



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Ana Francisca Lima de Matos Silvestre Rodolfo

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Francisca Lima de Matos Silvestre Rodolfo

Orientador:

Professora Doutora Patrícia Fonseca

Coorientador:

Mestre Cristina Figueiredo

Viséu, 2020

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Fonseca, por todo o apoio, disponibilidade e conselhos transmitidos ao longo da realização deste relatório.

À minha co-orientadora, Mestre Cristina Figueiredo, pela ajuda prestada nesta etapa.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão um agradecimento especial, pelo apoio incondicional e incentivo durante estes anos, por acreditarem e fazerem-me acreditar em mim e nos meus objetivos, ajudando-me a superar todos os obstáculos que foram surgindo neste percurso.

À minha avó, pela coragem e apoio transmitidos durante estes anos.

Às amigas e colegas de casa, Alice e Celina, por todos os bons momentos vivenciados, por todas as conversas e gargalhadas juntas. Obrigada pela amizade e incentivo, por terem estado sempre ao meu lado em qualquer situação. Um especial obrigada à Celina, por ter partilhado este percurso comigo como minha binómia, pelo companheirismo, pelos momentos menos bons que soubemos ultrapassar juntas e pelos sucessos partilhados.

Às amizades que Viseu me deu, obrigada por todos os momentos que nunca irei esquecer.

A todos os funcionários da Universidade Católica de Viseu, obrigada pela ajuda e simpatia.

Resumo

A Medicina Dentária é uma área multidisciplinar que promove a saúde oral na população através de prevenção, diagnóstico e tratamento, de forma a reabilitar a função e a estética do aparelho estomatognático.

Apesar dos programas de prevenção e manutenção da saúde oral estarem a proporcionar uma diminuição do edentulismo total, o aumento da esperança média de vida tem provocado um crescimento da população parcialmente desdentada.

A formação base de um médico dentista inclui o conhecimento da anatomia e das funções biológicas, assim como das lesões e patologias que englobam a boca, dentes, maxilares e tecidos envolventes, com o intuito de atuar quer de forma preventiva quer de forma terapêutica.

O presente Relatório de Atividade Clínica descreve a atividade clínica realizada pela autora na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, realizada ao longo do 5º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária no ano letivo de 2019-2020, e tem como objetivo o término do 2º ciclo de estudos, correspondente ao Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD). Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, que consistem numa análise quantitativa e qualitativa dos pacientes atendidos e dos atos realizados nas diversas disciplinas: Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prótese Fixa e Prótese Removível, e numa segunda parte na apresentação e discussão de 3 casos clínicos diferenciados. O primeiro caso no âmbito das disciplinas de Cirurgia Oral e Prótese Removível, o segundo no da disciplina de Prótese Removível e o último caso relacionado com a área de Periodontologia.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Atividade Clínica, Prótese Total, Prótese Removível, Sobredentadura Implantossuportada, Gengivectomia

Abstract

Dental Medicine is a multidisciplinary area which promotes oral health in the population through prevention, diagnosis and treatments, in order to rehabilitate function and aesthetics of the stomatognathic system.

In spite of prevention and maintenance programmes in oral health providing a decrease in total edentulism, in contrast the increase of average lifespan has caused a growth in the partially toothless population.

The basic training of a dentist includes the knowledge of anatomy and biological functions as well as injuries and pathologies affecting the mouth, teeth, jaws and associated tissues in order to act in prevention and treatment of oral pathologies.

The current Clinical Activity Report describes the clinical activity carried out by the author at the University Dental Clinic of the Portuguese Catholic University throughout the 5th Year of the Master's Program in Integrated Dental Medicine in the school year of 2019-2020 and is aimed to enclose the Integrated Master's Degree in Dental Medicine (MIMD).

This work is divided into two parts consisting of a quantitative and qualitative analysis of the patients accompanied by the author, in multiple areas such as: Oral Surgery, Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Odontopediatrics, Orthodontics, Periodontology, Fixed Prosthodontics and Removable Prosthodontics and the presentation and discussion of three different clinical cases. The first case relating to Oral Surgery and Removable Prosthesis, the second to Removable Prosthodontics and the last related to Periodontology.

Keyword: Dentistry, Clinical Activity, Total Prosthesis, Removable Prosthesis, Implant supported overdenture, Gingivectomy

Índice

1	Introdução.....	3
2	Análise da Atividade Clínica	13
2.1	Dados da Atividade Clínica Geral	13
2.2	Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar	15
2.2.1	Medicina Oral.....	15
2.2.2	Dentisteria Operatória.....	16
2.2.3	Endodontia	18
2.2.4	Odontopediatria	20
2.2.5	Ortodontia.....	22
2.2.6	Cirurgia Oral	23
2.2.7	Periodontologia.....	25
2.2.8	Prostodontia Fixa.....	27
2.2.9	Prostodontia Removível.....	28
2.2.10	Oclusão	29
3	Casos Clínicos Diferenciados.....	33
3.1	Caso Clínico 1- Reabilitação Oral com Sobredentadura Implantossuportada Removível.....	33
3.1.1	Introdução.....	33
3.1.2	Caso Clínico	34
3.1.3	Discussão	48
3.2	Caso Clínico 2- Reabilitação Oral com Prótese Total Convencional.....	50
3.2.1	Introdução.....	50
3.2.2	Caso Clínico	51
3.2.3	Discussão	59
3.3	Caso Clínico 3- Gengivectomia.....	62
3.3.1	Introdução.....	62
3.3.2	Caso Clínico	64
3.3.3	Discussão	69
4	Conclusão.....	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes por género.....	14
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por faixa etária.	14
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por área disciplinar.....	15
Gráfico 4 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Dentisteria Operatória.	18
Gráfico 5 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Endodontia.	20
Gráfico 6 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Odontopediatra.....	21
Gráfico 7 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Cirurgia Oral.	24
Gráfico 8 - Distribuição dos atos clínicos em Periodontologia.....	26
Gráfico 9 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Prótese Fixa.	28
Gráfico 10 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Prótese Removível. .	29
Gráfico 11 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Oclusão.	30

Índice de Figuras

Figura 1- Radiografia panorâmica.....	35
Figura 2- Fotografias extraorais frontais (PIM, Sorriso e Repouso)	35
Figura 3- Fotografias extraorais laterais (PIM, Sorriso e Repouso).....	36
Figura 4- Fotografias intraorais com prótese (A- Vista frontal; B- Vista lateral; C- Vista lateral esquerda).....	36
Figura 5- Fotografias intraorais sem prótese (A- Vista frontal; B- Vista lateral; C- Vista lateral esquerda).....	36
Figura 6- Modelos de estudo (superior e inferior).....	37
Figura 7- Radiografia periapical do dente 43.....	37
Figura 8- Radiografia periapical do dente 33.....	37
Figura 9- Impressão de arrasto inferior.....	38
Figura 10- Impressão arcada superior (com prótese).....	38
Figura 11- Dente 33 após extração.....	39
Figura 12- Dente 43 após extração.....	39
Figura 13- Prótese com acrescento dos dentes 33 e 43 (vista oclusal).....	40
Figura 14- Prótese com acrescento dos dentes 33 e 43 (vista frontal).....	40
Figura 15- Rebordo alveolar após extrações.....	40
Figura 16- Incisão a nível cristal e descolamento do retalho.....	41
Figura 17- Regularização óssea do rebordo alveolar.....	42
Figura 18- Marcação do local de colocação dos implantes.....	42
Figura 19- Alargamento do local para colocação do implante.....	42
Figura 20- Colocação dos implantes.....	43
Figura 21- Confirmação do paralelismo entre implantes.....	43
Figura 22- Colocação das tampas de cicatrização nos implantes.....	43
Figura 23- Sutura da ferida cirúrgica.....	44
Figura 24- Rebasamento da prótese total removível.....	44
Figura 25- Rebordo alveolar 15 dias após cirurgia de colocação dos implantes.....	44
Figura 26- Segundo rebasamento da prótese total removível.....	44
Figura 27- Diagrama de Jacobson e Krol modificado por Turano.....	50
Figura 28- Radiografia panorâmica.....	51

Figura 29- Fotografias extraorais frontais (PIM, Sorriso e Repouso).....	52
Figura 30- Fotografias extraorais laterais (PIM, Sorriso e Repouso).....	52
Figura 31- Fotografias intraorais (A – Vista frontal; B - Vista lateral direita; C – Vista lateral esquerda).....	53
Figura 32- Fotografia intraoral (oclusal superior e inferior).....	53
Figura 33- Modelos de estudo (superior e inferior).....	53
Figura 34- Moldeira individual, selamento periférico e impressão funcional definitiva.....	54
Figura 35- Placa base superior com rolo de articulação em cera.....	55
Figura 36- Marcação da linha média, da linha dos caninos e linha do sorriso...55	55
Figura 37- Rolo de articulação com o registo intermaxilar em cêntrica.....	55
Figura 38- Escolha da cor dos dentes (A3) - Escala Vita® Clássica.....	55
Figura 39- Prova de dentes (vista frontal).....	56
Figura 40- Prova de dentes (frontal em PIM).....	56
Figura 41- Prova de dentes (frontal em sorriso).....	56
Figura 42- Correção da linha média, linha do sorriso e confirmação do plano oclusal.....	56
Figura 43- Prova de dentes (frontal em PIM).....	57
Figura 44- Prova de dentes (frontal em sorriso).....	57
Figura 45- Confirmação do plano oclusal (plano de Fox paralelo à linha bipupilar.....	57
Figura 46- Confirmação do plano oclusal (plano de Fox paralelo ao plano de Camper).....	57
Figura 47- Prótese total definitiva (vista oclusal e frontal).....	58
Figura 48- Colocação da prótese em boca.....	58
Figura 49- Radiografia panorâmica.....	64
Figura 50- Fotografia intraoral (vista frontal).....	65
Figura 51- Fotografias intraorais (vista lateral direita e esquerda).....	65
Figura 52- Planeamento da guia cirúrgica.....	65
Figura 53- Planeamento da guia cirúrgica na tomografia computadorizada de feixe cónico.....	66
Figura 54- Guia cirúrgica (vista anterior e posterior).....	66
Figura 55- Guia cirúrgica em boca (vista frontal).....	66
Figura 56- Guia cirúrgica em boca (vista lateral direita).....	66

Figura 57- Guia cirúrgica em boca (vista lateral esquerda).....	67
Figura 58- Gengivectomia no 1º quadrante.....	67
Figura 59- Gengivectomia no 2º quadrante.....	68
Figura 60- Gengivectomia (final).....	68

Lista de Siglas e Acrónimos

ADA- *American Dental Association*

ASA- *American Society of Anesthesiology*

ATM- *Articulação Temporomandibular*

CBCT- *Cone Beam Computer Tomography*

CDUCP- *Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa*

DTM- *Distúrbios Temporomandibulares*

DVO- *Dimensão Vertical de Oclusão*

ECTS- *European Credit Transfer System*

Er: yag- *Laser Érbio*

FDI- *Federação Dentária Internacional*

FMD- *Faculdade de Medicina Dentária*

HILT- *High Intensity Laser Therapy*

ICDAS- *International Caries Detection and Assessment System*

INR- *International Normalized Ratio*

JAC- *Junção Amelocementária*

LASER- *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*

LLLT- *Low-Level Laser Therapy*

MIMD- *Mestrado Integrado em Medicina Dentária*

Nd: yag- *Laser Neodímio*

OMD- *Ordem dos Médicos Dentistas*

PIM- *Posição de Intercuspidação Máxima*

PPR- *Próteses Parciais Removíveis*

RDC/TMD- *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

SCS- *Screw Carrying System*

UCP Viseu- *Universidade Católica Portuguesa de Viseu*

Introdução

1 Introdução

Na Faculdade de Medicina Dentária (FMD) da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (UCP Viseu), o curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) é formado por cinco anos académicos, que se dividem em 2 ciclos de estudos. O primeiro ciclo de estudos é constituído por 3 anos letivos, confere o grau de Licenciatura em Ciências Biomédicas Dentárias, e perfaz um conjunto de 180 ECTS (*European Credit Transfer System*). O segundo ciclo do MIMD corresponde aos 2 últimos anos e concede o grau de Mestrado em Medicina Dentária com 300 ECTS.

Os três primeiros anos são baseados em aulas teóricas complementadas com aulas teórico-práticas, que permitem fundamentar e consolidar os conceitos teóricos, tornando-os efetivos. É no 2º semestre do 2º ano, que se iniciam as aulas de pré-clínico, com as disciplinas de Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória e Endodontia. No 1º semestre do 3º ano, para além das disciplinas referidas anteriormente, iniciam-se em pré-clínico, as disciplinas de Periodontologia, Oclusão, Odontopediatria e Ortodontia. Neste mesmo ano, no 2º semestre, os alunos dão início à prática clínica nas disciplinas de Periodontologia, Dentisteria Operatória e Cirurgia Oral. Apenas no 1º semestre do 4º ano, os alunos integram as aulas de pré-clínico de Prostodontia Fixa e Prostodontia Removível, e as aulas clínicas de Endodontia e Odontopediatria, sendo que a Prostodontia Removível inicia a sua prática clínica no 2º semestre deste mesmo ano. As últimas disciplinas a iniciarem a sua prática clínica são as disciplinas de Medicina Oral, Oclusão, Ortodontia e Prostodontia Fixa, no 5º ano do MIMD.

Este relatório descreve a atividade clínica, realizada pela aluna Ana Francisca Silvestre Rodolfo que integra o binómio 71, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, realizada ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária no ano letivo de 2019-2020.

Irá ser abordada toda a atividade clínica, de um modo particular, realizada no âmbito das disciplinas de Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia Fixa e Prostodontia Removível. Nesta fase pretende-se que os

alunos apliquem a nível clínico, todos os conhecimentos e fundamentos adquiridos, com o objetivo de aperfeiçoar, cada vez mais e melhor, o desempenho clínico em Medicina Dentária.

Enquanto futura Médica Dentista reconheço a responsabilidade de me destacar pela boa prática clínica. Assim, optei pela realização deste relatório, para abordar todas as áreas da minha formação e não apenas uma em específico. O incentivo à exploração de casos clínicos diferenciados com planos de tratamento multidisciplinares, contribui para aprofundar os meus conhecimentos teóricos, tentando explorar ao máximo as mais recentes e diferenciadas técnicas, conseguindo desta forma, aprimorar a minha capacidade de atuação.

Na Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa (CDUCP) ocorre o atendimento a pacientes nas diversas áreas curriculares, sob vigilância dos respetivos docentes. A clínica é frequentada por pacientes de diversas faixas etárias e diversas condições socioeconómicas apresentando-se sob diferentes condições de saúde geral e oral. O nosso papel enquanto estudantes de medicina dentária passa pela adaptação a cada paciente, de forma individualizada, de modo a realizar uma detalhada história clínica/anamnese. Depois de identificada a queixa principal do doente, segue-se a cuidada observação intra e extraoral, suportadas por meios auxiliares de diagnóstico. Feito o correto diagnóstico clínico, o plano de tratamento é determinado tendo em consideração a particularidade de cada caso específico.

Cada paciente é atendido por um binómio (dois alunos) que alternadamente assumem o papel de operador e assistente. Todos os pacientes que frequentam a CDUCP comparecem, em primeiro lugar, à consulta de Medicina Oral, área encarregue da sua triagem. É preenchida a história clínica, realizado o exame físico e os exames auxiliares de diagnóstico. Desta forma, é estabelecido o plano de tratamento, de acordo com as prioridades de diagnóstico, e o paciente é orientado para as diversas áreas disciplinares:

— Cirurgia Oral: é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico das doenças, lesões e anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas;(1)

— Dentisteria Operatória: esta área disciplinar dedica-se à restauração dos tecidos dentários, perdidos por cárie ou traumatismo, assim como à correção estética dos mesmos (como, por exemplo, alterações de cor e defeitos anatómicos);(2)

— Endodontia: estuda a polpa dentária, os canais radiculares e os tecidos periapicais, as doenças que os atingem e as técnicas para as solucionar;(3)

— Medicina Oral: diagnostica e trata diversas condições patológicas que acometem a região da cabeça e do pescoço;(4)

— Oclusão: dedica-se ao estudo da articulação temporomandibular e das relações intermaxilares, diagnosticando e tratando/acompanhando as disfunções temporomandibulares (DTM) com objetivo maior de atingir uma oclusão funcional;(5)

— Odontopediatria: especialidade que se encarrega do diagnóstico e tratamento dos problemas dentários e orofaciais dos pacientes entre os 6 meses e os 18 anos;(6)

— Ortodontia: estuda o desenvolvimento do complexo craniofacial, da oclusão e da função neuromuscular. Dedicar-se ao diagnóstico e tratamento das másoclusões;(7)

— Periodontologia: estuda as estruturas e tecidos de suporte do dente, e as patologias que os atingem, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento e manutenção;(8)

— Prostodontia Fixa: ramo da Prostodontia que se dedica à utilização de dispositivos protéticos fixos, sobre dentes ou sobre implantes, para a substituição ou reabilitação, estética e funcional, de dentes;(9)

— Prostodontia Removível: ramo da Prostodontia que se dedica à substituição, estética e funcional, de dentes e tecidos adjacentes por dispositivos protéticos removíveis.(10)

Na CDUCP, cada área disciplinar tem o seu dia de atendimento. No início de cada aula/atendimento clínico, o binómio é responsável por requisitar todo o material

necessário à consulta na sala de limpos (sala verde). Esta sala, contém o material esterilizado, arrumado e organizado por áreas de intervenção. Após o decorrer de cada consulta, o binómio fica encarregue de levar o material utilizado à sala de sujos (sala vermelha), onde os equipamentos são lavados, desinfetados e secos, para seguidamente serem enviados para a sala de esterilização (sala laranja), onde são embalados em mangas permeáveis e esterilizados em autoclaves.

Esta monografia tem como objetivo principal, para além de descrever toda a atividade clínica nas diversas áreas disciplinares, relacionar o edentulismo com os hábitos individuais, higiene oral, idade e género dos pacientes da população em geral.

No final são apresentados três casos clínicos diferenciados, realizados ao longo deste período. Nesta apresentação é elaborada uma introdução ao tema abordado, a descrição exaustiva do caso clínico propriamente dito, com todos os procedimentos efetuados e respetivos materiais, terminando com a discussão do caso apresentado.

A *American Dental Association* (ADA) define Medicina Dentária como a área da Medicina que se dedica à avaliação, ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento de distúrbios da cavidade oral, da região maxilofacial e das estruturas adjacentes. Estes cuidados são prestados pelo Médico Dentista e pelos demais profissionais de saúde oral.(11)

A FDI (Federação Dentária Internacional), definiu Saúde Oral como sendo "...multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial."(12) Em 2016 a FDI revê esta definição, considerando que a saúde oral influencia a saúde geral e o bem-estar físico e psicológico, sendo influenciada por atitudes individuais e sociais. Para além disso, reflete particularidades fisiológicas, sociais e psicológicas básicas à qualidade de vida. A saúde oral é também representativa das experiências, expectativas e capacidade de adaptação de cada indivíduo.(13,14)

O edentulismo refere-se à perda natural e/ou traumática, parcial ou total, dos dentes permanentes do indivíduo, podendo estar associado a: (15)

- Fatores biológicos, como patologias e condições que afetam a cavidade oral, como a periodontite e a cárie dentária, com condições sistémicas, como a diabetes, declínio físico e funcional ou;

- Fatores não biológicos como condições socioeconómicas, que pode ser associado à falta de programas e políticas preventivas.

Sendo assim, a perda dentária é considerada como tendo uma etiologia multifatorial.(14,15,16)

Atualmente, as duas principais causas de perda dentária são a cárie dentária e a doença periodontal. (13,17) Isto deve-se, principalmente ao facto de o tratamento ocorrer num estado avançado da doença.

A cárie dentária é uma doença crónica, multifatorial, que progride lentamente, e consiste na destruição dos tecidos duros por ácidos produzidos pelas bactérias cariogénicas. Nos estágios iniciais, apenas ocorrem mudanças precoces no esmalte, denominadas de lesões brancas, lesões subclínicas, reversíveis, não detetadas radiograficamente. Com a progressão ocorre amolecimento dos tecidos duros, passando a uma lesão cavitada.(18)

A doença periodontal é uma condição inflamatória que afeta o periodonto. Resulta da disbiose da microbiota oral, que interage com o sistema imunológico do indivíduo, e provoca inflamação gengival (gengivite). Este estado inicial da doença periodontal, se progredir para perda de *attachment* passa a designar-se por periodontite.(19)

É importante referir que, o género pode estar associado com as principais causas de perda dentária. A variação hormonal que acontece no género feminino impulsiona alterações intraorais nos tecidos moles, que aumentam a permeabilidade vascular e diminuem a imunocompetência do hospedeiro, ampliando, desta forma, a suscetibilidade à doença periodontal.(17) Também as doenças imunológicas afetam mais as mulheres, provocando uma alteração no

fluxo salivar, que por consequência leva ao aumento de incidência da cárie dentária.(17)

No entanto, na população em geral, a perda dentária é mais notória nos homens. Isto pode ser justificado pela prevalência da periodontite, por sua vez ligada a menores cuidados de higiene oral, prevalência de certos hábitos como o tabaco e o álcool, e menor procura por cuidados médico-dentários.(17,14)

O problema do edentulismo, também predomina em grupos etários mais velhos, pessoas com menor nível socioeconómico, nível de escolaridade mais baixo, menor acesso aos cuidados de saúde e em indivíduos com visitas não regulares ao médico dentista.(14,17,15)

Esta condição, vista como um problema que afeta a saúde oral em todo o mundo está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos pacientes, afetando quer a rotina diária quer a integração social do paciente. A nível funcional, além de provocar dor física, afeta a fonética e a função mastigatória, levando a que estes pacientes incluam na sua dieta, preferencialmente alimentos menos fibrosos. Esta alteração levará à redução da eficácia dos músculos mastigatórios e a um défice nutricional, podendo deste modo, conduzir à obesidade, diabetes *mellitus* e patologias cardiovasculares. Outra consequência da falta dos elementos dentários é a reabsorção óssea que conduzirá à alteração da dimensão vertical de oclusão (DVO). A nível estético, a perda dentária leva à alteração da expressão facial o que pode perturbar o paciente a nível psicológico e social, diminuindo a sua autoestima.(15,14,20) Assim, o edentulismo tem um impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes.

Segundo o barómetro da saúde oral da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) de 2019, apenas 31,0% da população portuguesa tem a dentição completa, o que indica que cerca de 70% tem falta de dentes naturais. Em Portugal, cerca de 9,4% da população regista a falta de todos os dentes naturais, sendo no género feminino que se observa a maior percentagem de desdentados totais.(21)

Para garantir qualidade de vida e saúde em geral, é imperativo atender às necessidades de reabilitação oral destes pacientes, de modo a que possamos evitar danos físicos, funcionais, psicológicos e estéticos. Assim, torna-se

imperativo procurar soluções reabilitadoras da perda dentária, que passam pelo uso de próteses removíveis, próteses fixas ou mesmo a reabilitação com implantes.

Tendo o género feminino uma autoperceção mais crítica da saúde oral, que consequentemente assenta numa maior preocupação com a estética, as mulheres são as primeiras a procurar soluções protéticas.(16)

O barómetro da saúde oral da OMD de 2019 diz-nos que 48,6% dos portugueses com perda de dentes naturais não tem dentes de substituição, 41,4% usam prótese removível (64,2% têm prótese bimaxilar, 27,4% têm apenas superior e 8,4% têm inferior) e 12,0% possuem prótese fixa.(21)

Atividade Clínica

2 Análise da Atividade Clínica

Neste relatório é apresentada e interpretada toda a informação referente à atividade clínica do binómio 71 realizada desde 27 de setembro de 2019 até 13 de março de 2020.

A recolha de dados é elaborada com apoio no programa informático de gestão clínica NEWSOFT DS®, onde através do questionário referente à história clínica de cada paciente são recolhidas informações relativamente ao género, à faixa etária, aos hábitos tabágicos e aos hábitos de escovagem. Também são utilizados os programas PLANMECA DIMAXIS® e ROMEXIS®, para análise dos exames imagiológicos complementares de diagnóstico.

Os dados recolhidos são tratados graficamente pelo programa Office Excel da Microsoft® e interpretados de modo a caracterizar a amostra de pacientes constituintes deste relatório.

Todas as fotografias utilizadas para documentar cada caso clínico são obtidas por uma câmara fotográfica Canon® EOS 800D com uma objetiva 18-135mm e um flash anelar da mesma marca.

A amostra é caracterizada inicialmente de uma forma geral e posteriormente por área disciplinar, analisando o número de pacientes atendidos, diferenciando o papel de operadora e de assistente da autora e os principais tratamentos efetuados.

2.1 Dados da Atividade Clínica Geral

O binómio 71 teve um total de 107 marcações, das quais 71 (66,4%) foram consultas efetivadas, atendendo 30 pacientes distintos. Ocorreram 30 (28,0%) desmarcações e 6 (5,6%) faltas.

Em relação às 71 consultas realizadas pela autora, 37 (52,1%) foram realizadas como operadora e 34 (47,9%) como assistente.

No que diz respeito à distribuição dos pacientes por género, dos 30 pacientes observados, existe predominância dos pacientes do género feminino (n=17; 56,7%) (Gráfico 1)

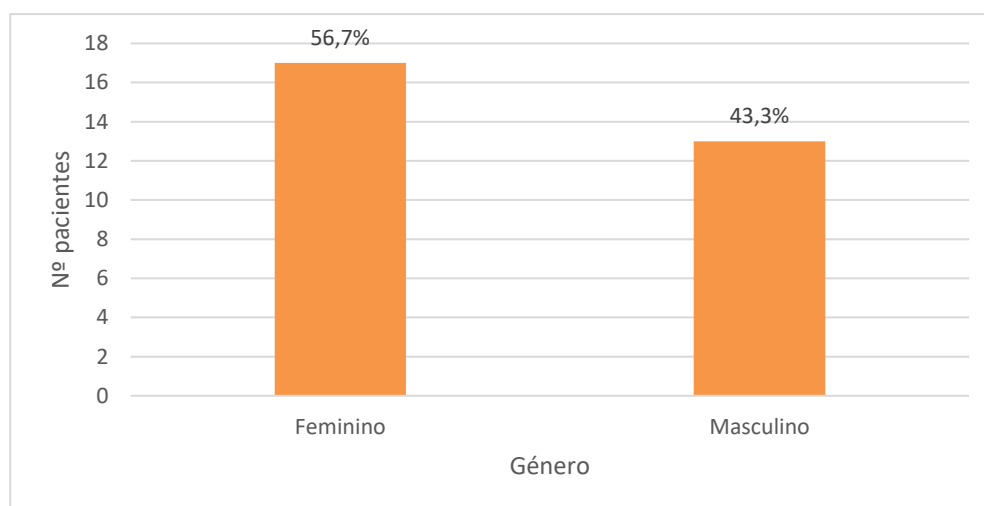


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes por género.

Relativamente à distribuição dos pacientes por faixa etária, a maior prevalência regista-se nas idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos (26,7%). Sendo que os pacientes com as idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos são os menos frequentes (3,3%). (Gráfico 2)

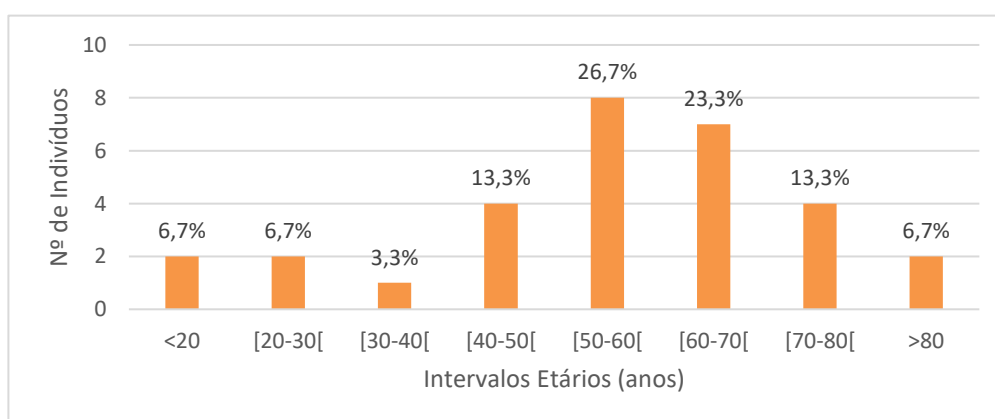


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por faixa etária.

Uma vez que os hábitos tabágicos provocam efeito negativo na saúde oral dos pacientes, efetuou-se a contabilização dos pacientes fumadores e não fumadores. Dos 30 pacientes atendidos pelo binómio 71, 5 (16,7%) eram fumadores e 25 (83,3%) eram não fumadores.

Em relação aos hábitos de escovagem, foi efetuado o registo do número de escovagens por dia de cada paciente (zero, uma, duas ou três vezes). Dos 30 pacientes atendidos, 10 (33,3%) apenas escovava uma vez por dia, 13 (43,3%) escovavam duas vezes ao dia e 7 (23,3%) escovavam três vezes ao dia.

2.2 Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar

Analisando a distribuição das consultas de acordo com a área disciplinar envolvida verificamos que o maior número de marcações ocorre em Prostodontia Removível, e o menor em Oclusão. (Gráfico 3)

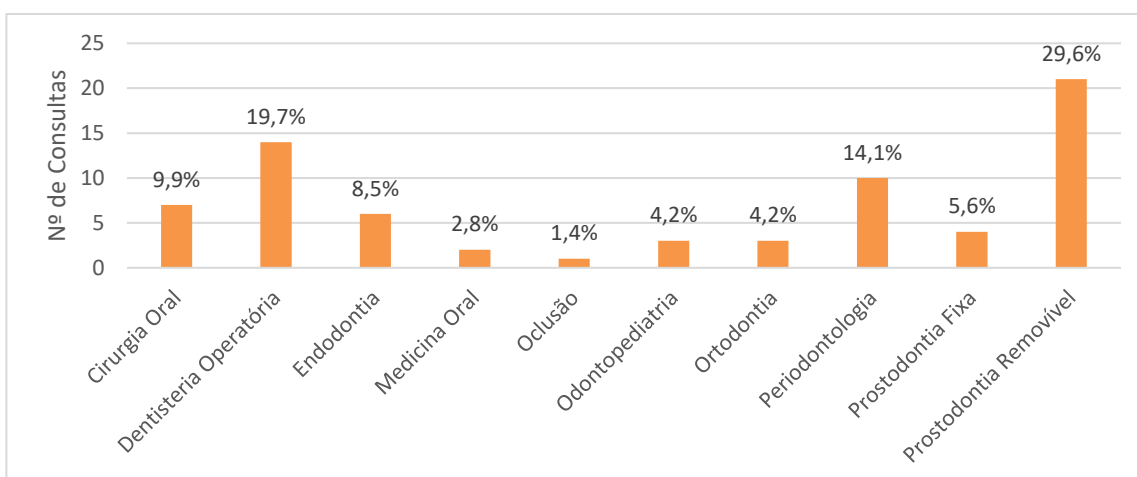


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por área disciplinar.

2.2.1 Medicina Oral

A Medicina Oral é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo, diagnóstico e tratamento das patologias da cavidade oral e estruturas anexas. Assim, os Médicos Dentistas devem ter um conhecimento avançado acerca da forma clínica, patogénese e tratamento destas lesões.(4)

Na CDUCP esta é a área encarregue pela triagem dos pacientes, onde através do preenchimento da história clínica em conjunto com os exames clínicos (extra e intraoral) e os exames imagiológicos conseguimos obter um diagnóstico e elaborar um primeiro plano de tratamento, de modo a direcionar o paciente para a(s) área(s) específica(a). No caso de ser uma patologia oral com indicação para biópsia, esta é realizada de forma a atingir a confirmação histopatológica que

influencia nas futuras decisões do plano de tratamento. Existem diversas técnicas de biópsias disponíveis, entre as quais a biópsia excisional, em que a lesão é totalmente removida, e a incisional na qual apenas uma parte da lesão é removida. Ambas devem incluir uma parte de tecido normal ou saudável.(22)

As aulas de Medicina Oral têm uma duração de três horas semanais de prática clínica, que incluem um seminário final para avaliação teórica e análise e discussão dos casos clínicos.

Ao longo do ano letivo foram realizadas no total 2 consultas pelo binómio 71, das quais 1 foi como operador e 1 como assistente. Dos 2 atos, 1 foi encaminhado para Dentisteria Operatória e Periodontologia e o outro encaminhado para Endodontia. (Tabela 1)

Tabela 1- Tipo de consultas realizadas em Medicina Oral

Número de consultas	Tipo de Consultas
2	Consultas de 1ª vez

2.2.2 Dentisteria Operatória

A área da Dentisteria é a área mais abrangente da Medicina Dentária que inclui a prevenção, a reversão ou restauração de lesões não cariosas e/ou cariosas, de traumatismos dentários, de alterações de cor e forma através de materiais restauradores diretos compatíveis com a estrutura dentária, de modo a devolver a forma e a função do dente.(23)

A cárie dentária é uma doença multifatorial, crónica que traduz o resultado do desequilíbrio entre o processo de desmineralização e o processo de remineralização dentária. A lesão individual de cárie é o resultado da predisposição individual, de fatores biológicos, comportamentais e ambientais. É importante termos um sistema de classificação da cárie para avaliar riscos e garantir uma correta intervenção em relação ao tratamento. As lesões de cárie, no caso de ocorrerem apenas alterações de cor, textura e brilho sem rutura

macroscópica da superfície são denominadas lesões não cavitadas e apenas quando ocorre perda da integridade da superfície tornam-se lesões cavitadas.(23)

O *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS) é um sistema simples que fornece um diagnóstico detalhado do processo de iniciação e progressão da cárie e utiliza as características da superfície da estrutura dentária para determinar a profundidade histológica das cavidades de cárie.(24)

De entre as lesões não cariosas, que levam à perda irreversível dos tecidos duros dentários, podemos destacar a erosão, a atrição, a abrasão e a abfração. Neste tipo de lesão é importante fazer um rigoroso exame clínico de modo a identificar a sua etiologia e podermos eliminá-la. A perda de tecidos duros pode ser devido a:

- Contactos dentários excessivos - lesões de atrição;
- Ação química que não envolva bactérias - lesões de erosão;
- Ação mecânica não dentária excessiva (ex. escovagem) - lesões de abrasão;
- Hábitos parafuncionais ou contactos prematuros - lesões de abfração.(25)

Diversos materiais restauradores e procedimentos estão ao nosso dispor, mas numa primeira fase é necessário avaliar o dente, quantificar a dor do paciente, analisar tamanho da lesão cariosa a nível radiográfico e efetuar um diagnóstico. Seguidamente podemos optar por diferentes técnicas restauradoras.(25)

As resinas compostas são materiais de eleição a nível de estética, imitam a cor e a translucidez dos dentes naturais e conseguem um bom nível de radiopacidade para controlo radiográfico. A amálgama encontra-se indicada especialmente para classes I e II em dentes posteriores, dentes com elevadas cargas oclusais e o nível de corrosão e infiltração é mínimo, o que o torna um material de longa duração.(25)

As aulas de Dentisteria Operatória são lecionadas durante três horas semanais em que ocorre o atendimento de pacientes na CDUCP.

Ao longo do presente ano letivo foram realizadas 14 consultas pelo binómio 71, dos quais 8 (57,1%) foram como operador e 6 (42,9%) como assistente.

Em relação ao tipo de atos realizados, foram restauradas maioritariamente classes V de Black (Gráfico 4). Em relação ao material restaurador utilizado, a maior parte das cavidades foram restauradas com resina composta.

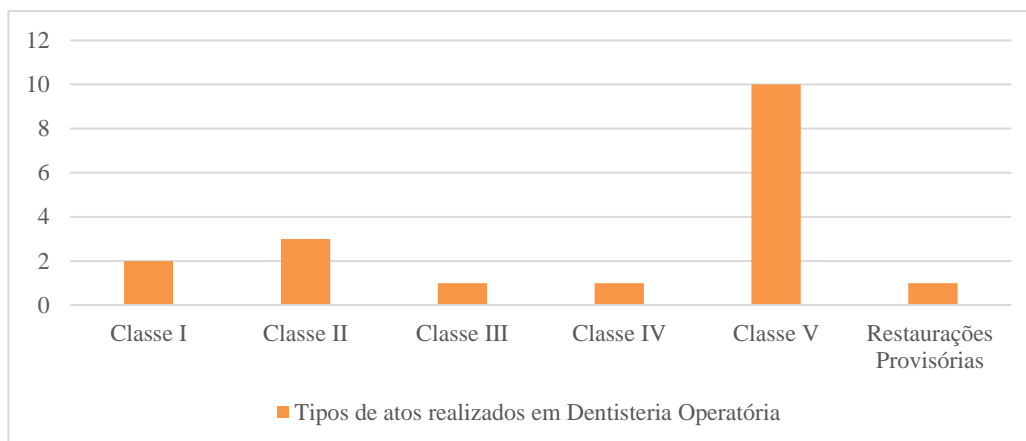


Gráfico 4 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Dentisteria Operatória.

2.2.3 Endodontia

A Endodontia é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo da morfologia e patologia da polpa dentária e dos tecidos peri-radiculares. Permite a prevenção, o diagnóstico, e o tratamento de lesões da polpa e de condições peri-radiculares, de modo a garantir a longevidade das peças dentárias .(3)

Uma anamnese adequada, com registo da queixa principal, exame radiográfico panorâmico e periapical e exame visual devem ser realizados. Outros testes estão indicados, tais como térmicos, elétricos, de cavidade, de anestesia, percussão, palpação e mobilidade, para deste modo obter um diagnóstico pulpar e perirradicular preciso. Assim, o diagnóstico irá indicar o tipo de tratamento mais apropriado.(3)

Quando a polpa se encontra no seu estado normal (ausência de cárie, de reabsorções ou exposição pulpar mecânica) não existindo nenhum sintoma espontâneo, esta responderá de forma suave e transitória a todos os estímulos.(26)

Perante um diagnóstico de pulpite reversível existe agressão da polpa devido à presença de cárie, polpa exposta ou restaurações defeituosas. Deste modo, perante o estímulo, o paciente sente um leve desconforto que rapidamente reverte após este ser retirado.(26)

Quando a alteração pulpar progride o diagnóstico pode avançar para uma pulpite irreversível. Surgem episódios de dor aguda e intensa que podem perdurar mesmo depois da remoção do estímulo e podem ser localizados ou difusos. Na radiografia pode ser evidente o aumento do espaço do ligamento periodontal. Neste caso está preconizado o tratamento endodôntico.(26)

As aulas de Endodontia decorrem durante três horas semanais com atendimento de pacientes ou em ambiente pré-clínico caso não haja pacientes marcados.

Os pacientes desta área disciplinar são encaminhados de outras áreas já com diagnóstico realizado. Nesta consulta procedemos à confirmação do diagnóstico e posterior realização do tratamento endodôntico de forma manual ou, caso necessário, e com a devida supervisão de forma mecanizada.

Cada aluno tem como objetivo a realização do tratamento endodôntico num molar em ambiente clínico.

Durante este ano letivo foram atendidos 2 pacientes pelo binómio 71, dos quais 1 foi como operador e 1 como assistente.

Foi realizado o tratamento endodôntico de 2 dentes, o dente 47 com 3 canais e o dente 42 com 1 canal. Enquanto operadora realizei o tratamento endodôntico do dente 42.

Dos 7 atos realizados na disciplina de Endodontia, existiu um predomínio de consultas dedicadas à preparação canal (Gráfico 5).

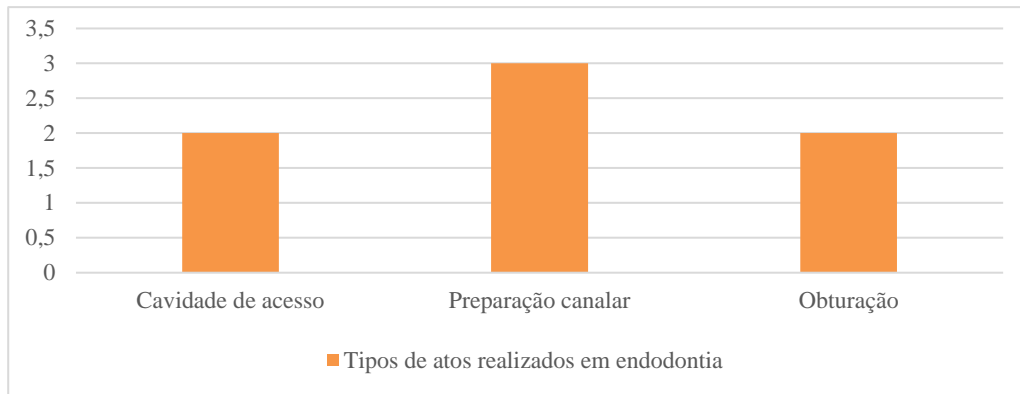


Gráfico 5 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Endodontia.

Odontopediatria

A Odontopediatria é a especialidade da Medicina Dentária que tem como função promover diagnósticos e terapêuticas em lactentes, crianças, adolescentes e crianças com necessidades especiais, para desta forma desenvolver cuidados que ajudem a garantir a saúde oral em idade adulta. Esta área gere uma ampla gama de abordagens, nomeadamente a nível de métodos de orientação comportamental que ajudam a criança a receber os tratamentos dentários.(6)

É de extrema relevância que o odontopediatra estabeleça uma relação de proximidade e confiança com a criança. Este relacionamento é construído desde a primeira consulta, que deve coincidir com a erupção do primeiro dente decíduo, por volta dos seis meses de idade, para que o primeiro contacto ocorra sem a presença de dor.(27)

A primeira consulta permite ao Médico Dentista, para além de promover a relação com a criança, instruir os pais acerca dos cuidados de higiene oral essenciais ao bem-estar da criança. É primordial referir que no lactente deve-se higienizar o bordo gengival com uma gaze e não aplicar alimentos açucarados na chupeta, para evitar o desenvolvimento de cáries. Entre os 6 meses e 1 ano de idade é relevante referir que se deve limpar os dentes com uma “escova de dedo”. Entre 1 e os 2 anos de idade reforçar a necessidade de a alimentação da criança consistir em alimentos de maior consistência, de modo a que consiga desenvolver os músculos da mastigação. Até à idade escolar os pais devem acompanhar a criança na escovagem dos dentes. Somente a partir do momento em que entram para a escola têm capacidade de escovar os seus dentes sozinhos.(27)

Assim, na Clínica Universitária, cabe aos alunos durante as aulas de Odontopediatria promover estes cuidados com as crianças e com pais.

A disciplina de Odontopediatria é lecionada durante duas horas semanais com prática clínica e as avaliações dos atos clínicos são divididas em três graus de dificuldade:

-Grau I: selantes de fissuras, restaurações classe I ou extrações de dentes decíduos com mobilidade;

-Grau II: extrações de dentes decíduos, extrações de dentes permanentes ou restaurações classe II;

-Grau III: reabilitações com coroas pré-formadas, pulpotomias, pulpectomias, ou procedimentos em crianças não colaborantes (com comportamentos difíceis de controlar, ou que não conseguem conter os seus movimentos por limitações físicas ou mentais).

Durante o ano letivo foram realizadas 3 consultas na disciplina de Odontopediatria, das quais 2 foram como operador e 1 como assistente.

Em relação aos tipos de atos clínicos executados durante estas aulas, destacam-se as restaurações de classes II de Black e a aplicação de selante de fissuras (Gráfico 6).

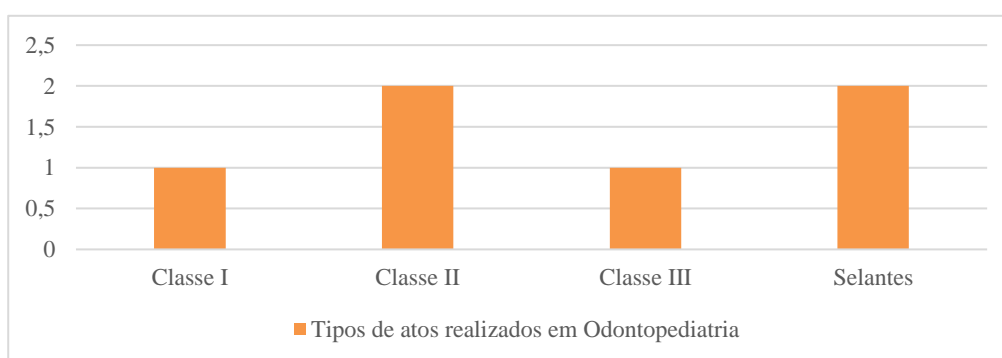


Gráfico 6 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Odontopediatria.

2.2.4 Ortodontia

A Ortodontia é a especialidade da Medicina Dentária que se dedica ao estudo, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das más oclusões a nível dentário, funcional ou esquelético, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, quer a nível estético, quer a nível funcional.(7)

Foi Angle que desenvolveu a Ortodontia como uma nova especialidade, por isso foi assim reconhecido como o “pai da ortodontia moderna”. Angle introduziu a classificação das maloclusões baseada nas relações dos primeiros molares, apresentando quatro classes diferenciadas. Oclusão normal, Classe I que apresenta uma correlação normal dos molares, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco central do primeiro molar inferior, mas a linha de oclusão encontra-se incorreta devido a rotações ou apinhamentos. Classe II, o molar inferior está posicionado distalmente em relação ao molar superior e Classe III em que o molar inferior está posicionado mesialmente ao molar superior.(7)

Para um correto diagnóstico em Ortodontia são necessárias três fontes de informação: Anamnese/história clínica, exames clínicos ao paciente e avaliação dos registos de diagnóstico tal como os modelos de estudo, exames complementares de diagnóstico e fotografias intra e extra orais.(7)

A nível de tratamento, a ortodontia pode atuar a diferentes níveis:

- A nível preventivo, prevenindo problemas na dentição mista e definitiva;
- A nível intercetivo, corrigindo problemas a nível ortopédico, e a nível dentário, quer na dentição decídua quer na dentição mista, evitando que os problemas ortodônticos se agravem na dentição definitiva;
- A nível corretivo na dentição definitiva, atuando em problemas ortodônticos já estabelecidos.(7)

As aulas de Ortodontia decorrem durante duas horas semanais em clínica. Nesta disciplina, os alunos realizam consultas de diagnóstico e tratamentos a nível preventivo e intercetivo.

Nas consultas de diagnóstico os alunos recolhem todos dos dados relativos à anamnese e à história clínica, realizam fotografias intra e extra orais, impressões para execução de modelos de estudo em gesso e exames auxiliares de diagnóstico como a ortopantomografia e a telerradiografia de perfil. Cada binómio elabora a análise e realizada a apresentação do caso clínico em questão realizando, inclusive, o traçado cefalométrico de Ricketts.

Durante o ano letivo foram realizadas 2 consultas das quais 1 como operador e 1 como assistente.

As 2 consultas realizadas foram para estudo e diagnóstico ortodôntico (Tabela 2)

Tabela 2- Distribuição dos atos realizados em Ortodontia

Número de consultas	Atos realizados
2	Consultas de estudo e diagnóstico

2.2.5 Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é a especialidade da Medicina Dentária que se dedica ao estudo de anomalias dentárias, de lesões da cavidade oral, dos maxilares, da boca e ao seu diagnóstico e tratamento cirúrgico. As áreas de atuação da cirurgia oral incluem exodontias simples e complexas, cirurgia de lesões infecciosas e traumatologia oral, patologia cística e tumoral, cirurgia endodôntica e periodontal.(28)

Nesta área clínica é de extrema importância realizar uma detalhada história clínica, de modo a preparar o paciente e o momento cirúrgico, prevenindo complicações.

Dependendo do tipo de patologia sistémica que o paciente apresenta, existem cuidados específicos a ter em conta aquando de uma cirurgia, incluindo o tipo de medicação que o paciente possa estar a tomar. Assim, estes cuidados passam inicialmente por classificar o paciente quanto ao risco médio individual, utilizando

a classificação da *American Society of Anesthesiology* (ASA) para confirmar se o paciente pode ser tratado de forma segura no consultório dentário. De seguida devemos perceber se o paciente padece de alguma patologia e a medicação associada. Pacientes que sofreram enfarte agudo do miocárdio apenas podem passar por uma cirurgia após 6 meses do episódio. Devemos verificar se estes pacientes fazem o uso de anticoagulantes pois influenciam o tratamento cirúrgico. A estes pacientes deve ser pedido o *International Normalized Ratio* (INR). Se este valor se encontrar acima de 3, o índice hemorrágico está elevado e a cirurgia deve ser adiada. Pacientes com insuficiência renal devem agendar o tratamento para o dia a seguir à hemodiálise. Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica devem ser marcados para o período da tarde para eliminarem as secreções acumuladas, ao contrário de pacientes diabéticos que deverão ser marcados para o início da manhã.(1)

Nas aulas de Cirurgia Oral são executadas cirurgias dento-alveolares por técnica fechada ou por técnica aberta sobre a tutela dos docentes responsáveis. A disciplina é lecionada durante três horas semanais.

Durante o presente ano letivo foram realizadas 7 consultas pelo binómio, das quais 4 foram como operador e 3 como assistente. Foram extraídos 2 dentes multirradiculares, 4 dentes monorradiculares e 4 raízes, todos com recurso a técnica fechada (Gráfico 7).

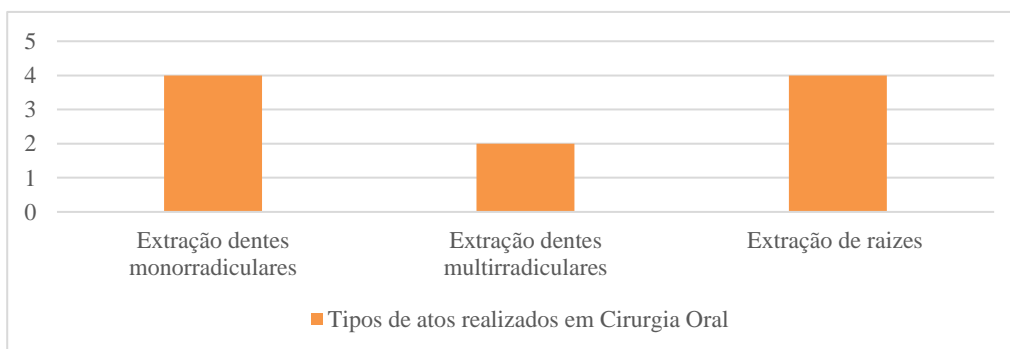


Gráfico 7 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Cirurgia Oral.

2.2.6 Periodontologia

A Periodontologia é a especialidade da Medicina Dentária que se dedica ao estudo, diagnóstico e tratamento de patologias que acometem as estruturas de suporte do dente, como o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar.(8)

As doenças do periodonto iniciam-se com a gengivite que se caracteriza por uma inflamação localizada da gengiva, que inclui alteração da cor, textura e edema com presença de sangramento. Caso não seja tratada, a gengivite, pode evoluir para periodontite, doença inflamatória crónica associada ao biofilme disbiótico, que se caracteriza pela perda de *attachment*, presença de bolsas periodontais, recessão gengival que expõe a raiz, mobilidade e num estado bastante agravado poderá levar à perda de dentes.(8,19)

A doença periodontal caracteriza-se pela perda de inserção em dois ou mais sítios interproximais não proximais ou pela perda de inserção de 3 mm em vestibular ou lingual em pelo menos 2 dentes.(29)

Quer a gengivite quer a periodontite são patologias multifatoriais em que a placa bacteriana é o fator iniciador. No entanto, a higiene oral inadequada, fatores locais predisponentes à acumulação de placa, hábitos parafuncionais, tabaco, stress emocional, má nutrição e predisposição genética são fatores que contribuem para a presença de periodontite.(8)

Na UCP seguimos a, nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares, lançada em 2018, e que se divide em três grandes grupos(29):

- Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais:
 1. Saúde Periodontal e Saúde Gengival
 2. Gengivite Induzida pelo Biofilme
 3. Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme
- Periodontite:
 1. Doenças Periodontais Necrosantes
 2. Periodontite
 3. Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas
- Outras Condições que Afetam o Periodonto:

1. Manifestações Periodontais de Doenças ou Condições Sistêmicas
 2. Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais
 3. Condições e Deformidades Mucogengivais
 4. Forças Oclusais Traumáticas
 5. Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses
- Condições peri-implantares:
 1. Saúde Peri-Implantar
 2. Mucosite Peri-Implantar
 3. Peri-Implantite
 4. Deficiências nos Tecidos Peri-Implantares Moles e Duros

As aulas de Periodontologia decorrem durante duas horas semanais com prática clínica. O tratamento dos pacientes baseia-se em duas fases: fase de diagnóstico que consiste no preenchimento do periograma através das medições de profundidade de sondagem e das recessões com uma sonda periodontal, do índice de sangramento, do índice de placa com o auxílio do revelador de placa, do grau de mobilidade e do envolvimento de furca através da utilização de uma sonda de Nabers. Na fase higiénica é realizada a motivação do paciente para que este adira ao tratamento, destartarização e/ou raspagem e alisamento radicular com curetas e por fim o polimento. O paciente fica marcado para a realização das consultas de controlo, em que o intervalo entre elas varia consoante a gravidade da doença. Durante este ano letivo foram realizadas 10 consultas pelo binómio 71, das quais 5 foram como operador e 5 como assistente. Foram diagnosticadas 2 gengivites, 1 periodontite estágio I grau B, 2 periodontites estágio III grau B e 1 periodontite estágio IV grau B. Foram realizadas maioritariamente destartarizações (Gráfico 8).

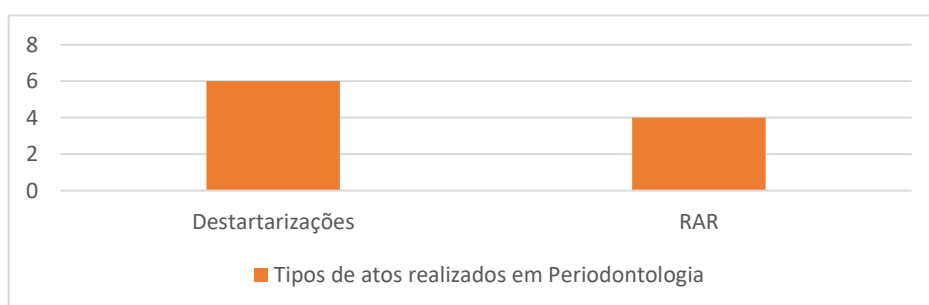


Gráfico 8 - Distribuição dos atos clínicos em Periodontologia

2.2.7 Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária que se dedica à reabilitação de um ou mais dentes extensamente danificados ou espaços edêntulos, através de soluções fixas, que assentam em dentes naturais ou em implantes dentários, com metal fundido, metalocerâmica ou cerâmica. A restauração de dentes unitários, através de coroas, consegue restabelecer integralmente a função dentária, conseguindo também melhorar o efeito estético. A reabilitação de espaços edêntulos, através de pontes, consegue melhorar a capacidade mastigatória do paciente, proporcionando-lhe maior conforto e, desta forma, melhorar a saúde e a integridade dos arcos dentários(9).

O tratamento bem-sucedido em prótese fixa depende de um correto planeamento, que conjuga diversos aspetos importantes, tais como a educação do paciente, a prevenção de outras doenças dentárias, um correto diagnóstico, a saúde periodontal, fatores oclusais e habilidade técnica do operador(9).

Na preparação dos dentes naturais para prótese fixa é necessário ter em conta alguns princípios, como a preservação da estrutura do dente, retenção e resistência, durabilidade da estrutura, integridade das margens e preservação do periodonto(9).

As aulas de Prostodontia Fixa decorrem durante quatro horas semanais com atendimento de pacientes. Cada binómio deve executar uma reabilitação protética fixa, em que são necessárias, no mínimo, sete consultas: consulta pré-protética para recolha de dados para diagnóstico, realização de preparos dentários e coroas provisórias, realização de impressões definitivas, prova de infraestruturas, prova de cerâmica, cimentação definitiva e consulta de controlo.

Durante o ano letivo foram realizadas 4 consultas das quais 3 foram como operadora e 1 como assistente.

Foram realizadas 3 consultas de avaliação e diagnóstico e 1 consulta de urgência (Gráfico 9)

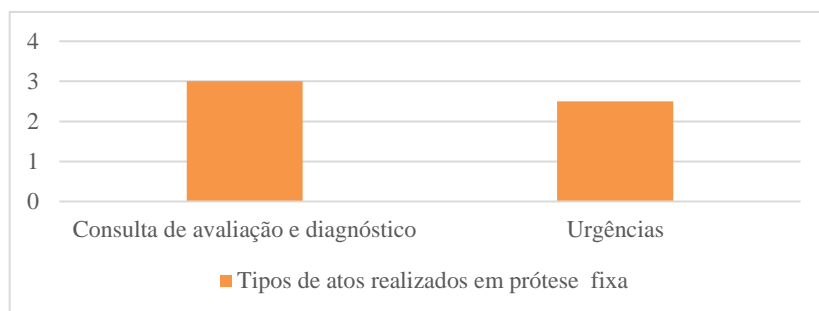


Gráfico 9 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Prótese Fixa.

2.2.8 Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária que se dedica à reabilitação de espaços edêntulos parciais ou totais, através de próteses removíveis, de modo a restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto e a saúde do paciente.(10)

Na prática atual existem diversos tipos de próteses removíveis que substituem os dentes e os tecidos em falta.

A prótese deve cumprir os seguintes objetivos: eliminar a condição oral da melhor forma possível, preservar a saúde, as relações dentárias e as estruturas orais, que se consegue com um adequado desenho da prótese parcial ou total, e por fim restaurar as funções orais sem interferir com a fonética do paciente, proporcionado conforto e estética.(30)

As próteses parciais removíveis (PPR) são uma boa opção para superar as limitações económicas dos pacientes, permitem uma adequada higiene, e sendo uma opção não invasiva, são uma alternativa para pacientes com limitações biomecânicas. As etapas para confeção de uma prótese parcial envolvem a avaliação dos dentes pilares e a sua preparação, o correto desenho da prótese que irá refletir a adaptação da estrutura de metálica aos dentes pilares e áreas desdentadas, comunicação com o laboratório e educação do paciente para a sua higiene e manutenção.(31)

Os casos de reabilitação com prótese removível envolvem no mínimo sete consultas: avaliação pré-protética/diagnóstico, preparação pré-protética,

impressões definitivas com moldeira individual, registo intermaxilar e prova de esqueleto, prova de dentes, inserção e consultas de controlo.

Durante o ano letivo foram realizadas 21 consultas das quais 12 foram como operador e 9 como assistente.

Durante as aulas de prótese removível (4 horas semanais) procedeu-se a 1 reabilitação com prótese removível total superior e realizaram-se maioritariamente consultas para acrescento de dentes (impressões de arrasto) (Gráfico 10).

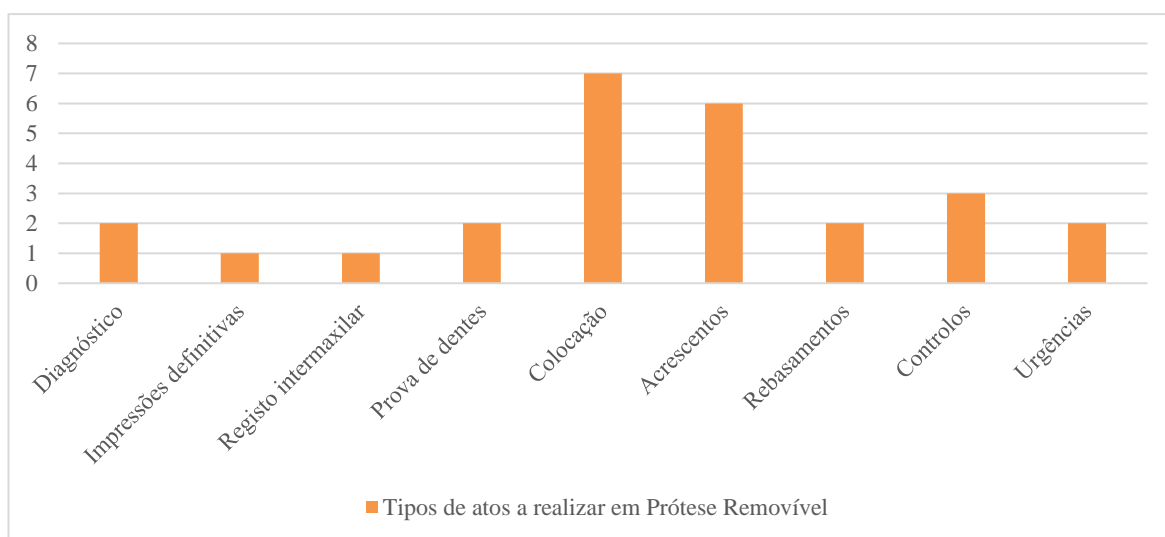


Gráfico 10 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Prótese Removível.

2.2.9 Oclusão

A Oclusão é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo da articulação temporomandibular (ATM) e das relações intermaxilares, promovendo desta forma uma oclusão funcional. Dedicar-se ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com distúrbios temporomandibulares (DTM) e dor orofacial.(5)

Ao avaliar as diversas condições oclusais devemos ter em mente a designação de oclusão funcional. Esta é determinada por diversos fatores como a largura dos arcos dentários, o tamanho dos dentes e pela força dos tecidos moles circundantes. Qualquer variação pode ser ou não, um fator contribuinte para um distúrbio ao nível da oclusão.(5)

Uma correta anamnese e rigoroso exame clínico é de extrema importância para detetar sinais e sintomas de distúrbios funcionais, de modo a identificar a área ou a estrutura do sistema estomatognático que esteja a entrar em colapso ou com alterações patológicas. Assim, cabe ao clínico ter perfeito conhecimento do sistema mastigatório saudável.(5)

Como meio auxiliar de diagnóstico e tratamento é utilizado o articulador semiajustável, instrumento mecânico que representa a articulação temporomandibular (ATM) e as relações intermaxilares nos diferentes planos.(5)

As aulas de Oclusão decorrem durante três horas semanais no 1º semestre e duas horas semanais no 2º semestre, com prática clínica. A avaliação do paciente na consulta de Oclusão baseia-se no preenchimento do exame clínico de diagnóstico RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*), através da avaliação das estruturas do sistema estomatognático, na toma de impressões preliminares para obtenção de modelos de estudo e no registo fotográfico, intra e extra oral. Posteriormente procede-se à montagem dos modelos de estudo em articulador semiajustável com individualização e estudo oclusal. Recolhidos os dados de estudo, o paciente é acompanhado no sentido da sua reabilitação oclusal, que pode passar pelas áreas protodônticas ou de confeção e adaptação de goteira oclusal.

Durante este ano letivo foram realizadas 2 consultas pelo binómio 71, para diagnóstico e avaliação. Procedeu-se ao preenchimento do RDC e montagem do arco facial para estudo dos modelos em articulador (Gráfico 11).

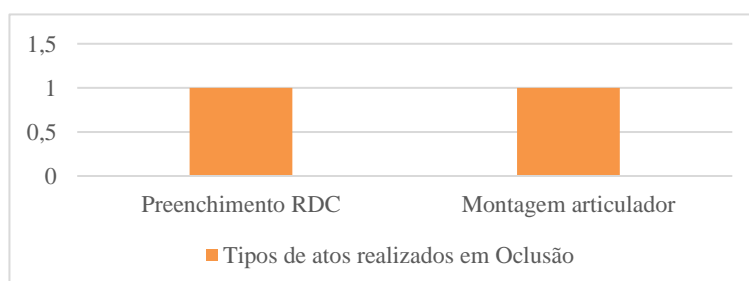


Gráfico 11 - Distribuição dos atos clínicos realizados em Oclusão.

Casos Clínicos Diferenciados

3 Casos Clínicos Diferenciados

3.1 Caso Clínico 1- Reabilitação Oral com Sobredentadura Implantossuportada Removível

3.1.1 Introdução

Em casos de perda de peças dentárias existem diversas hipóteses de reabilitação oral protética, fixa ou removível. Em situações de desdentação total ou edentulismo, as hipóteses de reabilitação protética passam por próteses totais convencionais, sobredentaduras dentossuportadas ou sobredentaduras implantossuportadas. (32)

As próteses totais convencionais são a opção terapêutica mais utilizada nos dias de hoje, no entanto, a falta de estabilidade e de retenção destas próteses aliada à reabsorção óssea residual e à diminuição da capacidade mastigatória são as principais queixas dos pacientes que as usam, tornando-as limitadoras a nível funcional. Embora menos funcionais são uma opção viável, menos invasiva e mais económica, que devolve conforto, estética e estabilidade oclusal aceitável. (32,33,34)

Uma alternativa ao uso de próteses totais convencionais são as sobredentaduras, nomeadamente as sobredentaduras implantossuportadas em dois implantes, que se têm tornado a primeira opção para pacientes insatisfeitos. Efetivamente, este tipo de próteses acarreta inúmeras vantagens, nomeadamente a diminuição da reabsorção das cristas residuais, superior estabilidade e retenção, estando também associadas a menor sintomatologia dolorosa durante o processo de mastigação e conseqüentemente menor desconforto. Para além do referido, a força de mordida é superior, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, particularmente a nível funcional. Contudo e apesar da evolução das próteses implantossuportadas, as restrições financeiras e biológicas limitam a sua escolha. As sobredentaduras têm custos bastante superiores às próteses convencionais, inclusive associados ao seu fabrico e manutenção, sendo o tempo gasto em consultas igualmente superior. (33,35)

As sobredentaduras dentossuportadas consistem em usar as raízes endodenciadas de dentes naturais como pilares de prótese. Requer contorno supragengival da estrutura radicular e que esta se encontre saudável, ou seja, livre de cárie e doença periodontal. Esta opção, para além de retardar a reabsorção óssea tem a vantagem adicional da manutenção do *feedback* proprioceptivo. (36)

A estrutura óssea densa da mandíbula torna-a um bom recetor para implantes, no entanto o clínico deve considerar quantos implantes serão necessários para garantir uma ótima estabilidade da prótese. Tendo em consideração o desempenho clínico, a satisfação do paciente, o tempo clínico e laboratorial e o custo, a escolha de dois implantes é a escolha predileta para a mandíbula edêntula. No entanto, existem outras possibilidades, tal como a colocação de um implante (uma opção simples, económica, mas associada a problemas mecânicos), a colocação de três implantes, indicada para arcos estreitos em forma de V (contém um implante anterior que impede a rotação anterior da prótese), ou quatro implantes recomendado quando é necessária uma proteção adicional contra a reabsorção e as forças oclusais (37,38,39)

O sistema de conexão entre os implantes e a prótese, influencia a direção e a intensidade das forças mastigatórias. Existem diversos sistemas de conexão: sistema barra-clíp, encaixe bola, encaixe magnético, sistema ERA.(38,39,40)

3.1.2 Caso Clínico

Paciente com 74 anos de idade, do sexo masculino, não fumador e de raça caucasiana, apresenta-se na consulta de Prostodontia Removível da Clínica Dentária Universitária da UCP Viseu a 4 de outubro de 2019, com fratura cervical do dente 43, um dos pilares da sua prótese parcial esquelética mandibular. Na história médica, o paciente apresenta hipertensão arterial controlada com Cloridrato de Nebivolol (Nebilet®) e hipertrofia da próstata, para o qual toma Cloridrato de Tansulosina + Dutasterida (Combodart®).

Pela avaliação da ortopantomografia (Figura 1), o paciente é desdentado parcial maxilar e mandibular e apresenta em ambas as arcadas uma classe I divisão 1 de Kennedy. Após exame clínico intra oral verifica-se que as áreas desdentadas

estão reabilitadas com próteses parciais removíveis (acrílica na maxila e esquelética na mandíbula). A prótese esquelética inferior tem como pilares os dentes 33 e 43, encontrando-se o dente 33 com uma extensa cárie cervical e com o seu longo eixo bastante inclinado medialmente.

O dente 43 encontra-se fraturado justagengivalmente tal como tinha sido referido pelo paciente.



Figura 1- Radiografia panorâmica.

Foram realizadas fotografias extra orais frontais (Figura 2) e laterais (Figura 3). Seguiram-se as fotografias intraorais, frontais e laterais, com e sem prótese (Figura 4 e 5 respetivamente).

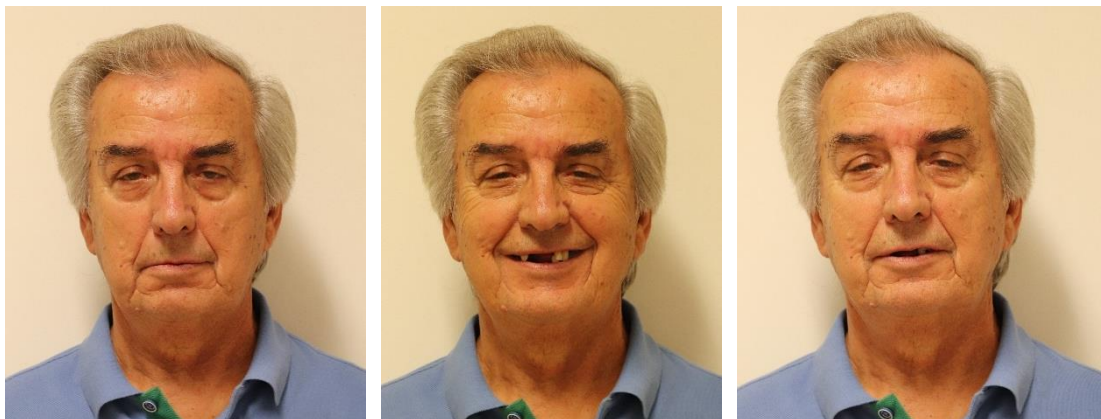


Figura 2- Fotografias extraorais frontais (PIM, Sorriso e Repouso).



Figura 3- Fotografias extraorais laterais (PIM, Sorriso e Repouso).

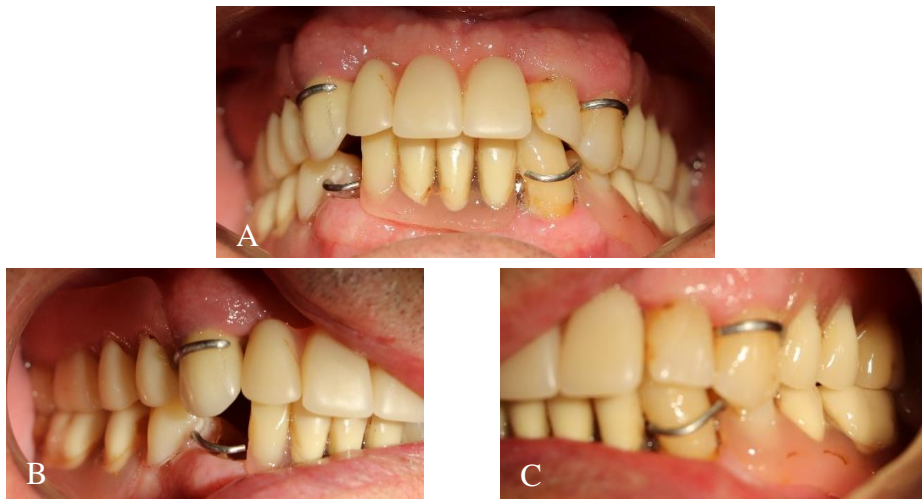


Figura 4- Fotografias intraorais com prótese.
(A – Vista frontal; B - Vista lateral direita; C – Vista lateral esquerda)

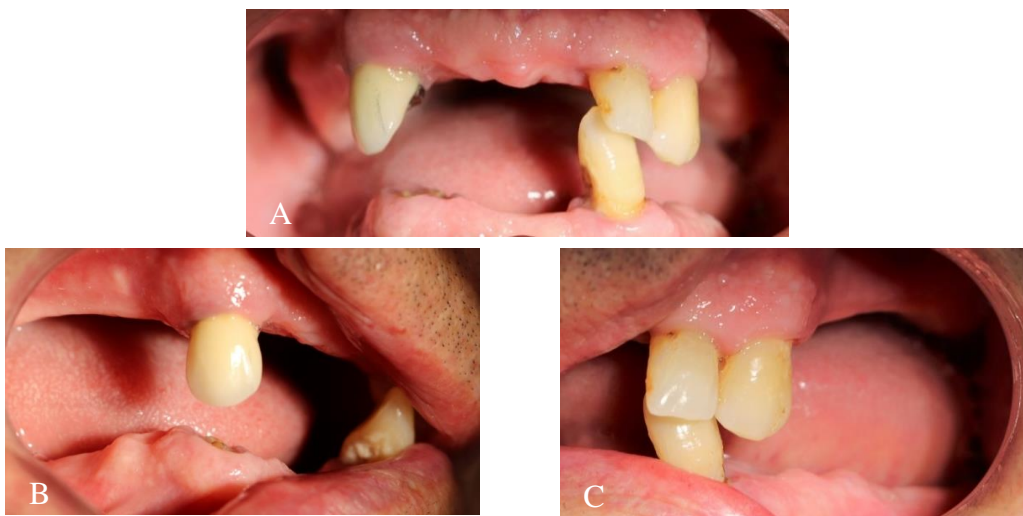


Figura 5- Fotografias intraorais sem prótese.
(A – Vista frontal; B – Vista lateral direita; C – Vista lateral esquerda)

A conclusão da recolha de dados clínicos acontece com a toma de impressões preliminares em alginato Zhermack® Orthoprint em moldeiras *standard* número 4 para obter os modelos de estudo (Figuras 6) e radiografias periapicais aos dentes 43 e 33 (Figuras 7 e 8 respetivamente).



Figura 6- Modelos de estudo (superior e inferior).

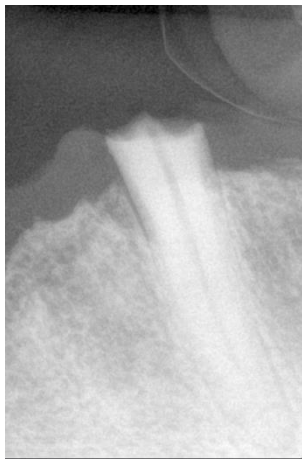


Figura 7- Radiografia periapical do dente 43.



Figura 8- Radiografia periapical do dente 33.

Após a primeira consulta, o caso foi analisado e discutido com o docente da disciplina e foram propostos, ao paciente, os seguintes planos de tratamento:

1. Exodontia simples com sutura da raiz do dente 43, restauração direta de 1 face do dente 33 e posterior acrescento do dente 43 na prótese mandibular;
2. Exodontia simples com sutura do dente 33, da raiz do dente 43 e posterior acrescento de ambos os dentes na prótese mandibular;
3. Exodontia simples com sutura do dente 33, da raiz do dente 43 e confeção de uma sobredentadura sobre implantes.

As duas primeiras soluções são reabilitações mais económicas e menos invasivas, no entanto apesar de devolverem algum conforto e estética são menos funcionais, uma vez que a reabsorção da crista óssea e a migração dos tecidos leva a uma menor adaptação e retenção da prótese. Estas duas opções foram rejeitadas pelo paciente, dado que este procurava soluções que garantissem uma máxima retenção e estabilidade, eliminado o risco de desinserção durante a função mastigatória ou durante a vida social.

A terceira opção foi aceite pelo paciente. Esta opção consiste na exodontia simples com sutura do dente 33 e da raiz do dente 43 e provisoriamente acrescentados na prótese. Segue-se a colocação de dois implantes e a confeção da sobredentadura, como descrito adiante.

Para o acrescento imediato dos dentes em causa (33 e 43), é efetuada uma impressão de arrasto da prótese inferior e uma impressão superior com prótese, com moldeiras *standard* número 4 e alginato Zhermack® Orthoprint (Figuras 9 e 10). Segue-se a desinfecção e posterior envio das impressões para o técnico de prótese, com a indicação para acrescento dos dentes 33 e 43 na prótese inferior.



Figura 9- Impressão de arrasto inferior.



Figura 10- Impressão arcada superior (com prótese).

Segue-se a exodontia do dente 33 e da raiz do dente 43.

Em primeiro lugar efetua-se a exodontia do dente 33, endodonciado, uma vez que era previsível um maior grau de dificuldade. Essa dificuldade está relacionada com o facto de, nestes dentes se verificar uma diminuição da espessura do ligamento periodontal e, conseqüentemente, apresentarem uma maior tendência

para sofrer anquilose. Efetua-se a anestesia regional tópica e infiltrativa, com anestésico de lidocaína (Xilonibsa a 2%, Inibsa®) do nervo incisivo, do nervo mentoniano e anestesia intraligamentar. Realiza-se, com movimento único, a desinserção das fibras gengivais ao redor do dente com recurso a um sindesmótomo curvo e a luxação com uma alavanca reta. No entanto, durante a utilização do boticão de caninos inferiores ocorre a fratura da coroa e é necessário recurso à osteotomia circular, com broca esférica laminada de tungstênio em peça de mão, para não comprometer a dimensão da apófise alveolar. De seguida efetua-se a odontosecção no sentido vestibulo-lingual, e procede-se à separação das duas porções da raiz, mesial e distal, com uma alavanca de Heidbrink. Retira-se, em primeiro lugar, a porção mesial e posteriormente a porção distal, dividida em três fragmentos (Figura 11). Após retirar os restos radiculares executa-se a curetagem com curetas de Hemingway e irrigação com soro fisiológico. De seguida, coloca-se uma esponja hemostática de colagénio Gelatamp, Roeko® no alvéolo, e sutura-se com um ponto cruzado com fio de seda não absorvível de 3/0 SilKam, B I BRAUN®.

Seguidamente passa-se à exodontia da raiz do dente 43. Procede-se à anestesia, com anestésico de lidocaína (Xilonibsa a 2%, Inibsa®), do nervo incisivo, mentoniano e anestesia intraligamentar. Realiza-se a sindesmotomia com sindesmótomo curvo e posterior luxação com uma avalanca reta. A exodontia é realizada com boticão de raízes (Figura 12). É efetuada curetagem alveolar com curetas de Hemingway e irrigação com soro fisiológico. De seguida, coloca-se uma esponja hemostática de colagénio Gelatamp da Roeko® e sutura-se com um ponto cruzado com fio de seda de 3/0 SilKam, B I BRAUN®.



Figura 11- Dente 33 após extração.



Figura 12- Dente 43 após extração.

Em ambos os locais de exodontia é efetuada compressão direta dos tecidos, com uma gaze contendo gel de clorhexidina a 0,2% (Elugel®, Pierre Fabre Oral Care), durante 1 minuto. Ao mesmo tempo são dados conselhos pós-operatórios tais como: colocar gelo de 10 em 10 minutos durante as primeiras 24 horas; não enxaguar a boca após a cirurgia; 24 horas depois enxaguar com colutório, duas vezes por dia, e realizar uma cuidadosa higiene oral, comer alimentos à temperatura ambiente, manter a cabeça numa posição elevada e proceder à toma de analgésico no caso de sintomatologia dolorosa.

Por último, é inserida a prótese inferior, após o acrescento dos dentes 33 e 43 (Figura 13 e 14). Realizam-se ajustes oclusais utilizando papel articular, peça de mão, broca de desgaste e broca de polimento de acrílico.



Figura 13- Prótese com acrescento dos dentes 33 e 43 (vista oclusal).



Figura 14- Prótese com acrescento dos dentes 33 e 43 (vista frontal).

A consulta de controlo pós-operatório é realizada 7 dias após as exodontias. São removidos os pontos de sutura. Verifica-se uma favorável cicatrização da ferida cirúrgica (Figura 15). Não é necessário nenhum ajuste na prótese removível do paciente.



Figura 15- Rebordado alveolar após extrações.

Após 60 dias ocorre a cirurgia para colocação de dois implantes no rebordo alveolar inferior ao nível dos caninos.

Começa-se por anestésiar todo o rebordo alveolar com articaína (Artinibsa, Inibsa®). Executa-se uma incisão a nível cristal, com abordagem mais palatina, até à região mais posterior do rebordo, utilizando um bisturi com lâmina 12b da BIBRAUN®. Segue-se o descolamento de espessura total do retalho mucoperiostal com um descolador de Prichard, com a finalidade de expor o local cirúrgico. (Figura 16)

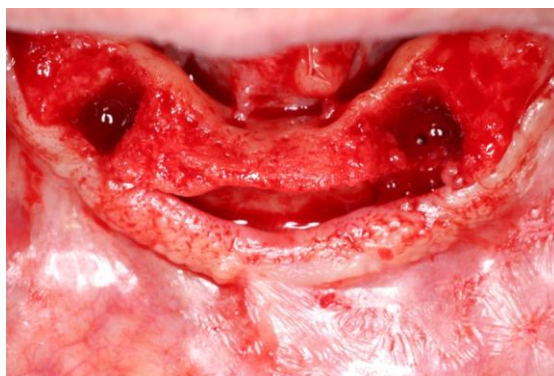


Figura 16- Incisão a nível cristal e descolamento do retalho.

Seguidamente, procede-se ao aplainamento do rebordo alveolar, ou seja, regularização óssea, de forma a anatomizar a área para o suporte da prótese, aumentando a retenção e facilitando a adaptação.

A regularização é efetuada com uma broca de tungsténio na peça de mão, sob irrigação com soro fisiológico, e no final é utilizada uma lima de osso Miller número 3 para alisamento do rebordo (Figura 17).

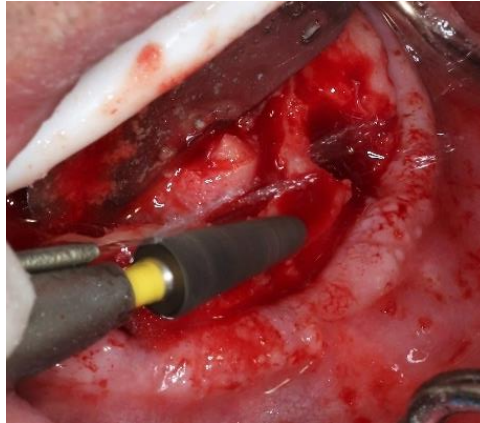


Figura 17- Regularização óssea do rebordo alveolar.

De seguida, segue-se a colocação de dois implantes cone morse, Straumann® *Tissue Level*, a distal da zona dos caninos com 4.1mm de diâmetro e 12mm de comprimento. A preparação do local de colocação do implante é efetuada através da utilização de uma broca esférica de 3mm, com o objetivo de marcar a futura posição do implante (Figura 18). Posteriormente, utiliza-se uma broca guia de 2.2mm do kit Straumann® (Figura 19) para efetuar a preparação inicial. De forma a aprofundar o leito implantar é inserida a broca de 2.8mm de diâmetro. Continua-se a ampliar o leito do implante com broca de 3.5mm e seguidamente com broca 4.2mm. A preparação coronal do local de instalação do implante é realizada com uma broca de pequeno perfil e posteriormente, com uma broca de grande perfil (Figura 19).

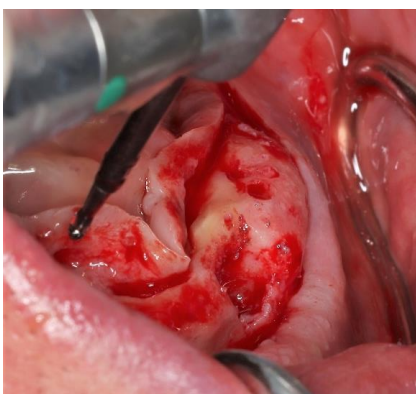


Figura 18- Marcação do local de colocação dos implantes.

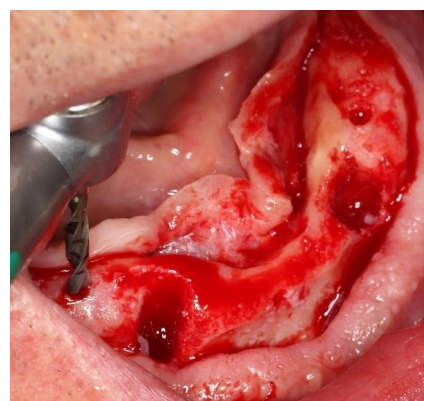


Figura 19- Alargamento do local para colocação do implante.

Logo após prossegue-se com a colocação do primeiro implante, com a ajuda de um contra-ângulo (Figura 20), e colocação de um pino, para verificar o eixo de inserção e o paralelismo para a colocação do segundo implante (Figura 21).



Figura 20- Colocação dos implantes.

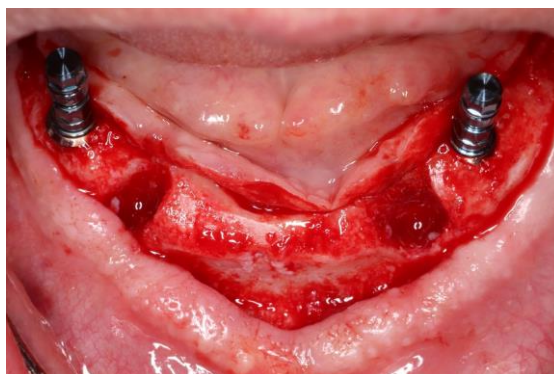


Figura 21- Confirmação do paralelismo entre implantes.



Figura 22- Colocação das tampas de fecho nos implantes.

No final, depois da colocação dos dois implantes são inseridas as tampas dos implantes, tampas de fecho RN da Straumann® (Figura 22).

Os dois alvéolos, correspondentes ao local de exodontia dos dois caninos inferiores, são regenerados com enxerto de hidroxiapatite.

Conclui-se a cirurgia com sutura através de 15 pontos simples com fio Daclon Nylon Blue da Smi® de 4/0 (Figura 23).

No final é realizado o rebasamento da prótese total inferior com condicionador de tecidos SOFT-LINER, GC EUROPE® para melhor adaptação da prótese ao rebordo alveolar (Figura 24).

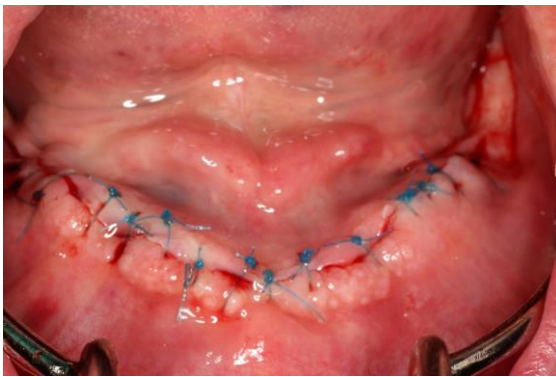


Figura 23- Sutura da ferida cirúrgica.



Figura 24- Rebasamento da prótese total removível.

Quinze dias após a cirurgia de colocação dos implantes remove-se a sutura. A mucosa apresenta-se bastante vascularizada, exibindo uma cor vermelha intensa, o que representa uma cicatrização bastante favorável (Figura 25). Deste modo, foi possível, concluir que o pós-operatório decorreu como previsto, sendo que o desconforto surgido foi aliviado com analgésico, Paracetamol 1g.

Nesta consulta de controlo o paciente refere falta de retenção da prótese total inferior. Após a confirmação clínica pelo operador, procede-se novamente ao rebasamento com condicionador de tecidos anteriormente referido (Figura 26).



Figura 25- Rebordo alveolar 15 dias após cirurgia de colocação dos implantes.



Figura 26- Segundo rebasamento da prótese total removível.

A situação pandémica de Covid-19, que levou à suspensão da atividade de Medicina Dentária e à paragem do ensino universitário presencial a partir de 16 de março do corrente ano, condicionou a finalização deste caso clínico. Assim que estejam reunidas as condições epidemiológicas e de saúde pública para a reabertura da clínica Universitária, a reabilitação do paciente será concluída.

Procedimentos que permitirão concluir o caso clínico:

1 - Exposição dos implantes

Após a cicatrização completa do rebordo alveolar e da osteointegração dos implantes, pretende-se expor os implantes que se encontram submergidos. Com o auxílio de um bisturi e lâmina número 15 é realizada uma incisão na crista óssea, ao nível de cada implante, e a mucosa é descolada com descolador de Molt número 9, até serem visíveis as tampas dos implantes.

Esta tampa é removida com uma chave implantar SCS (Screw Carrying System) da Straumann®, procede-se à lavagem da conexão interna do implante, de forma a obter uma boa visualização, e colocam-se os pilares de impressão. De seguida faz-se uma impressão preliminar com moldeira fechada através de uma técnica indireta. Coloca-se silicone de baixa viscosidade Heavy Provil® Novo - Heraeus Kulze ao redor dos pilares de impressão. Coloca-se um silicone de alta viscosidade (putty) Provil® Novo - Heraeus Kulzer sobre a moldeira e leva-se à boca do paciente. Assim que o silicone tomar pressa retira-se a moldeira da boca do paciente e desaparafusam-se os pilares de impressão para serem reposicionados na impressão. Novamente, lava-se bem a conexão interna do implante e com a mesma chave procede-se à instalação das tampas de cicatrização de 2mm da Straumann®. As impressões são enviadas ao laboratório para realização de uma moldeira individual aliviada na zona dos implantes.

2 – Impressões definitivas

Após duas semanas com as tampas de cicatrização realizam-se as impressões funcionais com moldeira individual. Uma vez que se optou pelo *pick-up* em boca, de forma a garantir a precisão no encaixe, a impressão é efetuada com recurso a uma moldeira fechada aliviada na zona dos implantes.

Realiza-se a prova da moldeira em boca para verificar a correta extensão e assentamento, evitando assim zonas de sobre ou sub extensão. Segue-se a impressão funcional em dois tempos: selamento periférico com silicone de alta viscosidade (putty) Provil® Novo - Heraeus Kulzer seguido da impressão da restante área chapeável com silicone de baixa viscosidade Heavy Provil® Novo - Heraeus Kulze.

Quando o silicone tomar pressa remove-se a moldeira individual da cavidade oral do paciente e procede-se à sua desinfecção.

Em seguida, a impressão é enviada ao laboratório com o objetivo da confecção da placa base inferior e respetivo rolo de articulação para registo intermaxilar. Como a prótese superior não será substituída, envia-se novamente o modelo da prótese superior (contramolde) obtido aquando o acrescento dos dentes na prótese mandibular.

3- Registo intermaxilar e montagem em articulador

Nesta consulta realiza-se o registo intermaxilar com a placa de registo pedida ao laboratório.

Começa-se por determinar a dimensão vertical de oclusão (DVO), através do método anatómico e métrico, regista-se a dimensão vertical de repouso, com uma régua milimétrica mede-se a distância entre dois pontos (subnasal e mento), e de seguida retira-se 3mm a essa medida.

Com a placa de registo inferior em boca molda-se a forma correta para as superfícies labiais, vestibulares e linguais do rolo de articulação, que deve ter a altura correspondente ao lábio inferior. Marca-se a linha média dentária com referência na linha média dentária da prótese superior. Aquece-se o rolo de articulação inferior e em boca manipulamos o paciente a ocluir em relação cêntrica e na DVO previamente determinada.

Com o objetivo de efetuar a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável, começa-se com a montagem do arco facial no paciente. Posteriormente, a relação entre a maxila e o crânio é transferida para o articulador e procede-se à montagem

do modelo superior. Por fim, realiza-se a montagem do modelo inferior com o auxílio do registo intermaxilar obtido.

Para concluir a consulta e tendo em conta a opinião do paciente, procede-se à escolha da cor dos dentes da prótese, com auxílio da escala Vita Classical A1-D4® e pede-se ao técnico de prótese a prova de dentes.

4 – Prova de dentes

Nesta consulta realiza-se a prova de dentes. Com a “prótese” em boca começa-se por verificar as relações intermaxilares e contactos oclusais com papel articular Henry Schein® de 40µ. É verificada a estética dento-facial de forma a confirmar, também, a DVO e a oclusão cêntrica. Verifica-se os movimentos funcionais dos lábios e da língua e realiza-se a avaliação fonética.

Após todos os itens estarem conformes, prótese é enviada ao laboratório para acrilização.

5 – Colocação da prótese

A consulta é iniciada pela avaliação da extensão e adaptação/estabilidade de todos os elementos. Verificam-se as relações intermaxilares e contactos oclusais com papel articular Henry Schein® de 40µ. Avalia-se a existência de prematuridades e/ou pontos de contacto fortes, assim como de interferências nos movimentos de lateralidade e protrusão. Repetem-se os testes fonéticos.

Realiza-se o *pick-up* em boca. O sistema de conexão selecionado é o Novaloc®. Começa-se por retirar as tampas de cicatrização com a chave SCS, e mede-se a altura do tecido gengival desde a parte superior do implante até à crista gengival, de forma a selecionar a altura do pilar Novaloc® (*abutment*), que é exatamente da mesma altura ou um pouco mais alto. Inserem-se os pilares Novaloc® nos implantes com a respetiva chave. Realiza-se uma radiografia periapical aos implantes com os pilares colocados, de forma a verificar o correto posicionamento. Coloca-se o espaçador branco de bloqueio sobre o pilar Novaloc®, e de seguida o encaixe de retenção junto com uma cápsula de processamento preta no seu interior. Marca-se a parte superior do encaixe e coloca-se a prótese para saber exatamente o local onde a prótese terá de ser aliviada para receber os encaixes

protéticos. Com uma broca de acrílico colocada em peça de mão alivia-se a prótese até o sistema de conexão não interferir com o seu correto assentamento e coloca-se resina acrílica autopolimerizável. Coloca-se cuidadosamente a prótese em boca, pedindo ao paciente para ocluir (guiando-o à posição correta) enquanto se processa a polimerização da resina. Em seguida, retira-se a prótese da boca, retira-se o espaçador branco, e substitui-se a cápsula de processamento preta pela cápsula final de retenção selecionada. Insere-se a prótese na boca do paciente e avaliam-se os contactos oclusais finais, equilibrando-se a oclusão.

Ensina-se o paciente a inserir e remover a prótese, e finaliza-se a consulta com recomendações de higienização e conselhos de utilização/manutenção da prótese.

6- Consulta de Controlo

Após 1 semana ocorrerá a consulta de controlo protético. Será dada especial atenção às eventuais queixas do paciente. Será novamente verificada a estabilidade e retenção da prótese, e também serão verificados os contactos oclusais. As próximas consultas de controlos decorrerão de 6 em 6 meses.

3.1.3 Discussão

Devido à situação atual de pandemia de covid-19 este caso clínico ainda não se encontra terminado, no entanto sendo um caso de elevado interesse clínico, a autora pretende proceder à sua conclusão assim que possível.

As sobredentaduras são reabilitações com boa previsibilidade, que apresentam elevadas taxas de sucesso, alta longevidade e ótima aceitação e satisfação por parte do paciente, especialmente em pacientes que apresentem elevada reabsorção da crista óssea ou instabilidade na sua prótese removível.(41)

O facto do local das extrações dos dentes 33 e 43 ainda não estar completamente cicatrizado obrigou-nos a distalizar a colocação dos implantes, que deveriam ser colocados a nível dos caninos, preenchendo os alvéolos com enxerto de hidroxiapatite de forma a proceder à regeneração do tecido ósseo.

Os implantes colocados foram submergidos na crista óssea, uma vez que este procedimento promove uma diminuição da contaminação durante o processo de cicatrização. Os implantes sub-cristais são colocados, fundamentalmente em zonas estéticas, com o objetivo de promover máxima estabilidade primária e sucesso na osteointegração, preservando a densidade óssea e impedindo a exposição da cabeça do implante durante a fase protética. Assim, diminuindo as cargas indesejáveis sobre os implantes conseguiu-se uma rápida e ótima osteointegração.(42,43)

O sistema Novaloc® é indicado para sobredentaduras implantossuportadas removíveis, pelo facto de necessitarem de pouco espaço entre arcadas e permitirem correções de divergências entre implantes até 70°. A sua superfície é revestida por carbono amorfo tipo diamante que confere máxima dureza, reduzindo a abrasão dos pilares e os danos nos encaixes, sendo por isso mais resistentes, comparando com outros sistemas, nomeadamente com o sistema Locator®. Também a pequena abertura na cabeça do parafuso do pilar impede a acumulação de resíduos alimentares. Promove grande conforto para o paciente em termos de ancoragem e retenção, permitindo que a prótese gire acompanhando os movimentos mandibulares sem perda de retenção. Este sistema torna a prótese de fácil inserção e remoção, simplificando o seu uso para o paciente. (44,45) No entanto, por ser um sistema de encaixe de precisão, exige aos pacientes destreza manual para a correta colocação e remoção da prótese.

O êxito das sobredentadura é demonstrado através da satisfação do paciente, que se tem vindo a manifestar bastante motivado ao longo do período reabilitador. Este patamar de satisfação pode ultrapassar em 5 anos a satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais.(46)

3.2 Caso Clínico 2- Reabilitação Oral com Prótese Total Convencional

3.2.1 Introdução

Em casos de edentulismo total existem inúmeras opções de reabilitação, fixas ou removíveis, no entanto, a reabilitação com prótese total convencional ainda é o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes. Esta preferência assume-se relacionada com limitações cirúrgicas, fisiológicas, anatômicas, psicológicas e económicas, por parte do paciente. (47,48) A maioria dos pacientes apresenta condições económicas desfavoráveis que inviabilizam planos de tratamento com custos mais elevados. Outras limitações para reabilitações mais dispendiosas são as condicionantes cirúrgicas, fisiológicas e anatômicas, que impedem a colocação de implantes, como por exemplo, algumas doenças sistêmicas ou grandes reabsorções ósseas.(47,48,49) As próteses convencionais também assumem protocolos de reabilitação mais simples e consequentemente de mais rápida execução, que reduzem o número de visitas do paciente ao consultório de medicina dentária.(49)

Mesmo existindo outras opções que superam as limitações de retenção e estabilidade das próteses convencionais, esta opção continua a satisfazer o paciente a nível de conforto, capacidade mastigatória, fonética, estética e facilidade de higienização.(48,49)

Segundo o diagrama desenvolvido por Jacobson e Krol modificado por Turano (Figura 27), os fatores como a retenção, estabilidade, suporte e estética levam ao sucesso da reabilitação com uma prótese total.(10)

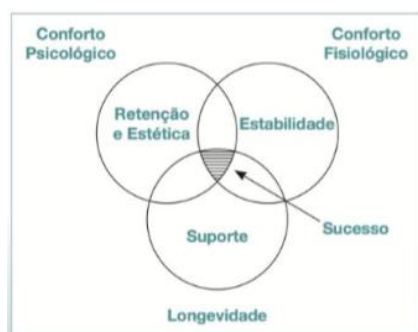


Figura 27- Diagrama de Jacobson e Krol modificado por Turano. Imagem retirada do livro "Fundamentos de Prótese Total".

No entanto, uma das maiores limitações destas próteses são a retenção e a estabilidade. A reabsorção contínua da crista residual e a perda de tecidos de suporte da prótese originam uma desadaptação protética e dominam as queixas dos seus portadores. Esta limitação pode ser colmatada através da aplicação de um condicionador de tecidos na base da prótese, de forma provisória ou definitiva, que ajuda a reajustar a base da prótese à condição anatómica mais recente, proporcionando deste modo, a readaptação da prótese aos tecidos de suporte. (50)

3.2.2 Caso Clínico

Paciente com 45 anos de idade, do sexo feminino, fumadora e de raça caucasiana, apresenta-se na consulta de Prostodontia Removível da Clínica Dentária Universitária da UCP Viseu, a 16 de outubro de 2020, com o objetivo de reabilitar a maxila. Na história médica, a paciente refere crises de ansiedade para as quais faz a toma de ansiolíticos (Diazepam 10 mg).

Previamente ao exame clínico intraoral, é realizada a avaliação da ortopantomografia da paciente (Figura 28). Desta avaliação conclui-se que a paciente é desdentada total maxilar e desdentada parcial mandibular.



Figura 28- Radiografia panorâmica.

Após exame clínico intraoral verifica-se a presença de apenas três dentes inferiores (43, 33 e 34). Atualmente, a paciente apresenta, a nível mandibular, uma classe I divisão 1 de Kennedy.

São realizadas fotografias extraorais frontais (Figura 29) e laterais (Figura 30) ambas em posição de intercuspidação máxima (PIM), em sorriso e em repouso.



Figura 29- Fotografias extraorais frontais (PIM, Sorriso e Repouso).



Figura 30- Fotografias extraorais laterais (PIM, Sorriso e Repouso).

Seguem-se as fotografias intraorais frontais e laterais (Figura 31) e oclusais de cada arcada (Figura 32).

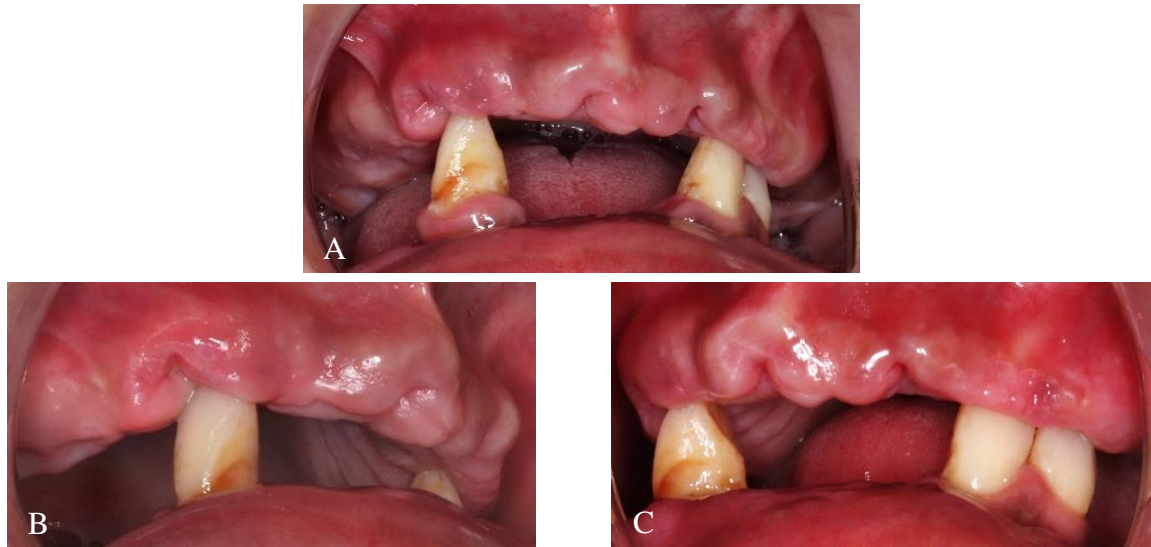


Figura 31- Fotografias intraorais (A – Vista frontal; B - Vista lateral direita; C – Vista lateral esquerda).

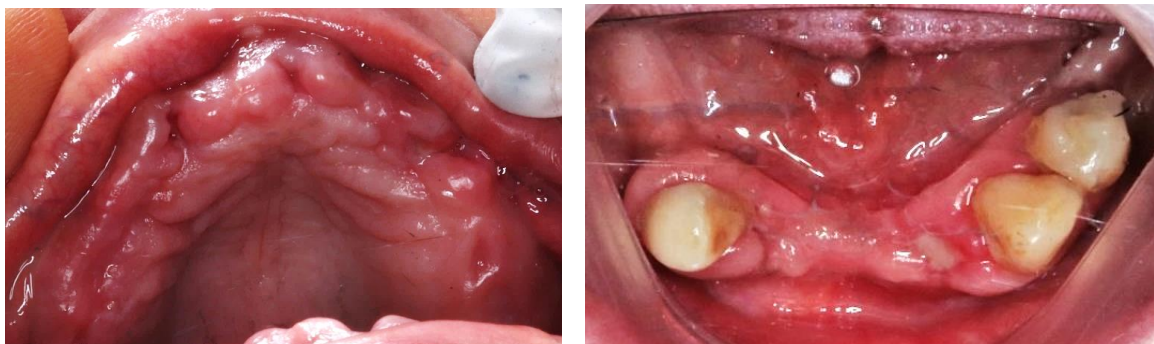


Figura 32- Fotografia intraoral (oclusal superior e inferior).

A conclusão da recolha de dados clínicos acontece através da toma de impressões preliminares em alginato Zhermack® Orthoprint em moldeiras *standard* número 3 de forma a obter os modelos de estudo (Figura 33) e posterior confecção de moldeiras individuais em resina rosa fotopolimerizável Schmidt®.



Figura 33- Modelos de estudo (superior e inferior).

Na consulta seguinte, utilizando a moldeira individual confeccionada (Figura 34), é realizada a impressão funcional para obtenção do modelo de trabalho. Começa-se por verificar a adaptação da moldeira individual ao rebordo alveolar, averiguando a presença de alguma interferência nos tecidos moles envolventes. Posteriormente procede-se à moldagem funcional dos tecidos de suporte em duas fases. Primeiro faz-se o selamento periférico: coloca-se adesivo para silicone Coltene® no bordo da moldeira individual e depois deste secar, com a ajuda da seringa de ar aplica-se silicone *light body* Provil® Novo - Heraeus. A moldeira é desta forma levada à boca e colocada em posição, e os tecidos moles são manipulados para obtenção de um correto selamento periférico e impressão dos tecidos (Figura 34), promovendo adaptação e retenção da prótese. Numa segunda fase realiza-se a impressão de toda a área chapeável. Para tal procedeu-se à aplicação do adesivo referido em toda a face interna da moldeira, carrega-se a mesma com silicone *heavy* Provil® Novo - Heraeus Kulzer (Figura 34), levando à boca e fazendo nova manipulação dos tecidos moles.

A impressão funcional é enviada ao laboratório, com indicação para elaboração de placas base com ceras de articulação para o registo intermaxilar.



Figura 34- Moldeira individual, selamento periférico e impressão funcional definitiva.

Na consulta seguinte realiza-se o registo intermaxilar com os rolos de articulação em placas base (Figura 35). Com a placa base superior em boca, procede-se ao nivelamento e orientação do plano oclusal, utilizando o Plano de Fox, ou seja, estabelece-se o paralelismo com o Plano de Camper (lateralmente) e com o Plano Bipupilar (frontalmente). Depois, mantendo o plano estabelecido, a cera articular é desgastada até se visualizar apenas cerca de 2mm de altura anterior em

posição de repouso. Corrige-se a vertente vestibular da cera maxilar para dar um correto assentamento ao lábio superior e marca-se a linha média dentária com referência na linha média facial, marca-se a linha dos caninos correspondente à linha que une o canto interno do olho à asa do nariz e, por fim a linha do sorriso de acordo com o lábio superior (Figura 36). Para determinar a DVO, regista-se a dimensão vertical de repouso utilizando uma régua milimétrica e mede-se a distância entre dois pontos (subnasal e mento) na posição fisiológica de repouso mandibular, e de seguida retira-se 3mm a essa medida.

A finalizar, aquece-se o rolo de articulação inferior, coloca-se em boca e manipula-se o paciente a ocluir em relação cêntrica na DVO determinada (Figura 37).

Por último, procede-se à escolha da cor dos dentes da prótese, com auxílio da escala Vita® Classical A1-D4, e tendo em conta a opinião do paciente opta-se pela cor A3 (Figura 38).



Figura 35- Placa base superior com rolo de articulação em cera.



Figura 36- Marcação da linha média, da linha dos caninos e linha do sorriso.

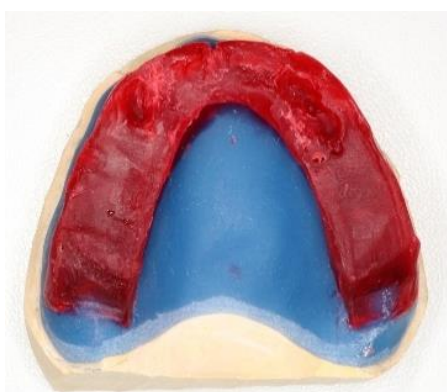


Figura 37- Rolo de articulação com o registo intermaxilar em cêntrica.



Figura 38- Escolha da cor dos dentes (A3) - Escala Vita® Clássica.

Oito dias depois é efetuada a prova de dentes (Figura 39). Começa-se por verificar os contactos oclusais entre os dentes superiores e os dentes inferiores com papel articular Henry Schein® de 40 μ . É verificada a estética dentofacial de forma a confirmar a DVO. Numa observação inicial deteta-se que os flancos vestibulares da prótese se encontravam demasiado baixos não promovendo um correto selamento periférico, sendo assim necessário subir esses flancos até ao fundo do vestíbulo. Em posição de intercuspidação máxima (PIM) verifica-se que a paciente apresenta uma contração perioral marcada (Figura 40), causada pela posição demasiado vestibularizada dos dentes. Em sorriso identifica-se a necessidade de corrigir a linha do sorriso, uma vez que esta se encontra numa posição demasiado baixa, promovendo um sorriso “gingival”, e que a linha média se encontra desviada para a direita (Figura 41). Também se avalia o paralelismo do plano oclusal com o plano de Fox e verifica-se que o dente 22 não se encontra à mesma altura do dente 12 (Figura 42).

A prova é enviada ao laboratório com todas as indicações necessárias a corrigir, e é pedida nova prova de dentes.



Figura 39- Prova de dentes (vista frontal).



Figura 40- Prova de dentes (frontal em PIM).

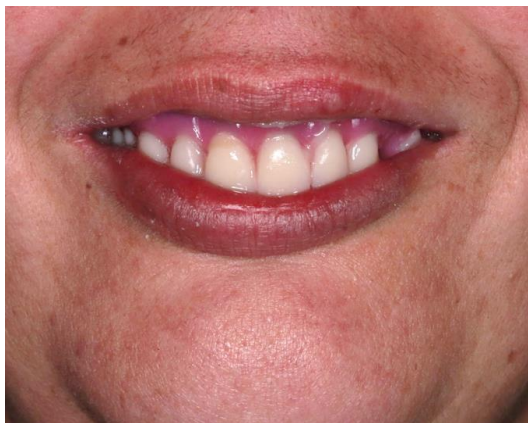


Figura 41- Prova de dentes (frontal em sorriso).



Figura 42- Correção da linha média, linha do sorriso e confirmação do plano oclusal.

Na consulta seguinte repete-se a prova de dentes. Verifica-se a estética dentofacial e a dimensão vertical de oclusão. São realizados testes fonéticos. Os flancos da prótese encontram-se adaptados ao fundo do vestibulo. Em posição de intercuspidação máxima (PIM) a paciente já não apresenta contração da musculatura perioral (Figura 43). A linha do sorriso encontra-se numa posição mais alta e a linha média dentária coincide com a linha média facial (Figura 44). Correta orientação e nivelamento do plano oclusal com o plano de Fox (Figuras 45 e 46).



Figura 43- Prova de dentes (frontal em PIM).



Figura 44- Prova de dentes (frontal em sorriso).

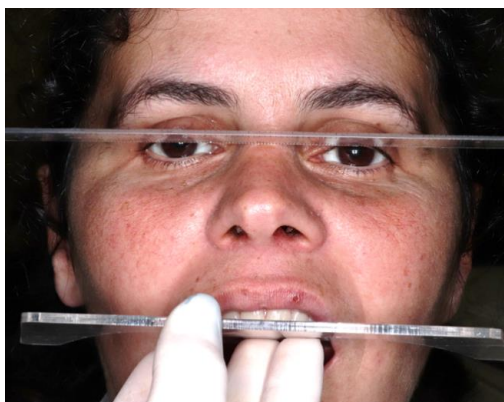


Figura 45- Confirmação do plano oclusal (plano de Fox paralelo à linha bipupilar).



Figura 46- Confirmação do plano oclusal (plano de Fox paralelo ao plano de Camper).

A prótese é enviada ao laboratório para acrilização e finalização.

Na semana seguinte é colocada a prótese maxilar à paciente (Figuras 47 e 48). A prótese apresenta boa retenção, a paciente apenas refere que o palato protético se encontra demasiado extenso, provocando-lhe reflexo de vômito. Deste modo realiza-se um pequeno desgaste na parte posterior da prótese que invade a linha

do “ah” (linha na abóbada palatina que marca o começo do movimento do palato mole quando o paciente pronuncia “Ah”).



Figura 47- Prótese total definitiva (vista oclusal e frontal).



Figura 48- Colocação da prótese em boca.

No final da consulta são dadas instruções de higienização e conselhos de utilização e manutenção da prótese. Começa-se por explicar que é normal um período crítico de adaptação quer na função mastigatória quer na função fonética. No início, durante o período de adaptação, o indicado é começar por mastigar alimentos moles e gradualmente introduzir alimentos de dureza maior, a fim de evitar o aparecimento de pontos dolorosos e úlceras. Ao fim de cada refeição deve sempre higienizar a prótese, utilizando uma escova de dentes e/ou comprimidos efervescentes. Também é recomendado o descanso noturno da mucosa de suporte com a remoção prótese.

Após 1 semana ocorre a consulta de controlo. A paciente não relata qualquer desconforto, estando satisfeita a nível estético e funcional.

Salienta-se a necessidade de mais duas consultas de controlo ao longo do ano e reforça-se as instruções de higiene e manutenção da prótese.

3.2.3 Discussão

No planeamento do caso optou-se por uma reabilitação com prótese total convencional maxilar devido à condição financeira da paciente, um método conservador, não invasivo, de fácil execução e de baixos custos, que conseguiu cumprir com os requisitos funcionais e estéticos, melhorando a qualidade de vida da paciente. No entanto, o sucesso desta reabilitação apenas pode ser comprovado com as próximas consultas de controlo, dependendo do estado da prótese, da sua retenção ou estabilidade e a presença ou não de lesões orais.(10)

O facto de as exodontias das raízes dos dentes superiores terem sido realizadas recentemente, e a mucosa ainda se encontrar na fase proliferativa ou fibroblástica da cicatrização, apresentando-se eritematosa e dolorosa, dificultou o processo reabilitador, principalmente na obtenção de uma correta retenção e estabilidade da prótese. Quer a retenção quer a estabilidade poderão ficar comprometidas futuramente, devido à remodelação dos tecidos de suporte, sendo necessário realizar um rebasamento.

Durante o processo de reabilitação existiram algumas dificuldades, tais como a marcação da linha média dentária devido ao desvio do nariz em relação à linha média da paciente, e também o facto de apresentar uma classe II, provocando a aparência de inclinação vestibular dos dentes anteriores.

Para o êxito da reabilitação oral, a colaboração com o técnico de prótese também é uma condição indispensável, sendo essencial estabelecer uma boa comunicação, a fim de expormos as dificuldades e falhas, para que estas sejam facilmente solucionadas.(51) No nosso caso, devido a possíveis falhas por parte do laboratório ou por parte do operador, por exemplo na determinação da DVO, no registo intermaxilar ou na marcação da linha média, a consulta de prova de dentes não decorreu como pretendíamos, havendo necessidade de ajustes e nova prova de dentes.

Uma desvantagem do uso de próteses removíveis convencionais é o facto da mucosa gengival sofrer variadas alterações ao longo do tempo. Esta característica é consequência da reabsorção da crista óssea alveolar, o que resulta numa alteração da estabilidade e da retenção da prótese ao longo do tempo e consequentemente da capacidade mastigatória. Desta forma, serão necessários ajustes protéticos ao longo do tempo.(10,52)

A pedido da paciente procedeu-se apenas à reabilitação da arcada superior, e num futuro próximo será efetuada a reabilitação da arcada inferior com prótese removível parcial.

Em casos de reabilitação bimaxilar, o ideal é realizar a reabilitação maxilar e mandibular em conjunto, de forma a alcançar uma oclusão balanceada. Uma vez que não foi estabelecida a correta oclusão com a arcada inferior, não foi conseguida estabilidade oclusal, causando comprometimento estético, fonético, mas principalmente funcional. O facto de não procedermos à reabilitação da arcada inferior, e consequentemente não obtermos uma oclusão balanceada, poderá trazer disfunções quer a nível osteoarticular quer a nível funcional, visto que poderão existir maiores dificuldades de adaptação por deslocamentos da prótese em movimento (instabilidade), e consequentemente um maior desconforto durante a mastigação. (53,54,55) Em relação à estética facial, apesar da altura facial inferior não estar comprometida, pela presença dos dentes 43, 33 e 34, a inexistência de dentes inferiores resulta na aparência envelhecida da paciente, podendo ter impacto a nível psicológico.(56) Também a fonética é afetada, podendo a paciente demonstrar dificuldades na articulação de certas palavras.(57)

Apesar de termos reabilitado a arcada superior, continuamos perante uma oclusão sem estabilidade nem horizontal nem vertical, dado que na arcada inferior apenas estão presentes os dentes 43, 33 e 34, existindo um grande espaço edêntulo posterior bilateral. Pela razão da paciente ter apenas três dentes inferiores, isso irá implicar cargas não uniformes sobre a prótese superior, o que aumenta o risco de fratura da mesma.

Uma falha a apontar neste caso clínico é o facto de não ter sido realizada a montagem em articulador, visto que foi promovida uma oclusão que não existia anteriormente, e esta foi estabelecida em relação cêntrica.

3.3 Caso Clínico 3- Gengivectomia

3.3.1 Introdução

O sorriso influencia o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, interferindo quer nas relações interpessoais quer na vida profissional. Em Medicina Dentária a harmonia do sorriso é conseguida através de um conjunto de fatores, tais como a curvatura dos lábios, o arco do sorriso, o plano oclusal, o corredor bucal, fatores dentários e componentes gengivais.(58)

Nos componentes gengivais destaca-se a textura, a cor, a forma e o grau de exposição da gengiva, que podem caracterizar o sorriso em mais ou menos agradável, quer para o próprio quer para terceiros.(58)

A exposição gengival excessiva ou sorriso gengival é uma condição não patológica, que corresponde ao excesso de gengiva maxilar visível quando o paciente sorri (mais de 2 a 3 mm). Esta condição pode ser resultado de um excesso de tecido gengival que cobre a coroa clínica dos dentes maxilares. É uma das condições mais recorrente na população, com uma prevalência de 10,5% a 29%, e predomina no género feminino.(59)

A exposição da coroa clínica, durante o processo eruptivo dos dentes, resulta de duas fases simultâneas e distintas, a fase ativa que corresponde ao movimento do dente para fora do alvéolo até atingir a oclusão dentária e a fase passiva que corresponde à migração da gengiva em sentido apical. Assim sendo, um bom elemento de guia para a avaliação clínica é a localização da junção amelocementária (JAC) que se deve localizar apicalmente em relação à margem gengival livre.(59)

A etiologia é multifatorial e está relacionada principalmente com uma alteração da erupção passiva no entanto, pode também estar associada a um lábio superior curto, uma coroa clínica curta, extrusão dento-alveolar, ao crescimento ósseo vertical excessivo, a hiperatividade do lábio superior ou a hiperplasia gengival.(59,58,60)

Na avaliação clínica desta condição devem ser considerados diversos parâmetros, nomeadamente, o comprimento da coroa anatômica e clínica, a profundidade de

sondagem, a largura da gengiva queratinizada, o freio labial, o *overjet* e o *overbite* e os limites verticais do sorriso.(61)

O exame radiográfico também assume um papel importante nesta avaliação, na medida em que nos permite determinar o nível ósseo inerente a cada dente individualmente.(61)

No caso de existir uma espessura óssea adequada, uma distância de 1,5mm a 2mm desde a crista óssea à JAC, e uma porção de tecido gengival que após procedimento cirúrgico fique 3mm desde a gengiva marginal até ao nível da crista óssea está indicada a realização de gengivectomia.(62)

A introdução de novas técnicas, tais como a elaboração de uma guia cirúrgica em resina acrílica, auxiliadas por CAD-CAM, contribuiu para técnicas cirúrgicas mais precisas e previsíveis.(63)

A guia cirúrgica é executada através da sobreposição do *scanner* intraoral dos modelos da maxila e da mandíbula semiaberta à tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT). Transportamos os ficheiros para o *software* digital, onde podemos observar a relação entre o osso alveolar e a margem da gengiva virtual.(63)

Com o auxílio da guia cirúrgica, que se adapta perfeitamente à gengiva e ao osso alveolar consegue-se, para além de uma análise prévia do resultado final, evitar imprecisões e erros cirúrgicos, facilitando o contorno dos tecidos moles, e alcançando margens gengivais mais harmoniosas.(63,64) Em contrapartida, é uma técnica que requer mais tempo por parte do Médico Dentista, envolve um maior número de sessões clínicas e maiores custos para o paciente. Ainda assim, os benefícios demonstrados por esta técnica conseguem ultrapassar as suas desvantagens.(63,64)

Segundo Rossi (65), o procedimento cirúrgico deve iniciar-se por um dos lados da maxila, de forma a existir um modo de comparação em relação ao lado oposto.

A gengivectomia poderá ser realizada através de diferentes métodos ou técnicas, nomeadamente com bisturi convencional, eletrocirurgia, radiocirurgia e laser.(63)

Destacando o laser, acrónimo de *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*, este apresenta-se bastante vantajoso principalmente em relação aos métodos convencionais. Garante a esterilização do campo cirúrgico, promove a hemóstase durante a exérese do tecido, apresentando sangramento mínimo, promove a cicatrização, diminuindo o risco de infeção e de inflamação gengival e diminui a dor ou desconforto pós-operatório, para além de apresentar uma menor taxa de recidiva.(66)

Estes são divididos em Laser Terapêutico LLLT (*Low-Level Laser Therapy*) e Laser Cirúrgico HILT (*High Intensity Laser Therapy*). Em cirurgia periodontal é utilizado o laser cirúrgico, dentro do qual se destacam o laser neodímio (Nd:Yag), o érbio (Er:Yag), o laser CO2 e o laser diodo.(67)

3.3.2 Caso Clínico

Paciente com 22 anos de idade, do sexo masculino, não fumador, com boa higiene oral e de raça caucasiana, apresenta-se na consulta da pós-graduação de Periodontologia da Clínica Dentária Universitária da UCP Viseu, a 8 de janeiro de 2020, com o objetivo de corrigir o seu sorriso gengival, de forma a torná-lo mais estético.

São recolhidos exames auxiliares de diagnóstico, ortopantomografia (Figura 49) e tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT).



Figura 49- Radiografia panorâmica.

Seguem-se as fotografias intraorais frontal e laterais (Figuras 50 e 51).



Figura 50- Fotografia intraoral (vista frontal).



Figura 51- Fotografias intraorais (vista lateral direita e esquerda).

Por último procede-se à toma de impressões em alginato Zhermack® Orthoprint em moldeiras *standard* número 4 para obtenção os modelos de estudo.

Com o Scanner intraoral Dental Wing® (Model DW-IO-001) é realizado o scanner do modelo superior.

Através da sobreposição do CBCT com o scanner intraoral do modelo de gesso, são medidos os comprimentos coronais dos dentes e é planeada a guia cirúrgica (Figuras 52 e 53), que seguidamente é impressa (Figura 54). A guia e o procedimento cirúrgico são realizados pelo docente da cadeira de Periodontologia.



Figura 52- Planeamento da guia cirúrgica.

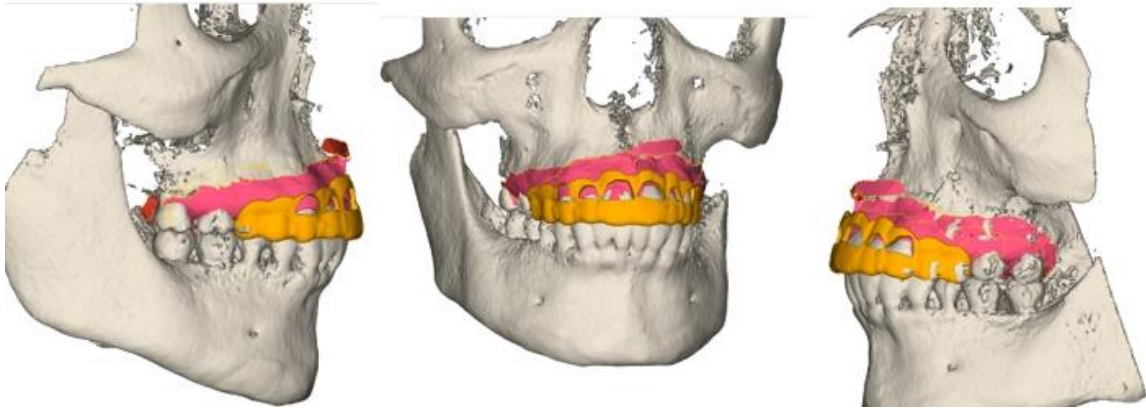


Figura 53- Planeamento da guia cirúrgica na tomografia computadorizada de feixe cónico.

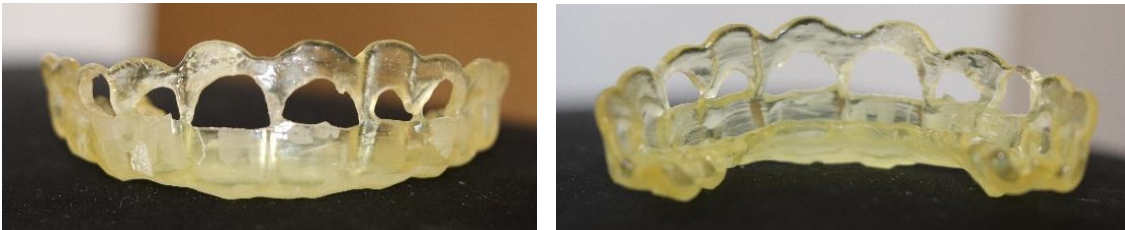


Figura 54- Guia cirúrgica (vista anterior e posterior).

A segunda consulta, inicia-se pela colocação da guia cirúrgica em boca, de modo a verificar a sua adaptação (Figura 55, 56 e 57). Procede-se ao ajuste da guia, através de um ligeiro desgaste, de forma a encaixar por completo e conseguirmos uma excelente adaptação.



Figura 55- Guia cirúrgica em boca (vista frontal).



Figura 56- Guia cirúrgica em boca (vista lateral direita).



Figura 57- Guia cirúrgica em boca (vista lateral esquerda).

Seguidamente, anestesia-se de canino a canino, através de anestésias infiltrativas com lidocaína (Xilonibsa a 2%, Inibsa®).

É realizada a sondagem dos sulcos periodontais, de modo a garantir que após a remoção do tecido gengival pretendido o espaço biológico seja conservado. Este espaço deve corresponder a 3 mm em todos os elementos dentários (distância entre a margem gengival e a crista óssea). O paciente apresenta profundidades de sondagem entre 4-5 mm, sendo por isso removido cerca de 1-2 mm de tecido gengival nos dentes 13,12, 11 e 23 e correção dos zénites dos dentes 21 e 22.

Para fins comparativos, inicia-se a gengivectomia pelo primeiro quadrante com laser díodo Mendecy®, em bisel externo, partindo do canino, e posteriormente segue-se para o segundo quadrante, realizando registo fotográfico entre cada um dos lados da maxila (Figuras 58 e 59) e registo final (Figura 60).



Figura 58- Gengivectomia no 1º quadrante.



Figura 59- Gengivectomia no 2º quadrante.



Figura 60- Gengivectomia (final).

Para finalizar a consulta são dados alguns conselhos de cuidados pós-operatórios, tais como a aplicação de gel de clorhexidina na zona cirúrgica e toma de um analgésico, em caso de dor, como por exemplo o paracetamol 1g de 12 em 12 horas.

É programada uma consulta de controlo 1 semana após a intervenção, *follow up*. No decorrer desta consulta, o paciente não relata nenhuma complicação pós-cirúrgica, demonstrando-se satisfeito com o seu sorriso final. A gengiva apresenta uma boa cicatrização e o pós-operatório decorreu como esperado.

3.3.3 Discussão

O sorriso gengival está associado a diversas causas, sendo por isso de extrema importância um diagnóstico preciso, de forma a selecionar o plano de tratamento mais adequado. Neste caso o diagnóstico efetuado foi a erupção passiva alterada do tipo 1A, em que é evidente uma ampla faixa de tecido queratinizado, sendo que a JAC está localizada em zona apical em relação à margem gengival livre. Como consequência existe espaço suficiente entre a margem gengival e a crista óssea, de forma a conservar a distância biológica. Desta forma, o plano de tratamento eleito foi a gengivectomia, de forma a eliminar o tecido gengival em excesso, devolvendo o contorno e a anatomia.(60) A gengivectomia é uma técnica cirúrgica simples que consegue devolver a estética do sorriso e a autoestima aos pacientes.

A opção pelo laser díodo reside nos seus diversos benefícios, tais como uma necrose mínima dos tecidos, e um corte mais preciso, nomeadamente em relação a outros lasers, como o Nd:yag. Torna-se ótimo para cirurgia gengival devido à interação do comprimento de onda e da sua energia com os tecidos, que permite o incisão e coagulação em simultâneo, e pelo facto de ser absorvido apenas pelos tecidos e não pelas estruturas adjacentes.(68) No entanto é necessário ter alguns cuidados, como por exemplo evitar o contacto com os tecidos duros, de forma a evitar danos no cimento e no osso alveolar.(67)

O paciente mostrou-se satisfeito com o resultado final, proporcionando o sucesso quer funcional quer estético da técnica cirúrgica aplicada.

Conclusão

4 Conclusão

Em virtude do estado atual de pandemia de Covid-19, que levou à suspensão do Ensino Universitário presencial e interrupção de toda atividade clínica de Medicina Dentária, quer os alunos quer os docentes foram confrontados com uma nova realidade, adaptada à situação pandémica.

Dadas as limitações impostas a todas as aulas presenciais, derivadas do plano de contingência contra a Covid-19, a reitoria da UCP disponibilizou aos seus alunos novas ferramentas de ensino à distância, tentando solucionar e ajustar, da melhor forma, as dinâmicas pedagógicas.

As novas metodologias de ensino abraçam plataformas digitais *e-learning* e salas de *chat* que, não substituindo as aulas prática em ambiente clínico, permitiram a partilha de conhecimentos, através de discussão de temas atuais em Medicina Dentária não abordados anteriormente, como pelo meio de revisão de conceitos clínicos já estudados ou mediante a apresentação de casos clínicos, tanto pela parte dos alunos como pela parte dos professores. Não sendo a opção ideal, mas a possível para o momento atual conseguiram-se aulas bastante dinâmicas que permitiram uma enriquecedora troca de conhecimentos. Sendo assim, tornou-se um método promissor e a adotar no ensino futuro para as aulas teóricas, que faz todo o sentido perante a tecnologia em que estamos envolvidos.

No entanto, a componente prática em Medicina Dentária não pode ser substituída à distância, e por isso aos alunos do 5º ano do MIMD, algumas horas serão repostas durante os meses de junho e julho, não sendo o suficiente para um ano de término de um curso prático, que está próximo de envergar no mundo de trabalho. Voltamos com uma nova realidade, conscientes dos riscos associados à profissão e da condição financeira dos pacientes, mas cumprindo todas as medidas de segurança impostas, tentando que estes retomem os seus tratamentos e que não recorram ao médico dentista apenas em situações de urgência inadiável.

Infelizmente, esta situação também teve repercussões neste relatório de atividade clínica, não permitindo concluir um dos casos clínicos aqui apresentado, nem explorar novos casos já planeados.

Referências

Referências

1. Edward Ellis III, James R. Hupp y Myron R. Tucker. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 6th edition. St. Louis, Elsevier/Mosby editor. 2013, p 2-174;
2. Banerjee A, Watson TF. Pickard's Manual of Operative Dentistry. 8th edition. Oxford, editor. 2003, p 5-31;
3. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, *et al.* Guide to Clinical Endodontics. American Association Endodontics. 6th edition, Chicago; 2013; 1-40.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CA BJ. Oral and Maxillofacial Pathology, 3th edition, Philadelphia: W.B. Saunders editor. 2009. 138p;
5. Jeffrey P. Okeson. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 6th edition. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby, editor. 2008. p. 3-89, 427.
6. Academy A, Pediatric OF. Definitions and scope of pediatric dentistry. Pediatric Dentistry. 2016;38(6):2–3.
7. Proffit W, Fields H SD. Contemporary Orthodontics. 5th ed. St. Louis, Elsevier/Mosby editor. 2013. p. 2-214;
8. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12th ed. Philadelphia: W.B. Saunders editor; 2015. p. 2011. 4966.
9. Shillingburg H, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S. Fundamentals of Fixed Prosthodontics. 4th ed. Quintessence Publishing. 2012. p. 100–356.
10. Turano JC; Turano LM; Turano MV. Fundamentos de Prótese Total. 9th edition. Santos Editors. São Paulo: 2010; p.1-37, 481, 505-539
11. American Dental Association. Future of Dentistry. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center:2001;
12. FDI World Dental Federation. Vision 2020 Think Tank. A new definition for oral health. Journal of Extreme Events. 2020. p. 4.
13. World Health Organization. Oral Health. [Internet]. Oral health [cited 2020 Março 13]. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health> Oral Health.
14. Morar S, Ionescu I, Tănăsescu C, Boicean A, Fleacă R, Cameliaburcea C. Health Related Quality of Life. Metalurgia International. 2013;18(8):296–8.

15. Carvalho LF de, Melo JR de O, Carvalho FAA, Ramos JG, Lima RA. O Impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edentulos. *Revista da AcBO - ISSN 2316-7262*. 2018;8(1):40–8.
16. Almeida Junior AP de, Grden CRB, Lopes BG, Bordin D, Borges PK de O. Edentulismo e fatores associados à necessidade de uso de prótese superior e inferior entre idosos. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2017;18(2):105.
17. Russell SL, Gordon S, Lukacs JR, Kaste LM. Sex/gender differences in tooth loss and edentulism. Historical perspectives, biological factors, and sociologic reasons. *Dent Clin North Am*. 2013;57(2):317–37.
18. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007;369:51
19. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017;3:1–14.
20. Cristina M, Freitas A, Bujes RV. A Saúde Bucal e as funções da mastigação e deglutição nos Idosos. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec*. 2010;15(1): 63-53
21. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro da saúde oral*. 2019;1–51.
22. James K, Toner M, Stassen LF. Performing mucosal tissue biopsies in general dental practice. *J Ir Dent Assoc*. 2011;57(4):203–8.
23. Young DA, Nový BB, Zeller GG, Hale R, Hart TC, Truelove EL, *et al*. The american dental association caries classification system for clinical practice: A report of the american dental association council on scientific affairs. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(2):79–86.
24. Gugnani N, Pandit I, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A New Concept. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2011;93–100.
25. Bartlett DW, Shah P. A Critical Review of Non-carious Cervical (Wear) Lesions and the Role of Abfraction, Erosion, and Abrasion. *Critical reviews in oral biology & medicine*. 2006;306–12.
26. Berman L, Hargreaves K. *Cohen's Pathways of the Pulp*. 11th edition; Philadelphia, PA, USA: Elsevier Inc; 2015. 1144 p;
27. Arthur JN, John RC, Tad RM, Janice AT, Martha HW. *Fundamental Principles of Pediatric Physiology and Anatomy*. In Arthur Nowak, ed; *Fundamentals of Pediatric Dentistry*; 6th ed, Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2019 (88-96.e 4 p);

28. Ordem dos Médicos Dentistas. Folhetos Educativos Cirurgia Oral [Internet]. 2014. [cited 2020 Março 20]. Available from: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/folheto-omd-cirurgia-oral.pdf>
29. Steffens JP, Marcantonio Rac. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: Guia Prático e Pontos-Chave. Rev Odontol da UNESP. 2018;47(4):189–97.
30. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12th ed. St. Louis, Elsevier Mosby, 2011, p.3-7; 271-285
31. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Hyde TP, Nattress B, Pavitt SH, *et al.* Removable partial dentures: The clinical need for innovation. J Prosthet Dent. 2017;118(3):273–80.
32. Zhang L, Lyu C, Shang Z, Niu A, Liang X. Quality of life of implant-supported overdenture and conventional complete denture in restoring the edentulous mandible: A systematic review. Implant Dent. 2017;26(6):945–50.
33. Kutkut A, Bertoli E, Frazer R, Pinto-Sinai G, Fuentealba Hidalgo R, Studts J. A systematic review of studies comparing conventional complete denture and implant retained overdenture. J Prosthodont Res. 2018;62(1):1–9.
34. Probst LF, Vanni T, Cavalcante D de FB, Silva ET da, Cavalcanti YW, Passeri LA, *et al.* Cost-effectiveness of implant-supported dental prosthesis compared to conventional dental prosthesis. Rev Saude Publica. 2019;53:1–13.
35. El-Zawahry M, Ibraheem E, Nassani M, Ghorab S, El-Anwar M. Stress analysis of mandibular implant overdentures retained with one, two, or four ball attachments: A finite element study. Dent Res J (Isfahan). 2018;15(6):437–43.
36. Vahidi F, Pinto-Sinai G. Complications associated with implant-retained removable prostheses. Dent Clin North Am. 2015;59(1):215–26.
37. Stilwell C. Mandibular Implant Overdentures: Treatment and Medico-Legal Considerations. Prim Dent J. 2017;6(4):28–35.
38. Alkadhimi F, Sultan A, Byrne C. Mandibular implant-supported overdentures : attachment systems , and number and locations of implants – Part I. J Ir Dent Assoc. 2019;8–13.
39. Warreth A, Byrne C, Alkadhimi AF *ade.*, Woods E, Sultan A. Mandibular implant-supported overdentures: attachment systems, and number and locations of implants-Part I. J Ir Dent Assoc. 2015;61(3):144–8.

40. Neudenir J, Filho A. Attachment Systems Used in Implant Supported. PCL - Rev Ibero-americana Prótese Clínica e Lab. 2005;7(36):159–65.
41. Sampaio-Fernandes M, Vaz PC, Braga AC, Figueiral MH. Avaliação retrospectiva de tratamentos com sobredentaduras implanto-suportadas: Complicações protéticas. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac. 2016;57(1):14–20.
42. Gatti C, Gatti F, Silvestri M, Mintrone F, Rossi R, Tridondani G, *et al.* A Prospective Multicenter Study on Radiographic Crestal Bone Changes Around Dental Implants Placed at Crestal or Subcrestal Level: One-Year Findings. Int J Oral Maxillofac Implants. 2018;33(4):913–8.
43. Pellicer-Chover H, Díaz-Sanchez M, Soto-Peñaloza D, Peñarrocha-Diago M, Canullo L, Peñarrocha-Oltra D. Impact of crestal and subcrestal implant placement upon changes in marginal peri-implant bone level. A systematic review. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2019;24(5):e673–83.
44. Souza RF, Bedos C, Esfandiari S, Makhoul NM, Dagdeviren D, Abi Nader S, *et al.* Single-implant overdentures retained by the Novaloc attachment system: Study protocol for a mixed-methods randomized cross-over trial. Trials. 2018;19(1):1–11.
45. Yue Q, Yilmaz B, Abou-Ayash S, Zimmermann P, Brägger U, Schimmel M. Use of an attachment system with angulated abutments and polyetheretherketone inserts to retain a maxillary overdenture: A clinical report. J Prosthet Dent. 2019;1–6.
46. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. J Oral Rehabil. 2010;37(2):143–56.
47. Sabir S, Regragui A, Merzouk N. Maintaining occlusal stability by selecting the most appropriate occlusal scheme in complete removable prosthesis. Jpn Dent Sci Rev. 2019;55(1):145–50.
48. Cunha TR, Della Vecchia MP, Regis RR, Ribeiro AB, Muglia VA, Mestriner W, *et al.* A randomised trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: Masticatory performance and ability. J Dent . 2013;41(2):133–42.
49. Nuñez MCO, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. Gerodontology. 2015;32(4):247–

- 53.
50. John AV, Abraham G, Alias A. Two-visit CAD/CAM milled dentures in the rehabilitation of edentulous arches: A case series. *J Indian Prosthodont Soc.* 2019;19(1):88–92.
51. Bholra S, Hellyer PH, Radford DR. The importance of communication in the construction of partial dentures. *Br Dent J.* 2018;224(11):853–6.
52. Limpuangthip N, Somkotra T, Arksornnukit M. Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life. *J Prosthet Dent.* 2018;120(1):43–9.
53. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont.* 2009;18(2):88–96.
54. Kelly SAM, Hyland RM, Ellis JS, Thomason JM, Moynihan PJ. Development of a patient-based questionnaire about emotional and social issues related to eating with dentures. *J Dent.* 2012;40(8):678–85.
55. Huuromonen S, Haikola B, Oikarinen K, Söderholm AL, Remes-Lyly T, Sipilä K. Residual ridge resorption, lower denture stability and subjective complaints among edentulous individuals. *J Oral Rehabil.* 2012;39(5):384–90
56. Hewlett SA, Yawson AE, Calys-Tagoe BNL, Naidoo N, Martey P, Chatterji S, et al. Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):1–9.
57. Wada J, Hideshima M, Inukai S, Ando T, Igarashi Y, Matsuura H. Influence of the major connector in a maxillary denture on phonetic function. *J Prosthodont Res.* 2011;55(4):234–42.
58. Raquel Pippi Antoniazzi, Luana de Sena Fischer, Carlos Eduardo Agostini Balbinot, Simone Pippi Antoniazzi JAS. Impact of Excessive Gingival on Oral Display on Oral Health-Related Quality of Life in a Southern Brazilian Young Population. *Int J Lab Hematol.* 2017;38(1):42–9.
59. Dym H, Pierre R. Diagnosis and Treatment Approaches to a “Gummy Smile.” *Dent Clin North Am.* 2020;64(2):341–9.
60. Al-Harbi F, Ahmad I. A guide to minimally invasive crown lengthening and tooth preparation for rehabilitating pink and white aesthetics. *Br Dent J.* 2018;224(4):228–34.
61. Mostafa D. A successful management of sever gummy smile using

- gingivectomy and botulinum toxin injection: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;42:169–74.
62. Abou-Arraj RV, Souccar NM. Periodontal treatment of excessive gingival display. *Semin Orthod.* 2013;19(4):267–78.
63. Liu X, Yu J, Zhou J, Tan J. A digitally guided dual technique for both gingival and bone resection during crown lengthening surgery. *J Prosthet Dent.* 2018;119(3):345–9.
64. Majzoub ZAK, Romanos A, Cordioli G. Crown lengthening procedures: A literature review. *Semin Orthod.* 2014;20(3):188–207.
65. Rossi R, Brunelli G, Piras V, Pilloni A. Altered passive eruption and familial trait: A preliminary investigation. *Int J Dent.* 2014;2014.
66. Lione R, Pavoni C, Noviello A, Clementini M, Danesi C, Cozza P. Conventional versus laser gingivectomy in the management of gingival enlargement during orthodontic treatment: a randomized controlled trial. *Eur J Orthod.* 2019;42(1):78–85.
67. The Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology: Lasers in Periodontics. *J Periodontol*; 73:1231-1239 (2002)
68. Kumar P, Rattan V, Rai S. Comparative evaluation of healing after gingivectomy with electrocautery and laser. *J Oral Biol Craniofacial Res.* 2015;5(2):69–74.