



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Raquel Almeida Santos

Viseu, 2016





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Raquel Almeida Santos

Orientador: Mestre André Baptista

Coorientador: Professora Doutora Patrícia Fonseca

Viseu, 2016



## Agradecimentos

Aos meus pais e irmãs, por todo o apoio, carinho e ajuda que sempre disponibilizaram ao longo destes 23 anos.

À minha binómia, Gabriela, por todos os momentos hilariantes, pelas dificuldades que enfrentámos juntas e por todo o apoio.

Às minhas amigas Francisca, Cláudia, Débora, Valéria e Marta por terem feito parte destes cinco anos, por todo o companheirismo e amizade.

A todos os professores, funcionários e assistentes, que sempre se prontificaram a ajudar e, em especial, aos meus orientadores por toda a ajuda disponibilizada para a realização deste trabalho.



## Resumo

O presente Relatório de Atividade Clínica baseia-se na apresentação da atividade clínica, realizada pela autora, durante o ano letivo 2015/16, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, em dois ambientes académicos distintos. Na Hungria, durante o tempo de mobilidade ao abrigo do programa Erasmus+ e em Portugal, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estabelecimento de ensino que frequentou durante todo o Ensino Superior.

Através da organização de dados e análise estatística, o número de atos clínicos é escrutinado em cada área disciplinar e comparados os resultados nestas diferentes áreas geográficas europeias, de forma a tirar conclusões no que diz respeito a métodos de trabalho e cuidados de saúde oral.

Durante todo o ano letivo, a autora adquiriu competências em cada uma das áreas pedagógicas, tendo sempre em vista, durante os atos clínicos, o desenvolvimento da capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar as patologias inerentes à cavidade oral.

**Palavras-chave:** Saúde Oral, Medicina Dentária, Atividade Clínica



## Abstract

This Clinical Activity Report is based on the presentation of clinical activity, carried out by the author during the present school year, under the Master Integrated of Dental Medicine at two different academic environments. Hungary, during the mobility of Erasmus+ program and in Portugal, in the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University, school where has been integrated throughout higher education.

By organizing data and statistical analysis, the number of clinical cases is scrutinized in each education area and compared the results in these different European geographical environment, in order to take conclusions about work methods and oral health care.

Throughout the present school year, the author acquired skills in each subjects, always bearing in mind during clinical acts, developing the ability to prevent, diagnose and treat each pathology of the oral cavity.

**Keywords:** Oral Health, Dental Medicine, Clinical Activity



# Índice

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract.....	ix
Índice de Figuras .....	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xv
1. Introdução .....	1
1.1 Medicina Dentária na Hungria .....	1
1.2 Medicina Dentária em Portugal .....	2
2. Objetivos.....	3
3. Atividade Clínica .....	5
3.1 Caracterização geral da amostra.....	6
3.2 Caracterização geral da Atividade Clínica.....	9
3.3 Caracterização da Amostra em cada Atividade Clínica.....	12
3.3.1 Medicina Oral .....	12
3.3.2 Periodontologia.....	12
3.3.3. Dentisteria Operatória.....	13
3.3.4 Endodontia .....	14
3.3.5 Cirurgia Oral.....	15
3.3.6 Prótese Removível.....	15
3.3.7 Prótese Fixa .....	16
3.3.8 Oclusão .....	17
3.3.9 Ortodontia.....	17
4. Casos Clínicos Diferenciados .....	19
4.1 Caso Clínico 1 – Procedimento Cirúrgico para tratamento de Reabsorção Externa.....	19
Introdução Teórica.....	19
Descrição do caso clínico .....	20
Discussão .....	26
Conclusão .....	26
4.2 Caso Clínico 2 – Disfunção Temporomandibular.....	27
Introdução Teórica.....	27
Descrição do Caso Clínico.....	28
Discussão .....	32

Conclusão .....	32
4.3 Caso Clínico 3 – Branqueamento Dentário Externo .....	33
Introdução Teórica.....	33
Descrição do Caso Clínico.....	34
Discussão .....	39
Conclusão .....	39
5. Produção Científica .....	41
Poster 1 – Cirurgia Plástica Periodontal através da Técnica da Tunelização para recobrimento radicular .....	41
Introdução Teórica.....	41
Descrição do Caso Clínico.....	42
Discussão e Conclusão .....	45
Poster 2 – Cirurgia Periodontal de Aprofundamento do Vestíbulo .....	47
Introdução Teórica.....	47
Descrição do Caso Clínico.....	47
Discussão e Conclusões .....	50
6. Discussão .....	51
6.1 Comparação entre a Hungria e Portugal .....	51
7. Conclusão .....	53
8. Referências Bibliográficas .....	55
Anexos.....	59
Anexo 1 .....	61
Anexo 2 .....	63

## Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o género. ....	6
Figura 2 – Distribuição da amostra segundo grupos etários.....	7
Figura 3 – Análise comparativa da amostra quanto ao género dos pacientes. ....	7
Figura 4 – Análise comparativa da amostra quanto à idade dos pacientes observados....	8
Figura 5 – Distribuição do número de atos clínicos pelas diversas áreas disciplinares ...	9
Figura 6 – Análise comparativa entre o número de atos clínicos atendidos na Universidade de Szeged e na Clínica Universitária da Universidade Católica, em Viseu (UCP).....	10
Figura 7 – Análise comparativa entre o número de atos clínicos operados na Universidade de Szeged e na Universidade Católica Portuguesa de acordo com as diferentes áreas disciplinares. ....	11
Figura 8 – Distribuição dos pacientes na consulta de Medicina Oral. ....	12
Figura 9 - Distribuição dos casos clínicos na consulta de Periodontologia.....	13
Figura 10 – Distribuição da atividade clínica em Dentisteria Operatória. ....	14
Figura 11 – Distribuição dos atos clínicos enquanto operadora/assistente. ....	14
Figura 12 – Distribuição do número de atos clínicos enquanto operadora/assistente em Cirurgia Oral.....	15
Figura 13 – Distribuição da atividade clínica de Prótese Removível enquanto operadora/assistente.....	16
Figura 14 - Distribuição da atividade clínica de Prótese fixa enquanto operadora/assistente.....	16
Figura 15 – Distribuição dos casos clínicos na disciplina de Oclusão. ....	17
Figura 16 – Ortopantomografia realizada a 24 de Outubro de 2014, não se encontrando, neste momento, atualizada.....	20
Figura 17 – Raio-x periapical do dente 22. Visível lesão na raiz do dente. ....	21
Figura 18 - Imagem de CBCT, num corte tangencial.....	21
Figura 19 – Imagem de CBCT, num corte tangencial. Visível lesão radicular distal no 22 (seta branca).....	22
Figura 20 - Fotografia Intra Oral Frontal.....	22
Figura 21 - Visível fístula na região do dente 22. 9mm de sondagem periodontal a distal .....	22
Figura 22 - Levantamento do retalho. Visível tecido de granulação.....	23
Figura 23 - Remoção do tecido de granulação. ....	23

Figura 24 - Visível reabsorção externa da raiz do 22.....	24
Figura 25 - Restauração da raiz com Biodentine®.....	24
Figura 26 - Encerramento do retalho.....	24
Figura 27 - Raio-x periapical, uma semana após cirurgia endodôntica.....	25
Figura 28 - Ortopantomografia realizada em Abril de 2016.....	29
Figura 29 - Foto de perfil em intercuspidação.....	31
Figura 30 - Fotografia de perfil, em máxima amplitude de abertura bucal. Visível depressão pré-auricular.....	31
Figura 31 – Fotografia da mão esquerda do paciente. Visíveis sinais de onicofagia.....	31
Figura 32 - Ortopantomografia realizada a 05/05/2014. Não se encontra atualizada. ...	34
Figura 33 - Fotografia de sorriso pré-branqueamento.....	35
Figura 34 - Confirmação da cor da Escala Vita (A2).....	35
Figura 35 - Isolamento com dique e rolos de algodão.....	37
Figura 36 - Block-Out Resin ao redor da superfície vestibular dos dentes a branquear	37
Figura 37 - Após colocação do produto branqueador nas superfícies vestibulares.....	38
Figura 38 - Fotografia pós branqueamento.....	38
Figura 39 - Fotografia Pré-Operatória.....	44
Figura 40 - Fotografia pré-operatória. Visível recessão no 23.....	44
Figura 41 - Fotografia pré-operatória. Visível diferença de tamanho coronal entre o 11 e 21.....	44
Figura 42 - Fotografia pós operatória. Compósito flow no dente 23 para sustentar os fios de sutura. ....	44
Figura 43 – Controlo após 3 semanas.....	44
Figura 44 – Controlo após 6 meses.....	44
Figura 45 - Fotografia pré-operatória.....	49
Figura 46 - Emergências dos nervos mentonianos nas cristas alveolares. ....	49
Figura 47 - Uma semana após cirurgia.....	49
Figura 48 - Duas semanas após cirurgia.....	49
Figura 49 – Três semanas após cirurgia.....	49

## Lista de Abreviaturas

ATM – Articulação Temporomandibular

CBCT – Cone Beam Computed Tomography

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

PSR – Periodontal Screening and Recording

RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

UCP – Universidade Católica Portuguesa

US – Universidade de Szeged



## 1. Introdução

A Medicina Dentária é uma área da Medicina que se dedica ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças da cavidade oral e estruturas anexas. É uma ciência que tem por objetivo o restabelecimento da função e da estética do aparelho estomatognático<sup>(1)</sup>.

Num mundo cada vez mais globalizado, e com maior facilidade no acesso à informação, verifica-se que os pacientes são cada vez mais exigentes, e têm interesse na procura de informação que vá de encontro às suas necessidades. Embora nem sempre tudo o que se encontra nas fontes de informação seja cientificamente correto e credível, o médico tem de ser capaz de explicar e elucidar o paciente. Assim como também manter-se atualizado no que diz respeito a novos estudos, técnicas e materiais que possam ser usados na prática clínica<sup>(2)</sup>.

Assim sendo, um tratamento será bem-sucedido se conseguir corresponder às expectativas do paciente, ou quando este se sentir satisfeito com o serviço prestado, respeitando as bases fisiológicas e científicas para o alcançar. Para isso, o paciente deve ter um papel ativo na consulta, decidindo de forma esclarecida sobre o tratamento a ser aplicado, com base na informação e opinião expressa pelo médico dentista<sup>(2)</sup>.

É, como tal, durante a fase de aprendizagem que se começa a ganhar métodos e ritmos de trabalho, com a preparação para uma nova realidade, uma nova vida e novos objetivos. Para que, com a entrada para o mercado de trabalho, se consiga corresponder às expectativas e solucionar os problemas de forma independente. São novas responsabilidades, e portanto também, mais inseguranças<sup>(3)</sup>.

Este relatório visa, assim, a apresentação de casos clínicos e a análise da atividade clínica desenvolvida, em duas áreas geográficas diferentes: na Hungria e em Portugal.

### ***1.1 Medicina Dentária na Hungria***

A Hungria é um país localizado na Europa Central, fazendo fronteira com sete países diferentes. É um estado independente e democrático.

No que diz respeito à Medicina Dentária, cerca de 30% dos médicos dentistas trabalham em exclusividade no serviço privado, e os pacientes pagam pelos seus

tratamentos. Já os restantes 70% trabalham no setor público, onde os pacientes podem usufruir do Sistema Nacional de Saúde, não necessitando de pagar os tratamentos dentários, na generalidade (Endodontia, Dentisteria Operatória, exodontias e tratamento periodontal). Pagando apenas uma parte do custo do trabalho de laboratório no caso de tratamentos protéticos, implantes e ortodontia, sendo o restante valor coberto por este sistema de saúde<sup>(4)</sup>.

Atualmente, a Hungria tem sido um país de eleição por parte de muitos países europeus para a realização de tratamentos dentários, devido à qualidade do serviço, alienada a preços bastante apelativos. O nível de vida é baixo, sendo que o valor gasto na viagem, acomodação e consulta médico-dentária compensam, relativamente ao que se pratica na generalidade dos países europeus, sendo cada vez mais comum o conceito “*turismo dentário*” na Hungria<sup>(5)</sup>.

No entanto, sendo este país carregado de uma história pesada, por consequência da I e II Guerra Mundial e do conflito Austro-Húngaro, denota-se, nas próprias pessoas e na cultura uma frieza e distância na interação interpessoal e na relação entre médico e paciente.

## ***1.2 Medicina Dentária em Portugal***

Em Portugal, por sua vez, o serviço de Medicina Dentária é quase exclusivamente privado. Embora existam subsistemas ou seguros de saúde que cobrem uma percentagem do custo do tratamento dentário, o restante é suportado pelos pacientes. No plano odontopediátrico, existem os “*cheques-dentista*”, uma forma de promover a saúde oral, focado na higienização e prevenção oral, englobando também as grávidas e a intervenção precoce para o cancro oral<sup>(6)</sup>. E, para o grupo populacional com idade superior aos 65 anos e de baixo rendimento, há a possibilidade de beneficiar do *Complemento Solidário para Seniores*, podendo usufruir de alguns tratamentos dentários básicos e contribuição para o pagamento de próteses removíveis<sup>(7)</sup>.

Segundo dados apresentados pela Empresa Lusa em 2015, quase metade da população portuguesa deixa de visitar o médico dentista por períodos de tempo superiores a um ano e 10% nunca visitou um médico dentista em toda a sua vida<sup>(8)</sup>. Estes dados demonstram que ainda há muito trabalho a ser feito, no que respeita à educação da população para a saúde oral.

## 2. Objetivos

A realização deste relatório de atividade clínica tem, como principal objetivo, a explanação do conjunto de atos clínicos realizados na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) de Viseu da Universidade Católica Portuguesa (UCP), pelo binómio 33, ao longo do segundo semestre do presente ano letivo, assim como dos casos clínicos realizados durante o período de mobilidade Erasmus+, na Universidade de Szeged, na Hungria, no primeiro semestre.

Pelo exposto, pretende-se fazer uma análise descritiva da população observada quanto às variáveis género, idade e a sua distribuição pelas diversas áreas disciplinares, como também, quantificar o número de atos clínicos realizados enquanto operadora e enquanto assistente.

Para além do referido, este relatório focalizar-se-á na discussão de casos clínicos mais relevantes/diferenciados que tenham sido concretizados ao longo deste ano letivo.



### 3. Atividade Clínica

Os dados recolhidos para a realização deste relatório foram obtidos ao longo do ano letivo 2015/2016, na Clínica Universitária de dois estabelecimentos de ensino diferentes: a Universidade de Szeged, na Hungria entre setembro e dezembro de 2015, onde a autora permaneceu ao abrigo do programa Erasmus+; e a Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Viseu, de fevereiro a maio de 2016.

Na Universidade de Szeged, os alunos não usufruem de sistemas informáticos para marcação de pacientes e preenchimento dos dados clínicos, sendo tudo concretizado em papel. Por esse motivo, toda a informação recolhida durante a mobilidade Erasmus+ foi anotada a partir desses documentos. Os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente o exame radiológico é em formato analógico, com exceção da radiografia panorâmica.

Na Universidade Católica Portuguesa, é realizado um questionário a todos os pacientes para preenchimento da história clínica, assim como realização de radiografia panorâmica. Toda esta informação fica registada no *software* de gestão clínica *Newsoft® DS 2014* e *Dimaxis® Pro 3.2.5* respetivamente.

Todos os pacientes referidos neste relatório foram clinicamente observados pela autora ou pela colega de trabalho que compõe o binómio 33, não havendo qualquer tipo de critério de exclusão.

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados no programa *Excel* do *Office®* para o sistema operativo *Windows®*, no qual se realizou o estudo das variáveis género e idade, a divisão dos atos clínicos enquanto operadora e assistente, número de atos clínicos por cada área disciplinar e a diferença do número de casos atendidos na Hungria e em Portugal.

Os casos clínicos diferenciados enquadram-se em três das áreas de ensino (Endodontia, Oclusão e Dentisteria) embora possam abranger outros âmbitos disciplinares. Foram selecionados devido ao seu interesse pedagógico, assim como pelo interesse e curiosidade nos casos por parte da autora.

### ***3.1 Caracterização geral da amostra***

No ano letivo 2015/2016, desde setembro de 2015 a maio de 2016, houve 91 pacientes diferentes marcados para o binómio 33. No entanto, 13% desses pacientes não compareceram, reduzindo a amostra para 78 pacientes atendidos. Destes, 49% são do sexo masculino e 51% do sexo feminino, estando a amostra equilibrada em questão de géneros (Figura 1).

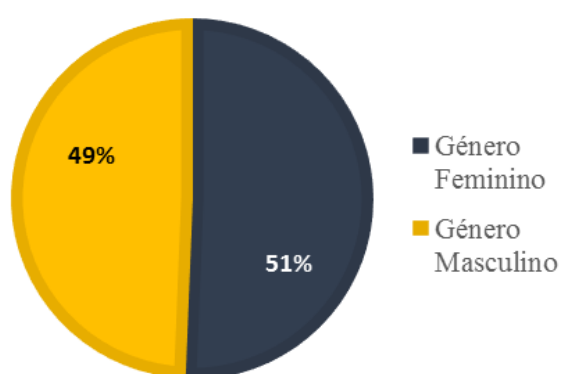


Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o género.

Durante a análise dos dados recolhidos e de forma a facilitar essa interpretação, os pacientes foram agrupadas em conjuntos de dez anos, com início nos 0 e fim nos 80, dado a amostra estar compreendida entre os 3 e os 72 anos (Figura 2).

O maior número de pacientes corresponde à faixa etária entre os 41 e os 50 anos e a média da amostra corresponde aos 42 anos, com desvio padrão igual a 20.

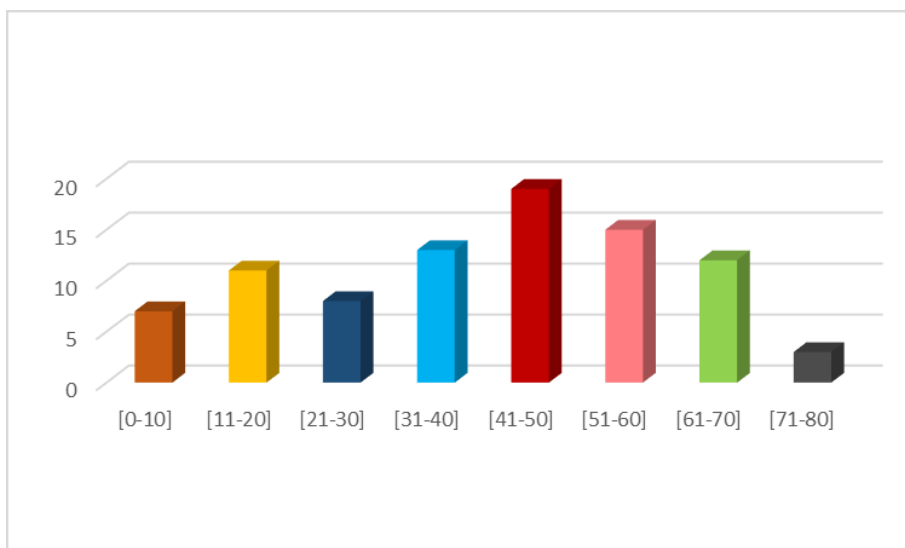


Figura 2 – Distribuição da amostra segundo grupos etários.

Ao comparar a amostra, quanto ao sexo dos pacientes, na Hungria e em Portugal, verifica-se que na Universidade de Szeged o número de pacientes do sexo feminino é maior. No entanto, em Portugal, essa diferença inverte-se, sendo o sexo masculino a maior percentagem de pacientes (Figura 3).

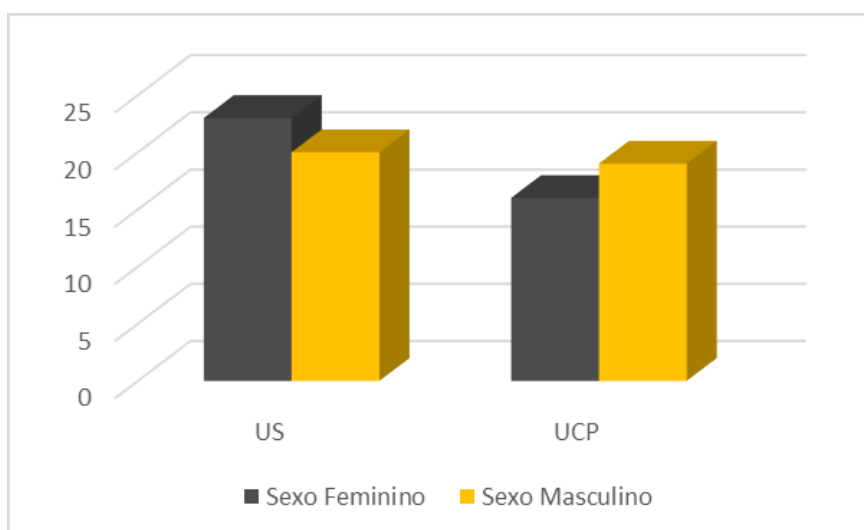


Figura 3 – Análise comparativa da amostra quanto ao género dos pacientes.

Ao analisar a amostra consoante as idades dos pacientes (Figura 4), constatou-se que, na Hungria é maior o número de pacientes com idade igual ou inferior aos 40 anos. Já em Portugal verifica-se o oposto, ou seja, o maior número de pacientes examinados tem idades superiores aos 40 anos, justificando-se, assim, a premissa de que a população húngara inicia os cuidados dentários mais cedo.

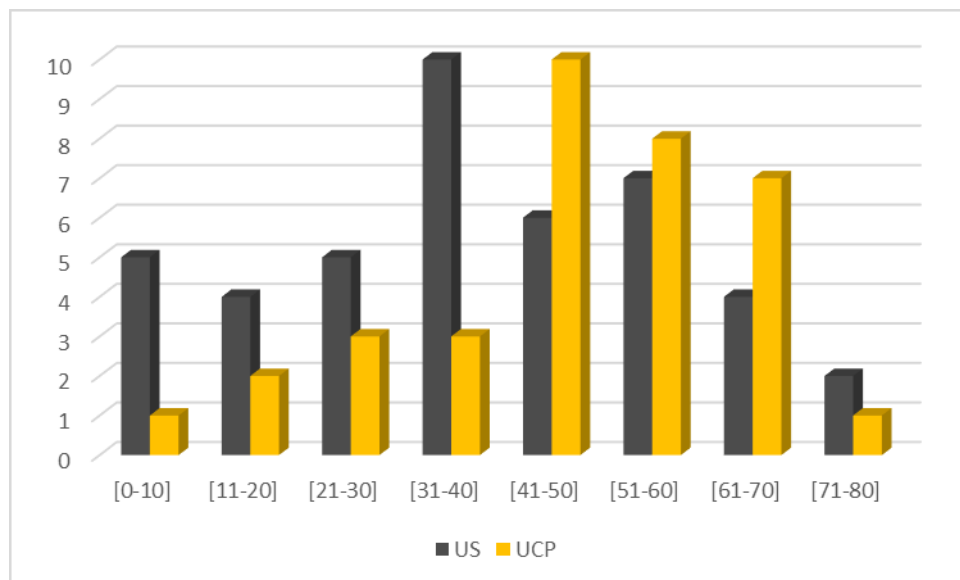


Figura 4 – Análise comparativa da amostra quanto à idade dos pacientes observados

### 3.2 Caracterização geral da Atividade Clínica

Ao longo deste ano letivo, o binómio executou 82 atos clínicos distribuídos pelas diversas áreas disciplinares, na Universidade de Szeged (Hungria – Erasmus+) e na Universidade Católica Portuguesa conjuntamente. De um modo geral, e de acordo com os valores da figura 5, a área disciplinar com maior atendimento de pacientes é Cirurgia Oral com 21 atos cirúrgicos realizados, seguido de Periodontologia com 16 casos clínicos atendidos. No entanto, as disciplinas com menor número de pacientes e, consequentemente, com menor número de casos realizados, são Ortodontia, onde não houve qualquer atendimento clínico e Oclusão.

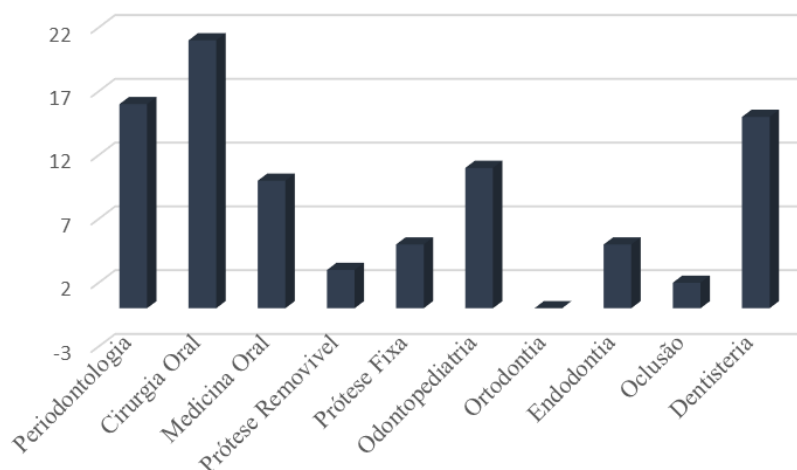


Figura 5 – Distribuição do número de atos clínicos pelas diversas áreas disciplinares

Comparando, em igual período de 4 meses, o número de atos clínicos atendidos durante a mobilidade Erasmus+, na Hungria (no 1º semestre) e durante o 2º semestre na Universidade Católica Portuguesa (UCP), verifica-se um valor acrescido de atos na Universidade de Szeged (US) (Figura 6). Este facto é compreendido devido à grande afluência de pacientes nesta clínica universitária e à educação para a saúde oral que os húngaros adquirem desde o ensino básico, com as visitas regulares anuais ao médico dentista.

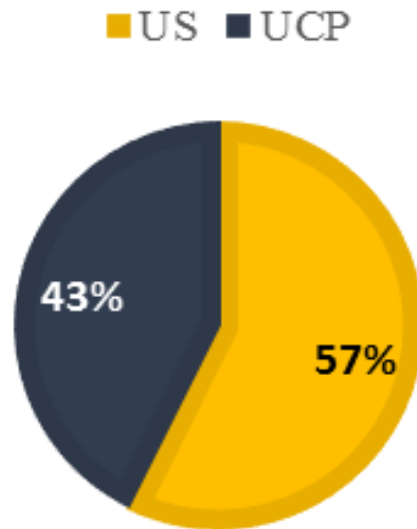


Figura 6 – Análise comparativa entre o número de atos clínicos atendidos na Universidade de Szeged e na Clínica Universitária da Universidade Católica, em Viseu (UCP)

Fazendo a análise da distribuição dos atos clínicos consoante as diversas áreas disciplinares, verifica-se que em Dentisteria, Oclusão, Prótese Removível e Prótese Fixa, o número de atos foi maior em Portugal, sendo que a afluência de pacientes para Cirurgia Oral e Odontopediatria, na US, foi bastante considerável (Figura 7).

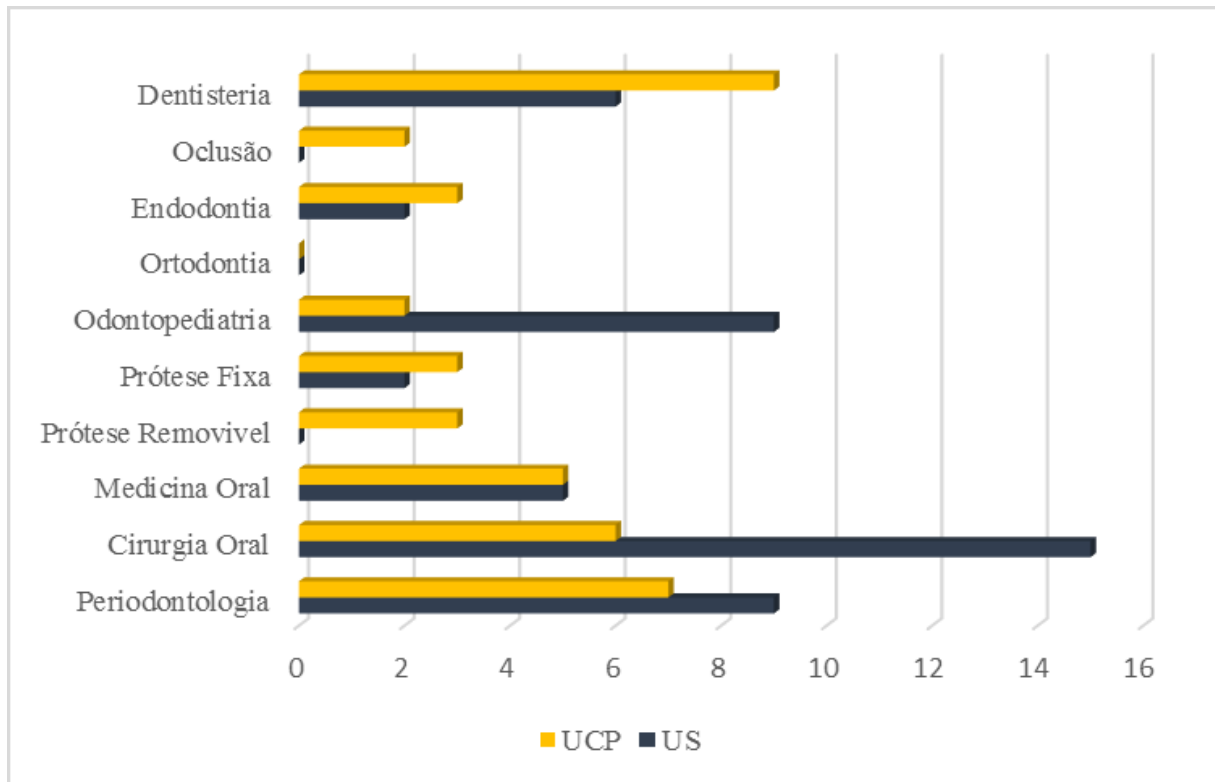


Figura 7 – Análise comparativa entre o número de atos clínicos operados na Universidade de Szeged e na Universidade Católica Portuguesa de acordo com as diferentes áreas disciplinares.

### ***3.3 Caracterização da Amostra em cada Atividade Clínica***

#### **3.3.1 Medicina Oral**

Nas consultas de Medicina Oral são realizadas as primeiras consultas do paciente na clínica. Por esse motivo, é muito importante a recolha de todos os dados relevantes do paciente, uma história clínica detalhada e completa, assim como a realização de exame clínico extra e intra-oral, através da examinação visual e da palpação. Como Saúde Oral não se restringe apenas à cavidade oral, toda a informação sobre a condição sistémica do paciente é reunida assim como a medicação habitual e os hábitos do paciente. Para além disto, com o auxílio de um esfigmomanómetro é medida a tensão arterial e verificado se os valores se encontram dentro do normal. Embora na Universidade de Szeged não se realize esta medição, todo o restante procedimento é semelhante ao que é feito no ICS de Viseu.

Dos 10 pacientes atendidos pelo binómio, 5 foram atendidos pela autora enquanto operadora (Figura 8).

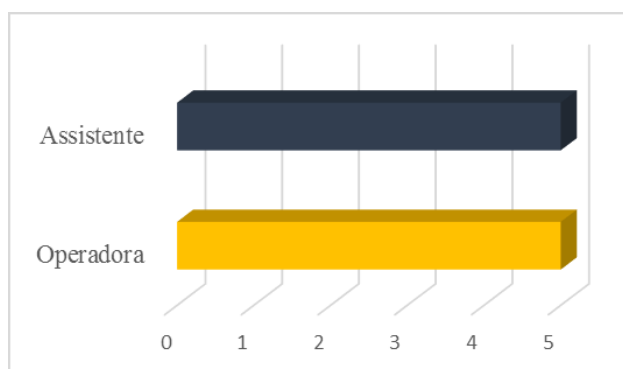


Figura 8 – Distribuição dos pacientes na consulta de Medicina Oral.

#### **3.3.2 Periodontologia**

As consultas de Periodontologia são dedicadas, essencialmente, à instrução e motivação para a higiene oral, assim como o diagnóstico periodontal do paciente e o estado de saúde gengival. Após uma criteriosa medição de bolsas em todos os dentes e verificação de recessões e envolvimentos de furca, é usado um corante revelador de placa

para posterior cálculo do Índice de Placa consoante o número de faces dentárias pigmentadas com este corante. O Índice de PSR é igualmente determinado e com a observação dos exames complementares de diagnóstico e todos os dados recolhidos até então, é feito o diagnóstico periodontal e determinado o tipo de tratamento mais adequado.

Dos 16 atos clínicos realizados, 8 foram atendidos pela autora enquanto operadora (Figura 9), sendo que 6 dos casos foram diagnosticados com periodontite, nos seus diversos graus, e dois casos diagnosticados com gengivite leve e moderada. Em dois dos casos de periodontite foi realizada raspagem radicular e curetagem, e nos restantes apenas destartarização por ultrassons.

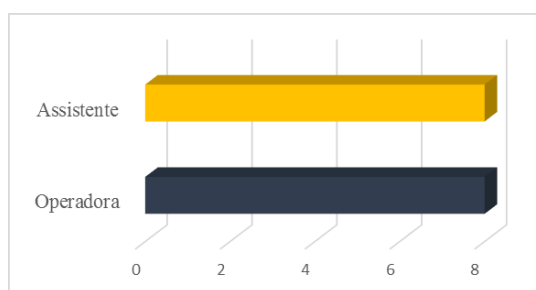


Figura 9 - Distribuição dos casos clínicos na consulta de Periodontologia.

### **3.3.3. Dentisteria Operatória**

O tratamento clínico de lesões de cárie, substituição de restaurações de insucesso, traumatismos (entre outros casos clínicos) e alterações estéticas de cor é concretizado na área disciplinar de Dentisteria Operatória.

Neste tipo de tratamentos é muito importante conhecer o estado de vitalidade do dente. Para tal, utilizam-se vários métodos e testes para determinar esse estado e optar pela forma terapêutica mais adequada. O exame visual é muito importante, assim como a percussão, os testes térmicos ao frio e ao quente muito comumente usados e os exames radiográficos.

Ao longo deste ano letivo, o binómio atuou em 15 atos clínicos, sendo que 7 deles foram realizados como operadora (Figura 10). Os tratamentos efetuados realizados foram: uma restauração Classe V com cimento de ionómero de vidro, uma classe IV com

compósito, e os restantes classe II compostas usando igualmente o compósito como material restaurador.

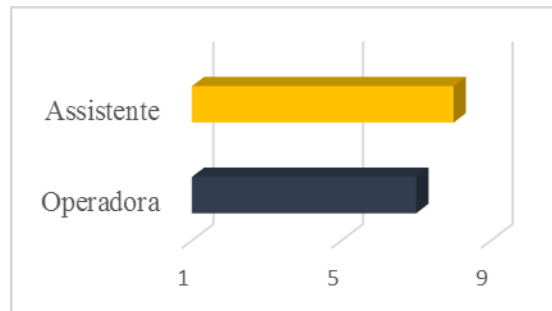


Figura 10 – Distribuição da atividade clínica em Dentisteria Operatória.

### **3.3.4 Endodontia**

Os tratamentos endodônticos estão indicados em casos de traumatismo dentário, lesões apicais, necessidades protéticas, condição pulpar irreversível, entre outros. Nesta área disciplinar, uma eficaz instrumentação canal e consequente obturação são fundamentais para um bom prognóstico.

O binómio operou em 5 casos clínicos sendo que, dois dos atos foram realizados enquanto operadora (Figura 11), ambos para o tratamento de 3 canais radiculares e, um caso diferenciado de cirurgia endodôntica, realizado pelo professor docente da disciplina.

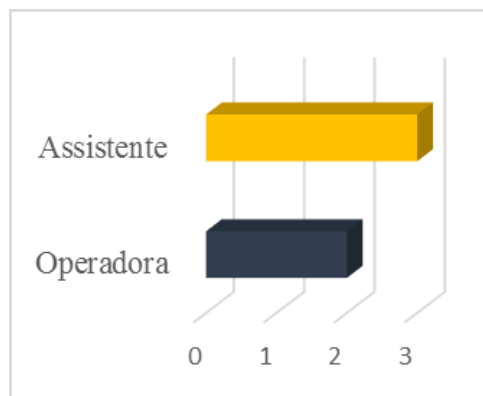


Figura 11 – Distribuição dos atos clínicos enquanto operadora/assistente.

### **3.3.5 Cirurgia Oral**

A disciplina de cirurgia oral é dedicada, essencialmente, à exodontia de peças dentárias e casos patológicos.

Hoje em dia a necessidade de extrações tem vindo a diminuir, devido à maior capacidade de tratamento preventivo e restaurador que tem vindo a ser desenvolvida, deixando a hipótese cirúrgica de extração para último recurso.

O binómio executou 21 exodontias ao longo do ano letivo, 11 delas como operadora (Figura 12). A grande maioria dos casos foi para remoção de raízes dentárias. Foi efetuada odontosseção em apenas um dos casos.

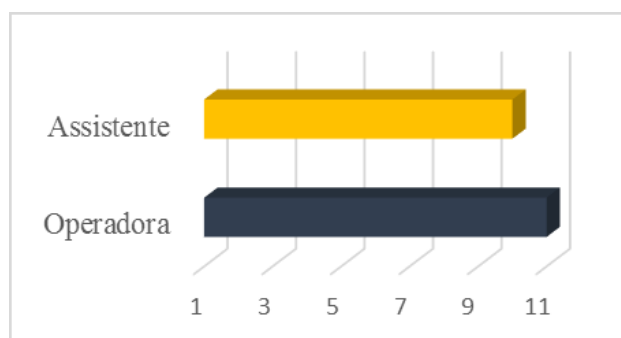


Figura 12 – Distribuição do número de atos clínicos enquanto operadora/assistente em Cirurgia Oral.

### **3.3.6 Prótese Removível**

A perda de um elemento dentário provoca alterações funcionais e, por vezes, a nível estético na cavidade oral. Para tal existe a reabilitação protética que promove ao paciente o restabelecimento da função perdida, dado que a falta de dentes prejudica a qualidade da mastigação, a fonação e estética.

A prótese removível é uma forma de reabilitação que permite ao paciente a sua remoção sempre que necessário.

Nesta disciplina, o binómio realizou três casos clínicos, apenas em Portugal, dois dos quais foram realizados como operadora (Figura 13). Um deles foi encaminhado para a consulta externa para realização de prótese removível total suportada por implantes. E

o outro foi a realização de uma prótese parcial removível de um paciente desdentado parcial classe III de Kennedy maxilar.

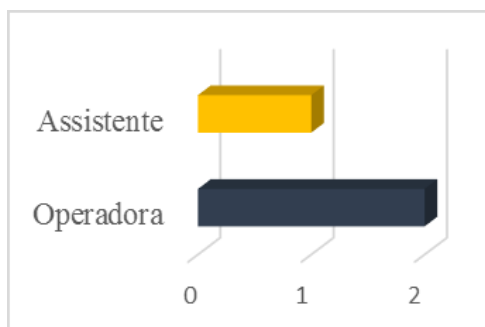


Figura 13 – Distribuição da atividade clínica de Prótese Removível enquanto operadora/assistente.

### **3.3.7 Prótese Fixa**

Prótese Fixa dedica-se aos mesmos objetivos que a prótese removível, variando no conceito de reabilitação. Como o próprio nome indica, Prótese Fixa restabelece a perda dentária e a oclusão através de estruturas que são seguras por mecanismos mecânicos e químicos. Frequentemente inviabiliza a necessidade de colocação de prótese removível. Embora em Portugal o preço tenha um peso significativo quando comparado a uma solução removível. Na Hungria, a prótese fixa é uma hipótese frequentemente utilizada devido aos preços baixos lá praticados.

Ainda assim, foi possível realizar alguns atos clínicos nesta disciplina, ao longo do ano letivo. O binómio executou 5 atos clínicos sendo que 3 deles foram executados como operadora (Figura 14).

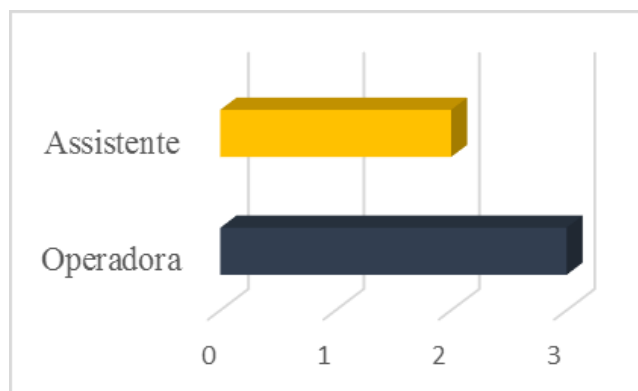


Figura 14 - Distribuição da atividade clínica de Prótese fixa enquanto operadora/assistente.

### **3.3.8 Oclusão**

A área disciplinar de Oclusão dedica-se ao estudo, diagnóstico e terapêutica dos movimentos mandibulares, e a sua relação com as estruturas anexas como a articulação temporomandibular, os dentes, os músculos, os ligamentos e o sistema nervoso. Muitas pessoas são, de alguma forma, condicionadas nos seus movimentos mandibulares, não dando o devido crédito a esta condição.

Assim sendo, o binómio teve apenas um paciente, tendo dividido as consultas para ambos os membros trabalharem. Ao paciente observado enquanto operadora foi feita a primeira consulta para preenchimento do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) (Figura 15).

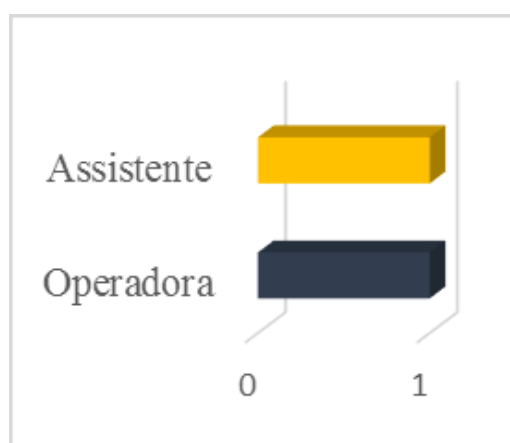


Figura 15 – Distribuição dos casos clínicos na disciplina de Oclusão.

### **3.3.9 Ortodontia**

A Ortodontia baseia-se no estudo, prevenção e tratamento das alterações estéticas e funcionais, quer a nível esquelético quer a nível dentário.

Durante todo o ano não foi possível executar nenhum caso clínico em Ortodontia. Durante o primeiro semestre, na Universidade de Szeged, apenas se fizeram análises de modelos segundo os métodos de Pont-Index, Karkhaus, assim como análises cefalométricas. Já no segundo semestre, não foi possível atender qualquer paciente, sendo apenas feita a análise de um caso clínico e a sua apresentação.



## 4. Casos Clínicos Diferenciados

### ***4.1 Caso Clínico 1 – Procedimento Cirúrgico para tratamento de Reabsorção Externa***

#### **Introdução Teórica**

A reabsorção dentária é definida como uma “condição associada a qualquer processo fisiológico ou patológico, resultante em perda de dentina, cemento e/ou osso”.<sup>(9)</sup> Pode ser dividida em reabsorção interna e externa, sendo que a reabsorção interna acontece como consequência à atividade osteoclástica, dentro da parede canalar radicular<sup>(10)</sup>.

A reabsorção externa é um processo inflamatório progressivo que, com a presença de restos pulparem necróticos, bactérias e ausência de túbulos dentinários, irá atrair as células osteoclásticas à zona inflamada, verificando-se perda dentária, de fora para dentro da raiz.<sup>(11)</sup>

Embora as causas desta lesão não estejam claramente compreendidas, a etiologia da reabsorção dentária requer duas fases: 1) Injúria, através de trauma, procedimentos cirúrgicos, tumor, pressão excessiva por um dente impactado, ou até mesmo por irritação química com peróxido de hidrogénio ou outros agentes irritantes<sup>(12)</sup>; 2) Estimulação precedendo a fase da injúria com a colonização, na zona afetada, de células multinucleadas, que darão início ao processo de reabsorção.<sup>(13)</sup>

Nos casos de reabsorção externa, enquanto a lesão não atingir o canal radicular, é possível controlar a reabsorção, removendo o tecido de granulação, e selando a zona afetada com um material apropriado. No entanto, quando a lesão atinge o canal radicular, ou seja, quando há perfuração, é necessário também realizar o tratamento canalar.<sup>(11)</sup> Para tal, um correto diagnóstico fará toda a diferença nestes casos.

Por vezes, apenas a análise de um exame radiológico intraoral convencional não é suficiente para determinar a extensão da lesão, e a correta localização da mesma, devido à sobreposição de estruturas na imagem 2D, tornando-se muito útil o uso de *Cone Beam Computed Tomography* (CBCT). Não só para a deteção da lesão, mas também para a confirmação da integridade anatómica do dente e do osso alveolar<sup>(14)</sup>.

## **Descrição do caso clínico**

### **Anamnese**

Paciente, do sexo feminino, de 49 anos, dirigiu-se a uma consulta de Prótese Fixa para controlo, e relatou sentir algum desconforto na zona do dente 22.

Tem hipertireoidismo, estando atualmente a controlar os valores hormonais com análises sanguíneas, e toma Cerazette Organon® 75µg.

No dente 22 foi realizada endodontia canalar há cerca de 10 anos. Posteriormente, a 3/04/2014, foi colocado um espigão de fibra de vidro e, com a utilização de coroa de acetato, realizou-se a restauração a compósito Enamel Plus.

A 17/05/2016, a paciente queixava-se de desconforto no dente 22 e foram realizadas radiográficas anguladas e prescrição do exame CBCT ao dente 22, para confirmação de diagnóstico.

### **Exame Intra Oral e Radiográfico**

A paciente apresenta ausência dos dentes 16, 26, 28, 36, 38 e 48, restauração nos 17, 11, 12, 21, 22, 34, 35, 37, 46. Endodontia nos dentes 12, 22, 24. Prótese parcial fixa do 25 ao 27.



Figura 16 – Ortopantomografia realizada a 24 de Outubro de 2014, não se encontrando, neste momento, atualizada.

No dente 22 é visível uma lesão radiolúcida, de contornos irregulares, junto ao 1/3 médio da raiz, por distal (Figuras 17, 18 e 19).



Figura 17 – Raio-x periapical do dente 22. Visível lesão na raiz do dente.

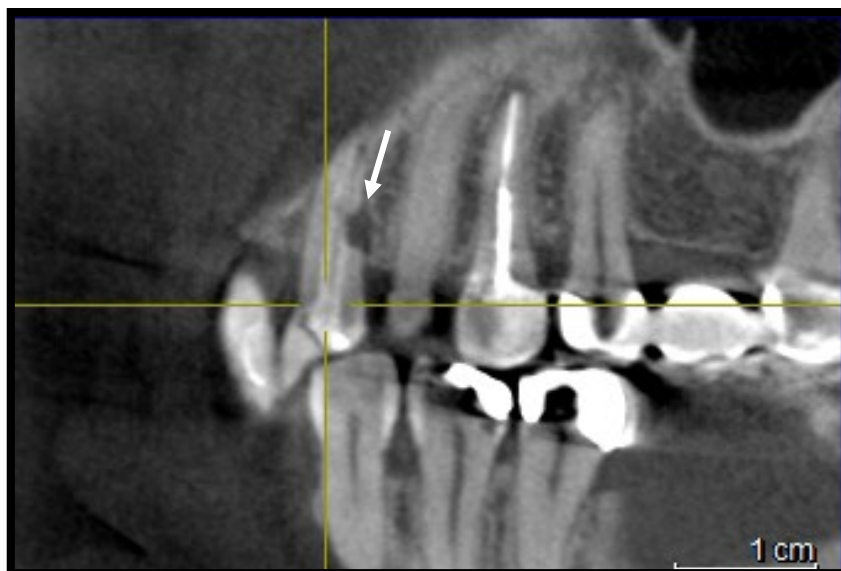


Figura 18 - Imagem de CBCT, num corte tangencial.

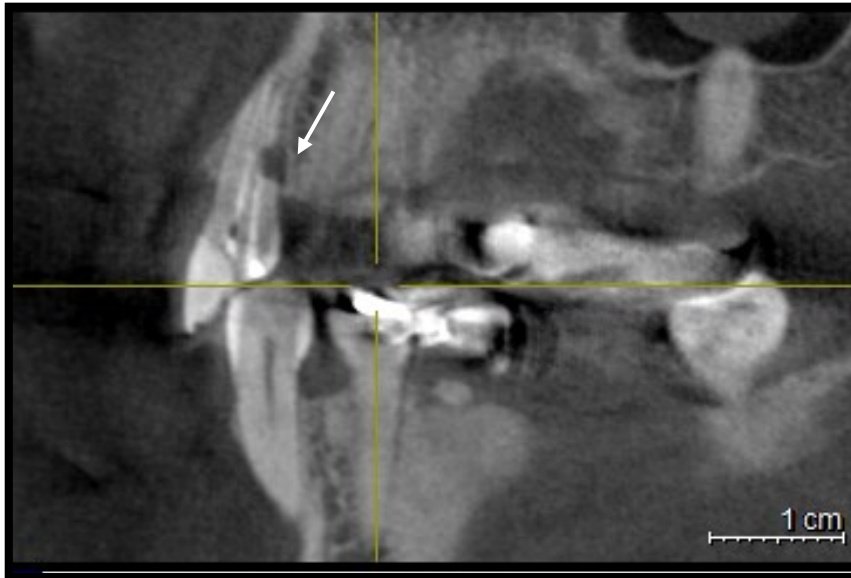


Figura 19 – Imagem de CBCT, num corte tangencial. Visível lesão radicular distal no 22 (seta branca)

**Fotografias Pré-Operatórias:**



Figura 20 - Fotografia Intra Oral Frontal



Figura 21 - Visível fistula na região do dente 22. 9mm de sondagem periodontal a distal

## **Diagnóstico**

Reabsorção externa localizada no dente 22, justa canalar (Figura 24). Sondagem periodontal em vestibular de 2mm e em distal de 9mm, com fistula intraoral associada (Figuras 20 e 21)

## **Plano de Tratamento**

Cirurgia de retalho com conseqüente restauração da reabsorção externa com Biodentine®.

## **Tratamento Efetuado**

Retalho triangular com descarga a distal do dente 21 e sulcular até mesial do dente 24 (Figura 22). Remoção de todo o tecido de granulação na loca (Figura 23), a distal do dente 22 e restauração da reabsorção externa com Biodentine® (Figura 25).

Após a restauração, suturou-se a zona cirúrgica com sutura 5/0 Surgicryl PGA, com 3 pontos na zona da descarga e um ponto interpapilar entre os dentes 21 e 22, 22 e 23, 23 e 24 (Figura 26).

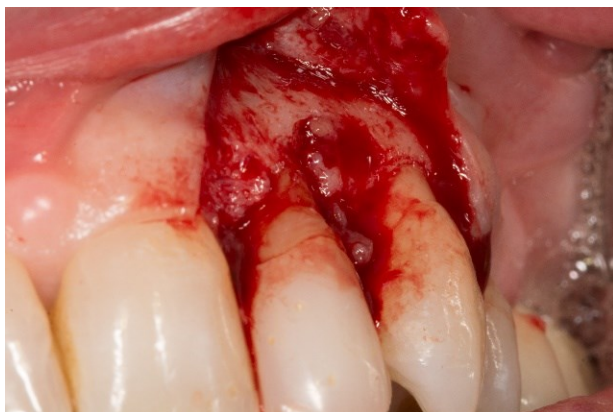


Figura 22 - Levantamento do retalho. Visível tecido de granulação.

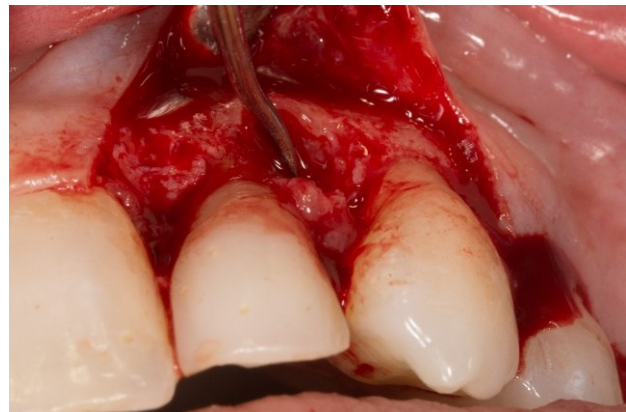


Figura 23 - Remoção do tecido de granulação.

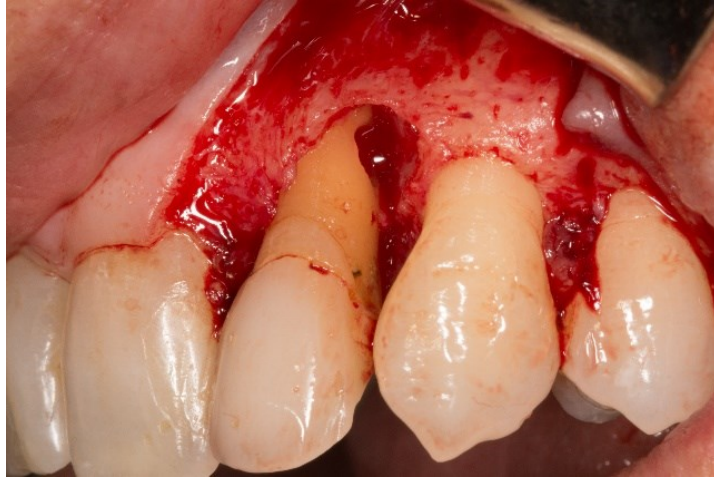


Figura 24 - Visível reabsorção externa da raiz do 22.



Figura 25 - Restauração da raiz com Biodentine®

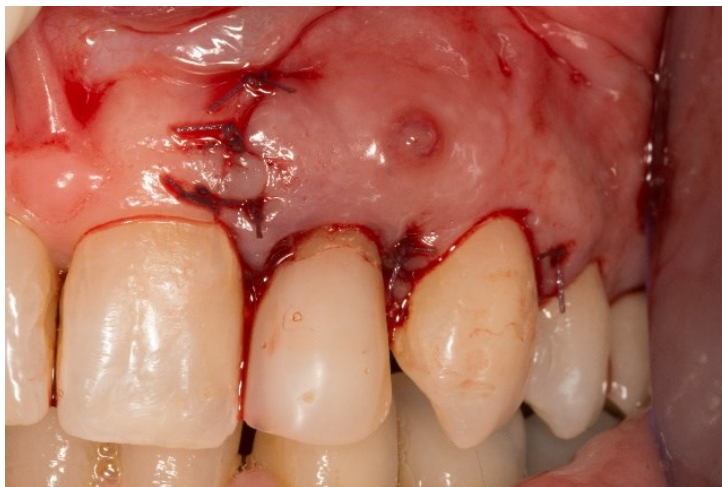


Figura 26 - Encerramento do retalho

Dadas as recomendações pós-operatórias, o primeiro controlo e remoção das suturas ficaram agendados após 8 dias (Figura 27).



Figura 27 - Raio-x periapical, uma semana após cirurgia endodôntica.

## **Discussão**

Em casos de reabsorção dentária, a distinção entre a origem interna ou externa pode provocar alguma confusão ao realizar o diagnóstico. Enquanto que, no caso de reabsorção externa pode ou não haver associação a trauma, no caso da reabsorção interna pode haver um historial de trauma, associado também ao *pink spot* muito característico deste tipo de lesões e uma imagem radiolúcida no interior da raiz, sem defeito ósseo<sup>(15)</sup>.

*Biodentine*® é um material endodôntico reparador e restaurador, com amplo espetro de utilizações, de entre as quais a apexificação, a pulpotomia e a obturação retrógrada em cirurgia endodôntica. Foi criado com o intuito de preservar as propriedades do MTA mas eliminando as limitações deste<sup>(16)</sup>. As suas propriedades mecânicas são semelhantes às da dentina saudável, podendo ser usado tanto a nível coronário como radicular. A sua bioatividade e biocompatibilidade (devido à composição rica em minerais de elevada pureza e ausência de monómeros) permitem a aplicação em contacto com tecido peri radicular<sup>(11)</sup>.

Nesta cirurgia, o uso deste material com capacidades regenerativas, irá induzir a formação de dentina reacional, contribuindo para o tratamento da lesão.

## **Conclusão**

Um diagnóstico atempado em junção com o adequado tratamento são a chave para a minoração de sequelas relacionadas com este tipo de lesões.

Sendo um dente anterior, a necessidade de manutenção deste elemento dentário é acrescida e a melhor forma de alcançar o sucesso, neste tipo de casos, é através de um contínuo controlo clínico e radiográfico, não sendo descartada a possibilidade de recidiva após realização do tratamento.

Neste caso clínico espera-se um prognóstico favorável. O facto de o dente já se encontrar endodonciado e não se verificar perfuração canalar influencia positivamente os resultados pós-operatórios. No primeiro controlo foram verificados bons sinais de cicatrização assim como estabilização da lesão de reabsorção.

## ***4.2 Caso Clínico 2 – Disfunção Temporomandibular***

### **Introdução Teórica**

A articulação temporomandibular (ATM) é extremamente complexa, sendo a única articulação do crânio com mobilidade. É capaz de movimentos de rotação e translação sendo que esta articulação exige, dos côndilos, um trabalho simultâneo e equilibrado. No entanto, devido a esta complexidade de movimentos, a articulação está, por vezes, sujeita a modificações, que tanto podem ser funcionais como patológicas<sup>(17)</sup>. Um exemplo de disfunção da ATM é a subluxação mandibular, que pode ser definida como um “deslocamento do côndilo para fora da cavidade glenóide e anterosuperior da eminência articular”<sup>(18)</sup>

Clinicamente, durante os movimentos de abertura da boca até à amplitude máxima, verifica-se uma pausa momentânea, seguida de um salto brusco, causando uma depressão pré-auricular. A causa da subluxação não é, necessariamente, patológica. Este fenómeno acontece devido à conformidade da eminência articular ser mais inclinada e curta na porção posterior, e plana e larga na porção anterior. Assim sendo, a inclinação da eminência articular requer um elevado grau de rotação e o movimento máximo de rotação discal é atingido antes da translação do côndilo<sup>(19)</sup>.

O tratamento da subluxação, numa primeira fase, deve passar pela consciencialização do paciente para a condição articular que apresenta e educação no sentido de evitar a abertura máxima da boca. Pode, também, ser recomendada fisioterapia. Em casos mais extremos, poder-se-á fazer o encaminhamento para tratamento cirúrgico para correção da anatomia da eminência articular<sup>(17)</sup>.

## **Descrição do Caso Clínico**

### **Anmnese**

Paciente do sexo masculino, de 20 anos, dirigiu-se a uma primeira consulta de Medicina Oral, para realizar um *check-up* oral.

Visita, regularmente, o médico de família, por rotina, não tendo sido detetados valores anormais nas últimas análises sanguíneas realizadas em Fevereiro de 2016. Os valores de tensão medidos correspondem aos valores normais (80mmHg – 120 mmHg). Não padece de qualquer patologia sistémica e tem, como hábito parafuncional, a onicofagia.

O paciente foi encaminhado para uma consulta de Oclusão, para avaliação da Articulação Temporomandibular, devido ao padrão de abertura bucal apresentar um desvio lateral direito corrigido.

### **Exame Clínico e Radiográfico**

Na consulta de Oclusão realizou-se o questionário RDC/DTM de forma a determinar a existência de algum distúrbio temporomandibular. Como verificado anteriormente, o paciente apresenta um desvio lateral direito corrigido durante o movimento de abertura bucal.

Verificou-se, também, que no final deste movimento, os pólos laterais do côndilo continuam a deslocar-se para anterior, formando uma depressão cutânea pré-auricular característica (Figura 30). Não se escutaram estalidos, apenas um som semelhante a uma “pancada”. Nunca sentiu dor ou desconforto durante os movimentos de abertura e fecho da boca. Ao fazer a palpação muscular, o paciente queixou-se, apenas, de dor ligeira na região retro mandibular e no tendão do músculo temporal.



Figura 28 - Ortopantomografia realizada em Abril de 2016

### **Diagnóstico**

Perante os dados recolhidos durante o exame clínico (sinais, sintomas e resultados do RDC/TMD), o diagnóstico corresponderá à Subluxação da Articulação Temporomandibular.

A dor referida ao palpar a região retro mandibular dever-se-á à onicofagia, por estiramento constante do ligamento estilomandibular, limitativo do movimento protrusivo. A dor à palpação no tendão do músculo temporal também foi atribuída ao hábito parafuncional, uma vez que se trata de um músculo elevador da mandíbula, logo constantemente solicitado nesse hábito.

### **Plano de Tratamento**

Para os casos de Subluxação, é possível recorrer a tratamento cirúrgico ou terapia de suporte.

O tratamento definitivo, através de cirurgia, baseia-se na diminuição da inclinação da eminência articular, permitindo assim a minoração do grau de rotação posterior do disco, durante o movimento de translação<sup>(19)</sup>.

A terapia de suporte, por sua vez, baseia-se numa terapia comportamental com instruções no sentido do paciente não abrir a boca até à sua máxima amplitude, de forma a não alcançar o ponto de extrema translação, ou através da ajuda de um dispositivo bucal.

Este dispositivo atua ao nível da musculatura, ao produzir uma contração dos músculos elevadores, limitando a abertura bucal.

Neste caso clínico em específico foi indicada a terapia comportamental e aconselhamento para o abandono do hábito parafuncional de onicofagia.

## Registo Fotográfico



Figura 29 - Foto de perfil em intercuspidação.



Figura 30 - Fotografia de perfil, em máxima amplitude de abertura bucal. Visível depressão pré-auricular.



Figura 31 – Fotografia da mão esquerda do paciente. Visíveis sinais de onicofagia.

## **Discussão**

A subluxação não resulta de um processo patológico, mas sim de uma alteração anatômica na zona da eminência articular. No entanto, é necessário um diagnóstico diferencial com anteposição discal redutível, onde é visível o disco articular numa posição anterior ao côndilo, durante o movimento de abertura bucal, verificando-se a redução do disco e provocando um som de estalido no início da translação condilar<sup>(20)</sup>. No caso da subluxação, o côndilo é projetado para anterior apenas no final do movimento de máxima abertura bucal.

No que concerne à onicofagia, para além dos problemas gastrointestinais que daí podem advir e da infeção e inflamação ao redor da unha, prejudica a musculatura estomatognática e a articulação temporomandibular. O estiramento do ligamento estilomandibular (que conecta a apófise estiloide com o ângulo da mandíbula) provoca, frequentemente, dor na região auricular, pescoço e ângulo da mandíbula. Este hábito parafuncional está geralmente associado a *stress* e nervosismo, muitas das vezes, com início na fase infantil<sup>(21)</sup>.

## **Conclusão**

Nestes casos, a opção terapêutica cirúrgica é uma escolha muito agressiva e invasiva e por isso, pouco recomendada. A melhor forma de contribuir para a terapia, nestes casos, é alertar o paciente para as consequências de uma abertura bucal excessiva e as limitações futuras que pode provocar. A consciencialização do paciente poderá fazer a diferença nestas situações, sem obrigar a recorrer a formas de tratamento mais violentas.

Em suma, neste caso clínico em particular, crê-se que a terapia de suporte aplicada será, a longo prazo, suficiente para a estabilização da Subluxação Mandibular, assim como para diminuir o desconforto na região retromandibular com a eliminação do hábito parafuncional.

### ***4.3 Caso Clínico 3 – Branqueamento Dentário Externo***

#### **Introdução Teórica**

Nos dias de hoje, a sociedade valoriza, cada vez mais, a estética. O padrão de beleza é estabelecido por dentes brancos e alinhados<sup>(22)</sup>. O branqueamento dentário é um tratamento estético e relativamente seguro<sup>(23)</sup>, com utilidade no tratamento de descolorações dentárias ou alterações de cor.

Geralmente, o agente branqueador contém peróxido, quer seja sob a forma de peróxido de hidrogénio ou de carbamida<sup>(23)</sup>. O peróxido de hidrogénio atua como agente oxidante formando radicais livres que irão atuar sobre as moléculas pigmentadas, alterando as suas propriedades óticas e tornando-as em estruturas geralmente incolores<sup>(22)</sup>.

Um branqueamento dentário externo pode ser realizado tanto em consultório como em ambulatório (com utilização de goteiras individuais). Quando realizado em consultório, utilizam-se agentes branqueadores em elevadas concentrações, com o peróxido de hidrogénio entre 30 a 40% ou peróxido de carbamida de 35 a 37%, sendo necessária a proteção da gengiva através do uso de isolamento parcial e barreiras fotopolimerizáveis<sup>(22, 24)</sup>.

Um dos efeitos adversos mais comum é a sensibilidade dentária. Teoriza-se que este fenómeno ocorra devido ao contacto das soluções de peróxido com as superfícies de dentina. Os processos odontoblásticos retraem-se, permitindo um movimento de fluido no interior dos túbulos dentinários, com a estimulação dos mecanoreceptores da polpa, provocando a sensação de sensibilidade<sup>(25)</sup>. Para além disso, está descrita a possibilidade de “irritação gengival, alteração do pH dentário, desmineralizações, reabsorção radicular externa”<sup>(22)</sup>, entre outros.

## **Descrição do Caso Clínico**

### **Anamnese**

Paciente, do sexo feminino, de 22 anos, durante uma consulta de Dentisteria Operatória, demonstrou o interesse na realização de um branqueamento dentário, por querer melhorar a sua estética dentária.

Visita, regularmente, o médico de família, apenas para controlo, não tendo sido detetados valores anormais nas últimas análises realizadas. Diariamente toma Minigeste® Bayer, e não apresenta qualquer condição patológica sistémica.

É fumadora, fumando cerca de 5 cigarros por dia, e fazendo uma escovagem diária de 3 vezes ao dia.

### **Exame Intra-Oral e Radiográfico**

Clinicamente, a paciente não apresenta zonas de pigmentação mais marcadas. Os dentes apresentam uma coloração amarelada, correspondendo a A2 na Escala de Cores Vita (Figura 34).

Periodontalmente, apresenta um Índice de Placa de 20% e Índice de Sangramento de 10%. Apresenta restauração nos dentes 26, 27, 36, 37, 46 e 47 e endodontia no dente 46.



Figura 32 - Ortopantomografia realizada a 05/05/2014. Não se encontra atualizada.



### **Procedimento Executado**

Foi realizado o branqueamento dentário externo na maxila e na mandíbula, por vestibular, desde o segundo pré-molar do lado esquerdo, ao segundo pré-molar do lado direito. Foi colocado isolamento parcial, afastamento labial e vaselina nas estruturas moles adjacentes. Ao redor de cada dente a ser branqueado, de forma a proteger a papila dentária e evitar escoamento do material branqueador, foi colocado Ultradent® LC Block-out Resin, fotopolimerizando-o de 3 em 3 dentes (Figura 33 e 36). Finalmente, foi colocada a solução branqueadora (Opalescence® Boost PF Peróxido de Hidrogénio 40%) nos dentes a branquear, durante cerca de 45 minutos, fazendo a ativação do produto de 10 em 10 minutos (Figura 37).

Após o procedimento, foram dadas indicações à paciente, de forma a evitar alimentos e bebidas pigmentadas e a não fumar durante cerca de 2 a 3 dias após o branqueamento.

Registo Fotográfico



Figura 35 - Isolamento com dique e rolos de algodão.



Figura 36 - Block-Out Resin ao redor da superfície vestibular dos dentes a branquear



Figura 37 - Após colocação do produto branqueador nas superfícies vestibulares.



Figura 38 - Fotografia pós branqueamento.

## **Discussão**

A realização de branqueamentos dentários deve ter em vista o tipo de paciente, o seu grau de colaboração, hábitos tabágicos, medicamentosos e alimentares, pois todos estes fatores irão influenciar diretamente o sucesso do branqueamento. Para pacientes fumadores não está indicada a realização de branqueamento, se não houver uma colaboração por parte do paciente para diminuir o número de cigarros por dia e evitar fumar nos dias após um branqueamento. Apesar da mudança de cor pelo tabaco não ser afetada no imediato, começam a notar-se novamente sinais de escurecimento dentário após, aproximadamente, um mês à realização do branqueamento<sup>(26)</sup>.

Este tipo de tratamento pode induzir o processo de envelhecimento das restaurações resinosas e, em altas concentrações, pode alterar a superfície do esmalte<sup>(23)</sup>.

A realização de branqueamento dentário em consultório permite a obtenção mais rápida de resultados e permite aumentar a exposição em determinados dentes quando necessário. No entanto, exige alargamento do horário de atendimento clínico.

## **Conclusão**

Para o referente caso clínico e, tendo em conta, o grau de colaboração da paciente, espera-se que a manutenção da cor dentária obtida no branqueamento permaneça durante algum tempo. O facto de a paciente fumar irá sempre influenciar os resultados, para além do potencial carcinogénico do tabaco em associação aos agentes branqueadores<sup>(24)</sup>. A paciente foi informada da possibilidade de recidiva da cor, após alguns anos ou meses (dependendo dos seus hábitos).



## 5. Produção Científica

### *Poster 1 – Cirurgia Plástica Periodontal através da Técnica da Tunelização para recobrimento radicular*

#### **Introdução Teórica**

Num periodonto saudável, a margem da crista alveolar encontra-se a, aproximadamente, 2mm da margem gengival, em relação à junção amelocementária.<sup>(27)</sup> No entanto, em muitos casos, a gengiva é encontrada numa posição mais apical, exibindo parte da raiz dentária. Nestes casos, diz-se que estamos perante uma recessão, que pode ser definida pela retração apical da gengiva<sup>(27)</sup>, expondo assim a raiz dentária. Usualmente, é visível em casos onde o periodonto é muito fino, sendo mais frequente nos dentes anteriores e pré-molares, especialmente em pacientes com boa higiene oral.<sup>(28)</sup>

Este tipo de lesões podem ser provocadas por técnicas traumáticas de escovagem, existência de placa e cálculos, excessivas forças oclusais, severos movimentos ortodônticos e hábitos parafuncionais (como por exemplo, onicofagia)<sup>(29)</sup> e doença periodontal.

O aparecimento deste tipo de lesões pode provocar hipersensibilidade na região exposta e/ou preocupações estéticas para o paciente<sup>(28)</sup>. Um sorriso estético deve apresentar harmonia, equilíbrio e continuidade de forma, e a presença de uma recessão numa zona estética pode corromper com estas propriedades<sup>(30)</sup>.

A prevenção será sempre o melhor tratamento, começando especialmente por uma correta técnica de higienização. No entanto, quando a lesão já está presente, é possível recorrer a técnicas de cirurgia plástica periodontal, usando enxertos e tecido conjuntivo, em conjunto com terapia restauradora e/ou ortodontia<sup>(28)</sup>. A cirurgia plástica periodontal é definida pelo conjunto de procedimentos cirúrgicos, realizados de forma a “evitar/corrigir anomalias de desenvolvimento anatómicas, traumáticas e patológicas da gengiva, mucosa e osso alveolares”<sup>(31)</sup>. O objetivo deste tipo de procedimentos mucogengivais é aumentar a quantidade de tecido queratinizado, de forma a permitir a cobertura da raiz exposta<sup>(32)</sup>.

Há várias técnicas cirúrgicas possíveis de serem usadas, usando enxertos gengivais a apical da recessão, ou a coronal da mesma. Um exemplo de técnica que pode

ser usada, e com bons resultados pós-operatórios é a técnica da tunelização com enxertos de tecido conjuntivo subepitelial colocados coronalmente<sup>(30)</sup>.

## **Descrição do Caso Clínico**

### **Anamnese**

Paciente do sexo feminino, de 25 anos, saudável. Não fumadora e não medicada. Apresenta um diagnóstico periodontal de gengivite leve, com Índice de Placa de 14,8% e Índice de Sangramento de 7,8%.

### **Diagnóstico**

Apresenta recessões classe I de Miller (sem envolvimento das papilas interdentárias e da linha mucogengival), em todos os sextantes, por vestibular. No 3º sextante verifica-se perda de inserção gengival de 3mm no dente 23, 2mm no dente 24 e 1mm no dente 25 (Figuras 39 e 40).

### **Plano de Tratamento**

Cirurgia plástica periodontal, através da técnica de tunelização, nos dentes 23 e 24 e alongamento coronário por gengivectomia no dente 11.

### **Procedimento Efetuado**

Foram realizadas incisões sulculares nos dentes envolvidos, mantendo as papilas intactas, criando um túnel supraperiosteo. Criou-se, então, um retalho de espessura parcial, que se estendeu apicalmente, além da linha mucogengival. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronalmente à base das papilas. Com uma sonda periodontal, foi verificado se o túnel se encontrava todo no mesmo plano, de forma a permitir um fácil deslizamento do enxerto.

Nesta cirurgia, foi recolhido tecido conjuntivo subepitelial, no palato, devido à sua capacidade de sobrevivência, quando uma parte desse tecido enxertado permanece exposto.<sup>(30)</sup> Foi, então, efetuada uma incisão única e removida uma porção de tecido

conjuntivo subepitelial de tamanho suficiente para cobrir as zonas com defeito. O enxerto foi colocado no túnel supraperiosteó. Foram realizadas suturas de forma a estabilizar os enxertos no retalho gengival, e suturas verticais na zona das papilas com fios de sutura 5-0 e 6-0. Na região do palato, foi colocado PeriAcryl, um adesivo de cianoacrilato, que funciona como sutura nesta zona da cavidade oral.

À paciente foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória, bochecho com 0,2% de clorhexidina digluconato e visitas de controlo nas semanas seguintes. Foi também indicado para que não escovasse na zona dentária submetida à cirurgia. Duas semanas após a cirurgia foram removidas as suturas.

## Registo Fotográfico



Figura 39 - Fotografia Pré-Operatória



Figura 40 - Fotografia pré-operatória. Visível recessão no 23



Figura 41 - Fotografia pré-operatória. Visível diferença de tamanho coronal entre o 11 e 21.



Figura 42 - Fotografia pós operatória. Compósito flow no dente 23 para sustentar os fios de sutura.



Figura 43 - Controlo após 3 semanas



Figura 44 - Controlo após 6 meses

## **Discussão e Conclusão**

Após uma cirurgia periodontal, é importante evitar recidivas e fomentar mudanças comportamentais, em especial na escovagem dos dentes e técnica e força utilizadas. Apesar disso, o alinhamento dentário é de igual interesse, podendo ser necessária a correção ortodôntica em casos de mau posicionamento dentário, de forma a aumentar a gengiva aderida.

A técnica de tunelização descrita neste póster tem demonstrado bons resultados pós-operatórios, pois elimina a necessidade de incisões verticais, protege a altura posicional da papila, otimiza a vascularização e o tipo de retalho utilizado cria um ambiente mais favorável para a colocação de enxertos.<sup>(30)</sup> (ver anexo 1).



## ***Poster 2 – Cirurgia Periodontal de Aprofundamento do Vestíbulo***

### **Introdução Teórica**

A quantidade de rebordo alveolar é por vezes muito reduzida, sendo um grande inconveniente no caso de pacientes onde seja necessária uma reabilitação protética. A perda óssea alveolar, com atrofia mandibular, levam a uma diminuição na área de suporte e a problemas ao nível da retenção e estabilidade de uma prótese total removível. Nesse sentido, torna-se muito relevante analisar, discutir e propor ao paciente - sempre que as suas condições o permitam - a execução de técnicas cirúrgicas para recuperar os tecidos afetados pela reabsorção do rebordo alveolar<sup>(29)</sup>.

### **Descrição do Caso Clínico**

#### **Anamnese**

Paciente do sexo feminino, 69 anos, medicada com estatinas, anti-hipertensores e analgésico, anti-inflamatórios e anti-agregante plaquetar. Portadora de prótese removível total superior e inferior, compareceu numa consulta de prótese removível devido a dor e falta de retenção da prótese inferior, estando esta relacionada com reabsorção óssea e rebordos gengivais irregulares, flácidos e móveis (Figura 45). Também apresentava contração e atrofia da mucosa gengivolabial com diminuição do sulco vestibular.

#### **Plano de Tratamento**

Procedeu-se à cirurgia periodontal de aumento do vestíbulo, com o intuito de posterior colocação de prótese total removível suportada por implantes.

Após avaliação do exame radiográfico (tomografia computadorizada) (Figura 46) e das técnicas anestésicas efetuadas, iniciou-se a cirurgia com uma incisão retilínea paralela ao rebordo alveolar, seguida de divulsão submucosa até ao nível da crista alveolar. Foi realizada uma incisão horizontal do perióstio para o rebatimento do retalho. Foi recolhido

um enxerto de tecido epitelial do palato, sendo este posicionado de forma a recobrir toda a área cirúrgica e fixado através de fios de sutura de seda 6.0 e PeriAcryl.

Foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória e visitas de controlo semanais durante a fase de cicatrização. As suturas foram removidas após duas semanas (Figura 48).

**Registro Fotográfico**



Figura 45 - Fotografia pré-operatória



Figura 46 - Emergências dos nervos mentonianos nas cristas alveolares.



Figura 47 - Uma semana após cirurgia



Figura 48 - Duas semanas após cirurgia



Figura 49 - Três semanas após cirurgia

## **Discussão e Conclusões**

Neste tipo de cirurgias é importante avaliar a altura e espessura do rebordo residual, quantidade e integridade da mucosa e inserção da musculatura. Esta técnica oferece resultados satisfatórios ao nível da profundidade do vestíbulo, com um baixo grau de recidiva. A inflamação pós-operatória é reduzida<sup>(33)</sup>.

A cirurgia periodontal de aprofundamento de vestíbulo permitiu obter o aumento do vestíbulo esperado. Desta forma, foram criadas as condições necessárias ao nível dos tecidos moles para a colocação de implantes para posterior estabilização de uma prótese total removível (ver anexo 2).

## 6. Discussão

### ***6.1 Comparação entre a Hungria e Portugal***

Na Hungria, apesar dos conceitos teóricos serem semelhantes, os métodos de trabalho distinguem-se dos usados em Portugal, em algumas das áreas disciplinares. Os instrumentos usados diferem e, acima de tudo, a relação médico-paciente é mais fria e distanciada, devido, sobretudo, à cultura e história patente nos países da Europa Central. Para além disso, a língua húngara é de difícil aprendizagem e compreensão, dificultando mais ainda a comunicação com os pacientes. Neste caso, a leitura da linguagem não-verbal teve um papel preponderante durante os meses de permanência na Hungria. Assim como a compreensão de algumas palavras mais simples, de forma a tentar perceber o estado do paciente, se tinha dor, ou se estava tudo bem.

Para além disso, embora as áreas disciplinares sejam as mesmas, as horas de contacto são diferentes, adquirindo mais prática para umas do que para outras. Em Endodontia, a prática clínica da qual dispõe é de apenas um semestre, considerando extremamente insuficiente para este tipo de trabalho. Ao nível da Cirurgia, os alunos são livres para optar por cirurgia através de técnica aberta, estando totalmente independentes durante esse processo.

A marcação de consultas é feita pelos alunos, em formato papel, assim como a arrumação do local de trabalho e limpeza dos instrumentos. Os exames radiográficos são sempre realizados por alguém responsável para o fazer, e nunca pelos alunos.

Na área disciplinar de Cirurgia Oral, por exemplo, o instrumental cirúrgico diferenciava-se, assim como rara era a vez que os alunos luxavam o dente com uma alavanca, embora os princípios cirúrgicos fossem iguais. A realização de pontos de sutura não fazia parte da prática clínica, assim como a prescrição de medicação.

Já em Prótese Fixa, os princípios prostodônticos aplicados na prática clínica em pouco se assemelhavam aos praticados em Portugal, não sendo um trabalho tão minucioso e cauteloso no que diz respeito a medição de estruturas dentárias, estudo radiográfico coroa/raiz, e respeito pelos princípios biológicos. Em Dentisteria Operatória, por sua vez, era regular o uso de um corante revelador de cárie dentária *Caries Marker* da *Voco*®, muito utilizado por todos, para confirmação da limpeza da cavidade, sendo uma novidade

para mim. Assim como o uso obrigatório de isolamento absoluto em todos os trabalhos nesta área disciplinar especificamente.

Em Odontopediatria, notou-se uma grande diferença na postura das crianças húngaras durante uma consulta médico-dentária em relação ao que se vê, muitas vezes, nas consultas em Portugal. Estas adquirem um comportamento exemplar e respeitador para com toda a unidade universitária.

No entanto, apesar de as crianças visitarem anualmente o médico dentista, a população de meia-idade carece de cuidados dentários e, daí, a grande afluência de pacientes em Cirurgia Oral.

Já em Portugal, no ICSV, o número de pacientes e atos clínicos em Dentisteria Operatória foi considerável, ou seja, sempre que seja possível, a primeira abordagem terapêutica é a recuperação do dente e, apenas em último caso, a sua exodontia.

Quanto à reabilitação oral protética, a maioria dos pacientes recorre à prostodontia removível, muitas das vezes por motivos financeiros, ao passo que, na Hungria, há um enorme número de pacientes a recorrer a prostodontia fixa, devido à acessibilidade de preços, sendo estes muito díspares quando comparados aos de Portugal.

## 7. Conclusão

Este relatório serviu para requerer a aprovação para obtenção do grau de Mestre e a conclusão do ciclo de estudos, assim como assimilar conhecimentos, colmatar possíveis lacunas de aprendizagem e cimentar os conhecimentos já adquiridos.

Apesar do reduzido número de casos clínicos apresentados neste relatório, todos eles contribuíram de forma especial para a minha aprendizagem. O número de pacientes atendidos na clínica universitária é, por vezes, insuficiente sendo os casos diferenciados também reduzidos. Ainda assim, contribuíram em muito para esta contínua aprendizagem.

A experiência na Hungria proporcionou a ampliação de conhecimentos e a percepção de formas culturais e de trabalho diferentes.

Em Portugal, por sua vez, possibilitou-se a continuação de um trabalho que vinha sendo feito ao longo dos anos anteriores, mas com maior nível de exigência e autonomia.



## 8. Referências Bibliográficas

1. Dentistas OdM. Capítulo I: Natureza, regime jurídico, âmbito e atribuições [Available from: <https://www.ond.pt/info/estatuto/capitulo1#section-2>.
2. Mata A, Marques D, Silveira J. Medicina dentária baseada na evidência: novas opções para velhas práticas. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2008;49(1).
3. Souto T. Níveis de confiança na prática clínica nos alunos do 5º ano das Faculdades de Medicina Dentária em Portugal. Porto: Universidade do Porto; 2014.
4. Kravit A, Bullock A, Cowpe J. Manual of dental practice 2015 Hungary: Council of European Dentists; 2015 [5.1:[Available from: <https://www.ond.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-hungria.pdf>.
5. Ltd HT. The dental capital of europe: Hungarian Tourism Ltd; 2015 [Available from: <http://spa.gotohungary.com/dental-tourism1>.
6. Saúde Md. Despacho nº 686/2014 2014 [Available from: <https://www.ond.pt/chequedentista/legislacao/despacho-686-2014>.
7. Kravitz A, Bullock A, Cowpe P. Manual of dental practice 2014: The council of european dentists; 2014 [Available from: <https://www.ond.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-portugal.pdf>.
8. Lusa E. Quase metade dos portugueses não vai ao dentista há mais de um ano. Expresso. 2015 30-10-2015.
9. Nilsson E, Bonte E, Bayet F, Lasfargues JM. Management of Internal Root Resorption on Permanent Teeth. International Journal of Dentistry. 2013;7.
10. Ramazani M, Asgary S, Mehrani J. Interdisciplinary approach for management of iatrogenic internal root resorption: a case report. Iranian Endodontic Journal. 2016;11(1):71-4.
11. Pruthi PJ, Dharmani U, Talwar S. Management of external perforating root resorption by intentional replantation followed by Biodentine restoration. Dental Research Journal. 2015;12(5):488-93.
12. Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption - diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. Dental Traumatology. 2003;19:175-82.
13. Mohammadi Z, Cehreli Z, S. A. Management of Root Resorption using Chemical Agents: a review. Iranian Endodontic Journal. 2016;11(1):1-7.

14. Perla P, Nistor CC, Iliescu MG, Iliescu AA. The use of cone beam computed tomography in the diagnosis and management of internal root resorption associated with chronic apical periodontitis: a case report Romanian Journal of Morphology and Embryology. 2015;56(1):223-7.
15. Hargreaves K, Goodis H. Seltzer and Bender's Dental Pulp: Quintessence Publishing Co; 2002.
16. Kenchappa M, Gupta S, Gupta P, Sharma P. Dentine in a capsule: Clinical case reports. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2015;33(3):250-4.
17. Arenhart R, Lazarotto R, Thomé K. Physical therapy treatment for temporomandibular disorders: a case study. FisiSenectus, Revista Científica nas áreas de fisioterapia e envelhecimento humano. 2013:109-17.
18. Vasconcelos B, Campello R, Oliveira D, Nogueira R, Júnior O. Dislocation of the temporomandibular joint: a review of the literature. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. 2004:218-22.
19. Okeson J. Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares 5ª ed. Elsevier, editor: Mosby; 2003 2003.
20. Cunha D. Simulação dos movimentos mandibulares baseado em colisões com e sem anteposição dos discos articulares: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2015.
21. Zanini C. Os hábitos parafuncionais na disfunção da articulação temporomandibular: Porto Alegre; 1999.
22. Rodrigues L. Branqueamento dentário: consultório vs ambulatório: Universidade Fernando Pessoa; 2003.
23. Kamangar SS, Kiakojoori K, Mirzaii M, Fard MJ. Effects of 15% carbamide peroxide and 40% hydrogen peroxide on the microhardness and color change of composite resins. J Dent (Tehran). 2014;11(2):196-209.
24. Conceição EN. Dentística: Saúde e estética. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
25. Fearon J. Tooth whitening: concepts and controversies. Irish Dental Association. 2007;54(3):24-38.
26. de Geus JL, Bersezio C, Urrutia J, Yamada T, Fernandez E, Loguercio AD, et al. Effectiveness of and tooth sensitivity with at-home bleaching in smokers: a multicenter clinical trial. J Am Dent Assoc. 2015;146(4):233-40.
27. Wolf H, Rateitschak E, Hassek T. Color Atlas of Dental Medicine: Periodontology. 3rd ed. H. RKW, editor2005 2005. 532 p.

28. Wilson T, Kornman K. Fundamentals of Periodontics. 2nd ed 2003 2003. 659 p.
29. Carranza F, Newman M, Takei H, Klokkevold P. Periodontia Clínica. 10º ed 2007 2007. 1286 p.
30. Salama H, Salama M, D. G. The Tunnel Technique in the Periodontal Plastic Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recession Defects: A Review - See more at: . Inside Dentistry. 2008;4(9).
31. Quincey G, Padmos J, Renkema A. Gingival recessions and periodontal plastic surgery. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2015;122(11):619-24.
32. Mampieri G, Arullani C, Cechetti F. The surgical treatment of the multiple gingival recessions. Oral & Implantology. 2008;1(3-4):137-42.
33. Palioto D, Barros M, Papalexiou V, Novaes A. Recessões gengivais: a atuação clínica baseada em evidência científica. Periodontia. 2005;1:245-73.



## Anexos





## Cirurgia Periodontal Plástica por Técnica de Tnelização para Recobrimento Radicular

Universidade Católica Portuguesa—Centro Regional de Viseu—Apresentação de Caso Clínico 2015-2016

Santos, A.<sup>1</sup>, Rebelo, G.<sup>1</sup>, Marques, T.<sup>2</sup>, Sousa, M.<sup>2</sup>, Santos, N.<sup>2</sup>, Baptista, A.<sup>3</sup>

1-1- Faculdade de Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu;  
2-1- Centro de Invest. em Odontologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu;  
3-1- Centro de Invest. em Odontologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu



16

---

### INTRODUÇÃO

Num periodonto saudável, a margem da crista alveolar encontra-se a, aproximadamente, 2mm da margem gengival, em relação à junção amelocementária.<sup>[1]</sup> Quando a gengiva se encontra numa posição mais apical diz-se que estamos perante uma recessão, que pode ser definida pela retração apical da gengiva<sup>[1]</sup>.

Estas lesões podem ser provocadas por técnicas traumáticas de escovagem, presença de placa e cálculos, movimentos ortodónticos, hábitos parafuncionais, trauma oclusal e doença periodontal. A prevenção será sempre o melhor tratamento, começando especialmente por uma correta técnica de higienização. Quando a lesão já está presente, é possível recorrer a técnicas de cirurgia plástica periodontal, usando enxertos de tecido conjuntivo.<sup>[2]</sup> Um exemplo de técnica que pode ser usada, e com bons resultados pós-operatórios é a **técnica de tnelização** com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial colocados coronealmente.<sup>[2]</sup>



---



**Fig. 1.** Fotografia pré-operatória. A) Recessão visível no dente 23. B) Indicação para alongamento coroneário do dente 11.

### CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável. Não fumadora. Não medicada.

Diagnóstico periodontal: gengivite leve, com IP de 14,8% e BOP de 7,8% e recessões classe I de Miller, em todos os sextantes, por vestibular. No 3º sextante, perde de inserção gengival de 3mm no dente 23, 2mm no dente 24 e 1mm no dente 25.

Plano de Tratamento: Cirurgia plástica periodontal, através da técnica de tnelização, nos dentes 23 e 24 e Alongamento coroneário por gengivectomia no dente 11.

---



**Fig. 2.** Fotografia pós-operatória. A) Vista frontal. B) Local de remoção do enxerto.



**Fig. 4.** Controlo após uma semana. A) Antes da remoção dos pontos. B) Após remoção de sutura.

---

### CIRURGIA PERIODONTAL—TÉCNICA DE TNELIZAÇÃO

Após administração de anestesia, realizaram-se incisões sulculares nos dentes envolvidos, mantendo as papilas intactas, criando um túnel subperiósteo. Criou-se um retalho que se estendeu apicalmente, além da linha mucogengival. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronealmente à base das papilas. Nesta cirurgia, foi recolhido tecido conjuntivo subepitelial, no palato, devido à sua capacidade de sobreviver quando uma parte desse tecido enxertado permanece exposto.<sup>[2]</sup>

O enxerto foi colocado no túnel subperiósteo. Foram realizadas suturas de forma a estabilizar os enxertos no retalho gengival, e suturas verticais na zona das papilas com fios de sutura 5-0 e 6-0. Na região do palato, foi colocado PeriAcryl.



**Fig. 5.** Controlo após 3 semanas

---



**Fig. 6.** Controlo após 5 meses

### CONCLUSÃO

A técnica de tnelização descrita neste póster tem demonstrado bons resultados pós-operatórios, pois elimina a necessidade de incisões verticais, protege a altura posicional de papilas, otimiza a vascularização e o tipo de retalho utilizado cria um ambiente mais favorável para a colocação de enxertos.<sup>[2]</sup>

---

Bibliografia:


1. T. WRIGHT. Color Atlas of Dental Medicine: Periodontology, 2nd ed., H. BSW, editor 2005 2006, 592 p.

2. E. WTK. Fundamentals of Periodontology, 2nd ed 2003 2004, 659 p.

3. D. SHAMG. The Tunnel Technique in the Periodontal Plastic Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recession Defects: A Review – See more at: Inside Dentistry, 2008(4)(6).



## Anexo 2



### Cirurgia Periodontal de Aprofundamento do Vestíbulo

Universidade Católica Portuguesa—Centro Regional de Viseu  
Apresentação de Caso Clínico 2015-2016

Rebello, G.<sup>1</sup>; Santos, A.<sup>1</sup>; Marques, T.<sup>2</sup>; Silva, A.<sup>3</sup>; Santos, N.<sup>2</sup>; Correia, A.<sup>3</sup>;  
1- Residente da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu  
2- Docente da Área Disciplinar de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu  
3- Docente da Área Disciplinar de Prótese Removível da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu

---

#### INTRODUÇÃO

A quantidade de rebordo alveolar é, por vezes, muito reduzida, sendo um grande inconveniente no caso de pacientes onde seja necessária uma reabilitação protésica. A perda óssea alveolar, com atrofia mandibular, associada a perda de gengiva aderida, levam a uma diminuição na área de suporte e a problemas ao nível da retenção e estabilidade de uma prótese total removível.<sup>[1]</sup> Nesse sentido, toma-se muito relevante analisar, discutir e propor ao paciente, sempre que as suas condições o permitam, a execução de técnicas cirúrgicas para recuperação dos tecidos afetados pela reabsorção do rebordo alveolar<sup>[2]</sup>.

Uma ótima adaptação e estabilidade da prótese pode ser conseguida pela conjugação do aumento da gengiva aderida e a colocação de implantes dentários. A recuperação dos tecidos pode ser feita recorrendo-se à realização de um enxerto gengival livre<sup>[3]</sup>.

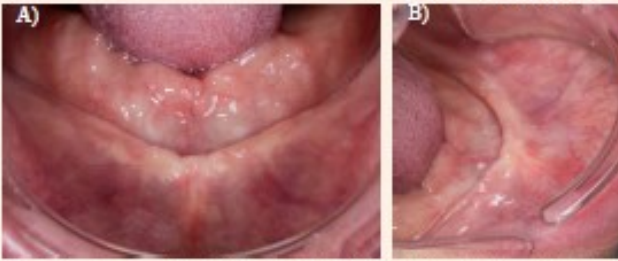


Fig. 1. Fotografias pré-operatórias: A) Rebordo alveolar vista frontal B) Rebordo alveolar, vista lateral

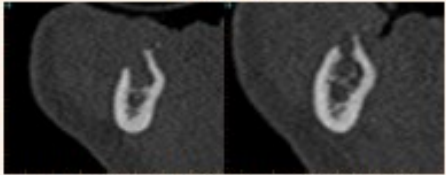


Fig. 2. Emergências dos nervos mentonianos na crista alveolar

---

#### CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 69 anos, medicada com estatínicos, anti-tuberculosos, anti-hipertensores, analgésico, anti-inflamatório e anti-agregante plaquetário. Portadora de prótese removível total superior e inferior, compareceu numa consulta de prótese removível devido a dor e falta de retenção da prótese inferior. Também apresentava contração e atrofia da mucosa gengivolabial com diminuição do sulco vestibular.




Fig. 3. Fotografia 1 semana após a cirurgia.




Fig. 4. Fotografia 2 semanas após a cirurgia.




Fig. 2. - Planificação do caso para colocação de implantes para suporte protético.

---

#### PROCEDIMENTO CLÍNICO

1. Incisão retilínea paralela ao rebordo alveolar, seguida de divisão submucosa até ao nível da crista alveolar.
2. Incisão horizontal do periosteio para o rebatimento do retalho
3. Recolha de enxerto de tecido epitelial do palato
4. Colocação do enxerto na área cirúrgica do rebordo alveolar, fixo através de fios de sutura de seda 6.0 e PeriAcryl.
5. Prescrição de medicação analgésica e anti-inflamatória e visitas de controlo semanais durante a fase de cicatrização.




Fig. 4) Fotografia 30 dias após procedimento cirúrgico

---

#### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A cirurgia periodontal de aprofundamento de vestibulo permitiu obter o aumento do vestibulo esperado.

Nesta técnica a inflamação pós-operatória é reduzida e o grau de recidiva é baixo.

Com a realização desta cirurgia, foram criadas as condições necessárias ao nível dos tecidos moles para a colocação de implantes e posterior estabilização de uma prótese total removível.

---

**Bibliografia:**

1. Talei JAH, Aziz, R.A.R(2002) Periodontal Plastic and Esthetic Surgery in Newman, M.G, Talei JAH, Carranza, F.A (ed.) Carranza's Clinical Periodontology 8ª Edição Philadelphia, J.B. Lippincott Williams & Wilkins 851-875
2. Pellitero, D. B. Barros, R.R.M., Papeleiro, V., Neves, J.A.R (2005) Recorrer gengivas, ed. Periodontia: A atenção clínica baseada em evidências dentifon. Vol.1 São Paulo, Artes Médicas, pp.245-279
3. Sato H.(2002) Periodontal surgery: a clinical atlas. Japan, Quintessence Publishing