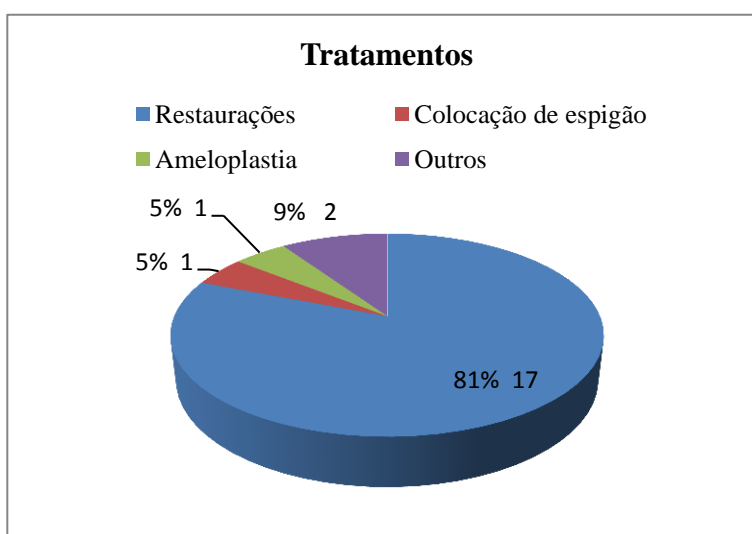


Figura.62 Atos realizados em Dentisteria Operatória distribuídos por tratamentos realizados.

Dos 17 atos clínicos onde foram executadas restaurações, os preparos cavitários mais efetuados foram 6 Classe II, simples e 6 Classe II composta, perfazendo um total de 12 classes II.

A classe I e a classe V foram realizadas uma vez cada, não tendo sido realizados preparos cavitários classes IV. (Figura.63).

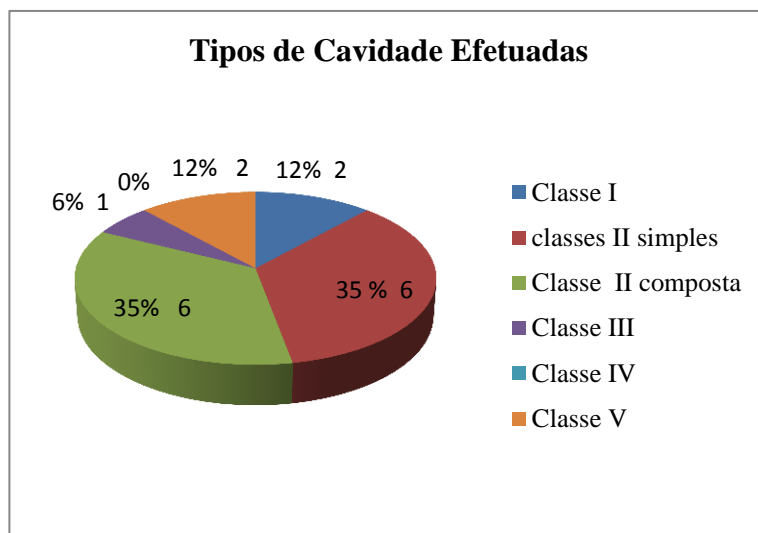


Figura. 63 Atos realizados em Dentisteria Operatória distribuídos por tipo de cavidades efetuadas.

Foi aplicada proteção pulpar em 3 dos casos e utilizou-se compósito como material restaurador em 12 restaurações, óxido de zinco e eugenol em 3 restaurações como provisórias e nas restantes restaurações foi utilizado amálgama (2 atos). (Figuras 64 e 65).

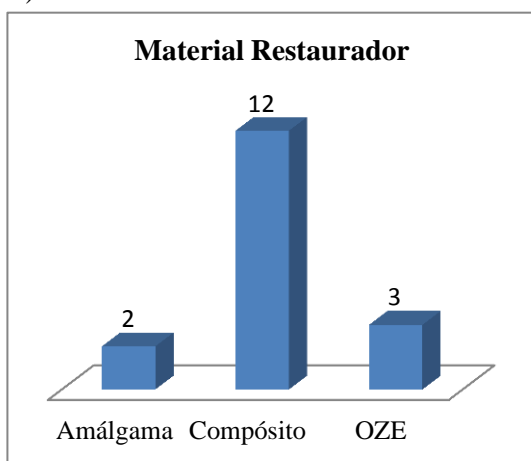


Figura. 64 Atos realizados em Dentisteria Operatória distribuídos por tipo de material restaurador.

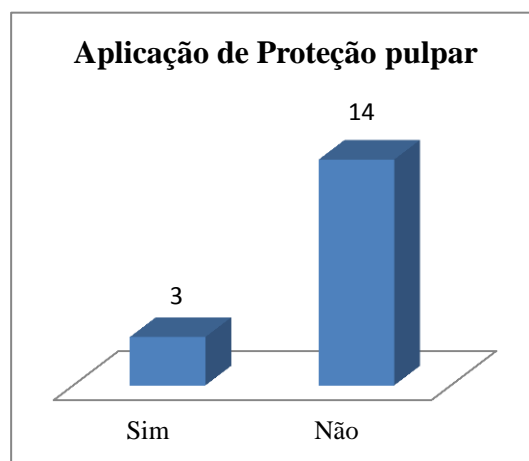


Figura. 65 Atos realizados em Dentisteria Operatória distribuídos por aplicação de proteção pulpar.

Quanto à vitalidade pulpar de todos os atos em Dentisteria Operatória, o resultado foi 13 dentes com vitalidade pulpar correspondente a 62% dos atos contra 6 dentes despulpados correspondendo a 38% dos atos. (Figura.66)

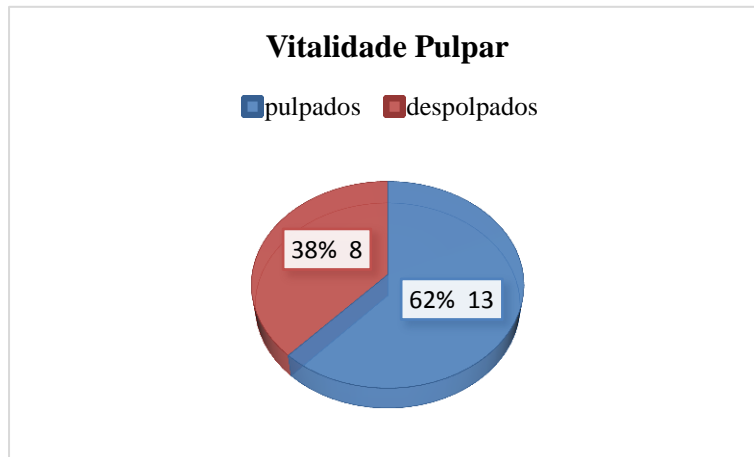


Figura.66 Atos realizados em Dentisteria Operatória distribuídos por condição pulpar do dente tratado.

Os atos em Dentisteria Operatória marcados pelo próprio paciente correspondem a 13 consultas. Os restantes atos foram encaminhados para Dentisteria Operatória pela área disciplinar de Medicina Oral 1 ato, por Prótese Removível 2 atos, Prótese Fixa 1 ato, a própria Dentisteria reencaminhou novamente 2 atos clínicos e por fim a Periodontologia fez o encaminhamento de 2 atos clínicos. (Figura.67)

O motivo dos tratamentos foi cárie em 13 atos, a fratura de restaurações representam 6 dos atos e a odontalgia foi o motivo em 2 atos. (Figura.68)

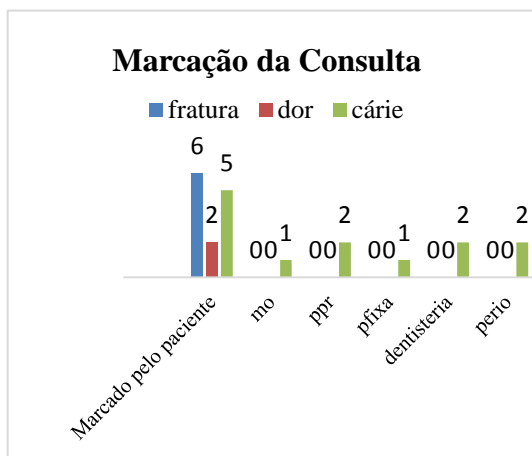


Figura.67 Distribuição dos atos clínicos por marcação/encaminhamento da consulta.

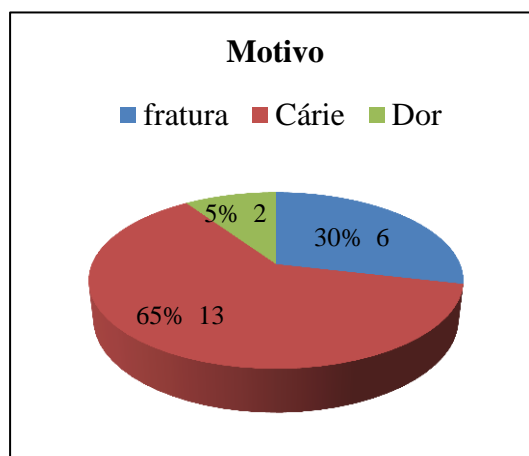


Figura.68 Distribuição dos atos clínicos por motivo consulta.

Análise da Amostra por área disciplinar Endodontia

No âmbito da Área disciplinar de Endodontia, foram realizados 7 atos clínicos no papel de operador e 6 no de assistente. (Tabela 14)

Os 13 atos clínicos, foram realizados em 6 pacientes, 2 pacientes foram atendidos em situação de urgência.

Tabela 14 Distribuição dos atos clínicos de Endodontia por Operadora ou Assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	7	6	13

A amostra é constituída por 6 pacientes, 4 do género feminino e 2 pacientes do género masculino. (Figura 69)

As idades por ordem crescente são: 30, 54, 57, 59, 61 e 65 anos. (Figura.70)

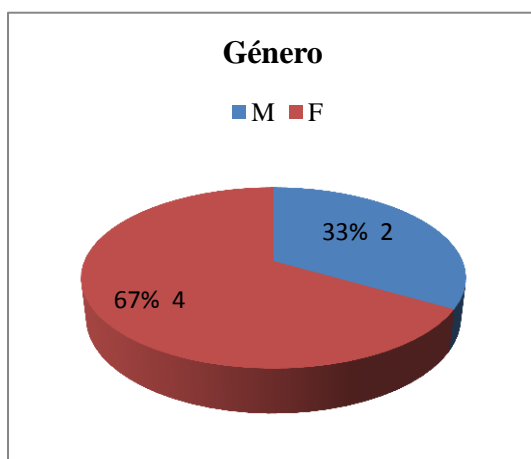


Figura. 69 Atos clínicos em Endodontia distribuídos pelo género feminino ou masculino.

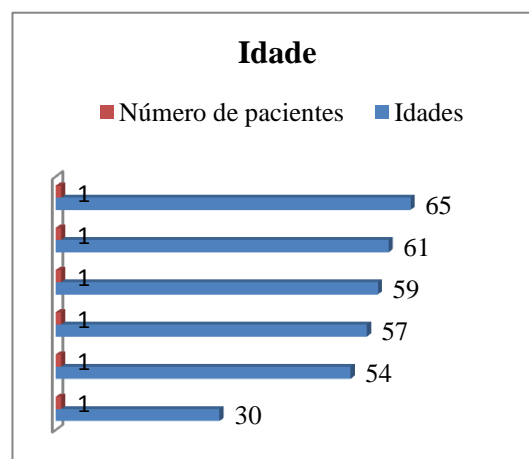


Figura. 70 Atos clínicos em Endodontia distribuídos por idade.

Dos 6 pacientes, 3 tiveram um IP compreendido entre 50% e 70% e 3 pacientes apresentaram um IP maior que 70%. (Figura.71) Todos os pacientes de Endodontia apresentaram uma higiene Oral insuficiente de acordo com o IP. (Figura 72)

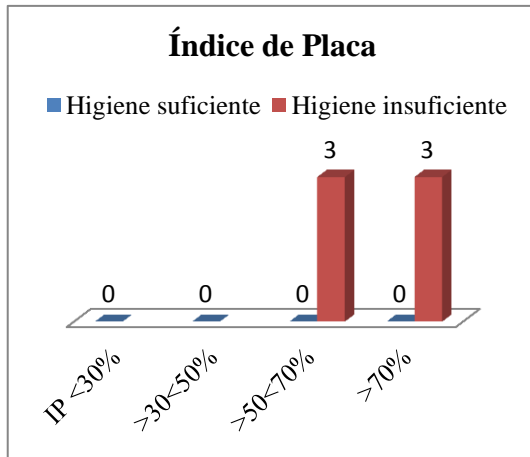


Figura.71 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Índice de Placa.

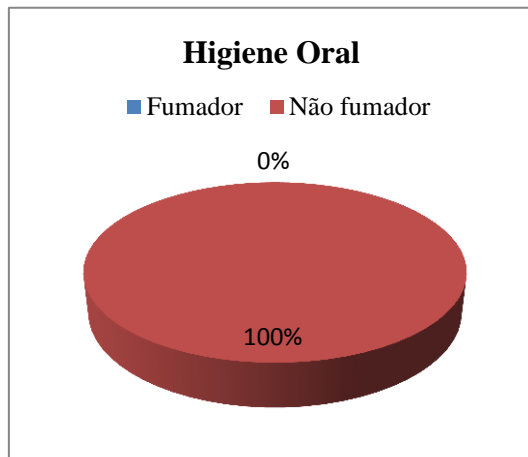


Figura.72 Distribuição dos pacientes de Endodontia por higiene Oral

Verificou-se que nenhum é fumador. (Figura.73)

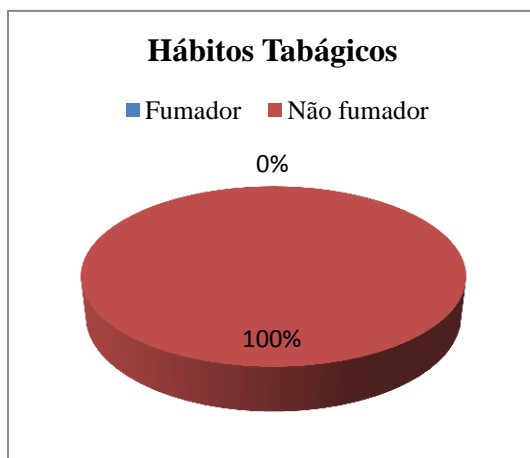


Figura.73 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Hábitos tabágicos.

O motivo foi realização de T.E.R. em 4 pacientes e em 2 pacientes o motivo por odontalgia em situação de urgência. (Figura.74)

A marcação foi feita pelo próprio em 4 casos e encaminhados por Dentisteria em 2 pacientes. (Figura.75)

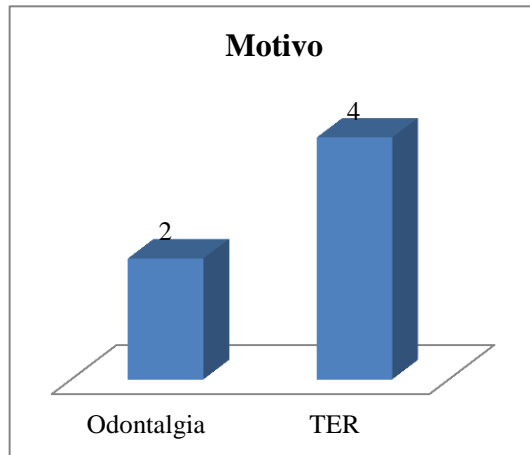


Figura.74 Distribuição dos pacientes de Endodontia por motivo da Consulta.

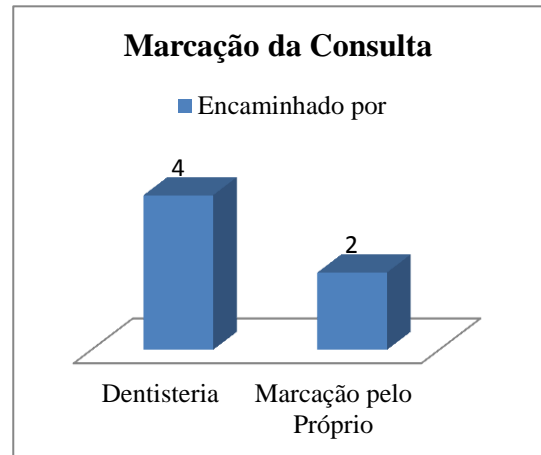


Figura.75 Distribuição dos pacientes de Endodontia por Marcação/Encaminhamento da Consulta.

Dos seis pacientes atendidos nesta área disciplinar só quatro tiveram indicação de TER. Os dentes observados com indicação para TER, encontravam-se em situação de necropulpectomia em 2 dentes e em situação de biopulpectomia os outros 2 dentes. (Figura.76)

Quanto à anatomia radicular 2 dentes eram monorradiculares e os restantes 2 plurirradiculares. (Figura. 77)

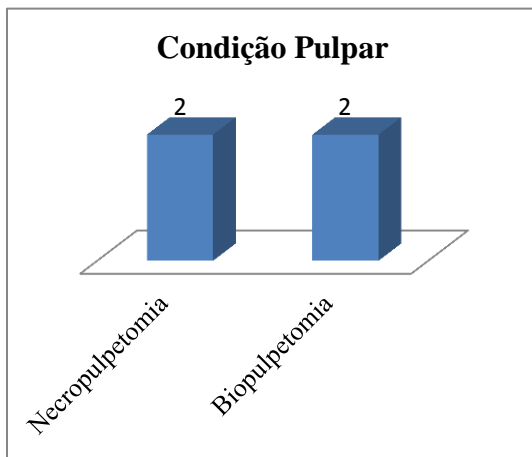


Figura.76 Distribuição dos dentes tratados endodonticamente por condição pulpar.

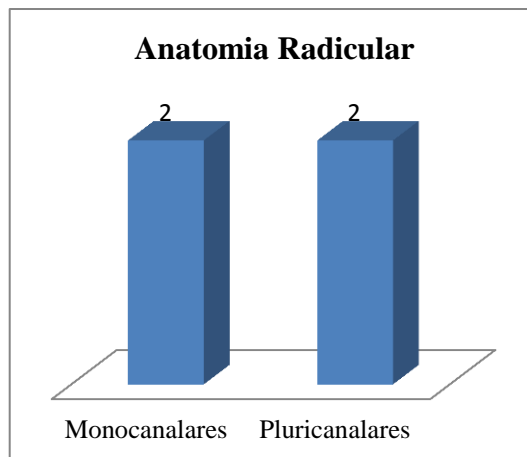


Figura.77 Distribuição dos dentes tratados endodonticamente por anatomia radicular do dente tratado.

Análise da Amostra por área disciplinar Prótese Fixa

Em Prótese fixa, foram realizados 11 atos clínicos, ao longo do ano letivo, 6 dos quais como operadora e os restantes como assistente (Tabela 15).

Tabela 15 Distribuição dos atos clínicos por Operadora ou Assistente.

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	6	5	11

Os 11 atos clínicos de Prótese Fixa foram realizados em 6 pacientes.

Relativamente às idades, estas estão compreendidas entre 32 e 66 anos. Quanto ao género, só foi observada um paciente do género feminino sendo os restantes 5 pacientes do género masculino representando 85% da amostra desta área disciplinar. (Figura.78 e 79)

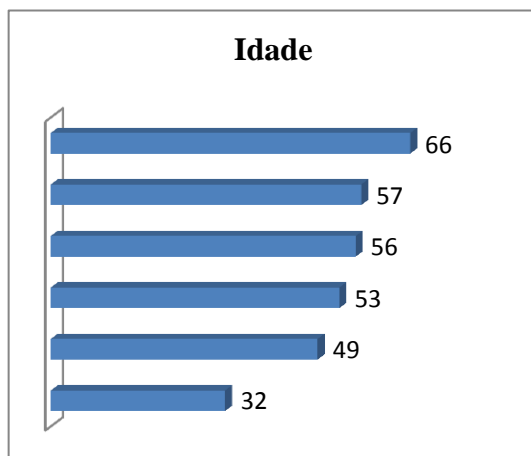


Figura.78 Pacientes de Prostodontia Fixa distribuídos por idade.

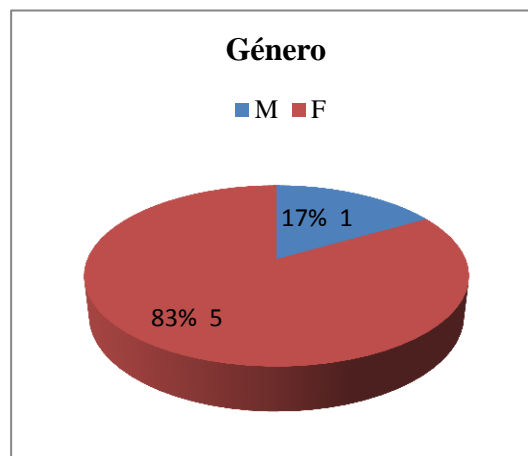


Figura.79 Pacientes de Prostodontia Fixa distribuídos por género.

Os pacientes atendidos nesta disciplina metade apresentou uma boa higiene oral, compatível com o baixo índice de Placa observado em 3 pacientes. (Figura.80 e 81)

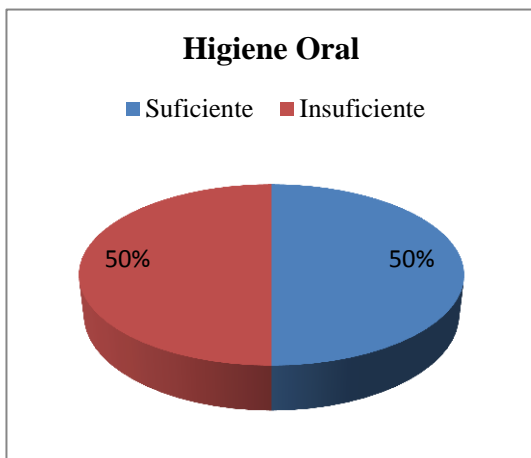


Figura.80 Pacientes distribuídos por higiene Oral.

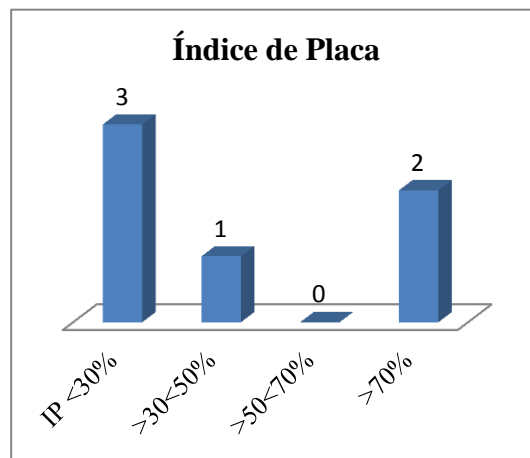


Figura.81 Pacientes distribuídos por índice de placa.

Dos pacientes observados nenhum apresenta hábitos tabágicos. (Figura.82)

Dos 6 pacientes observados 5 já usavam prótese fixa dento-suportada. (Figura.83)

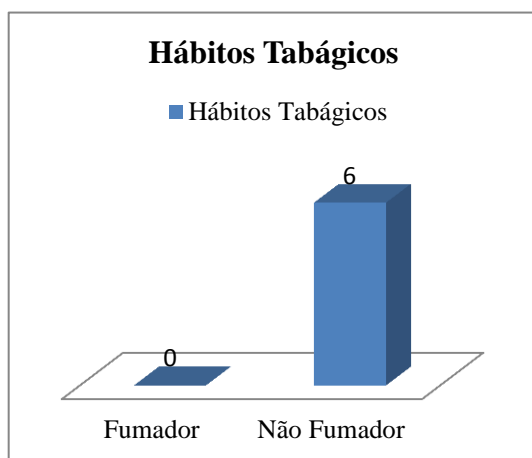


Figura.82 Distribuição dos pacientes de Protoprontia Fixa por Hábitos Tabágicos.

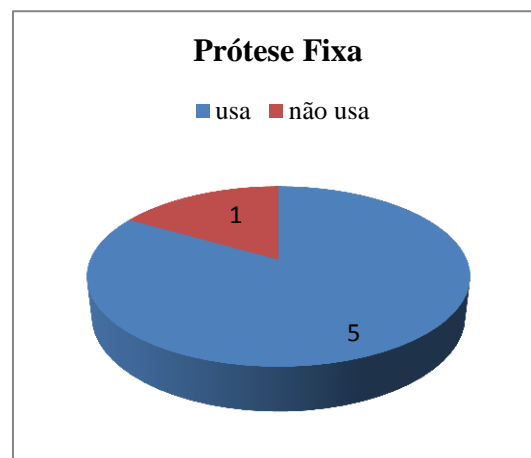


Figura.83 Distribuição dos pacientes de Protoprontia Fixa já reabilitados com prótese fixa.

Da totalidade dos onze atos clínicos, quatro estiveram relacionados com a confecção de uma ponte de três elementos, inacabada até à data de recolha de dados, cujo caso é comentado posteriormente. Os restantes atos foram consultas de avaliação, controlos, cimentação, evicção pulpar e restauração de um elemento cerâmico. (Figura.84)

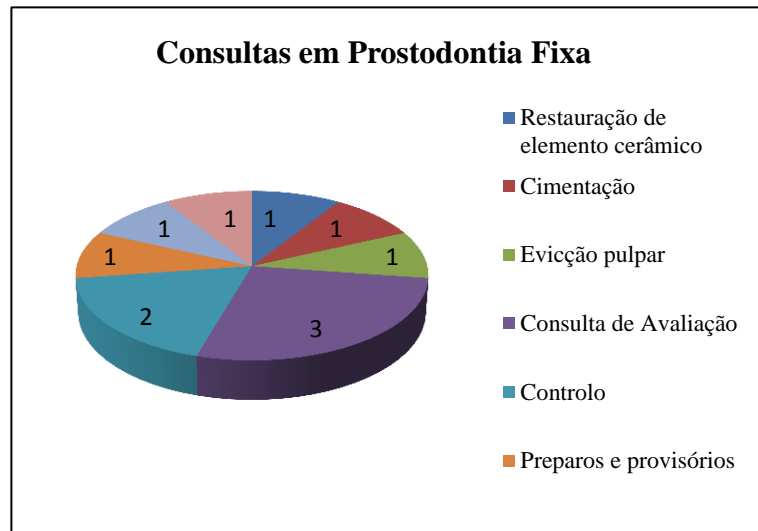


Figura.84 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por procedimento realizado na consulta.

As consultas em Prostodontia Fixa foram marcadas pelo próprio paciente e remarcadas pela própria área disciplinar em igual número, ou seja, 4 consultas. As restantes foram encaminhadas pela área disciplinar de Medicina oral (1 ato), por Prostodontia Removível (1 ato) e por Periodontologia (1ato) conforme se pode verificar na Figura 85. O motivo que levou mais vezes (4 atos) os pacientes a marcarem consulta em Prostodontia Fixa foi a odontalgia, seguido de 2 consultas de avaliação e por fim 1 consulta dedicada a uma coroa que descimentou, (1 ato) atribuído ao restauro de um elemento pântico, (1 ato) para a realização de preparos e provisórios, (1 ato) a impressões definitivas e por último 1 ato para a prova de metal. (Figura.86)

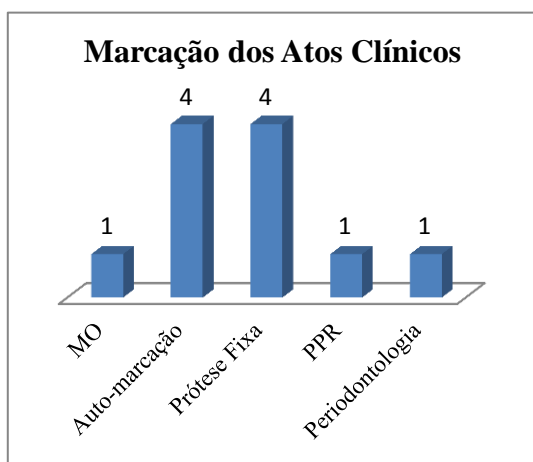


Figura.85 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por Marcação/Encaminhamento dos atos clínicos.

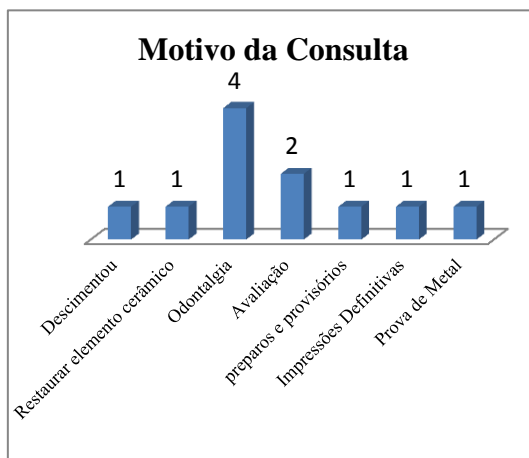


Figura.86 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Fixa por Motivo da Consulta.

Análise da Amostra por área disciplinar **Prostodontia Removível**

No que se refere à Área Disciplinar de Prostodontia Removível, foram realizados 26 atos clínicos, 14 como assistente e 12 no papel de operador. (Tabela 16).

Tabela 16 Distribuição dos atos clínicos de Prostodontia Removível por Operadora ou Assistente

	Operadora	Assistente	Total
Número de Atos	12	14	26

Os atos clínicos foram realizados em 13 pacientes, 7 do género masculino e 6 pacientes do género feminino. (Figura.87) Quanto à idade a maioria pertence à classe dos 61 aos 70 anos. (Figura.88)

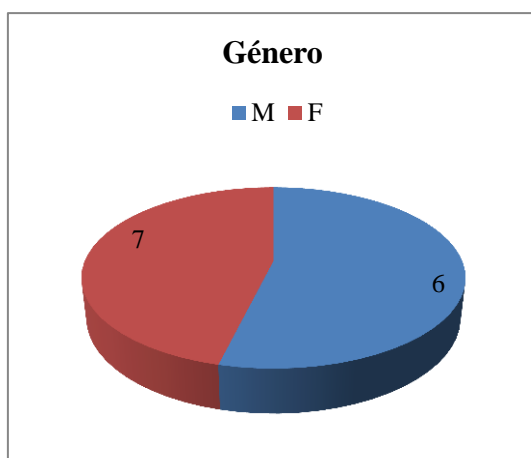


Figura.87 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por género.

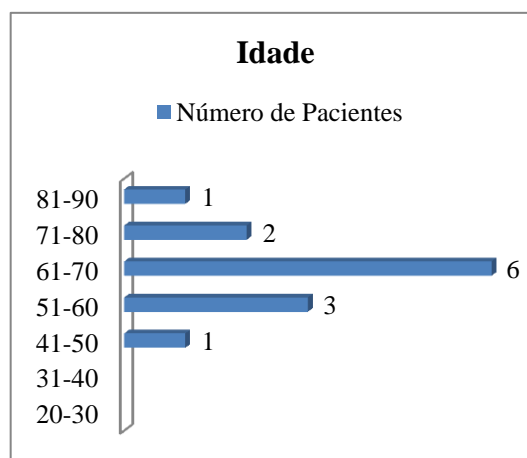


Figura.88 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por classes etárias.

Quanto à higiene oral só foi suficiente em 1 paciente de acordo com o IP. (Figura.89) O índice de Placa foi menor que 30% num paciente, 3 pacientes apresentaram IP dentro do intervalo de >30%<50%, 4 pacientes tiveram um IP no >50%<70%, e 5 pacientes demonstraram ter um IP maior que 70%. (Figura.90).



Figura.89 Distribuição dos pacientes de Prosthodontia Removível por Higiene Oral.

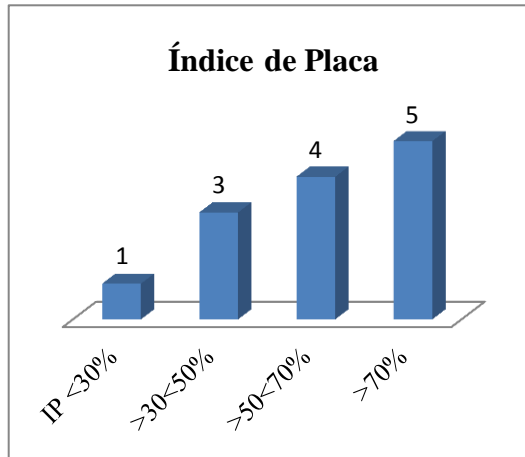


Figura.90 Distribuição dos pacientes de Prosthodontia Removível por índice de Placa.

Quanto aos hábitos tabágicos apenas 1 paciente fuma 20 cigarros por dia. (Figura.91 e 92).

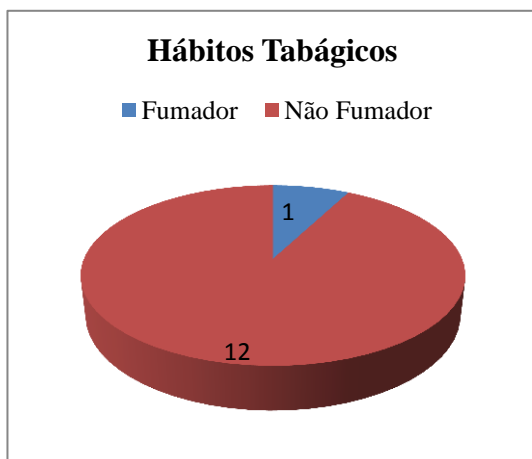


Figura.91 Distribuição dos pacientes de Prosthodontia Removível por Hábitos Tabágicos.

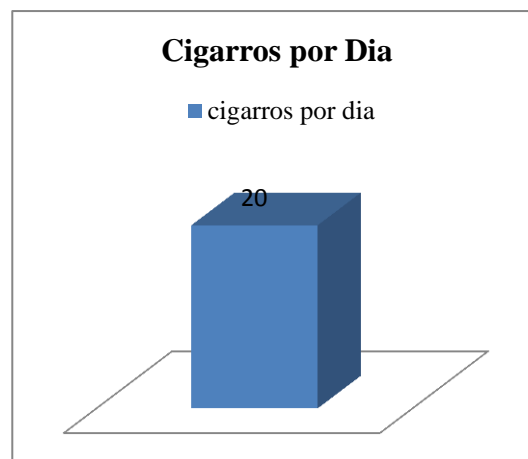


Figura.92 Distribuição do número de cigarros por dia.

Dos 26 atos, foram realizados 11 controlos, 3 rebasamentos, 1 conserto e rebasamento, 5 consultas de planeamento, 2 impressões preliminares, 1 impressão definitiva, 1 Registo da DVO, 1 registo de ceras e 1 ato para a prova de dentes. (Figura.93)

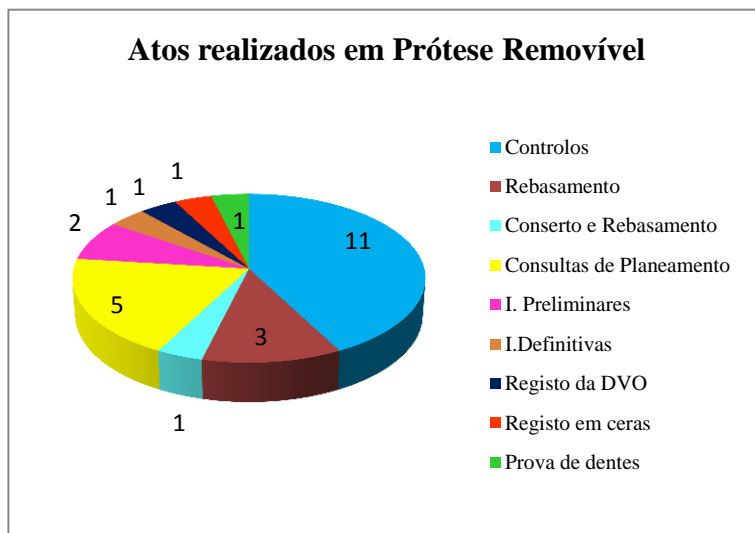


Figura.93 Distribuição dos atos clínicos de Prostodontia Removível por procedimentos efetuados por consulta.

Dos 13 pacientes consultados 9 já usavam prótese. (Figura.94)

Em maior número (5 pacientes) tinham ambas as arcadas reabilitadas, enquanto que 3 pacientes só usavam prótese superior e apenas 1 usa só prótese inferior. (Figura.95)

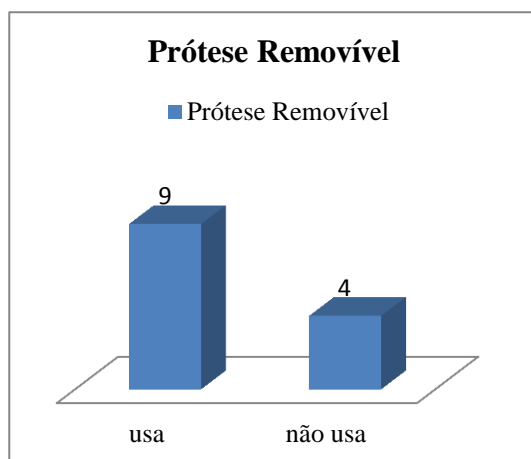


Figura.94 Distribuição pacientes de Prostodontia Removível por uso de prótese removível.

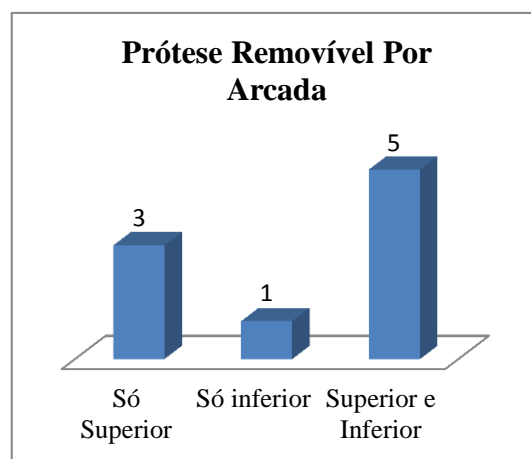


Figura.95 Distribuição dos pacientes de Prostodontia Removível por arcada reabilitada.

Dos 9 pacientes que usavam prótese, alguns reabilitados em ambas as arcadas perfazendo um total de 14 próteses, sendo o material mais utilizado o polimetil metacrilato (prótese acrílica) em 11 próteses e só 3 o cromo-cobalto. (próteses esqueléticas) (Figura.96)

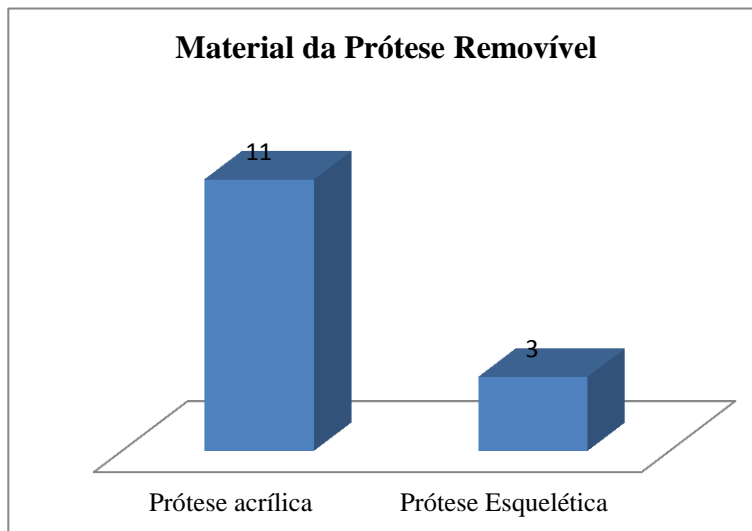


Figura.96 Distribuição das Próteses Removíveis por material constituinte.

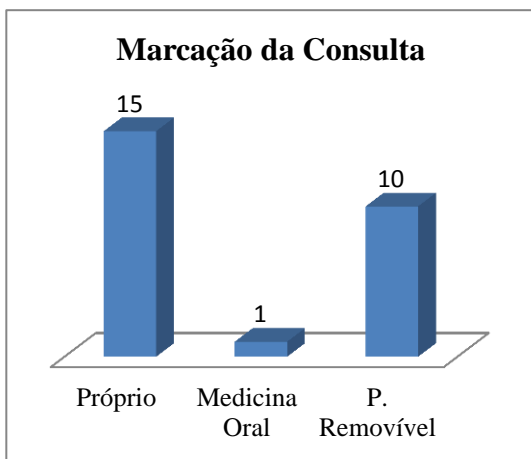


Figura.97 Distribuição dos atos de Prostodontia Removível por marcação/encaminhamento da consulta.

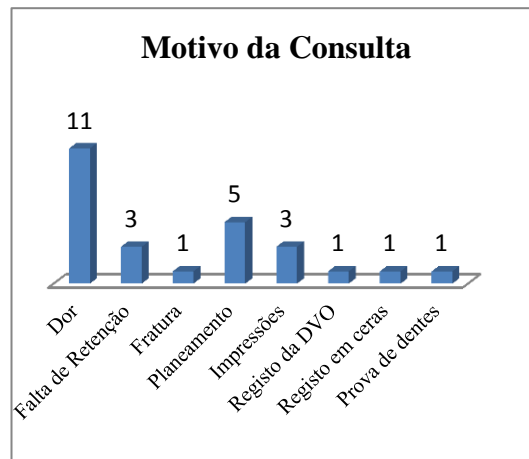


Figura.98 Distribuição dos atos de Prostodontia Removível por motivo da consulta.

Caso Clínico Diferenciado 1

Identificação do paciente

R. J.

Número do processo: 26537

Género: Masculino

Idade: 30 anos

História Médica Passada

Episódios de hipertensão (HTA) sem etiologia conhecida e possível Acidente Transitório Isquémico (ATI) afetando-lhe o olho direito, na medida em que perdeu visão.

História Familiar: Mãe era hipertensa tendo falecido com 52 anos por Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Síntese e contextualização do caso clínico

. O caso que se segue refere-se a um paciente do sexo masculino, caucasiano, 30anos de idade, motorista, com HTA a fazer terapia com Carvedilol, 25mg, Lisiopril + Amlodipina 20mg

O paciente referiu que nos últimos 3 meses deu entrada nos HUC em situação de urgência com HTA não controlada, com cefaleia e visão turva, apesar de fazer o tratamento farmacológico.

No último episódio verificou-se que perdeu a visão do olho esquerdo e ainda não recuperou. Existe a possibilidade de neste episódio ter ocorrido um AIT.

Com este histórico o paciente submeteu-se a um exame clínico rigoroso, com pesquisa de fatores desencadeantes e/ou agravantes da HTA. Portanto fez exames iniciais laboratoriais, nomeadamente um ionograma, creatinina com avaliação da (taxa de filtração glomerular) TFG estimada, avaliação da glicemia em jejum, perfil lipídico global, proteinúria e um EGC em repouso e prova de esforço. Todos os resultados obtidos se encontravam dentro dos parâmetros normais. Sendo assim, o paciente aguarda internamento hospitalar nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para estudo da HTA.

Em Fevereiro de 2015 recorreu à clinica universitária na unidade curricular de Periodontologia com a queixa de que “as gengivas estão inchadas e sangram”.

No exame clínico o diagnóstico é PCL localizada no 2.º sextante e um aumento gengival provavelmente induzido pela terapêutica com bloqueadores de canais de cálcio. IP=16% e BOP= 24%, sendo que o IP não é compatível com a inflamação gengival.

O procedimento imediato foi a realização de uma destarização, removendo o cálculo supra e infra gengival + polimento.

Foi marcada nova reavaliação passadas 6 semanas. No decorrer de nova avaliação verificou-se que não ocorreu regressão do crescimento gengival.

Sendo assim, a equipa de Periodontologia decidiu realizar uma genvivectomia.

O procedimento foi adiado porque o paciente teve uma crise de ansiedade.

Enquadramento Teórico

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbilidade e mortalidade em Portugal., sendo a HTA o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral (AVC). A Sociedade Portuguesa de Hipertensão revelou uma prevalência de HTA de 42,2% nos adultos portugueses.(1)

A hipertensão arterial é caracterizada por valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg em situação de repouso.(2)

Com frequência, apenas a tensão arterial sistólica ou diastólica se encontram alterados. A sistólica elevada é a condição mais frequente em idades avançadas.(3)

Em 90 % dos casos, não há uma causa conhecida para a hipertensão arterial, sendo esta situação denominada por hipertensão essencial ou primária. Quando a causa é diagnosticada, a afeção denomina-se hipertensão secundária. Nesta o mais comum são as doenças renais. e mais raro pode ser um tumor das glândulas suprarrenais.(2)

A idade é um fator a ter em consideração, pois a longevidade aumenta a probabilidade de desenvolver HTA, o mesmo acontece relativamente a fatores genéticos, pois uma história familiar positiva de HTA é uma característica frequente em doentes hipertensos.(4)

A HTA essencial é uma doença crónica que apesar de não ter cura na maioria dos casos pode ser controlada evitando as complicações associadas, portanto a adoção de um estilo de vida saudável, associado a uma dieta equilibrada pobre em sal, em bebidas alcoólicas e prática de exercício físico regular são fundamentais para o controlo da doença.(1)

Os hábitos tabágicos também devem ser cessados e evitar locais com fumo pois existem também evidências sobre os efeitos nocivos à saúde do tabagismo passivo.(5)

Quando a adoção destes hábitos não é eficaz o hipertenso tem indicação de coadjuvar com terapêutica medicamentosa. Portanto, as atuais recomendações confirmam que os diuréticos (incluindo tiazidas, clortalidona e indapamida), bloqueadores β , bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores dos recetores da angiotensina, são todos adequados para o início e manutenção do tratamento da HTA.(1)

A terapia pode ser em monoterapia ou uma terapia combinada.

Torna-se importante controlar rigorosamente os efeitos adversos, destacando-se na medicina dentária os bloqueadores de canais cálcio por se saber, do poder de induzir crescimento da gengiva.

O aumento e crescimento gengival, substitui o termo erróneo de hiperplasia gengival, porque também ocorre hipertrofia do tecido gengival por inflamação secundária.(6)

A etiologia é multifatorial, podendo estar associada a doenças sistémicas, como a leucemia, a alterações hormonais, induzida por fármacos ou inflamatória. Quando induzido por fármacos é um efeito adverso encontrado em pacientes que façam terapia medicamentosa com imunossuppressores, anti convulsionantes, ou anti-hipertensivos. Destes últimos, destaca-se a Amlodipina, bastante estudada, é um bloqueador dos canais de cálcio de longa duração tem uma semivida maior que 35 horas e confere uma proteção cardiovascular, está indicado no tratamento da Angina e HTA.(7)

O tratamento consiste na elaboração de um plano que visa em primeiro o controlo da placa bacteriana através da remoção de cálculo supra e infra gengival e polimento. O objetivo é reduzir o componente inflamatório que a placa possa causar.

A substituição do fármaco por outro alternativo, também deve ser tida em consideração. Esta atitude pode levar à regressão espontânea da alteração gengival e reversão do quadro com melhoras evidentes dos sinais clínicos. Nos casos em que a substituição do medicamento não é possível, ou mesmo que não tenha ocorrido regressão total, torna-se imprescindível a eliminação cirúrgica do tecido em excesso por meio de técnicas como a gengivectomia, mas a recidiva é comum.

Meios Auxiliares de Diagnóstico

Ortopantomografia



Figura.99 Ortopantomografia do caso Clínico Diferenciado 1

Fotografia Intra-orais

23-02-2015



Figura.100 Fotografia intra oral inicial do caso Clínico Diferenciado 1.

13-04-2015



Figura.101 Fotografia intra oral do controlo após 6 semanas do caso Clínico Diferenciado 1.

O paciente veio fazer o controlo e verificou-se através de sondagem e visualmente que o aumento gengival se mantinha. Fez-se novamente destartarização e polimento. (Figura 101)

Periograma

Arcada Superior

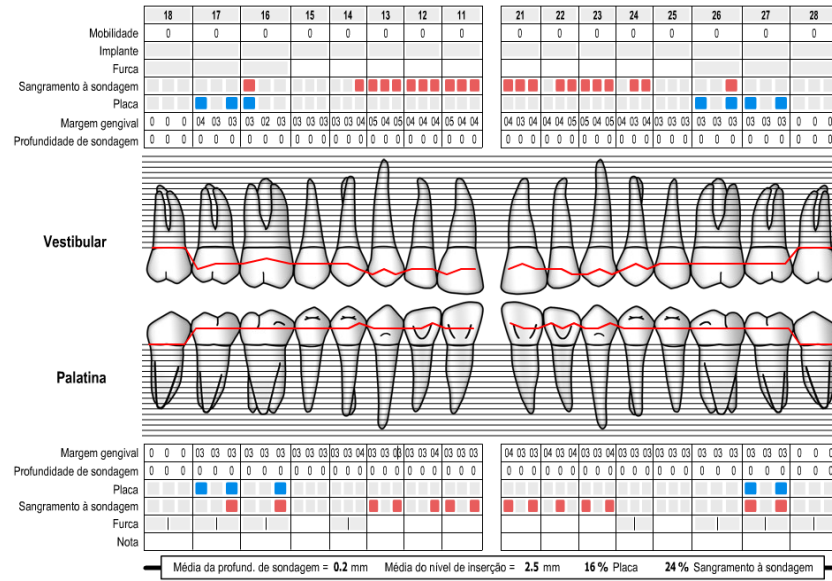


Figura.102 Periograma da arcada Superior do caso Clínico Diferenciado 1.

Arcada Inferior

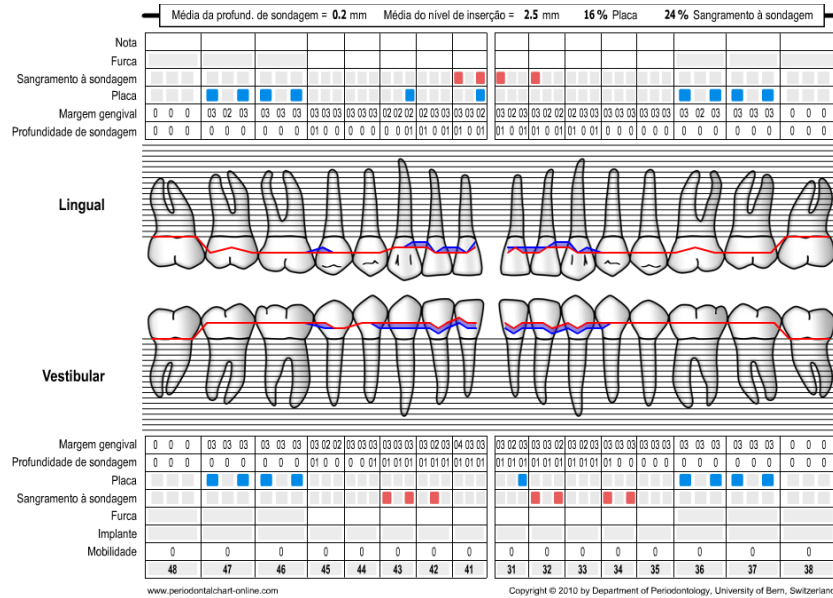


Figura.103 Periograma da arcada inferior do caso Clínico Diferenciado 1.

Como não existiu regressão e as gengivas continuam com aspeto hiperplásico, decidiu-se realizar uma gengivectomia no segundo sextante, ou seja, na região anterior de canino a canino. A técnica utilizada seria de bisel externo com electro bisturi e tesoura periodontal.

Material

Babete, porta babete

Aspiradores (saliva e cirúrgico)

Kit de observação: espelho, pinça e sonda

Carpule, agulha, anestésico (lidocaína com epinefrina)

Eletrobisturi;

Tesoura;

Compressas

Protocolo

Anestesia bloqueio dos nervos infraorbitários;

Exploração das bolsas com uma sonda periodontal;

Cada pseudobolsa é marcada com um marcador em vários pontos;

A incisão é iniciada apicalmente aos pontos que marcam o curso das pseudobolsas e direcionadas para coronal da bolsa;

A incisão deve formar um bisel de aproximadamente 45 graus em relação à superfície do dente e deve recriar, o tanto quanto possível, o desenho festonado normal da gengiva.

Remover a parede da bolsa excisionada limpar a área e inspecionar;

Utilização do bisturi elétrico; para cauterizar os vasos

Curetar e verificar a ausência de qualquer placa bacteriana;

Instruções pós-operatória ao paciente

Prescrição de AINES

Controlo pós-operatório após 7 dias

Caso Diferenciado 2

Cirurgia Periapical dente 25

Contextualização do Caso

. O caso que se segue refere-se a uma paciente do sexo feminino, caucasiana, 49anos de idade, educadora de infância, com hérnia discal a fazer terapia com AINES e Pregabalina, apresentava lesão apical, com cerca 5 mm de diâmetro, no dente 25.

O dente foi tratado endodonticamente em 2012 e desde já apresentava lesão periapical. Em 2013 fez retratamento endodôntico. Em novembro de 2014 a doente apresentava tumefação do lado esquerdo da face causada por abscesso no dente 25, assim como dor à palpação e sintomatologia positiva à percussão vertical. De acordo com a história clínica, exames auxiliares de diagnóstico e exame físico o diagnóstico era lesão apical do dente 25. Desta forma, como já tinha sido feito retratamento optou-se pela cirurgia periapical. Realização de controlo após 6 meses para avaliar a regressão da lesão.

O objetivo é apresentar um caso clínico de cirurgia periapical do dente 25 e descrever a técnica cirúrgica utilizada, promovendo uma discussão.

A paciente foi atendida na Clínica Universitária e seguida na unidade curricular de Cirurgia.

Enquadramento teórico

A cirurgia periapical está indicada em situações de perfurações, fratura de instrumentos, calcificações e anomalias dentárias que levam ao insucesso do TER. (8)

O caso clínico remete à realização de uma cirurgia periapical do dente 25 e descrição da técnica cirúrgica utilizada.

História clínica

Nome: M. L.

Idade: 49 anos

Antecedentes médicos gerais e medicação: Hérnia Discal, medicada com Pregabalina e AINES; não apresenta qualquer outra patologia ou alteração sistémica.

Antecedentes pessoais dentários: restaurações, endodontias

Exame clínico intra e extra oral: boa higiene oral, tumefação da face do lado esquerdo; nada mais a assinalar.

Exames Complementares de Diagnóstico



Figura.104 Ortopantomografia do Caso diferenciado 2.

A paciente apresenta o dente 25 endodonciado e restaurado a compósito.

O dente 26, 37 e 47 estão restaurados a amálgama e o dente 15 e 46 restaurados a compósito.

A paciente apresenta ausência do dente 36, 28, 18 e 48.

Periapical inicial



Figura.105 Raio x periapical do dente 25

Observa-se lesão periapical com contornos difusos e circunscrito à zona apical compatível com processo apical.

Material Utilizado

Aspirador cirúrgico e de saliva

Kit observação

Seringa ar/água

Máquina fotográfica

Carpule e Anestubos de lidocaína com epinefrina

Cabo de bisturi n.º3 , lamina n.º15 C

Descolador de Molt

Compressas

Afastador

Peça de mão, Turbina e respectivas brocas

Cureta

Soro fisiológico

Brunidor

Lamparina

Fio de sutura

Porta-agulhas

Tesoura

Gel de clorohexidina

Método

Anestesia

Anestesia com vasoconstritor (lidocaína com adrenalina) no nervo alveolar superior posterior através de agulha curta de 16 e 20mm com calibre 25. Foi necessário anestésiar ainda o nervo palatino maior para anestésiar a mucosa e a gengiva aderida por palatino, agulha curta de calibre 25, foi injetado 1/4 de anestubo. (Figura.106)



Figura.106 Anestesia

Incisão

Com um bisturi e lâmina n.º15C realizou-se uma incisão sulcular a mesial do canino e a mesial do primeiro molar com uma descarga a distal. (Figura.107)



Figura.107 Incisão

Descolamento do Perióstio

Com a ajuda de um descolador de Molt descolou-se o perióstio. Seguidamente procedeu-se à osteotomia até local da lesão. (Figura 108)



Figura.108 Descolamento e visualização do local da lesão.

Curetagem da lesão

Fez a irrigação e curetagem da lesão. Remoção do tecido de granulação com envolvimento de cortical óssea. (Figura 109 e 110)

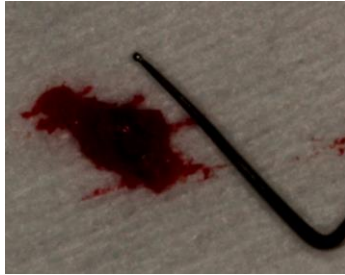


Figura.110 Tecido de granulação



Figura.109 Curetagem da lesão.

Osteotomia e Apicectomia

A osteotomia foi realizada com uma peça de mão e broca esférica laminada.

De seguida com a ajuda de uma turbina realizou-se a apicectomia com um ângulo de 90° e regularização. (Figura 111).

Com um brunidor ao rubro bruniu-se a gutta-percha.



Figura.111 Osteotomia e apicectomia de 2mm

Sutura

Após o reposicionamento do retalho procedeu-se à sutura com fio 3-0 de seda. Foi realizada uma sutura interdentária e dois pontos simples na descarga do retalho. (Figura 112 e 113)



Figura.112 Sutura por vestibular.

Colocou-se uma compressa com gel de clorhexidina no local.



Figura.113 Sutura por palatino.

1.º Controlo

A paciente voltou após uma semana e verificou-se que havia um bom processo de cicatrização sem inflamação nem outras complicações pós-operatórias, sendo assim foram removidos os pontos. (Figura 114 e 115)



Figura.114 Remoção da Sutura



Figura.115 Remoção da Sutura



Figura.116 Rx periapical
controle após uma semana.

Terapêutica farmacológica

A paciente já estava a fazer Antibioterapia com amoxicilina (875mg) +ácido clavulânico (125mg) (1 comprimido 12 em 12 horas) + Ibuprofeno 600mg (1 comprimido 12 em 12 horas). Após o procedimento cirúrgico prescreveu-se corticoterapia com Deflazacorte 30 mg (1 comprimido durante 4 dias). Em caso de sintomatologia álgica a paciente foi instruída a tomar Paracetamol (máximo 1g 1 comprimido de 6 em 6 horas)

Pós-Operatório

A paciente foi incentivada a ter uma boa higiene oral, aplicar gelo para que tivesse o menor edema possível, não realizar esforços físicos nos primeiros dias, não cuspir nem bochechar, comer alimentos frios e de preferência no lado oposto, evitar exposição prolongada ao sol e não fumar.

Prognóstico e possíveis complicações

O prognóstico dependeu de vários fatores como a cooperação do paciente em cumprir com as recomendações pós-operatórias e pelo respeito dos princípios cirúrgicos de

assepsia pelo operador, no entanto sendo esta uma cirurgia mais invasiva a ocorrência de um ligeiro edema foi inevitável.

Considerações do caso clínico

Após a realização da cirurgia periapical é pretendido com um material selador fazer a obturação retrógrada permitindo obter um selamento hermético. Diversos materiais foram surgindo como retro-obturadores incluindo: amálgama, gutta-percha, cimentos de óxido de zinco -eugenol, cimento de ionómero de vidro, Cavit, resina composta e agregado trióxido mineral (MTA). Contudo, nenhum desses materiais apresenta todas as propriedades ideais de um material retro-obturador.(9)

No entanto, após a osteotomia e remoção do tecido de granulação verificou-se que o selamento apical se encontrava íntegro existindo 1mm de gutta-percha fora do canal. Deste modo, procedeu-se a 2mm de apicectomia e com um brunidor ao rubro bruniu-se a gutta-percha não havendo necessidade de retro- obturação.

Discussão da Amostra Geral

Com esta análise, pudemos verificar que a percentagem de pacientes do sexo feminino, representada por 57% é superior aos do sexo masculino.

Quanto à distribuição etária dos pacientes, a maioria encontra-se na faixa dos 61 aos 70, sendo a idade máxima 87 e a mínima de 4 anos. A média de idades foi 49 anos com uma amplitude de idades de 83 anos.

O número de doentes atendidos face ao número de consultas realizadas indica que alguns pacientes foram a mais do que uma consulta, na mesma Área Disciplinar ou em Áreas Disciplinares diferentes. Este acontecimento parece ser indicativo do cumprimento dos planos de tratamento propostos aos pacientes. No entanto a maioria das consultas (67consultas) foram marcadas pelo próprio paciente e pelos pais ou responsáveis no caso dos dois pacientes da APPACDMV. O motivo da marcação das consultas foi a dor em 35 casos e as áreas disciplinares de Prostodontia Removível, Endodontia e Medicina Oral foram as áreas que mais encaminharam/remarcaram consultas.

Da amostra geral verificou-se que 31% usa prótese dentária. Este número não traduz a relação com peças dentárias perdidas porque alguns pacientes necessitam de reabilitar a cavidade oral mas por questões socioeconómicas ou por desvalorização pela parte do paciente não pretendem fazer tal reabilitação. Apesar de a não substituição dos dentes posteriores, acarretar consequências adversas no suporte periodontal para os dentes remanescentes.(6)

Em relação aos Hábitos Tabágicos constata-se só cerca de 8% dos doentes são fumadores, com uma média de idades de cerca de 48 anos, sendo mínimo de idade 27 e o máximo 77 anos. Quanto ao número de cigarros a média foi 11 por dia, sendo o mínimo referido 5 cigarros e o máximo 20 cigarros. Relativamente ao género, a maioria é do género masculino, mas de uma forma bastante equilibrada de 4 para 3. Notou-se também que 2 destes pacientes usavam próteses dentárias. Este fator é preponderante na probabilidade de desenvolver lesões no palato, como a estomatite nicotínica.

Quanto à recolha das patologias e terapêutica farmacológica dos pacientes, as dificuldades foram bastantes, na medida em que por vezes, os pacientes não sabem bem o nome do medicamento classificando-os por tamanhos e cores, ou seja, “é um comprimido amarelo pequeninho!” e raramente trazem as embalagens, daí ter-se optado por não caracterizar a amostra quanto à terapêutica farmacológica.

Mesmo assim, tendo em conta os dados recolhidos podemos concluir que a maioria sofre de Dislipidémias referida por 13 pacientes e logo a seguir com 12 pacientes a HTA e a Diabetes tipo 2 destacou-se em 8 pacientes.

As Dislipidémias, a HTA e a Diabetes tipo II estão associadas ao aumento do risco e manifestações de patologia cardíaca. Deste modo, correlacionamos, as patologias gástricas apresentadas com o fato de os pacientes fazerem medicação para as referidas patologias e por se tratar de doentes polimedicados.

Registaram-se também a epilepsia, esquizofrenia e depressão. Outros pacientes referiam patologias tais como arritmia cardíaca, artrite reumatoide, hérnias discais e hiperplasia da próstata.

As Áreas Disciplinares de Prótese Removível, Dentisteria e de Periodontologia foram as que tiveram mais atos clínicos realizados. As Áreas Disciplinares com menor abundância foram as de Oclusão e de Odontopediatria.

Em relação à caracterização da atividade clínica, desenvolvida na área de Prótese Removível não significa um elevado número de reabilitações protéticas, mas sim a quantidade de controlos realizados.

Quanto à Dentisteria Operatória, verificou-se que o material restaurador de eleição foram os compósitos resinosos, pois tem-se verificado um decréscimo da utilização da amálgama, apesar de continuar com um papel bastante importante, principalmente no setor posterior, em pacientes menos colaborantes, com dificuldade de controlar a humidade e com alta suscetibilidade à cárie.

Os tratamentos endodônticos radicais (T.E.R.) realizados em Endodontia foram de apenas 4 dentes, devido à distribuição equilibrada e justa por binómio, com o objetivo de dar igual oportunidade aos alunos.

No entanto para colmatar esta situação foram feitos T.E.R. em Pré-clínico.

Discussão de Medicina Oral

A Medicina Oral abrange o estudo de patologias da cavidade oral e/ou estruturas anexas, assim como, as patologias sistémicas ou locais que se possam aí manifestar.

Esta área disciplinar está ligada essencialmente à primeira consulta na clínica Universitária, pois todos os paciente novos são observados a primeira vez em Medicina Oral. Nesta primeira abordagem é realizada uma ortopantomografia e aplicado um questionário do programa Newsof com o intuito de se proceder ao registo da história

médica e dentária, da terapêutica medicamentosa, dos exames e das cirurgias realizados anteriormente.

Os dados obtidos no exame clínico são também minuciosamente registados e o paciente é encaminhado para as diversas áreas, de acordo com o diagnóstico e plano de tratamento.

Os atos clínicos realizados em Medicina Oral representam 8% do total das consultas realizadas pelo binómio. Dos 10 pacientes observados 6 apresentavam patologia sistémica. As Patologias em maior número foram a diabetes tipo II e hipertensão associadas em 3 pacientes. Destes 3 pacientes 2 apresentam ainda patologia gástrica, nomeadamente refluxo esofágico e o outro paciente úlcera gástrica. Importa referir que um destes pacientes, também é detentor de uma arritmia cardíaca e de hiperplasia benigna da próstata.

O terceiro paciente com diabetes e hipertensão apresenta também Dislipidémias.

A condição oral mais vezes diagnosticada foi a de Língua Saburrosa em 4 pacientes.

Foram diagnosticadas 1 estomatite protética, 1 língua fissurada e um paciente com língua com edentações.

O paciente com estomatite protética (E.P.) é Diabético tipo II e usa prótese superior acrílica. A etiologia da E.P. é multifatorial e alguns fatores predisponente estão o uso contínuo da prótese, a própria porosidade da resina, traumas da mucosa causados pela prótese, uma vez que neste caso específico a prótese estava desajustada e fraturada mostrando deficiência na higienização.

Assim, estes fatores favorecem a colonização da prótese e da mucosa por *Cândida sp.*(10)

Foi proposto ao paciente fazer descanso desta prótese e prosseguir para a confecção de uma prótese nova, alertando para o reforço dos cuidados de higiene oral e desinfeção da prótese.

A língua fissurada apesar de ser uma condição benigna, trata-se de uma variação da anatomia normal da língua. Podem ocorrer vários comprimentos e profundidades das fissuras. Estas fissuras podem inflamar devido à empactação alimentar e causar halitose.(11) Sendo assim, orientou-se o paciente para higienizar bem a língua mantendo- limpa.

O paciente apresentava edentações na língua bilateralmente, apesar de poder ser unilateral. Esta condição é consequência da pressão anormal dos dentes sobre a língua.

A presença da linha alba costuma ser um achado coexistente, apesar do paciente observado não apresentar.

Discussão Cirurgia Oral

A área disciplinar de Cirurgia Oral é uma das áreas mais abrangentes da Medicina Dentária. Esta especialidade é responsável pelas exodontias, quer por envolvimento de cáries que inviabilizam a restauração, quer por comprometimento periodontal ou tratamentos ortodônticos ou até por ausência de função. Cabe-lhe também o diagnóstico e tratamento cirúrgico de lesões da região da cavidade oral, cabeça e pescoço.

Esta área disciplinar também compreende a realização de casos diferenciados em que também são executados protocolos cirúrgicos de atuação discutidos previamente com o professor responsável. Em todos os atos realizados foi feita uma revisão à história clínica, um exame visual/clínico e um Rx periapical ao dente a ser extraído.

O Rx periapical realizado é um meio de diagnóstico útil pois dá-nos informações sobre a forma/curvatura e número de raízes, situações de presença de anquilose, estado de vitalidade do dente e presença processos de infecciosos.

Ao reunir-se estas informações programámos a técnica para a realização do ato cirúrgico de forma a minimizar complicações inesperadas. Assim, foram realizadas 3 cirurgias mais complicadas que envolveram a técnica aberta e as restantes 9 pela técnica fechada. A técnica aberta foi necessária para a exodontia do dente 46 despolpado e extremamente destruído recorrendo à odontosecção e osteotomia para criar um apoio de forma a possibilitar a luxação. Foram também extraídos seis restos radiculares na mandíbula de canino a canino contralateral através de uma incisão supra crestal. O outro caso com recurso à técnica aberta foi a apicectomia.

Os cuidados a ter com a assepsia do campo operatório, assim como a manipulação dos tecidos são cruciais para não ocorrer complicações pós-operatórias causadas por más práticas do operador.

O pós-operatório é tão importante quanto o procedimento em si, portanto a cirurgia deixa sempre uma ferida, existindo ou não uma anterior ao procedimento, sendo imperativo que a responsabilidade e cuidados a ter com o paciente só terminam quando a ferida cicatrizou. (12)

Portanto os cuidados básicos que devem ser tomados para um pós-operatório sem complicações associadas, obedecem a instruir o paciente para não realizar atividades

que envolvam esforço físico, pois o aporte sanguíneo é intensificado para que os tecidos recebam uma quantidade de nutrientes e oxigênio compatível com a atividade.

O paciente não deve “cuspir” ou bochechar podendo levar à perda do coágulo.

O médico dentista deve alertar para os efeitos nocivos do tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas. O ato de fumar envolve um movimento de sucção, já por si nocivo e o fumo quente pode potencializar um processo inflamatório, uma vez que 2 dos pacientes são fumadores.

Os cuidados com a higiene são fundamentais, apesar de os pacientes da APPACDMV terem pouca destreza manual pelo que foi necessário dar estas instruções aos cuidadores da instituição. Neste ponto da análise verificou-se que todos os pacientes tinham uma higiene oral insuficiente de acordo com índices de placa superiores em todos a 30%.

O motivo das exodontias foi por cárie representado 76%, um dente foi extraído por compromisso periodontal. Um paciente com 23 anos de idade foi-lhe dada indicação de extração por um terceiro molar inferior direito apresentar sinais de pericoronarite. O outro motivo de intervenção foi um abscesso apical que agudizou e após antibioterapia procedeu-se à cirurgia apical. Estas consultas foram maioritariamente marcadas pelo próprio paciente, em 8 casos. Os pacientes revelaram que apesar de não estarem com dor naquele momento, o que os levou à marcação foi a odontalgia, à exceção de 4 que foram encaminhados por outras áreas disciplinares.

Por fim, importa realçar que a remoção dos pontos foi sempre executada pelo operador, devido à necessidade de controlar e avaliar o processo de cicatrização, registando-se que nos 12 atos não houve complicações pós-operatórias.

Discussão Periodontologia

A área disciplinar de Periodontologia é a unidade curricular dirigida à prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias que afetam o periodonto.

O periodonto é constituído por tecidos de revestimento, a gengiva cuja função principal é a proteção dos tecidos subjacentes e pelo aparelho de inserção e suporte, ou seja, o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar. (6)

O periodonto não é estático, pois encontra-se sujeito tanto a variações morfológicas como funcionais e vai sofrendo mudanças com a idade do indivíduo.(6)

Os 18 atos realizados em Periodontologia representam 14% do total da amostra.

Relativamente ao género os pacientes estavam equilibrados, ou seja, 8 pacientes por género.

Quanto à idade a maioria são pessoas com idade avançada, pertencentes à classe etária dos 71 aos 80 anos.

Verificou-se que apenas 3 pacientes tinham uma higiene Oral suficiente de acordo com um IP inferior a 30%.

A higiene oral pode ser deficiente quer pelo número de vezes que o paciente escova, quer pelo tempo de escovagem, tipo de escova e técnica utilizada, a própria destreza manual, o número de vezes que o pacienteingere alimentos, assim como o tipo de alimentação. Importa realçar também os fatores locais tais como os apinhamentos dentários e restaurações transbordantes promovendo o acúmulo de placa dificultando assim a sua remoção.

A remoção e a desorganização mecânica da placa bacteriana são a grande chave da prevenção, para uma efetiva redução da cárie e da doença periodontal. A escovagem desorganiza a placa e impede que a maturidade microbiológica seja atingida, limitando assim a capacidade de causar ou avançar a doença. (13)

Outro ponto avaliado foram os hábitos tabágicos dos pacientes, e dos 16 pacientes 3 eram fumadores e a quantidade de cigarros fumados por dia variou de 5 a 20 cigarros.

O BOP visualizado nos 3 fumadores é menor que o BOP dos não fumadores, pois os constituintes do tabaco, provocam uma diminuição da inflamação gengival e do sangramento à sondagem nas gengivites, e nas periodontites o fumo ajuda a aumentar a severidade da destruição periodontal, com consequências no aumento da profundidade das bolsas e perda de inserção óssea.(6)

Claro está que o aumento da severidade está intimamente ligada com o número de cigarros fumados, pois o cessar do hábito tabágico tem mostrado que reduz estes efeitos.(14)

Em relação à Gengivite verificou-se em dois pacientes. A gengivite num caso é induzida por placa e noutro caso é induzida por fármacos, apresentando este paciente PCL localizada no 5.º sextante com perda de inserção óssea de 1 mm. Todos os doentes com idade superior a 30 anos apresentavam alguma forma de Periodontite Crónica, abrangendo mais de 33% das peças dentárias considerando-se como generalizada relativamente da sua extensão.

O facto de se terem efetivamente realizado 18 consultas, nesta Área Disciplinar demonstra que alguns dos 16 doentes vieram mais que uma vez à consulta de Periodontologia, cumprindo, em parte, o plano de tratamento elaborado.

Para melhorar o diagnóstico e tratamento das patologias periodontais, existem vários estudos que relacionam fatores sistémicos, tais como, Diabetes, doenças cardiovasculares, nutricionais, desordens hematológicas, genética, hábitos tabágicos e gravidez. (15)

Sendo assim, verificou-se que os 7 pacientes que apresentavam Diabetes tipo 2, 4 apresentam PCA e 3 apresentam PCM com idades compreendidas dos 66 aos 78 anos.

A relação entre a Diabetes e doença periodontal está extensamente estudada. Várias pesquisas epidemiológicas apontam que a presença da Diabetes é preponderante para o aumento do risco e da severidade das doenças periodontais.(6)

Cinco dos doentes atendidos nesta Área Disciplinar apresentavam patologias associadas.

As patologias mais apresentadas pelos pacientes, além da Diabetes tipo 2 em sete casos, já referida anteriormente, foram 5 casos de pacientes com Dislipidémias, a HTA foi referenciada em 4 pacientes e a patologia gástrica foi referida por um paciente assim como a Depressão.

As consultas foram na maioria marcadas pelo próprio paciente, pois o motivo era “limpar os dentes” e outros 2 casos foram controlos marcados em Periodontologia.

As restantes foram encaminhadas pelas áreas disciplinares de Medicina Oral, Prostodontia Removível..

Os controlos foram feitos às 6 semanas para avaliar se houve melhoria do processo inflamatório tecidual. No controlo do crescimento/aumento gengival após 6 semanas verificou-se que o processo inflamatório se manteve, pelo que foi instituído como plano de tratamento a realização de uma gengivectomia. O paciente ainda compareceu na clínica universitária para a realização da cirurgia mas teve uma crise de ansiedade, pelo que ficou adiada. No controlo efetuado ao outro paciente não se obteve a colaboração, pelo que se repetiu a fase higiénica e agendou-se nova reavaliação após 6 semanas.

O tratamento das doenças periodontais permitem melhorar a saúde oral e a estética e abrandar a sua progressão, mas cabe ao paciente cumprir o programa de manutenção ou terapia periodontal de suporte (TPS).

Discussão de Odontopediatria

A ADA entende que Odontopediatria é uma especialidade da medicina dentária que procura prevenir, diagnosticar e tratar crianças e jovens, desde o nascimento até à adolescência com dentição decídua e mista e também aqueles que apresentem necessidades especiais de cuidados de saúde.(16)

O programa desta área disciplinar tem como principais objetivos identificar características biológicas, médicas e sociais da criança que na realidade são diferentes no paciente adulto.

A patologia estomatognática da criança tem futuras repercussões negativas na saúde oral e geral do adulto.(17) Deste modo, torna-se necessário diagnosticar precocemente maloclusões em desenvolvimento, sendo que o tratamento pode evitar uma futura má oclusão.(18)

Com a implementação do Cheque dentista e do alargamento deste a um maior espectro populacional, a saúde oral começa a ser acessível a um maior número de pessoas nomeadamente as crianças, podendo ser uma conclusão para o número reduzido de crianças na clínica Universitária.(19)

Todos os atos clínicos feitos nesta unidade curricular foram restaurações de dentes decíduos. Estas restaurações tiveram como objetivo além de eliminar os microrganismos patológicos, também como medida preventiva no controlo da cárie e mantendo a função. (18)

Os três pacientes observados não apresentam patologias nem história clínica relevante a assinalar.

No tratamento ao dente 85, ocorreu exposição pulpar e procedeu-se à hemóstase com sulfato férrico. O procedimento optado foi um capeamento pulpar que consistiu em proteger e isolar a polpa colocando hidróxido de cálcio no ponto da exposição, de forma a promover a cicatrização pela formação de uma ponte dentinária. Sendo assim, o procedimento efetuado ao dente 85 foi um capeamento pulpar resultante da remoção da dentina cariada. As proteções pulpares diretas consistem em recobrir o ponto de exposição, mediante o uso de uma substância biologicamente compatível, exemplo o hidróxido de cálcio ou MTA. As proteções pulpares estão indicadas quando há exposição pulpar por remoção de cárie ou trauma e o dente apresenta vitalidade sem lesões irreversíveis Este procedimento está sujeito a fracasso em paciente adultos ou

jovens com o ápex já formados. Todavia, quando a exposição pulpar é extensa, torna-se favorável recorrer a outro procedimento como a pulpotomia.

No mesmo paciente, no dente 84 foi submetido a uma pulpotomia. Este tratamento consistiu em remover tecido pulpar inflamado/infetado preservando a vitalidade da polpa radicular. Embora só seja indicado em dentes jovens que apresentam exposição extensa por cárie ou trauma; dentes com idade de exfoliação que justifique o procedimento; ausência de lesão apical ou ausência de fístula.

A pulpotomia está contraindicada em dentes com mobilidade, presença de fístula ou de edema, reabsorção radicular de mais de 2/3 das raízes; dente sem possibilidade de ser restaurado e com percussão vertical positiva.

Quando o dente se encontra perante uma das situações supracitadas ainda podemos recorrer a outro tratamento que abrange a remoção da polpa cameral e da polpa radicular, procedimento designado por pulpectomia.

Discussão de Ortodontia

A Ortodontia é uma especialidade da medicina dentária que previne, intercepta e/ou corrige as más oclusões dentárias e as discrepâncias esqueléticas.

A maloclusão pode ser classificada como sendo de origem dentária ou esquelética, e nas arcadas os problemas podem ser nos três planos do espaço, ou seja, ântero-posterior, transversal e vertical.(20)

A esquelética pode ser ao nível maxilar e/ou mandibular. Estas más oclusões repercutem efeitos indesejáveis na função, na estética tanto dentária como facial.

A classificação dentária de Angle dividida em classe I, Classe II e classe III, descreve a relação ântero-posterior da dentição.(21)

Os tratamentos preventivos/intercetivos nas crianças são de extrema importância, em casos de hábitos anormais, na medida em que se consegue melhorar vários fatores tais como a função oclusal, estabilidade, eficácia mastigatória, a respiração, a fonação, a estética e a atividade muscular.(22)

Nesta unidade curricular foi feito o diagnóstico e elaboração de um plano de tratamento para um caso clínico de classe II esquelética e dentária divisão I. O paciente tratado foi do género feminino nascido em 29/07/2005 com 9 anos e 2 meses na data de início do tratamento e raça caucasiana.

Durante o período letivo foi feito o seguimento do caso através de controlos mensais, sendo feitas as respetivas adaptações do aparelho, instrução e reforço para o seu correto uso e cuidados.

A primeira vez que a paciente se dirigiu à clínica universitária veio à consulta de ortodontia preocupada com a estética. Após realização da história clínica com os pais concluiu-se que a paciente não apresenta patologia sistémica.

Após a recolha dos dados da paciente (exame clínico e funcional, modelos de estudo, ortopantomografia, telerradiografia, fotografias intra e extra orais, traçado cefalométrico e análise de Ricketts o diagnóstico obtido foi:

Tipo Facial: Braquifacial Severo

Classificação Esquelética: Classe II Esquelética

Classificação Dentária: Má oclusão de Classe II divisão 1

Problemas funcionais: Respiradora bucal

Análise de Moyers: Previsão de espaço positiva para a erupção do canino e pré-molares

Posição dos incisivos superiores: Protuído

Sobremordida Horizontal: 8mm

Sobremordida Vertical: 4mm

O tratamento proposto aos pais englobou a colocação de um aparelho de Hawley simples com parafuso expensor, durante o período de 6 meses, cujo propósito foi expandir a maxila com retrusão dos incisivos superiores. A segunda fase do tratamento engloba a colocação de um aparelho extra-oral (arco facial) com tração cervical, cujo objetivo será frear o crescimento da maxila, fazer distalização dos molares superiores, corrigindo assim a classe II esquelética e dentária. A terceira fase do tratamento passa pela colocação de aparelho fixo após a erupção dos segundos molares permanentes (+/- aos 12 anos).

Importa realçar que a segunda e terceira fase do tratamento não será realizada na Clínica Universitária.

Discussão de Oclusão

A área da Oclusão e disfunções temporomandibulares pretende estudar a etiologia das principais desordens funcionais do sistema mastigatório.

Pretende-se diagnosticar e estabelecer protocolos terapêuticos e o respetivo tratamento. Claro está que na complexidade desta área tão importante na medicina dentária é necessário uma sólida compreensão da função normal para ser possível o entendimento das disfunções.

Esta complexidade do sistema mastigatório deve-se em parte à sua constituição, sendo composto por um conjunto ósteo-dento-musculo-articular e ligamentar. (23)

Cada movimento mandibular é coordenado para maximizar a função, ao mesmo tempo que ajuda a minimizar danos e lesões a qualquer estrutura.(24).

Na área disciplinar de Oclusão foram realizados 2 atos distribuídos num paciente do género feminino com 63 anos sem patologia sistémica.

O caso clínico é referente a uma paciente encaminhada pela área disciplinar de Dentisteria com fratura de um dente restaurado e apresentava facetas de desgaste nas faces incisais dos dentes.

A primeira consulta foi realizada a história clínica, palpação muscular e preenchimento de um questionário para pesquisa de disfunções temporomandibulares (DTM), assim como a realização de impressões para montagem em articulador.

Concluiu-se que a paciente apresentava uma oclusão estável sem interferências.

A avaliação e tratamento dos dados recolhidos (questionário de DTM, a anamnese, a palpação dos músculos e da ATM) diagnosticou-se bruxismo cêntrico e o plano de tratamento consistiu na confeção e colocação de uma goteira.

A goteira foi prescrita para proteção e preservação das estruturas dentárias, proporcionando relaxamento dos músculos hipertrofiados, prevenindo também sobrecarga para ATM.

Independente dos fatores envolvidos na etiologia do bruxismo, a terapia oclusal deve ser indicada, pois promove conforto funcional e previne maiores danos aos componentes do sistema mastigatório.(25)

O Bruxismo pode provocar alterações patológicas no aparelho estomatognático devido a três características: a persistência do hábito, a intensidade do hábito, a duração dos períodos de apertamento ou dos deslizamentos.

O bruxismo do sono é diferente do diurno por envolver distintos estados de consciência, isto é, sono e vigília. Assim, o bruxismo diurno é caracterizado por uma atividade semi-voluntária da mandíbula, de apertar os dentes enquanto o indivíduo se encontra acordado, onde geralmente não ocorre o ranger de dentes.

Já o bruxismo do sono é uma atividade inconsciente de ranger ou apertar os dentes, enquanto o indivíduo dorme. (24)

Discussão de Dentisteria Operatória

A unidade curricular de Dentisteria Operatória tem como objetivo aplicar técnicas preventivas e técnicas restauradoras diretas com interesse na recuperação de dentes comprometidos por cárie ou outras alterações morfológicas, restabelecendo a estética e função.

Os 21 atos realizados em Dentisteria Operatória representaram 17% do total de atos realizados.

A maioria dos pacientes foram do género feminino e as classes etárias que tiveram mais pacientes foram dos 41-50 anos e dos 61-70 anos.

Quanto à higiene oral a totalidade demonstrou ser insuficiente apresentando a maioria um $IP > 50 \% < 70\%$.

Os tratamentos dentários realizados foram na maioria restaurações representando 81% dos procedimentos. Quanto ao tipo de cavidades, foram realizadas 12 restaurações de classes II, das quais 6 simples e 6 compostas. Destas 6 classes II compostas, 3 foram restaurações de dentes extensamente destruídos.

A seguir em igual número as classes V e classe I. Foi realizada uma consulta com a colocação de um espigão radicular, uma ameloplastia e a remoção de um fragmento dentário numa fratura vertical da parede lingual de um molar inferior.

O material restaurador definitivo mais utilizado foi o compósito.

A escolha da resina composta deveu-se ao facto de ser estética na realização das classes III e V e conseguiu-se criar as condições favoráveis para a manipulação do material, nomeadamente eliminar ou diminuir a humidade. Os dentes extensamente destruídos também foram restaurados com este material. A escolha deveu-se ao facto de os dentes não apresentarem forma de contorno e forma de resistência, pois a estrutura dentária não era suficiente para fazer preparos retentivos necessários para a colocação de amálgama.

As restaurações provisórias com óxido de zinco e eugenol foram colocadas porque o dente apresentava sintomas de pulpite de transição e por um período de espera de 45 a 60 dias. O seu principal objetivo foi terapêutico, devido ao efeito sedativo do eugenol sobre os tecidos pulpaes e tentou-se promover um bom selamento marginal para impedir a micro- infiltração.

Considera-se que esse tratamento poderá apresentar algumas desvantagens, nomeadamente os procedimentos mecânicos para abrir a cavidade novamente, aumentando o risco de exposição pulpar e o inconveniente de submeter o paciente a procedimentos clínicos adicionais.

Nos dentes com lesões justa-pulpare optou-se por fazer proteções pulpare com hidróxido de cálcio e/ou ionómero de vidro. O objetivo foi promover um bom selamento da estrutura dentinária, criar uma barreira entre a dentina e o material restaurador e proteger o dente perante estímulos térmicos e elétricos.

As restaurações de classe V provocadas por cáries radiculares foram realizadas com o recurso a fio de retração gengival. A colocação do fio evitou a formação de degraus com excesso ou falta de material ao mesmo tempo que ajudou no controlo dos fluídos bucais, promovendo melhores condições de assepsia e o respeito pela manipulação do material restaurador (a resina composta).

Apesar do fio de retração ser em fibras de algodão com alto poder de absorção foi necessário impregnar em epinefrina para promover a hemóstase no sulco, tendo especial cuidado em não fazer pressão exagerada e tempo mínimo de permanência possível.

O motivo das consultas foi na maioria o tratamento de cáries, sendo na maioria marcadas pelo paciente.

Discussão de Endodontia

A área disciplinar de endodontia estuda a morfologia da cavidade pulpar, a fisiologia e a patologia da polpa, tendo como objetivo a prevenção e o tratamento das alterações pulpare.

Para determinarmos a condição pulpar, as características da dor assumem contornos imperativos na realização do diagnóstico.

Assim, o médico dentista deve questionar as características da dor, o surgimento e a evolução da sintomatologia. Os testes térmicos como o frio e o calor fornecem dados sobre a sensibilidade pulpar e condição inflamatória de reversibilidade ou irreversibilidade. Os testes de percussão vertical não menos importantes, proporcionam a avaliação clínica da condição periapical. Quando o dente apresenta dor à percussão horizontal é sugestivo de inflamação no periodonto e vertical de lesão apical.

A inspeção da coloração do dente também pode ajudar no diagnóstico diferencial, portanto, a cor cinza é sugestiva de necrose pulpar, a cor rosa é sugestivo de reabsorção interna e o amarelo pode evidenciar calcificação pulpar.

O teste de cavidade deve ser o último teste a ser aplicado. Este teste consiste em realizar um ponto de trepanação sem anestesia. Se a polpa for atingida sem dor é indicativo da não vitalidade, no entanto pode ocorrer alguma sensibilidade devido à estimulação de uma terminação nervosa. A análise da presença de sangramento, da textura e consistência do tecido pulpar é indicativo se é uma polpa vital ou não.

Antes de se iniciar o tratamento endodôntico radical (TER), o médico dentista deve planejar cuidadosamente o caso clínico de modo a não surgirem situações imprevistas que possam ser evitadas através de um bom planejamento.

Neste seguimento, torna-se bastante importante os métodos e meios auxiliares de diagnóstico. Antes de iniciarmos o TER devemos examinar os exames radiográficos porque dão informações essenciais. Nesta Área Disciplinar, foram obturados 4 dentes, sendo 2 monorradiculares e 2 plurirradiculares.

Um dente monorradicular e outro plurirradicular estavam necrosados.

Relativamente às consultas que não tiveram indicação para TER, foram atendidos dois doentes com odontalgia. Um deles foi reencaminhado para Cirurgia e o outro apresentava sensibilidade radicular por exposição do cimento. O procedimento foi a aplicação tópica de verniz de fluoreto de sódio (Duraphat: 1ml contem 50mg fluoreto de sódio).

Discussão Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível pretende substituir artificialmente os dentes perdidos e tecidos orais contíguos, devolvendo ao paciente a função, o conforto e a estética. A prótese removível é suportada e retentiva por ação dos tecidos subjacentes e/ou de dentes remanescentes.(26)

Prótese removível pode ser parcial quando substitui alguns elementos dentários prótese total quando a arcada está totalmente desdentada.

Durante as consultas desta área disciplinar existiu sempre o cuidado em explicar o plano de tratamento, incluindo o tempo necessário para ser realizado.

De igual forma, também se tentou consciencializar sempre os pacientes face às suas responsabilidades, ou seja, manter uma boa higiene oral., fazer descanso da prótese e higieniza-la.

Esta área disciplinar representou o maior número de atos, representado por 21% do total da amostra.

Quanto à higiene oral só foi suficiente em 1 paciente e apenas 1 referiu ter hábitos tabágicos fumando cerca de 20 cigarros por dia.

O material utilizado mais utilizado foi polimetilmetacrilato.

Relativamente aos procedimentos efetuados nesta área disciplinar foram maioritariamente controlos seguidos de rebasamentos.

Realizou-se também uma prótese parcial superior em acrílico.

Um dos pacientes atendidos, foi encaminhado para prótese fixa, uma vez que era só para substituir um dente, ao outro foi feito um planeamento para prótese parcial acrílica, com intuito de reabilitar ambas as arcadas, mas não aceitou o orçamento.

O motivo em 11 atos foi a dor, o que levou os pacientes a marcarem as consultas de controlo.

Discussão dos Resultados de Prótese Fixa

A Área Disciplinar de Prostodontia Fixa é responsável pela restauração parcial ou total de dentes, ou seja, dento-suportada ou implanto-suportada quando colocada sobre implantes. Podem ainda ser utilizadas para proteger dentes despulpados ou dentes amplamente restaurados ou fraturados.

Podemos ainda classificar quanto ao número: coroas unitárias ou pontes com mais que um elemento.

O objetivo é restabelecer a função, a estética, o conforto e a saúde oral e geral do paciente.

O Binómio realizou 11 atos clínicos em 6 pacientes representando 9% do total da amostra geral.

Relativamente às idades, estas estão compreendidas entre 32 e 66 anos. Quanto ao género, só foi observada uma paciente do género. Quanto à higiene oral metade dos pacientes apresenta uma higiene oral satisfatória. Não se verificou nenhum paciente com hábitos tabágicos.

Os pacientes observados usavam prótese fixa à exceção de um, que após consulta de planejamento, acabou por aceitar um orçamento. Foi realizada uma ponte de 3 elementos para substituir os dentes 31 e 41 que à data do fim da recolha de dados a reabilitação ainda não estava terminada.

O espaço edêntulo correspondia só à área periodontal de um incisivo inferior.

Foram realizados diferentes atos clínicos, entre os quais, as primeiras consultas de avaliação, uma evicção pulpar e a cimentação de uma coroa que descimentou.

O motivo que levou 4 pacientes a marcarem consulta em prótese fixa foi a odontalgia.

Num dos casos verificou-se que o dente de um elemento da ponte se apresentava com lesão apical, portanto fez-se uma evicção pulpar. Outro paciente apresentava uma ponte de 3 elementos feita na Índia que apresentava supuração. Foi feita uma consulta de avaliação para a eventual possibilidade de substituir a ponte, mas o paciente não aceitou.

Em outros casos de odontalgia verificou-se que a dor não tinha ligação com as próteses fixas, mas sim com lesões de cárie em outros elementos dentários, sendo feito o encaminhamento para a área disciplinar de Dentisteria Operatória.

Conclusão

A placa bacteriana é um dos principais fatores etiológicos da doença periodontal, uma das patologias orais mais prevalentes no mundo.

Dada a existência de relação entre doença periodontal, cárie e higiene oral, elaborou-se um registo do IP apresentado pelos pacientes observados pelo binómio 110.

Pode-se concluir que o índice de placa dos pacientes foi menor que 30% em apenas 10 do total dos 87pacientes.

Diante dessas conclusões, sugere-se a necessidade de os médicos dentistas motivarem os pacientes quanto à importância de uma eficiente higiene oral.

Assim, o motivo pelo qual os pacientes observados compareceram na clinica universitária foi o tratamento quando já apresentam sintomatologia dolorosa, constatando-se que a maioria descarta a prevenção.

O binómio deparou-se algumas vezes com a relutância por parte dos pacientes em tratar dentes, querendo partir para atitudes drásticas de exodontia de peças recuperáveis.

A maioria dos tratamentos realizados foram em dentes comprometidos por cárie, podendo apurar-se com os resultados obtidos nas áreas disciplinares de Dentisteria, Endodontia, Odontopediatria e Cirurgia Oral.

A relação direta entre algumas doenças sistémicas e manifestações na cavidade oral foram identificadas em algumas situações, tais como, entre a diabetes tipo 2 e a periodontite.

A diabetes não controlada ou mal controlada está associada a um aumento da suscetibilidade às infeções orais, podendo a doença periodontal ser mais frequente e mais grave em indivíduos diabéticos.(27)

O poder de alguns fármacos em induzirem alterações na cavidade oral, como o crescimento gengival também foi observado.

A Amlodipina foi o princípio ativo responsável pelo aumento do tecido gengival no caso clínico documentado, comprometendo em termos funcionais e estéticos o paciente.

O aumento da prescrição deste bloqueador de canal de cálcio faz com que a incidência desta reação adversa se torne cada vez mais comum.

O Médico Dentista tem de ter conhecimento da relação existente entre este fenómeno e os bloqueadores de canais de cálcio para que possam fazer um correto diagnóstico, solicitando ao médico prescriptor a substituição do fármaco quando possível.

A elaboração do RAC prendeu-se pela vontade de poder descrever os acontecimentos vivenciados no papel de operadora ou através da observação quando assistente.

A colheita semiológica registrada no programa Newsof possibilitou a avaliação e o tratamento dos dados, assim como fazer uma crítica e reflexão sobre os protocolos vinculados para os diversos tratamentos.

O pretendido foi sempre aconselhar um tratamento adequado a cada caso, de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente.

A autora conseguiu superar alguns pontos mais fracos através da prática partilhada e observação, pois a partilha de saberes e experiências por parte dos docentes e colegas foi determinante para resultar numa vivência multifacetada a nível profissional e pessoal.

Bibliografia

1. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 2013. disponível em <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>
2. Kasper DL. Harrison's Principles of Internal Medicine: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2005.
3. Osswald W, Esteves AV. Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas: manual de farmacologia e farmacoterapia: Porto Editora; 2001.
4. Friedman GDS, J.V. Quesenberry, CP Armstrong, MA Klatsky, AL. . Precursors of essential hypertension: body weight, alcohol and salt use and parental history of hypertension. *Prev Med.* 1988;387-402.
5. Yarlioglu M, Kaia MG.; Ardic I, Calapkorur B. Dogdu, O, Akpek, M, Ozdogru M. . Acute effects of passive smoking on blood pressure and heart rate in healthy females. *Blood Press Monit* 2010(15):251-6.
6. Carranza FA NM, Takey HH. . Periodontia Clínica. Rio de Janeiro 2004.
7. Souza DF CG, Martos J. . Indução de hiperplasia gengival associada ao uso de bloqueadores do canal de cálcio. *Rev SulBras Odontol.* 2009:447-53.
8. Orso Vda, Sant'Ana Filho M. Cirurgia parodontológica: quando e como fazer. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre Porto Alegre Vol 47, n 1 (abr 2006), p 20-23.* 2006.
9. E. B. Biocompatibility of retrograde root filling materials: A review. *Australian Endodontic Journal.* April 2008;34(1):30-5.
10. S SNM. Estomatite protética: etiologia, tratamento e aspectos clínicos. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials.* set./fev. 2011(2):p. 24-9.
11. Madani FM, Kuperstein AS. Normal variations of oral anatomy and common oral soft tissue lesions: evaluation and management. *The Medical clinics of North America.* 2014;98(6):1281-98.
12. Miloro M, Ghali GE, Larsen P, Waite P. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery: B C Decker; 2004.
13. BERENE JCa. The relationship of frequency of toothbrushing oral hygiene gengival health and caries experience in school children. *J Public Hlth Dent.* 1993.;v.33:p.160-71.
14. Sherwin GB ND, Friedman Y, Wolff MS. The relationship between smoking and periodontal disease. Review of literature and case report. *N Y State Dent J.* 2013 Nov;79(6):52-7.
15. Bathla S. Periodontics Revisited: Jaypee Brothers, Medical Publishers; 2012.
16. Accreditation ADACoD. Accreditation standards for advanced specialty education programs in pediatric dentistry. Chicago, 2013.
17. Boj J.R. CM, Garcia Ballestra C, Mendoza A. Odontopediatria. 2004. Barcelona.
18. MCDONALD ReA, DR. Odontopediatria. São Paulo 2011.
19. J. C. A Medicina Dentária Portuguesa é das melhores do mundo. *Saúde Oral [Internet].* 2010 Jun.
20. Staley R, Reske N. Fundamentos em Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento: Elsevier Health Sciences Brazil; 2014.
21. . Angle E. Classification of malocclusion. 1899.
22. Pinho T. A Ortodontia Intercetiva nas Deformidades Dento-Maxilares Nacer e Crescer. 2011.
23. Orthlieb JB, D.; Maniere-Ezvan. Occlusodontie pratique. Groupe Liaisons ed2000. p. 19.

24. Okeson J. Tratamento das Desordens Temporomandibulares e oclusão. In: Elsevier M, editor.2000.
25. GONÇALVES LPVT, O. A. et al. . Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais. Dental Press J Orthod. Mar. 2010:97-104.
26. Carr AB, Brown D, COOPER SE. Mccracken Prótese Parcial Removível: Elsevier Health Sciences; 2012.
27. Seppala B, Seppala, M., Ainamo, J. . A longitudinal study on insulin-dependent diabetes mellitus and periodontal disease. J Clin Periodonto. 1993;20:161-5.

Anexos

Atividade Científica

Técnica Cone Beam Computed Tomography versus Raio X Periapical: Estudo Preliminar



Lopes, L.¹; Lopes, S. J.; Soares, D. J.; Cardoso, M. F.; Martins, M. F.; Nóbrega, R. P.; Paulo, M. A.
¹ Alameda do Saneamento Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa
² Centro de Investigação de Medicina Integrada em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras



INTRODUÇÃO

As imagens radiográficas limitam a visualização das estruturas dentárias a um plano espacial. Mesmo aplicando várias incidências, as distorções e sobreposições de estruturas adjacentes são inevitáveis e dificultam a percepção da anatomia radicular/canalar. As imagens obtidas pela técnica do Cone Beam (CBCT) permitem a visualização tridimensional das estruturas dentárias. Desta forma, podemos visualizar o polimorfismo da anatomia canalar, como variações da forma como canais recorrentes, canais acessórios, deltas apicais, reabsorções internas e externas ou raízes supernumerárias. ^{1,2,3}

OBJETIVO

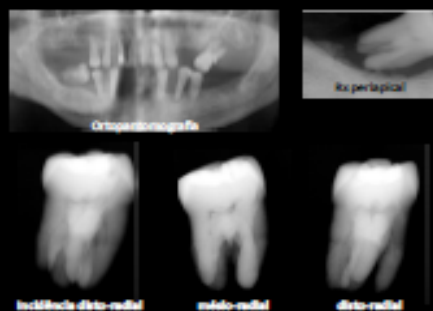
O objetivo do estudo é comparar as imagens obtidas através de (Rx) periapicais versus as obtidas por CBCT de um dente molar humano ex-vivo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Ao molar inferior foram executados Rx peri-apicais com três incidências: orto-radial, méio-radial e disto-radial. Para análise em CBCT o dente foi colocado num suporte que consistia num cubo de 1.5cm x 1.5cm em acrílico com um piso inserido de 25mmx1mm colado à face oclusal. Após a obtenção das imagens radiográficas pelas diferentes técnicas, procedeu-se à sua comparação através de análise visual por um observador.

RESULTADOS

CONVENCIONAIS INTRA-ORAIS

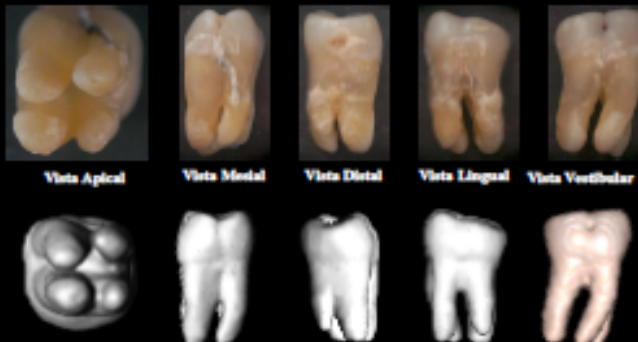


Incidência disto-radial

medio-radial

orto-radial

IMAGENS EX-VIVO



Vista Apical

Vista Mesial

Vista Distal

Vista Lingual

Vista Vestibular

CBCT EX-VIVO



Cortes Coronal T: 0,3 mm

Cortes Sagital T: 0,3 mm

Cortes Axial T: 0,3 mm

CONCLUSÕES

Canais adicionais ou sobrepostos são difíceis de analisar mesmo recorrendo à realização de Rxs periapicais, com angulações no plano horizontal (meioradial, ortoradial e distoradial) pela técnica do paralelismo que apresentam uma menor distorção^{4,5}. O uso do cone Beam CT permitiu ultrapassar estes obstáculos para além de permitir a visualização das raízes sobrepostas, possibilitou também averiguar o seu tamanho e curvatura. Verificou-se que a técnica é bastante sensível para visualizar tridimensionalmente os canais radiculares face à técnica convencional. O dente foi visualizado em cortes axiais de 0,3mm, estando os quatro canais (2 disto-vestibulares e 2 méio-linguais) unidos no topo coronal. Os canais separaram-se na porção média da raiz, exceto o da raiz supernumerária disto-lingual. Desta forma o dente possui quatro raízes bem definidas com um canal cada no topo apical. No entanto, a dose de radiação mais elevada desta técnica face ao rx convencional é um factor desfavorável e preponderante, aquando da necessidade de se recorrer à CBCT para realização de tratamentos endodónticos. Desta forma, o uso da CBCT será indicado em casos de anatomia complexa, afim de auxiliar num melhor diagnóstico, elaboração do plano de tratamento e execução da preparação biomecânica mais adequada ao dente.

BIBLIOGRAFIA

Chilabrese, M. & Thomsen, M. A. Three-dimensional visualization of maxillary molars: cone-beam CT versus panoramic radiography. *Journal of Endodontics* 36(4):602-607, 2010.
Chilabrese, M., Song, D.R., Sorensen, J.A., Elm, S., Song, T.C. et al. Three-dimensional visualization of a maxillary first molar with four distal roots using computer-aided radiographic endodontics and radiology. *Journal of Endodontics* 36(6):1012-1016, 2010.
Chilabrese, M.A., Advanced Endodontics Clinical Endodontics and Surgery, 2008.

Póster apresentado nas X Jornadas de Medicina Dentária UCP - CRB Viseu.

Classificado em 1.º Lugar



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Caries de la Primera Infancia. Revisión y Relato de un Caso.



Soares, D. S.¹; Teixeira, F.²; Moura, C.; Rey-In³; Lopes, L.⁴

¹Alumna de la especialidad oficial del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa; ²Asistente invitada de Odontopediatría y Odontología Preventiva del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa; ³Alumna de la especialidad oficial del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología en la Universidad de Barcelona; ⁴Alumna de la especialidad oficial del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa

Introducción

En las últimas dos décadas la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) adoptó el término caries de la primera infancia (Early Childhood Caries, ECC). Por otro lado, cualquier señal de superficie dentaria lisa cariada, con presencia de cavitación o no, en edades inferiores a los tres años se denomina caries severa de la primera infancia (Severe Early Childhood Caries, SECC).

SM puede ser transmitido por la madre (transmisión vertical) → Una alta concentración de SM en la saliva de la madre está asociada a una mayor prevalencia de caries en los hijos. (Lobo, S. M., et al., 2009).

La transmisión puede ser también horizontal: a través de otros miembros de la familia y/o otros infantes. (JMP-AAPD, 2016). Los casos de ECC se presentan con una elevada prevalencia en familias de nivel económico bajo; uso prolongado del biberón; y uso frecuente de bebidas azucaradas. (JMP-AAPD, 2014; Danwarwan, D., et al., 2014)

Cuadro Clínico Multifactorial



Caso Clínico y Comentarios, contrastando las observaciones con la de otros autores

<p>1 Paciente de sexo femenino, fecha de nacimiento: 27/03/2011; peso aproximado de 14kg.</p>	<p>2 No presenta ningún tipo de patología relevante ni medicación; Acompañada por el pediatra manteniendo una dieta equilibrada.</p>	<p>3 Antes de realizar su primera consulta (13-05-2014) no usaba pasta dentífrica con flúor y, a partir de esta, se prescribió pasta dentífrica con 1500 p.p.m. de flúor.</p>
<p>4 Presenta una buena higiene oral; siendo realizada la limpieza bucal primero por la madre y después por la niña.</p>	<p>5 Lesiones inactivas de caries en los dientes 5.5 y 6.5 y lesiones activas en los dientes 7.5 y 8.5.</p>	<p>6 Tratamiento de las lesiones de los dientes 8.5 y 7.5 los días 06-10-2014 y 20-10-2014, respectivamente.</p>
<p>7 Uso de fresa esférica de turbina, excavador de dentina y restauración con ionómero de vidrio - Ketac-Bond.</p>		



Figura 1. Fotografía intra oral actual de la paciente en una consulta de control de rutina a 3 años de edad en febrero de 2023. Ya se encuentra inmunizada.



Figura 2. Diagrama de flujo de la paciente. (Soares, D.S., et al., 2023)

? Resultados significativos en cuanto al desempeño de los materiales? (Noguel, V., et al., 2009)

Resultados

Durante el tratamiento de los dientes cariados se observó una reacción favorable por parte de la niña. Se procedió con el designado atraumático restorative treatment (ART). (HAKAN ÇOLAK, Ç. T. D., 2013) Se recurrió al ionómero de vidrio, debido a las características de este material en la liberación de flúor. De la revisión efectuada se desprende la existencia de beneficios reales, con evidencia científica, en la visita preoz a la consulta del Odontopediatra. De esta forma, son posibles las observaciones y los controles regulares en niños con bajo riesgo de caries y tratamientos conservadores en el caso de niños con moderado y elevado riesgo de caries.

Conclusión

- La prevención y motivación son factores cada vez más importantes a tener en cuenta para una correcta higiene oral, así como las visitas regulares al dentista con la finalidad de evitar pérdidas dentarias precoces.
- Es necesario efectuar más estudios acerca de los materiales de restauración para poder recomendar el ideal.
- Es esencial estipular programas de educación para la salud oral, con el fin de concienciar a los padres y a las personas encargadas de la educación odontológica de los menores.

American Academy of Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classification, consequences, and preventive strategies. *Oral Health Perspectives*, 2016, 36 (6): 34-35.
 Danwarwan, D., et al. Factors associated with dental care utilization in early childhood. *Pediatrics*, 2014, 134(6): 1094-1000.
 Hakan, Çolak, et al. Early childhood caries update: a review of causes, diagnosis and treatment. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 2013, 4 (1): 29-40.
 Lobo, S. M., et al. Severe early childhood caries: an integral approach. *Journal de Pediatría*, 2009, 85 (4): 265-600.
 Noguel, V., et al. Dental fillings for the treatment of caries in the primary dentition. *Cochrane Oral Health Group MRNDR*, 2009, 2:1-6.