



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

***Relatório de Actividade Clínica***

*Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa*

*Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por: Filipa Peixoto Rocha

Viseu, 2014





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

***Relatório de Actividade Clínica***

*Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa*

*Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por: Filipa Peixoto Rocha

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Co- Orientadora: Dra. Carina Coelho

Viseu, 2014



## **Dedicatória**

Aos meus pais,

Orlando e Célia

Ao meu irmão,

Daniel

Ao meu namorado,

João



## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes, orientador deste relatório, pela disponibilidade para discussão dos problemas, capacidade de trabalho, rigoroso espírito científico e sobretudo pelo exemplo de retidão intelectual.

Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Carina Coelho, co-orientadora na elaboração deste trabalho, pela sua constante disponibilidade, contínua motivação e confiança.

Agradeço ao corpo auxiliar da clínica pela disponibilidade e ajuda imprescindível.

Ao João, à Ana Veloso, à Gabriela e Marisa e ao Ricardo Cardoso por toda a ajuda, incentivo e paciência relativamente a este trabalho.

Agradeço de forma especial a todos os meus amigos pela amizade, entusiasmo e palavras de encorajamento, demonstrando todo o seu apoio quando tudo parecia impossível, bem como por todos os excelentes momentos vividos nestes 5 anos.



## **Resumo**

O presente documento diz respeito à Atividade Clínica desenvolvida, no período letivo de 16 de Setembro de 2013 a 30 de Maio de 2014, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras, pelo trinómio que integro no que concerne ao conjunto do 5º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Tem como propósito essencial descrever, considerar, elencar, discutir e valorizar de forma crítica e autónoma, as experiências e atividades desenvolvidas nas diferentes unidades letivas com componente clínica.

Os pacientes são caracterizados de forma geral segundo género, idade, área de residência, habilitações literárias, profissão e índice geral de satisfação do atendimento na Clínica Universitária, sendo posteriormente encaminhados para as diferentes áreas clínicas conforme as suas necessidades de forma individualizada.

A realização deste Relatório de Atividade Clínica possibilitou uma caracterização da população que frequenta a Clínica Universitária, identificou os problemas mais frequentes com que se encara e a forma de os resolver, baseando-se no seu conhecimento médico e científico. Assim a componente médica da sua profissão é fundamental ao progresso da sua atividade clínica, sem no entanto desprezar o cariz social e humano.

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



## **Abstract**

The present document describes the Clinical Activity developed by the team of which I was a member in the 5th year of the Integrated Masters in Dentistry Medicine in the University Clinic of The Catholic University of Portugal - Regional Centre of Beiras. It is related to the period between 16/09/2013 and 30/05/2014 and aims to present and discuss the clinical acts executed in the different curricular units.

Its main purpose is to describe, consider and value from an independent and critical perspective, the activities and experiences developed in the different study units with a clinical component.

Generally, the patients are characterized by gender, age, area of residence, educational level, profession, overall level of satisfaction for the care received in the clinic. After this they are directed to the specific clinical areas depending on the needs presented.

The development of this Clinical Activity Report enabled the characterization of the population that uses the University Clinic, the identification of the most frequent problems that the students face and the respective medical and scientific procedure to solve them. Therefore, the medical component of the profession is considered fundamental for the progress of the clinical activity, not underestimating the human and social aspects.

Keywords: Clinical Activity, Prosthodontics, Orthodontics, Surgery, Oral Medicine, Periodontology, Dentistry, Endodontics, Occlusion, Pediatric Dentistry.



# Índice

I - INTRODUÇÃO .....	3
II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
2.1 - História da Medicina Dentária.....	7
2.2 - Antecedentes pessoais e clínicos do paciente .....	7
2.2.1 - A Anamnese .....	8
2.2.2 - A História clínica do paciente .....	8
2.3 - Exame clínico.....	10
2.3.1 - Extra oral .....	10
2.3.2 - Intra oral.....	11
2.4 - Exames complementares .....	11
2.4.1 - Ortopantomografia .....	11
2.4.2 - Bite wing e periapical .....	12
2.4.3 - Telerradiografia .....	12
2.4.4 - Tomografia axial.....	12
2.4.5 – Biópsia .....	12
2.5 – Diagnóstico .....	12
2.6 - Plano de tratamento .....	13
2.7 - Cuidados especiais em pacientes idosos.....	13
III - MATERIAIS E MÉTODOS .....	17
IV – RESULTADOS DA COMPONENTE CLÍNICA .....	21
4.1 - Caracterização geral da amostra.....	21
4.1.1 - Total de pacientes observados.....	21
4.1.2 - Intervalo de idades.....	22
4.1.3 - Género.....	22
4.1.4 - Local de residência .....	23
4.1.5 - Habilitações literárias.....	23

4.1.6 - Profissão .....	24
4.1.7 - Satisfação do atendimento na Clínica Universitária .....	24
4.2 - Atividades desenvolvidas em cada Área Disciplinar .....	26
4.3 - Distribuição do atos por Área Disciplinar .....	27
4.4 - Análise da amostra específica por Área Disciplinar .....	28
4.4.1 - Periodontologia .....	28
4.4.2 - Cirurgia Oral .....	29
4.4.3 - Medicina Oral .....	29
4.4.4 – Dentisteria Operatória.....	30
4.4.5 - Endodontia .....	31
4.4.6 - Odontopediatria.....	31
4.4.7 – Oclusão .....	32
4.4.8 - Ortodontia .....	33
4.4.9 - Prótese Fixa .....	33
4.4.10 - Prótese Removível.....	34
V – DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE CASOS CLÍNICOS RELEVANTES .....	37
5.1 - Caso clínico I - Cirurgia diferenciada de siso submucoso .....	37
5.2 - Caso clínico II - Cirurgia Periodontal – recobrimento de recessão com recurso a enxerto gengival livre.....	43
5.3 - Caso clínico III – Biópsia incisional.....	50
VI- ACTIVIDADE CIENTIFICA.....	57
VII - DISCUSSÃO .....	61
VIII - CONCLUSÃO .....	73
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79
X - ANEXOS .....	83
Anexo A - Ficha individual do paciente .....	83
Anexo B – Poster .....	85
Anexo C – Relatório Anatomo-Patológico, relaticamente ao caso clínico III .....	87

## Índice de Figuras

Figura 1- Fotografia intra oral frontal.....	45
Figura 2 - Fotografia intra oral, 5º sextante .....	45
Figura 3 - Incisão inicial .....	47
Figura 4 - Colocação do enxerto no leito recetor.....	48
Figura 5 - Sutura .....	48
Figura 6 - Fotografia intra oral frontal, após 7 dias.....	49
Figura 7 - Fotografia intra oral, 5º sextante, após 7 dias .....	49
Figura 8 - Fotografia da lesão antes da biópsia.....	52
Figura 9 - Amostra de tecido incisionado.....	53
Figura 10 - Fotografia intra oral após sutura.....	53



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação ASA .....	9
Tabela 2 - Classificação da relação com o bordo anterior do ramo da mandíbula de Pell & Gregory .....	63
Tabela 3 - Classificação da relação com o plano oclusal de Pell & Gregory .....	63
Tabela 4 - Classificação de Miller .....	65
Tabela 5 - Técnicas de Biópsias .....	67
Tabela 6 - Classificação TNM .....	68



## Índice de Gráfico

Gráfico 1 - Total de pacientes observados .....	21
Gráfico 2 - Intervalo de idades .....	22
Gráfico 3 - Género .....	22
Gráfico 4 - Local de residência .....	23
Gráfico 5 - Habilitações literárias .....	23
Gráfico 6 - Profissão .....	24
Gráfico 7 - Satisfação no atendimento a Clínica Universitária .....	24
Gráfico 8 - Número de atos correspondentes a cada Área Disciplinar .....	27
Gráfico 9 - Percentagem do número de atos correspondentes a cada Área Disciplinar .....	27
Gráfico 10 - Área de Periodontologia .....	28
Gráfico 11 - Área de Cirurgia Oral .....	29
Gráfico 12 - Área de Medicina Oral .....	30
Gráfico 13 - Área de Dentisteria Operatória .....	30
Gráfico 14 - Área de Endodontia .....	31
Gráfico 15 - Área de Odontopediatria .....	32
Gráfico 16 - Área de Oclusão .....	32
Gráfico 17 - Área de Prótese Fixa .....	34
Gráfico 18 - Área de Prótese Removível .....	34



## **I – INTRODUÇÃO**



## I - INTRODUÇÃO

Este relatório é referente à atividade clínica realizada na Clínica Universitária do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa no 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

As atividades de componente clínica têm como objetivo a conjugação dos conhecimentos teóricos alcançados durante os demais anos e a prática clínica “*in situ*” nas distintas áreas de atuação da Medicina Dentária, sendo os pacientes acompanhados efetivamente desde o diagnóstico e plano de tratamento, possibilitando o encaminhamento dos mesmos para áreas clínicas mais diferenciadas, até ao follow-up.

Os pacientes são caracterizados de forma geral segundo género, idade, área de residência, habilitações literárias, profissão e índice geral de satisfação do atendimento na Clínica Universitária, sendo posteriormente encaminhados para as diferentes áreas clínicas conforme as suas necessidades de forma individualizada.

A realização deste Relatório de Atividade Clínica possibilitou uma caracterização da população que frequenta a Clínica Universitária, identificou os problemas mais frequentes com que se encara e a forma de os resolver, baseando-se no seu conhecimento médico e científico. Assim a componente médica da sua profissão fundamental ao progresso da sua atividade clínica, sem no entanto desprezar o cariz social e humano.

Tem como objetivo principal descrever, considerar e valorizar de forma crítica e autónoma, as experiências e atividades desenvolvidas nas diferentes unidades letivas com componente clínica.

Nesta etapa final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária pretende-se que haja, tanto quanto possível, uma articulação entre a consolidação dos conhecimentos teóricos assimilados nos demais anos letivos, assim como um bom desempenho nos procedimentos práticos essenciais à atividade clínica nas áreas de Medicina Oral, Periodontologia, Cirurgia, Endodontia, Dentisteria, Odontopediatria, Prostodontia Fixa e Removível, Ortodontia e Oclusão, essencial à futura prática clínica como profissionais da saúde.

Como futuros médicos dentistas que seremos, temos de dar importância não só à cavidade oral, mas ao paciente como um todo, aproximando a Medicina Dentária à sua origem como Ciência Médica, sendo, para tal, fundamental não apenas a história clínica, mas também uma abordagem subsequente integrada e multidisciplinar.

Sendo a prática clínica a última fase da formação académica pré-graduada, torna-se impreterível, após um período de prática tutelada, o aperfeiçoamento de conhecimentos, atitudes, aptidões na abordagem semiológica, diagnóstica e terapêutica, bem como, melhorar as nossas atitudes, comportamentos, conduta e prática baseada numa aprendizagem teórica e por reprodução em modelos.

## **II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 - História da Medicina Dentária**

A história da Medicina Dentária é secular, no entanto considera-se que a chamada Medicina Dentária moderna remonta ao fim do século XVII com o Médico francês Pierre Fauchard que descreveu os sintomas de patologias orais, bem como técnicas para remoção de cáries e de restauração.<sup>1</sup>

Só mais tarde, aquando do aparecimento das porcelanas como revestimento de pinos metálicos para substituição de peças dentárias, da mistura de prata e mercúrio como material restaurador e do início da utilização da gutta-percha, a evolução ocorreu de forma rápida e suportada cientificamente, passando a haver mais tarde não só uma preocupação com a dentição, mas também um pensamento mais ampliado envolvendo um diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, condições e distúrbios da cavidade oral bem como de toda a área maxilofacial e estruturas adjacentes associadas e o seu impacto no corpo humano.<sup>1,2</sup>

Atualmente é fundamental compreender o que pretende o paciente do tratamento, tanto a nível funcional como estético, e comunicar até que ponto será exequível, pois não podemos esquecer que, apesar de todo o desenvolvimento e avanços quer a nível técnico como dos materiais, nem tudo é para já possível.

### **2.2 - Antecedentes pessoais e clínicos do paciente**

A história clínica do paciente constitui o passo inicial da consulta dos pacientes que pretendem efetuar tratamento dentário e está integrada na área disciplinar de Medicina Oral, devendo sempre obedecer a uma sequência lógica de recolha acurada de dados que deve ser clara e objetiva. Esta recolha consiste em obter os dados pessoais do paciente, a história médica geral e dentária, tanto do paciente como de familiares, bem como a história da queixa principal.<sup>3</sup>

É necessário entender o paciente como um indivíduo global, mas tendo em consideração todas as especificidades e características individuais, adaptando a postura e linguagem a todas as vertentes como a idade, nível académico, social e cultural.<sup>3,4</sup> É tão importante fornecer informações corretas, como saber ouvir, e neste contexto deixar que o paciente exponha todas as suas dúvidas e receios.<sup>3,4,5</sup>

### **2.2.1 - A Anamnese**

Na anamnese deve estar sempre presente a identificação do paciente e a forma correta de o abordar, idade, ocupação profissional assim como o estado civil.<sup>3,4</sup>

É ainda fundamental registar os antecedentes pessoais e familiares, tanto gerais como dentários, pois os antecedentes contêm informação importante sobre o passado do paciente e podem ser usados como ferramenta de diagnóstico, contribuindo para decisões relativamente aos tratamentos num paciente em que os membros da família tenham um risco aumentado.<sup>5</sup>

Deve também constar a data e o horário a que a consulta foi realizada para que se conheça o tempo de recuperação ou de deterioração do estado do paciente e para controlos futuros.<sup>3,4,5</sup> Hábitos e alergias do paciente devem também ser registados, uma vez que dependendo do tipo de alergias, estas podem interferir na prescrição de medicamentos.<sup>3,4</sup>

### **2.2.2 - A História clínica do paciente**

A queixa principal é o ponto essencial da história clínica, pois a partir da sua rápida leitura, já se poderá ter algumas informações do que é mais ou menos prioritário.<sup>3,4,5</sup> Deve-se solicitar ao paciente que descreva a história da queixa atual, em particular o seu aspeto inicial, o seu efeito ou outros fatores.<sup>3,4,5</sup> As descrições de dor devem incluir o seu início, intensidade, duração, localização, se é irradiada e se existem fatores que contribuam para melhorar ou piorar a sintomatologia.<sup>3,4,5</sup> Deve-se também

questionar sobre outros sintomas, tais como febre, calafrio, letargia, mal-estar e fraqueza associados à queixa principal.<sup>4,5</sup>

Muitas doenças sistêmicas manifestam-se na cavidade oral e as condições patológicas da cavidade oral podem ter repercussões sistêmicas, que como tal devem ser tratadas e eliminadas. A atuação na cavidade oral do paciente é influenciada e influencia a condição sistêmica do mesmo e ainda, não menos importante, é necessário ter conhecimento médico sobre interações medicamentosas e riscos associados a condições sistêmicas.<sup>3,5</sup> Várias doenças sistêmicas, particularmente infecções, doenças hematológicas, doenças do trato gastrointestinal e pele, também causam sinais e sintomas bucais que podem constituir a principal queixa.<sup>3</sup>

Os resultados da avaliação médica são usados para atribuir uma classificação do estado físico, sendo a mais frequentemente a da Sociedade Americana de Anestesiologia, a classificação ASA. Esta classificação avalia o risco médico pré-operatório associados a procedimentos médicos. Esta classificação apresenta seis escalas.<sup>3,4</sup>

Tabela 1 - Classificação ASA

<b>Classificação</b>	<b>Definição</b>
ASA I	Sem alterações fisiológicas, saúde normal
ASA II	Alteração sistêmica leve ou fator de risco insignificante
ASA III	Alteração sistêmica grave, mas não incapacitante
ASA IV	Distúrbio sistêmico grave que é uma ameaça constante á vida
ASA V	Paciente que não é esperado que sobreviva sem cirurgia
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada

De acordo com a escala em que o paciente se encontra, poderá ser necessário efetuar alterações do plano de tratamento de rotina, podendo passar desde a adoção de medidas de redução da ansiedade por técnicas farmacológicas, obtenção de uma consulta no médico especialista para orientação na preparação do paciente, recusar tratar o paciente em ambulatório, ou mesmo encaminhar o paciente para um cirurgião oral.<sup>3,4</sup>

### **2.3 - Exame clínico**

Qualquer exame físico deve iniciar-se com a aferição dos sinais vitais, isto porque serve tanto como um método de triagem para problemas médicos não suspeitos, tanto como fazer um padrão inicial para futuras medidas.<sup>3,4</sup> A avaliação envolve os seguintes métodos primários:

- Inspeção
- Palpação
- Percussão
- Auscultação<sup>4,5</sup>

O exame clínico deve ser abrangente, minucioso e contemplar o exame extra oral e intra oral.

#### **2.3.1 - Extra oral**

No exame clínico extra oral, deve-se observar a estrutura facial (forma, anomalias de pigmentação, anomalias vasculares, cicatrizes), lábios (textura e anomalias).<sup>5</sup> Deve-se também valorizar a inspeção da cabeça e pescoço, incluindo glândulas salivares, articulação temporo-mandibular e linfonodos, com o objetivo de verificar se existe alguma alteração.<sup>5</sup>

### **2.3.2 - Intra oral**

O exame clínico intra oral deve ser pormenorizado e principia com a inspeção visual e palpação de toda a área da cavidade oral dando especial atenção aos tecidos moles. Todas as superfícies da boca, incluindo rebordo alveolar maxilar e mandibular, palato duro e mole, língua, soalho da boca e gengivas devem ser minuciosamente analisadas com luminosidade adequada, concluindo com análise de todas as peças dentárias e verificando o seu estado de conservação<sup>4,5</sup>. Esta sequência deve ser repetida de forma sistemática antes de cada consulta de modo a que esteja sempre atualizado.<sup>5</sup>

Após a realização da história clínica e do exame clínico intra e extra oral objetivo, estamos aptos a fazer o diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, fazer o pedido de exames complementares se necessário, plano de tratamento e tratamento per si.<sup>3,4,5</sup>

## **2.4 - Exames complementares**

Os exames complementares são uma ótima ferramenta de trabalho pois permitem melhorar a qualidade e rapidez no diagnóstico, possibilitando planear os tratamentos de forma mais rigorosa e previsível.<sup>4</sup> O Médico Dentista deve avaliar criteriosamente o tipo de meios auxiliares de diagnóstico e exames complementares a usar, pois estes devem ser realizados apenas quando necessário.<sup>4,5</sup>

### **2.4.1 - Ortopantomografia**

A ortopantomografia reveste-se de um carácter mandatório, sendo essencial para executar o plano de tratamento, pois permite avaliar o estado geral das peças dentárias, o grau de erupção dentária, a presença de agenesias ou supra-numerários, posição dentária dos terceiros molares, bem como linhas de fratura ósseas e radiculares e lesões internas.<sup>6</sup>

#### **2.4.2 - Bite wing e periapical**

Em complemento à ortopantomografia, a bite-wing é o exame imagiológico mais importante na prática clínica diária. É a melhor escolha para confirmação de diagnóstico de cárie interproximal, importante para verificar lesões na zona periapical essencial no tratamento endodôntico e na área da periodontologia é eficaz para verificar a acumulação de cálculos nos espaços proximais posteriores.<sup>6</sup>

#### **2.4.3 - Telerradiografia**

A telerradiografia é o exame de excelência para ortodontia, pois permite-nos fazer o estudo da relação óssea entre o crânio, a mandíbula e a maxila, que é essencial para o plano dos tratamentos ortodônticos.<sup>6</sup>

#### **2.4.4 - Tomografia axial**

A tomografia axial computadorizada consiste na representação por seções, sendo útil para o estudo de dimensões de patologias, relação da posição das peças dentárias com estruturas nobres, importante para o planejamento de exodontias de dentes inclusos e colocação de implantes.<sup>6</sup>

#### **2.4.5 – Biópsia**

A biópsia consiste na remoção de tecido de um indivíduo vivo para confirmação um diagnóstico através de exames laboratoriais. Existem quatro métodos principais: (1) citologia oral por esfregaço, (2) biópsia por aspiração, (3) biópsia incisional e (4) biópsia excisional.<sup>4</sup>

### **2.5 – Diagnóstico**

A rapidez e precisão com que um diagnóstico ou conjunto de diagnósticos são alcançados, dependem da qualidade da história e exames clínicos que foram recolhidos

e da capacidade do Médico Dentista em corresponder as evidências clínicas à representação conceptual de uma ou mais doenças.<sup>5</sup>

Apesar de se efetuar uma cuidadosa revisão da história e exame clínico, nem sempre é possível fazer um diagnóstico definitivo. No entanto, é importante reconhecer a natureza do problema do paciente para se conseguir obter o diagnóstico definitivo quer por recurso a exames auxiliares de diagnóstico quer por encaminhamento para especialista.<sup>5</sup>

## **2.6 - Plano de tratamento**

O plano de tratamento inclui todos os procedimentos a realizar de forma individual no paciente, devendo estar ordenado por grau de prioridade.

Assim como no diagnóstico, o plano de tratamento deve ser explicado de forma pormenorizada e deve ficar registado na ficha individual de cada paciente. O paciente deve ser avisado sobre quais os procedimentos a realizar, a sua duração, preço, complicações que possam ocorrer e prognóstico.

## **2.7 - Cuidados especiais em pacientes idosos**

Com o envelhecimento cada vez mais evidente da população é necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que atingem os idosos, devendo ser necessário fazer observações cuidadosas que nos podem levar à consciencialização e reconhecimento de características anormais ou incomuns, ou a condições médicas que possam existir e eventualmente vir a influenciar na prestação de cuidados dentários.<sup>3,5</sup>

Os idosos são um grupo de pacientes muitas vezes polimedicados, exigindo maiores cuidados nos procedimentos clínicos. Em pacientes que se encontram medicados devemos sempre ter o cuidado de verificar se estes têm manifestações orais documentadas, pois fármacos como anti-hipertensores e anti-convulsionantes, têm

repercussões sistêmicas e orais importantes como xerostomia, ulceração, pigmentação, hiperplasia do tecido gengival, entre outros.<sup>3,5</sup>

Muitas vezes as manifestações orais podem aparecer antes do paciente ter o diagnóstico da patologia sistêmica, por isso é fundamental adquirirmos perícia e perspicácia na identificação deste tipo de lesões que podem levar o paciente a ser alertado atempadamente para certos problemas sistêmicos, melhorando em muitos casos o seu prognóstico, sendo isto uma mais-valia de na Clínica Universitária a medicina oral ser a primeira área de intervenção.<sup>3,4,5</sup>

No seguimento disto e para que a individualização do tratamento seja o mais detalhada e rigorosa possível, é indispensável a execução com uma avaliação criteriosa da anamnese e história clínica para um correto diagnóstico e conseqüente plano de tratamento, mas também a capacidade por parte do aluno de se adaptar aos diferentes pacientes tanto no contexto social, etário e muitas vezes médico.<sup>3,4</sup>

### **III - MATERIAIS E MÉTODOS**



### **III - MATERIAIS E MÉTODOS**

O relatório de atividade clínica tem como base os dados obtidos pela ficha e história clínica do paciente, contidos no programa informático Newsoft, existente na Clínica Universitária e no preenchimento de uma Ficha/Questionário Clínico (Anexo A) que permitiu a caracterização da amostra de pacientes atendidos pelo trinómio no qual estou inserida.

A amostra integrará de forma diferenciada os pacientes atendidos pelo trinómio, estando no papel de operadora ou assistente, no intervalo letivo de 16 de Setembro de 2013 a 30 de Maio de 2014.

De forma geral, em todos os pacientes atendidos por todos os elementos do trinómio foi avaliada a informação referente à idade, género, residência, habilitações literárias, profissão e índice geral de satisfação do atendimento na Clínica Universitária. Por seu lado, toda a informação mais específica de cada tratamento efetuado nas diferentes Áreas Disciplinares foi descrita apenas nos atos em que fui operadora, incluindo os atos mais diferenciados, em que mencionarei à posteriori qual o elemento operador.

Após a recolha dos dados dos pacientes, estes foram colocados numa base de dados em formato Excel e posteriormente tratados de forma a caracterizar a amostra observada. Seguidamente à análise de todos os dados foi necessário verificar o que é possível concluir acerca da generalidade de pacientes que frequentam a Clínica Universitária para que se possam melhorar os cuidados e serviços prestados à população que a frequenta e perceber de que forma podemos alargar o número de indivíduos que procuram este local para cuidar da sua saúde oral.



## **IV – RESULTADOS DA COMPONENTE CLÍNICA**



## IV – RESULTADOS DA COMPONENTE CLÍNICA

### 4.1 - Caracterização geral da amostra

Após recolha de dados, através da ficha de questionário clínico aos pacientes atendidos na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa durante o período letivo, foi permitido caracterizar a amostra de pacientes de forma geral, segundo os seguintes critérios:

#### 4.1.1 - Total de pacientes observados

Num total de 61 utentes observados e de 156 atos realizados na Clínica pelo trinómio 85, a minha amostra é de 32 pacientes e 53 atos efetuados.

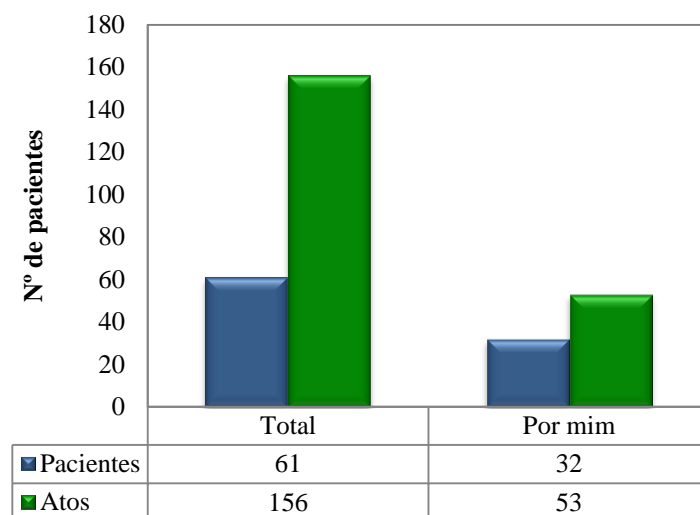


Gráfico 1 - Total de pacientes observados

### 4.1.2 - Intervalo de idades

Os pacientes intervencionados inserem-se nas faixas etárias representadas na tabela seguinte:

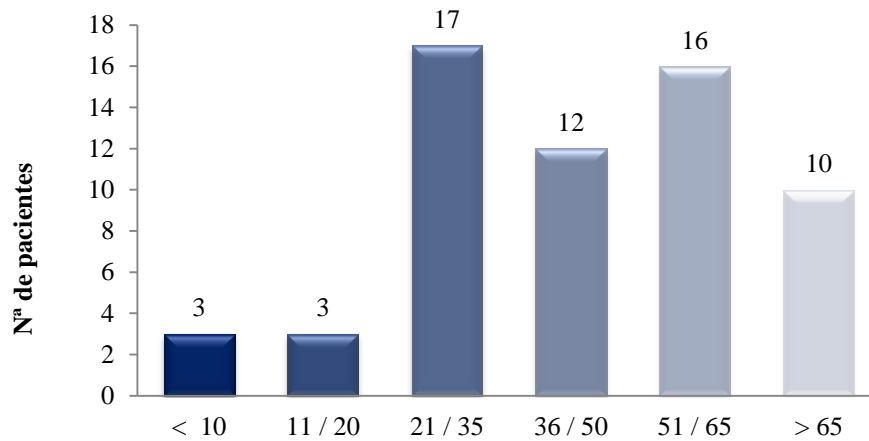


Gráfico 2 - Intervalo de idades

Por análise da tabela apresentada, conclui-se que a maioria dos pacientes pertence ao intervalo de idades entre os 21 e os 35 anos.

### 4.1.3 - Género

Relativamente ao género, a maioria dos pacientes atendidos pelo trinómio 85 são do género masculino, como se pode verificar na tabela abaixo apresentada:

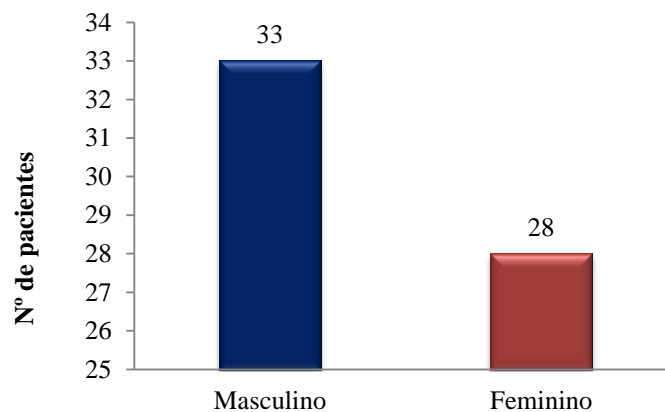


Gráfico 3 - Género

#### 4.1.4 - Local de residência

O número de pacientes intervencionados, inserem-se nos locais de residência abaixo indicados:

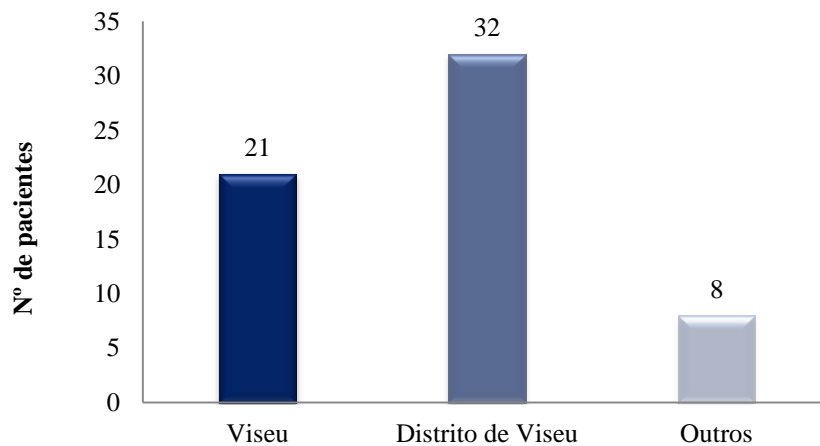


Gráfico 4 - Local de residência

Por análise da tabela apresentada, conclui-se que a maioria dos pacientes pertence à área geográfica do distrito de Viseu.

#### 4.1.5 - Habilitações literárias

Os pacientes intervencionados inserem-se nas seguintes categorias de acordo com as suas habilitações literárias.

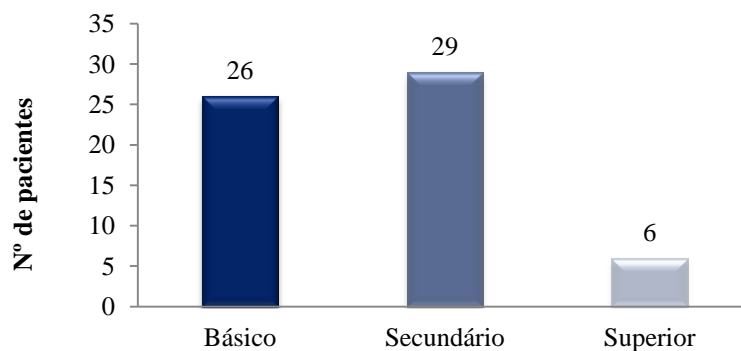


Gráfico 5 - Habilitações literárias

#### 4.1.6 - Profissão

Quanto á área profissional, os pacientes atendidos pelo trinómio 85, inserem-se na tabela abaixo apresentada.

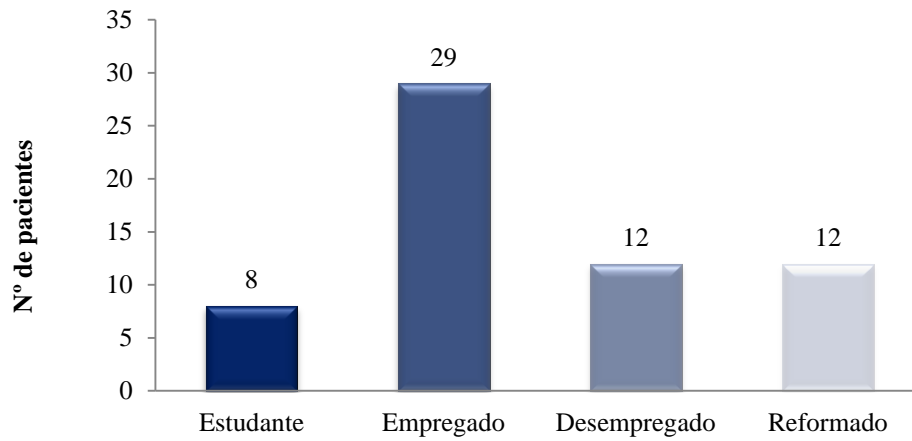


Gráfico 6 - Profissão

#### 4.1.7 - Satisfação do atendimento na Clínica Universitária

No que concerne ao grau de satisfação do atendimento na Clínica Universitária, a amostra distribui-se na forma indicada no gráfico abaixo apresentado.

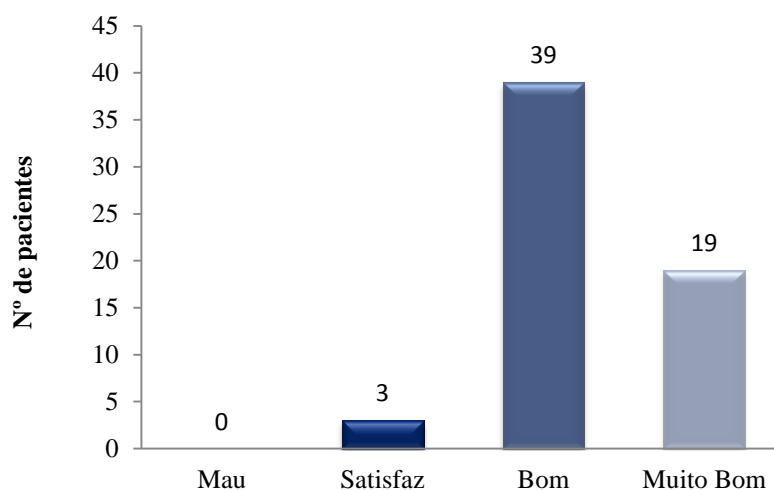


Gráfico 7 - Satisfação no atendimento a Clínica Universitária

As principais queixas dos pacientes quanto ao atendimento na Clínica Universitária, foram:

- Consultas muito longas;
- Tempo de espera para a realização de tratamento muito longa;
- Não ser possível fazer vários tipos de tratamento numa única consulta.

#### **4.2 - Atividades desenvolvidas em cada Área Disciplinar**

No que concerne ao plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, o quinto e último ano é na sua grande maioria composto por atividades de prática clínica compreendendo as seguintes Áreas Disciplinares:

- **Áreas de Medicina Dentária Cirúrgicas**
  - Periodontologia
  - Cirurgia oral
  - Medicina oral
  
- **Áreas de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora**
  - Dentisteria operatória
  - Endodontia
  - Odontopediatria
  
- **Áreas de Reabilitação de Função Oral e Estomatognática**
  - Oclusão
  - Prostodontia fixa
  - Prostodontia removível
  
- **Área de Ciências do Desenvolvimento e Crescimento**
  - Ortodontia

### 4.3 - Distribuição do atos por Área Disciplinar

A estas Áreas Disciplin角度 correspondem os valores numéricos e percentuais por atos, realizados pelo trinómio que integro, apresentadas nos gráficos abaixo indicados.

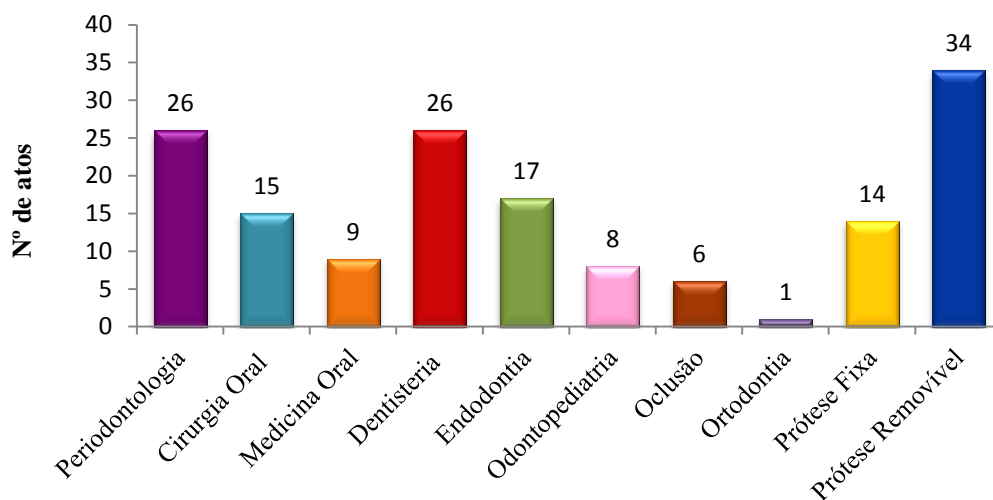


Gráfico 8 - Número de atos correspondentes a cada Área Disciplinar

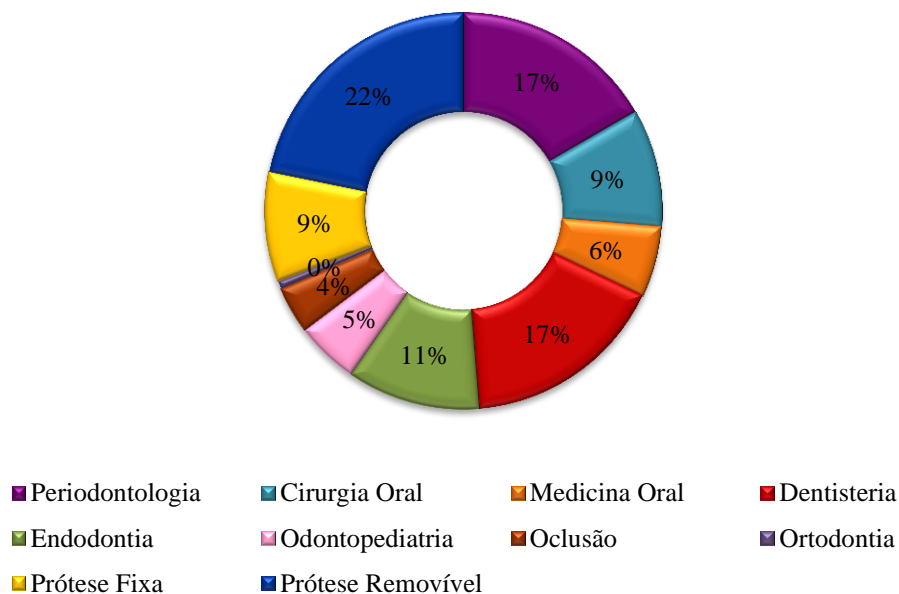


Gráfico 9 - Percentagem do número de atos correspondentes a cada Área Disciplinar

#### 4.4 - Análise da amostra específica por Área Disciplinar

##### 4.4.1 - Periodontologia

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária dirigida à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afetam os tecidos de suporte dentário (gengiva, osso alveolar e ligamento periodontal).<sup>7</sup>

Na unidade clínica de Periodontologia, o trinómio 85 atendeu 15 pacientes, perfazendo um total de 26 atos. A minha amostra é de 6 pacientes observados e de 8 atos clínicos executados.

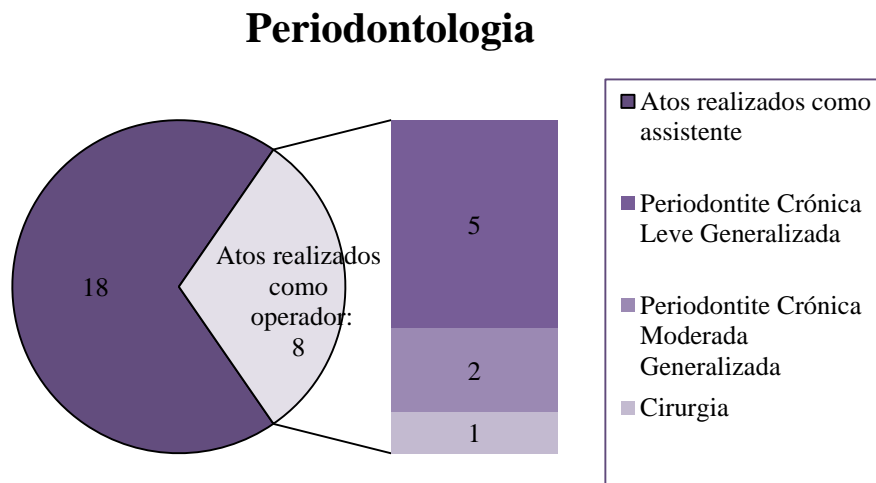


Gráfico 10 - Área de Periodontologia

Nesta Área Clínica, fui responsável pelo planeamento de uma cirurgia periodontal, realizada por um docente da área disciplinar, que será apresentado e descrito posteriormente, no ponto V, nos casos diferenciados.

#### 4.4.2 - Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária onde, depois de avaliados, os dentes com impossibilidade de permanecer na cavidade oral devem ser extraídos, nomeadamente dentes com cáries muito extensas não recuperáveis, dentes sem suporte ósseo, dentes inclusos e dentes supranumerários.<sup>4</sup>

Na unidade clínica de cirurgia oral, o trinómio 85 atendeu 10 pacientes, o que fez um total de 15 atos. A minha amostra é de 5 pacientes observados e de 5 atos clínicos executados. Fui operadora numa cirurgia diferenciada, que será apresentada e descrita posteriormente, nos casos diferenciados.

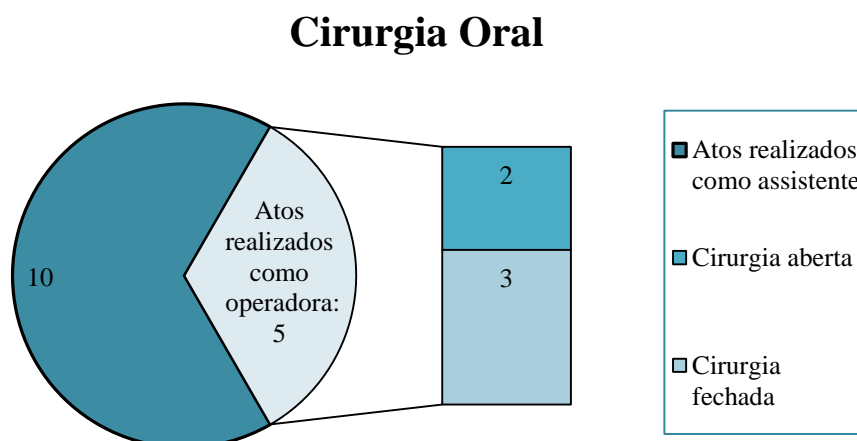


Gráfico 11 - Área de Cirurgia Oral

#### 4.4.3 - Medicina Oral

Medicina Oral é a área da Medicina Dentária que se ocupa da realização da história clínica, diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças orais, bem como o seu relacionamento com doenças de outras especialidades.<sup>8</sup> Quando uma lesão suspeita é observada nos tecidos moles, a biópsia da mesma poderá ser aconselhada, permitindo a obtenção de um diagnóstico histológico concreto e conferir o seu possível carácter maligno. As doenças das glândulas salivares, os quistos e tumores da região maxilofacial, devem merecer especial atenção por parte do Médico Dentista.<sup>4</sup>

Na unidade clínica de medicina oral, o trinómio 85 atendeu 9 pacientes que fez o total de 9 actos. A minha amostra é de 4 pacientes observados e de 4 actos clínicos executados.

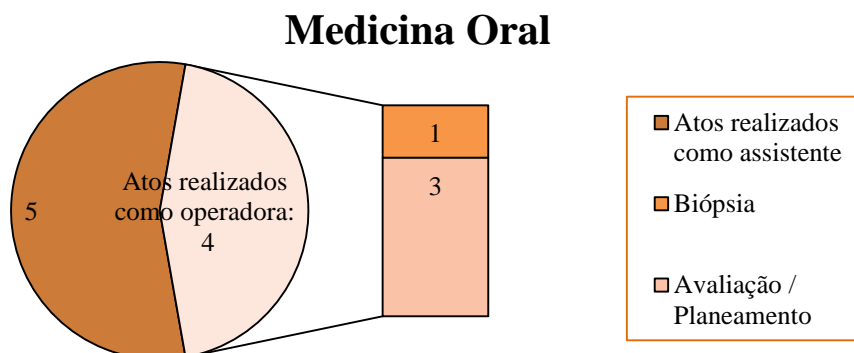


Gráfico 12 - Área de Medicina Oral

#### 4.4.4 – Dentisteria Operatória

A Dentisteria operatória é a área da Medicina Dentária responsável pela restauração de dentes que apresentem lesões de cárie, alterações de coloração ou de forma e resolução de fraturas restituindo deste modo a aparência original dos dentes.<sup>9</sup>

Na unidade clínica de Dentisteria operatória, o trinómio 85 atendeu 18 pacientes o que fez um total de 26 atos. A minha amostra é de 8 pacientes observados e de 8 atos clínicos executados.

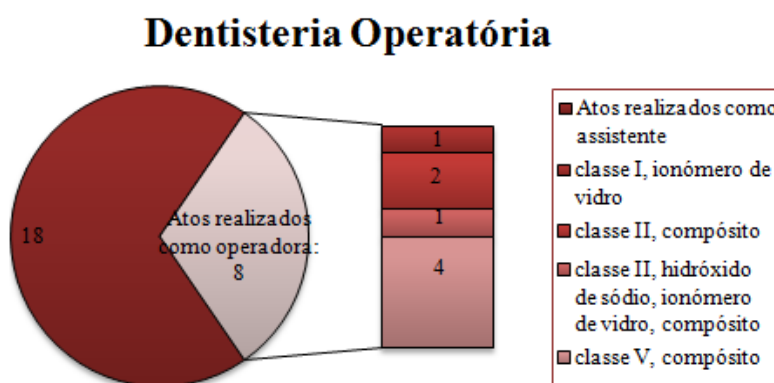


Gráfico 13 - Área de Dentisteria Operatória

#### 4.4.5 - Endodontia

A Endodontia é a área da Medicina Dentária dirigida ao tratamento de lesões pulpo-radulares. Estas lesões podem ter na sua origem traumatismos, fraturas ou cáries profundas. Nos casos de necrose ou pulpite irreversível, a endodontia é a única solução para preservar o dente.

Na unidade clínica de endodontia, o trinómio 85 atendeu 7 pacientes que fez um total de 17 atos. A minha amostra é de 2 pacientes observados integrados em 6 consultas.

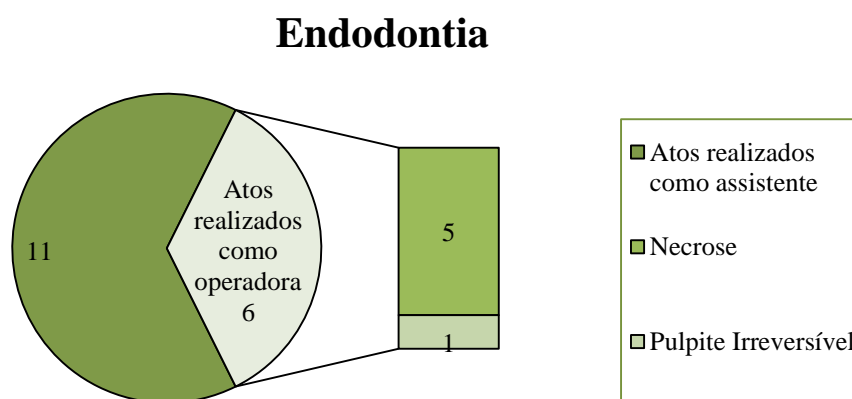


Gráfico 14 - Área de Endodontia

#### 4.4.6 - Odontopediatria

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária exclusivamente dedicada à saúde oral dos bebés, crianças e adolescentes e que tem como objetivo realizar tratamentos preventivos, mas também e sobretudo, diagnosticar e prevenir precocemente potenciais problemas, garantindo uma dentição definitiva saudável.<sup>11</sup>

Na unidade clínica de odontopediatria, o trinómio 85 atendeu 4 pacientes o que fez um total de 8 atos. A minha amostra é de 1 paciente observado e de 2 atos clínicos executados.

## Odontopediatria

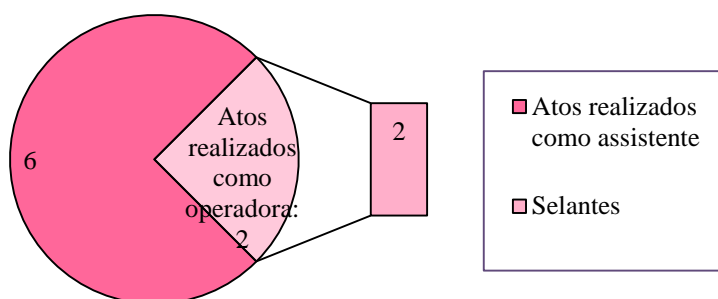


Gráfico 15 - Área de Odontopediatria

### 4.4.7 – Oclusão

É a especialidade dedicada à reabilitação das disfunções neuromusculares e articulares na estrutura orofacial, nomeadamente, a mastigação. Atua em especial articulação com as áreas da prostodontia fixa e removível.<sup>13</sup>

Na unidade clínica de oclusão, o trinómio 85 atendeu 5 pacientes o que fez um total de 6 atos. A minha amostra é de 2 pacientes observados e de 2 atos clínicos executados.

## Oclusão

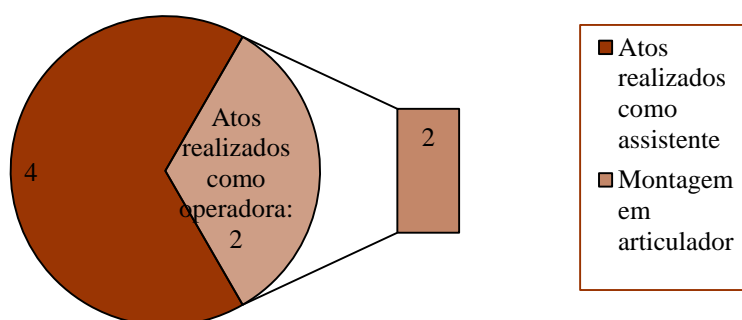


Gráfico 16 - Área de Oclusão

#### **4.4.8 - Ortodontia**

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária especializada no diagnóstico, prevenção e tratamento de mal oclusões dentárias e problemas esqueléticos.<sup>12</sup>

Na unidade clínica de ortodontia, o trinómio 85 atendeu 1 paciente.

Nesta área clínica, ao contrário das demais, os atos clínicos não foram realizados de forma individual, ou seja um dos elementos do trinómio operador e os restantes assistentes, mas sim, operando em grupo em todas as tarefas necessárias.

Enquanto trinómio, tivemos de realizar uma consulta de avaliação onde procedemos à identificação do paciente, história clínica, realização de fotografias intra e extra orais, análise telerradiográfica e impressões em alginato para posterior excussão de modelos em gesso.

Todos estes dados foram analisados e estudados de forma a fazermos um correto diagnóstico e plano de tratamento.

Posteriormente a esta consulta o nosso trabalho foi apresentado aos docentes responsáveis pela Área Disciplinar

#### **4.4.9 - Prótese Fixa**

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária dirigida ao restabelecimento das funções orais estética e conforto, através da colocação de próteses dentárias fixas (coroas ou pontes) que visam a substituição dos dentes em falta.<sup>14</sup>

Na unidade clínica de prostodontia fixa o trinómio 85 atendeu 9 pacientes o que fez um total de 14 atos. A minha amostra é de 3 pacientes observados e de 6 atos clínicos executados.

Nesta Área Disciplinar, um paciente foi acompanhado pelo responsável da Área Disciplinar:

Prótese sobre implantes - paciente que mantinha a prótese provisória há dois anos, e sendo um caso que não se insere no plano de estudos do 5º ano do MIMD foi realizado pelo docente responsável da área disciplinar, tendo no entanto sido avaliada

como operadora, a atividade por mim realizada neste paciente resume-se à observação e assistência.

### Prótese Fixa

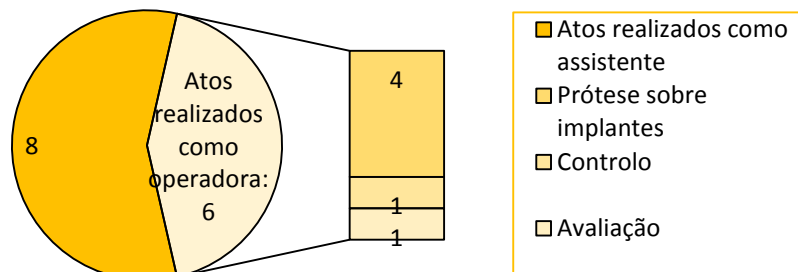


Gráfico 17 - Área de Prótese Fixa

#### 4.4.10 - Prótese Removível

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária dirigida ao restabelecimento e manutenção das funções do complexo maxilo-mandibular, nomeadamente a nível mastigatório, fonético e estético. É responsável pelo restabelecimento das funções orais, através da colocação de próteses dentárias removíveis (parciais ou totais) que visam a substituição dos dentes em falta.<sup>15</sup>

Na unidade clínica de Prostodontia Removível o trinómio 85 atendeu 11 pacientes o que fez um total de 34 atos. A minha amostra é de 8 pacientes observados e de 11 atos clínicos executados.

### Prótese Removível

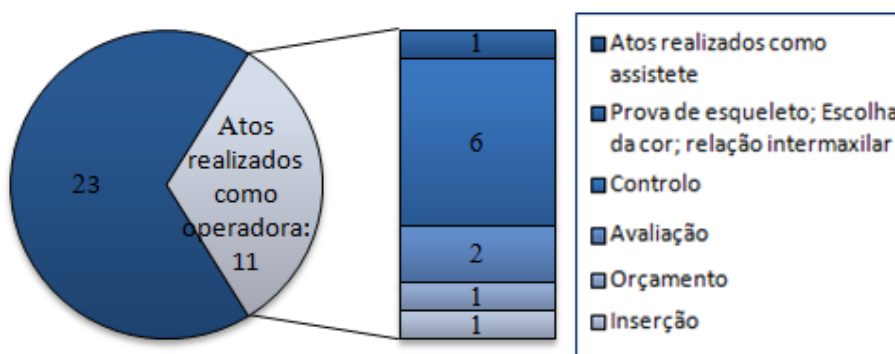


Gráfico 18 - Área de Prótese Removível

**V - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE CASOS  
CLÍNICOS RELEVANTES**



## V – DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE CASOS CLÍNICOS RELEVANTES

### 5.1 - Caso clínico I - Cirurgia diferenciada de siso submucoso

06/Dezembro/2014

#### Identificação do paciente

Nome: Júlia Sofia de Almeida Oliveira

Género: Feminino

Idade: 21

Nº Processo: 25110

#### Anamnese

Motivo da consulta: Dor localizada no 4º Quadrante

#### Antecedentes

Pessoais Gerais: Visita médico de família por rotina. Análises realizadas no dia 15 de Outubro de 2013 mostraram baixo nível de glicose. Toma anti-contraceptivo oral.

Familiares Gerais: Doenças cardíacas e anemia.

Pessoais Dentários: Apresenta historial de restaurações e destarizações

Familiares Dentários : Restaurações e prótese parcial removível.

## Exame clínico

### Extra-oral

Apresenta simetria facial, aspecto saudável, cicatriz no terço superior da face do lado esquerdo, no terço inferior da face no lado direito e sobre o lábio superior esquerdo.

Não estão presentes adenopatias à palpação ou qualquer alteração patológica.

### Intra-oral

Realizou-se a análise de todas as estruturas anatómicas moles da cavidade oral.

Assim, verificou-se a ausência de anomalias patológicas na língua, lábios, palato duro e mole, vestibulo, freios, pavimento da boca e regiões jugais direita e esquerda.

Clinicamente os lábios apresentavam-se desidratados e fissurados, as gengivas ligeiramente edemaciadas e hipertrofia dos canais de Wharton.

Quanto à ATM, não apresentava sintomatologia, a abertura bucal era diminuída com desvio para a direita. Relativamente à classificação de Angle, esta era classe II molar e canina.

## Ortopantomografia



## Instrumental Necessário

- Tabuleiro
- Copo com clorohexidina
- Aspirador de saliva
- Cânula cirúrgica
- Rim
- Espelho intra oral
- Pinça universitária
- Compressas
- Seringa com aspiração
- Anestésico tópico de benzocaína em gel
- Carpule
- Anestubos de lidocaína e epinefrina
- Agulha para anestesia troncular (27G; 35 mm)
- Cabo de bisturi
- Lâmina 15
- Descolador de Woodson
- Descolador de Molt
- Afastador de Minesota
- Peça de mão
- Broca esférica fissurada nº8
- Turbina
- Broca tronco-cônica diamantada de turbina para odontosseção
- Alavanca reta
- Lima de osso
- Pinça goiva
- Cureta periapical
- Pinça Adson (dente de rato)
- Porta agulhas
- Tesoura
- Fio de sutura de seda 3-0, com agulha de corte invertido 1/2

### Passos da técnica cirúrgica

Análise da história clínica e da ortopantomografia para avaliar com maior pormenor e detalhe o grau de dificuldade da exodontia assim como possíveis complicações que possam ocorrer durante o procedimento cirúrgico.

Iniciou-se a aplicação do anestésico tópico, após secar a mucosa com leve jacto de ar.

A anestesia do nervo alveolar inferior e lingual foi realizada através da técnica indireta, com a seringa posicionada perpendicularmente à vertente mesial do ramo mandibular, cerca de 1 cm acima do plano oclusal, sendo deslocada até aos pré-molares contra laterais, sendo então a agulha introduzida até alcançar a espinha de spix, numa profundidade entre 20 a 25 mm, com injeção de um anestubo.

Esta técnica geralmente é efetiva no bloqueio do nervo dentário inferior e do lingual por difusão.

O bloqueio do nervo bucal foi conseguido através da penetração da agulha cerca de 1 cm lateralmente à região do terceiro molar, numa profundidade de cerca de 4 mm. Neste passo recorre-se a uma seringa com aspiração, uma agulha para anestesia troncular (27G; 35 mm) e dois anestubos de lidocaína com epinefrina.

Após a anestesia efetuou-se um retalho muco-periósteo, com um bisturi com lâmina 15, com realização de uma incisão em envelope com extensão da papila mesial do primeiro molar (46), contornando a cervical de todos os dentes até à face disto-vestibular do segundo molar (47) e com extensão postero-lateral à linha oblíqua externa.

De seguida efetuou-se o descolamento do retalho, até à linha oblíqua externa, com o auxílio de um descolador de Woodson/Molt. O afastador (Langenbeck) então colocado sobre a linha oblíqua externa, sendo o retalho estabilizado pela aplicação de pressão do afastador em direção ao osso.

Fez-se uma avaliação da necessidade de realizar osteotomia, o que neste caso não foi necessário.

Posteriormente efetuou-se luxação primária, com auxílio de uma alavanca reta, por forma a elevar o dente do alvéolo, adquirindo mobilidade.

Após a luxação verificou-se a necessidade de realizar odontosseção. Embora o dente se encontrasse ligeiramente mesio-angulado, seguiu-se o protocolo para odontosseção para um dente com uma posição vertical, visto que a angulação é pouco acentuada.

A odontosseção foi realizada com uma broca tronco-cônica diamantada, montada em turbina, com secção coronária total, no sentido vestibulo-lingual. O dente foi seccionado até três quartos da distância vestibulo-lingual, sendo que o resto do dente foi seccionado com uma alavanca reta.

De seguida realizou-se luxação da porção mesial do dente seccionado, seguida da porção distal, com uma alavanca reta. Após extração da peça dentária procedeu-se à remoção das espículas ósseas, com recurso a lima de osso e pinça goiva, e curetagem do alvéolo com a cureta periapical.

Posteriormente suturou-se com fio de seda 3-0, visto que se trata de um fio liso que garante a estabilidade dos pontos, com um calibre que apresenta uma resistência suficiente para assegurar o reposicionamento correcto do retalho, sem exceder a resistência dos tecidos à tração. A agulha de corte invertido 1/2 reduz o risco de dilaceração do tecido do retalho durante a realização da sutura. Efetuaram-se 2 pontos simples na extensão lateral do retalho, a distal do dente 47, e de um ponto cruzado para reposicionamento das papilas envolvidas.

#### Cuidados pós-operatórios

Procedeu-se à aplicação local de gelo imediatamente após o final da cirurgia, para evitar o edema. Aconselhou-se o paciente relativamente à alimentação (refeição ligeira, alimentos frios e preferencialmente líquidos ou moles); higiene oral (escovagem cuidada junto à zona do alvéolo suturado, não cuspir e não bochechar), necessidade de repouso (não realizar esforços ou exercício físico intenso), cuidados durante o sono (dormir com a cabeça mais elevada no primeiro dia) e evitar expor a cabeça ao sol.

### Medicação pós-operatória

Analgesia - prescrição de paracetamol 1 g, de 8 em 8 horas, em caso de dor leve ou moderada (SOS), em caso de dor intensa, dirigir-se à clínica para avaliação;

Antibioterapia: amoxicilina 875 mg + ácido clavulânico 125 mg, de 12 em 12 horas, durante 8 dias.

### Controlo pós-operatório

A paciente foi instruída a voltar à Clínica Universitária após 7 dias para remoção da sutura e controlo da cicatrização do alvéolo, não tendo a mesma comparecido.

## 5.2 - Caso clínico II - Cirurgia Periodontal – recobrimento de recessão com recurso a enxerto gengival livre

7/Março/2014

### Identificação do paciente

Nome: Maria de Lourdes Lima dos Santos Ferreira

Género: Feminino

Idade: 48

Nº Processo: 25143

### Anamnese

Motivo da consulta: Fase higiénica

### Antecedentes

Pessoais Gerais: Visita médico de família por rotina. Análises realizadas no dia 28 de Agosto de 2012, não tendo sido detetado nenhum valor anormal. A paciente padece de sinusite.

Já foi submetida a uma cirurgia ocular e a uma cirurgia palmar devido a problemas nos tendões da mão esquerda.

Familiares Gerais: Nada de relevante

Pessoais Dentários: Higiene razoável. Apresenta história de extrações e restaurações.

Familiares Dentários: Que tenha conhecimento, extrações e restaurações

Hábitos: Onicofagia

## Exame clínico

### Extra-oral

Observou-se simetria facial, aspecto saudável.

Ausentes quaisquer adenopatias à palpação ou qualquer alteração patológica.

### Intra-oral

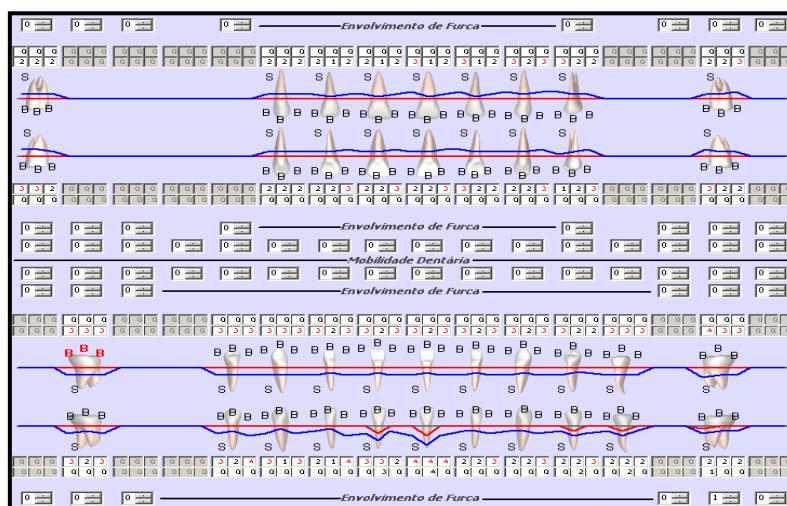
Realizou-se a análise de todas as estruturas anatómicas moles da cavidade oral.

Assim, verificou-se a ausência de anomalias patológicas na língua, lábios, palato duro e mole, vestíbulo, freios, pavimento da boca e regiões jugais direita e esquerda.

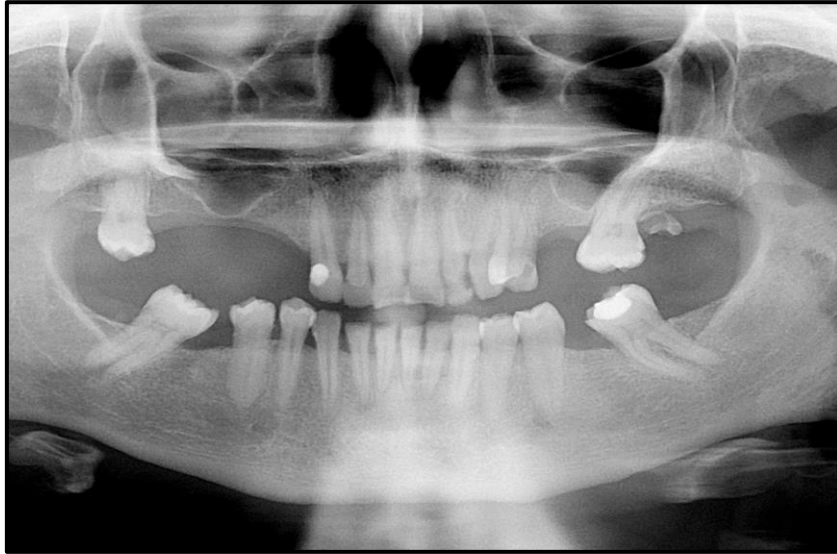
Clinicamente os lábios apresentavam-se com coloração rosada, ligeiramente desidratados e fissurados, a língua apresentava-se ligeiramente esbranquiçada e fissurada.

Quanto à ATM, não apresentava sintomatologia. A abertura bucal é normal e sem desvios, contudo apresentava sinais de movimentos bruxómeros. Relativamente à classificação de Angle, era impossível determinar a classe molar sendo a canina classe I direita e classe III esquerda.

## Periograma



Ortopantomografia



Análise fotográfica pré operatória



Figura 1- Fotografia intra oral frontal



Figura 2 - Fotografia intra oral, 5º sextante

### Instrumental Necessário

- Sonda periodontal
- Espelho
- Pinça universal
- Anestubo de mepivacaína com vasoconstritor
- Carpule
- Agulha
- Lâmina de alumínio
- Cimento cirúrgico
- Bisturi de Kirkland
- Lâmina de bisturi nº15
- Gaze esterilizada
- Soro fisiológico
- Porta-agulhas
- Pinça hemostática
- Porta agulhas
- Fio de sutura 6.0
- Afastador de Minnessota
- Tesoura
- Aspirador de saliva
- Aspirador cirúrgico

### Passos da técnica cirúrgica do enxerto gengival livre

A cirurgia iniciou-se com a raspagem da superfície radicular dos dentes 41 e 31 com uma cureta 5-6 de forma a alisar a sua superfície e diminuir-se a convexidade da raiz para diminuir a área mesiodistal avascular do leito recetor para que esta tenha 3-4mm de largura.

A área recetora foi demarcada pela realização de uma incisão horizontal no nível da junção amelo-cementária no tecido interproximal de cada lado dos dentes a serem tratados.

De seguida foram feitas duas incisões verticais, que se estabelecem da linha de incisão realizada no tecido interproximal, cerca de 4-5 mm apicalmente à recessão, foi então realizada posteriormente uma incisão horizontal unindo as duas incisões verticais na sua terminação apical.

De modo a assegurar a remoção de um enxerto com tamanho suficiente da área dadora, é preparada na área recetora uma guia cirúrgica.

Um enxerto com espessura de 2-3 mm foi então dissecado da área dadora.

Realizaram-se suturas no enxerto antes que este esteja completamente livre da área doadora palatina de modo a facilitar a sua transferência para a área recetora, nos dentes 41 e 31.

Após a remoção do enxerto, aplicou-se pressão para controlar a hemorragia;

O enxerto é colocado imediatamente no leito recetor.

As suturas foram ancoradas no perióstio e na gengiva aderida adjacente de modo a estabilizar da melhor forma o enxerto na área recetora.

Vários pontos de sutura foram executados de modo a assegurar uma adaptação íntima do enxerto ao leito recetor de tecido conjuntivo e à superfície radicular subjacente.

#### Análise fotográfica durante ato cirúrgico



Figura 3 - Incisão inicial



Figura 4 - Colocação do enxerto no leito recetor



Figura 5 - Sutura

### Cuidados pós-operatórios

Procedeu-se à aplicação local de gelo imediatamente após o final da cirurgia para evitar o edema. Aconselhou-se o paciente relativamente à alimentação (refeição ligeira, alimentos frios e preferencialmente líquidos ou moles); higiene oral (escovagem cuidada, não cuspir e não bochechar), necessidade de repouso (não realizar esforços ou exercício físico intenso), cuidados durante o sono (dormir com a cabeça mais elevada no primeiro dia) e evitar expor a cabeça ao sol

### Medicação pós-operatória

Analgesia - prescrição de paracetamol 1 g, de 8 em 8 horas, em caso de dor leve ou moderada (SOS)

Antibioterapia: amoxicilina 875 mg + ácido clavulânico 125 mg, de 12 em 12 horas, durante 8 dias.

### Controlo pós-operatório

A paciente foi instruída a voltar à Clínica Universitária após 7 dias para remoção da sutura, altura em que se verificou uma correta cicatrização dos tecidos envolvidos.

### Follow-up

A paciente, aquando da sua ida à clínica para remoção das suturas, foi instruída a voltar para controlo ao fim de 4 semanas, não tendo no entanto comparecido.

### Análise fotográfica follow-up



Figura 6 - Fotografia intra oral frontal, após 7 dias



Figura 7 - Fotografia intra oral, 5º sextante, após 7 dias

### **5.3 - Caso clínico III – Biópsia incisional**

27/Maio/2014

#### Identificação do paciente

Nome: Álvaro Antunes da Costa Riscado

Género: Masculino

Idade: 83

Nº Processo: 25803

#### Anamnese

Motivo da consulta: Avaliar lesão na mucosa jugal do lado esquerda

#### Antecedentes

Pessoais Gerais: Operado a 2 hérnias inguinais, em simultâneo, há cerca de 15 anos;

Operado a um tumor intestinal tipo T3/T4 em 2005 sendo seguido pelo Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco a partir dessa data, não havendo nenhum problema a assinalar.

No seguimento do tratamento de quimioterapia a que foi sujeito, foi internado duas vezes, uma devido a uma tromboflebite durante o tratamento e outra devido a uma pneumonia, esta após o fim dos tratamentos;

Paciente sempre teve uma vida muito ativa, pedreiro de profissão, que só terminou em 2005, com 70 anos, mas no dia-a-dia desenvolve ainda várias tarefas físicas, entre as quais passeios pedonais.

Está medicado com Formoterol 12 microgramas e Riflonide 400 microgramas, ambos, pós para inalação, Permisson 160, Tradazona Generis 100 mg.

Familiares Gerais: Nada a assinalar

Pessoais Dentários: Extrações dentárias

Familiares Dentários: Extrações e restaurações

### Exame clínico

Extra-oral

Apresenta face oval, simetria facial, aspecto saudável.

Não estão presentes adenopatias à palpação ou qualquer alteração patológica.

Intra-oral

Realizou-se a análise de todas as estruturas anatómicas moles da cavidade oral.

Clinicamente os lábios apresentavam-se desidratados e fissurados, as gengivas ligeiramente edemaciadas.

Presença de lesão localizada no terço médio posterior da mucosa esquerda, de aspecto tumoriforme com cerca de 2,5/3 cm de comprimento e 1,5/2 cm de altura com dois meses de evolução conhecida. Parte anterior duro-elástica e parte posterior esponjosa, dolorosa com bordos endurecidos e sangrante ao toque.

Os diagnósticos prováveis eram carcinoma espinocelular e carcinoma verrucoso, foi então indicada a realização de biópsia da lesão.

Quanto à ATM, não apresentava sintomatologia, a abertura bucal era diminuída com desvio para a direita. Relativamente à classificação de Angle, esta era impossível de determinar.

## Análise fotográfica antes da biópsia

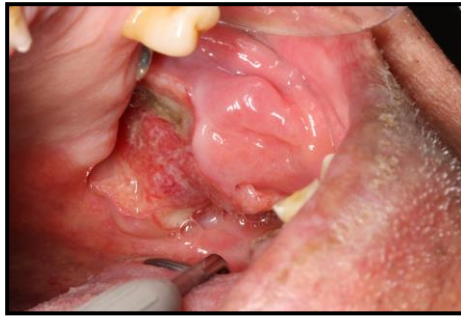


Figura 8 - Fotografia da lesão antes da biópsia

## Instrumental Necessário

- Copo com clorohexidina
- Sonda exploradora
- Espelho intra oral
- Pinça universitária
- Aspirador de saliva
- Compressas
- Carpule
- Anestubos de lidocaína
- Agulha para anestesia
- Cabo de bisturi
- Lâmina 15
- Pinça Adson (dente de rato)
- Porta agulhas
- Fio de sutura de seda 3-0, com agulha de corte invertido 1/2
- Tesoura
- Folha para preencher dados da biópsia

### Passos da biópsia

Após cuidadoso exame oral que incluiu inspeção e palpação da área lesada, decidiu-se iniciar a biópsia incisional, pois a lesão apresentava sinais de malignidade.

Iniciou-se com anestesia a cerca de 1cm da área da lesão de forma a não haver distorção do tipo de artefacto do espécime. De seguida iniciou-se estabilização do tecido e efetuou-se a incisão em dois locais da mesma lesão, um numa posição mais anterior e outro numa posição posterior, por aparentemente conterem dois tipos de tecido diferentes.

Posteriormente preencheu-se a folha de requisição do estudo histológico e colocaram-se as duas amostras de tecido em embalagens diferenciadas, em formol a 10%.

### Fotos após biópsia



Figura 9 - Amostra de tecido incisionado

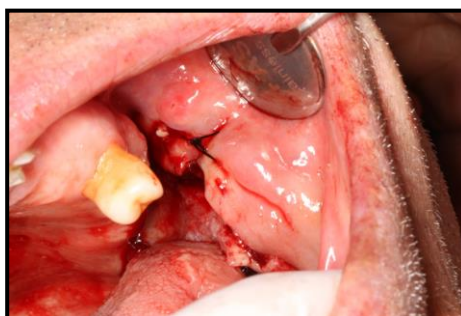


Figura 10 - Fotografia intra oral após sutura



## **VI- ACTIVIDADE CIENTIFICA**



## **VI- ACTIVIDADE CIENTÍFICA**

No decurso da minha atividade clínica e como complemento da mesma, submeti um póster intitulado “Hipomineralización Incisivo-Molar: Presentación de dos casos clínicos” para a XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Española e Odontopediatría, IV Reunión de la Sociedad Portuguesa de Odontopediatría y la II Reunión Ibérica de Odontopediatría, nos dias de 22 a 24 de Maio de 2014 em Barcelona, tendo este sido aceite e selecionado para comunicação oral.

A execução do poster não só foi importante para permitir o conhecimento mais aprofundado de uma problemática observada com alguma frequência e a sua identificação e abordagem adequadas, mas permitiu, igualmente proceder a uma reflexão de carácter científico sobre a temática em causa.

Este trabalho configura um exemplo da necessidade sentida de assegurar que a abordagem que é efectuada dos doentes em contexto clínico não só obedece àquilo que é o Estado da Arte nas diversas áreas, mas reflete, igualmente, o necessário envolvimento ativo na demanda do conhecimento, algo em que assentam os princípios basilares da aprendizagem ao longo da vida.



## **VII – DISCUSSÃO**



## VII - DISCUSSÃO

No período de 17 de Setembro de 2013 a 30 de Maio de 2014 foram consultados por mim 32 pacientes num total de 53 atos clínicos divididos pelas várias Áreas Disciplinares. Da análise desta amostra podemos concluir que a maioria dos pacientes se insere nas faixas etárias dos 25 aos 35 anos e dos 55 aos 65, que é do sexo masculino, que reside no distrito de Viseu apesar de fora da cidade e que apesar de se encontrarem empregados não possuem uma formação superior situando-se no escalão sócio-económico médio/ baixo.

É importante referir que quando questionados sobre o funcionamento da Clínica Universitária a maioria dos pacientes afirmam sentir-se satisfeitos, no entanto os pontos que consideraram menos positivos foram o tempo das consultas em alguns casos serem demasiado extensas, não ser possível realizar mais de um tipo de tratamentos na mesma consulta e consequentemente, o tempo de espera até a consulta seguinte ser demasiado longa. Apesar de não os considerarem relevantes, estes motivos podem orientar a direção clínica para um melhor funcionamento em alguns destes aspetos, com a criação de por exemplo, uma área de intervenção integrada que poderia ajudar a colmatar estes pontos menos positivos.

A maioria dos atos clínicos são realizados na Área Disciplinar de Dentisteria Operatória e Prótese Removível, facto provavelmente justificado não pelo tipo de tratamentos efetuados, mas por se poder atender mais que um único paciente na mesma área disciplinar.

Em relação à possibilidade de realizar atos considerados diferenciados, para além de nos possibilitar um maior aprofundamento dos conhecimentos básicos que nos são transmitidos na formação pré-clínica, permitiu ainda adquirir uma maior confiança na realização de atos mais complexos e que não surgem com tanta frequência durante a nossa atividade diária.

Atendi três casos diferenciados, uma cirurgia de um siso incluso, uma cirurgia periodontal e uma biópsia.

## CASO 1 – cirurgia de um siso incluso

A inclusão dentária pode acontecer quando um dente não consegue erupcionar dentro do tempo esperado, é considerado um dente incluso e estes devem ser considerados para extração assim que o diagnóstico é realizado. Usualmente a idade média para a erupção completa dos terceiros molares é aos 20 anos apesar de em algumas pessoas poder continuar até aos 25 anos de idade.<sup>4</sup>

Normalmente, durante o seu desenvolvimento normal, o terceiro molar inferior começa a formar-se numa posição horizontal e com o desenvolvimento do dente e com o crescimento da mandíbula, a angulação muda da posição horizontal para a posição mesioangular e depois para uma posição vertical.<sup>4</sup>

A causa mais comum para a impactação de um dente é quando há uma alteração na rotação da direção mesioangular para a vertical.<sup>4</sup> A segunda causa mais comum é quando a relação entre a dimensão mesio-distal dos dentes e o comprimento da mandíbula não fornece espaço adequado no processo alveolar anteriormente ao bordo anterior do ramo para permitir que o terceiro molar erupcione na sua posição.<sup>4</sup>

Aquando de uma erupção tardia o dente fica geralmente coberto apenas por tecido mole ou por uma camada fina de osso.<sup>4</sup>

A remoção precoce de um dente incluso reduz a morbidade pós-operatória e permite uma melhor cicatrização, pois os pacientes mais jovens toleram melhor o procedimento e recuperam mais rapidamente e com menor interferência na sua vida diária.<sup>4</sup>

A maioria dos sistemas de classificação resulta da análise radiográfica da angulação, relação com o bordo anterior do ramo mandibular e relação com o plano oclusal. A angulação, conhecida como classificação de Winter, é uma descrição da angulação ao longo eixo do terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar.<sup>4</sup> Outro método de classificação é baseado na quantidade do dente que se encontra coberta pelo ramo mandibular, sendo esta classificação conhecida como a classificação de Pell e Gregory, traduzida conforme o descrito nas tabelas seguintes.<sup>4</sup>

Tabela 2 - Classificação da relação com o bordo anterior do ramo da mandíbula de Pell & Gregory

<b>Classe</b>	<b>Descrição</b>
Classe 1	Quando o diâmetro mesiodistal da coroa está completamente anterior ao bordo do ramo da mandíbula
Classe 2	Se o dente está posicionado posteriormente, de modo a que aproximadamente metade se encontra coberta pelo ramo da mandíbula
Classe 3	Quando o dente está localizado completamente dentro do ramo da mandíbula

A relação com o plano oclusal é a profundidade a que o dente se encontra em relação à altura do segundo molar adjacente.<sup>4</sup> Esta classificação, também sugerida por Pell e Gregory, também está traduzida em três classes:<sup>4</sup>

Tabela 3 - Classificação da relação com o plano oclusal de Pell & Gregory

<b>Classe</b>	<b>Descrição</b>
A	Quando a superfície oclusal do dente incluso se encontra ao nível, ou próxima do nível oclusal do segundo molar
B	É aquela na qual um dente incluso apresenta a sua superfície oclusal entre a linha cervical e o plano oclusal do segundo molar
C	Quando a superfície oclusal do dente incluso se encontra abaixo do nível cervical do segundo molar

A avaliação de todos estes parâmetros é essencial para um bom planeamento cirúrgico e para o sucesso do procedimento.

Neste caso, o dente indicado para exodontia foi o dente 48, uma vez que apresenta historial de pericoronarite, não estando no momento em fase aguda. Segundo a classificação de Winter, o dente assume uma posição mesio-angulada, e segundo a classificação de Pell e Gregory, classifica-se como classe I, B.

A análise radiográfica também permitiu visualizar a existência de 2 raízes robustas em largura, embora pouco profundas, estando a raiz mesio-vestibular inclinada para distal. Verifica-se ligeira reabsorção óssea e o osso aparenta ser bastante trabeculado. A coroa do dente encontra-se encostada ao dente adjacente.

A maior dificuldade durante a execução deste acto foi, para além da pouca colaboração por parte da paciente, esta apresentar uma abertura bucal diminuída. A partir da análise radiográfica foi permitido verificar que as raízes aparentam ter grande proximidade com o nervo alveolar inferior, no entanto, e como se verificou, na maioria das vezes este encontra-se numa posição mais vestibular em relação ao dente.

Por estes motivos o dente em questão foi extraído por cirurgia diferenciada.

## **CASO 2 – cirurgia periodontal**

Relativamente ao caso da cirurgia periodontal, planeei-a na íntegra e na parte do ato em si, contei com a colaboração direta do docente da Área Disciplinar. Todo o restante follow-up também ficou a meu cargo.

Faz parte do periodonto um conjunto de tecidos tanto de suporte como de revestimento dos dentes, entre eles a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento e osso alveolar.<sup>6</sup>

Quando há um deslocamento da margem gengival livre apicalmente à junção amelo cementária com exposição da superfície radicular ocorre uma condição denominada recessão gengival.<sup>7</sup>

A etiologia desta condição é multifatorial, no entanto, vários autores sugerem que as principais causas são o biofilme bacteriano dentário e consequente inflamação gengival, escovagem vigorosa, trauma oclusal, dentes mal posicionados, inserção do freio junto à margem gengival e altura baixa da gengiva queratinizada.<sup>7</sup>

As recessões gengivais acarretam vários problemas para o paciente. No setor anterior, a grande preocupação por parte dos pacientes prende-se com o fator estético, no entanto, e uma vez que as superfícies radiculares ficam expostas, a hipersensibilidade também é uma grande preocupação.<sup>7,16,17</sup>

A classificação de Miller é o sistema mais usado para classificar as recessões e baseia-se numa avaliação morfológica dos tecidos periodontais tendo quatro classes:<sup>7,16,17</sup>

Tabela 4 - Classificação de Miller

<b>Classe</b>	<b>Descrição</b>
Classe I	Quando não há perda de tecido até à linha mucogengival e não há perda óssea, prevendo-se um recobrimento da recessão de 100%.
Classe II	Quando a recessão ultrapassa a linha mucogengival mas não há perda de tecidos moles ou duros na região interdentária, prevendo-se um recobrimento da recessão de 100%.
Classe III	Quando a recessão ultrapassa a linha mucogengival havendo perda de tecidos duros ou moles na região interdentária, prevendo-se um recobrimento parcial da recessão.
Classe IV	Quando a recessão ultrapassa a linha mucogengival havendo perda de tecidos duros ou moles na região interdentária, em que o recobrimento radicular não é previsível. <sup>7,16</sup>

O primeiro passo para o tratamento de recessões é, quando esta existe, a eliminação do fator causal para posteriormente, e após resolução da inflamação, se poder decidir se a cirurgia periodontal é ou não indicada.<sup>17</sup>

Existem várias técnicas cirúrgicas para o recobrimento de recessões, entre elas o enxerto pediculado, enxerto gengival livre epitelizado e enxerto livre de tecido conjuntivo que podem estar ou não associadas a regeneração tecidual.<sup>7,16,17</sup>

O principal objetivo da cirurgia é melhorar a saúde periodontal do paciente pelo aumento da gengiva aderida e recobrimento radicular, no entanto, as grandes preocupações por parte do pacientes são essencialmente estéticas, diminuir a sensibilidade dentária e o potencial de cárie radicular.<sup>7,16,17</sup>

Neste caso a paciente apresentava recessões nos dentes 31 e 41 devido ao conjunto de vários fatores entre os quais o hábito de onicofagia, movimentos bruxómeros e inflamação gengival.

Tendo em conta que a recessão ultrapassava a linha mucogengival e havia perda tanto de tecido mole como de tecido duro, esta, segundo Miller, é classificada como classe III, esperando-se um recobrimento parcial da recessão. A cirurgia decorreu sem problemas, sendo o prognóstico favorável. A paciente apesar de colaborante durante todo o ato cirúrgico, deixou de comparecer na clínica após a remoção das suturas.

### **CASO 3 – Biópsia incisional**

Este acto decorreu com a colaboração direta do docente da Área Disciplinar. Em todo o restante follow-up também colaborei em proximidade.

As lesões existentes na cavidade oral e nas regiões periorais devem ser corretamente identificadas e caracterizadas para que uma terapia específica possa ser aplicada de modo a que ocorra a sua eliminação.<sup>4</sup>

Qualquer lesão que persista por mais de duas semanas sem causa aparente, que exiba rápido crescimento, que não responda ao tratamento local depois de 50 a 54 dias, ou qualquer lesão que tenha características de malignidade são indicadas para a realização de uma biópsia.<sup>3,4</sup>

São suspeitas de malignidade as lesões que contem como características clínicas eritroplasia (lesão totalmente vermelha ou com manchas vermelhas e brancas na sua aparência), ulceração (lesão ulcerada ou que se apresenta como uma úlcera), sangramento (lesão que sangra mesmo em manipulação delicada), endurecimento (lesão em que os tecidos circundantes são firmes ao toque) e fixação (lesão aderida às estruturas adjacentes).<sup>4</sup>

Existem quatro técnicas de execução de biópsia:<sup>4</sup>

Tabela 5 - Técnicas de Biópsias

<b>Tipo de biópsia</b>	<b>Descrição</b>
Citologia oral por esfregaço	Realizada com recurso a uma escova para recolha de amostras celulares
Biópsia aspirativa	Realizada com recurso a uma agulha e seringa para penetrar na lesão e aspirar o seu conteúdo
Biópsia incisional	Recolhe somente amostras de parte da lesão e estas devem ser colhidas em forma de cunha e incluindo tecido são
Biópsia excecional	Remove na totalidade a lesão em superfície e profundidade

A localização mais comum para o cancro oral é no pavimento da boca e língua. Os carcinomas da cavidade oral podem manifestar-se como uma mancha, geralmente branca ou avermelhada, uma massa endurecida ou uma úlcera persistente que não cicatriza.<sup>4</sup> A maior parte das lesões são assintomáticas na sua fase inicial, tornando-se progressivamente dolorosas.<sup>4</sup>

As lesões malignas na cavidade oral podem surgir a partir de uma grande variedade de tecidos, tais como as glândulas salivares, músculos e vasos sanguíneos ou podem apresentar metástases em locais distantes.

A classificação TNM é o principal sistema de classificação para os cancros da cabeça e pescoço e seguem a seguinte classificação:<sup>3,4,5</sup>

Tabela 6 - Classificação TNM

<b>Classificação</b>	<b>Definição</b>
T	Dimensões e extensão do tumor primitivo
N	Presença ou ausência de metastização regional para os gânglios cervicais e as suas dimensões
M	Presença ou ausência de metástases à distância.

As formas de apresentação clínicas mais encontradas no carcinoma espinocelular podem ser nodulares, vegetante, ulcerada e fibrótica, sendo frequente ocorrer a combinação de uma ou mais destas características. A correta confirmação de diagnóstico apenas é possível por meio da biópsia incisional prévia ao tratamento. Quanto à sobrevida dos pacientes com cancro oral, a mesma encontra-se diretamente relacionada à extensão da doença, razão pela qual é importante intervir precocemente.

Neste caso o paciente compareceu na Clínica Universitária, pois apresentava sintomatologia na área da lesão. A biópsia foi recomendada pois suspeitava-se de malignidade da lesão pois esta teve uma evolução rápida (dois meses), clinicamente era eritroplásica, ulcerada, sangrante e apresentava áreas fibróticas.

Optou-se por realizar uma biópsia incisional devido ao tamanho da lesão.

O resultado da biópsia (Anexo C) confirmou o seu carácter maligno, sendo a lesão um carcinoma espinocelular. O paciente foi de imediato encaminhado para o IPO.

Os Médicos Dentistas devem estar preparados para tratar pacientes aparentemente saudáveis, mas que possuem patologias crónicas controladas por uma diversidade de medicamentos.<sup>3</sup> Estes factores devem estar registados de forma

minuciosa na história clínica, no entanto, se ocorrer uma emergência, o Médico Dentista bem preparado deverá saber atuar. A conduta para uma boa gestão médica inclui:<sup>3</sup>

- Reconhecer os sinais e sintomas e diagnosticar precocemente o problema;
- Tempo de resposta rápido;
- Confiança durante a execução da intervenção;
- Manter a calma em circunstâncias críticas.

A grande maioria das emergências médicas que ocorrem no consultório dentário, são causadas pela incapacidade do paciente em controlar o stress físico ou emocional aquando de um procedimento ou por complicações devido a uma doença sistémica pré-existente.<sup>3</sup>

É certo que já na nossa prática clínica em ambiente universitário, somos confrontados com a falta de suporte económico por parte dos pacientes para a realização de determinados tratamentos que seriam essenciais para a sua saúde oral e que trariam benefícios claros para o seu bem-estar geral, mas que por apresentarem um orçamento mais elevado, como no caso de prótese fixa e removível, ou mesmo quando lhes é proposto um tratamento a alguma lesão, que não sendo esta sintomática ou de aspecto agressivo, o tratamento sugerido é frequentemente recusado devido ao fator económico.

Na aprendizagem durante os anos clínicos existiram alguns aspetos que condicionaram um maior rendimento da aprendizagem e prática clínica. Estes dizem essencialmente respeito ao facto de o grupo de trabalho ser de 3 elementos, o que determina que, dado que o tempo letivo não aumentou, cada aluno tem uma menor prática clínica. Para além disto e também de encontro aos pontos negativos apontados pelos pacientes anteriormente, considero que seria interessante e vantajoso a criação de uma área de atuação integrada uma vez que será neste sistema que será a prática futura



## **VIII – CONCLUSÃO**



## VIII - CONCLUSÃO

A Medicina Dentária, assim como todas as áreas médicas, está em constante evolução e desenvolvimento, surgindo a cada momento novos conhecimentos, técnicas e materiais que permitem um constante aperfeiçoamento da sua atividade.

Estes pressupostos exigem ao profissional, obviamente, uma constante formação e atualização dos seus conhecimentos, tanto a nível técnico como a nível teórico, pois cada vez mais a Medicina Dentária deve aproximar-se da sua origem como ciência médica.

Considero que a prática clínica realizada este ano foi bastante proveitosa tanto a nível pessoal como académico, tendo sido possível evoluir na abordagem semiológica, de diagnóstico e terapêutica de várias patologias, adquirir conhecimentos que não detinha até então, bem como consolidar ou colocar em prática conhecimentos anteriores.

A integração de prática clínica permitiu a aquisição de uma perceção global do modo de funcionamento clínico “in situ”, do trabalho de equipa, da interação entre profissionais de saúde, enriquecedores na nossa formação como futuros médicos dentistas.

A escolha para a realização deste relatório, prendeu-se com o fato de não incidir apenas numa área de atuação e que devido à sua natureza multidisciplinar, significa à partida uma dedicação acrescida no aprofundamento de conhecimentos teóricos para uma melhor aplicação a nível clínico dos mesmos na prática clínica diária. O relatório descreve uma variedade de atos, quer simples quer diferenciados, em diversas componentes clínicas, fundamentais no desempenho da atividade médica dentária.

Este aprofundamento dos conhecimentos e a busca por uma maior e melhor prática clínica, irá ser o mais importante no futuro da minha profissão.

O sucesso profissional do aluno será tanto maior, quanto melhor for a conciliação do triângulo composto por três pilares essenciais: conhecimento teórico, habilidade prática e empatia com o paciente.

Foi igualmente possível observar uma preocupação crescente existente na população para com a sua saúde oral e para a importância do sorriso como parte integrante da sua imagem pessoal, não só nos jovens, mas também de pacientes de faixas etárias mais avançadas, característica que há alguns anos atrás não se verificava, mas que é bastante valorizada atualmente.

A realização do relatório de atividade clínica permitiu-me preparar de forma bem sustentada para o mercado de trabalho, uma vez que exige o desenvolvimento das capacidades técnico-práticas baseadas nos conhecimentos teóricos adquiridos à priori num ambiente clínico real, sendo ainda necessário o exercício pessoal de se adaptar ao paciente, tendo em conta o seu contexto social e económico, procurando ir ao encontro das suas expectativas.

Esta premissa é atualmente a base do sucesso, uma vez que com o aumento do número de profissionais, ou seja, com o aumento da oferta de serviços nesta área específica é imprescindível a diferenciação de cada um no mercado de trabalho.

Para o aluno, neste momento de finalização da sua formação pré-graduada, as principais preocupações são relativas ao atual problema da reduzida empregabilidade, para muitos devido ao excesso de profissionais que se formam anualmente, principalmente quando diariamente se depara com a situação de crise económica que vem afetando o país nos últimos anos e com discursos alarmantes de personalidades distintas da sociedade a quem sentimos o dever de dar crédito.

Contudo, cada vez mais temos de encarar que atualmente vivemos numa aldeia global e a emigração não deve ser encarada como uma derrota, mas sim uma oportunidade de futuro, quer a nível económico, quer acima de tudo a nível de formação.

Os jovens médicos dentistas têm a capacidade de pensar no futuro com otimismo, que conjugado com dedicação, persistência e perseverança, com a formação e informação privilegiada a que têm acesso atualmente, e com a humildade de reconhecer que devem procurar sempre mais e melhor, é possível encarar o futuro positivamente.

Cabe ao aluno identificar as suas fraquezas e limitações, tanto a nível teórico como prático, para no momento de investir na continuação da formação, o fazer de forma a colmatar as suas limitações e concomitantemente atualizar-se, acompanhando a

evolução científica de forma a potenciar as suas qualidades enquanto Médico Dentista, mais informado, mais competente e mais humano.



## **IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ring, Malvin E., *“Historia de la odontologia”*, Ediciones Doyma, 1989, 84-7592-237-6
2. Hussain A, Khan FA. History of dentistry. Arch Med Health Sci 2054;2:506-50
3. Little, James W., et al. – *“Dental management of the medically compromised patient”*. 8th ed. Elsevier Mosby, 978-0-323-08028-6
4. Peterson, Larry J., et al. –*“Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea”*. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 978-85-352-5539-7
5. Burket, Lester W, et al. – *“Burket’s Oral Medicine: diagnosis & treatment”*. 55th ed. Hamilton, 2003, 978-5-55009-345-2
6. Friedrich a. Pasler, *“Color Atlas of Dental Medicine Radiology”*, Thieme Medical Publishers inc, 1992,3-13-781901-6
7. Newman M, Carranza FS. – *“Carranza – periodontica clínica”*. 9th ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan S.A.; 2004
8. The British Society for Oral Medicine, “What is Oral Medicine”, <http://www.bsom.org.uk/home/what-is-oral-medicine/>
9. Barrancos, MJ e Barrancos PJ, *“Operatória Dental:Integración Clínica”*, 4th ed. Buenos Aires, Médica Panamericana, 2006, 950-06-0249-0
10. Walton RE, Torabinejad M. *“Principles and practice of endodontics”*. 3th ed. Philadelphia. Saunders; 2002, 0-7216-9160-9

11. McDonald, Ralph E.; Avery David R, “*Odontopediatria*,” 7th ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 2001
12. Singh Gurkeet, “*Textbook of Orthodontics*”, Jaypee Brothers Publishers; 2007, 81-8448-080-6
13. Okeson, Jeffrey P, “*Oclusión y afecciones temporomandibulares*”, 5ed, Elsevier Mosby, 84-8174-684-3
14. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. “*Contemporary fixed prosthodontics*”. 4th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2006, 13:978-0-323-02874-5
15. Carr AB, McGivney GP, Brown DT, McCracken WL. “*McCracken's removable partial prosthodontics*”, 12th ed. St. Louis: Mosby; 2012, 978-85-352-4538-7
16. Lindhe J. “*Clinical Periodontology and Implant Dentistry*”. 4th ed. Blackwell Munksgaard; 2003, 694-669
17. Sato N., “*Periodontal surgery: A clinical atlas*”. 2nd ed. Yuzawa, Japan, Quintessence publishing Co, 2000

**X – ANEXOS**



## X - ANEXOS

### Anexo A - Ficha individual do paciente



Questionário Clínico

A. Ferreira, F. Rocha, M. Marques

Nome: \_\_\_\_\_ Nº processo: \_\_\_\_\_  
Dados gerais:  
Sexo: M (\_\_\_) F (\_\_\_) Idade: \_\_\_\_\_  
Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Residência: \_\_\_\_\_ Frequenta outro Médico  
Dentista: S (\_\_\_) N (\_\_\_)  
Índice geral de Satisfação da Clínica da UCP: Mau (\_\_\_) Satisfaz (\_\_\_) Bom (\_\_\_)  
Doenças Sistémicas \_\_\_\_\_  
Medicação \_\_\_\_\_  
D. Congénitas \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Cirurgias prévias \_\_\_\_\_

#### **Odontopediatria:**

Data: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Cooperação: Mau (\_\_\_) Suficiente (\_\_\_) Bom (\_\_\_)  
Necessidade de ortodontia: \_\_\_\_\_  
Procedimento realizado: \_\_\_\_\_ Dente: (\_\_\_)

#### **Medicina Oral:**

Data: \_\_\_\_\_  
Motivo da consulta: \_\_\_\_\_  
Patologia diagnosticada: \_\_\_\_\_  
Exames auxiliares de diagnóstico pedidos: \_\_\_\_\_

#### **Periodontologia**

Data: \_\_\_\_\_  
Motivo da consulta: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Bop: \_\_\_\_\_ IP: \_\_\_\_\_ Mobilidade (grau) \_\_\_\_\_ Envolvimento de furca: \_\_\_\_\_  
Bolsa mais profundas \_\_\_\_\_ Recessões: \_\_\_\_\_

#### **Dentisteria**

Data: \_\_\_\_\_  
Motivo da consulta: \_\_\_\_\_ Nº de cáries: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Cárie primária (\_\_\_) ou Secundária (\_\_\_)  
Dente: \_\_\_\_\_ Classe da restauração: \_\_\_\_\_ Material restaurador: \_\_\_\_\_  
Teste vitalidade: Frio \_\_\_\_\_ Quente \_\_\_\_\_  
Percussão Horiz. \_\_\_\_\_ Vertical \_\_\_\_\_

### **Cirurgia**

Data: \_\_\_\_\_

Nº dentes ausentes: \_\_\_\_\_ Dente extraído: \_\_\_\_\_

Motivo: Periodontais ( ) Protéticos ( ) Não restaurável ( ) 3º molares ( ) Ortodôntico ( )

Cirurgia diferenciada: Odontosecção ( ) Osteotomia ( ) Retalho ( )

### **Endodontia**

Data: \_\_\_\_\_

Nº do dente: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: Pulpite irreversível ( ) Necrose pulpar ( )

Retratamento: Sim ( ) Não ( )

Obturação efectuada: Insatisfatória ( ) Satisfatória ( ) Boa ( )

### **Prótese removível**

Data: \_\_\_\_\_

Controlo: Sim ( ) Não ( )

1ª reabilitação protética: Sim ( ) Não ( )

Classe de Kennedy: \_\_\_\_\_ Tipo de prótese: Esquelética ( ) Acrílica ( )

Total ( ) Parcial ( )

Índice geral de satisfação: Muito mau ( ) Mau ( ) Satisfatório ( ) Bom ( )

Muito bom ( )

Nova prótese Sim ( ) Não ( ) Tipo de prótese: Esquelética ( ) Acrílica ( ) Total ( )

Parcial ( )

Prótese Esquelética Total ( ) Parcial ( ) Dentes Pilares \_\_\_\_\_

1ª Consulta \_\_\_\_\_ Impres. Definitivas \_\_\_\_\_ Talhar Nichos \_\_\_\_\_ Prova Esqueleto \_\_\_\_\_

Prova de dentes \_\_\_\_\_ Inserção \_\_\_\_\_ consulta Pós inserção \_\_\_\_\_

Prótese Acrílica: Total ( ) Parcial ( )

1ª Consulta \_\_\_\_\_ Impres. Definitivas \_\_\_\_\_ Registo Intermaxilares \_\_\_\_\_

Prova de dentes \_\_\_\_\_ Inserção \_\_\_\_\_ consulta Pós inserção \_\_\_\_\_

### **Prótese fixa**

Data: \_\_\_\_\_

5ª Consulta ( ) Extensamente destruído ( ) Traumatismo ( ) Espaço edêntulo ( )

Controle ( )

Índice geral de satisfação: Mau ( ) Satisfatório ( ) Bom ( ) Muito bom ( )

Ponte \_\_\_\_\_ (elementos) Dentes Pilares \_\_\_\_\_ Pôntico \_\_\_\_\_

Coroa: Metálica ( ) Metalocerâmica ( ) Cerâmica ( ) Dente: \_\_\_\_\_

### **Oclusão:**

Data: \_\_\_\_\_

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_ Classe de Angle: \_\_\_\_\_

Sintomatologia na ATM: Sim ( ) Não ( )

Onde? \_\_\_\_\_

Desvios: \_\_\_\_\_ Estalidos: \_\_\_\_\_

Montagem em articulador Sim ( ) Não ( )

Confecção de goteira Sim ( ) Não ( ) Tipo \_\_\_\_\_



## Hipomineralización Incisivo-Molar: Presentación de dos casos clínicos



Rocha, F.<sup>1</sup>; Lopes, L.<sup>1</sup>; Bexiga, F.<sup>2</sup>; Seabra, M.<sup>3</sup>; Figueiredo, A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Estudiante del Máster em Odontología de la Universidad Católica Portuguesa - Viseu

<sup>2</sup> Máster en Odontología, Profesor de Odontopediatría Universidad Católica Portuguesa - Viseu

<sup>3</sup> Máster en Odontopediatría, Profesor de Odontopediatría Universidad Católica Portuguesa - Viseu

<sup>4</sup> Máster en Odontología, Profesor responsable del departamento de Odontopediatría Universidad Católica Portuguesa - Viseu

### Introducción:

El hipomineralización Incisivo-Molar (HIM) es una alteración cualitativa del esmalte caracterizado por alteración de la mineralización de al menos uno de los cuatro primeros molares y se asocia frecuentemente a los incisivos superiores o inferiores, puede afectar caninos, todos de la dentición permanente. Es menos frecuente afectar los dientes de leche.

Su causa se relaciona con factores ambientales que actúan durante el periodo prenatal, perinatal y en la influencia de la niñez en esta patología.

La prevalencia de registros de HIM es muy variables, dependiendo de la población estudiada.

De acuerdo con la European Academy of Pediatric Dentistry (EAPD) (Fig.1), el diagnóstico del HIM se basa en una escala de 0 a 10, dependiendo de la gravedad de la afectación y las lesiones asociadas.

Clinicamente, el defecto en el esmalte de los dientes afectados es manifestado de una manera bien definida, y puede variar de la presencia de una decoloración de color blanco opaco, amarillo o marrón.

Code	Criteria
0	Enamel defect free
1	White /creamy demarcated opacities, no PEB
1a	White /creamy demarcated opacities, with PEB
2	Yellow /brown demarcated opacities, no PEB
2a	Yellow /brown demarcated opacities, with PEB
3	Atypical restoration
4	Missing because of MIH
5	Partially erupted (i.e., less than one-third of the crown high) with evidence of MIH
6	Unerrupted /partially erupted with no evidence of MIH
7	Diffuse opacities (not MIH)
8	Hypoplasia (not MIH)
9	Combined lesion (diffuse opacities/hypoplasia with MIH)
10	Demarcated opacities in incisors only

Fig. 1 – Criterios para la Hipomineralización Incisivo-Molar

**Objetivos:** Este trabajo tiene objetivo de alertar al odontopediatra la importancia del diagnóstico precoz de HIM.

**Descripción de los casos:** Los autores presentan dos casos de pacientes que acuden a la consulta de Odontopediatría en la universidad, que se diagnosticó HIM.

**Caso1:** Niño, 12 años, con pequeñas áreas de opacidad de color amarillo en las superficies oclusales de los primeros molares y opacidad blanca en los incisivos centrales superiores, lo que corresponde a un valor de 1 en la escala del EAPD



**Caso2:** Niña, 7 años, tiene opacidad de color generalizada en los primeros molares superiores e inferiores y líneas de fractura, y opacidades blancas en los incisivos centrales superiores e inferiores, tiene un valor de 5 en la escala del EAPD.



**Comentarios:** El HIM puede tener consecuencias graves para el paciente afectado. Es importante realizar un diagnóstico precoz de esta patología, permitiendo la disminución de la morbilidad asociada a la extracción de los dientes permanentes en pacientes jóvenes.

**Conclusiones:** El HIM es un defecto del esmalte etiología relativamente desconocido, sabiendo que tiene un origen multifactorial y, a menudo se relaciona con enfermedades de la infancia.

Los pacientes afectados con HIM son más susceptibles a la caries dental, sensibilidad y fracturas, siendo importante para los odontopediatras estar informados acerca de esta condición, para hacer un diagnóstico precoz o la prevención de la progresión a situaciones de mayor gravedad.



## Anexo C – Relatório Anátomo-Pathológico, relaticamente ao caso clínico III

 <b>LHC</b> Laboratório de Histopatologia, S.A.	Dr. Técnica: Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho	Rua Amor de Perdigão, 11-2 - 1.º Mar. Sul Apartado 33 810 S. José - 2001-909 VISEU Tel: 232 436 814 – Fax 232 432 808 www.lhc@anatomopatologica.pt lhc@lhc.pt
---	--	---

<b>Data de Nascimento:</b> 13-12-1930	<b>N.º:</b> 99416 ALVARO ANTUNES COSTA RICARDO ESTRADA SANTO N 4 ALCAINS 4885 CASTELO BRANCO
<b>Telefone:</b> 272906230	
<b>Data entrada:</b> 13-05-2014	
<b>Médico Requisitante:</b> Dr. Tinoco Torres Lopes	
<b>Produto:</b> Sem referência	<b>Exames anteriores:</b>
<b>Diagnóstico Clínico:</b> Ver relatório anátomo-pathológico.	

### RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

**Dados Clínicos:**

Lesão tumoriforme com cerca de 2,5/1,5 cm, com bordos endurecidos, dolorosa, ulcerovegetante na parte central, sangrante ao toque com cerca de dois meses de evolução conhecida. CEC? Carcinoma verrucoso? (Não referenciado o local da colheita).

**Descrição Macroscópica:**

Recebeu-se para análise em dois recipientes distintos e referenciados:

1 - "1ª recolha" - Fragmento com 1,5 x 0,7 x 0,5 cm, parcialmente revestido por mucosa, ao corte, branco e grumoso.

2 - "2ª recolha" - Fragmento com 1 x 0,7 x 0,5 cm, com características semelhantes às encontradas no fragmento referenciado em 1.

**Descrição Histológica:**

Características semelhantes em 1 e 2: tecido revestido parcialmente por epitélio pavimentoso estratificado ulcerado com o cólon ocupado por um carcinoma epidermoide queratinizante moderadamente diferenciado, presente em toda a extensão do bordo cirúrgico em ambos os fragmentos (biópsias incisórias).

<b>Data de saída:</b> 14-05-2014	<b>Assinatura</b>  Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho
----------------------------------	--

Contribuinte a V.A.T. na C.R.C. de Viseu, sob o número único 508 009 540 - Capital Social: 5.000,00 Euros