



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA·PORTO·VISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

## RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Associado à Prática Clínica Integrada

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Diogo Manuel Correia Cardoso

Viseu, 2018





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA·PORTO·VISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

## RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Associado à Prática Clínica Integrada

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientadora: Professora Doutora Rita Noites

Coorientador: Professor Doutor Miguel Cardoso

Por

Diogo Manuel Correia Cardoso

Viseu, 2018



## Agradecimentos

Aos meus pais por serem um exemplo.

Ao João por me mostrar o que é ser altruísta todos os dias.

À minha avó e restante família por acreditarem em mim.

À Patrícia pelo apoio constante e dedicação.

Aos meus amigos e/ou colegas que tornaram este percurso inesquecível.

Ao professor Miguel pela atenção e disponibilidade.

À professora Rita pela ajuda e pelo contributo.

Aos restantes professores que contribuíram para esta dissertação e no  
percurso de aprendizagem.

Aos funcionários que se mostraram disponíveis para ajudar.

À Nita e ao Arlindo por me acolherem.

Aos membros do Sangalhos Desporto Clube que permitiram que continuasse a  
jogar durante este percurso.

O meu obrigado a todos



*“Limits like fear are often just an illusion”*

**Michael Jordan**



## Resumo

A medicina dentária é uma área das ciências da saúde em constante evolução e que procura realizar tratamentos cada vez mais conservadores de forma rápida e económica. No entanto, tem sempre por base os princípios gerais da medicina clássica que associa um plano de tratamento a um diagnóstico correto.

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa há uma preocupação constante em associar a componente teórico-científica à componente prática, uma vez que existe uma relação estrita entre ambas.

A presente dissertação tem como objetivo descrever todos os casos diferenciados e fazer uma abordagem epidemiológica do total de pacientes observados pelo binómio 41, quer como operador, quer como assistente, nas diferentes áreas curriculares que integram o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras.

A observação e estudo dos referidos casos clínicos diferenciados permitiu discutir e elaborar publicações sob a forma de pósteres científicos, enriquecendo o percurso académico presente e o futuro laboral.

Palavras-chave: medicina dentária; atividade clínica; anamnese; diagnóstico; plano de tratamento.



## **Abstract**

Dental medicine is a field of health sciences that is constantly evolving and seeks increasingly conservative and quicker treatments. It is always based on the general principles of classical medicine that associates a treatment plan with a correct diagnosis.

In the Dental Clinic University there is a constant concern in associating the theoretical-scientific component with the practical component since there is a strict relation between the both.

The purpose of this dissertation is to describe the differentiated cases and make an epidemiological approach to the total number of patients observed by the binomial 41, either as operator or assistant, in the different curricular areas that are a part of the Integrated Master in Dental Medicine of Universidade Católica Portuguesa.

The observation and study of these clinical cases allowed to discuss and elaborate publications in the form of scientific posters, enriching the present academic course and the future work.

Keywords: dental medicine; clinical activity; anamnesis; diagnosis; treatment plan.



## **Lista de abreviaturas**

ATM – Articulação Temporomandibular

BOP – Bleeding on probing

IP – Índice de placa

RAR – Raspagem e alisamento radicular



# Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Atividade Clínica</b> .....	5
<b>2.1. Caracterização Geral da Amostra</b> .....	6
<b>2.2. Caracterização particular da amostra</b> .....	9
2.2.1. Cirurgia oral.....	9
2.2.2. Dentisteria operatória .....	11
2.2.3. Endodontia .....	13
2.2.4. Medicina oral .....	15
2.2.5. Oclusão .....	16
2.2.6. Odontopediatria.....	18
2.2.7. Ortodontia.....	19
2.2.8. Periodontologia .....	20
2.2.9. Prostodontia fixa.....	22
2.2.10. Prostodontia removível.....	24
<b>3. Casos Clínicos Diferenciados</b> .....	27
a) Encerramento de diastema através da restauração direta com resina composta .....	27
b) Microscópio cirúrgico em cirurgia apical com obturação retrógrada com Biodentine®.....	31
c) Tratamento regenerativo de defeitos intraósseos com Endogain®.....	41
<b>4. Produção científica</b> .....	51
a) Ramos F, Cardoso D, Capelas J, Almeida C, Rio R. Encerramento de diastema através da restauração direta com resina composta – caso clínico. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017 .....	51
b) Cardoso D, Ramos F, Paulo M, Noites R, Cardoso M. Microscópio cirúrgico em cirurgia apical com obturação retrógrada com Biodentine® - caso clínico. XII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 18-20 maio 2017.....	51
c) Cardoso D, Ramos F, Coutinho C, Marques T, Santos N, Sousa M. Tratamento regenerativo de defeitos intraósseos com Endogain® - caso clínico. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017 .....	51
d) Rodrigues C, Pimenta A, Cardoso D, Ramos F, Ferreira V, Couto P. Perda de peças dentárias e possíveis relações causais, diferentes amostras demográficas de idosos institucionalizados – investigação. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017.....	51
<b>5. Bibliografia</b> .....	53



## Índice de Tabelas

<b>Tabela I</b> – Pacientes da atividade clínica segundo faixa etária .....	8
<b>Tabela II</b> – Tipos de consulta na área de Cirurgia Oral.....	10
<b>Tabela III</b> – Tipos de consulta na área de Dentisteria Operatória .....	12
<b>Tabela IV</b> – Tipos de consulta na área de Endodontia.....	14
<b>Tabela V</b> - Tipos de consulta na área de Medicina Oral .....	15
<b>Tabela VI</b> – Tipos de consulta na área de Oclusão .....	17
<b>Tabela VII</b> – Tipos de consulta na área de Odontopediatria .....	18
<b>Tabela VIII</b> – Tipos de consulta na área de Ortodontia .....	19
<b>Tabela IX</b> – Tipos de consulta na área de Periodontologia .....	21
<b>Tabela X</b> - Tipos de consulta na área de Prostodontia Fixa.....	23
<b>Tabela XI</b> – Tipos de consulta na área de Prostodontia Removível .....	25



## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - Dente 47 pós exodontia .....	10
<b>Figura 2</b> - Classe V nos dentes 44 e 45 .....	11
<b>Figura 3</b> - Determinação do comprimento de trabalho com auxílio de localizador apical.....	13
<b>Figura 4</b> - Goteira acrílica de Relação Cêntrica.....	16
<b>Figura 5</b> - Fotografia pré-operatória.....	21
<b>Figura 6</b> - Prova de infraestrutura da ponta 23-25.....	22
<b>Figura 7</b> – Exemplo de Prótese parcial removível acrílica superior .....	24
<b>Figura 8</b> - Foto em intercuspidação máxima inicial.....	28
<b>Figura 9</b> - Foto diastema inter incisivo superior .....	28
<b>Figura 10</b> - Planeamento digital.....	29
<b>Figura 11</b> - Isolamento absoluto .....	29
<b>Figura 12</b> - Foto em intercuspidação máxima final .....	30
<b>Figura 13</b> - Foto arcada superior após tratamento .....	30
<b>Figura 14</b> - Ortopantomografia pré-operatória .....	32
<b>Figura 15</b> - Raio-x periapical pré-operatório, pós-operatório e controlo 1 mês, respetivamente.....	32
<b>Figura 16</b> - Imagens CBCT: A a F) Imagens axiais de coronário para apical. Presença de 2º canal em lingual. Lesão apical nas imagens D a F com fenestração vestibular em F; G) Corte sagital com fenestração em vestibular.	33
<b>Figura 17</b> – Fotografia pré-operatória.....	33
<b>Figura 18</b> - Incisão sulcular com descarga mesial.....	34
<b>Figura 19</b> - Descolamento do retalho .....	34
<b>Figura 20</b> - Fenestração óssea na região apical.....	35
<b>Figura 21</b> - Osteotomia .....	35
<b>Figura 22</b> - Curetagem de tecido de granulação .....	36
<b>Figura 23</b> - Presença de transportador Thermafil no canal vestibular .....	36
<b>Figura 24</b> - Preparo apical canal Vestibular.....	37
<b>Figura 25</b> - Preparo apical canal lingual .....	37
<b>Figura 26</b> - Canais após preparação retrógrada.....	38
<b>Figura 27</b> - Secagem do canal vestibular .....	38

<b>Figura 28</b> - Obturação retrógrada com Biodentine®.....	39
<b>Figura 29</b> - Após obturação retrógrada com Biodentine® .....	39
<b>Figura 30</b> - Sutura 5/0.....	40
<b>Figura 31</b> - Fotografia frontal pré-cirúrgica .....	42
<b>Figura 32</b> - Fotografia frontal pré-cirúrgica .....	42
<b>Figura 33</b> - Fotografia lateral pré-cirúrgica .....	43
<b>Figura 34</b> - Vista frontal CBCT.....	43
<b>Figura 35</b> - Vista palatina CBCT .....	44
<b>Figura 36</b> - Avaliação digital do nível de attachment .....	45
<b>Figura 37</b> - Corte sagital, axial e coronal CBCT .....	45
<b>Figura 38</b> - Descolamento vestibular .....	46
<b>Figura 39</b> - Afastamento vestibular e palatino segundo MIST .....	46
<b>Figura 40</b> - Afastamento vestibular e palatino segundo MIST .....	47
<b>Figura 41</b> - Desbridamento radicular com broca perio-set.....	47
<b>Figura 42</b> - Fotografia frontal pós-cirúrgica (1 semana).....	48
<b>Figura 43</b> - Raio-x periapical pré-operatório, pós-operatório e controlo 3º mês, respectivamente.....	48





## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Atos realizados em cada área disciplinar .....	6
<b>Gráfico 2</b> - Total de atos realizados pelo binómio 41 .....	6
<b>Gráfico 3</b> - Pacientes em cada área disciplinar segundo género .....	7
<b>Gráfico 4</b> - Total de pacientes segundo género.....	8
<b>Gráfico 5</b> - Classes de Kennedy nas consultas de Prostodontia Removível ...	25



# 1. Introdução

Os primeiros registos associados à Medicina Dentária remontam a 5000 a.C., em textos sumérios, que referiam larvas dentárias como causa de cárie (1). Em 500 a.C., Hipócrates e Aristóteles escreveram sobre a área, referenciando padrões de erupção, extração com fórceps e estabilizar fraturas mandibulares com fio (1).

Na idade média, começou a ser utilizado um tipo de amálgama para tratamentos dentários (China, 700 d.C.) e tratamentos cirúrgicos mais avançados, usados por barbeiros com formação na área (França, 1210) (1).

Pierre Fauchard ficou conhecido como o pai da Medicina Dentária por ter publicado o primeiro livro que abrangia conhecimentos dentários e anatómicos com técnicas cirúrgicas e restauradoras (França, 1723). Em 1832 surge a primeira cadeira que reclinava, seguido do dique de borracha em 1864 (1).

Em 1903, começa o trabalho de prótese fixa com coroas. Quatro anos depois é aperfeiçoado o método da cera perdida, havendo maior precisão nos trabalhos. Em 1958 é introduzida a cadeira totalmente reclinável e a ergonomia passa a ter papel mais ativo com procura de trabalho a quatro mãos (1).

Em 1997, a *American Dental Association* definiu Medicina Dentária como avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento de doenças, desordens e/ou condições da cavidade oral, área maxilofacial e/ou estruturas associadas, realizados por médicos dentistas, com auxílio dos seus estudos e experiência, de acordo com a ética profissional (1).

Atualmente, a Ordem do Médicos Dentistas define Medicina Dentária como o estudo do diagnóstico, tratamento e prevenção de todas as anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas (2).

Esta é uma área das ciências da saúde em constante evolução e que procura realizar tratamentos cada vez mais conservadores de forma rápida e económica. No entanto, tem sempre por base os princípios gerais da medicina clássica que associa um plano de tratamento a um diagnóstico correto.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um conjunto de conceitos complexos e multidimensionais. A componente física, cognitiva, emocional e social estão associados e têm peso para a mesma. Assim, a saúde oral também tem um papel fundamental neste aspeto e tem havido uma preocupação crescente para melhoria da mesma e conseqüentemente da qualidade de vida (3).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde oral consiste em ausência de dor facial e na boca, doenças orais e desordens que limitam a capacidade de um indivíduo trincar, mastigar, sorrir, falar e sentir-se bem psicossocialmente.

O Mestrado integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Centro regional das Beiras é composto por 5 anos de aprendizagem continua sendo a passagem para a fase clínica feita de uma forma gradual, permitindo ao aluno uma melhor adaptação e uma aprendizagem consistente.

Na Clínica Dentária Universitária, há uma preocupação constante, em associar a componente teórico-científica à componente prática, uma vez que existe uma relação estrita entre ambas.

A componente “humana” também não pode ser descurada. Nesta estão incluídas competências como o espírito crítico, o bom-senso e a sociabilidade. Esta será tão importante como as acima referidas, uma vez que o objetivo do médico dentista é tratar o doente e não apenas dentes ou a cavidade oral.

É fundamental trabalhar com todas estas componentes, que ao longo da prática clínica foram sempre tidas em conta nas diversas áreas de atuação. Entre elas destacam-se as diferentes áreas curriculares que integram o curso: cirurgia oral, dentisteria operatória, endodontia, medicina oral, oclusão, odontopediatria, ortodontia, periodontologia, prostodontia fixa e prostodontia removível.

A transmissão de conhecimentos e capacidades específicas de cada unidade curricular são essenciais, permitindo ao aluno e futuro Médico Dentista a prática da medicina dentária suportada por uma base sólida.

A presente dissertação tem como objetivo descrever todos os casos diferenciados e fazer uma abordagem epidemiológica do total de pacientes

observados pelo binómio 41, quer como operador, quer como assistente, nas diferentes áreas curriculares que integram o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras.



## **2. Atividade Clínica**

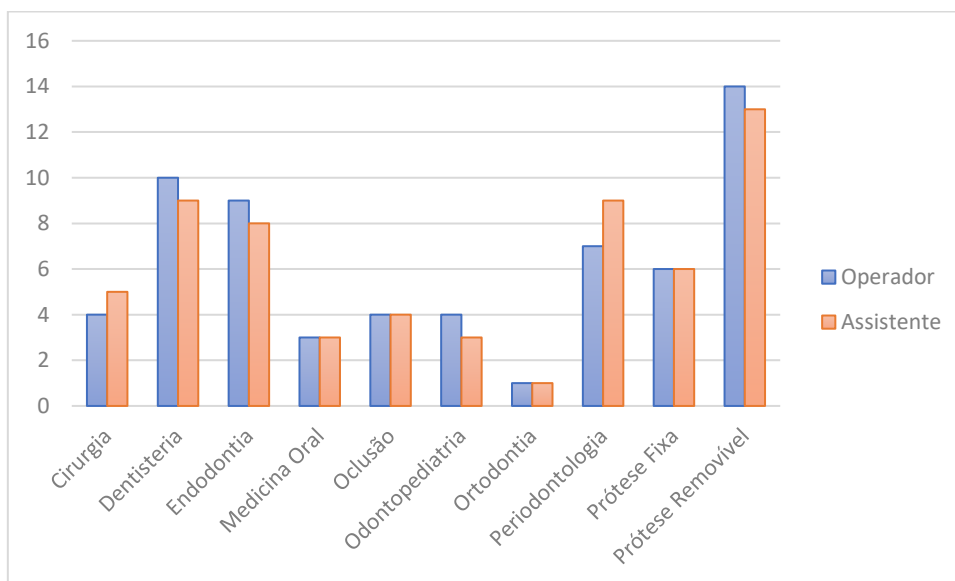
Nesta secção irão ser apresentados, descritos e discutidos os dados estatísticos do trabalho efetuado no âmbito das diferentes áreas disciplinares, bem como uma abordagem geral, a nível qualitativo e quantitativo, de todo o trabalho realizado.

A recolha da informação foi feita com base nos dados inscritos no programa Newsoft®2.0 e os meios auxiliares de diagnóstico captados no programa Dimaxis®.

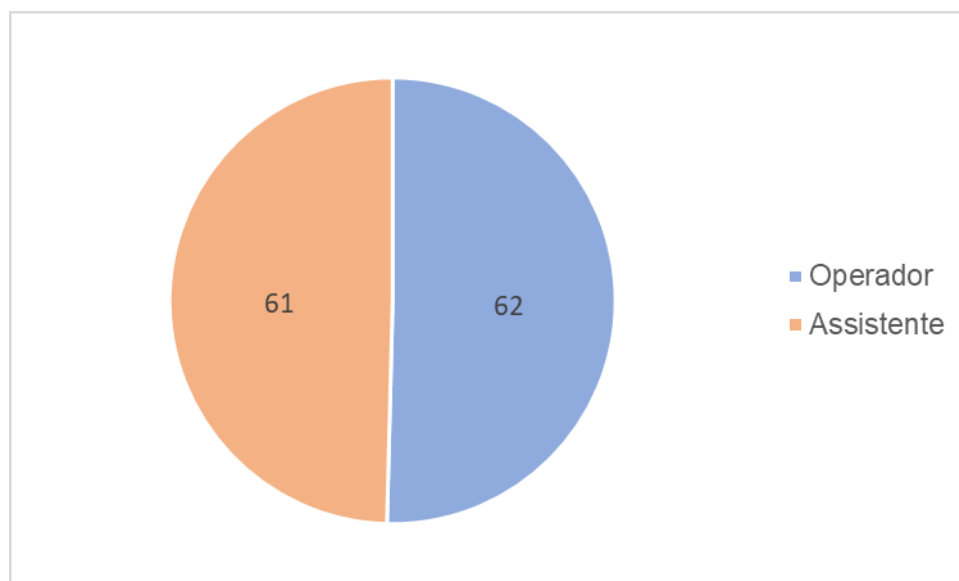
Os dados dos pacientes observados durante o período entre 11 de setembro e 10 de maio do ano letivo 2017/18, foram introduzidos e trabalhados numa base de dados feita em documento Microsoft Office Excel® 2016 (Microsoft®, EUA).

## 2.1. Caracterização Geral da Amostra

O gráfico 1 ilustra o número total de atos realizados em cada área disciplinar pelo binómio 41. Ao longo do período da fase de recolha de dados, foram realizados no total 123 atos, sendo 62 enquanto operador e 61 enquanto assistente, verificável no gráfico 2.



**Gráfico 1** - Atos realizados em cada área disciplinar



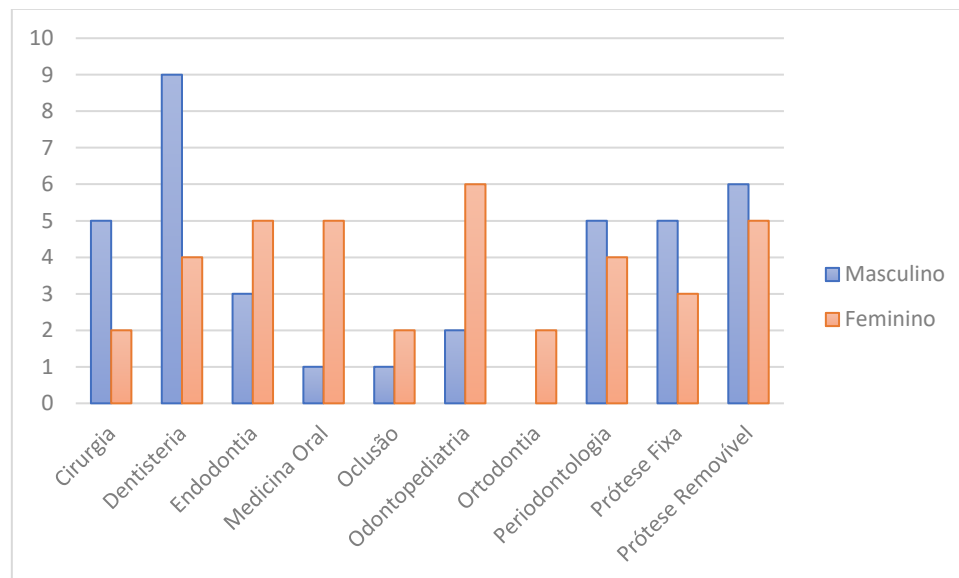
**Gráfico 2** - Total de atos realizados pelo binómio 41

A área na qual houve maior número de atos foi a próstodontia removível com 27, sendo que consultas de controlo e de diagnóstico foram as mais comuns entre esses.

A área com menor número de atos foi a ortodontia com 2, sendo que foi realizada uma consulta de diagnóstico e um controlo.

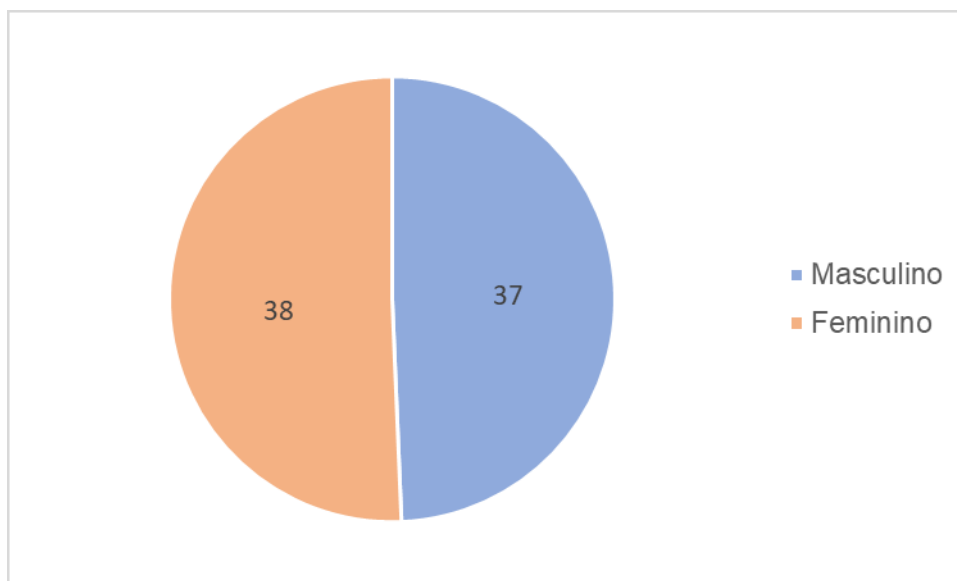
Ambos estes dados poderão ser confirmados posteriormente com a análise individual de cada área disciplinar.

No entanto, o número de pacientes não corresponde ao número de atos. Verifica-se no gráfico 3 a distribuição segundo género, fazendo essa distinção.



**Gráfico 3** - Pacientes em cada área disciplinar segundo género

A área de dentisteria foi a que apresentou maior variedade de pacientes em termos numéricos. Não houve diferenças significativas entre o género dos pacientes atendidos, sendo que o número do género feminino superou em apenas 1 o género masculino, como se pode verificar no gráfico 4.



**Gráfico 4 - Total de pacientes segundo género**

Quando analisada a distribuição dos pacientes por faixa etária (tabela I) observa-se que a faixa etária mais prevalente se situa entre os 51 e 60 anos e a menos prevalente entre os 31 e 40, tendo comparecido apenas 1, para um total de 75 pacientes.

**Tabela I – Pacientes da atividade clínica segundo faixa etária**

	<=10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
Cirurgia			2		1	2	2		7
Dentisteria			2		2	2	5	2	13
Endodontia					3	2	1	2	8
Medicina Oral				1	1	2	1	1	6
Oclusão			1			2			3
Odontopediatria	3	5							8
Ortodontia		2							2
Periodontologia					4	1	2	2	9
Prótese Fixa		1	3		1	3			8
Prótese Removível			1		2	4	2	2	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>75</b>

## **2.2. Caracterização particular da amostra**

### **2.2.1. Cirurgia oral**

A Cirurgia Oral é a área disciplinar que se baseia na realização de cirurgias dento-alveolares, tanto simples como complexas, refletindo sobre o estado de saúde do paciente, a sua história clínica pormenorizada, visando o tratamento de pacientes comprometidos sistemicamente e/ou a tomar medicação comprometedora do ato cirúrgico (4).

Para que tal aconteça é essencial um exato delineamento da cirurgia, tendo como conhecimento base a anatomia da cabeça e do pescoço, medicina interna, semiologia geral e da cabeça e do pescoço, psicologia médica e correta manipulação do material cirúrgico e os princípios de desempenho da cirurgia (4).

Nas consultas de Cirurgia Oral, as extrações são os procedimentos mais comuns, no entanto poderão existir casos de alisamento ósseo com recurso a técnica aberta ou de acompanhamento de consulta externa como as impressões de implantes, como foi o caso.

A Cirurgia oral é lecionada semanalmente durante duas horas. Nesta área disciplinar foram efetuados no total 9 atos clínicos de destacar 7 cirurgias (tabela II). Na figura 1 podemos verificar um exemplo da extração de um pluriradicular extensamente destruído.



**Figura 1** - Dente 47 pós exodontia

**Tabela II** – Tipos de consulta na área de Cirurgia Oral

Tipo de consulta	Frequência	Dente(s)
<b>Exodontias</b>		
Monoradiculares	4	11; 35; 43,44
Pluriradiculares	2	18;47
Raízes	1	17
<b>Outros tratamentos</b>		
Encaminhar Dentisteria	1	46
Impressões Implantes	1	
<b>Total</b>	<b>9</b>	

### 2.2.2. Dentisteria operatória

Nesta área, os clínicos são abordados não só para restaurar dentes com lesões unitárias simples, mas também para reabilitar lesões que sofreram alterações funcionais e estéticos ao longo do tempo, por negligência do paciente ou devido a um plano de tratamento incorreto. Essas alterações devem-se a alinhamentos incorretos dos dentes, colapsos oclusais ou periodontais ou uma combinação desses fatores (5).

Os diagnósticos pulpares são primordiais nestas consultas e vão influenciar o tipo de tratamento a realizar.

Também é feita a abordagem estética tendo em conta a expectativa do paciente, mas respeitando princípios biológicos, como se poderá ver no caso clínico diferenciado “encerramento de diastema”.

A Dentisteria operatória tem uma periodicidade de três horas semanais. No total o binómio realizou 19 consultas (tabela III). Relativamente ao tipo de classes de Black efetuadas durante o tratamento podemos observar que de acordo com a tabela III, foram maioritariamente classes V (figura 2).



**Figura 2** - Classe V nos dentes 44 e 45

**Tabela III – Tipos de consulta na área de Dentisteria Operatória**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>	<b>Dente(s)</b>
<b>Restaurações diretas</b>		
Classe I	2	21; 34
Classe II	2	24; 45
Classe III	2	13; 13
Classe V	4	13, 33; 44, 45
MOD	1	44
<b>Restaurações indiretas</b>		
Preparo Restauração Indireta	1	37
<b>Outros tratamentos</b>		
Aplicação tópica flúor	1	17
Encaminhar para cirurgia	1	33
Evicção pulpar	1	45
Impressões	1	
Polimento	2	11, 21
Restauração provisória	1	45
<b>Total</b>	<b>19</b>	

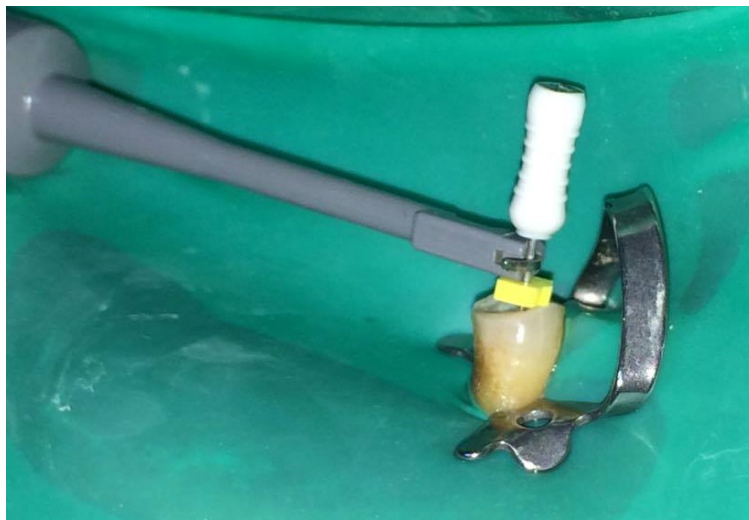
### 2.2.3. Endodontia

A endodontia é uma especialidade em constante evolução e que recorre a meios cada vez mais precisos para o melhor prognóstico possível. Contudo estes meios não têm utilidade se não for feito um correto diagnóstico e plano de tratamento (6).

No decurso da atividade clínica foi esse ideal que se preconizou e embora com recurso pontual a esses meios, não se descurou a prática tradicional com recurso a instrumentos manuais e as técnicas descritas na literatura (figura 3).

A endodontia apresenta uma periodicidade de três horas semanais. As aulas decorrem em ambiente clínico e pré-clínico, de acordo com a marcação de pacientes.

No total foram realizados 17 atos, e o autor realizou um tratamento endodôntico em dente pluriradicular (tabela IV).



**Figura 3** - Determinação do comprimento de trabalho com auxílio de localizador apical

**Tabela IV – Tipos de consulta na área de Endodontia**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>	<b>Dente(s)</b>
Cavidade acesso	1	26
Restauração pré endodôntica	3	16; 38; 46
Instrumentação manual	8	34; 45; 16; 26
Obturação	3	34; 45; 26
Controlo	1	34
Tratamento de demora	1	44
<b>Total</b>	<b>17</b>	

### 2.2.4. Medicina oral

É definida como uma especialidade da medicina dentária que inclui a abordagem de manifestações de doenças mucocutâneas, dor orofacial, disfunção de glândulas salivares e condição maxilofacial de pacientes com patologias complexas (7).

Essas diversas patologias, que ocorrem em diferentes órgãos e que se relacionam e/ou afetam as várias estruturas da cabeça e pescoço, são estudadas e é abordado o seu diagnóstico, diagnóstico diferencial e plano de tratamento. Engloba anatomia, embriologia, histologia, fisiologia e patologia, entre outras áreas (8).

Normalmente, são primeiras consultas nas quais é verificado o estado de saúde geral e dentário para encaminhar os pacientes para as diversas áreas corretamente.

A Medicina Oral tem uma frequência de duas horas semanais. As consultas iniciam-se com o preenchimento de uma ficha onde consta a história clínica, que deve reunir todos os dados do paciente de forma detalhada.

Na primeira consulta é realizada uma radiografia panorâmica. O exame extra e intraoral é efetuado de forma minuciosa, e após a observação do paciente é efetuado um plano de tratamento individualizado.

Como podemos observar na tabela V na área de Medicina Oral foram realizados 6 atos.

**Tabela V** - Tipos de consulta na área de Medicina Oral

Tipo de consulta	Dados clínicos	Frequência
1ª Consulta de diagnóstico	Petéquias	1
	Queilite angular	1
	Tórus mandibular	1
	Sem dados relevantes	3
<b>Total</b>		<b>6</b>

### 2.2.5. Oclusão

A oclusão procura a harmonia de todo o sistema estomatognático. Grande parte da população apresenta disfunção no sistema mastigatório. A significância do sinal e a etiologia e o prognóstico da desordem são fatores que determinam a necessidade de tratamento. Para tal deve ser feito uma anamnese e um exame clínico minucioso de forma a estabelecer um diagnóstico correto, tendo em consideração a queixa principal e a sua etiologia. O médico dentista procurará, como papel principal da terapia, a eliminação das dores mastigatórias (9).

No decorrer da atividade clínica, é feita uma 1ª consulta, que engloba história clínica, exame clínico e diagnóstico (preenchimento da ficha de observação RDC-DTM e obtenção de modelos de estudo) e registo fotográfico extra e intraoral.

Após a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável SAM II®, estudo e discussão com os docentes do Plano de tratamento adequado a cada caso, inicia-se a terapia sendo que se realizaram duas goteiras acrílicas.

A Oclusão tem uma frequência de duas horas semanais. No total foram realizadas 8 consultas. O binómio executou 2 goteiras acrílicas de relação cêntrica, como se exemplifica na figura 4.



**Figura 4** - Goteira acrílica de Relação Cêntrica

**Tabela VI – Tipos de consulta na área de Oclusão**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>
1ª consulta de diagnóstico	2
Ceras e arco facial	2
Inserção goteira	2
Controlo	2
<b>Total</b>	<b>8</b>

### 2.2.6. Odontopediatria

É importante que o médico dentista esteja familiarizado com a história médica e dentária do paciente pediátrico. A história familiar também poderá ser relevante para a condição oral do paciente e pode fornecer informação importante em relação a alguma desordem hereditária (10).

A recolha e avaliação de todos os dados clínicos durante a primeira consulta é fundamental. Um exame do paciente pediátrico inclui avaliar: crescimento e saúde, queixa principal e motivo da consulta, tecidos moles intra e extra orais e articulação temporomandibular (ATM), higiene oral e periodontal, risco de cárie, oclusão e hábitos (10).

Após a integração do projeto “pequenos grandes sorrisos”, foi possível realizar um maior número de consultas e observação de diversos casos clínicos, enriquecendo o percurso curricular.

A Odontopediatria decorre durante duas horas por semana. Os pacientes observados nesta área têm idades inferiores a 18 anos.

No total o binómio realizou 7 consultas, de salientar que o ato mais frequente foi a realização de selantes de fissuras (tabela VII).

**Tabela VII – Tipos de consulta na área de Odontopediatria**

Tipo de consulta	Frequência	Dente(s)
Controlo	1	
Destartarização	2	
Pulpectomia	1	75
Restauração - Classe I	1	46
Selantes	2	36, 46; 15, 16, 25, 26, 35, 36
<b>Total</b>	<b>7</b>	

### 2.2.7. Ortodontia

O diagnóstico nesta área, tal como nas outras, necessita de uma recolha de dados e informações sobre o paciente, os problemas e as expectativas. O plano de tratamento procura abranger as possíveis soluções para esses pontos. Deve ser um processo interativo, tomando decisões sobre o que é melhor para o paciente, não só pela questão ética, mas porque o sucesso da terapia vai depender da cooperação do mesmo (11).

Como tal, os casos clínicos são apresentados e discutidos com rigor, procurando que os futuros médicos dentistas estejam aptos a enquadrar a ortodontia na prática clínica e a estipular um plano de tratamento que caso não estejam aptos a realizar, possam deferir para colegas habilitados.

A Ortodontia tem uma frequência de duas horas semanais. No total o binómio realizou 2 atos (tabela VIII). Na consulta de controlo foi observada a oclusão da paciente e encaminhada para a consulta externa com indicação da colocação de aparelho fixo.

**Tabela VIII – Tipos de consulta na área de Ortodontia**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>
1ª Consulta de Diagnóstico	1
Controlo	1
<b>Total</b>	<b>2</b>

### 2.2.8. Periodontologia

O diagnóstico periodontal correto é essencial para um tratamento adequado. Primeiramente, deve avaliar se está presente patologia, seguida da sua identificação, distribuição, extensão e gravidade. Finalmente deve avaliar a etiologia e processos patológicos associados. É determinado após a realização da história clínica, avaliação dos sinais e sintomas e dos vários testes (p.e. imagiologia, sondagem) (12).

O tratamento periodontal baseia-se na eliminação da inflamação gengival e dos fatores associados à mesma (p.e. restaurações inadequadas, presença de placa). Deverá ter em conta também fatores sistémicos, bem como as suas precauções, e outras áreas da medicina dentária como as relações interdentárias e a oclusão (12).

Na prática, é preenchido o periodontograma (avaliando bolsas, recessões, BOP, IP, PSR) como meio auxiliar de diagnóstico, avaliado o *compliance* e realizada a terapia de acordo com os pontos anteriores.

A Periodontologia tem uma frequência de duas horas semanais. Na primeira consulta de diagnóstico é preenchido o periodontograma de acordo com a sondagem periodontal e a observação intraoral. Como podemos observar na tabela IX no total foram realizados 16 atos. No que diz respeito ao tipo de trabalhos desenvolvidos, foram efetuadas pelo binómio destartarizações (figura 5), consultas de Raspagem e Alisamento Radicular (RAR), uma consulta de controlo e uma consulta de diagnóstico. De salientar a execução de uma cirurgia periodontal (Tratamento regenerativo de defeitos intraósseos com Endogain) que irá ser abordada posteriormente.



**Figura 5 - Fotografia pré-operatória**

**Tabela IX – Tipos de consulta na área de Periodontologia**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>
1ª consulta de diagnóstico	1
Cirurgia periodontal	1
Controlo	1
Destartarização	6
Raspagem e alisamento radicular (RAR)	7
<b>Total</b>	<b>16</b>

### 2.2.9. **Prostodontia fixa**

Esta área envolve a substituição e restauração de peças dentárias por substitutos artificiais que não se removem facilmente. Tem como foco a recuperação de função, estética e conforto, não sendo ético a satisfação de apenas um ou dois dos fatores. Tendo isso em consideração, deve ser feito um diagnóstico meticoloso e um follow-up rigoroso, para garantir o sucesso do tratamento e a satisfação do paciente (13).

Após a apresentação detalhada dos casos clínicos, é seguido o plano de tratamento tendo em conta princípios biológicos, estéticos, retentivos e de resistência.

A Prostodontia Fixa apresenta uma frequência semanal de quatro horas. No total foram realizados 12 atos clínicos. De salientar a execução de uma ponte de 3 elementos pelo binómio. Na figura 6 pode-se verificar a prova de infraestrutura.



**Figura 6** - Prova de infraestrutura da ponte 23-25

**Tabela X** - Tipos de consulta na área de Prosthodontia Fixa

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Frequência</b>	<b>Dente(s)</b>
1ª consulta de diagnóstico	2	
Preparos	2	11; 23,25
Coroas Provisórias	2	11; 23,25
Impressões definitivas	1	23,25
Prova Infraestrutura	1	23,25
Cimentação definitiva	1	23,25
Controlo	3	36; 36; 46
<b>Total</b>	<b>12</b>	

### 2.2.10. Prostodontia removível

A prótese removível visa a substituição de dentes ausentes ou perdidos que são facilmente removidas e inseridas pelo paciente. Apesar de serem vantajosas no campo económico, resolvem parcialmente alguns problemas como a estética, a fonética e a mastigação, mas não evitam a reabsorção óssea (14).

É necessária uma avaliação importante ao nível dos tecidos de suporte, dentes pilares, áreas desdentadas, dimensão vertical e objetivo e expectativas do paciente. Em doentes desdentados pode ser recomendada uma prótese parcial removível acrílica ou esquelética que assentam sobre dentes pilares que necessitam de estar em bom estado periodontal, periapical e endodôntico (14).

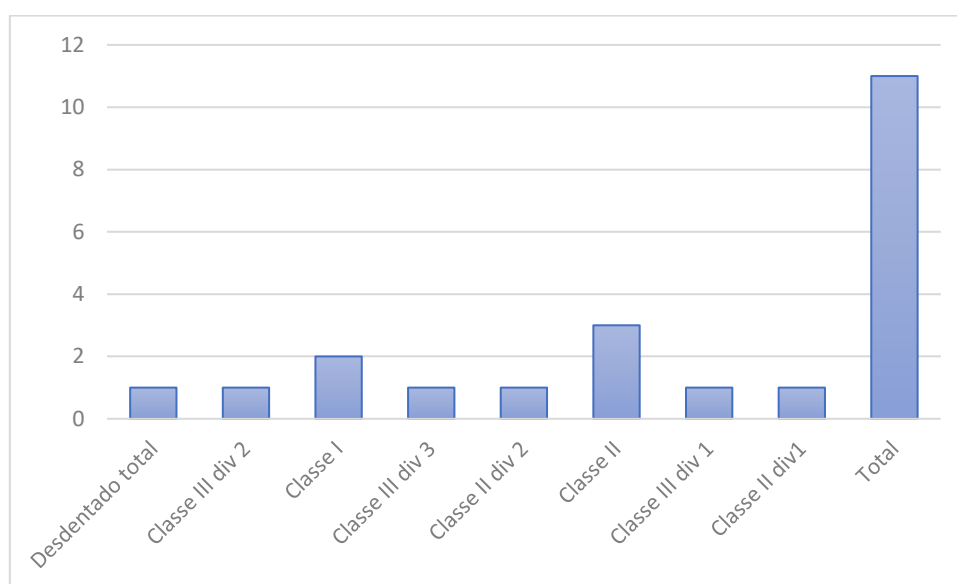
É essencial obter todos os detalhes da queixa principal. Por exemplo, se já possuir prótese relacionar a sintomatologia com a mesma e avaliar localização, duração e intensidade, bem como fatores de alívio e agravamento. Deve ser feito um exame clínico rigoroso para definir a etiologia (15).

Esta Unidade Curricular é lecionada semanalmente durante quatro horas. No total foram realizados 27 atos clínicos, de salientar a realização de 2 próteses esqueléticas e 2 próteses acrílicas (figura7).



**Figura 7** – Exemplo de Prótese parcial removível acrílica superior

Relativamente às classes de Kennedy, a mais prevalente revelou ser a classe I como se pode verificar no gráfico 5.



**Gráfico 5** - Classes de Kennedy nas consultas de Prostodontia Removível

**Tabela XI** – Tipos de consulta na área de Prostodontia Removível

Tipo de consulta	Frequência	Dente(s)
1ª consulta de diagnóstico	5	
Orçamento	3	
Preparação pré-protética	3	13;15,27; 44,45
Impressões definitivas	3	
Prova de esqueleto	2	
Prova de dentes	2	
Inserção da prótese	2	
Controlo	5	
Conserto	1	
Acrescento ganchos	1	33
<b>Total</b>	<b>27</b>	

Nota: as consultas de preparação pré-protética foram realizadas com a utilização do scan de nichos (*Dental Wings model DW-IO-001®*).



### 3. Casos Clínicos Diferenciados

#### a) Encerramento de diastema através da restauração direta com resina composta

Introdução: Os diastemas correspondem a um espaço presente entre dois dentes contíguos, não havendo ponto de contacto entre os mesmos. Apresentam elevado impacto a nível estético, principalmente quando presentes no segundo sextante, particularmente entre os incisivos centrais superiores. No que concerne ao tratamento, o mesmo pode passar pelo tratamento ortodôntico, reabilitação com recurso a restaurações diretas e indiretas, ou a conjugação de ambos. A escolha do tratamento ideal depende de diversos fatores, tais como a dimensão dos dentes em causa, tamanho do diastema, posição dos dentes e expectativas do paciente (16).

Caso Clínico: Paciente do género masculino, 25 anos de idade, compareceu na consulta de dentisteria operatória, na clínica dentária universitária de Viseu, com preocupações estéticas em relação ao seu sorriso. Apresentava diastema interincisivo (dentes 1.1 e 2.1), e pretendia que este fosse fechado através de um tratamento rápido e económico. Após análise clínica do caso e da sua iconografia foi apresentada a opção do fecho do diastema através de restaurações diretas com resina composta.

Discussão e Conclusão: O tratamento realizou-se com sucesso, apresentando bons resultados estéticos pela mimetização da cor natural dos dentes através da resina. A protrusão e o overbite foram fatores tidos em conta, apresentando valores e funcionalidade dentro do normal. Foi conseguido um ótimo feedback por parte do paciente.

Este tipo de tratamento apresenta-se como uma boa opção para correção a nível estético e economicamente viável face a outros tratamentos, permitindo uma reestruturação da anatomia dos dentes anteriores (17).



**Figura 8** - Foto em intercuspidação máxima inicial



**Figura 9** - Foto diastema inter incisivo superior



**Figura 10 -** Planeamento digital



**Figura 11 -** Isolamento absoluto



**Figura 12** - Foto em intercuspidação máxima final



**Figura 13** - Foto arcada superior após tratamento

## **b) Microscópio cirúrgico em cirurgia apical com obturação retrógrada com Biodentine®**

Introdução: As lesões periapicais são patologias inflamatórias crônicas a nível apical, o seu correto diagnóstico e plano de tratamento são fundamentais para que haja sucesso clínico. O tratamento deste tipo de lesões passa pela correta execução de tratamento endodôntico (18). Biodentine® é um material à base de silicato de cálcio que pode ser utilizado na reparação dentinária aplicado em perfurações ou reabsorções, apexificação e obturação apical (19).

Caso Clínico: Paciente caucasiana do sexo feminino com 29 anos compareceu à clínica da Universidade Católica Portuguesa com dor associada ao dente 34. Após radiografia periapical, foi detetado um espigão de fibra vidro bem como a presença de lesão periapical e um segundo canal não obturado, confirmados com a realização de um Cone Beam Computed Tomography (CBCT). Foi realizada uma cirurgia apical, com recurso a um retalho com descarga mesial e pequena osteotomia. A lesão foi curetada e, após a identificação dos canais, foi realizada preparação apical com ultrassons (ProUltra #3 – DentsplyMaillefer) dos 3mm apicais e obturação com Biodentine®.

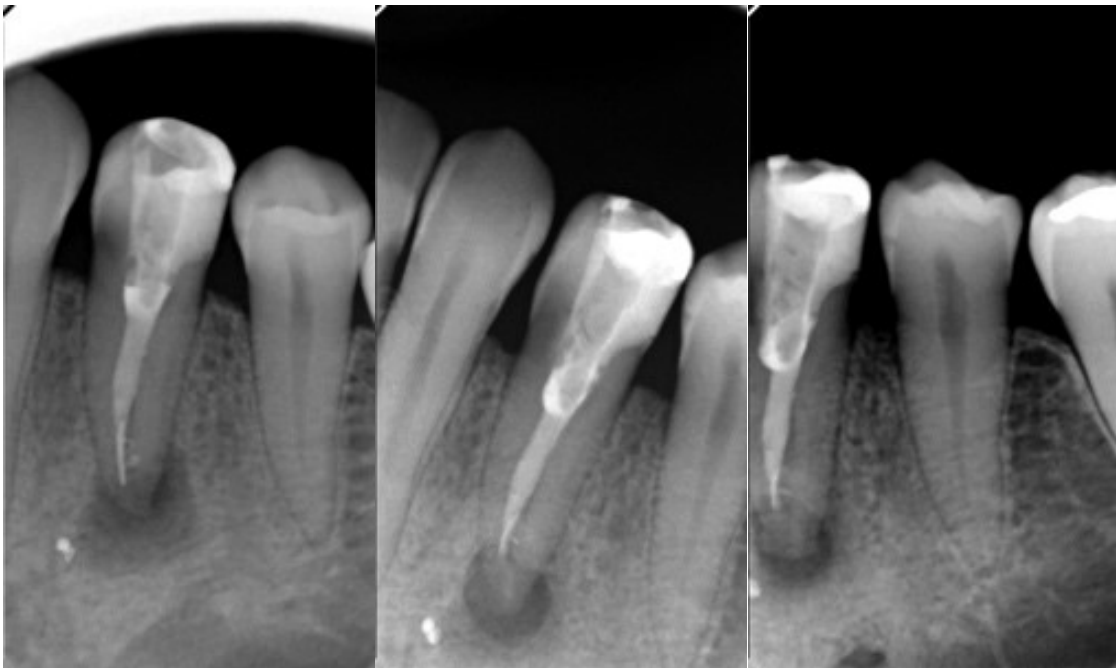
Discussão e Conclusão: Não foi realizado retratamento não cirúrgico do dente devido à presença de espigão de fibra vidro, difícil de remover, sem garantia de deteção do segundo canal e regressão da lesão apical. A utilização de CBCT permitiu identificar e planear mais corretamente a cirurgia apical. A utilização de microscópio permitiu a realização de janela óssea minimalista, e a visualização dos canais sem ser necessário realizar apicectomia (20).

Podemos concluir que o microscópio cirúrgico e CBCT foram essenciais para o plano de tratamento executado.

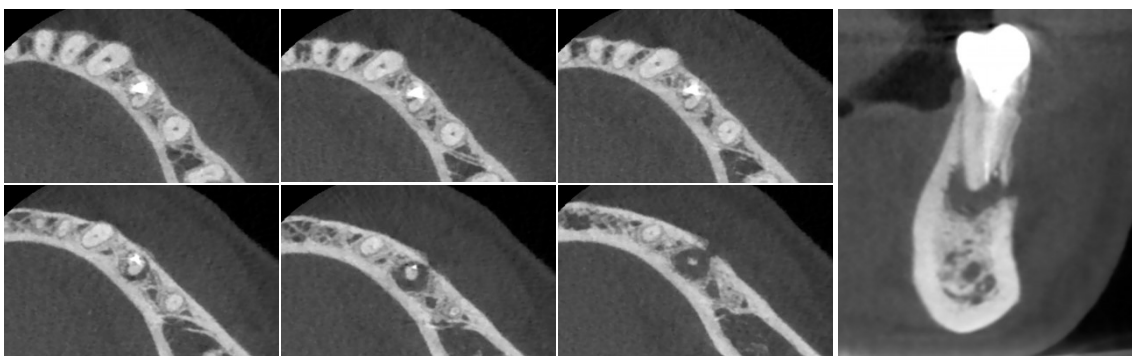
Após 18 meses verificou-se ausência de sintomatologia e a progressiva regressão da lesão, prevendo uma boa evolução.



**Figura 14** - Ortopantomografia pré-operatória



**Figura 15** - Raio-x periapical pré-operatório, pós-operatório e controle 1 mês, respectivamente



**Figura 16** - Imagens CBCT: A a F) Imagens axiais de coronário para apical. Presença de 2º canal em lingual. Lesão apical nas imagens D a F com fenestração vestibular em F; G) Corte sagital com fenestração em vestibular.



**Figura 17** – Fotografia pré-operatória



**Figura 18** - Incisão sulcular com descarga mesial



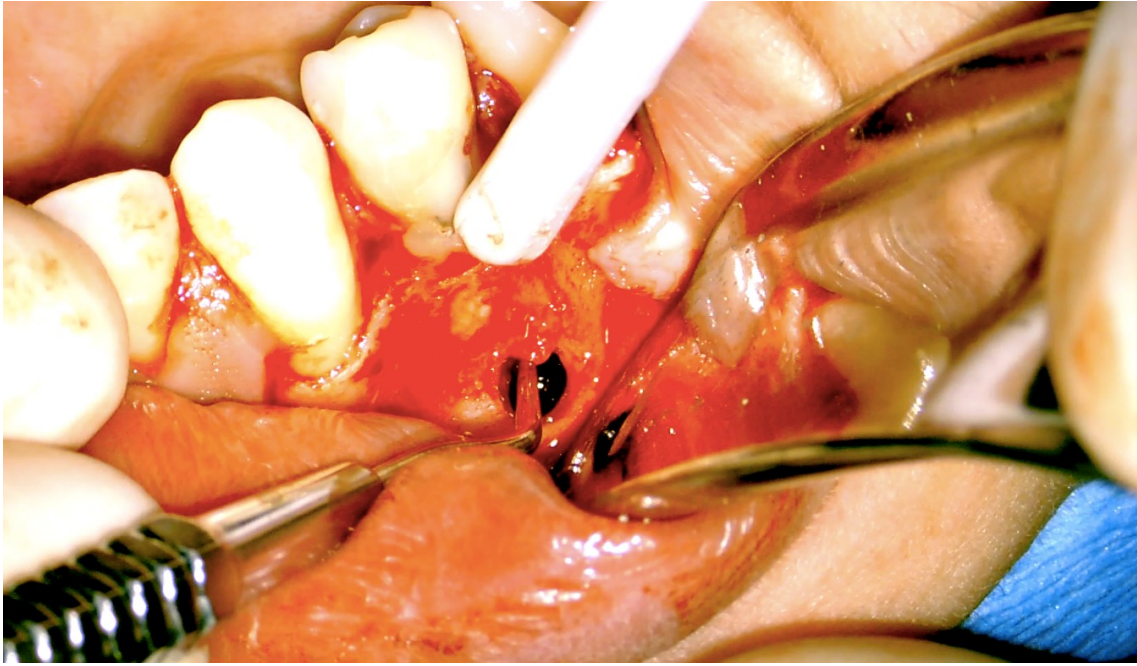
**Figura 19** - Descolamento do retalho



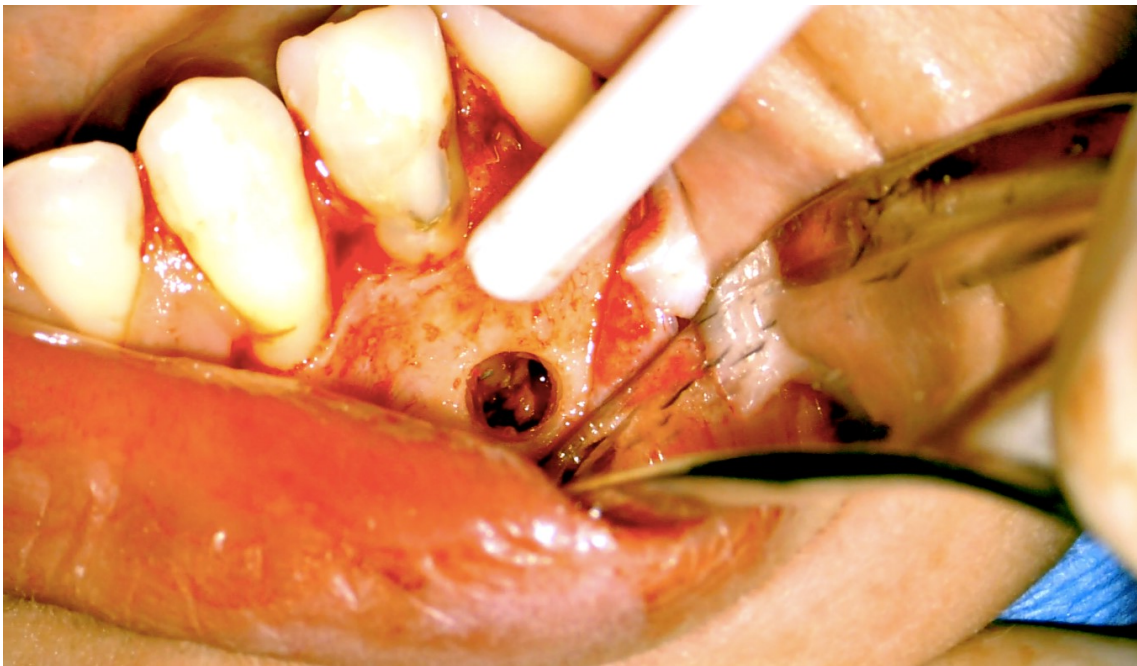
**Figura 20** - Fenestração óssea na região apical



**Figura 21** - Osteotomia



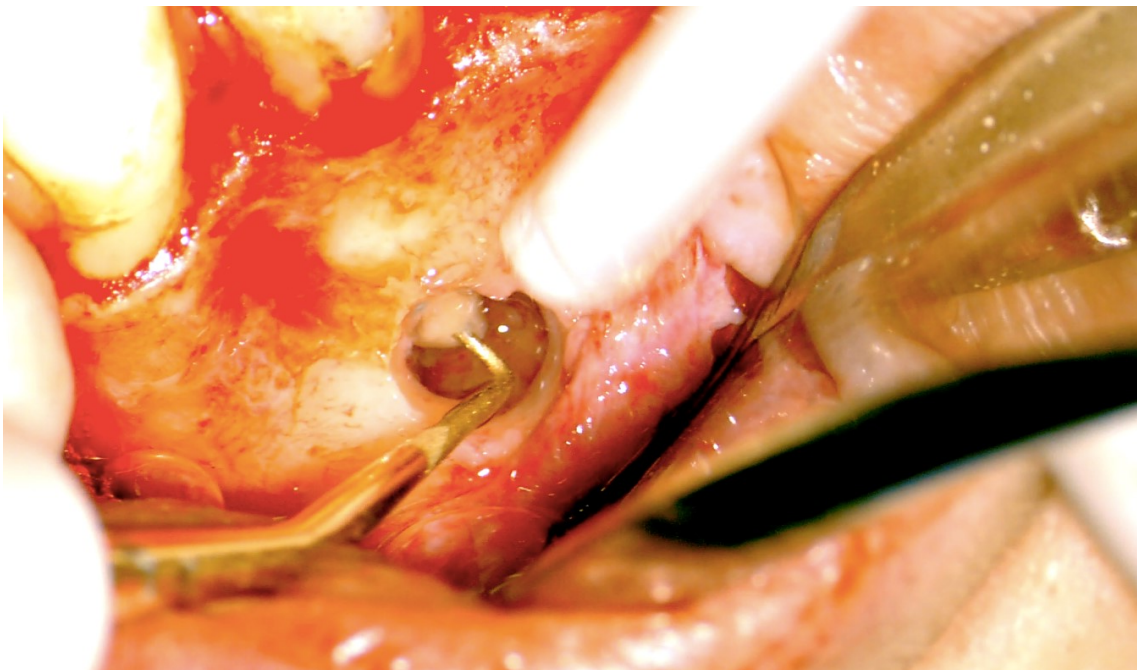
**Figura 22** - Curetagem de tecido de granulação



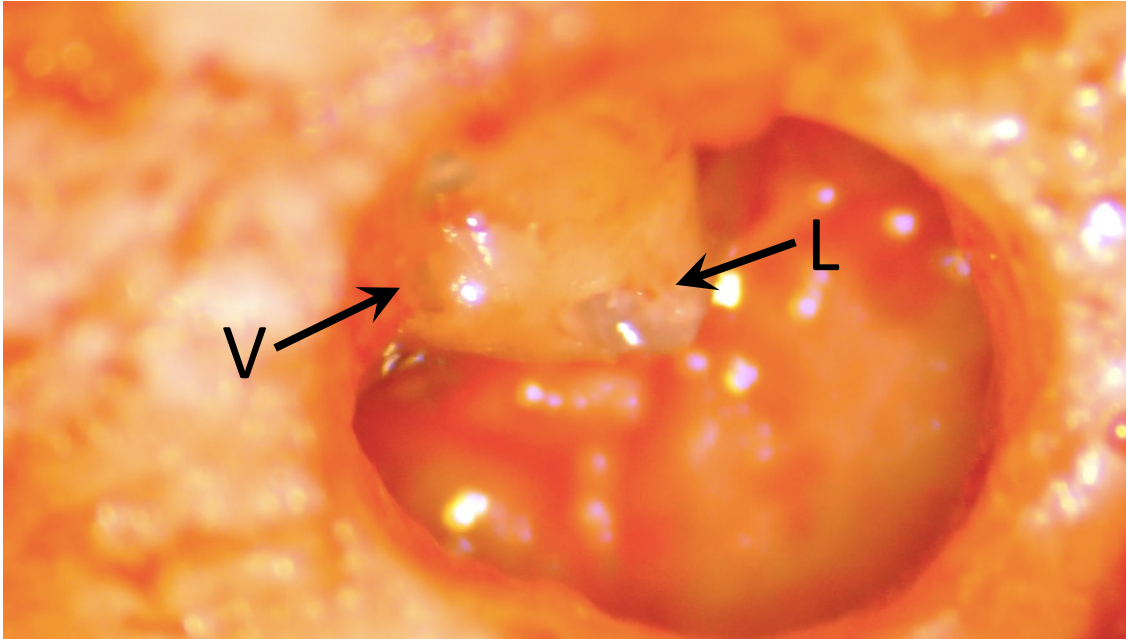
**Figura 23** - Presença de transportador Thermanfil no canal vestibular



**Figura 24** - Preparo apical canal Vestibular



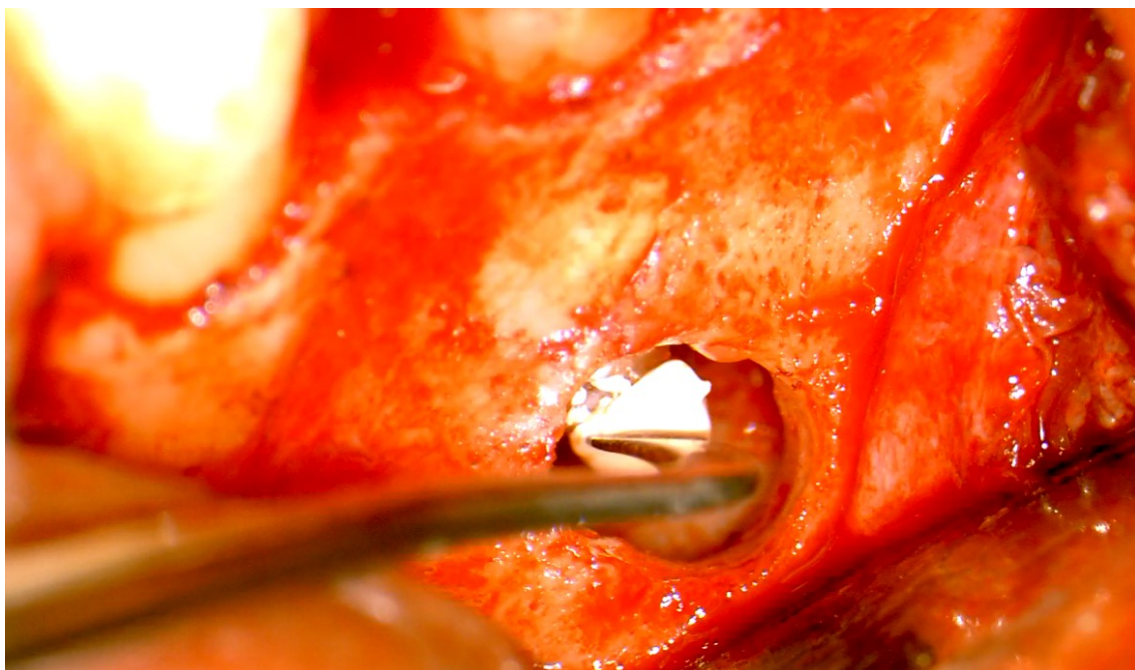
**Figura 25** - Preparo apical canal lingual



**Figura 26** - Canais após preparação retrógrada



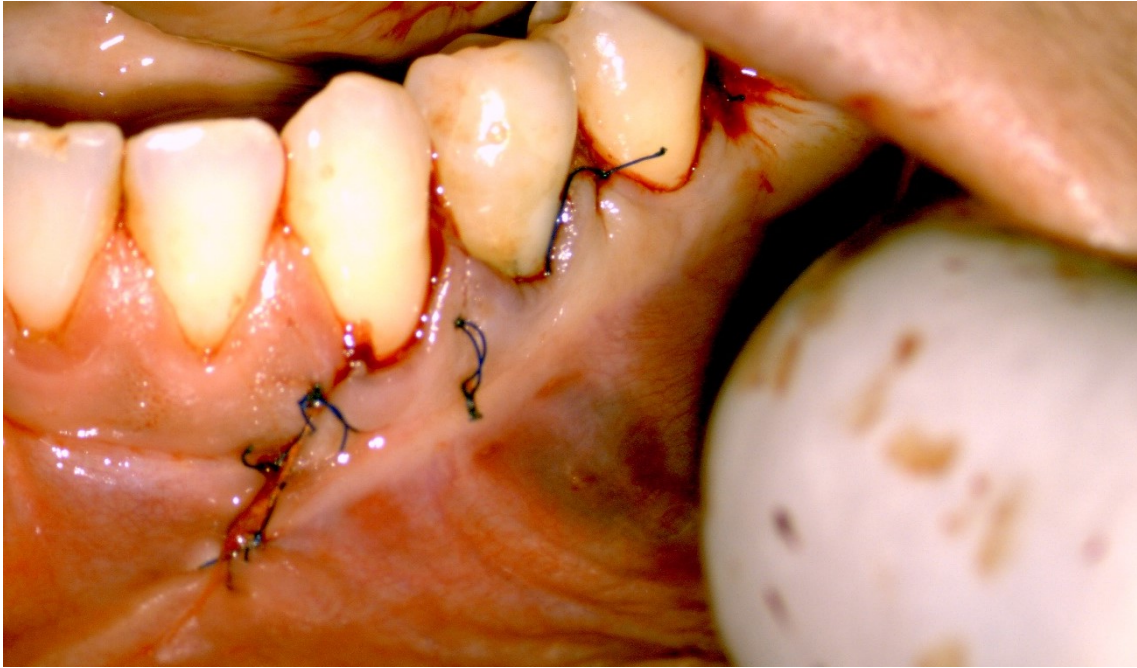
**Figura 27** - Secagem do canal vestibular



**Figura 28** - Obturação retrógrada com Biodentine®



**Figura 29** - Após obturação retrógrada com Biodentine®



**Figura 30 - Sutura 5/0**

### **c) Tratamento regenerativo de defeitos intraósseos com Endogain®**

Introdução: Um dos objetivos da terapia periodontal é a regeneração do suporte periodontal. Têm sido estudados vários tipos de materiais regenerativos, no entanto os resultados dependem muito dos fatores individuais dos pacientes como controlo de placa, BOP, tabagismo e morfologia do defeito periodontal. Este tipo de tratamento só é possível com a cooperação do paciente e manutenção da higienização (21).

Caso Clínico: Paciente caucasiana do sexo feminino com 47 anos compareceu à clínica da Universidade Católica Portuguesa com queixa a nível estético na região do 21. Este apresentava mobilidade associada. Foi diagnosticada periodontite agressiva localizada grave no 2º e 5º sextantes e periodontite generalizada moderada, com índice de placa de 52,88% e índice de sangramento de 42,94%. Durante a sondagem geral, verificou-se um grande defeito ósseo por mesial. Recorreu-se à imagiologia para avaliar melhor essa situação, através de uma TAC.

A estratégia cirúrgica selecionada tem algum peso no prognóstico, sendo que neste caso houve uma preocupação em preservar as papilas (22) aquando da realização do retalho, para favorecer a cicatrização e retenção do biomaterial (23). Foi utilizada a MIST (Minimally Invasive Surgical Technique) que consiste numa incisão intrasulcular envolvendo os dentes adjacentes ao defeito e interdentária, com afastamento vestibular e palatino, expondo a raiz (24). Houve um desbridamento e aplicação de enxerto bovino ósseo (Xenograft®) com solução regenerativa (Endogain®). Termina-se com a sutura em colchoeiro vertical, procurando cicatrização por primeira intenção.

Discussão e Conclusão: Após uma semana, o 21 apresentava alguma mobilidade aumentada, sendo necessário realizar controlos periódicos rigorosos. Era esperada uma diminuição progressiva da mobilidade apresentada, compatível com a recuperação do periodonto. Após 3 meses, foi realizada nova

sondagem e exame imagiológico tendo-se observado melhorias no nível de attachment, o que traduz bom prognóstico da terapia escolhida.



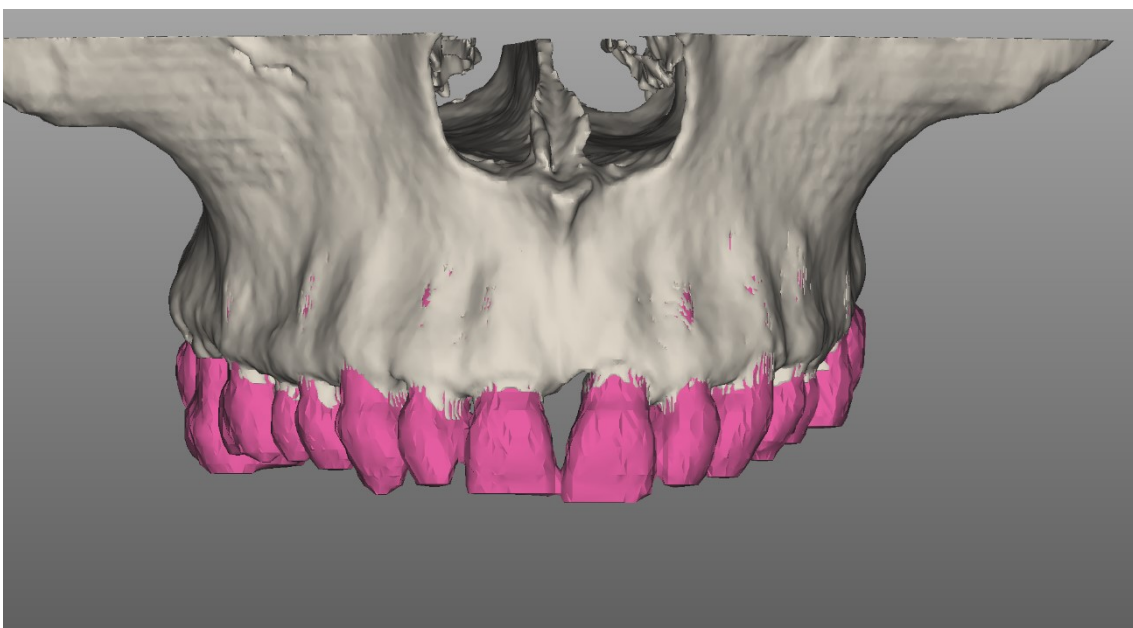
**Figura 31** - Fotografia frontal pré-cirúrgica



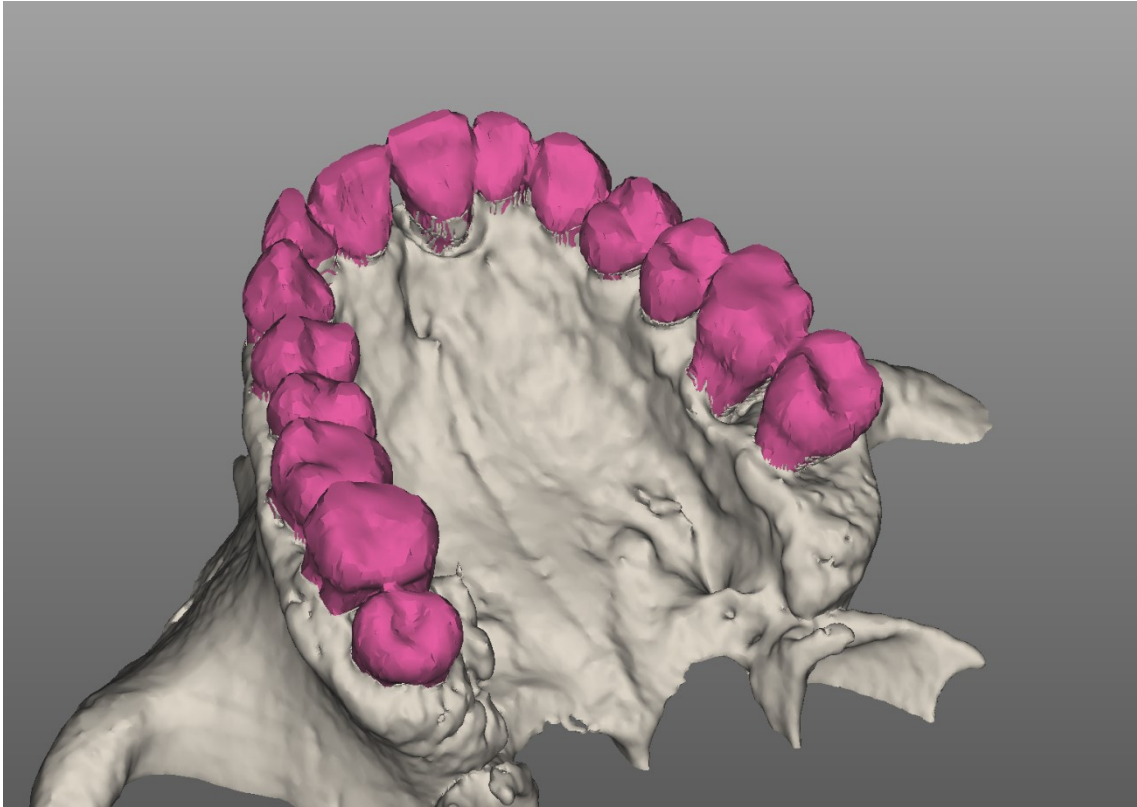
**Figura 32** - Fotografia frontal pré-cirúrgica



**Figura 33** - Fotografia lateral pré-cirúrgica



**Figura 34** - Vista frontal CBCT



**Figura 35 - Vista palatina CBCT**

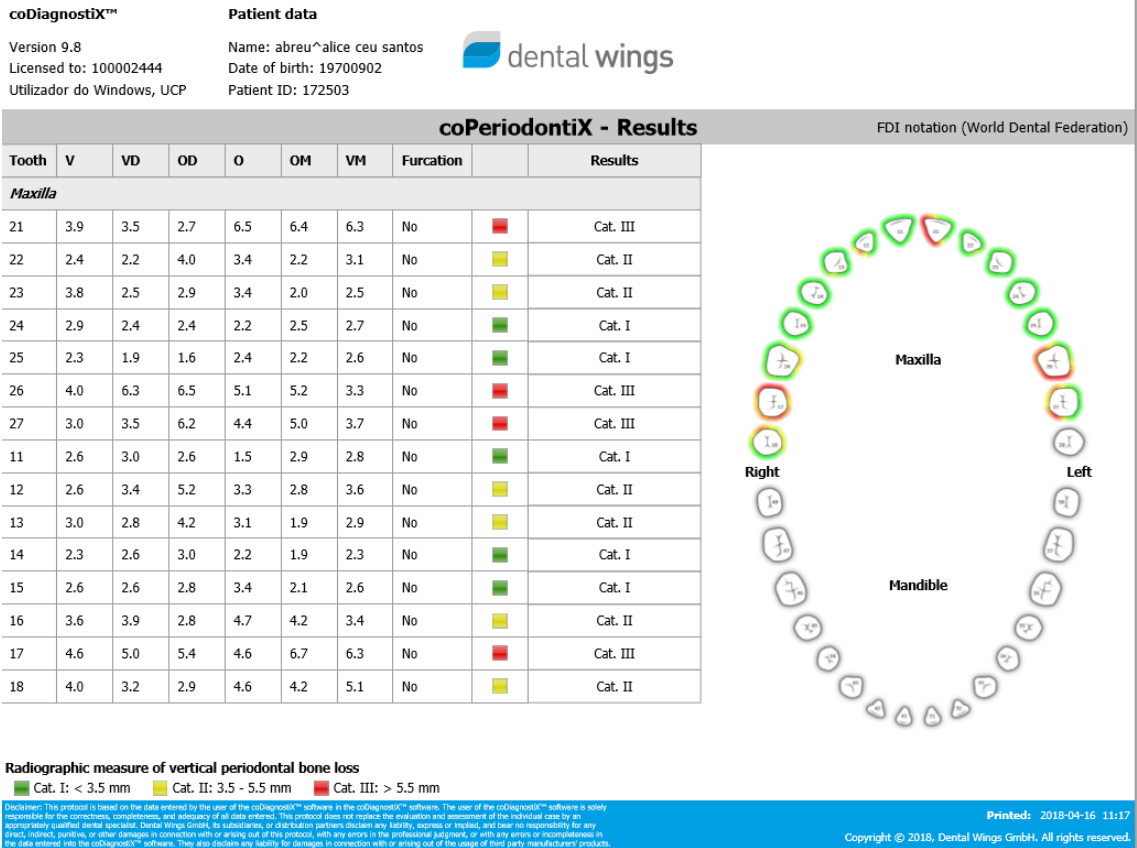


Figura 36 - Avaliação digital do nível de attachment

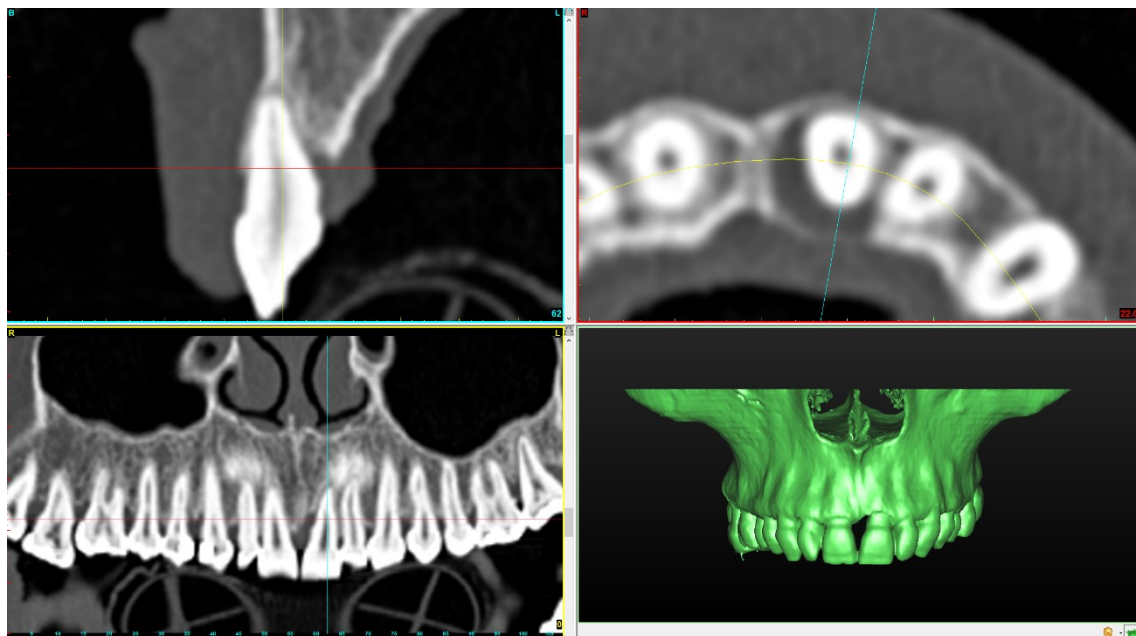
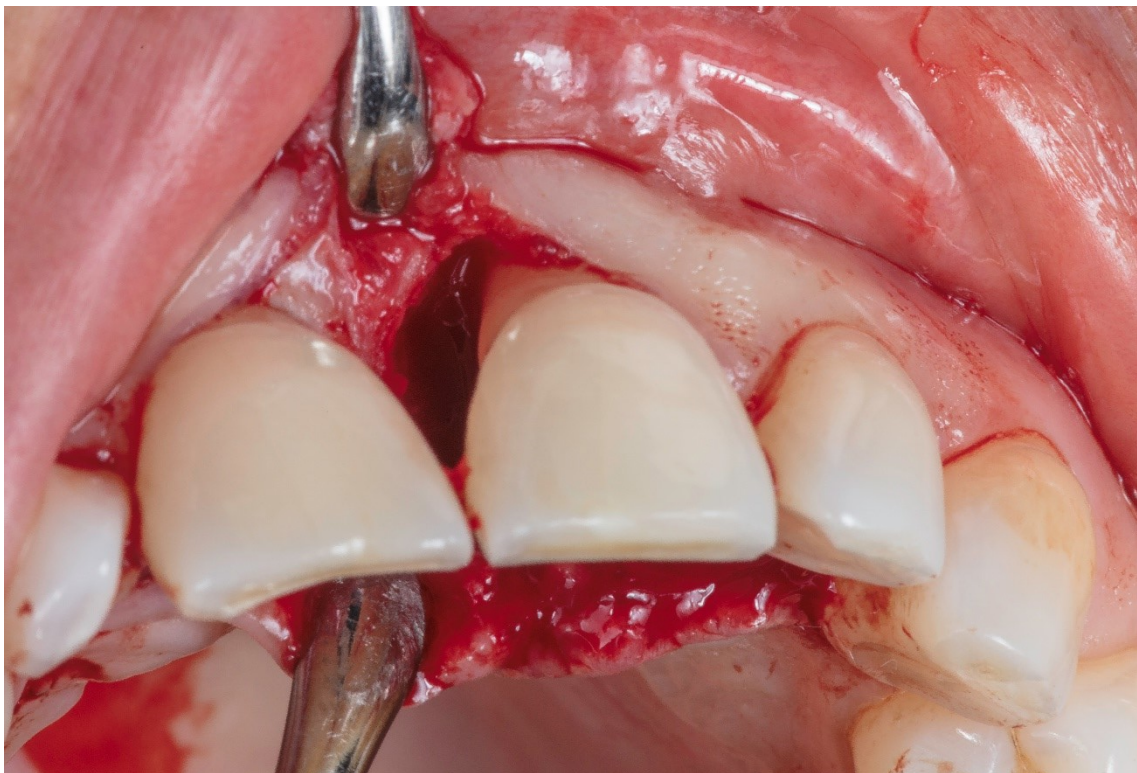


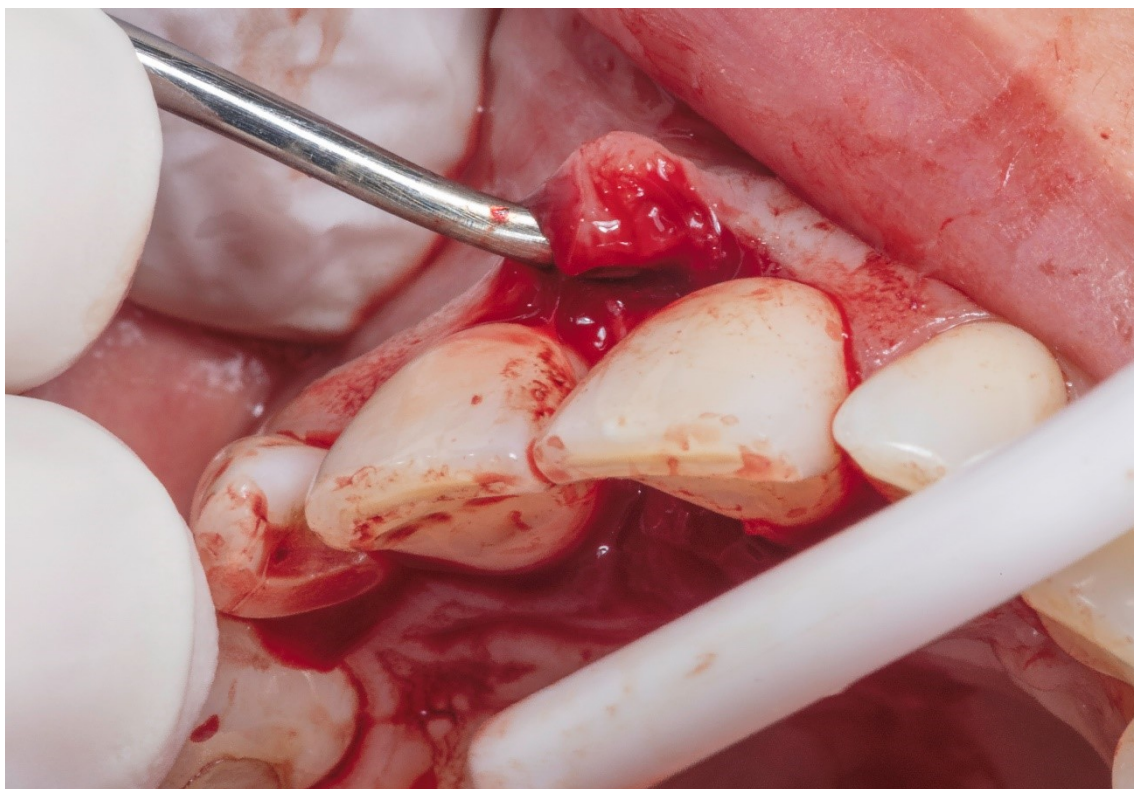
Figura 37 - Corte sagital, axial e coronal CBCT



**Figura 38** - Descolamento vestibular



**Figura 39** - Afastamento vestibular e palatino segundo MIST



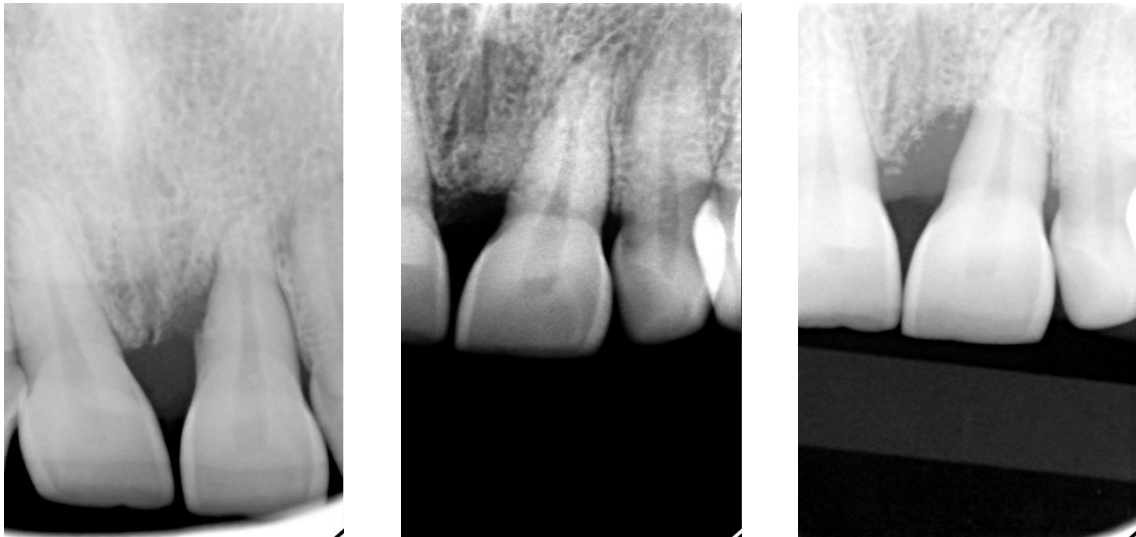
**Figura 40** - Afastamento vestibular e palatino segundo MIST



**Figura 41** - Desbridamento radicular com broca perio-set



**Figura 42** - Fotografia frontal pós-cirúrgica (1 semana)



**Figura 43** - Raio-x periapical pré-operatório, pós-operatório e controlo 3º mês, respetivamente





#### **4. Produção científica**

- a) Ramos F, Cardoso D, Capelas J, Almeida C, Rio R. Encerramento de diastema através da restauração direta com resina composta – caso clínico. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017
- b) Cardoso D, Ramos F, Paulo M, Noites R, Cardoso M. Microscópio cirúrgico em cirurgia apical com obturação retrógrada com Biodentine® - caso clínico. XII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 18-20 maio 2017
- c) Cardoso D, Ramos F, Coutinho C, Marques T, Santos N, Sousa M. Tratamento regenerativo de defeitos intraósseos com Endogain® - caso clínico. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017
- d) Rodrigues C, Pimenta A, Cardoso D, Ramos F, Ferreira V, Couto P. Perda de peças dentárias e possíveis relações causais, diferentes amostras demográficas de idosos institucionalizados – investigação. XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, 11-12 maio 2017



## 5. Bibliografia

1. ADA. History of Dentistry Timeline. [cited 2018 May 22].
2. OMD. Definição de medicina dentária. [cited 2018 May 22].
3. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Impact of oral health on health-related quality of life: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016;16(1):2–7.
4. Peterson LJ. Contemporary oral and maxillofacial surgery. Elsevier Inc.; 2005.
5. Mondelli J. Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restaurador. 1ª. Santos, editor. 2003.
6. Cohen S, Hargreaves KM. Pathways of the Pulp. Mosby Elsevier. 2006;390.
7. Pinto A, Khalaf M, Miller CS. The practice of oral medicine in the United States in the twenty-first century: An update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2015;119(4):408–15.
8. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Oral Pathology – Clinic Pathologic Correlations. 4th ed. Saunders Company, editor. 2003.
9. Okeson. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion , 6th Edition Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion Page 1 of 8 Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion , 6th Edition Management of Temporomandibular Disorders and O. 2008.
10. McDonald RE, Avery DR, Dean JA (Jeffrey A. McDonald and Avery's dentistry for the child and adolescent. Mosby/Elsevier; 2011 [cited 2018 May 22]. 704 p.
11. Proffit W, Fields H, Sarver D. Contemporary Orthodontics. 5th Editio. St Louis. 2007. 414-417; 611-612 p.
12. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Carranza's Clinical Periodontology Expert Consult. 11th ed. 2011.
13. Fujimoto J, Rosenstiel S, Land M. Contemporary Fixed Prosthodontics. 4th ed. 2006.
14. Carr A, Brown D. McCracken Prótese Parcial Removível. 12ª ed. Mosby Elsevier;
15. Basker RM, Davenport JC. Prosthetic Treatment of the Edentulous Patient.

2002.

16. Korkut B, Yanikoglu F, Tagtekin D. Direct Midline Diastema Closure with Composite Layering Technique: A One-Year Follow-Up. *Case Rep Dent.* 2016;2016.
17. Frese C, Schiller P, Staehle HJ, Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. *J Dent.* 2013;41(11):979–85.
18. Caron G, Azérad J, Faure MO, Machtou P, Boucher Y. Use of a new retrograde filling material (Biodentine) for endodontic surgery: Two case reports. *Int J Oral Sci.* 2014;6(4):250–3.
19. Hashem D, Mannocci F, Patel S, Manoharan A, Brown JE, Watson TF, et al. Clinical and radiographic assessment of the efficacy of calcium silicate indirect pulp capping: A randomized controlled clinical trial. *J Dent Res.* 2015 Apr [cited 2016 Apr 14];94(4):562–8.
20. von Arx T. Apical surgery: A review of current techniques and outcome. *Saudi Dent J.* 2011;23(1):9–15.
21. Pini Prato G, Cortellini P. Thirty-year stability after regeneration of a deep intrabony defect: a case report. *J Clin Periodontol.* 2016;43(10):857–62.
22. Aslan S, Buduneli N, Cortellini P. Entire papilla preservation technique in the regenerative treatment of deep intrabony defects: 1-Year results. *J Clin Periodontol.* 2017;44(9):926–32.
23. Cortellini P, Prato GP, Tonetti M, Approach S, Pierpaolo Cortellini, Giovanpaolo Pini Prato MST, Approach S. Technique . A New Surgical Approach for Interproximal Regenerative. *J Periodontol.* 1995;66(4):261–6.
24. Cortellini P, Tonetti MS. A minimally invasive surgical technique with an enamel matrix derivative in the regenerative treatment of intra-bony defects: A novel approach to limit morbidity. *J Clin Periodontol.* 2007;34(1):87–93.

