



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:
Miguel Ângelo Peixoto Oliveira

Viseu, 2019



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:
Miguel Ângelo Peixoto Oliveira

Orientador: Professora Doutora Mariana Seabra
Co-orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Viseu, 2019

“Life would be tragic if it weren’t funny”

Stephen Hawking

Agradecimentos:

À minha família, por todo o apoio e liberdade dados, nunca esquecendo que com a confiança vem a responsabilidade.

À minha orientadora Professora Doutora Mariana Seabra e à minha co-orientadora Professora Doutora Andreia Figueiredo, pelos conselhos, confiança, valores transmitidos e disponibilidade inalcançável.

Aos meus amigos, à minha Associação Académica de Viseu e à comunidade, todos os minutos durante estes cinco anos valeram a pena.

À Catarina, espero continuar a conseguir retribuir-te tudo o que fazes por mim.

Resumo:

A Medicina Dentária é um ramo da saúde que visa o estudo de todo o sistema estomatognático, bem como a sua interação com outras áreas anatómicas, nomeadamente cabeça e pescoço.

Numa primeira parte deste relatório, foram avaliadas variáveis com correlação à área da Medicina Dentária, que caracterizam o diverso leque de pacientes da Clínica Universitária de Viseu.

Foram analisadas e descritas individualmente, cada área disciplinar, dentro das quais Periodontologia, Medicina Oral, Cirurgia Oral, Odontopediatria, Dentisteria Operatória, Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa e por último Endodôntia. Adicionalmente foi realizada uma análise estatística cujo conteúdo se baseou na atividade decorrida ao longo do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Como terceiro ponto deste relatório, foram descritos quatro casos clínicos diferenciados relacionados com as áreas disciplinares de Cirurgia Oral Dentisteria Operatória, Prostodontia Fixa e Odontopediatria.

Abstract:

Dentistry is the branch of health that aims to study the entire stomatognathic system, as well as its interaction with other anatomical areas, namely neck and head.

In a first part of this report, we evaluated variables with correlation to the area of Dentistry, which characterize the diverse range of patients of the University clinic of Viseu.

Each disciplinary area was analyzed and described, including Periodontology, Oral Medicine, Oral Surgery, Pediatric Dentistry, Operative Dentistry, Removable Prosthodontics and finally Endodontics. In addition to this, a statistical analysis was carried out, based on the activity carried out during the 5th year of the Integrated Masters in Dentistry.

As a second point of this report, four different clinical cases related to the disciplinary areas of Oral Surgery, Operative Dentistry, Fixed Prosthodontics and Odontopediatrics were described.

Índice

1.Introdução	17
2.Materiais e métodos	20
3. Resultados	22
3.1. Resultados da Atividade Clínica Geral.....	22
3.2. Resultados da Atividade Clínica por Área Disciplinar	27
3.2.1. Periodontologia	29
3.2.1.1. Classificação Doenças Periodontais e Peri-Implantares.....	30
3.2.2. Medicina Oral	33
3.2.3. Cirurgia Oral.....	34
3.2.4. Odontopediatria.....	40
3.2.5. Dentisteria Operatória	43
3.2.6. Prostodontia Removível	46
3.2.7. Prostodontia Fixa	49
3.2.8. Ortodontia	51
3.2.9. Oclusão	53
3.2.10. Endodontia	55
4. Casos Clínicos Diferenciados.....	59
Caso Clínico I: Exodontia do dente 3.5 Impactado	59
Caso Clínico II: Infiltração de resina em lesões de mancha branca.....	65
Caso Clínico III: Cimentação de Falsos Cotos Fundidos e Reabilitação com Coroas Metal-cerâmicas	72
Caso Clínico IV: Tratamento intercetivo através de uma rampa em Compómero	84
5. Trabalhos Científicos.....	90
6. Referências Bibliográficas	93

Abreviaturas

CMV – Câmara Municipal de Viseu

BOP – Bleeding on probing

IP- Índice de Placa

INR – International Normalized Ratio

RAR – Raspagem e alisamento radicular

RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

FDI – World Dental Federation

OMS – Organização Mundial de Saúde

IR – Índice Refrativo

I – Introdução

1.Introdução

No mundo atual, a Medicina Dentária, tal como em todas as áreas da saúde, encontra-se em constante mudança, enfrentando novos desafios a cada dia que passa.

As necessidades da população são cada vez mais exigentes, sendo que é necessário perceber as expectativas do paciente, de modo a que o resultado final se assemelhe o mais próximo possível das mesmas. Neste processo importa o planeamento correto dos tratamentos de modo a que estes sejam realizados fazendo o maior número de tratamentos possível no menor tempo sem negligenciar a qualidade dos serviços prestados.

A FDI refere como os principais desafios para a Medicina Dentária atual a falta de acesso a cuidados de saúde oral; a falta de acesso ao tratamento dentário em muitos lugares; uma população crescente e envelhecida, a migração de mão de obra, o turismo dentário; o surgimento de novos modelos educacionais, a evolução da distribuição de tarefas entre os membros da força de trabalho em Medicina Dentária, as ações legislativas em curso visando materiais perigosos e o uso crescente de tecnologias de informação e comunicação em todos os segmentos da vida. (1)

A OMS define saúde oral como “um estado em que não há qualquer dor crónica oral e facial, cancro na boca ou na garganta, ferida oral, malformação congénita como o lábio leporino e a fenda palatina, doença periodontal (das gengivas), cárie dentária e perda de dentes, nem outras doenças e alterações que afetem a cavidade oral”(2). A saúde oral é um componente de bem-estar físico e mental, coexistindo influenciada pelos valores e atitudes do indivíduo e das comunidades. Esta reflete os atributos psicológicos, fisiológicos e sociais essenciais para a qualidade de vida. É influenciada pelas perceções, expectativas e capacidade adaptativa às mudanças. (1)

O complexo craniofacial permite falar, sorrir, tocar, cheirar, sentir o sabor dos alimentos, mastigar, engolir ou chorar. Este oferece proteção contra infeções microbianas e ameaças ambientais. As patologias orais restringem atividades na escola, trabalho ou em casa, causando milhões de horas de trabalho perdidas

todos os anos no mundo inteiro. Para além disso, o impacto psicológico destas doenças diminui frequentemente a qualidade de vida. (3)

A política nacional para a saúde deve obrigatoriamente conter a vertente de saúde oral. A OMS define determinantes sociais para a saúde como “condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e o conjunto de forças e sistemas que moldam as condições de vida diárias”. A igualdade em saúde é definida como a ausência de disparidades sistemáticas entre grupos sociais. (4)

Enquanto é fácil assumirmos que a relação médico dentista-paciente é uma simples dinâmica profissional/cliente, esta relação tem sido historicamente marcada por ansiedade por parte do paciente e stress ocupacional para o médico dentista. Apesar dos pacientes terem agora melhor acesso a informação relativa à prática de Medicina Dentária e às opções de tratamento, muito também devido à massificação do uso da internet, se existe uma barreira de comunicação entre o paciente e o médico dentista, as consultas correm o risco de começarem com expectativas irrealistas. Isto poderá reforçar a ansiedade e o stress por parte do paciente e consequentemente um estereótipo negativo relativamente à medicina dentária. (5)

É recomendado que os pais e cuidadores estabeleçam uma relação da criança com o médico-dentista a partir dos 12 meses de idade na medida em que é logo incutida nas crianças e nas suas famílias/cuidadores as condições para uma vida de boa saúde oral. Esta relação pressupõe que os cuidados são administrados de forma compreensiva, continuamente acessível, coordenada e centrada no ambiente familiar/institucional. (6)

II - Materiais e métodos

2. Materiais e métodos

A análise estatística deste relatório foi efetuada no Microsoft Excel ®. Foram recolhidos os dados relativos a cada paciente tratado pelo binómio 17 desde o dia 25 de setembro de 2018 até ao dia 31 de maio de 2019. Foi contabilizado o número de consultas realizadas por cada área disciplinar e quantas/quais foram realizadas como operador ou assistente.

A revisão bibliográfica incluída neste relatório, foi realizada recorrendo ao motor de busca *Google Scholar* ® e à base de dados *PubMed* ® sustentada também em livros. A citação, fundamentação teórica e organização dos artigos que servem de base a este relatório foi efetuada recorrendo ao programa de gestão de referências bibliográficas *Mendeley* ®, criado pela Elsevier ®, com as Normas de Vancouver.

O material e equipamentos utilizados são os implícitos no protocolo de cada caso clínico apresentado.

Os casos clínicos foram documentados recorrendo a fotografias utilizando uma câmara *DSLR (Digital Single Lens Reflex)*, com recurso a uma lente Macro 100mm.

III- Resultados: Dados da Atividade Clínica

3. Resultados

3.1. Resultados da Atividade Clínica Geral

Nesta primeira parte serão avaliadas as variáveis com correlação à área da Medicina Dentária, com bases em dados estatísticos da atividade clínica feita pelo binómio 15/17 (primeiro e segundo semestre, respetivamente), compreendida entre 25 de setembro de 2018 e 31 de maio de 2019. Para simplificar denominaremos o binómio como binómio 17 durante o restante deste relatório.

No total, realizaram-se 146 consultas, dentro das quais 72 foram como operador e 74 como assistente, como consta no Gráfico 1.

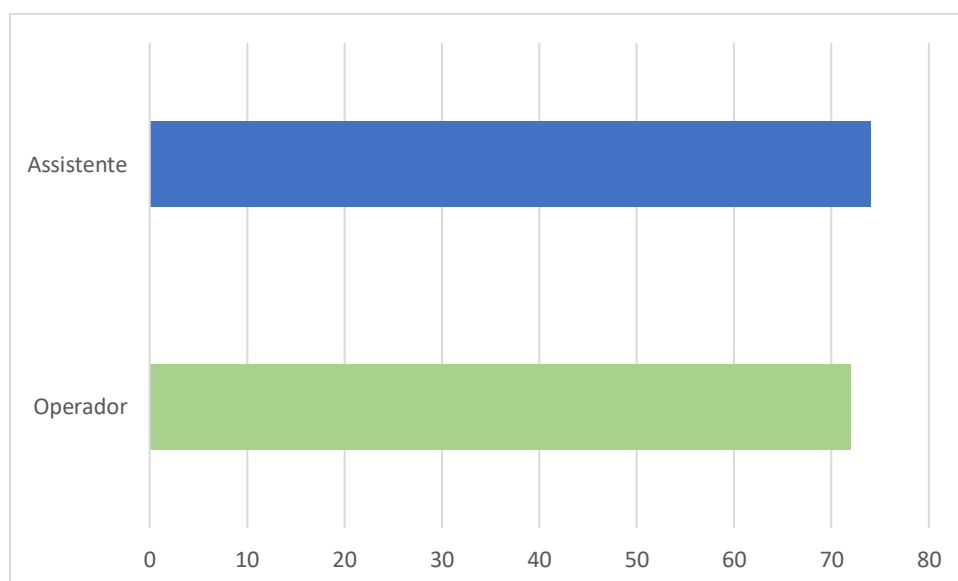


Gráfico 1 - Número de consultas totais, como operador e assistente

Constatou-se ainda que, das 146 consultas, 8 foram primeiras consultas e 138 foram consultas de continuidade de tratamento, como podemos observar no Gráfico 2.

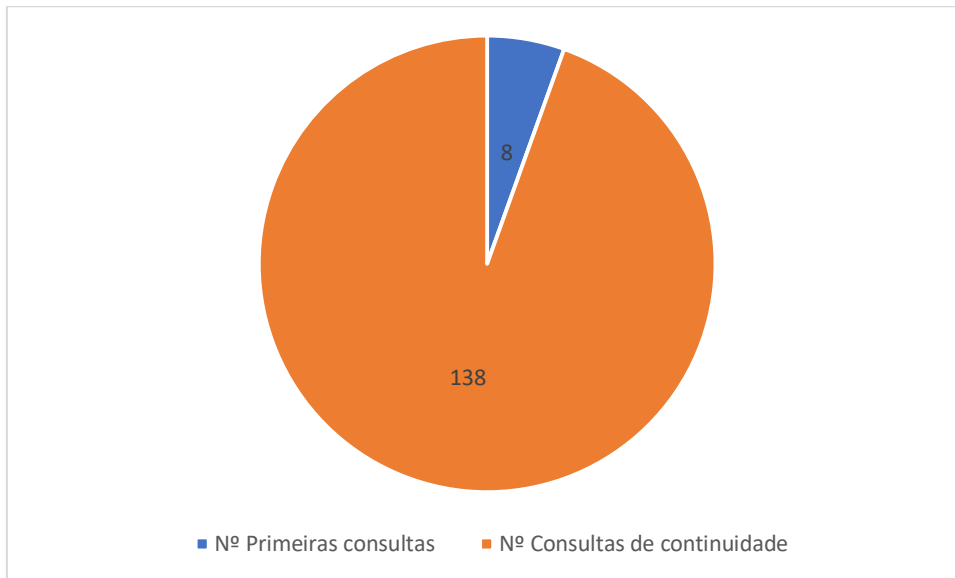


Gráfico 2 - Número de consultas de primeira vez e de continuidade

No decorrer das consultas, foram atendidos 82 pacientes do género feminino e 64 do sexo masculino, como podemos comprovar no Gráfico 3.

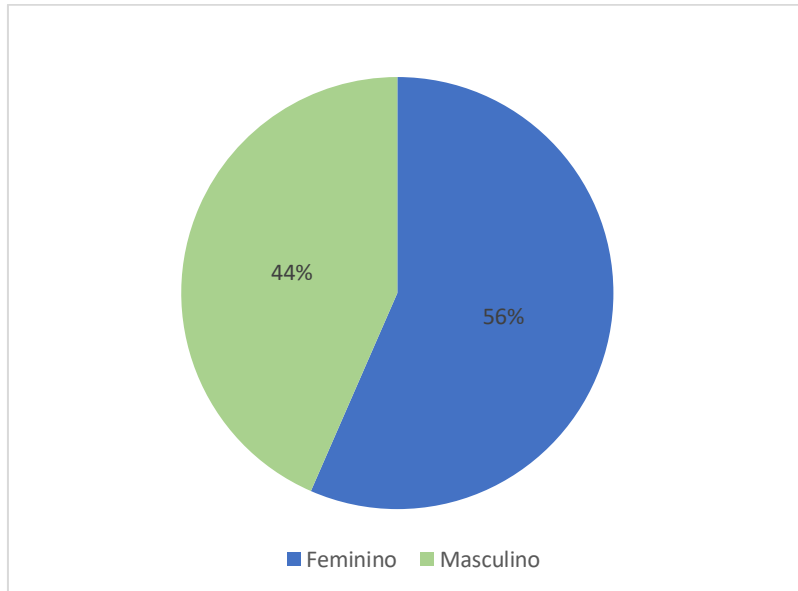


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por género

No que concerne às idades dos pacientes foram agrupadas por faixas etárias, com um total de oito faixas etárias, desde os 0 a maior de 70 anos, com intervalo de uma década nas faixas etárias intermédias.

A faixa etária que prevalece na amostra é a cujas idade estão compreendidas entre os 40 e os 65 anos.

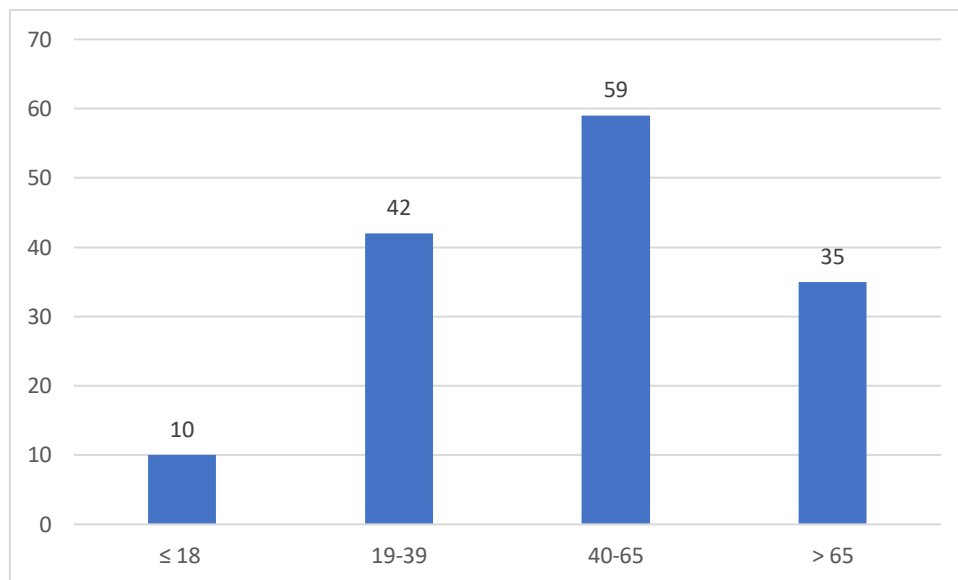


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por faixa etária

De entre o total dos pacientes, verificamos que 90,4% não são fumadores, e apenas uma pequena percentagem é praticante de hábitos tabágicos (9,6%), tal como comprova o Gráfico 5.

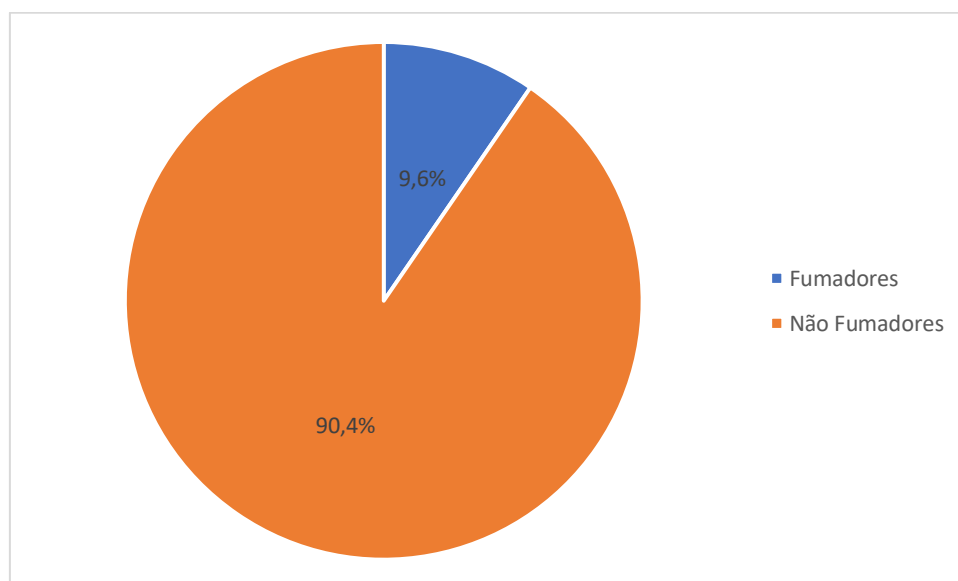


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores

Relativamente às idades, foram cruzados os dados relativos a fumadores e não fumadores com as faixas etárias.

Verificou-se que as faixas etárias mais prevalentes de pacientes fumadores foram dos 19 aos 39 anos.

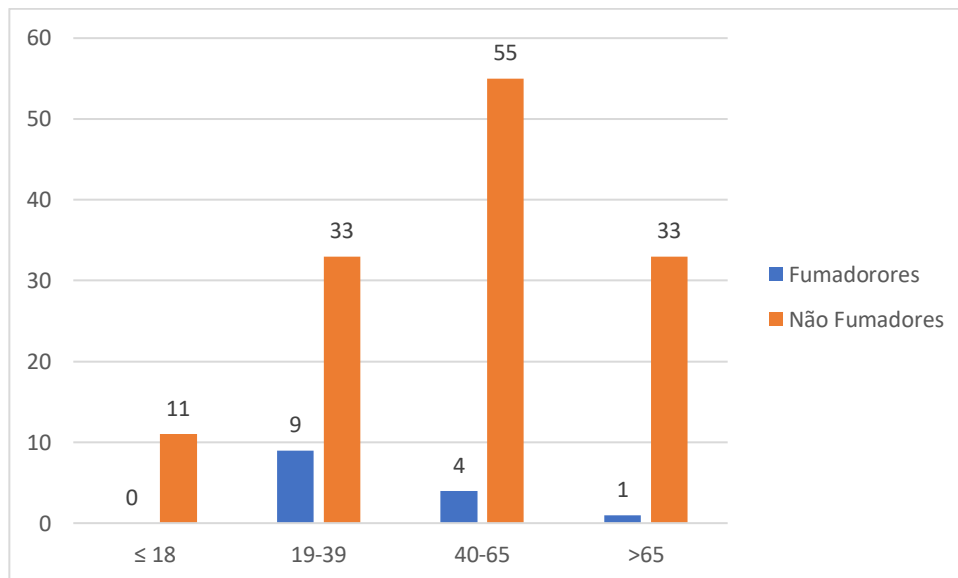


Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores, segundo a faixa etária

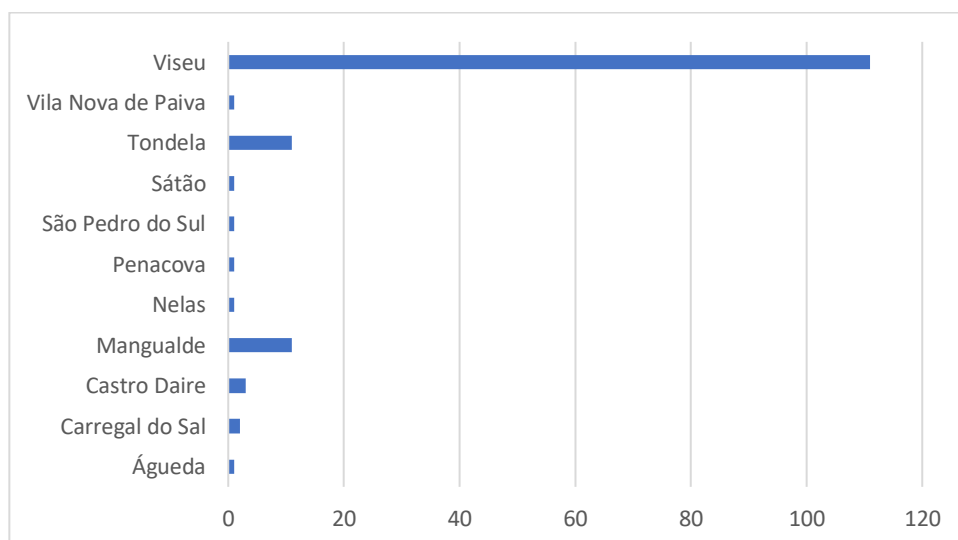


Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes por Município

Quanto ao número de escovagens diárias que cada paciente faz por dia, concluiu-se que um elevado número escova os dentes apenas 1 vez por dia, e menos metade dos pacientes (apenas 47) é que efetua a higienização recomendada, no mínimo, 2 vezes por dia, com pasta dentífrica fluoretada. (7)

16 pessoas (11%) admitem não escovar os dentes, sendo que o grupo de pacientes desdentados totais (n=7) está incluído nesta amostra.

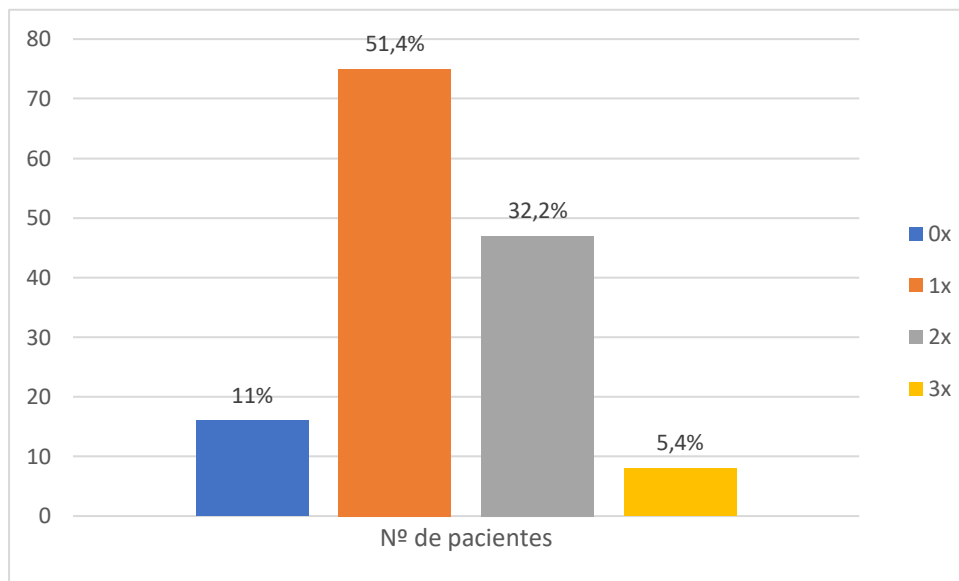


Gráfico 8 - Nº total dos pacientes em relação ao número de escovagens por dia

3.2. Resultados da Atividade Clínica por Área Disciplinar

Relativamente ao número de consultas por área disciplinar observou-se, segundo o Gráfico 8, uma maior prevalência na área de Prostodontia Removível, justificando-se com o facto de os pacientes da Clínica Universitária serem normalmente de faixas etárias mais avançadas. Seguem-se a Endodontia, a Dentisteria Operatória e a Periodontologia.

A área disciplinar com menos pacientes atendidos foi a Ortodontia (n=5), tendo em conta que é uma área em que os tratamentos são dispendiosos e geralmente efetuados a pacientes mais jovens, menos prevalentes na Clínica Universitária.

Com igual número de doentes (n=8) temos a Oclusão e a Medicina Oral.

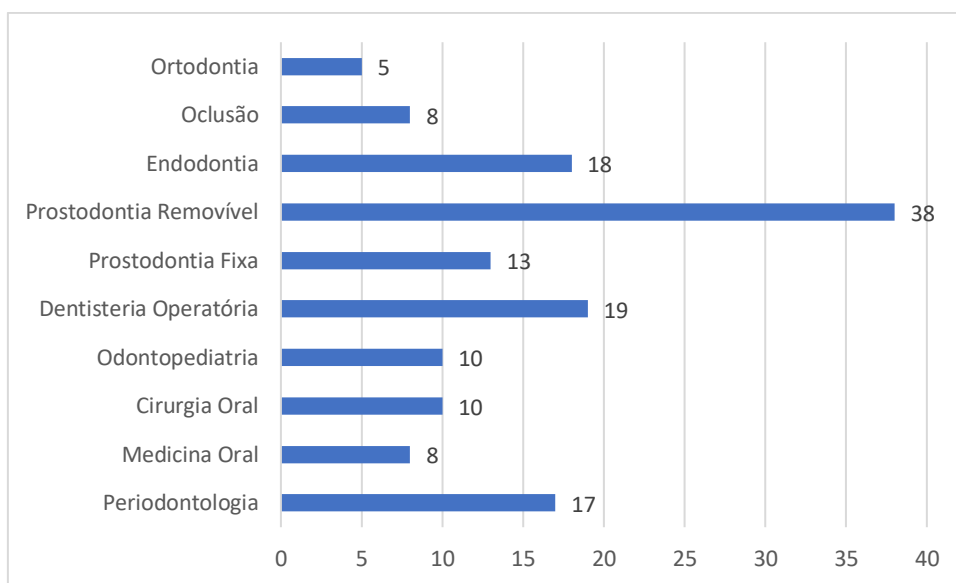


Gráfico 9 - Distribuição do número total de consultas por área disciplinar

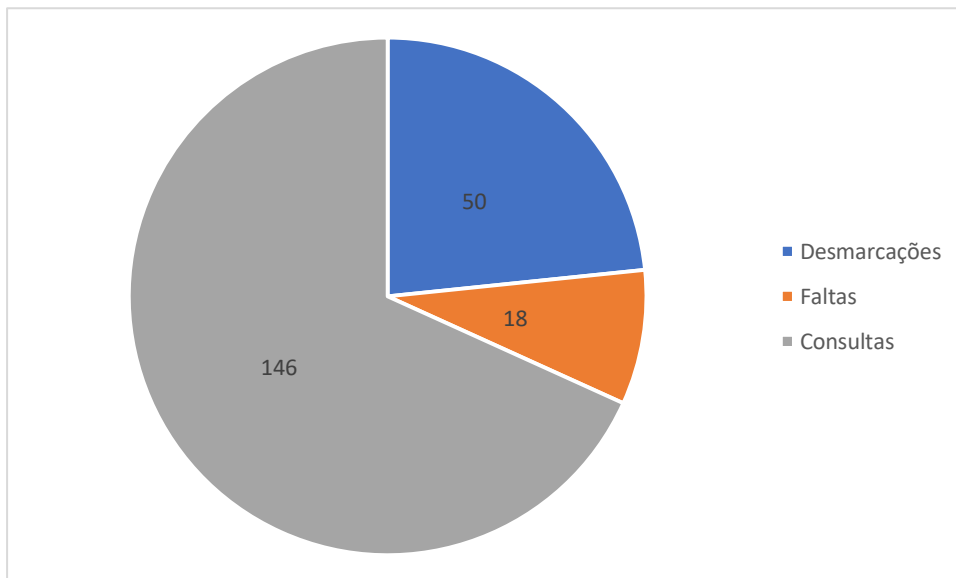


Gráfico 10 - Distribuição do número total de desmarcações e faltas, em relação ao número total de consultas

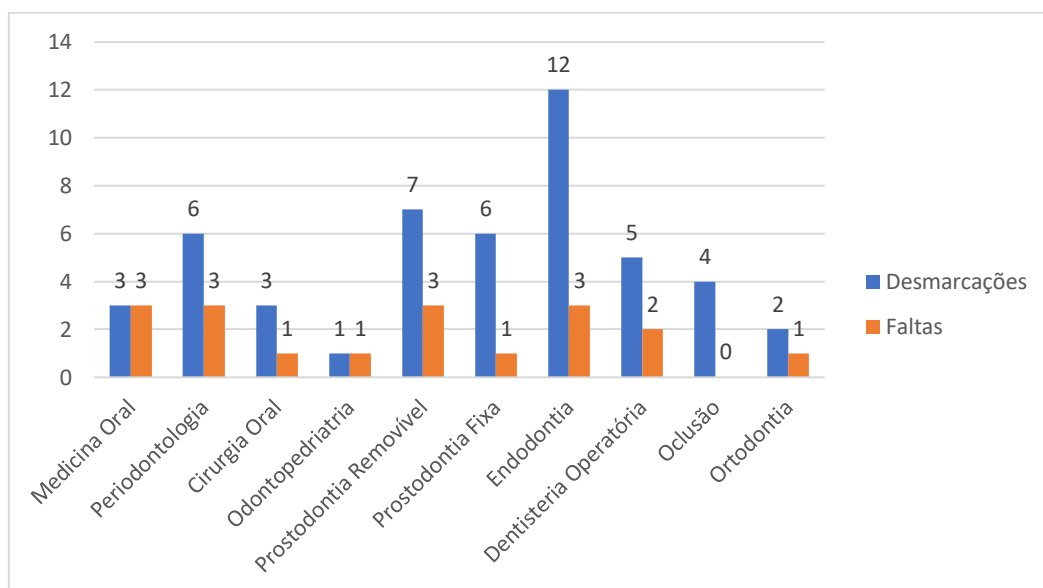


Gráfico 11 - Distribuição do número total de desmarcações e faltas, por área disciplinar

3.2.1. Periodontologia

Enquadramento Teórico

A Periodontologia é definida como o estudo científico do periodonto saudável ou doente.(8,9) Formas graves de doença periodontal, as quais podem resultar em perda dentária e afetar a saúde geral e bem estar, são estimadas ser a décima primeira doença mais prevalente a nível global. (10)

O periodonto é constituído por: gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cemento, as estruturas que suportam os dentes. Anomalias Periodontais, tais como deficiências na função e integridade destas estruturas são descritas como doenças periodontais. O fenótipo mais frequentemente observado a nível mundial é a gengivite induzida por placa, que apresenta como sinais principais a alteração da cor dos tecidos, o volume, temperatura, exsudato crevicular e sangramento ao ligeiro contacto com uma sonda. (8)

Os sinais clínicos da gengivite induzida por placa são reversíveis quando é implementada e mantida uma higiene oral adequada. Contudo, apesar de menos prevalente que a gengivite, mas mesmo assim frequente, existe a periodontite. Os principais sinais de periodontite incluem a presença de bolsas periodontais, perda de inserção, sangramento à sondagem e perda de osso evidenciada radiograficamente. (8,11)

Os principais objetivos da terapia periodontal passam pela eliminação da infeção subjacente, dirigidos normalmente à resolução de sintomas como inflamação, reparação tecidual, restauração funcional e estética.(8)

3.2.1.1. Classificação Doenças Periodontais e Peri-Implantares

A AAP e a EFP aprovaram em 2018 a nova classificação de doenças periodontais e peri-implantares: (12)

Saúde Periodontal e Doenças Gengivais:

Saúde Periodontal e gengival

Gengivite Induzida por placa

Gengivite não induzida por placa

Periodontite:

Doenças Periodontais necrosantes

Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas

Outras condições que afetam o periodonto:

Doenças sistêmicas e condições que afetam o tecido de suporte do periodonto

Abcessos periodontais e lesões perio-endodônticas

Deformidades muco-gengivais e condições de saúde

Fatores relacionados com os dentes e prostodontia

Doenças e condições peri-implantares:

Saúde peri-implantar

Mucosite peri-implantar

Deficiências no tecido duro e mole peri-implantar

De acordo com esta nova classificação, a Periodontite pode ainda dividir-se em graus e estadios, havendo vários fatores agravantes que poderão alterar a classificação dos mesmos (12)

Exposição de Dados

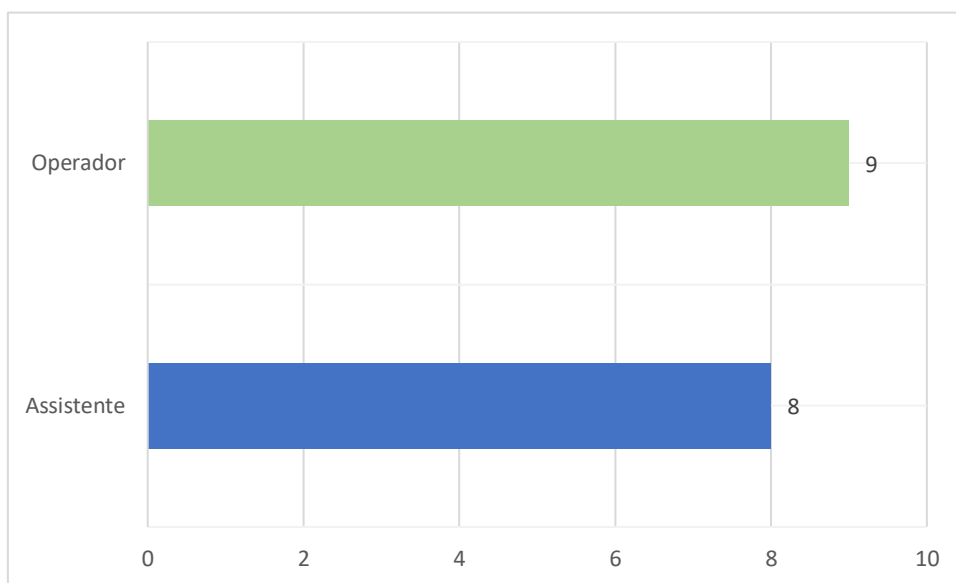


Gráfico 12 - Número de consultas como assistente e operador, em Periodontologia

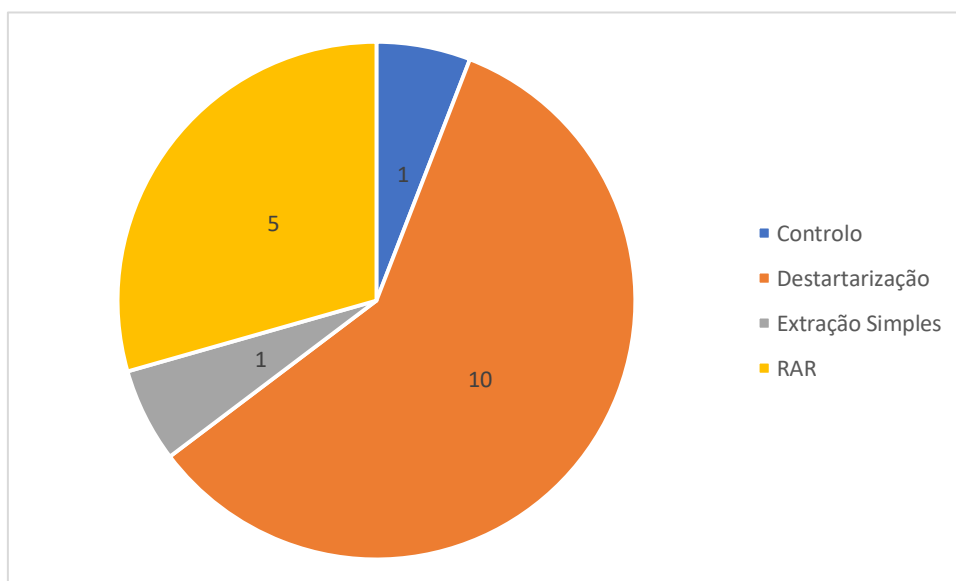


Gráfico 13 - Tipo de atos clínicos, como operador, em Periodontologia

O Índice de Placa e o BOP foram calculados para os pacientes que foram submetidos a destartarização ou RAR.

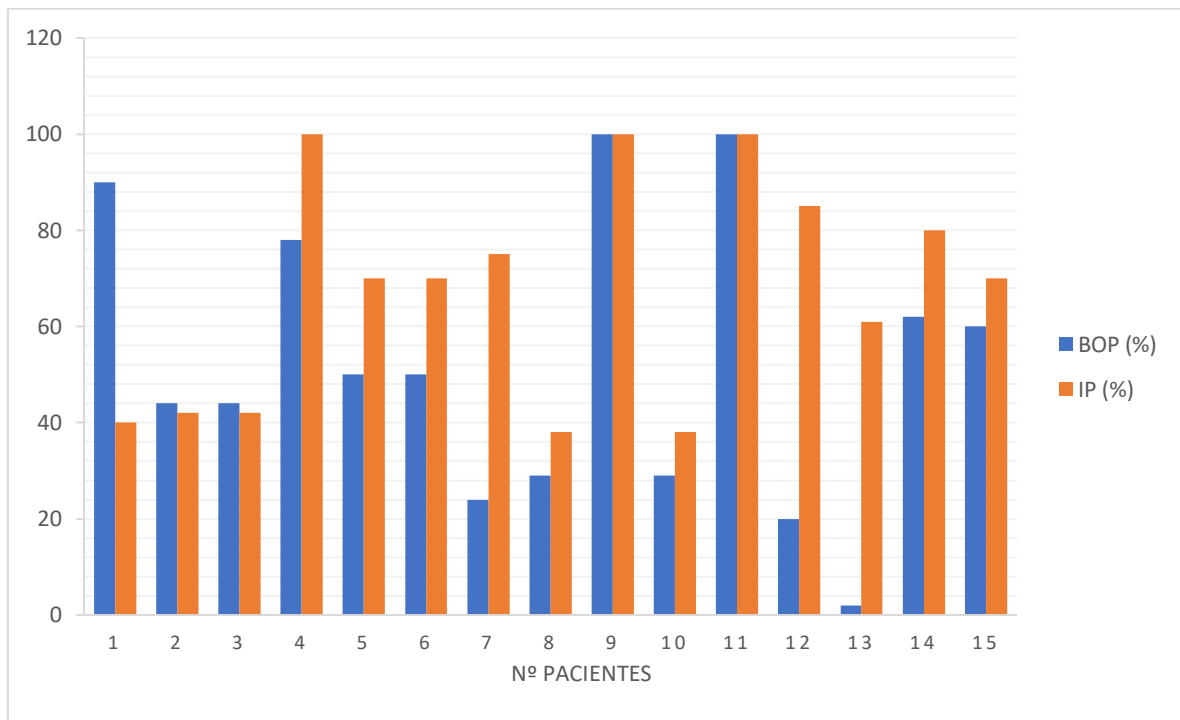


Gráfico 14 - Quantificação dos índices de BOP e IP, em Periodontologia

3.2.2. Medicina Oral

Enquadramento Teórico

A medicina oral é o campo da medicina que trata do diagnóstico e tratamento de doenças que afetam a cavidade oral. Desta forma, esta é a área que conecta a medicina dentária com a medicina. (13,14)

Um diagnóstico correto é o resultado da síntese do conhecimento científico, da experiência clínica, da intuição e do senso comum. O clínico deve fundamentalmente aprender o básico relativamente à recolha de informação e interpretação de informação de modo a fazer o melhor diagnóstico possível. (15)

Na consulta de medicina oral na Clínica Universitária é inicialmente realizada uma radiografia panorâmica e preenchido o odontograma. O paciente é posteriormente sujeito a um exame intra e extra oral. É registada a história clínica do paciente e definido um plano de tratamento distribuído pelas diferentes áreas disciplinares

Exposição de dados

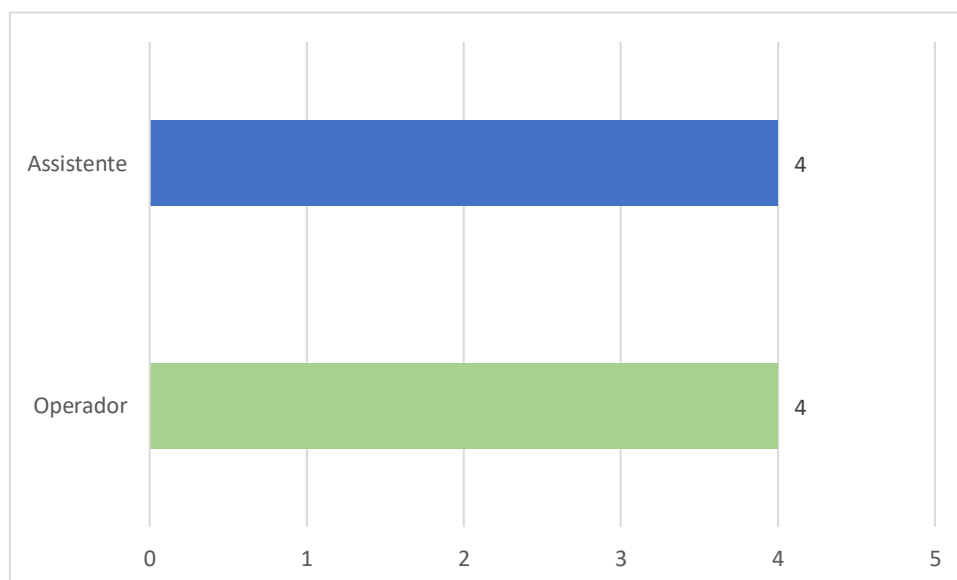


Gráfico 15 - Número de consultas como assistente e operador, em Medicina Oral

3.2.3. Cirurgia Oral

Enquadramento Teórico

A cirurgia oral contemporânea segue uma série de princípios, a maioria dos quais se aplicam a todas as partes do corpo humano. É necessário ao cirurgião aplicar conhecimentos relativos a todo o corpo humano devido à relação intrínseca entre as patologias sistémicas e a cavidade oral, os maxilares e a face. O procedimento cirúrgico não termina no fim da cirurgia, mas sim, depois da ferida ter cicatrizado e a sutura ter sido removida. (16)

Muitos pacientes têm problemas de saúde que afetam a cicatrização das feridas e a sua capacidade para tolerar a cirurgia oral ou maxilo-facial. (16) O médico dentista deverá, portanto, realizar uma história clínica correta de modo a prevenir qualquer consequência negativa decorrente do procedimento cirúrgico causada ou exacerbada por qualquer patologia sistémica.

Na prática clínica, as indicações de medicação anticoagulante têm se tornado cada vez mais frequente, aumentando cada vez mais o número de pacientes medicados com este tipo de medicação nos consultórios.

Interromper a medicação anticoagulante, expondo desta maneira o paciente a um risco desnecessário de embolias, não é uma atitude cautelosa. Aos pacientes da Clínica Universitária, medicados com este tipo de fármacos, é requerido que tragam uma análise ao INR e que o valor seja inferior a 3, estando portando, dentro dos níveis seguros para realizar a cirurgia. (17)

Exposição de Dados

Em cirurgia oral foram realizadas 10 consultas, 5 como assistente e 5 como operador.

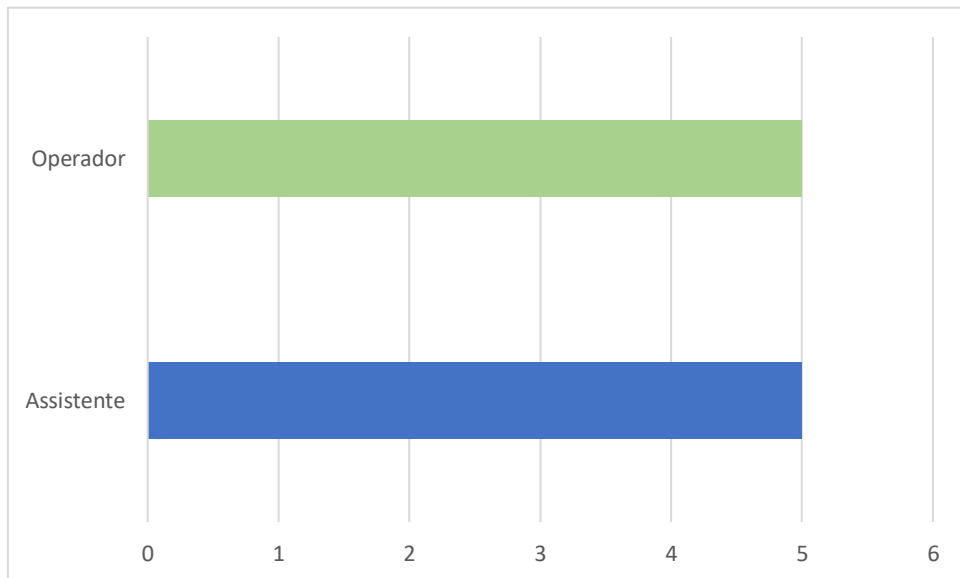


Gráfico 16 - Número de consultas como assistente e operador, em Cirurgia Oral

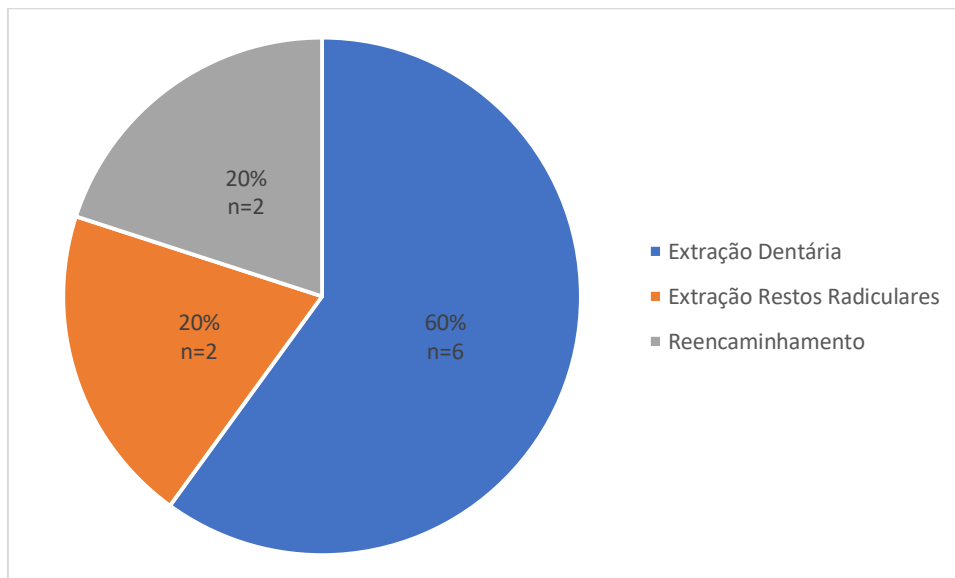


Gráfico 17 - Tipo de atos clínicos no total, em Cirurgia Oral

Em 60% dos casos foram realizadas extrações dentárias e em 20% extrações radiculares. No caso dos restantes dois pacientes, foram reencaminhados para a área de endodontia, por viabilidade da manutenção do dente.

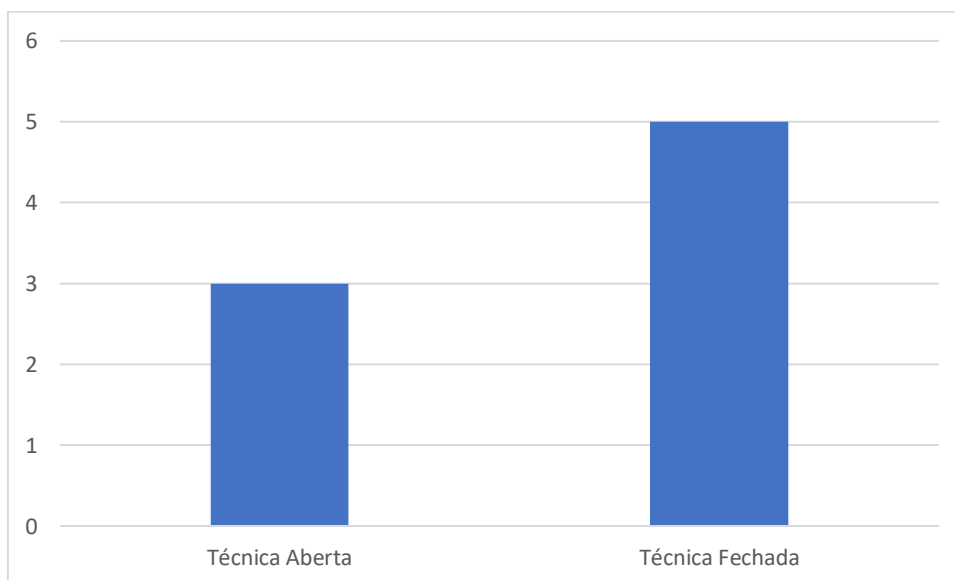


Gráfico 18 - Tipo de técnica exodontia em Cirurgia Oral

Em 3 casos foi utilizada a técnica aberta enquanto que na maioria (5 casos), apenas foi necessária técnica fechada.

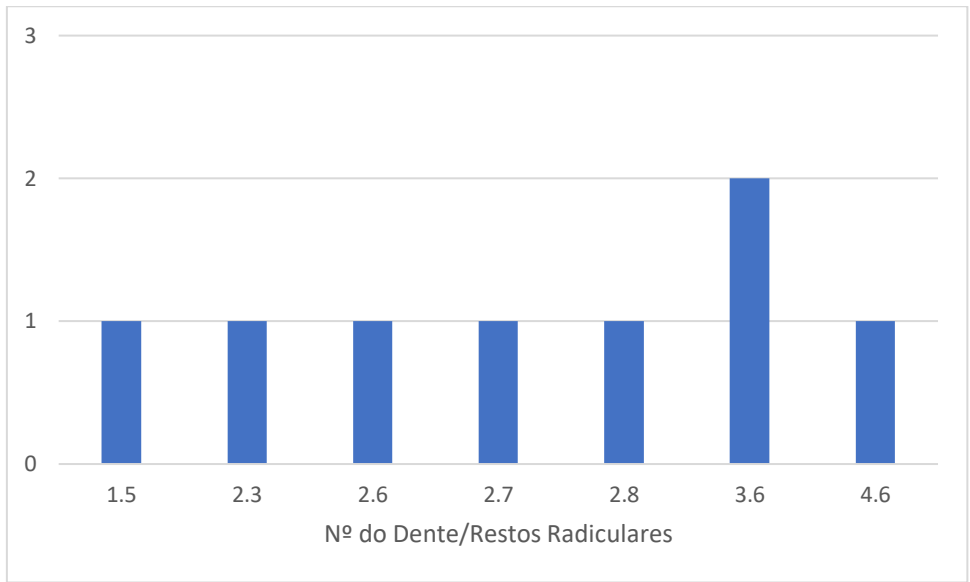


Gráfico 19 - Dentes ou Restos Radiculares extraídos, em Cirurgia Oral

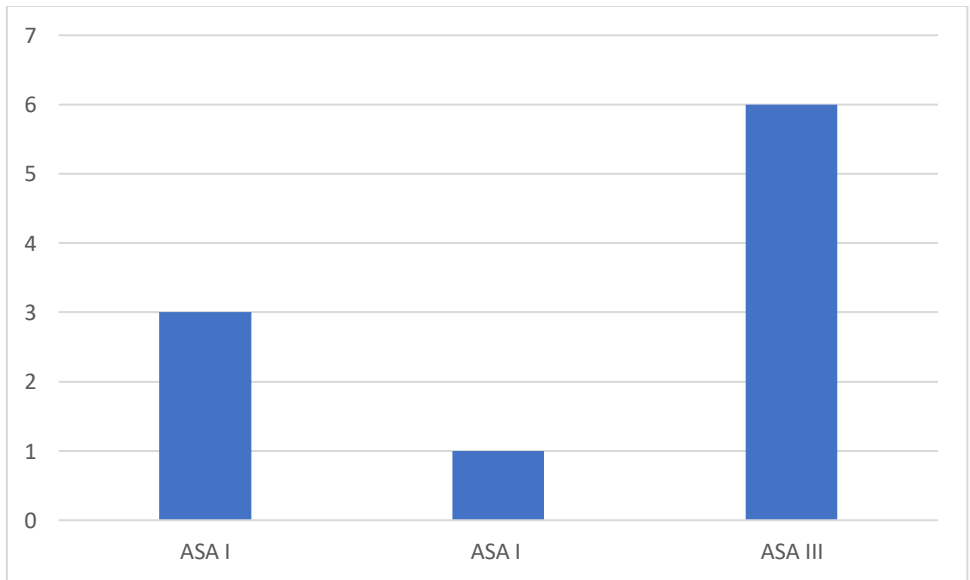


Gráfico 20 - Níveis de classificação ASA dos pacientes, em Cirurgia Oral

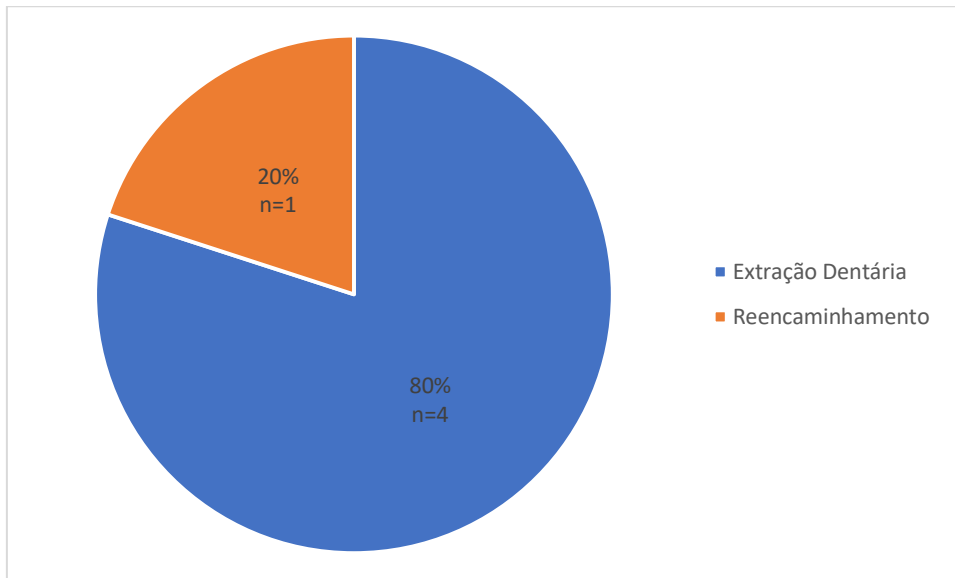


Gráfico 21 - Tipo de atos clínicos, como operador, em Cirurgia Oral

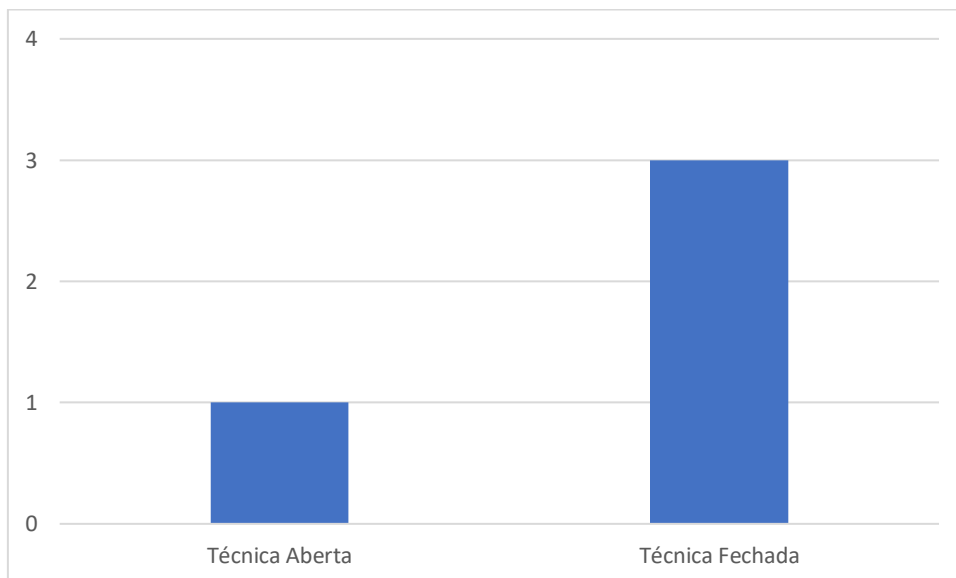


Gráfico 22 - Tipo de técnica exodontica, como operador, em Cirurgia Oral

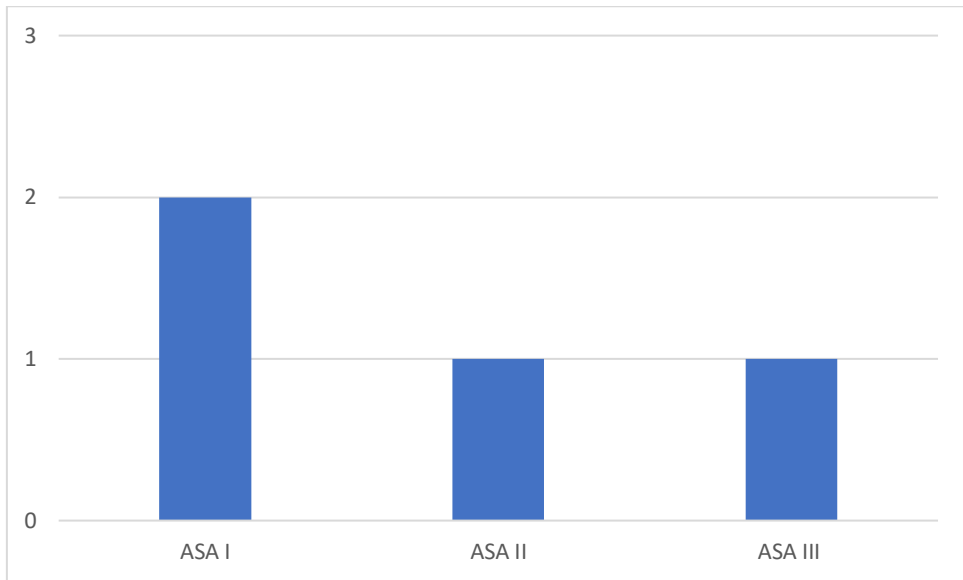


Gráfico 23 -Níveis de classificação ASA dos pacientes, como operador, em Cirurgia Oral

3.2.4. Odontopediatria

Enquadramento Teórico

As doenças da cavidade oral podem surgir em qualquer altura da vida sendo que doenças como a cárie em dentes decíduos afetam mais de 560 milhões de crianças em todo o mundo.(10)

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) reconhece a importância da educação, prevenção, diagnóstico e tratamento, fatores necessários para a manutenção da saúde oral de crianças e adolescentes. Não se consegue atingir um estado de saúde geral sem incluir a saúde oral nos programas de saúde. (4)

Existindo disparidades no acesso a cuidados de saúde oral na população, sabe-se que as doenças orais restringem atividades quer na escola, trabalho ou casa e frequentemente causam uma diminuição na qualidade de vida. No caso de crianças desfavorecidas, em contextos sociais e económicos complicados, existe uma epidemia silenciosa de doenças orais visto que a estas crianças não são muitas vezes oferecidos cuidados de saúde oral adequados por motivos financeiros.(18,19)

Crianças com pior higiene oral têm uma probabilidade maior de sofrerem de patologias orais dolorosas, que as levam a faltar à escola e a conseqüentemente piorar o seu aproveitamento, estando provado que uma melhoria da saúde oral nestes casos indiretamente ajudará as crianças a melhorar o seu aproveitamento escolar.(20)

De forma a que a prevenção e o tratamento cheguem às crianças em contextos sociais e económicos mais complicados foi implantado com sucesso nesta cadeira o projeto Pequenos Grandes Sorrisos em colaboração com a CMV. Este projeto permitiu à grande maioria das crianças institucionalizadas e acompanhadas pela CPCJ do concelho de Viseu serem tratadas e instruídas relativamente aos cuidados de saúde oral na Clínica Universitária.

Exposição de Dados

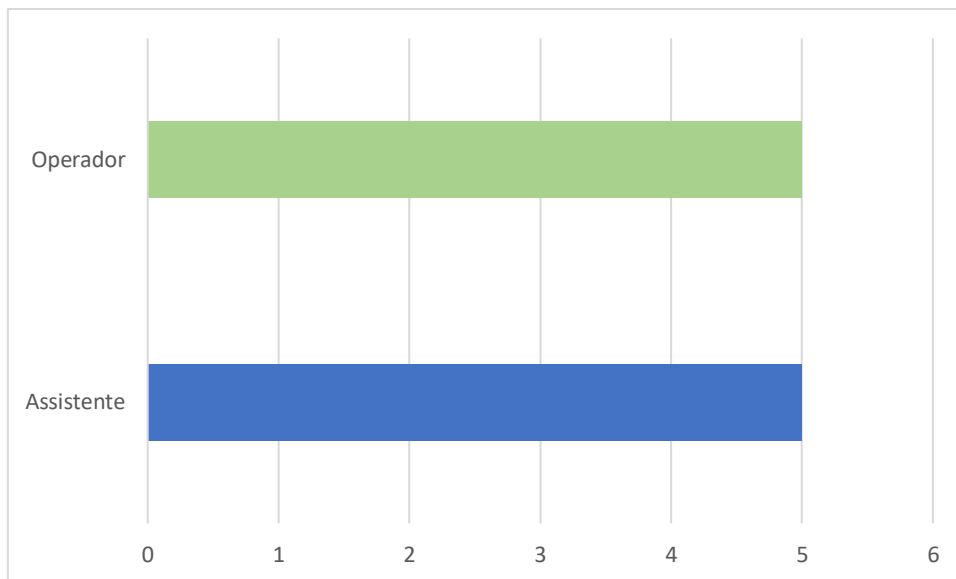


Gráfico 24 - Número de consultas como assistente e operador, em Odontopediatria

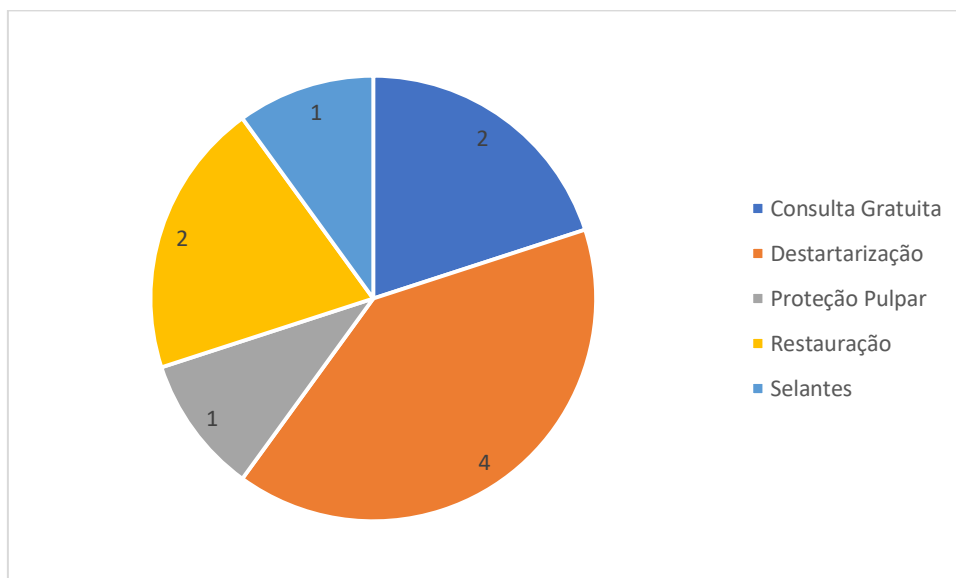


Gráfico 25 - Tipo de tratamentos executados, como operador e assistente, em Odontopediatria

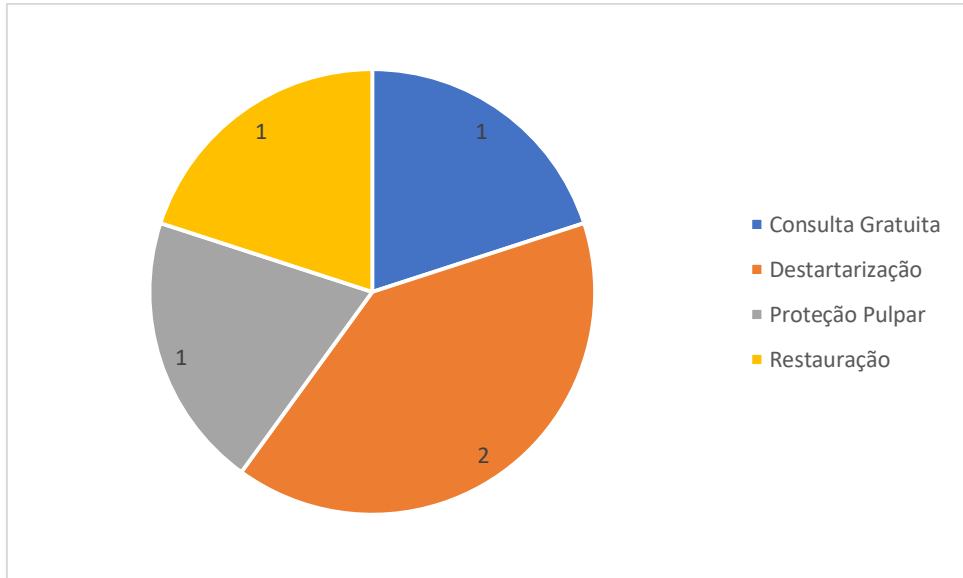


Gráfico 26 - Tipo de tratamentos executados, como operador, em Odontopediatria

3.2.5. Dentisteria Operatória

Enquadramento Teórico

A filosofia de tratamento atual da dentisteria operatória consiste na prevenção e deteção de patologias orais numa fase inicial, de modo a evitar tratamentos invasivos. Está agora estabelecido que o esmalte e a dentina não cavitados podem ser curados ao contrário das técnicas tradicionais de desgaste com broca e restaurações mais invasivas que podem não ser sempre necessárias, visto que esta abordagem apenas trata os sintomas da doença, mas não a causa. Contudo, quando a intervenção invasiva está indicada, o objetivo é fazer um preparo cavitário mínimo com uma restauração preventiva com resina. (21,22)

Os designs cavitários sugeridos por Black requerem precisão geométrica com ângulos bem definidos, fundos cavitários lisos e a remoção de todos os vestígios de estrutura dentária desmineralizada. (21)

Segundo Black, os seguintes pressupostos são necessários para um bom preparo cavitário: (11)

- Remoção da estrutura dentária para ganhar campo de trabalho e visualização;
- Eliminação de todos os vestígios de dentina afetada no fundo da cavidade;
- Deixar espaço para a inserção do material de restauração em si;
- Promover um desenho mecanicamente retentivo;
- Extensão do preparo até zonas higiénicas de modo a evitar recidiva de cáries;

Por outro lado, uma estratégia minimamente invasiva, sugere a remineralização do esmalte marginal que ainda não está cavitado bem como a remineralização do fundo da lesão de modo a evitar lesões pulpares, removendo a menor quantidade possível de tecido saudável. (21)

Exposição de Dados

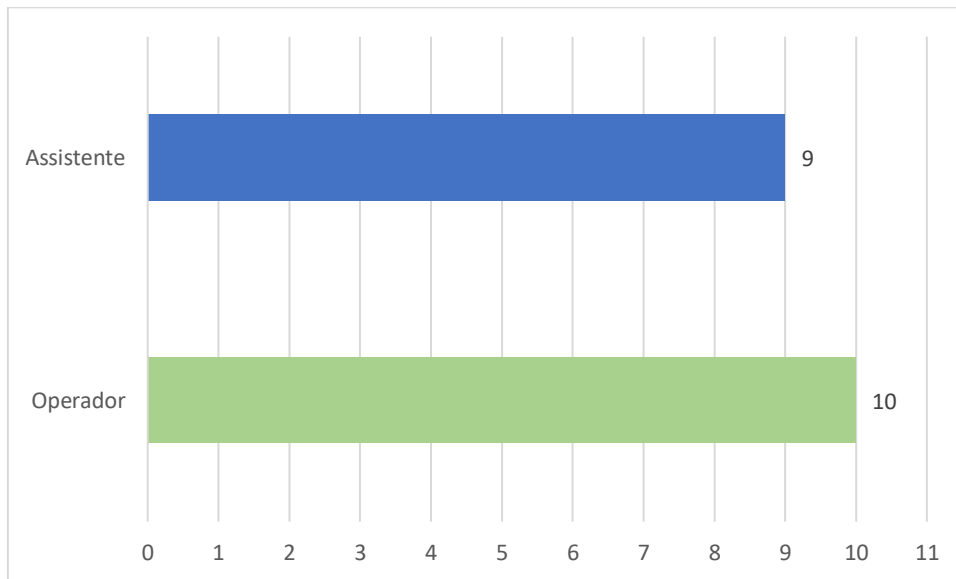


Gráfico 27 - Número de consultas como assistente e operador, em Dentisteria Operatória

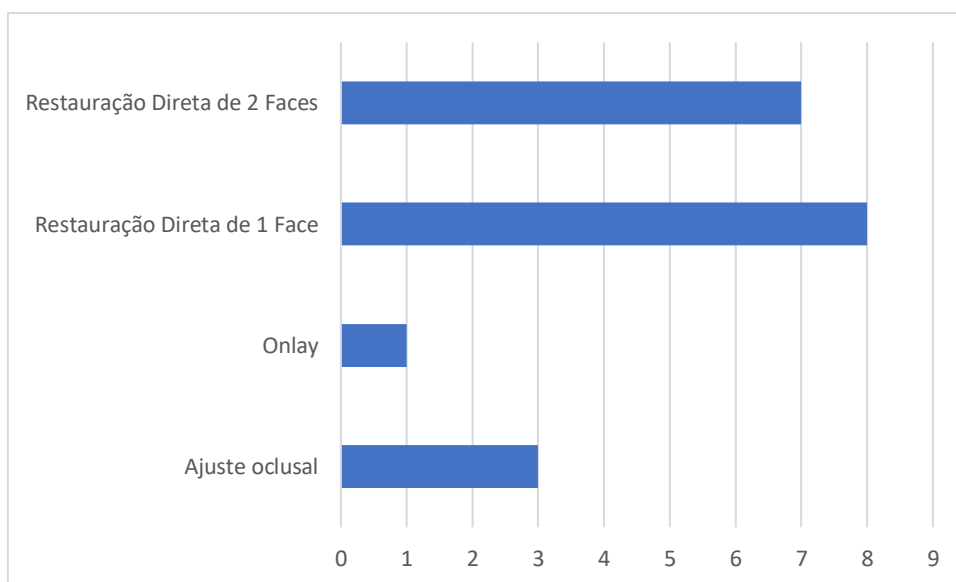


Gráfico 28 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em Dentisteria Operatória

Dente	Classe
1.1	III
1.2	III , IV
1.3	IV , V
1.4	II
1.5	I
1.6	V
1.7	II , II
2.5	I
2.6	II
3.1	IV
3.6	II
4.5	II

Tabela 1 - Classes de Black por dente tratado, em Dentisteria

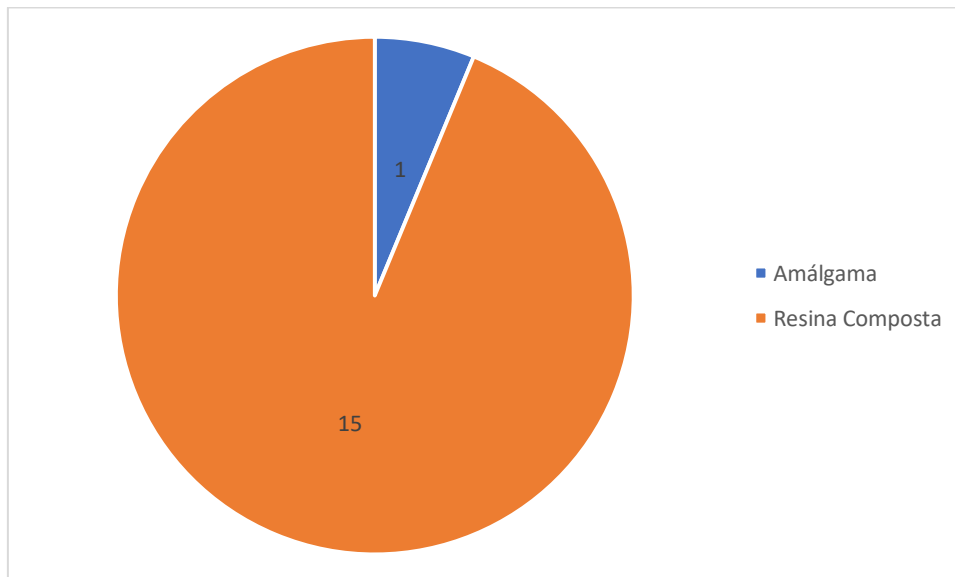


Gráfico 29 - Tipo de material restaurador utilizado, como operador e assistente, em Dentisteria Operatória

3.2.6. Prostodontia Removível

Enquadramento Teórico

A Prostodontia Removível é o ramo da prostodontia relacionado com a substituição de dentes e estruturas adjacentes para pacientes edentulos totais ou parciais através de substitutos artificiais que são prontamente removíveis da boca por parte do paciente. (23)

Seja qual for o tipo de prótese utilizada, total ou parcial, a reabilitação oral influencia psicossocialmente a vida do paciente. É verificado que a ausência de dentes influencia diretamente o quotidiano das pessoas, afetando a sua qualidade de vida. Assim, mais do que restabelecer a função mastigatória, ao procurar uma reabilitação com recurso a prótese, os pacientes procuram reconstruir a sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida. (24)

A perda de elementos dentários é o resultado de vários fatores como cárie, doença periodontal, trauma oclusal ou parafunções. Apesar da prevenção ser o principal objetivo da Medicina Dentária atual, ainda existem muitas pessoas que não têm acesso a uma Medicina Dentária de qualidade e, por esse motivo, desenvolvem sérios problemas consequentes do desequilíbrio obtido por tais perdas. (25)

A perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) é o resultado de um grande desequilíbrio oclusal, onde não apenas a perda dos dentes pode ser o fator responsável, como também as parafunções, entre elas, o bruxismo. O restabelecimento da relação maxilo-mandibular é uma condição essencial para que uma adequada reabilitação oral seja executada, devolvendo, assim, a estética e a função perdidas. (25)

A literatura demonstra que pacientes reabilitados com próteses superiores consideram nas satisfatórias quanto à retenção e à estabilidade, enquanto que classificam as próteses totais inferiores como insatisfatórias quanto à retenção e ao conforto. Os portadores de prótese total, na sua maioria, estão satisfeitos com as próteses superiores e insatisfeitos com suas próteses inferiores. (26) Por sua vez, as próteses inferiores apresentam uma área basal menor em comparação às próteses superiores. A região de suporte da mandíbula é menor que a da

maxila e apresenta estruturas anatômicas que podem dificultar no prognóstico da reabilitação. Para além disto, as próteses inferiores estão sujeitas à movimentação da língua, que pode contribuir para o seu deslocamento e a sua desestabilização, inviabilizando o seu uso sem que estas estejam devidamente ajustadas. (26)

Exposição de Dados

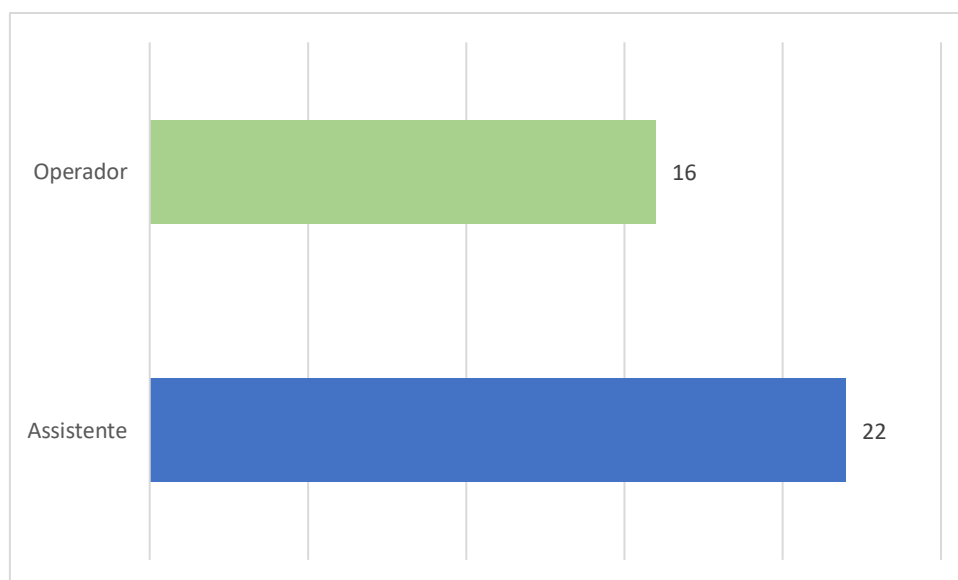


Gráfico 30 - Número de consultas como assistente e operador, em Prostodontia Removível

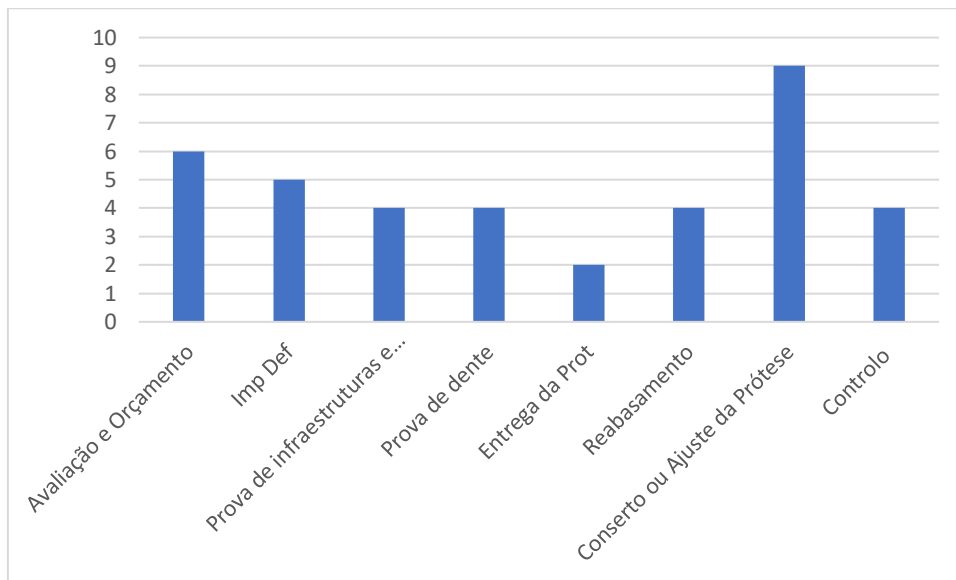


Gráfico 31 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em Protodontia Removível

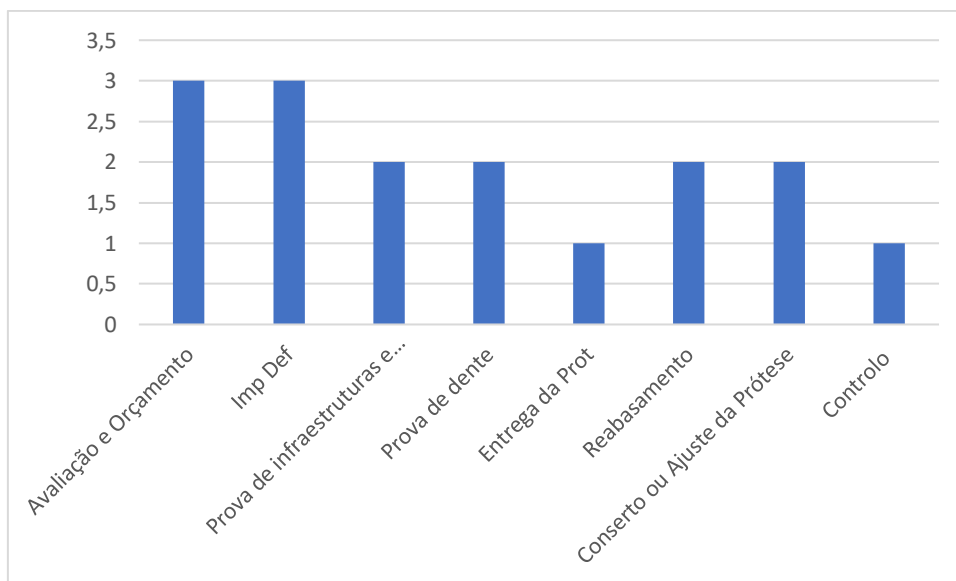


Gráfico 32 - Tipo de atos clínicos, como operador, em Protodontia Removível

3.2.7. Prostodontia Fixa

Enquadramento Teórico

O âmbito da Prostodontia Fixa pode variar desde a reabilitação de um só dente até à reabilitação total. Nesta área disciplinar, o dente poderá recuperar totalmente a sua função, com uma melhoria estética. Dentes ausentes poderão melhorar o conforto do paciente e capacidade de mastigação, mantendo a saúde e integridade das arcadas e, em muitos casos, melhorar a autoestima do paciente. (27)

É também possível, através do uso de soluções fixas, obter uma oclusão ótima, que melhore a estabilidade ortopédica das articulações temporomandibulares. Por outro lado, um tratamento incorreto poderá resultar em desarmonia do sistema estomatognático. (27)

Tendo em conta as possibilidades económicas reduzidas dos pacientes da Clínica Universitária em geral, a maioria opta por tratamentos mais económicos sempre que possível, visto que os custos associados a uma prótese fixa são elevados relativamente a outras opções mais económicas.

Exposição de Dados

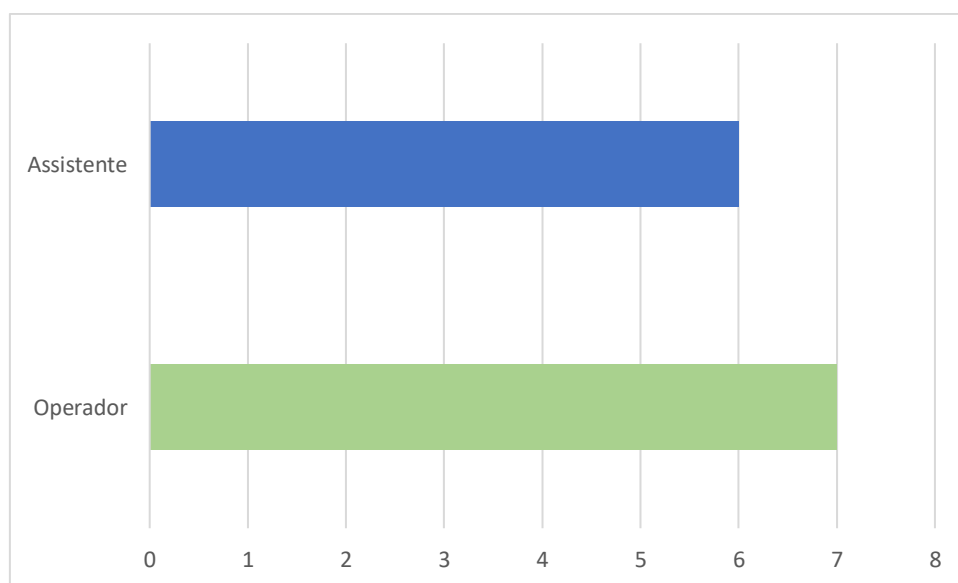


Gráfico 33 - Número de consultas como assistente e operador, em Prostodontia Fixa

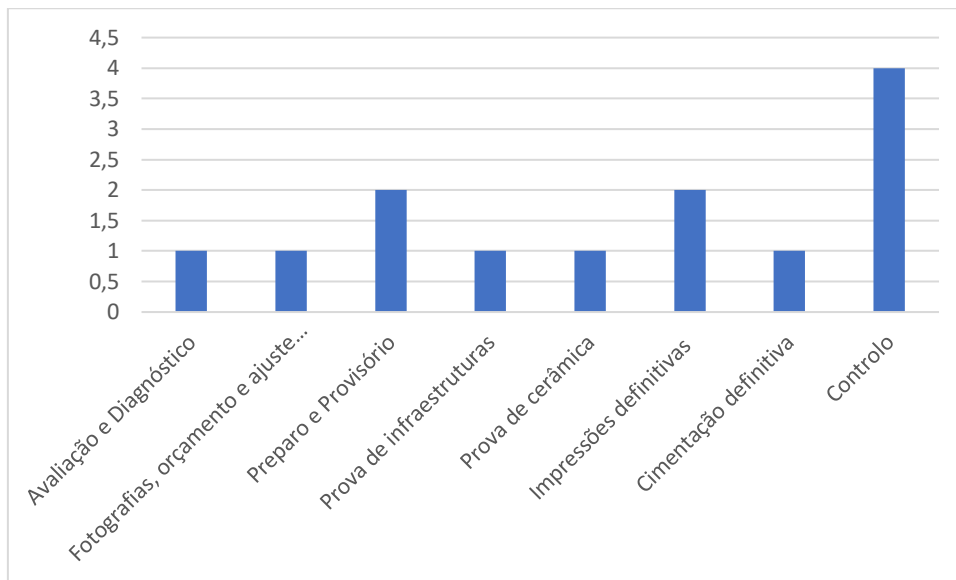


Gráfico 34 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em *Prostodontia Fixa*

3.2.8. Ortodontia

Enquadramento Teórico

A Ortodontia é a ciência estomatognática que estuda e trata o desenvolvimento da oclusão e a sua correção por meio de aparelhos mecânicos que exerçam forças físicas sobre a dentição e meio envolvente. (28)

O diagnóstico de cada caso ortodôntico compreende duas partes diferenciadas, a análise clínica e a análise cefalométrica. O estudo clínico engloba todos os procedimentos que permitem descrever, analisar e medir o problema maxilofacial e dentário nos seus aspetos morfológicos e funcionais através de atos clínicos realizados sobre o paciente com o auxílio de alguns elementos complementares. (28)

Na análise clínica na Clínica Universitária, podemos recorrer a métodos diretos tais como a anamnese, a exploração visual e a palpação manual e instrumental, ou a métodos indiretos como fotografias, radiografias, modelos de estudo e quando necessário, modelos montados em articulador.

Exposição de Dados

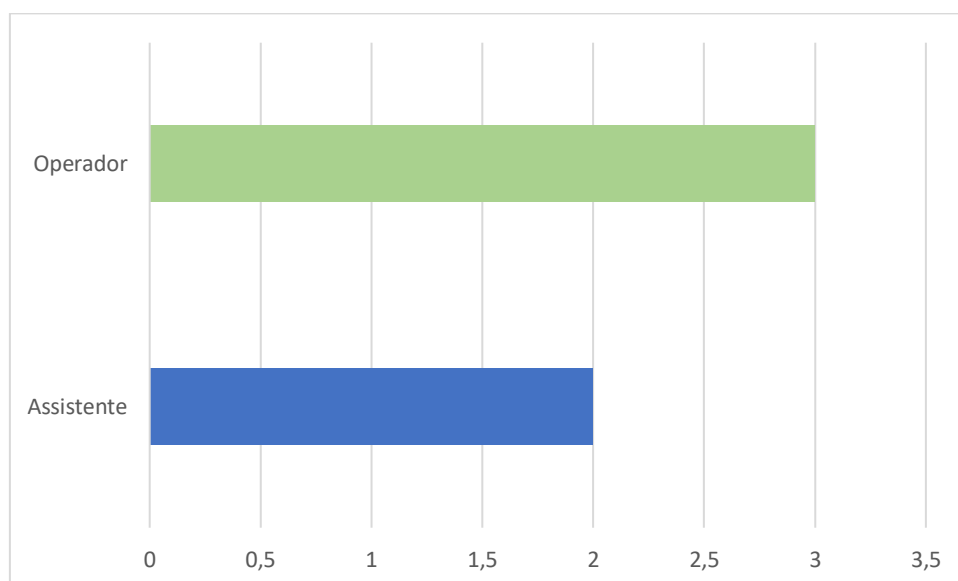


Gráfico 35 - Número de consultas como assistente e operador, em Ortodontia

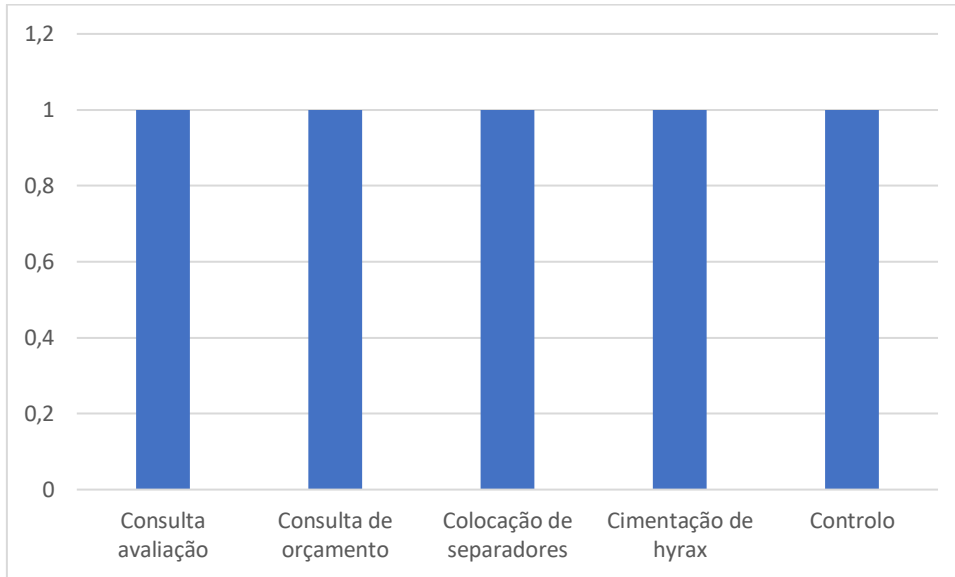


Gráfico 36 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em Ortodôntia

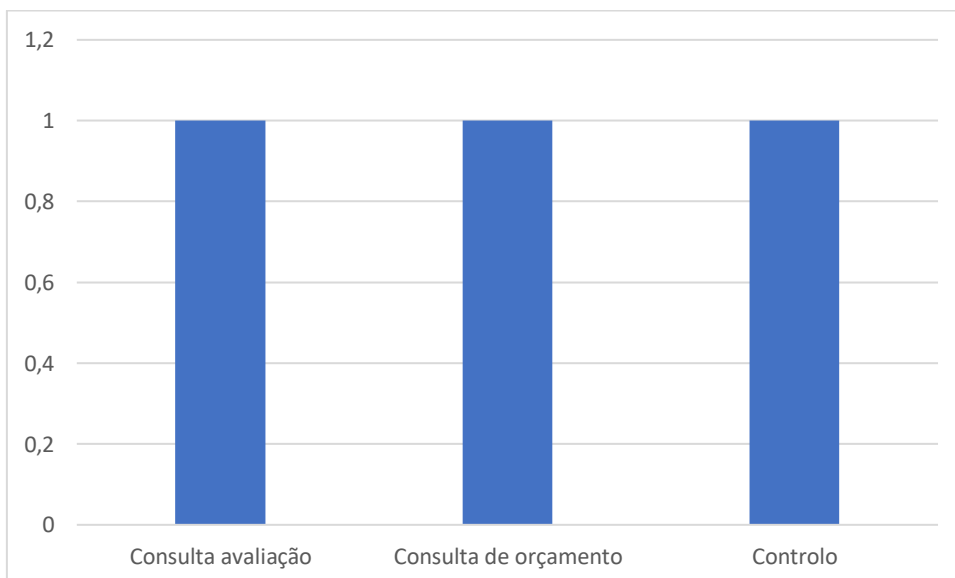


Gráfico 37 - Tipo de atos clínicos, como operador, em Ortodôntia

3.2.9. Oclusão

Enquadramento Teórico

Os dentes são apenas uma parte do sistema mastigatório, e se estes não estiverem em equilíbrio com todas as outras partes do sistema estomatognático, é provável que hajam alterações disfuncionais. Nenhuma outra área disciplinar consegue ser praticada competentemente sem o conhecimento da relação dos dentes com o resto do sistema mastigatório, incluindo a ATM. (29)

Até mesmo a mais pequena alteração na anatomia oclusal pode levar à introdução de um aumento de tensão nas cúspides remanescentes ou à movimentação dos oponentes, levando ao desenvolvimento de inclinações defletivas e contactos disfuncionais. Qualquer uma destas alterações poderá acelerar o declínio da oclusão funcional e levar também a problemas periodontais. (21)

Exposição de Dados

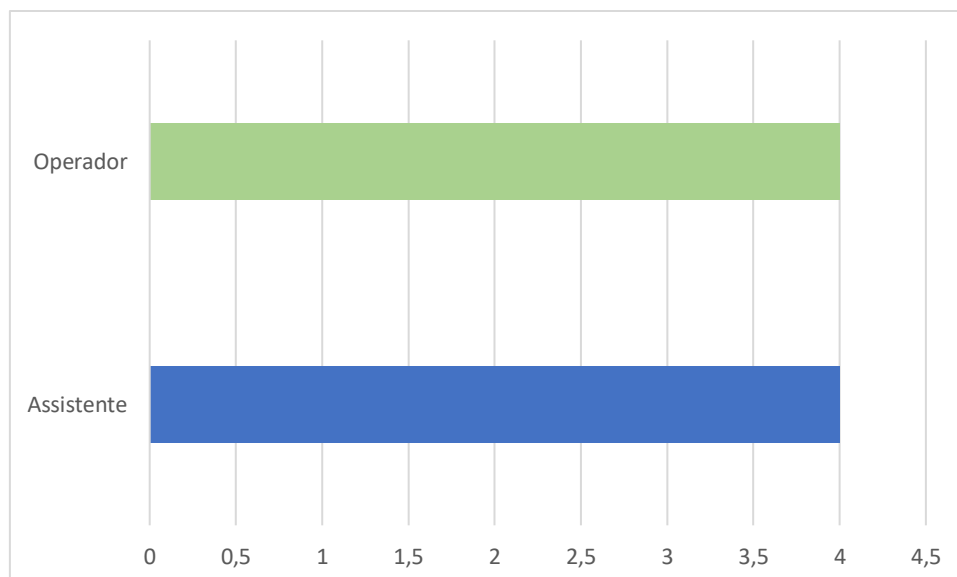


Gráfico 38 - Número de consultas como assistente e operador, em Oclusão

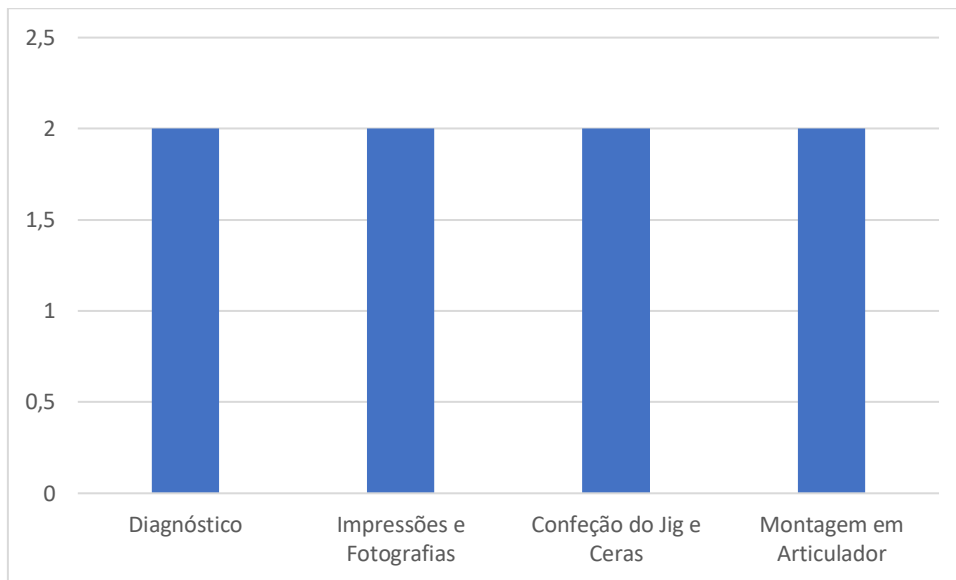


Gráfico 39 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em Oclusão

Durante a consulta de diagnóstico, é sempre utilizado o questionário “RDC-TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders”, com o objetivo de diagnosticar as disfunções temporomandibulares e definir o plano de tratamento.

3.2.10. Endodontia

Enquadramento Teórico

A Endodontia, segundo a *American Association of Endodontists*, é o ramo da medicina dentária relacionado com a morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária e dos tecidos periradiculares. A prática e o estudo da endodontia acompanham as ciências básicas e clínicas incluindo a biologia da polpa normal e a etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e lesões da polpa e patologias periradiculares associadas. (30)

Na clínica universitária, na área disciplinar de endodontia é primeiro confirmado o diagnóstico reencaminhado de outras áreas disciplinares, é analisada a história clínica e realizado o exame clínico, com testes de sensibilidade. Após a confirmação do diagnóstico, é realizado o tratamento endodôntico geralmente através de instrumentação manual, normalmente baseado nas técnicas telescópica, semi-telescópica ou normalizada e obturação por compactação lateral de guta-percha.

Exposição de Dados

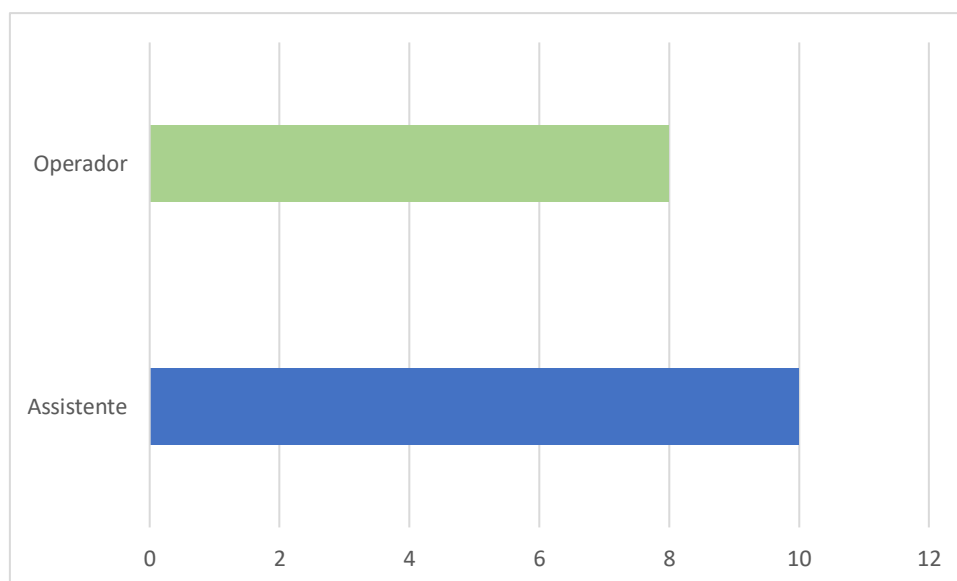


Gráfico 40 - Número de consultas como assistente e operador, em Endodôntia

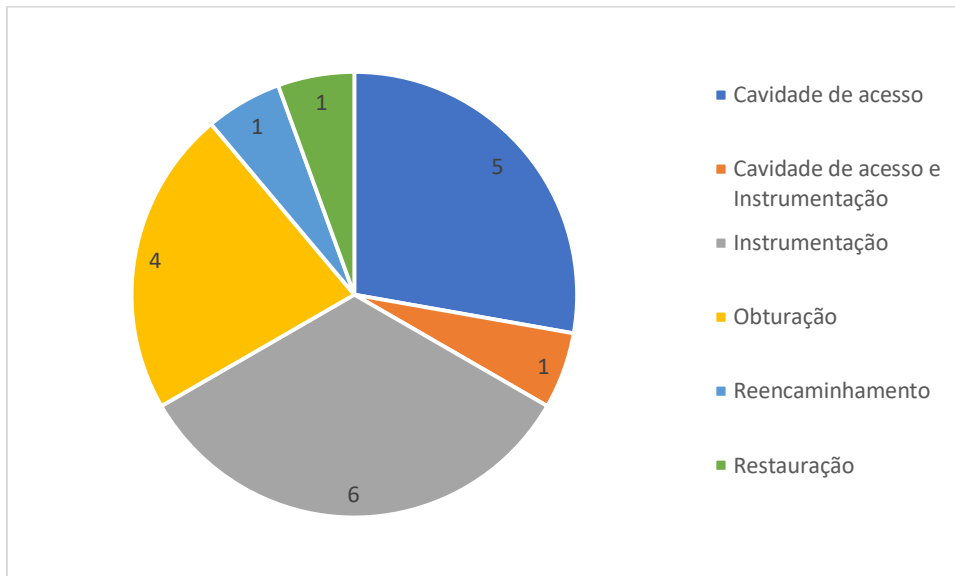


Gráfico 41 - Tipo de atos clínicos, como operador e assistente, em Endodôntia

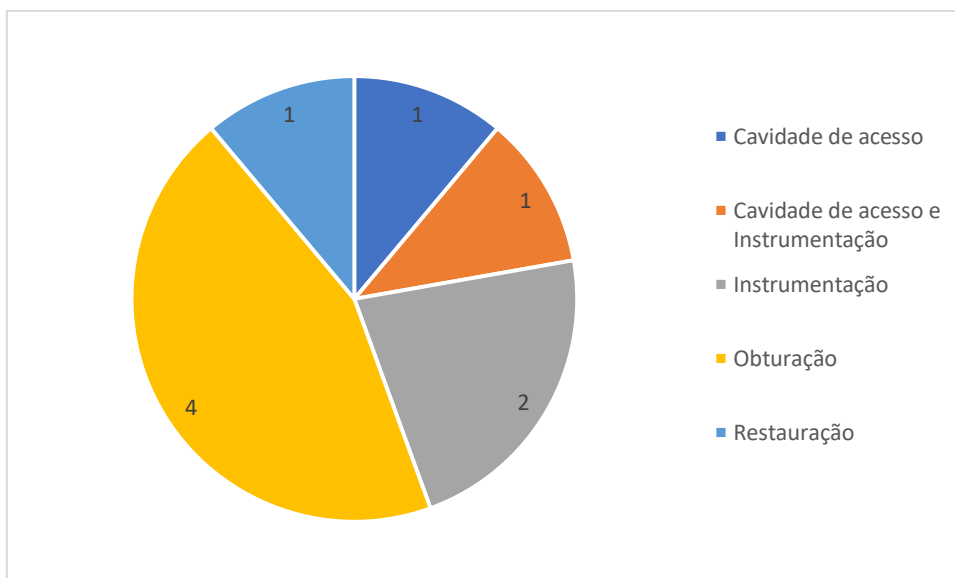


Gráfico 42 - Tipo de atos clínicos, como operador, em Endodôntia

VI- Casos Clínicos Diferenciados

4. Casos Clínicos Diferenciados

Caso Clínico I: Exodontia do dente 3.5 Impactado

Introdução

Muitos são os termos utilizados para definir esta situação clínica, inclusão, retenção ou impaction. Um dente retido, é um dente cujo trajeto eruptivo não se encontra obstruído. Um dente incluso, é um dente que se encontra envolvido pelo osso. Neste caso, temos um dente impactado, um dente envolvido pelo alvéolo de maneira a que a sua erupção estará a ser impedida ou obstruída . (31,32)

A falta de espaço, devido à perda prematura de dentes decíduos com consequente ocupação do espaço, é uma causa frequente de dentes parcialmente e totalmente impactados. A genética e os fatores ambientais, estão também incluídas nos fatores multifactoriais da erupção dentária, que pode ser afetada em qualquer fase de desenvolvimento. (33)

Os segundos pré-molares mandibulares estão em terceiro lugar no ranking de dentes impactados, logo a seguir aos terceiros molares permanentes e aos caninos maxilares permanentes, com uma prevalência na população geral de 0.5%. (32–34)

As impactiones de pré-molares inferiores estão relacionadas principalmente com fatores locais tais como a mesialização dos primeiros molares, consequente da perda precoce de molares decíduos, posição ectópica do próprio dente, quisto dentífero local ou molar decíduo anquilosado. (32,33)

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 15 anos, ASA I, não fumadora, colaborante, compareceu à consulta de Cirurgia Oral na Clínica Universitária, encaminhada

da área de odontopediatria.

O dente 3.6 encontra-se mesializado devido a perda precoce do 7.5

As opções de tratamento para esta situação clínica são: (35)

- Tratamento ortodôntico com tração do dente 3.5
- Exodontia do dente 3.5.
- Manter o dente 3.5 impactado

Protocolo Clínico

- Anestesia do nervo alveolar inferior, nervo bucal e nervo lingual;
- Incisão a partir de distal do 3.6 com descarga em medial do 3.3;
- Descolamento muco-periósteo;
- Osteotomia em vestibular da coroa do dente até à linha amelocementária;
- Luxação;
- Odontosecção vertical ao longo do eixo do dente até à linha amelocementária seguindo-se odontosecção horizontal da coroa;
- Extração da raiz;
- Curetagem do alvéolo;
- Regularização óssea
- Compressão e hemostasia;
- Sutura com pontos simples, com fio de seda 3 zeros.

A paciente foi anestesiada recorrendo a articaína com vasoconstritor, tendo em conta o efeito mais eficaz e duradouro comparativamente à lidocaína. (36) Por fim, foi medicada com amoxicilina 1g e Ibuprofeno 400mg, de forma preventiva relativamente a possíveis infeções e com o objetivo de diminuir a inflamação no pós-operatório.

Meios Auxiliares de Diagnóstico

Está comprovada a utilidade do CBCT ao demonstrar a posição, inclinação, distância das estruturas próximas e deteção de reabsorção das raízes dos dentes adjacentes. Foi utilizada a tomografia computadorizada neste caso visto que a radiográfica convencional a duas dimensões é incapaz de cumprir os requisitos anteriormente descritos. (37)

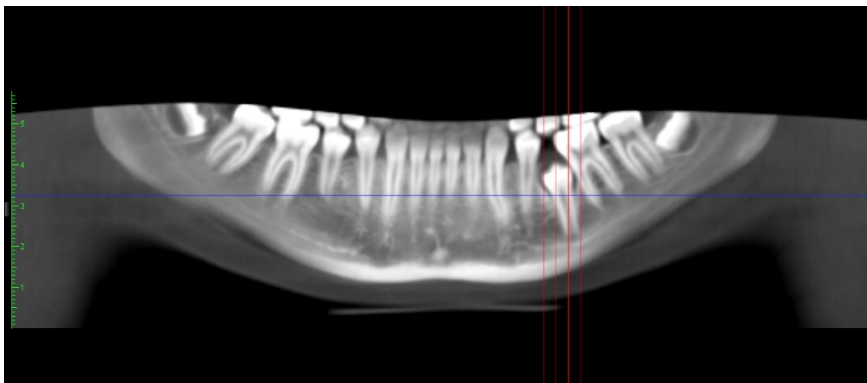


Figura 1 - Ortopantomografia

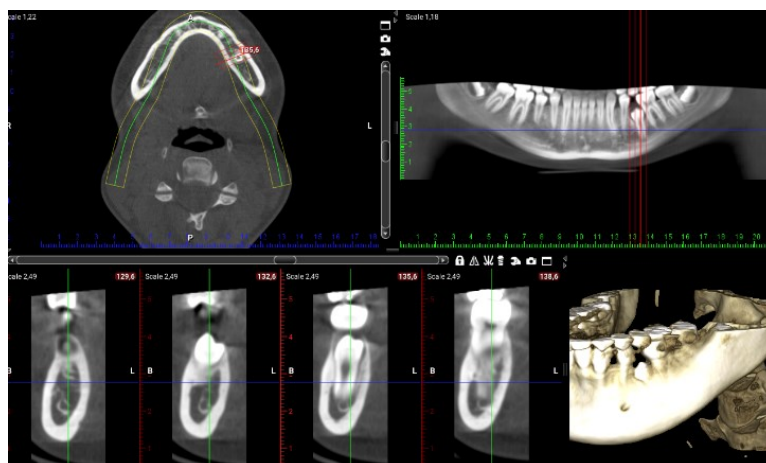


Figura 2 – CBCT, corte axial e sagital



Figura 3- Fotografia Intra-Oral, fase inicial

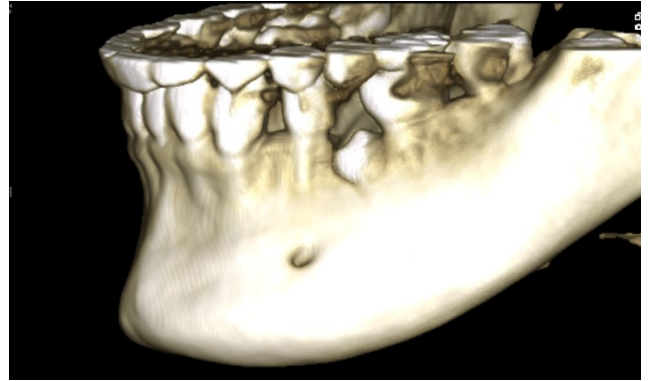


Figura 4 - CBCT, vista lateral da hemiarcada mandibular esquerda



Figura 5 - Incisão em envelope com descarga em distal do 3.3



Figura 6 - Luxação do dente 3.5

Foi feita uma incisão em envelope com descarga em distal do 3.3 de modo a visualizar melhor a coroa do dente 3.5 e obter um espaço de trabalho maior.



Figura 7 - Sutura

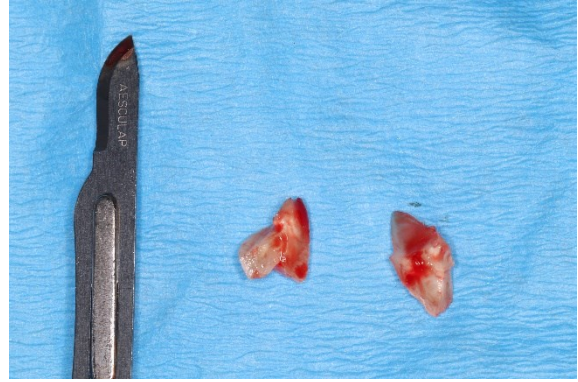


Figura 8 - Coroa seccionada



Figura 9 - Saco Pericoronário e coroa seccionada

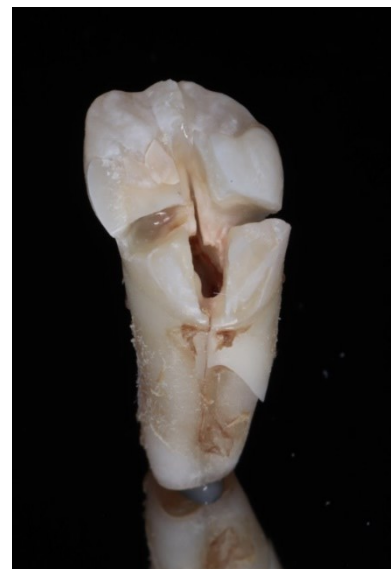


Figura 10 - Reconstrução de dente extraído



Figura 11 - Pós-operatório, uma semana depois, com sutura



Figura 12 – Pós-operatório, uma semana depois, sem sutura

Discussão

Optámos pela extração do dente de forma preventiva, visto que as restantes opções de tratamento foram descartadas pela doente e pela responsável legal.

Foram apresentadas as diferentes hipóteses de tratamento à doente e à responsável legal e estas decidiram que a melhor alternativa seria a exodontia do dente uma vez que não tinham possibilidades de recorrer ao tratamento ortodôntico descartando desde já as primeiras duas opções. É importante referir que o dente mantinha ainda alguma capacidade eruptiva, devido à idade da paciente e ao facto de a raiz ainda não estar completamente formada. (31) A opção de manter o dente 3.5 foi também recusada, tendo em conta os riscos associados à manutenção do dente na sua localização ectópica. Se o dente fosse mantido poderiam ocorrer complicações como o desenvolvimento de um quisto, reabsorção radicular dos dentes adjacentes ou infeção local. (35)

Caso Clínico II: Infiltração de resina em lesões de mancha branca

Introdução

As lesões de mancha branca comprometem a estética e têm uma probabilidade aumentada de precederem lesões cariosas, devendo, podendo ser sujeitas a tratamento quando necessário. (38)

O primeiro passo antes de definir o tratamento seria definir o tipo de lesão branca para encontrar um plano de tratamento adequado. Foi descartada no diagnóstico etiológico das lesões a possibilidade de fluorose devido à assimetria das lesões presentes, ao facto de a água da área de residência da paciente não apresentar valores anormais na concentração de fluor e porque a paciente afirma nunca ter consumido suplementos de fluor ou utilizado uma pasta dentífrica com um valor superior a 1500 ppm. Descartámos também as lesões serem opacidades de esmalte, porque não são bem definidas. Foram diagnosticadas portanto como lesões de mancha branca, diagnóstico este apoiado também no facto de a paciente ter usado aparelho ortodôntico. (39,40)

O efeito ótico relacionado com a dispersão da luz, devido a diferenças no índice refrativo (IR) dos componentes envolvidos. É obtida uma dispersão maior quando as porosidades do esmalte desmineralizado são preenchidas por ar, tendo em conta que o índice refrativo do mesmo é 1.00, menor que o índice refrativo da hidroxiapatite (1.62-1.65). Isto resulta numa aparência mais esbranquiçada e opaca do esmalte.(41)

Visto que a resina infiltrada tem um IR (1.52) próximo do da hidroxiapatite (1.62). Como consequência, as características do esmalte afetado são alteradas e fica portanto visualmente semelhante ao esmalte proximal. (42)

Apesar de se afirmar que as lesões de mancha branca podem estabilizar existindo alguma divergência de opiniões quanto ao facto da escovagem com dentífricos fluoretados ser capaz por si só de as remineralizar. Está provado que a infiltração de resina, é eficaz no tratamento e em alguns casos na camuflagem de lesões de mancha branca.(43)

Contudo, a aparência esbranquiçada poderá perdurar, apesar da lesão estar preenchida. Isto acontece porque a remineralização de lesões mais profundas ocorre apenas superficialmente e, desta forma, o corpo da lesão continua poroso, e portanto, esbranquiçado, como uma cicatriz permanente. (41,43)

Descrição do caso clínico

Doente do sexo feminino, 23 anos, com sorriso gengival, foi submetida a gengivectomia com osteoplastia um mês antes. A paciente tinha historial de tratamento ortodôntico, com conseqüente agravamento de lesões de mancha branca idiopáticas no setor antero-superior. As opções alternativas de tratamento seriam a microabrasão das lesões com posterior restauração a resina composta ou facetas de canino a canino. Existia também a possibilidade de branqueamento dentário com peróxido de carbamida. (40) Esta abordagem é tomada normalmente em casos mais severos, não tendo sido optada visto que as lesões afetam na sua maioria apenas o 1/3 incisal (40)

De forma a melhorar a estética deste caso, por opção da doente, foi utilizada a técnica de infiltração de resina com ICON® (DMG, Alemanha): ácido hidroclorídrico a 15% (ICON® Etch), durante 2 minutos, desidratação com etanol a 99% (ICON® dry) e, por último, infiltração com resina (ICON® infiltrant), durante 3 minutos. O procedimento foi repetido uma vez nos dois casos. Foi efetuado um polimento final com disco e pasta de polimento.

Protocolo clínico

O tratamento foi administrado seguindo o protocolo da marca (44).

- Polimento
- Lavagem e secagem
- Isolamento absoluto
- Aplicação ácido hidroclorídrico a 15% (ICON® Etch) durante 2 minutos
- Desidratação com etanol a 99% (ICON® dry) durante 30 segundos
- Infiltração com resina (ICON® infiltrant), durante 3 minutos
- Polimerização 40s
- Repetição procedimento
- . Polimento final com disco e pasta de polimento

Meios auxiliares de diagnóstico

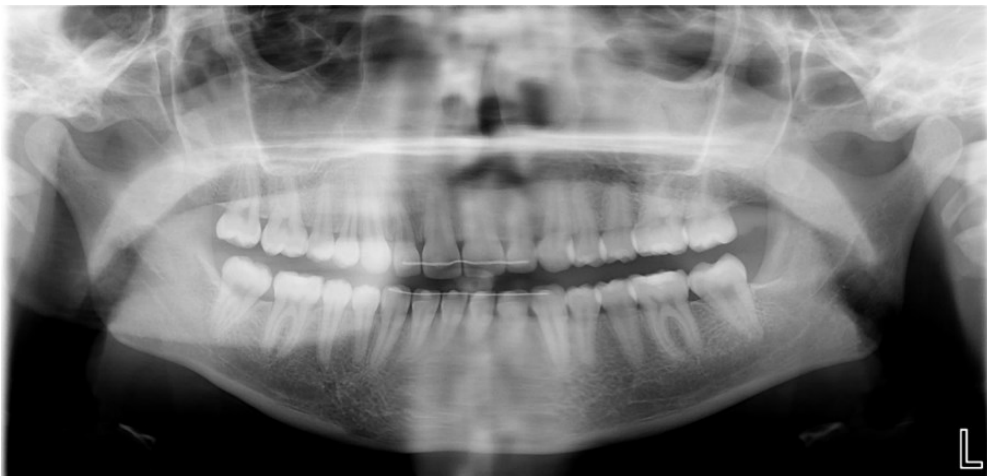


Figura 13 - Ortopantomografia



Figura 14 - Fotografia Intra-Oral, inicial

Procedeu-se inicialmente ao isolamento absoluto de 1.5 a 2.5, com diquei de borracha, dois grampos metálicos e wedjets. Posteriormente, para melhoria do isolamento aplicou-se OpalDam™ Green, tal como é possível observar na Figura 15.



Figura 15 – Isolamento Absoluto

Em seguida, foi feita a aplicação com ácido hidroclorídrico a 15% (ICON® Etch), durante 2 minutos



Figura 16 – Aplicação de ICON® Etch

Foi realizada a desidratação com etanol a 99% (ICON® dry), como podemos ver na Figura 17.



Figura 17 – Realização da desidratação com ICON® dry

De seguida, fez-se a infiltração com resina (ICON® infiltrant), durante 3 minutos.

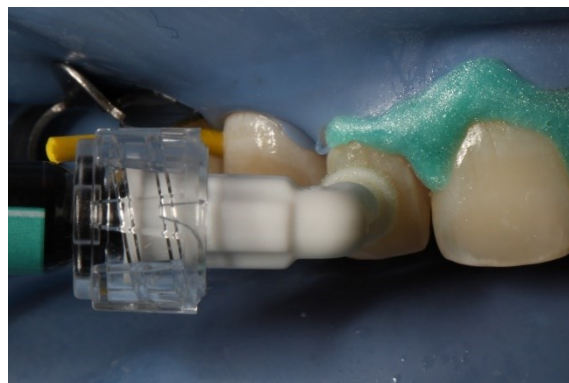


Figura 18 – Infiltração com resina ICON® infiltrant

A resina foi prontamente fotopolimerizada durante 40 segundos, em cada dente.



Figura 19 - Fotopolimerização

Por fim, efetuou-se o polimento dos dentes, recorrendo ao uso de discos de polimento.



Figura 20 – Polimento



Figura 21 – Fotografia final do sorriso



Figura 22 – Resultado final

Discussão

A paciente mostrou-se motivada e cooperante. A camuflagem revelou-se mais eficaz nas lesões menos profundas (incisivos centrais e laterais), não sendo tão pronunciada nas lesões nos caninos e laterais (mais profundas). Ficou agendada uma nova sessão, na qual será repetido o procedimento, com o objetivo de melhorar os resultados.

Caso Clínico III: Cimentação de Falsos Cotos Fundidos e Reabilitação com Coroas Metalocerâmicas

Introdução

A restauração com coroas metalocerâmicas é uma combinação de porcelana estética que recobre uma infraestrutura metálica. A cerâmica é fundida sobre o metal, tornando-se possível produzir uma coroa inteiramente recoberta, com estética aceitável e adequada resistência, de forma a ser utilizada geralmente em dentes extensamente destruídos. (27)

Um dos pontos mais importantes no desgaste de dentes anteriores consiste na margem do preparo, por esta estar em contacto íntimo com o espaço biológico. A escolha da linha de término marginal é importante porque a coroa deve ser um processo reabilitador e não se transformar num processo iatrogénico. A altura correta da linha de término deve estar sempre que possível acima da gengiva marginal livre e quando subgengival não deverá ultrapassar o sulco gengival. (45)

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino com 38 anos, saudável, não fumadora, mostrava-se insatisfeita com as restaurações a resina composta que tinha nos dentes 1.1 e 2.1 que fraturavam frequentemente e por isso procurava uma solução esteticamente mais agradável e resistente. Foi sugerido e aceite a reabilitação com coroas metalocerâmicas.

A paciente foi classificada como ASA I seguindo o questionário clínico (46).

Segundo a classificação dos dentes extensamente destruídos, ambos os dentes foram classificados como classe II visto que a altura do remanescente coronário estava compreendido entre 0.5 e 2mm em pelo menos uma das paredes de ambos os dentes apesar dos dentes.

Relativamente à avaliação pré reabilitação ambos os dentes foram classificados com 2 como podemos ver na Tabela 1.

PARÂMETROS DE DIAGNÓSTICO (AVALIAÇÃO PRÉ-REABILITAÇÃO) DENTE: 1.1, 2.1

A - Higiene Oral†	
0	Índice de Placa inferior a 20%
1	Índice de Placa 20 – 30%
2	Índice de Placa superior a 30%
B - Sangramento à sondagem (BOP)*	
a) Geral (totalidade de dentes da cavidade oral)	b) Local (dente a restaurar)
0	BOP inferior a 30%
1	BOP 30 - 50%
2	BOP superior a 50%
0	Ausência de sangramento à sondagem
1	Presença de um só ponto de hemorragia
2	Presença de vários pontos de hemorragia
3	Presença de hemorragia em todo o triângulo interdental
4	Hemorragia importante, em todo o sulco
C) Profundidade do Sulco /Bolsa Periodontal* (dente a restaurar)	
0	Profundidade entre 1 – 3 mm
1	Profundidade entre 3 – 6mm
2	Profundidade superior a 6mm
D) Altura de Gengiva Aderida** (dente a restaurar)	
a)Dentes Anteriores	b)Dentes Posteriores
0	Superior a 4,5 mm na maxila / 4 mm na mandíbula
1	3,5 a 4,5 mm na maxila / 3,3 a 3,8 mm na mandíbula
2	Inferior a 3,5 mm na maxila / 3,3 mm na mandíbula
0	Superior a 4 mm na maxila / 2 mm na mandíbula
1	3 a 4mm na maxila / 2 a 3,5 mm na mandíbula
2	Inferior a 3mm na maxila / 2 mm na mandíbula
E) Presença /Ausência de Cárie‡ (dente a restaurar)	
0	Ausência de cárie
1	Sonda exploradora prende ou resiste à remoção após inserção; visualização de opacidade ou mancha branca, evidência de desmineralização
2	Lesão cavitária visível ao exame clínico ou restauração provisória

†Utilização de revelador de placa e espelho
 *Utilização de espelho intra-oral e sonda periodontal OMS
 ‡Utilização de espelho intra-oral e sonda exploradora
 **Utilização de sonda periodontal OMS e tração do lábio

RESULTADOS					
A.	B. a)	B. b)	C.	D.	E.
1	0	0	0	1	0

Classificação Final: 2

Tabela 2 - Avaliação Pré-Reabilitação

Relativamente à classificação de parcial edentulismo, a paciente é classificada como classe III majorada pela implicação estética e necessidade ajuste oclusal global devido a hábitos bruxomanos. (47)

Apesar da melhoria da qualidade das cerâmicas monolíticas nos últimos anos, as metalo-cerâmicas continuam a ser mais vantajosas, principalmente, porque aliam a estética da cerâmica à resistência mecânica do metal, para além de continuarem a ser o *Goldstandard* ao longo dos anos. As cerâmicas em zircónia no que toca à resistência e longevidade, poderiam ser também opção porque apresentam resultados interessantes relativamente as metalo-cerâmicas. (45,48,49)

Foi decidido utilizar um falso coto fundido em metal em detrimento de um espigão de fibra de vidro (e apesar dos dentes com núcleos metálicos serem mais propícios a fratura), devido ao défice de estrutura coronal remanescente neste caso. (50)

Para maximizar a estética foi pedido ao laboratório um ombro cerâmico em vestibular e o preparo foi efetuado o mais infra-gengival possível.

Meios Auxiliares de Diagnóstico:



Figura 23 – Ortopantomografia



Figura 24 - Periapical

Protocolo Clínico:



Figura 25 - Fotografia Inicial



Figura 26 - Preparo Coronário



Figura 27 – Preparação Canal

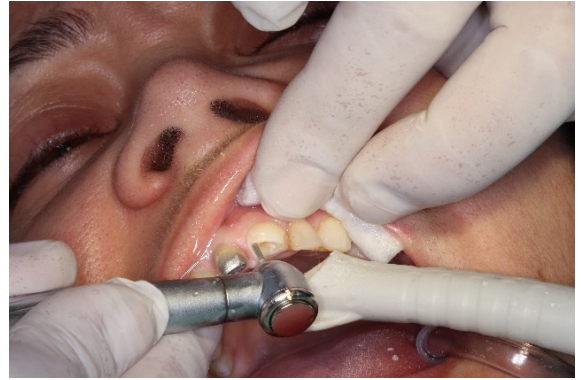


Figura 28 – Preparo Coronário

Foram inicialmente retiradas as restaurações e preparado o canal recorrendo a brocas de peso (2 e 3) de modo a preparar o mesmo para receber o falso coto fundido.



Figura 29 – Confeção do provisório com uso de matriz de silicone



Figura30 - Provisório

Na confeção da coroa provisória foi efetuada uma matriz pré-formada de silicone adaptada dos modelos de trabalho, sendo este cimentado com cimento temporário Temp-Bond™ NE.



Figura 31 - Colocação de pino de plástico



Figura 32 - Preparo vista oclusal



Figura 33 - Espigão em Duralay

Foi realizado o preparo do canal com o objetivo de inserir um padrão em resina Duralay, no qual respeitadas uma distância de 5 milímetros de selamento apical, bem como cumprida a regra de que a altura do falso coto fundido terá de ser igual ou maior que a altura da futura coroa. (27)



Figura 34 - Espigão em Duralay



Figura 35 - Duralay pós preparo



Figura 36 - Duralay vista palatina



Figura 37 - Espigão em Duralay

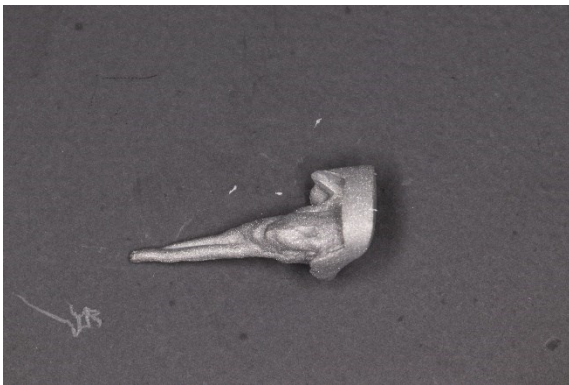


Figura 38 - Falso coto fundido vista lateral



Figura 39 - Falso coto fundido vista frontal

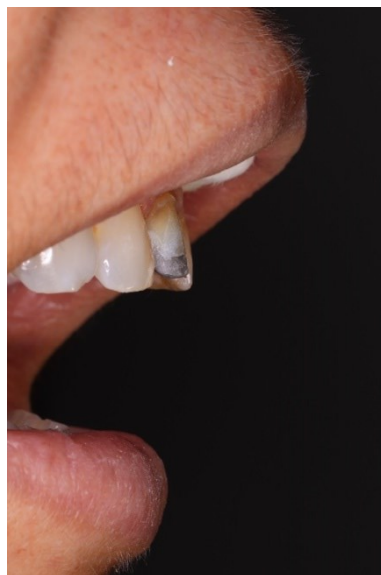


Figura 40 - Falso coto fundido cimentado, vista lateral



Figura 41 - Falso coto fundido e padrão em resina Duralay



Figura 42 - Falsos cotos fundidos

Os falsos cotos fundidos verificaram-se corretamente adaptados aos preparos. Foram ainda criadas pequenas retenções ao longo da porção radicular dos falsos cotos. Estes foram cimentados recorrendo a cimento de ionómero de vidro convencional, Vidro Ketac™ Cem Easy Mix (27) A cor (A2) para o terço médio e incisal e para o terço cervical, foi usada cor A3. A cor foi selecionada recorrendo à escala VITA Classical.

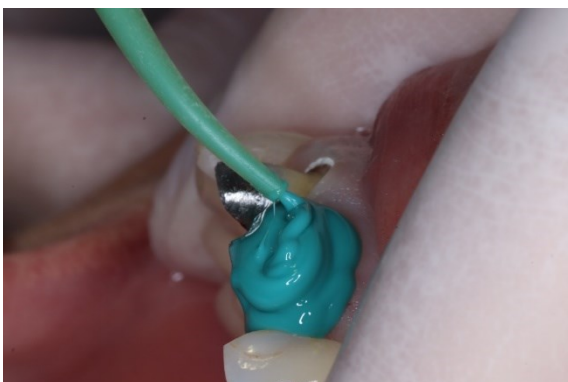


Figura 43 - Colocação de silicone light

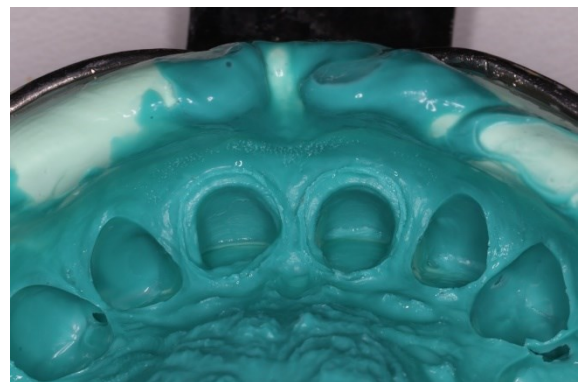


Figura 44 - Impressões Definitivas

As impressões definitivas foram realizadas recorrendo a silicone, visto que este material confere um melhor detalhe que o alginato. A técnica utilizada foi a bifásica duplo componente. É utilizado um silicone extra-pesado (putty), para dar cor para a impressão e posteriormente é usado um silicone de baixa viscosidade (light) sobre a preparação dentária de forma a garantir um maior detalhe.

Previamente, foi colocado um fio de retração gengival, removido segundos antes da realização da impressão (51)



Figura 45 - prova de infraestrutura metálica

A prova de infraestrutura metálica revelou uma correta adaptação marginal nos preparos. Foram removidos os provisórios e o cimento provisório, este último com recurso a ultrassons. Colocaram-se as infraestruturas nos dentes verificando se havia uma boa adaptação aos preparos e se o espaço oclusal seria suficiente para a confeção das cerâmicas. Foi feito um ligeiro ajuste na porção oclusal dos incisivos inferiores de modo a criar mais espaço.

De seguida, com auxílio da escala Vita Classical®, tiraram-se fotografias de várias hipóteses das quais seleccionamos a cor A2 para a porção cervical e média e A1 para o bordo incisal. Foram também enviadas as fotografias para o laboratório para que a cor fosse verificada.



Figura 46 - Porção palatina da infraestrutura metálica



Figura 47 - Coroas metalo-cerâmicas no troquel



Figura 48 - Prova de Cerâmica

Na prova de cerâmica notou-se uma ligeira isquemia inicial em mesial da coroa do dente 1.1, tendo esta sido revertida passados dez minutos. Foi visível uma ligeira sombra metálica, fenómeno conhecido como *umbrella effect* na

região cervical após a cimentação definitiva das coroas com Cimento de Ionômero de Vidro Ketac™ Cem Easy Mix, e remoção dos excessos. (52)



Figura 49 - Resultados após uma semana

Após uma semana, verificou-se que já não era visível a sombra metálica justa-gengival, devido a readaptação da gengiva.

Discussão

O prognóstico é bom, a paciente escova os dentes duas vezes por dia e usa o fio dentário à noite. As coroas ficaram muito semelhantes em forma e em cor como pretendido. A paciente, satisfeita com os resultados, foi instruída relativamente à importância da realização das consultas de controlo e que seria necessário realizar tratamentos auxiliares para a manutenção da boa higiene oral, como é o caso das destartarizações.

Os dentes com tratamento endodôntico são considerados mais frágeis, devido a alterações estruturais na dentina e devido à desidratação e perda de colagénio, causa das alterações na dentina, a qual perdeu água e ligações cruzadas de colagénio após o mesmo. Actualmente, sabemos também que a perda de integridade estrutural associada com o acesso e a preparação dos canais, resulta numa deflexão das cúspides durante a função, o que leva a uma ocorrência mais frequente de fracturas. (50)

Os falsos cotos fundidos foram empregues de modo a reter um núcleo mais resistente e a redistribuir as cargas oclusais devido ao pouco remanescente dentário resultante do preparo e ao facto do dente já se encontrar endodunciado, portanto, mais fragilizado. (50,53)

As restaurações ocupavam mais de 50% da estrutura dentaria, logo, não tem indicação de restauração direta, portanto, estão indicadas para coroa. Tratadas portanto como dentes extensamente destruídos. (54)

Foi escolhida a coroa metalo-cerâmica porque esta é resistente, esteticamente aceitável, permitindo estabilidade ao longo do tempo. (48) Se a paciente seguir o controlo de 6 em 6 meses, é um tratamento que é previsível no tempo.

Possíveis complicações: fractura cerâmica, descimentação ou perda da peça dentária por trauma, retração e exposição das margens, cárie ou doença periodontal ou fractura da raiz (27)

Caso Clínico IV: Tratamento intercetivo através de uma rampa em Compómero

Introdução

A mordida cruzada anterior é definida como uma má relação dentária, na qual o(s) incisivo(s) maxilares ocluem por lingual dos dentes mandibulares anteriores. (55) Esta relação anômala apenas é devida ao dente, não afetando portanto o osso basal. No caso de uma mordida cruzada anterior simples, como aquele que apresentamos, o paciente apresenta um padrão ósseo normal, com anomalias presentes apenas, como já foi referido, na inclinação axial do dente afetado. (56) É muito difícil que a mordida cruzada anterior se corrija de forma espontânea, sendo possível em certos casos, que a influência da língua coloque o dente na posição correta. Quando diagnosticada quer na dentição mista, quer na dentição permanente jovem, um tratamento ortodôntico intercetivo permanente torna-se imperativo. (55)

Caso clínico

Paciente com 14 anos, saudável, veio à consulta de Odontopediatria, na Clínica Universitária, já diagnosticado com mordida cruzada anterior, para uma consulta de rotina. Refere que o único tratamento que já lhe tinha sido proposto para solucionar o problema foi tratamento ortodôntico fixo. Para além da mordida cruzada, observa-se discrepância ao nível da margem gengival, estando a coroa do 2.1 parcialmente recoberta, em comparação com a coroa do 1.1, consequência habitual deste tipo de problema. (57) Não apresenta cáries, apenas uma situação de gengivite induzida por placa, aceitável para um jovem que já não consulta um Médico Dentista há vários meses.

Desta forma, foi decidido, em conjunto com a mãe e com o próprio paciente realizar uma rampa em compómero.

Protocolo Clínico:

- Profilaxia;
- Isolamento relativo;
- Aplicação de ácido fosfórico a 37% durante 15 segundos;
- Remoção do ácido fosfórico enxaguando, secando de seguida;
- Aplicação de adesivo com microbrush e secagem suave, fotopolimerizar de seguida durante 20 segundos (repetir duas vezes);
- Aplicação do compómero (Twinky Star by Voco®) por camadas;
- Fotopolimerizar a seguir 20 segundos por camada, de modo a que a rampa forme um ângulo de 45°;
- Fotopolimerizar durante 20 segundos no fim;
- Acabamento e polimento

Meios auxiliares de diagnóstico

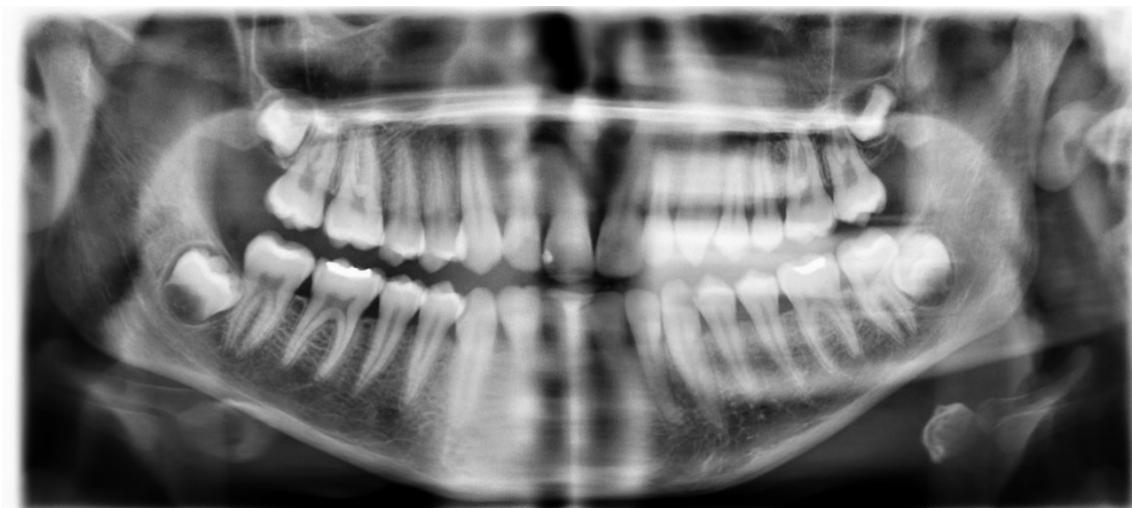


Figura 50 - Ortopantomografia



Figura 51 - Fotografia Inicial



Figura 52 - Pós colocação da rampa em compómero

Como é possível observar na figura 51, o dente 2.1 encontrava-se lingualizado, afetando a estética, a oclusão e a autoestima do paciente. A rampa em compómero foi prontamente polimerizada e ajustada com recurso a broca de desgaste (figura 52).

Duas semanas após o tratamento, já é notada uma diferença considerável no overjet, com uma margem gengival a aproximar-se do nível da do dente 1.1 (figura 54).



Figura 53 - Resultado uma semana depois



Figura 54 - Resultado duas semanas depois

Discussão

Outros métodos de tratamento possível para corrigir a mordida cruzada anterior são o uso de coroas de aço inoxidável invertidas, planos fixos acrílicos, degraus em resina composta ou aplicações em acrílico removível. O objetivo principal de todas estas técnicas é o mesmo, mudar a posição do dente afetado, movendo-o em direção ao lábio, criando um overbite saudável e prevenindo consequências desagradáveis, como abrasão do esmalte, doença periodontal, fraturas dentárias anteriores e melhorando a estética e a oclusão. (55)

É fundamental que este tipo de alterações seja intercetado assim que diagnosticado. Adiar o tratamento para uma fase de desenvolvimento cuja mineralização óssea esteja completa torna-o com certeza absoluta mais complicado. Como o osso do paciente ainda é poroso, é mais fácil movimentar o dente por microtrauma enquanto que se o tratamento fosse adiado, o osso ficaria mais denso e a movimentação do dente seria mais difícil. (56)

É extremamente importante referir que o uso de pistas ou rampas em compómero não está indicado para todos os tipos de mordida cruzada anterior. Este tipo de tratamento está apenas indicado em casos nos quais o paciente apresenta classe I molar, espaço suficiente na arcada para o reposicionamento do dente e overbite suficiente para manter o dente na sua nova posição. Neste caso, o baixo risco de recidiva está assegurado pela classe I molar do paciente e prevenida por um overjet/overbite normal. (55)

A escolha pela rampa em compómero foi feita por ser o método de tratamento com o custo-benefício mais elevado, acabando este por ultrapassar as expectativas do paciente e principalmente da mãe quer em rapidez quer em eficácia.

Concluiu-se portanto que o tratamento escolhido para solucionar este caso se revelou ser o mais adequado, por ser mais rápido, eficaz, simples e económico.

V- Trabalhos Científicos

5. Trabalhos Científicos



Estomatite Protética – A propósito de um Caso Clínico

Miguel Oliveira¹; MéliSSa Pinto¹; Cristina Figueiredo²; Filipe Araújo²; Patrícia Fonseca²; André Correia^{2,3}

1. Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
2. Docente da Área de Reabilitação Oral do MIMD da Universidade Católica Portuguesa. Investigador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde
3. Docente Responsável da Área de Reabilitação Oral do MIMD da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

A estomatite protética é uma patologia oral relacionada com o uso prolongado de prótese, habitualmente localizada no palato. Apresenta-se geralmente assintomática, sendo que os sinais clínicos mais evidentes são o aspeto eritematoso, localizado ou difuso, ou pequenos “pontilhados” na mucosa de suporte protético.⁽¹⁾

Esta patologia, também designada por candidíase atrófica crónica, é muitas vezes causada por uma infeção por *C. albicans*.⁽²⁾ Apesar de ter uma etiologia controversa, factores funcionais relacionados com a prótese e factores biológicos relacionados com o paciente desdentado, sobretudo a pobre higiene oral associada ao uso de prótese removível, são considerados as causas principais para o desenvolvimento desta patologia.⁽³⁾

Descrição do Caso Clínico

Paciente do género masculino com 71 anos, que recorreu à consulta de Prostodontia Removível do ICS-UCP para controlo da prótese total removível. Pelo exame clínico intra-oral observou-se o palato edemaciado e eritematoso, com petéquias, sem sintomatologia associada. A prótese era usada de fora contínua, mas sem períodos de descanso diurno ou noturno.

Plano de tratamento:

1ª Fase: Instruções de higiene dos tecidos moles do paciente e da prótese e a aplicação tópica de clorexidina em colutório e em gel;

2ª Fase: Motivação para a remoção da prótese durante o período noturno.



Imagem 1. Fotografia Inicial



Imagem 2. Fotografia 2 semanas após início do tratamento

Discussão e Conclusões

O diagnóstico deste tipo de patologia é fundamental dado que a estomatite afeta cerca de 2/3 dos portadores de prótese.⁽¹⁾ Além de um correto desenho da prótese e de toda a sua biomecânica é essencial a consulta de controlo de forma a fazer um *follow up* dos pacientes portadores de prótese (especialmente pacientes idosos que apresentam maior dificuldade no controlo da higiene oral e protética). O tratamento da estomatite protética consiste na eliminação dos factores causais. Implementar períodos de descanso protético, controlar os factores protéticos (retenção, estabilidade, adaptação, desgaste) e a higiene oral e protética.^(3,4) A terapêutica com antissépticos orais tais como a aplicação de clorexidina tópica (colutório ou gel), a descontaminação da prótese, a mudança nos hábitos de higiene oral, e o descanso noturno da mucosa de suporte da prótese são a 1ª linha de tratamento da estomatite.⁽³⁾ Em casos mais severos, e de não remissão dos sinais, poderá ser aplicada terapêutica medicamentosa, nomeadamente antifúngicos e eventualmente a confecção de novas próteses.⁽²⁾

Referências Bibliográficas

1. Dorocka-Bobkowska B, Medyrński D, Pryliński M. Recent advances in tissue conditioners for prosthetic treatment: A review. *Adv Clin Exp Med*. 2017 Jul;26(4):723-728.
2. Abaci O, Haliki-Uztan A, Ozturk B, Toksavul S, Ulusoy M, Boyacioglu H. Determining *Candida* spp. incidence in denture wearers. *Mycopathologia*. 2010 May;169(5):365-72.
3. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arkan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil*. 2002 Mar;29(3):300-4.
4. Golecka M, Mierzwińska-Nastalska E, Oldakowska-Jedynak U. Influence of oral hygiene habits on prosthetic stomatitis complicated by mucosal infection after organ transplantation. *Transplant Proc*. 2007 Nov;39(9):2875-8.

Figura 55 - Póster - Estomatite Protética – A propósito de um Caso Clínico

VI- Referências Bibliográficas

6. Referências Bibliográficas

1. Glick M, Monteiro O, Seeberger GK, Xu T, Williams DM, Kess S, et al. FDI Vision 2020 : shaping the future of oral health. 2020;278–91.
2. Organization WH. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. 2013.
3. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003 WHO Global Oral Health Programme. 2003;
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Oral Health Care Programs for Infants , Children , and Adolescents. 2016;27–8.
5. Jones LM, Huggins TJ. Empathy in the dentist-patient relationship : review and application. 2014;
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Dental Home. 2018;(6):12.
7. Ashley P. Toothbrushing : Why , When and How ? 2001;(February):36–9.
8. Pleis- M, France A. Principles of periodontology. 2013;61(357):16–53.
9. Periodontology TAA of. Glossary of periodontal Terms. 2001.
10. Fisher J, Selikowitz H-S, Manu M, Varenne B. Comment Strengthening oral health for universal health coverage. 2018;6736(18):10–1.
11. Flemmig TF. Periodontitis. 1999;4(1).
12. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri - implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. 2018;45(March).
13. Bruch JM, Treister NS. Clinical Oral Medicine and Pathology. 2nd ed. 2017. 1–214 p.
14. Neville BW, D.Damm D. Patologia Oral e Maxilofacial. 3rd ed. 2009.
15. Cohen S. Pathways of the pulp. 2003. 1–747 p.
16. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirugía oral y maxilofacial. 5th ed. 1–730 p.
17. Dantas AK, Deboni MCZ. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. Rev Bras Hematol Hemoter. 2009;
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Workforce Issues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home. 2014;31–5.
19. Duijster D, C DR, Thijssen J, C VL. Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch , Moroccan and Turkish origin. 2014;(7):1–11.
20. Jackson SL, Jr WFV, Kotch JB, Pahel BT. Impact of Poor Oral Health on Children ' s School Attendance and Performance. 2011;101(10):1900–6.
21. Dallı M, Hakan C. Minimal intervention concept : a new paradigm for

- operative dentistry. 2012;167–75.
22. White JM, Eakle S. Rationale and treatment approach in minimally invasive dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2001;131(June 2000):13–9.
 23. Driscoll CF, Freilich MA, Guckes AD, Knoernschild KL, MCGarry TJ, Goldstein G, et al. The Glossary of Prosthodontic terms. 1999. p. 1–105.
 24. Felipe H. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. 2013;160–4.
 25. Kammerer A. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. 2010;17(3):167–72.
 26. Laport L, Figueira MG, Barbosa MT, Roberto C, Rodrigues T, Barbora O. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - Relato de caso. 2017;20:108–14.
 27. Shillingburg HTJ, Sather DA, Wilson ELJ, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ et al. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics.* 4th ed. Quintessence; 2012.
 28. Canut JA. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica CANUT.pdf.* 2nd ed. 2000.
 29. Dawson PE. Functional occlusion from TMJ to Smile Design. 2007. 1–638 p.
 30. Association of endodontists A. *Glossary of Endodontic Terms.* 2016;
 31. Escoda CG. *Tratado De Cirurgia Bucal - Tomo I, Cosme Gay Escoda.* 2011. p. 850.
 32. Kalia V, Aneja M. Mandibular Premolar Impaction. 2009;35–7.
 33. Bhatnagar A. Orthodontic relocation of impacted mandibular second premolar: a case report. 2017;(December).
 34. Jain U, Kallury A. Conservative Management of Mandibular Second Premolar Impaction. 2011;4(1).
 35. Frank A. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc.* 2001;131(5):623–32.
 36. Mikesell P, Nusstein J, Reader A, Beck M. A Comparison of Articaine and Lidocaine for Inferior Alveolar Nerve Blocks. 2005;31(4):265–70.
 37. M.E. G, Shahbazian M. Oral Rehabilitation The diagnostic efficacy of cone beam CT for impacted teeth and associated features : a systematic review. 2011;(14):208–16.
 38. Torres CRG, Rosa PCF, Ferreira NS. Effect of Caries Infiltration Technique and Fluoride Therapy on Microhardness of Enamel Carious Lesions. 2012;363–9.
 39. Yadav M, Bagga SK, Jain P, Singh H. White spot lesions - revisited. 2014;2(4).
 40. Tirlet G. Infiltration , a new therapy for masking enamel white spots : a 19-month follow-up case series. :180–91.
 41. Borges AB, Caneppele TMF, Bu A. Color Stability of Resin Used for

- Caries Infiltration After Exposure to Different Staining Solutions. 2014;433–40.
42. Borges AB, Caneppele TMF, Masterson D, Maia LC. Is resin infiltration an effective esthetic treatment for enamel development defects and white spot lesions ? A systematic review. J Dent. 2016;
 43. Rocha C, Torres G, Buhler A, Marcondes L, Torres S, Silva I, et al. Effect of caries infiltration technique and fluoride therapy on the colour masking of white spot lesions. 2011;39:202–7.
 44. Gmbh. Icon ® protocol. 2009.
 45. Farias AR, Feltrin PP, Zanetti AL, Inoue RT, Inoue PD. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores , por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. 2011;81–8.
 46. Hj E. Interpretação do questionário emrrh 1. 2014;1–7.
 47. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, et al. OF Classification System for Partial Edentulism. 2002;11(3):181–93.
 48. Ayda L, Imen K, Mounir C, Dalenda H, Hassen H. All-Ceramic versus Metal-Ceramic Tooth Supported Single Crowns with a Minimum Follow-Up Time of 3 Years ; Survival and Complications : A Systematic Literature Review. 2017;1(7):1839–50.
 49. Sailer I, Ha CHF. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal – ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years . Part II : fixed dental prostheses. 2007;86–96.
 50. Faria L, Cristina R, Rodrigues S, Pereira R, Antunes DA, Chiarello G, et al. Endodontically treated teeth : Characteristics and considerations to restore them. 2011;55:69–74.
 51. Caputi S, Varvara G. Dimensional accuracy of resultant casts made by a monophasic , one-step and two-step , and a novel two-step putty / light-body impression technique : An in vitro study. 2008;
 52. Rosenstiel S, Fujimoto, Land. Contemporary Fixed Prosthodontics. 2012. 1–890 p.
 53. Morgano SM, Rodrigues AHC, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. 2004;48:397–416.
 54. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of Extensively Damaged Teeth to Evaluate Prognosis. 2012;23–5.
 55. Alves J., Moreira T. SMFA. Rapid correction of anterior crossbite using a bonded compomer slope. Med Med Sci. 2018;6(November):129–34.
 56. Prakash P, Durgesh BH. Case Report Anterior Crossbite Correction in Early Mixed Dentition Period Using Catlan ’ s Appliance : A Case Report. 2011;2011.
 57. Harrison RL, Leggott MSPJ, Kennedy DB, Lowe MSDAA, Robertson PB. The association of simple anterior dental crossbite to gingival margin

discrepancy. 1991;13(5).