



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Catarina Oliveira Martins

Viseu, 2017





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Catarina Oliveira Martins

Orientador:

Professor Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2017



## Agradecimentos

Quero agradecer ao Professor Doutor Nélio Veiga pela orientação e coordenação.

Aos meus pais por sempre me apoiarem em tudo durante este percurso académico.

A todos os professores da Universidade Católica Portuguesa (Viseu) e da “Universitat de Barcelona” pelos conhecimentos transmitidos.

Ao meu irmão por todo o carinho.

Aos amigos que fiz em Viseu e em Barcelona pela amizade.

Aos funcionários pela sua disponibilidade.



# Resumo

Este relatório apresenta a atividade clínica experienciada no 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária no “Hospital Odontológico” da “Universitat de Barcelona”.

Para a elaboração deste relatório foi feita uma recolha de dados, exposição e discussão de atos clínicos realizados ao longo do ano letivo.

Os dados recolhidos e a esquematização dos trabalhos desenvolvidos basearam-se em atos clínicos realizados em “Odontologia Integrada” que engloba: Medicina Oral, Prótese Removível, Endodontia, Ortodontia, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Prótese Fixa, Odontopediatria, Cirurgia oral e Oclusão, onde foi possível consolidar conhecimentos teóricos e adquirir competências práticas.

Palavras-chave: clínica universitária, atividade clínica, casos clínicos, medicina dentária,



# Abstract

This report presents the clinical activity experienced in 5<sup>th</sup> grade of the Integrated Master's degree in Dentistry on the "Hospital Odontològic" of "Universitat de Barcelona".

To prepare this report, were performed data collection, exposure and discussion of clinical acts during the year.

The collected data and the outline of developed work were based on clinical acts performed in Integrated Dentistry wich includes Oral Medine, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics, Endodontics, Orthodontics, Periodontology, Operative dentistry, Pediatric Dentistry, Oral Surgery and Occlusion, where it was possible to consolidate knowledge and acquire practical skills.

Keywords: Clinical Activity, University Clinic, Clinical Cases, Dentistry



## Índice

<b>1. Introdução.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Atividade Clínica .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Dados Gerais dos atos clínicos.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Medicina Oral .....	15
2.2.2 Prostodontia Removível .....	16
2.2.3 Prostodontia Fixa .....	16
2.2.4 Oclusão .....	16
2.2.5 Endodontia .....	17
2.2.6 Periodontologia.....	17
2.2.7 Dentisteria Operatória.....	17
2.2.8 Cirurgia Oral .....	18
2.2.9 Odontopediatria .....	18
2.2.10 Ortodontia .....	19
<b>3. Casos Clínicos Diferenciados .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Caso clínico 1: Restauração de uma classe II a compósito com     AutoMatrix® .....</b>	<b>23</b>
3.1.1 Introdução.....	23
3.1.2 Caso clínico .....	24
3.1.3 Discussão e conclusão.....	29
<b>3.2 Caso Clínico 2: Tratamento Endodôntico Radical do dente 3.6 .....</b>	<b>30</b>
3.2.1 Introdução.....	30
3.2.2 Caso clínico .....	31
3.2.3 Discussão e conclusão.....	35
<b>3.3 Caso Clínico 3: Ferulização de Incisivos Superiores devido a     traumatismo .....</b>	<b>36</b>
3.3.1 Introdução.....	36
3.3.2 Caso clínico .....	37
3.3.3 Discussão e conclusão.....	42



<b>4. Atividade Científica .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Póster científico “Manejo de Molares Decíduos Anquilosados en Ortodoncia” .....</b>	<b>47</b>
<b>5. Bibliografia.....</b>	<b>51</b>
<b>6. Anexos .....</b>	<b>61</b>
<b>6.1 Anexo 1: Publicação Científica: Póster .....</b>	<b>63</b>
<b>6.2 Anexo 2: Consentimento e aceitação do tratamento.....</b>	<b>67</b>
<b>6.3 Anexo 3: Consentimento para uma intervenção cirúrgica.....</b>	<b>69</b>
<b>6.4 Anexo 4: Recomendações prévias à intervenção cirúrgica.....</b>	<b>73</b>
<b>6.5 Anexo 5: Periodontograma (Gesden®).....</b>	<b>75</b>



# Índice de Quadros

Gráfico 1 - Percentagem dos pacientes por género.....	9
Gráfico 2 - Idade dos pacientes.....	10
Gráfico 3 – Quantificação do trabalho realizado como operador e assistente .....	11
Gráfico 4 – Distribuição de indivíduos pela classificação ASA.....	12
Gráfico 5 – Distribuição das patologias sistémicas.....	12
Gráfico 6 – Distribuição das patologias orais.....	13
Gráfico 7 – Escovagem dentária (%).....	14
Gráfico 8 – Hábitos tabágicos (%).....	14



## Índice de Figuras

Fig. 1 – Ortopantomografia .....	24
Fig. 2 – Radiografia periapical do dente 1.6 (cavidade classe II) .....	24
Fig. 3 – Isolamento absoluto .....	28
Fig. 4 – Condicionamento ácido .....	28
Fig. 5 – Lavagem com água .....	28
Fig. 6 – Aplicação do adesivo .....	28
Fig. 7 - AutoMatrix® + cunha interproximal .....	28
Fig. 8 – Aplicação do compósito .....	28
Fig. 9 – Restauração final (com dique) .....	28
Fig. 10 – Restauração final (sem dique) .....	28
Fig. 11 – Radiografia final .....	31
Fig. 12 – Ortopantomografia .....	31
Fig. 13 – Radiografia periapical do dente 3.6 com restauração provisória .....	31
Fig. 14 – Dente 3.6 (restauração provisória) .....	34
Fig. 15 – Cavidade de acesso .....	34
Fig. 16 – Reciproc ODMt .....	35
Fig. 17 – Radiografia confirmação da OMDt .....	35
Fig. 18 – Irrigação canalar .....	35
Fig. 19 – Instrumentação canalar .....	35
Fig. 20 – Radiografia Conometria .....	35
Fig. 21 – Radiografia final .....	35
Fig. 22 – Ortopantomografia .....	38
Fig. 23 – Radiografia periapical dos incisivos superiores .....	38
Fig. 24 – Fotografia frontal .....	41
Fig. 25 – Fotografia frontal .....	41
Fig. 26 – Fotografia oclusal .....	42
Fig. 27 – Confeção da férula .....	42
Fig. 28 – Fotografia oclusal com a férula .....	42



## Lista de Siglas

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

ICDAS – “International Caries Detection and Assessment System”

ATM – Articulação Temporomandibular

DTM – Disfunção Temporomandibular

BOP – Hemorragia à Sondagem

RAR – Raspagem e Alisamento Radicular

OMDt – Odontometria de trabalho



# Introdução

---



# 1. Introdução

A Medicina Dentária é o ramo da saúde que previne, diagnostica e trata os problemas da cavidade oral, a qual engloba os dentes, as gengivas as mucosas, e as estruturas adjacentes como a musculatura e ligamentos faciais. Ajuda na prevenção de dor, infeções, cancro, estética, periodontite, cáries, ou seja, ajuda na conservação da saúde oral que é um fator determinante para a saúde global e bem-estar. (1)

O profissional de saúde que é formado em Medicina Dentária designa-se por médico dentista. É aconselhável que a população visite regularmente o seu médico dentista para prevenir e detetar precocemente algumas complicações. Também é importante haver uma boa higiene oral com uma adequada escovagem, e o uso de dentífricos fluoretados e fio dentário, assim como uma boa alimentação e estilo de vida saudável. (2)

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária existe na Universidade Católica Portuguesa de Viseu, juntamente com a Clínica Dentária Universitária desde 2002.

Em Portugal a entidade reguladora da atividade em Medicina Dentária é a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

O tratamento na medicina dentária é um trabalho multidisciplinar e complementar. (3) Portanto podem ser consideradas as seguintes áreas:

A Medicina Oral é a área da medicina dentária que estuda, pesquisa, diagnostica e trata de forma não cirúrgica as complicações da região orofacial, tais como disfunção nas glândulas salivares, manifestações orais devido a doenças sistémicas, como o Vírus da Imunodeficiência Humana. (4) (5)

A Cirurgia Oral diagnostica e trata de forma cirúrgica as lesões, alterações e patologias orais, como exodontias, cirurgia de tumores ou quistos, cirurgia endodóntica, cirurgia periodontal, colocação de implantes, traumas, cirurgia pré-protética, enxertos ósseos. (6)

A Periodontologia previne, diagnostica e trata as doenças e complicações das estruturas de suporte do dente. Segundo a *American Academy of Periodontology* (AAP), a Periodontologia dedica-se ao tratamento da doença periodontal, procedimentos periodontais estéticos e colocação de implantes. A atual classificação das doenças periodontais foi introduzida em 1999 pela AAP. (7) Conforme essa classificação, existe a Gengivite induzida por placa e a Gengivite não induzida por placa. (8) A Periodontite é dividida em 3 categorias de acordo com as suas características clínicas, radiográficas e históricas: Periodontite Crônica, Periodontite Agressiva e Periodontite associada a doenças sistêmicas. (9)

A Odontopediatria é a área que cuida da saúde oral dos bebês, crianças até à adolescência. Também se encarrega de detetar possíveis anomalias ortodônticas, aplicação de selantes de fossas e fissuras, tratar traumatismos orais, endodontias que podem ser pulpotomias, quando se remove apenas uma parte da polpa, ou pulpetomias que é a remoção completa da polpa dentária. Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) a primeira consulta dentária deve ser realizada quando erupciona o primeiro dente decíduo ou até completar o primeiro aniversário. Também é importante saber que os traumatismos orais nas crianças são frequentes e devem ser aplicadas as *Guidlines da International Association of Dental Traumatology* (IADT). (10) (11)

A Ortodontia previne e trata as alterações dento-faciais. Corrige a posição inadequada dos dentes e maxilares. A ortodontia pode ser preventiva, prevenindo problemas na dentição decídua e mista, na fase de desenvolvimento. A ortodontia intercetiva impede que algum problema ortodôntico não se agrave, intercetando-o com aparelhos removíveis ou fixos. A ortodontia corretiva é realizada em dentição definitiva, trata um problema que já está instalado. Para se realizarem estes tratamentos ortodônticos são necessários os conceitos de oclusão. (12)

A Endodontia é o ramo da Medicina Dentária que estuda e trata os problemas da polpa e dos tecidos perirradiculares, ou seja, é responsável pela polpa e pelos canais radicares e tecidos periapicais. Um tratamento endodôntico

é a remoção da polpa do dente e esta pode estar vital, inflamada, infetada ou necrosada, e posterior preenchimento com um material biocompatível. O isolamento absoluto é indispensável para evitar que o paciente aspire os materiais dentários e por questões de assepsia. A endodontia pode ser considerada como uma componente da medicina dentária conservadora. (13)

A Dentisteria Operatória é a área da medicina dentária que trata lesões de cárie, alterações de cor ou forma ou fraturas, melhorando a harmonia do sorriso. (14) Este tratamento é conservador e restaurador direto, e pode ser com resinas compostas, amalgama, ionómero de vidro, entre outros. As lesões de carie resultam da desmineralização nos tecidos dentários, esmalte, dentina e cimento, causada pelo biofilme bacteriano que fermenta os hidratos de carbono em ácido láctico. O diagnóstico de cáries é feito através do *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS) este sistema consiste em determinar se o dente é sano, selado, restaurado ou ausente. (15) E em seguida, classifica-se o estado da cárie. (16) Na Dentisteria Operatória também se fazem branqueamentos dentários, melhorando assim a estética.

A Oclusão estuda as relações de mordida entre a maxila e a mandíbula e as implicações nos dentes, gengivas, ossos, músculos, ligamentos e articulação temporomandibular. Segundo a *American Academy of Oral Pain* a disfunção temporomandibular (DTM) é um desequilíbrio funcional da articulação temporomandibular, ligamentos, músculos da mastigação e dentes e estruturas anexas. Os registos de oclusão são dependentes da musculatura, pois esta está unida ao sistema esquelético. (17)

A Prostodontia dedica-se ao diagnóstico, planeamento, reabilitação e manutenção da função oral, restaurando a mastigação, fonética e estética através da substituição de dentes e tecidos associados. Estas soluções podem ser com elementos fixos, sendo a área da Prostodontia Fixa a responsável, ou pode ser com elementos removíveis, que podem ser colocadas e removidos quando se pretende, e neste caso a responsável é a Prostodontia Removível. (18)

Este relatório tem como objetivo descrever, analisar, refletir e criticar a atividade clínica do autor durante o 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na clínica dentária do “Hospital Odontològic” da “Universitat de Barcelona” na área de “Odontologia Integrada” que engloba todas as áreas clínicas do 5º ano da Universidade Católica Portuguesa. A atividade clínica em Barcelona resultou do programa Erasmus+ através da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, onde foi possível consolidar os conhecimentos adquiridos em ambas as Universidades. A recolha de dados foi realizada desde Setembro de 2016 a Maio de 2017. O software de gestão dentária utilizado nas consultas foi o Gesden® e o software de imagem digital foi o Planmeca Romexis®, a máquina fotográfica foi uma Canon 760D com a lente Canon 18-135mm e flash anelar.

Foram selecionados alguns casos clínicos diferenciados que serão descritos posteriormente neste relatório.

## Atividade Clínica

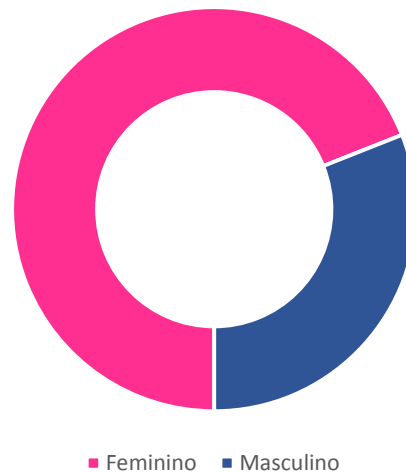


## 2. Atividade Clínica

### 2.1 Dados Gerais dos atos clínicos

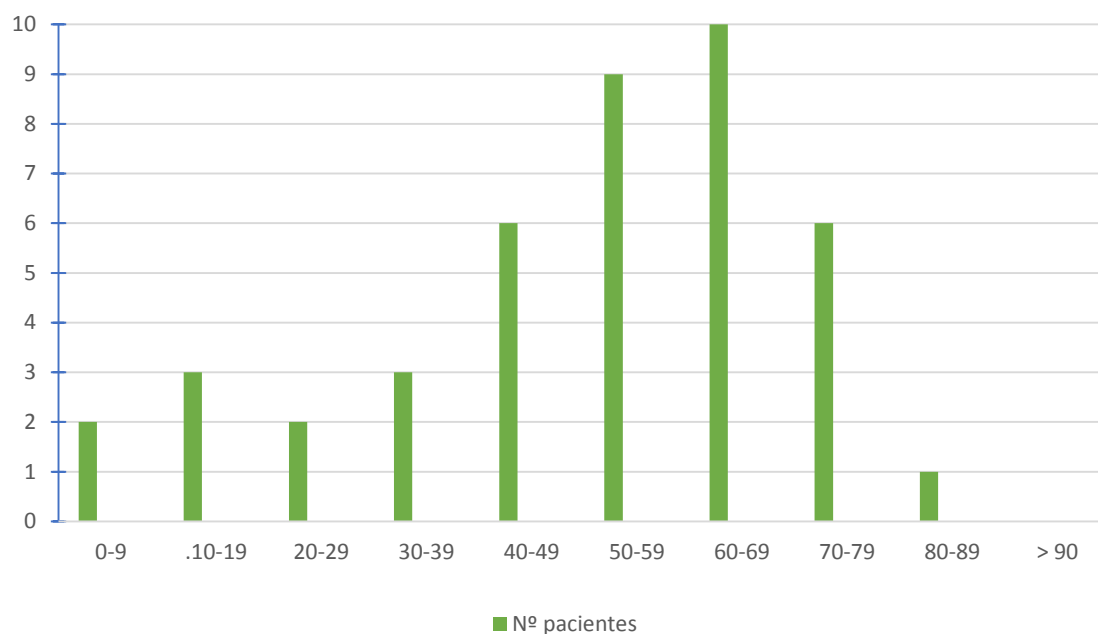
Durante o período de atividade clínica no “Hospital Odontològic” da “Universitat de Barcelona”, referido anteriormente, foi contabilizado como operadora um total de 42 pacientes, dos quais 29 eram do sexo feminino (69 %) e 13 do sexo masculino (31%), como se pode verificar no gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentagem dos pacientes por género



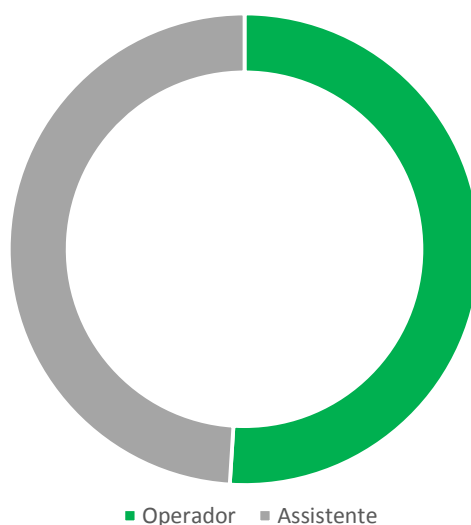
As idades estavam compreendidas entre os 2 e os 83 anos, e a maioria dos pacientes tinha entre 40 e 69 anos, e em contraste uma minoria encontrava-se na faixa etária dos 0-9 anos. Não houve pacientes na faixa etária com mais de 90 anos. (gráfico 2)

Gráfico 2 - Idade dos pacientes



Durante este período o autor realizou atividade clínica como operador e como assistente. Sendo o número de atos clínicos como operador e como assistente semelhantes. Como operadora foram contabilizados 42 pacientes e um total de 105 atos clínicos, como assistente contabilizou-se 103 atos clínicos. (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Quantificação do trabalho realizado como operadora e assistente



Foi avaliado o nível de risco em todos os pacientes, de acordo com a classificação de estado físico da *American Society of Anesthesiology* (ASA). Segundo esta classificação, a ASA I indica que o paciente é saudável e não faz toma diária de algum fármaco.

Na ASA II, o paciente possui doença/condição sistêmica leve e não limita a sua atividade, por exemplo, fumadores, bebedores de sociais de álcool, gravidez, obesidade [ $>30$  IMC  $< 40$ ], diabetes mellitus (DM) controlada, hipertensão arterial controlada, doença pulmonar leve.

Na ASA III os pacientes têm doenças sistêmicas moderadas/ graves que limitam a sua atividade, mas não é incapacitante. Estão incluídos DM mal controlada, hipertensão arterial mal controlada, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), obesidade mórbida [IMC  $> 40$ ], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool ou dependência, insuficiência renal crônica com diálise regular, acidente vascular cerebral (AVC), história distante de infarto agudo do miocárdio, marcapasso cardíaco.

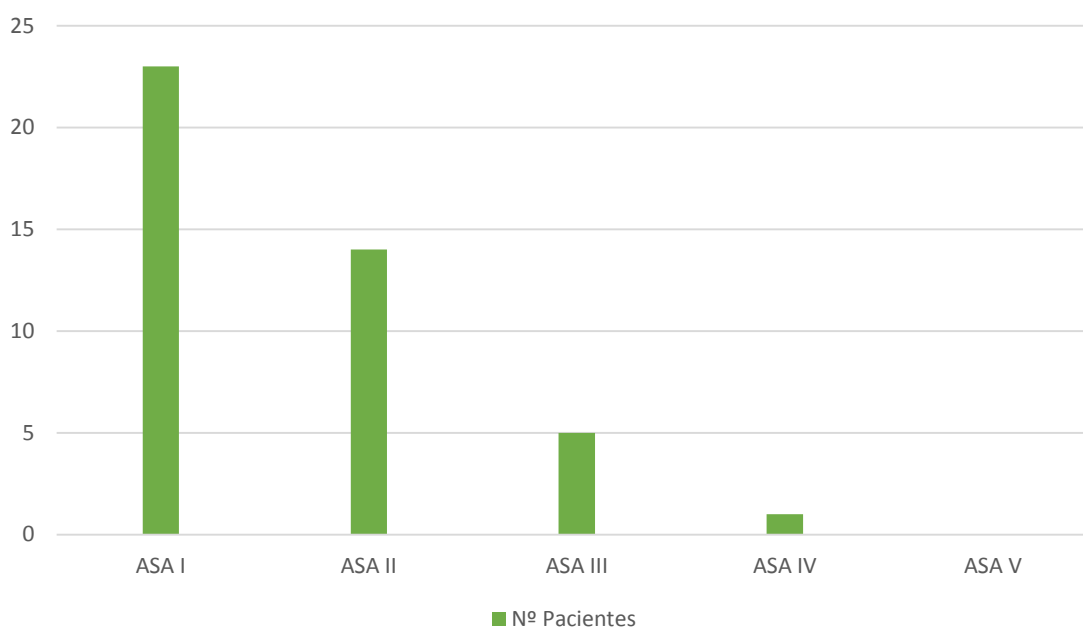
A ASA IV traduz-se em paciente que possui doença sistêmica grave incapacitante e com ameaça constante à sua vida, ou seja, com episódios recentes ( $< 3$  meses) de infarto agudo do miocárdio (IAM), stents coronários, AVC. Também são ASA IV os pacientes com isquemia miocárdica atual, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou doença renal terminal.

A ASA V identifica o paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a cirurgia, como é o caso do sangramento intracraniano, insuficiência de múltiplos órgãos. (19)

E, por fim, na ASA VI o paciente é diagnosticado com morte cerebral, e os seus órgãos podem ser doados. (20)

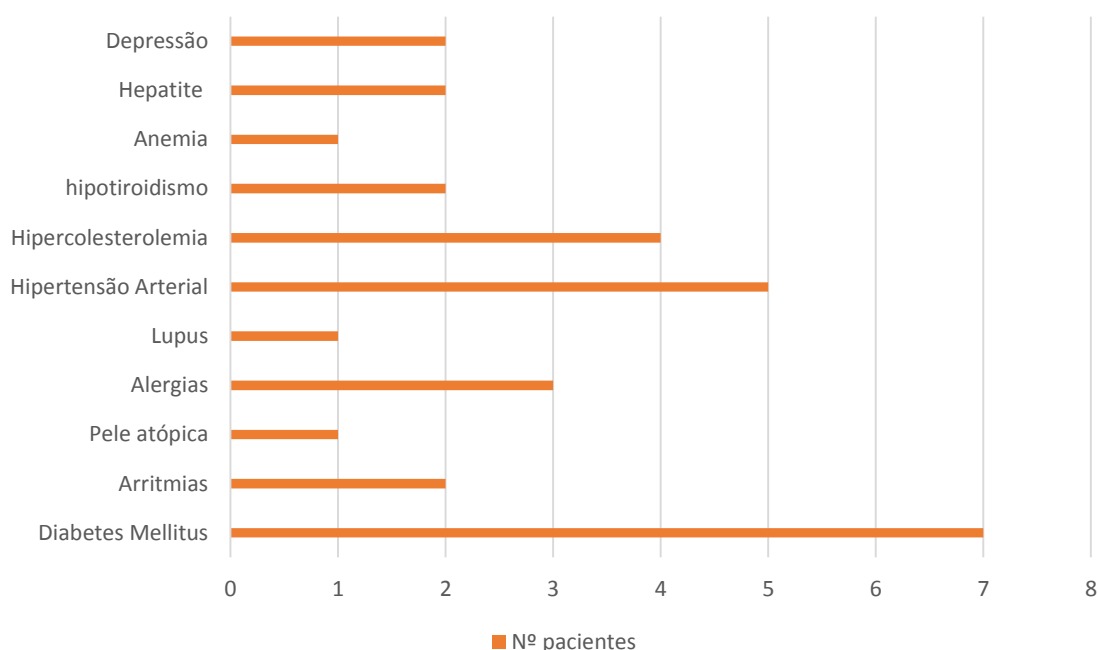
Observou-se que o maior número de pacientes se encontra na ASA I, seguida pela ASA II, depois a ASA III e por fim a ASA IV. (gráfico IV)

Gráfico 4 – Distribuição de indivíduos pela classificação ASA



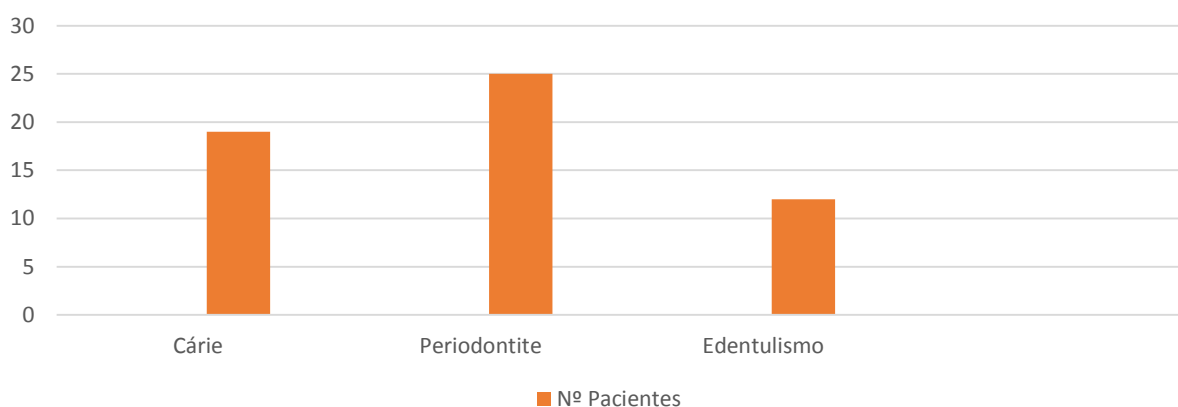
Relativamente às doenças sistémicas, 23 pacientes eram saudáveis. As patologias mais verificadas foram diabetes mellitus, arritmias, alergias, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Também houve casos hepatatite C, depressão, rinite alérgica, lúpus, hipotireoidismo, anemia, asma, entre outros. Houve um caso de um paciente com demência do lobo frontal, com episódio recente de AVC (ASA IV). (gráfico 5)

Gráfico 5- Distribuição das patologias sistémicas



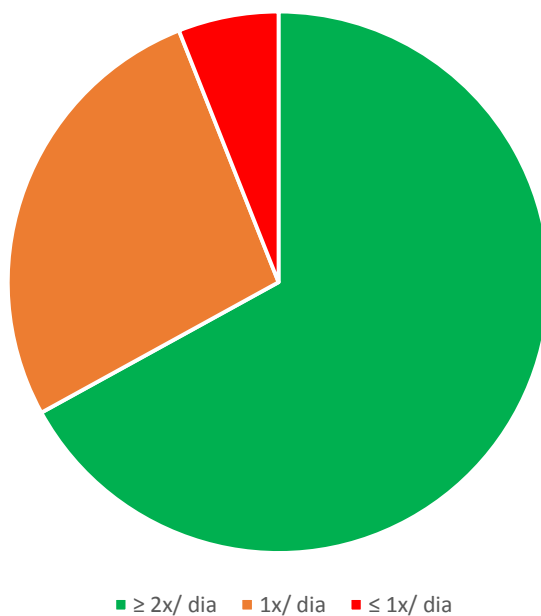
Relativamente às patologias orais, verificou-se que as que apresentavam um valor mais elevado eram as lesões de cárie, doença periodontal e edentulismo. (gráfico 6)

Gráfico 6 - Distribuição das patologias orais.



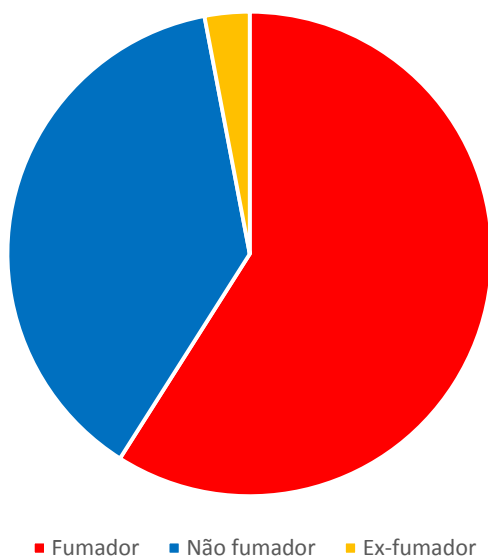
Quanto aos hábitos higiénicos, 67% dos pacientes escova os dentes pelos menos duas vezes por dia, 27% escova apenas uma vez ao dia e 6% admite que não escova os dentes todos os dias (gráfico 6). Também se verificou que apenas 11% usa fio dentário e 22% faz uso de colutórios.

Gráfico 7 – Escovagem dentária (%)



Avaliando os hábitos tabágicos 59% eram fumadores, 38% não fumadores e 3% eram ex-fumadores.

Gráfico 8 – Hábitos tabágicos (%)



## 2.2 Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar

Da atividade clínica realizada, diferenciam-se o número de pacientes por áreas, sendo Dentisteria Operatória a área que obtém a maior percentagem. Isto pode dever-se à elevada percentagem de cárie. Por outro lado, as áreas com menos pacientes foram Odontopediatria e Prótese fixa. Estes valores reduzidos em Odontopediatria podem dever-se ao facto de existir uma pós-graduação na mesma clínica universitária e os pais desses pacientes optarem por esse serviço mais especializado. Já o baixo número de pacientes em prótese fixa pode ser por questões económicas, visto que esses tratamentos podem ser relativamente caros.

### 2.2.1 Medicina Oral

A Disciplina de Medicina Oral pode ser a primeira consulta do paciente, tendo o nome de “primeiras visitas”, ou consulta de controlo no âmbito da medicina oral. É preenchida a história clínica, onde é descrito o motivo de consulta. É extremamente importante conhecermos as patologias sistémicas e orais, antecedentes familiares, cirurgias, bem com a medicação que o paciente toma, hábitos (tabaco, álcool, drogas), higiene oral. Antes do exame intra-oral, o paciente assina o consentimento e aceitação do tratamento (anexo 2).

É feito um exame intra e extra-oral, com o auxílio da ortopantomografia e radiografias periapicais e/ou bitewing, e preenchimento do odontograma e periodontograma (anexo 5).

Posteriormente é feito o diagnóstico e um plano de tratamento multidisciplinar englobando as várias áreas da Medicina Dentária. O plano de tratamento por vezes pode variar conforme a idade do paciente, questões económicas e o próprio interesse do paciente. É importante pesquisar possíveis lesões ou patologias da cavidade oral, região maxilo-facial e região cervico-facial bem como fazer um adequado plano de tratamento.

### 2.2.2 Prostodontia Removível

Nesta área disciplinar é feita a reabilitação total ou parcial removível em pacientes edentulos totais ou parciais, onde é devolvida a função e a estética ao paciente.

No caso de prótese parcial, é importante uma adequada seleção dos dentes pilares, e correta escolha da cor da mucosa gengival e dos dentes. São feitas impressões e posteriormente modelos em gesso, e é através destes modelos que trabalhamos em laboratório. Para a reabilitação oclusal é necessária a montagem dos modelos de gesso em articulador.

Como operadora realizei reabilitações orais com próteses removíveis, adição de ganchos devido a fratura, adição de peças dentárias à prótese, consultas de controlo e rebases.

### 2.2.3 Prostodontia Fixa

Nesta área é feita reabilitação fixa através de coroas unitárias, pontes, incrustações ou faceta, ou seja, é feita reconstrução de dentes extensamente destruídos ou espaços edentulos. São feitos preparos dentários onde depois vai ser colocada a prótese fixa.

Como operadora realizei controlos, preparos dentários, coroas unitárias, coroa provisória de acrílico, ponte provisório de acrílico.

### 2.2.4 Oclusão

Na disciplina de Oclusão é feita uma avaliação da articulação temporomandibular, músculos da mastigação e estruturas anatómicas adjacentes, para pesquisar possíveis desordens ou patologias, como a desordem temporomandibular, dor orofacial. Também pode ser feita montagem em articulador semi-ajustável, que mimetiza a articulação temporomandibular. Depois disto é feito o plano de tratamento

## 2.2.5 Endodontia

Na disciplina de endodontia são feitos tratamentos endodônticos radicais e controlos. O tratamento endodôntico é feito sob anestesia local e é feito isolamento absoluto, com dique de borracha para a obtenção de assepsia e desinfecção, mas também para impedir a deglutição de objetos. Posteriormente é realizada a abertura camarál, de acordo com a anatomia de cada dente, o cateterismo canal, a instrumentação canal (mecanizada ou manual), juntamente com a irrigação e por último a obturação canal. Como operadora realizei endodontia em incisivos, pré-molares e molares com instrumentação manual e mecanizada.

## 2.2.6 Periodontologia

Para chegarmos a um diagnóstico na disciplina de Periodontologia é feita a medição das bolsas periodontais, lesões de furca e recessões gengivais com uma sonda periodontal. Também é avaliada a mobilidade dentária, índice de placa, BOP e é preenchido o Periodontograma com todos esses dados. É necessária a Ortopantomografia, como meio auxiliar de diagnóstico, e é feito status radiográfico, se necessário. Quando sabemos o diagnóstico, efetuamos o plano de tratamento mais adequado para o paciente.

Como operadora fiz raspagem e alisamento radicular (RAR) em três pacientes e destarização com ultra-som em 9 pacientes. Também foram feitos controlos. Houve casos de gengivite leve, periodontite crónica leve generalizada, periodontite avançada generalizada e periodontite crónica moderada generalizada.

## 2.2.7 Dentisteria Operatória

Na Dentisteria Operatória devemos ter uma abordagem preventiva, mas também restauradora relativamente às lesões de cárie, lesões traumáticas, abrasão,

abfração, erosão, atrição e questões estéticas. É feita radiografia periapical ou bitewing que permite uma imagem com maior detalhe. Também é avaliado o estado pulpar, com testes térmicos e percussão vertical e horizontal.

Realizei um total de 27 restaurações diretas classe I, II, III, V e IV e duas reconstruções com espigão.

## 2.2.8 Cirurgia Oral

Nesta disciplina o plano de tratamento passa pela cirurgia dento-alveolar. É extremamente importante a questão da assepsia bem como os conhecimentos teóricos sobre a anatomia, fisiologia, terapêutica e cirurgia oral. O paciente assina o consentimento para uma intervenção cirúrgica (anexo 3) e outro consentimento com recomendações prévias à intervenção cirúrgica (anexo 4).

Como operadora realizei oito atos cirúrgicos, dos quais dois eram exodontias múltiplas de incisivos, duas exodontias de restos radiculares, três pré-molares e duas de molares.

É importante referir que foi realizada uma exodontia num paciente com demência do lobo frontal. Esta cirurgia foi realizada com o conhecimento do médico de família do paciente.

Assisti a exodontias de terceiros molares.

## 2.2.9 Odontopediatria

Na Odontopediatria é feita a história clínica, diagnóstico, prevenção e tratamento nos bebê, crianças e adolescentes. Por norma a ortopantomografia é feita a partir dos 6 anos. Foram realizados 4 atos clínicos como operadora e 2 como assistente.

## 2.2.10 Ortodontia

Nesta disciplina é feito o diagnóstico e plano de tratamento preventivo e interceetivo em crianças. Os diagnósticos são feitos com os meios auxiliares como a fotografia, ortopantomografia, telerradiografia lateral, onde fazemos a análise de Ricketts. Estão relacionados problemas funcionais, como respiração oral e hábitos do paciente. Em laboratório são feitos aparelho removíveis.



## Casos Clínicos Diferenciados



## 3. Casos Clínicos Diferenciados

### 3.1 Caso clínico 1: Restauração de uma classe II a compósito com AutoMatrix®

#### 3.1.1 Introdução

A cárie é a principal causa de perda da estrutura dentária, causando destruição localizada dos tecidos dentários mineralizados devido ao ácido produzido pelas bactérias. (21)

As destruições coronárias devido à cárie podem originar alterações oclusais, funcionais e estéticas. (22)

Quando a destruição afeta o ponto de contacto interproximal, é importante estabelecer-lo novamente, pois a sua inexistência pode causar um desequilíbrio dos dentes na arcada, problemas oclusais, mesializações dos dentes, impaction alimentar e doença periodontal. (23) (24)

Um bom ponto de contacto deve mimetizar a estrutura dentária, permitindo um contacto fisiológico, anatómico e funcional entre dois dentes. (25) Por norma situa-se na zona do equador dentário.

Não existe um material ideal, que preencha todos os requisitos para restabelecer a perda dentária. Porém, podem ser utilizados vários materiais e técnicas tais como o amálgama, resinas compostas, inlay e onlay de porcelana, restaurações metálicas fundidas e metalocerâmicas.

### 3.1.2 Caso clínico

#### Descrição do paciente

Mulher com 67 anos, tem uma cavidade classe II (distal) no dente 1.6 que está vital, após remoção de lesão de cárie.

Alérgica às pirazonas, não faz toma de medicamentos, não refere antecedentes médicos nem cirúrgicos.

Tem ausente os dentes 2.6, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7, endodontia do dente 2.2, restauração nos dentes 3.5 e 14. Escova os dentes duas vezes por dia e não faz uso de colutório nem fio dentário. Cálculos infra-gengivais.

Tem Periodontite Crónica Moderada generalizada.

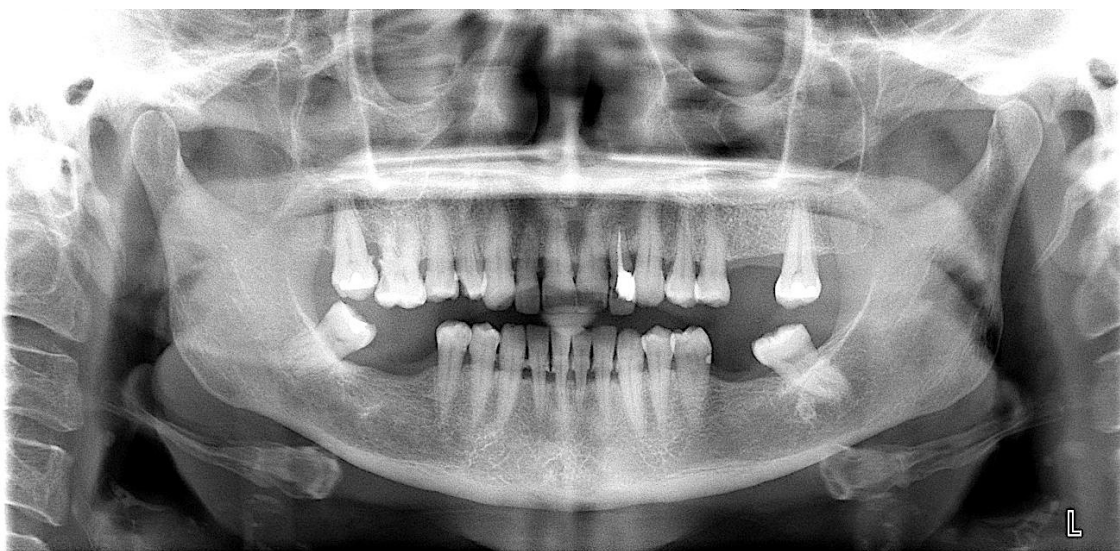


Fig.1 – Ortopantomografia



Fig.2 – Radiografia periapical do dente 1.6. (cavidade classe II)

## Métodos de tratamento existentes

As opções de tratamento para restaurar o dente e estabelecer o ponto de contacto interproximal seriam a restauração a compósito, restauração a cimento de ionómero de vidro ou prótese fixa. A restauração a amalgama não seria possível, pois a clínica universitária não possui esse material.

O ionómero de vidro tem a propriedade de libertar flúor no tecido dentário, mantendo o dente protegido de recidiva de cárie. Também é biocompatível, apresenta uma elevada adesão química ao esmalte e tem um coeficiente de expansão térmica linear semelhante ao dente, o que também contribui na inibição de cárie recorrente. (26) Esta técnica pode ser feita apenas numa consulta e tem um baixo custo. É feito o isolamento, relativo ou absoluto, para proteger dos fluidos orais, de seguida é aplicado o ionómero de vidro. (27) No entanto, a sua aplicação é limitada devido à baixa resistência mecânica. (28)

A resina composta devolve a forma e função semelhante à estrutura dentária e é conservadora. Também pode ser feita apenas numa única sessão, é relativamente económico e tem uma boa relação custo/benefício.

É uma boa alternativa para devolver a estética e a função às destruições dentárias, pois reduz o tempo na consulta. (29)

Nas restaurações diretas classe II é necessário utilizar matriz interproximal e cunha, pois facilita a inserção e condensação do material e impede excesso de material restaurador no espaço interproximal. (30)

Quanto à prótese fixa, poderia ser utilizada uma incrustação. Esta permite uma maior definição anatómica, fornece resistência ao dente e minimiza a microinfiltração. (31) A incrustação é feita num laboratório de prótese e pode ser metálica ou cerâmica. São necessárias várias consultas para a reabilitação com prótese fixa.

Para a confeção da incrustação é necessário ser feito o preparo do dente e um provisório. Na consulta seguinte é feita a moldagem, ou seja, é a transferência da situação clínica para o laboratório de prótese dentária. Posteriormente é feita a prova e possíveis ajuste. Por fim, faz-se a cimentação.

## Tratamento utilizado, resultados do tratamento e follow-up

O método de tratamento utilizado foi a restauração direta a compósito. Pois tem um custo relativamente baixo e a paciente não tem grandes possibilidades económicas. A paciente também não estava disposta a ter várias sessões para reabilitar o dente, queria uma solução rápida. Tendo em conta que o dente não tem antagonista, não vai sofrer carga oclusal, por isso o compósito é uma boa opção neste caso para restaurar o dente e estabelecer o ponto de contacto. Este tratamento permite preservar a estrutura dentária, ou seja, não são necessários preparos dentários, nem cavidades retentivas.

Para conseguirmos obter o ponto de contacto nas restaurações diretas classe II devemos ter em atenção o contorno da superfície proximal e o espaço fisiológico interproximal. (25)

Neste caso a matriz interproximal escolhida foi a Automatrix®, pois tem uma espessura fina e boa adaptação marginal e a sua colocação é relativamente fácil e rápida, e é cómoda para o paciente.

### Material utilizado:

- Kit de observação (2 espelhos intraorais, sonda exploradora, sonda periodontal e pinça universitária)
- Seringa ar/água
- Aspirador de saliva
- Dique de borracha
- Clamp de molares
- Turbina e contra-ângulo
- Broqueiro de dentisteria operatória

- AutoMatrix® e cunhas
- Compósito (cor A3), ácido fosfórico 35%, adesivo
- Arco de Young
- Porta Clamps

### Procedimento:

- 1- Radiografia periapical do dente 1.6 (fig.2).
- 2- Isolamento absoluto com dique de borracha e clamp de molares, para impedir a contaminação bacteriana (fig.3).
- 3- Limpeza da cavidade com bola de algodão com clorhexidina.
- 4- Foi feito o condicionamento ácido durante 15 segundos no esmalte + 15 segundos em toda a cavidade, com ácido fosfórico 35% (fig.4), formando poros no esmalte e aumentando a adesão do material restaurador.
- 5- O ácido foi aspirado e o dente foi lavado abundantemente com água durante 30 segundos e secou-se com bolas de algodão estéreis. (fig.5).
- 6- Em seguida, aplicou-se uma camada de adesivo, que permitirá a adesão do compósito ao dente (fig.6).
- 7- Fotopolimerização do adesivo durante 20 segundos.
- 8- Colou-se a matriz e a cunha, que permitirão restabelecer o ponto de contacto interproximal (fig.7).
- 9- Foram introduzidos vários incrementos de 2 mm de compósito (cor A3) na cavidade, juntamente com condensação e fotopolimerização durante 20 segundos (fig.8).
- 10- Depois de restaurada toda a cavidade, removeu-se o isolamento absoluto, o clamp, a matriz de metal e a cunha.
- 11- Polimento da restauração com broca de arkansas e polimento com tiras de polir interproximais.
- 12- Para verificar a existência do ponto de contacto e a adaptação da restauração, utilizou-se a sonda exploradora, o fio dentário e a radiografia periapical (fig.10 e fig.11). Verificou-se que a restauração tinha boa adaptação e que tinha o ponto de contacto interproximal estabelecido.



Fig.3 - Isolamento absoluto

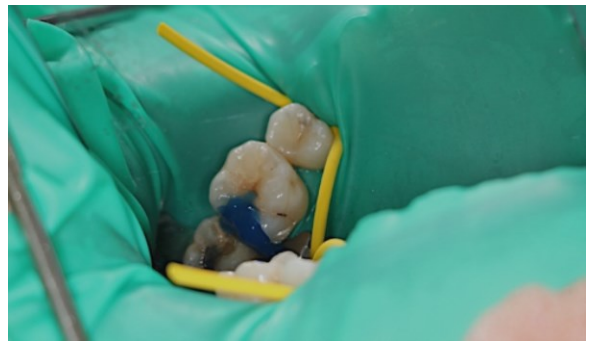


Fig. 4 – Condicionamento ácido

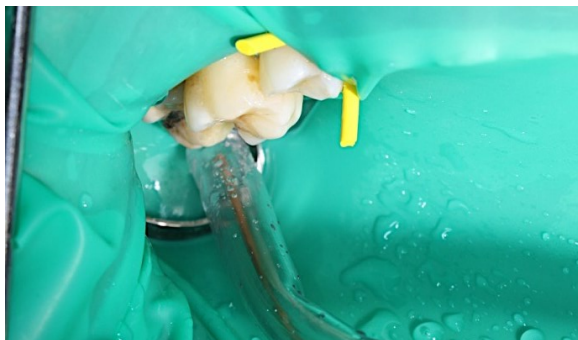


Fig.5 – Lavagem com água



Fig. 6 – Aplicação do adesivo



Fig. 7 – Automatrix® + cunha interproximal

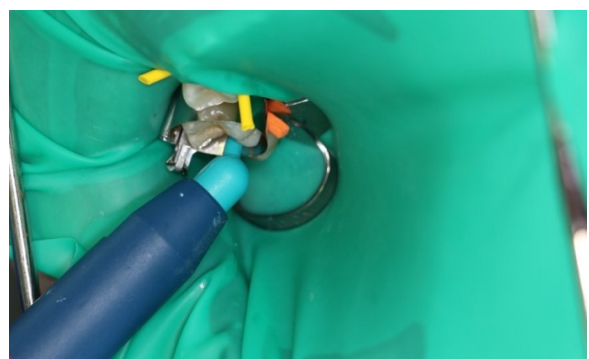


Fig. 8 – Aplicação do compósito

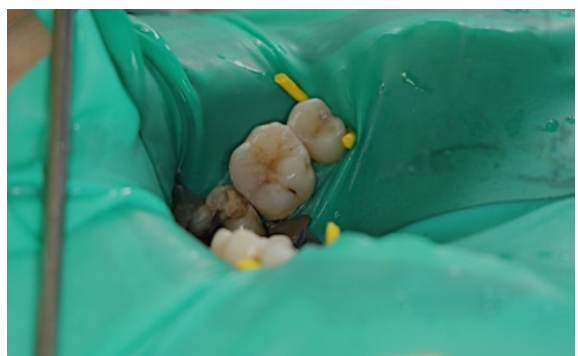


Fig. 9 – restauração final (com dique)



Fig.10 – Restauração final (sem dique)



Fig. 11 – Radiografia final

### 3.1.3 Discussão e conclusão

A grande vantagem desta técnica é permitir uma solução rápida e relativamente resistente. Pode ser uma boa alternativa às incrustações. (32)

É importante um preparo conservador para que o dente absorva a maioria das tensões. (33)

Neste caso não foram necessários ajustes oclusais com papel articular, pois o dente 36 não tinha dente oponente (natural ou prótese).

Contudo, a restauração com compósito também apresenta desvantagens, o operador necessita ter uma boa sensibilidade da técnica. É possível a contaminação operatória e contração de polimerização, que pode causar deficiência na interface dente/restauração permitindo infiltração marginal. (23)  
(34)

AutoMatrix® A grande desvantagem da AutoMatrix® é que pode fazer com que o dente não tenha a anatomia adequada em grandes restaurações, pode tornar as paredes do dente um pouco retas, pois o metal não tem pré-contorno.

A restauração a compósito nesta consulta estaria contraindicada em cavidades excessivamente grandes em dentes posteriores, em preparos profundos subgingivais, pois é praticamente impossível obter selamento marginal no

cimento radicular. Também está contraindicado quando não há esmalte periférico, pois há maior adesão do compósito ao esmalte do que à dentina. Não é indicado quando não há controlo da humidade e dos fluídos, tornando-se impossível a adesão do compósito aos tecidos dentários. E, por fim, este tratamento também está contraindicado em caso de bruxismo, o que provoca desgaste excessivo da restauração.

No fim da consulta foram dadas à paciente indicações sobre a técnica de escovagem dentária, o uso de escovilhão interproximal e fio dentário. Espera-se longevidade do tratamento, pois o dente não sofre carga oclusal, a restauração não é muito extensa e foi feita a técnica adequadamente.

## 3.2 Caso Clínico 2: Tratamento Endodôntico Radical do dente 3.6

### 3.2.1 Introdução

A lesão pulpar ocorre maioritariamente devido à cárie, que afeta a polpa e torna-a irreversivelmente inflamada e depois necrosada.

Os sintomas da pulpite passam por dor no dente afetado, que varia de intensidade, duração e intervalo.

Para um correto diagnóstico da lesão pulpar, é feita a história médica, história dental e história de dor. São avaliados os tecidos de suporte através da palpação, percussão e mobilidade dentária, feitos os testes térmicos para avaliar a vitalidade pulpar, onde devem existir dois dentes de controlo, e é feita a radiografia periapical (35)

Existem duas opções de tratamento para a pulpite irreversível, que são o tratamento endodôntico radical (TER), em que é removida a polpa, ou a exodontia do dente afetado.

### 3.2.2 Caso clínico

#### Descrição do paciente

Paciente do sexo feminino, 19 anos, apresentou-se à consulta de urgência com dor intensa no dente 36, o qual estava restaurado provisoriamente e tinha bola de algodão com Cresophene devido a exposição pulpar.

Estudante e saudável, sem antecedentes médicos, alérgicos, familiares, cirúrgicos, toxicológicos nem medicamentos.

Foi feita a radiografia periapical e feita a história da dor que era mais intensa à noite e apenas na zona do dente 3.6, sem irradiação. A percursão vertical era positiva e a percursão horizontal negativa. Dor intensa com o teste térmico ao frio. O diagnóstico é lesão pulpar irreversível.

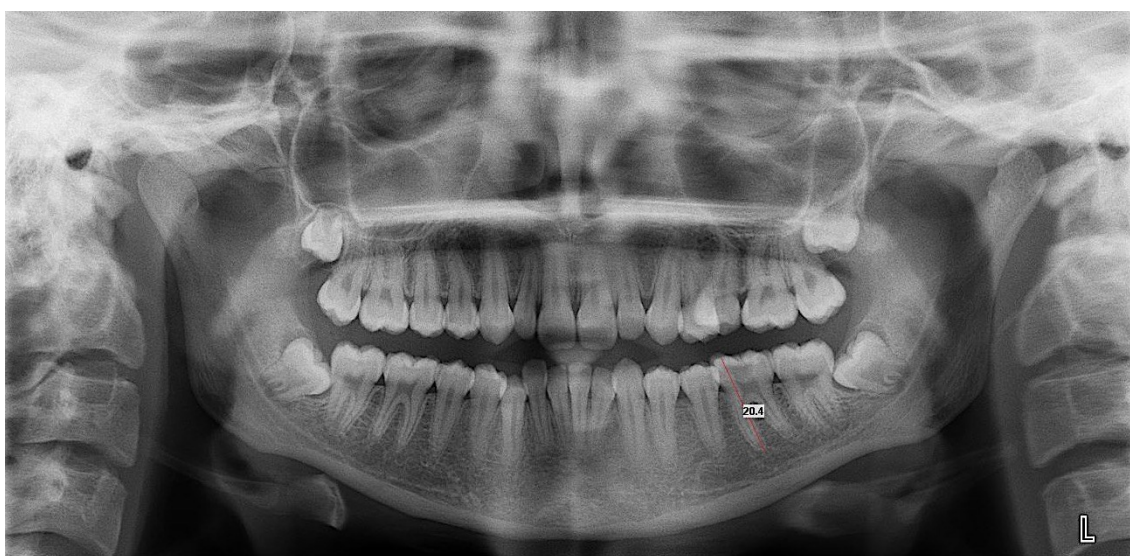


Fig. 12- Ortopantomografia



Fig. 13 – Radiografia periapical dente 3.6, com restauração provisória

## Tratamentos possíveis

Como referido anteriormente, as opções de tratamento para a pulpite irreversível seriam a endodontia ou a exodontia.

O tratamento endodôntico radical é a remoção da polpa inflamada ou necrosada e obturação dos condutos dentários. O sucesso deste tratamento depende maioritariamente da remoção bacteriana antes da obturação. Para alguns autores é mais importante a desinfeção do canal do que a própria obturação. (36) (37)

Para este controlo da infeção bacteriana é fundamental o isolamento absoluto com o dique de borracha, uma boa irrigação e biomecânica canalar.

O isolamento absoluto permite isolar as bactérias presentes na cavidade oral, impedindo assim a entrada destas para os canais dentários.

A biomecânica é feita com limas, que removem os resíduos dos condutos, juntamente com a irrigação.

A obturação canalar é feita com um material biocompatível e permite selar os condutos dentários, evitando assim a migração bacteriana para o interior do dente. (38)

A exodontia poderá ser mais simples, com menos sessões clínicas e mais económico. O que, por outro lado, se tornaria mais complexo e mais dispendioso com a reabilitação protética do dente extraído.

O custo da cirurgia é mais reduzido e o procedimento seria mais simples e mais rápido, ou seja, com menos sessões.

O método de tratamento escolhido foi a endodontia, pois atualmente é preferível tentar preservar o dente do que a sua extração. (39) (40) Este procedimento é seguro e tem o sucesso de mais de 90% (41)

Para o sucesso do tratamento não deve existir dor por parte do paciente, e na radiografia deve observar-se o canal completamente preenchido, com a gutapercha totalmente condensada e ausência de inflamação apical. (42)

## Material utilizado:

- Kit de observação (2 espelhos intraorais, sonda exploradora, sonda periodontal e 2 pinças universitárias)
- Seringa ar/água
- Aspirador de saliva
- Dique de borracha, arco de young
- Clamp de molares, porta clamps
- Carpule, anestubos de Articaína 1:100.000 e agulha 30G
- Turbina e contra-ângulo
- Broqueiro de dentisteria
- Kit de Limas K
- Hipoclorito de Sódio
- Seringas e agulhas para Irrigação
- Régua Endodôntica
- Reciproc (medidor de ODMt)
- Stop´s
- Cones Mestre
- Cones pirata
- Spreader A30
- Pasta de Obturação AHplus
- Gutta percha
- Plugger
- Lamparina

## Procedimento:

1- Anestesia do nervo alveolar inferior e do nervo lingual com articaína 1:100.000  
2 - Colocou-se o isolamento absoluto com dique de borracha e clamp de molares.  
3- Removeu-se a restauração provisória do dente, a bola de algodão e o teto da câmara pulpar com o contra-ângulo (fig.14 e fig.15). Não foi necessário desgaste compensatório. Verificou-se que o dente tinha 3 canais: mesiovestibular, mesiolingual e distal.

- 4- Com o reciproc e limas k 15 mediu-se a odontometria de trabalho (fig.16) dos canais, que foi confirmada na radiografia periapical (fig.17). Os 3 canais tinham a ODMt de 19mm.
- 5- Determinou-se o limite DDF de cada canal com as limas até à ODMt, que foi 10 nos 3 canais. De seguida, instrumentou-se o 1/3 apical de cada canal, com uma sequência de 3 limas à ODMt, intercalado com irrigação com hipoclorito de sódio. (fig.18 e fig.19)
- 6- Consequentemente determinou-se a LAM para todos os canais, que foi 25.
- 7- Recapitulação com todas as limas do preparo apical para remover restos dentinários.
- 8- No preparo do 1/3 médio e coronário realizou-se a instrumentação canalar com uma sequência de 3 limas acima da LAM, a 2 mm da ODMt.
- 9- Recapitulação com a LAM.
- 10- Terminada a instrumentação, secam-se os canais com cones de papel seguido um cone embebido em álcool para baixar a tensão superficial.
- 11- Determinou-se o cone-mestre à ODMt com "tugback". (fig.20)
- 12- De seguida, introduziu-se o cone mestre envolvido com pasta obturadora AHplus , e condensou-se com um spreader A30.
- 13- Introduziu-se posteriormente cones pirata envolvidos também na pasta e condensou-se com o spreader após colocação de cada um.
- 14- No final, com um plugger aquecido retirou-se o excesso de guta.
- 15- Radiografia final para avaliar a obturação canalar. (fig. 21)



Fig.14-Dente 36 (restauração provisória) Fig.15 - cavidade de acesso

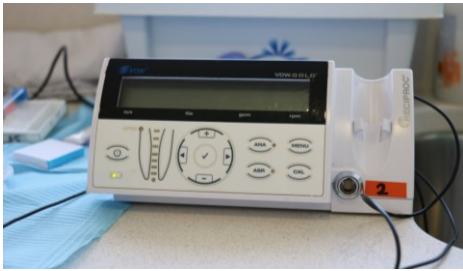


Fig. 16 – Reciproc – ODMt

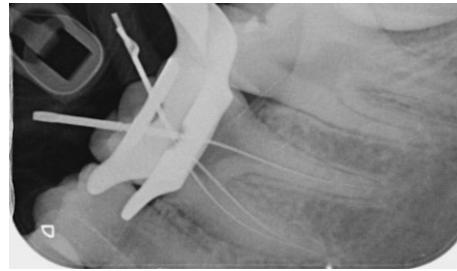


Fig. 17 – Radiografia confirmação ODMt



Fig. 18 – Irrigação canal

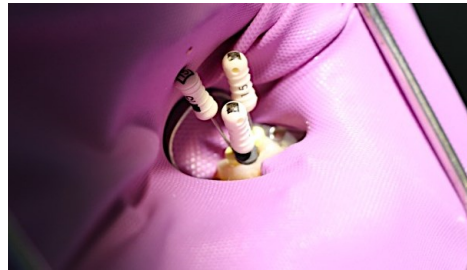


Fig. 19 – Instrumentação canal



Fig. 20 – Radiografia- Conometria



Fig. 21 – Radiografia final

### 3.2.3 Discussão e conclusão

O tratamento de canais apresenta grandes vantagens, pois é considerado como a última possibilidade de manter o dente em boca.

Contudo, a pulpetomia não é 100% eficaz, existe um baixo risco de persistir a lesão endodôntica pós-tratamento. (43) Esta lesão pode persistir devido à anatomia canal e fatores bacterianos que se localizam em áreas inafetadas pelos instrumentos e agentes antimicrobianos, como os canais secundários e ramificações. (44) (45)

Também existe possibilidade de ocorrerem fraturas das limas, perfuração ou fratura radicular ou o hipoclorito passar o ápex. É seguro mas pode afetar os

tecidos periapicais quando passa o ápex (46) (47)  
Por isso é importante uma boa técnica do operador, para evitar estas possíveis complicações.

O tratamento endodôntico está contra-indicado quando não existe suporte periodontal suficiente, neste caso é recomendada a extração. (48) (49)

É recomendada a exodontia em dentes com cárie de raiz e de furca, dentes não restauráveis ou dentes com proporção coroa/raiz inadequada. (48)

Também está contra-indicado quando há grandes reabsorções e perfurações. (50)

### 3.3 Caso Clínico 3: Ferulização de Incisivos Superiores devido a traumatismo

#### 3.3.1 Introdução

Os traumatismos dentários são um desafio dentário, pois são considerados uma urgência e o seu tratamento deve ser imediato.

Uma lesão traumática engloba os tecidos periodontais, e pode ser desde uma simples fratura de esmalte até à perda do dente. (51)

É importante avaliar a condição pulpar, pois é comum ser afetada quando há traumatismos. (52)

Clinicamente, nos traumatismos dentários é possível verificar a existência de mobilidade ou deslocamento do dente, sangramento e fraturas ósseas. (53)(54)

No caso da subluxação, há rutura das fibras do ligamento periodontal e vasos sanguíneos. Os dentes possuem alguma mobilidade e sensibilidade, mas sem existir deslocamento dentário. Há hemorragia no sulco gengival e poderá haver também nos restantes tecidos moles, como por exemplo, no lábio. (55) (56)

Quando envolvem dentes anteriores podem resultar em efeitos desfavoráveis na função e estética. Normalmente não são encontradas anomalias na radiografia.

Para um plano de tratamento correto, não devem existir falhas no diagnóstico, e a sintomatologia deve ser tratada, pois um prognóstico desfavorável pode levar à perda do dente. (57)(58)

O tratamento dos traumatismos dentários é multidisciplinar, pode englobar a odontopediatria, cirurgia, endodontia e prostodontia. (59) Além disso são necessários controlos a longo prazo, pois podem surgir outras complicações. (60)

Por vezes, na subluxação pode não ser necessário nenhum tratamento ou pode ser colocada uma férula semi-rígida. Posteriormente são necessárias revisões.

### 3.3.2 Caso clínico

#### Descrição do paciente

Mulher com 62 anos.

Apareceu de urgência na clínica universitária devido a um traumatismo nos incisivos superiores.

Tem hipertensão arterial, hipercolesterolemia e psoríase. Como antecedentes cirúrgicos tem apendicectomia, amigdalectomia, adenoidectomia e hérnia inguinal. É ex-fumadora.

Tem como antecedentes dentários exodontias dos dentes 1.7, 2.5, 3.6, 3.7, 4.6 e 4.7, ponte do dente 4.5 ao 4.8, ponte do dente 2.4 ao 2.7. Tem periodontite crónica generalizada avançada. Escova os dentes uma vez por dia e faz uso esporádico de colutório.

No exame intra-oral observa-se pequena lesão traumática do lábio superior e púrpura telangiectásica de 2mm no lábio inferior. Os incisivos superiores possuem mobilidade e estão dolorosos à palpação. Apresenta dor com as forças oclusais, por isso, evita fechar a boca.

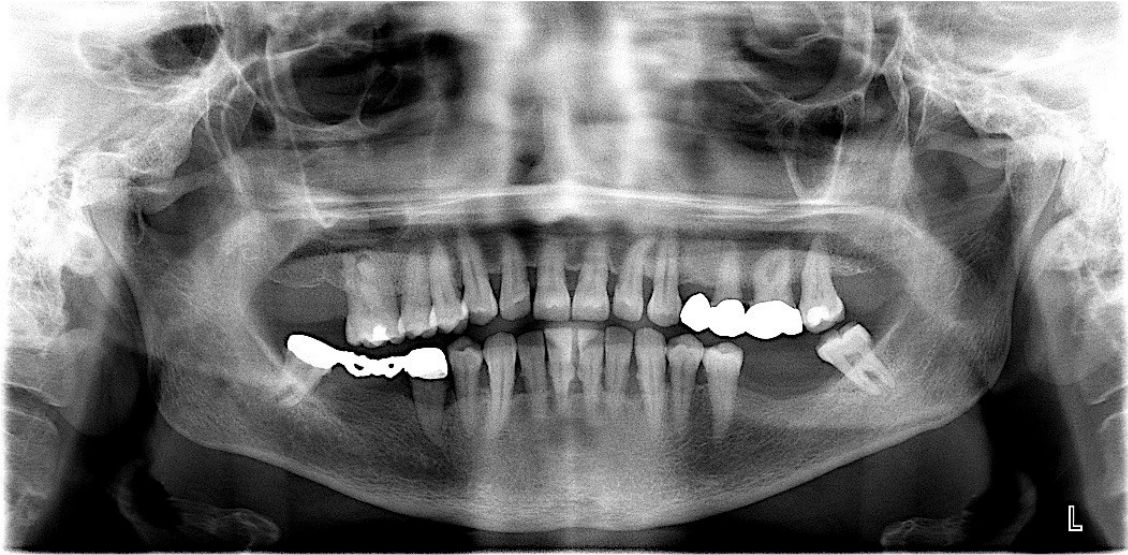


Fig. 22- Ortopantomografia



Fig. 23 – Radiografia periapical dos incisivos superiores

## Descrição dos diversos métodos de tratamento existentes

Na subluxação, quando há mobilidade dentária o tratamento indicado é a férula semi-rígida durante 2 semanas. (61) (62)

A férula deve permitir que o dente tenha a mobilidade fisiológica, e deve estar limitada aos dentes adjacentes.

As férulas dentárias podem ser flexíveis ou semi-rígidas. As férulas rígidas são utilizadas somente a nível ósseo. (58) A sua escolha depende de cada caso. As férulas flexíveis permitem que haja mais mobilidade do que a normal, ou seja, mais mobilidade do que a fisiológica. (62) (63) As férulas semi-rígidas permitem mobilidade fisiológica, ou seja, mobilidade igual à de um dente saudável, permitindo assim a cicatrização do ligamento periodontal. (64) Para este caso poderiam ser utilizadas férula de resina, férula de arame e compósito ou férula de fibra de vidro.

A férula de resina é estética e fácil de realizar. A férula de arame ortodôntico com compósito é relativamente fácil de fazer e apenas são necessários materiais que já existem na clínica. Esta férula pode tornar-se mais ou menos flexível de acordo com a espessura do arame de ortodontia. (61)

A férula de fibra de vidro pode ser utilizada em vez do arame. É muito estética e tem baixo risco de fratura. A fibra de vidro é fixada no dente com compósito. É possível alterar a flexibilidade dependendo das camadas de fibra de vidro ou da extensão da férula.

A férula pode ser colocada em vestibular ou em palatino.

A ferulização ajuda na proteção dos tecidos de suporte, o que permite a reparação das fibras do ligamento periodontal e e/ou regeneração óssea. (62)

Este procedimento deve ser rápido. A férula deve ser confortável para o paciente e deve ser semi-rígida, permitindo uma mobilidade fisiológica para poder haver reparação do tecido periodontal. (65)

A colocação da férula é feita com um arame de ortodontia e é fixada com compósito.

A ferulização por vestibular, permite que as faces palatinas fiquem disponíveis em caso de necessidade de abertura camarál, para tratamento endodôntico.

A colocação da férula na face palatina é mais estética, é praticamente invisível.

## Método de tratamento utilizado

A férulização é o único tratamento indicado neste caso de traumatismo. (66)(67)

A técnica escolhida foi a férula de arame ortodôntico com compósito, pois permite uma mobilidade fisiológica dos dentes afetados e é rápida de fazer.

Optou-se por fazer ferulização na face palatina dos incisivos, pois a paciente queria o máximo de estética e não queria ter a férula visível.

Os incisivos inferiores não devem contactar com a férula para não alterar a oclusão. O êxito clínico depende da reparação dos tecidos afetados.

## Material:

- Kit de observação: 2 espelhos, pinça universitária e sonda exploradora
- Aspirador de saliva
- Arame ortodôntico
- Compósito flow, adesivo, ácido fosfórico 35%
- Fotopolimerizador
- Kit de espátulas de compósito
- Alicates de ortodontia
- Pinça mosquito
- Papel articular

## Procedimento:

- 1- Tranquilizar a paciente.
- 2- Verificar e atualizar a história clínica.
- 3- Avaliação e palpação dos tecidos moles, tentando procurar corpos estranhos (Fig. 24 e fig. 25)
- 4- Foi feita a radiografia periapical nos incisivos. Verificou-se que não havia fraturas nos dentes, nem no osso alveolar. (fig. 23 e fig. 24)

- 5- Ataque ácido, com ácido fosfórico 35%, na superfície palatina desde o dente 13 até ao dente 23.
- 6- Aspirar o ácido, lavar com água abundante e secar com ar.
- 7- Com um alicate de ortodontia e uma pinça mosquito, dobrou-se um arame ortodôntico ao meio e enrolou-se em forma de espiral. (fig.27)
- 8- Colocou-se o arame na face palatina dos dentes e aplicou-se compósito flow fotopolimerizável.
- 9- Fotopolimerizou-se o compósito durante 20 segundos.
- 10- Com o auxílio do papel articular, verificou-se que a oclusão estava correta, os incisivos inferiores não contactavam com a férula. (fig.28)
- 11- Foram dadas indicações à paciente: tentar não morder com os dentes anteriores.
- 12- Passadas duas semanas, retirou-se a férula.
- 13- Foram feitos os testes de vitalidade nos dentes afetados pelo trauma, teste ao frio, percussão vertical e horizontal. O diagnóstico foi de necrose pulpar nos dois incisivos centrais.
- 14- Explicou-se à paciente que deveria fazer tratamento endodôntico radical nos incisivos centrais superiores.



Fig. 24 – Fotografia frontal



Fig. 25 – Fotografia frontal



Fig. 26 – fotografia oclusal



Fig. 27 – Confeção da férula



Fig. 28 – Fotografia oclusal com a férula

### 3.3.3 Discussão e conclusão

A férulização é o único tratamento em caso de subluxação. Permite diminuir a mobilidade dentária provocada pelo trauma.

A colocação da férula na face palatina permite maior estética, pois esta é praticamente impercetível.

A desvantagem é que for necessário fazer tratamento de canal, o acesso à câmara pulpar está impedido pela férula.

A paciente deve realizar tratamento endodôntico nos incisivos centrais

superiores, pois estavam necrosados. Relativamente aos incisivos laterais superiores, deverá fazer controlo em 6 a 8 semanas, depois passado 6 meses, e depois uma vez por ano durante cinco anos.



## Atividade Científica



## 4. Atividade Científica

A atividade científica enquanto estudante permite que o aluno não só aprenda os conhecimentos teóricos ensinados na Universidade, mas também tenha interesse em fazer pesquisa complementar, evoluindo assim o seu conhecimento. Para tal, é necessário o planeamento e conhecimento sobre o tema.

### 4.1 Póster científico “Manejo de Molares Decíduos Anquilosados em Ortodontia”

Martins C.<sup>1</sup>, Romanova A.<sup>2</sup>

1 Universidade Católica Portuguesa - Viseu, Portugal

2 Universidade Estatal de São Petersburgo, São Petersburgo, Russia

Este póster científico foi apresentado no congresso “ORALTHBCN” nos dias 11 a 13 de Maio de 2017, na Fira de Barcelona em Barcelona. Os autores do póster foram Catarina Martins (autor principal) e Anastasia Romanova.

Poster original no Anexo1.

#### Introdução

A anquilose dentária é a ausência do ligamento periodontal e a fusão anatómica do cemento com o osso alveolar. A maioria das anquiloses são em molares decíduos inferiores. Segundo a literatura, a sua etiologia é desconhecida, mas há teorias que dizem ser devido a trauma, excesso de pressão traumática, falhos genéticos ou alterações metabólicas do ligamento periodontal. O objetivo deste trabalho é descrever a manipulação de molares decíduos anquilosados através da ortodontia.



## Referências Bibliográficas



## 5. Bibliografia

1. Ramirez A. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Cap. 1/o. C.D. HÉCTOR LEÓN LAGUNAS ÁNGELES. [citado 16 de Fevereiro de 2017]; Disponível em: [http://www.academia.edu/14945084/ODONTOLOG%8DA\\_PREVENTIVA\\_Cap.\\_1\\_o.\\_C.D.\\_H%89CTOR\\_LE%93N\\_LAGUNAS\\_%81NGEL\\_ES](http://www.academia.edu/14945084/ODONTOLOG%8DA_PREVENTIVA_Cap._1_o._C.D._H%89CTOR_LE%93N_LAGUNAS_%81NGEL_ES)
2. Aparecida de Campos LAWDER J, Bitencourt Emilio MENDES Y, Silva LC da, Andrade DKD, Miketen ROCHA L, Mattos ROGALLA T, et al. Conhecimento e Práticas em Saúde Bucal Entre Usuários de Serviços Odontológicos. Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada [Internet]. 2008 [citado 20 de Maio de 2017];8(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=63711711010>
3. Veiga N, Lapa J, Bastos I, Prado E. # 87. Complementariedade entre Ortodontia e Dentisteria Operatória: Um caso clínico. Rev Port Estomatol Med Dentária E Cir Maxilofac. Outubro de 2014;55, Supplement 1:e39.
4. Stoopler ET, Shirlaw P, Arvind M, Lo Russo L, Bez C, De Rossi S, et al. An international survey of oral medicine practice: proceedings from the 5th World Workshop in Oral Medicine. Oral Dis. Abril de 2011;17 Suppl 1:99–104.
5. Scully C, Miller CS, Urizar J-MA, Alajbeg I, Almeida OPD, Bagan JV, et al. Oral medicine (stomatology) across the globe: birth, growth, and future. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 1 de Fevereiro de 2016;121(2):149–157.e5.
6. Alencar CRB de, Andrade FJP de, Catão MHC de V. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. RSBO Online. Junho de 2011;8(2):200–10.
7. Demmer RT, Papapanou PN. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. Periodontol 2000. 1 de Junho de 2010;53(1):28–44.

8. Wiley: Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 5th Edition - Jan Lindhe, Niklaus P. Lang, Thorkild Karring [Internet]. [citado 30 de Maio de 2017]. Disponível em: <http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-111835561X,subjectCd-DN60.html>
9. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. Elsevier Health Sciences; 2011. 4966 p.
10. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 1 de Junho de 2007;23(3):130–6.
11. Petersson EE, Andersson L, Sörensen S. Traumatic oral vs non-oral injuries. Swed Dent J. 1997;21(1–2):55–68.
12. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2014. 1635 p.
13. Gulabivala K, Ng Y-L. Endodontics E-Book. 4 edizone. Mosby; 2014. 386 p.
14. Carrilho EV, Paula A, Rente A, Ferreira PG, Marques F. Soluções Estéticas no âmbito da Dentisteria Operatória para Dentes Anteriores. Rev Port Estomatol Med Dentária E Cir Maxilofac. 1 de Julho de 2009;50(3):147–58.
15. Young DA, Nový BB, Zeller GG, Hale R, Hart TC, Truelove EL, et al. The American Dental Association Caries Classification System for Clinical Practice: A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. Fevereiro de 2015;146(2):79–86.
16. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 1 de Junho de 2007;35(3):170–8.

17. Ricketts RM. Occlusion—the medium of dentistry. *J Prosthet Dent.* 1 de Janeiro de 1969;21(1):39–60.
18. Boucher, C.O. *Current Clinical Dental Terminology.* 1.<sup>a</sup> ed. St. Louis; 1975.
19. Moreno RP, Pearse R, Rhodes A. O escore da American Society of Anesthesiologists: ainda útil após 60 anos? Resultados do estudo EuSOS. *Rev Bras Ter Intensiva.* Junho de 2015;27(2):105–12.
20. ASA IV [Internet]. *TheFreeDictionary.com.* [citado 22 de Maio de 2017]. Disponível em: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/ASA+IV>
21. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet Lond Engl.* 6 de Janeiro de 2007;369(9555):51–9.
22. Rank RCIC, Moraes D, Imparato JCP, Bussadori SK. Técnica RESTAURADORA semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. (acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos) (Reconstruction of primary molars with inlay using composite resin in ONE sitting.). *Publ UEPG Ciênc Biológicas E Saúde* [Internet]. 10 de Junho de 2009 [citado 4 de Março de 2017];9(3). Disponível em: <http://177.101.17.124/index.php/biologica/article/view/365>
23. Cubo E. ROU Article :: O.35 - Obtenção de adequado ponto de contato em restaurações posteriores proximais [Internet]. Host. [citado 6 de Março de 2017]. Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/article/51ae4aa51ef1faca3d003507>
24. Saber MH, Loomans BAC, El Zohairy A, Dörfer CE, El-Badrawy W. Evaluation of proximal contact tightness of Class II resin composite restorations. *Oper Dent.* Fevereiro de 2010;35(1):37–43.
25. Keogh TP, Bertolotti RL. Creating tight, anatomically correct interproximal contacts. *Dent Clin North Am.* Janeiro de 2001;45(1):83–102.

26. Corrêa LGP, Ogasawara T. Estudos comparativos de alguns cimentos ionoméricos convencionais. *Matér Rio Jan.* Setembro de 2006;11(3):297–305.
27. Pedrini D, Gaetti-Jardim Júnior E, Mori GG. [Effect of the application of fluoride on the superficial roughness of vitremer glass ionomer cement and microbial adhesion to this material]. *Pesqui Odontol Bras Braz Oral Res.* Março de 2001;15(1):70–6.
28. BACCHI, A. C., ANZILIERO, L. PERSPECTIVA, Erechim. *Glass Ionomer Cem Its Appl Differ Areas Dent.* Março de 2013;37(137):103–14.
29. Pereira SK, Porto CL de A, Mendes AJD. Efeitos de diferentes sistemas de fotopolimerização na dureza superficial da resina composta. *JBC J Bras Clín Estét Odontol.* Abril de 2001;5(26):156–61.
30. Melo P, Domingues J, Monteiro PM, Coelho S, Teixeira L. Técnica para obtenção do ponto de contacto em restaurações de classe II com compósito. 2005 [citado 20 de Março de 2017]; Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/548>
31. Eduardo C de P, Santos FAM dos, Morimoto S. Incrustação em porcelana: preparo, indicações e contra-indicações [Internet]. *Artes Médicas*; 1998 [citado 21 de Março de 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=11732&indexSearch=ID>
32. Touati B. The evolution of aesthetic restorative materials for inlays and onlays: a review. *Pract Periodontics Aesthetic Dent PPAD.* Setembro de 1996;8(7):657–666; quiz 668.
33. Anusavice KJ. *Phillips Materiais Dentários.* Elsevier Brasil; 2013. 591 p.
34. Reis NA. Análise da microinfiltração marginal em restaurações de resina composta condensável em cavidades classe II: influência do tipo de matriz

interproximal e técnica restauradora [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia; 2001 [citado 20 de Março de 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=21199&indexSearch=ID>

35. Termeie D. Avoiding and Treating Dental Complications: Best Practices in Dentistry. John Wiley & Sons; 2016. 257 p.

36. Sjögren U, Figdor D, Persson S, Sundqvist G. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J*. Setembro de 1997;30(5):297–306.

37. Sabeti MA, Nekofar M, Motahary P, Ghandi M, Simon JH. Healing of apical periodontitis after endodontic treatment with and without obturation in dogs. *J Endod*. Julho de 2006;32(7):628–33.

38. Ng Y-L, Mann V, Rahbaran S, Lewsey J, Gulabivala K. Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature - part 1. Effects of study characteristics on probability of success. *Int Endod J*. Dezembro de 2007;40(12):921–39.

39. RETREATMENT IN ENDODONTICS: A REVIEW - ProQuest [Internet]. [citado 16 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/ef581084e5201c17d57ae94cad35859b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040251>

40. Ng Y-L, Mann V, Gulabivala K. A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part 1: periapical health. *Int Endod J*. Julho de 2011;44(7):583–609.

41. Mollo A, Botti G, Principi Goldoni N, Randellini E, Paragliola R, Chazine M, et al. Efficacy of two Ni-Ti systems and hand files for removing gutta-percha from root canals. *Int Endod J*. Janeiro de 2012;45(1):1–6.

42. Estrela C, Holland R, Estrela CR de A, Alencar AHG, Sousa-Neto MD, Pécora JD. Characterization of successful root canal treatment. *Braz Dent J*. Fevereiro de 2014;25(1):3–11.
43. Haapasalo M, Shen Y, Ricucci D. Reasons for persistent and emerging post-treatment endodontic disease. *Endod Top*. 1 de Março de 2008;18(1):31–50.
44. Nair PNR, Henry S, Cano V, Vera J. Microbial status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after «one-visit» endodontic treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Fevereiro de 2005;99(2):231–52.
45. Masiero AV, Barletta FB. Effectiveness of different techniques for removing gutta-percha during retreatment. *Int Endod J*. Janeiro de 2005;38(1):2–7.
46. Hülsmann M, Hahn W. Complications during root canal irrigation--literature review and case reports. *Int Endod J*. Maio de 2000;33(3):186–93.
47. Zehnder M, Kosicki D, Luder H, Sener B, Waltimo T. Tissue-dissolving capacity and antibacterial effect of buffered and unbuffered hypochlorite solutions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Dezembro de 2002;94(6):756–62.
48. Endodontie (vol.2 cap.13-27) - Arnaldo Castellucci | Steel [Internet]. Scribd. [citado 17 de Março de 2017]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/21872492/Endodontie-vol-2-cap-13-27-Arnaldo-Castellucci>
49. Falcão MA. Tomada de decisão: manter o dente ou substituí-lo por implante. 2012 [citado 17 de Março de 2017];19. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/204>

50. Fukunaga D, Alexandre F, Barberini, Danilo Minor Shimabuko. The Use Of mineral TriOxide aggrEGate (mTa) in RadiCULaR PeRfORaTiOn: a CaSe RePORT. Rev Odontol Universidade Cid São Paulo.
51. Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB de. Dental traumatism urgencies: classification, signs and procedures. Rev Paul Pediatr. Dezembro de 2009;27(4):447–51.
52. Etiología, clasificación y patogenia de la patología pulpar y periapical [Internet]. [citado 8 de Março de 2017]. Disponível em: <http://studylib.es/doc/4701961/etiolog%C3%ADa--clasificaci%C3%B3n-y-patogenia-de-la-patolog%C3%ADa-pulp...>
53. Nandlal B, Daneswari V. Restoring biological width in crown-root fracture: A periodontal concern. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1 de Janeiro de 2007;25(5):20.
54. Loomba K, Loomba A, Bains R, Bains VK. A proposal for classification of tooth fractures based on treatment need. J Oral Sci. Dezembro de 2010;52(4):517–29.
55. López-Marcos JF, García B, García Valle S. Tratamiento de las lesiones dentales traumáticas: revisión bibliográfica actualizada. Acta Odontológica Venez. Dezembro de 2006;44(3):431–6.
56. Delbet-Dupas C, Pham Dang N, Mondié J-M, Barthélémy I. [Intermaxillary intraoperative fixation of mandibular fractures: arch bars or fixation screws?]. Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale. Novembro de 2013;114(5):315–21.
57. Parekh DJ, Sathyanarayanan R, Manjunath MT. Clinical Management of Mid-Root Fracture in Maxillary Central Incisors: Case Reports. Int J Oral Sci. Dezembro de 2010;2(4):215–21.

58. Alani A, Austin R, Djemal S. Contemporary management of tooth replacement in the traumatized dentition. *Dent Traumatol*. Junho de 2012;28(3):183–92.
59. de Jesus Soares A, do Prado M, Farias Rocha Lima T, Paula Figueiredo de Almeida Gomes B, Augusto Zaia A, José de Souza-Filho F. The Multidisciplinary Management of Avulsed Teeth: A Case Report. *Iran Endod J*. 2012;7(4):203–6.
60. Ruiz de Temiño P, Morante MV, García Barbero J. Patología y terapéutica dental. Madrid; 695-722 p.
61. Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia: técnica y fundamentos. Ed. Médica Panamericana; 2002. 348 p.
62. Ferulización como tratamiento en los traumatismos bucodentales [Internet]. [citado 29 de Março de 2017]. Disponível em: <http://studylib.es/doc/6101773/ferulizaci%C3%B3n-como-tratamiento-en-los-traumatismos-bucoden...>
63. Update on the management of dentoalveolar trauma : Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery [Internet]. LWW. [citado 30 de Março de 2017]. Disponível em: [http://journals.lww.com/co-otolaryngology/Fulltext/2012/08000/Update\\_on\\_the\\_management\\_of\\_dentoalveolar\\_trauma.16.aspx](http://journals.lww.com/co-otolaryngology/Fulltext/2012/08000/Update_on_the_management_of_dentoalveolar_trauma.16.aspx)
64. Berthold C, Thaler A, Petschelt A. Rigidity of commonly used dental trauma splints. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. Junho de 2009;25(3):248–55.
65. T von A. Splinting of traumatized teeth with focus on adhesive techniques. *J Calif Dent Assoc*. Maio de 2005;33(5):409–14.

66. Lello JL, Lello GE. The effect of interdental continuous loop wire splinting and intermaxillary fixation on the marginal gingiva. *Int J Oral Maxillofac Surg*. Agosto de 1988;17(4):249–52.

67. Veire A, Nichols W, Urquiola R, Oueis H. Dental trauma: review of common dental injuries and their management in primary and permanent dentitions. *J Mich Dent Assoc*. Janeiro de 2012;94(1):41–5.



## Anexos



# 6.1 Anexo 1: Publicação Científica: Póster

## MANEJO DE MOLARES DECIDUOS ANQUILOSADOS EN ORTODONCIA

Martins C.<sup>1</sup>, Romanova A.<sup>2</sup>

1 Catholic University of Portugal - Viseu, Portugal / anacatarina-om@hotmail.com  
2 Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Rusia / nastiadent@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La anquilosis dental es la ausencia del ligamento periodontal y la fusión anatómica del cemento dental al hueso alveolar. <sup>(1)</sup>  
La mayoría de las anquilosis son en molares temporales inferiores. Según la literatura, su etiología es desconocida, pero hay teorías que dicen ser debido a trauma, exceso de presión traumática, fallos genéticos o alteración metabólica del ligamento periodontal.  
El objetivo de este trabajo es describir el manejo de molares deciduos anquilosados a través de la Ortodoncia.

### METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica de 8 artículos publicados en PubMed y SciELO usando los términos “anquilosis”, “molares anquilosados”, “tratamiento de anquilosis”, “anquilosis molares ortodoncia” en inglés y también el libro Proffit W. R. Contemporary Orthodontic: 5ed.

### RESULTADOS

#### Problemas de la Anquilosis en la Ortodoncia

- Imposibilidad de movimiento dental durante el tratamiento ortodóncico
- Retraso en la exfoliación <sup>(2)</sup>
- Pérdida de la longitud de las arcadas
- Inclinación de los dientes adyacentes <sup>(3)</sup>
- Dientes anquilosados en infraoclusión <sup>(4)</sup>
- Extrusión de los antagonistas <sup>(5)</sup>
- Mordida abierta lateral
- Hábitos de la lengua
- Desvío de la línea media <sup>(6,8)</sup>
- Erupción ectópica del diente permanente = MALOCLUSIÓN

#### Tratamiento en Ortodoncia

- Temporal con sucesor:** exodoncia diente anquilosado + mantenedor de espacio + tratamiento ortodóncico (si necesario)  
**Temporal + agenesia del sucesor:**  
a) exodoncia diente anquilosado + mantenedor de espacio + prótesis/implante <sup>(7,8)</sup>  
b) exodoncia diente anquilosado + cerrar el espacio con ortodoncia  
c) si no es necesario movimiento ortodóncico: reconstrucción de la corona del diente anquilosado para mantener contactos oclusales e interproximales <sup>(9)</sup>

Cortesía de Dr Cahuana/ Dra Hahn



Imagen 1 – Fotografía Oclusal con aparato Quadhélix



Imagen 2 – Fotografía intraoral lateral, donde se observa la mordida abierta en relación al molar anquilosado.

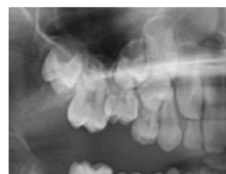


Imagen 3 – Detalle de una Rx panorámica donde hay un segundo molar temporal (5.5) en clara infraoclusión.



Imagen 4 – Rx periapical de un caso de anquilosis donde hay agenesia del sucesor permanente.

### CONCLUSIONES

La anquilosis debe ser diagnosticada y tratada precoz. El pronóstico de la anquilosis en molares deciduos depende sobre todo de la edad del paciente, el grado de la anquilosis, las alteraciones de la oclusión, presencia del diente sucesor permanente y de un buen diagnóstico. Es recomendable realizar controles periódicos para detectar posibles necesidades de variación del plan de tratamiento, dependiendo de su evolución.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Isaacson RJ, Strauss RA, Bridges-Poquis A, Peluso AR, Lindauer SJ. Moving an Ankylosed Central Incisor Using Orthodontics, Surgery and Distraction Osteogenesis. Angle Orthod. 1 de Outubro de 2001;71(5):411-8
2. Konstat, M. M. and White, G. W.: "Ankylosed Teeth: A Review of the Literature," J Mass Dent Soc, 24:74-78, 1975.
3. Andlaw, R. J.: "Submerged Deciduous Molars: A Review, With Special Reference to the Rationale of Treatment," Int Assoc Dent Child, 5:59-66, 1974.
4. Biederman, W.: "The Problem of the Ankylosed Tooth," Dent Clin North Am, July, 409-424, 1968.
5. Breatley, L. J. and McKibben, D. H.: "Ankylosis of Primary Molar Teeth, I Prevalence and Characteristics; II Longitudinal Study," I Dent Child, 40:54-63, 1973.
6. (Pitton MM, Bernardes LAA. treatment of Dentolavolar anclousis in permanente teto: report of a clinica case. J Bras ortodon Orthop\*\*\*\* Facial 2004; 9(53): 440-0.)
7. Presented before the Northeastern Society of Orthodontists in Rochester, New York, on Oct. 31, 1961, and at the Eastman Dental Hospital in London, England, on July 12, 1960.
8. Proffit W. R. Contemporary Orthodontics 5th ed. 2013 400-402-428 p.
9. Submerged and Impacted Primary Molars SK Mishra, MK Jindal, Rajat Pratap Singh, Thomas R Stark, and GS Hashmi Int J Clin Pediatr Dent. 2010 Sep-Dec; 3(3): 211-213.



**ORALTHBCN**  
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

**11 - 13 MAIG 2017**  
RECINTE GRAN VIA



Barcelona, 11 de mayo de 2017

Por la presente, certificamos que **A. ROMANOVA** ha presentado la siguiente comunicación en el **Forum Dental y Salud Oral – ORALTH BCN**:

**MANEJO DE MOLARES DECIDUOS ANQUILOSADOS EN ORTODONCIA**

Anastasia Romanova<sup>1</sup>; Catarina Martins <sup>2</sup>



1. Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Rusia
2. Catholic University of Portugal - Viseu, Viseu, Portugal

Dr. Ernest Mallat  
Presidente Comité

Manel Rubio  
Director OralthBcn





## 6.2 Anexo 2: Consentimento e aceitação do tratamento

 <b>Hospital Odontològic</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA	 <b>Fundació Josep Finestres</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA
<b>CONSENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	
El/La Sr./Sra. .... como paciente con DNI nº ..... y nº de historia clínica .....o como representante legal, familiar, etc. del paciente el/la Sr./Sra. .... con DNI nº .....	
<b>DECLARO que:</b> El/La Dr./Dra. .... con nº de colegiado/da..... me ha informado correctamente del siguiente procedimiento:	
1. El <b>Hospital Odontològic Universitat de Barcelona</b> es una institución docente, asistencial y de investigación. Su objeto es hacer posible el desarrollo de las prácticas clínicas derivadas de la aplicación del plan de estudios de odontología. Como centro universitario, a veces, los tratamientos pueden ser más lentos por motivos científicos y de investigación. La documentación clínica de todos/as los/as usuarios/as es propiedad del <b>Hospital Odontològic Universitat de Barcelona</b> . De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 21/2000, del 29 de diciembre, de derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del/la paciente, y la documentación clínica, todos los/as usuarios/as tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su salud en cualquier intervención asistencial. El <b>Hospital Odontològic Universitat de Barcelona</b> adoptará las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos referentes a la salud de los/as usuarios/as.	
2. Los tratamientos serán realizados por los/las alumnos de la Facultad de Odontología bajo la dirección y supervisión de los/as profesores/as asignados/as a cada grupo de prácticas clínicas.	
3. Con el presente documento doy mi consentimiento y acuerdo al equipo de ..... y a quienes designe como miembros del cuerpo facultativo, como ayudantes/as, o a los/as alumnos y al personal del <b>Hospital Odontològic Universitat de Barcelona</b> , a efectuar en mi persona, las intervenciones siguientes: ..... ..... .....	
También doy mi consentimiento expreso para que se me administren los anestésicos y los fármacos convenientes en caso de que surgiera alguna situación imprevista.	
<b>CONSENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	



## 6.3 Anexo 3: Consentimiento para una intervención quirúrgica

 <b>Hospital Odontològic</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA	 <b>Fundació Josep Finestres</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA
<b>CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>	
El/La Sr./Sra. .... como paciente con DNI nº ..... y nº de historia clínica..... o como representante legal, familiar, etc. del paciente el/la Sr./Sra. .... con DNI nº .....	
<b>DECLARO que:</b> El/la Dr./Dra..... con nº de colegiado/da..... me ha informado correctamente del siguiente procedimiento:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Me ha explicado la naturaleza exacta de la intervención o procedimiento que se me va a realizar y su necesidad. He tenido la oportunidad de discutir con el/la facultativo/a como se va a realizar, su propósito, las alternativas razonables, las posibles consecuencias de no efectuar este tratamiento y todos los riesgos y posibles complicaciones que de él puedan derivarse.</li><li>2. Comprendo que la práctica de la cirugía bucal no es una ciencia exacta y que pretende solucionar una patología diagnosticada gracias a los hechos observados o comprobados hasta este momento; por tanto, no es razonable que el/la cirujano/a sea capaz de anticipar ni de explicar todos los riesgos o complicaciones. Comprendo también que un resultado indeseable no necesariamente implica un error, por lo que buscando los mejores resultados confío en que el criterio y las decisiones del/la profesional durante el procedimiento o intervención. Estos estarán orientados siempre a buscar mayor beneficio.</li><li>3. Me ha explicado que el tratamiento que se va a realizar se efectuará bajo anestesia local, la cual se me va a administrar mediante una o varias inyecciones. Su finalidad es bloquear, de forma reversible, la transmisión de los impulsos nerviosos para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado de que notaré una sensación de acorchamiento del labio, lengua o de otras zonas de la cara, que va a durar horas, y que normalmente desaparecerá entre dos y cuatro horas después. Si bien a partir de mis antecedentes personales no se intuyen posibles alergias o hipersensibilidad a los componentes de la solución anestésica, podría darse la posibilidad de producirse diferentes complicaciones como; urticaria, dermatitis de contacto, asma, edema angioneurótico, y en casos extremos; shock anafiláctico, que pueden requerir de tratamiento urgente. También se me ha explicado que la administración de anestesia local puede provocar, en el punto de inyección, ulceración de la mucosa y dolor. Asimismo, es posible que, transitoriamente, quede una cierta dificultad en los movimientos de apertura de la boca. Las sustancias que contiene la solución anestésica pueden originar leves alteraciones del pulso y de la tensión arterial. Se me ha informado que, aún en el caso de que no se deduzca ningún tipo de patología cardiovascular de mis antecedentes, la presencia de adrenalina puede favorecer, aunque de forma muy inusual, la aparición de trastornos del ritmo cardíaco y/o una cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto) que deberán ser tratadas rápida i convenientemente.</li><li>4. Me ha explicado que ocasionalmente la anestesia local puede o debe ser complementada con la administración por vía oral o endovenosa de otros medicamentos o con la inhalación de óxido nitroso, cuyo objetivo será reducir el nivel de ansiedad y alcanzar un estado de bienestar y sedación sin que ello implique una pérdida de la consciencia. Sin embargo, generalmente al tener que transcurrir un cierto tiempo, que variará según el procedimiento efectuado, para que se recuperen plenamente las funciones normales, se me ha desaconsejado que conduzca o vuelva el mismo día a la actividad laboral.</li><li>5. Me ha explicado que el tratamiento quirúrgico que se me realizará puede tener, de forma infrecuente, complicaciones imprevisibles. Tales complicaciones incluyen pero no se limitan a:<ul style="list-style-type: none"><li>- Inflamación, infección, alveolitis, sangrado, hematoma, dolor y limitación de la apertura bucal, como complicaciones menos improbables.</li><li>- Daño a estructuras vecinas (dientes o restauraciones), fracturas óseas, desplazamiento de fragmentos a otras regiones anatómicas, comunicaciones bucosinusales, lesiones neurológicas de ramas de los nervios trigémino y/o facial, como complicaciones más improbables.</li></ul>Se me informa que estas complicaciones pueden requerir de tratamientos médico quirúrgicos adicionales y que algunos pueden dejar secuelas definitivas.</li></ol>	



### CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

6. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías u otro tipo de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia.
7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el/la facultativo/va que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **consiento** que se efectúe la intervención quirúrgica.....  
 ..... bajo anestesia local y/o .....  
 y que consiento en que se realice lo más adecuado y necesario en caso de surgir alguna situación urgente imprevista, por parte del equipo de postgrado en la persona del cirujano jefe del día Dr./a..... y a los/las miembros/as del cuerpo facultativo que designe como ayudantes/as y al personal del *Hospital Odontològic Universitat de Barcelona*.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del/la paciente, y la documentación clínica, todos los/las usuarios/as tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su salud en cualquier intervención asistencial.

El *Hospital Odontològic Universitat de Barcelona* adoptará las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos referentes a la salud de los/las usuarios/as.

El/la facultativo/va

El/la paciente

El/la representante legal o familiar

L'Hospitalet de Llobregat,..... de..... de 20.....

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

El/La Sr./Sra. .... como paciente  
 con DNI nº .....o como representante legal, familiar, etc. del paciente, el/la  
 Sr./Sra..... con DNI nº.....

#### DECLARO que:

El/La Dr./ Dra. .... con nº. de colegiado/da.....  
 me ha informado correctamente del procedimiento.....

#### REVOCO el consentimiento

L'Hospitalet de Llobregat,..... de..... de 20.....

El/la facultativo/va



El/la paciente

El/la representante legal o familiar

### CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



## 6.4 Anexo 4: Recomençações prévias à intervenção cirúrgica

 <b>Hospital Odontològic</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA	 <b>Fundació Josep Finestres</b> UNIVERSITAT DE BARCELONA
<b>RECOMANACIONS PRÈVIES A LA INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• La cirurgia bucal ha d'efectuar-se a una boca en bones condicions higièniques, en base a això li recomanem:<ul style="list-style-type: none"><li>- Fer-se una higiene bucal (profilaxis) amb un professional 10-15 dies abans de la intervenció.</li><li>- Raspallar-se correctament les dents abans de la visita.</li><li>- Glopejar amb un col·lutori antisèptic al 0,12% o el 0,2%, 24 hores abans de la cirurgia.</li></ul></li><li>• Ha d'assistir a la visita amb roba còmode i no calorosa. És convenient que els braços puguin quedar a l'aire (pot utilitzar una camisa o brusa).</li><li>• És convenient venir acompanyat. Li recomanem que deixi els objectes metàl·lics (rellotge, arracades, polseres, pircings, braçalets, etc.) a la persona que l'acompanyi.</li><li>• Si és portador d'alguna pròtesi completa o amovible és convenient que se la tregui, però pot portar-la per si calgués.</li><li>• És convenient que comprovi que té tots els papers previs a la intervenció. (volants de la seguretat social, carta de referència, etc.).</li><li>• Porti els documents i informes necessaris per a la intervenció que tingui: radiografies o altres proves d'imatge, informes d'altres especialistes, anàlisis, medicació habitual, etc.</li><li>• Quan arribi a l'<i>Hospital Odontològic Universitat de Barcelona</i>. Adreceu-vos al quiosc ubicat al vestíbul, per a extreure el seu tiquet de visita. Pensi que poden produir-se demores inesperades.</li><li>• Si s'ha produït algun canvi en la medicació que pren o en el curs de les seves malalties des de la darrera visita, és molt important que ens ho indiqui abans de la intervenció.</li><li>• Si per algun motiu no pot assistir a la cita prevista, li demanem que ens avisi el més aviat possible trucant al 93 335 80 54.</li></ul> <p>És molt important que prengui la medicació prèvia que se li ha recomanat.</p> <p><b>PREMEDICACIÓ:</b> ..... ..... ..... .....</p> <p>Signatura professor responsable <span style="float: right;">Signatura alumne postgrau</span></p> <p style="text-align: center;">L'Hospitalet de Llobregat, a.....de.....de.....</p>	
<b>RECOMANACIONS PRÈVIES A LA INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA</b>	



## 6.5 Anexo 5: Periodontograma (Gesden®)

