



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Igor André Beleza Alexandre

Viseu Ano Letivo 2014-2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Por:

Igor André Beleza Alexandre

Viseu Ano Letivo 2014-2015

At table, the ladies praised a portrait by a young painter. "What is most surprising," they added, "he has learned everything by himself." This could be seen particularly in the hands, which were not correctly and artistically drawn. "We see," said Goethe, "that the young man has talent; however, you should not praise, but rather blame him, for learning everything by himself. A man of talent is not born to be left to himself, but to devote himself to art and good masters, who will make something out of him.

-*Conversations of Goethe*, Johann Peter Eckermann, 1836

Agradecimentos

Agradeço à minha família, em especial a minha mãe, a meu pai, a meu irmão e a meus avós e à minha companheira Ana, por todo o carinho e apoio.

Agradeço ao Prof. Doutor Rui Amaral Mendes pela orientação sábia na realização deste trabalho, e no decorrer do meu percurso académico.

Agradeço a todos os professores que de alguma forma instilaram em mim a paixão pela Medicina Dentária.

Agradeço ainda aos meus amigos e colegas, por terem tornado esta jornada memorável.

Resumo:

A Medicina Dentária constitui uma área do conhecimento médico incumbida de zelar, não só, pelo seu domínio de atuação clínico específico, mas também pelo bem-estar do paciente a nível sistémico nas suas várias dimensões: física, mental e social.

Neste contexto, encontra-se sujeita a um processo de constante transformação, no qual o desenvolvimento técnico prossegue a par da evolução do conhecimento e dos princípios éticos que guiam estes profissionais de Saúde.

Este trabalho propõe-se a ilustrar cada uma destas valências, utilizando como base para tal, o trabalho clínico e científico realizado pelo autor na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, buscando caracterizá-lo segundo parâmetros clínicos e científicos considerados relevantes. Para isso é efectuada uma análise estatística dos atos clínicos realizados pelo autor procedendo-se à caracterização da amostra populacional assistida, bem como à interpretação, tipificação e resolução de algumas situações de âmbito clínico.

Procura ainda retratar o Estado da Arte e os respectivos fundamentos decorrentes da evidência científica, fornecendo uma leitura epidemiológica e clínica da população servida, e proporcionando um olhar informado sob as situações clínicas encontradas e os desafios científicos a ter em consideração.

Palavras-Chave:

Periodontologia, Cirurgia Oral, Medicina e Patologia Oral, Endodontia, Dentisteria Operatória, Oclusão, Prostodontia, Odontopediatria, Ortodontia, Atividade Clínica;

Abstract

Dentistry, as a medical field, not only is it responsible for the zeal of its own specific area of clinical intervention, but also the patient's well being at the systemic level and at its various dimensions: physical, mental and social.

That being, it finds itself suffering constant evolution, requiring a concomitant transformation of its clinical techniques, scientific knowledge and ethical grounds for the professionals who practice it.

This paper proposes itself to illustrate each of these competences, using for it, the clinical and scientific work carried out by the author at the University Dental Clinic of the Portuguese Catholic University, seeking to characterize it according to clinical and scientific parameters that assert themselves to be relevant to such endeavor. To attain such goal, a statistical analysis of the clinical acts performed by the author and of certain idiosyncrasies of the served population sample is made. By the same token, an interpretation, illustration and resolution of clinical cases is also performed.

It seeks to illustrate the current state-of-the-art and its respective concepts, which derive themselves from scientific evidence, aiming at providing an epidemiological and clinical reading of the assisted population, as well as rendering an informed look of clinical situations encountered and of the scientific challenges to be considered.

Keywords:

Periodontology, Oral Surgery, Oral Pathology and Medicine, Endodontics, Restorative Dentistry, Occlusion, Prosthodontics, Pediatric Dentistry Orthodontics, Clinical Activity;

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	V
Abstract.....	VII
Índice.....	IX
Índice de tabelas.....	XIII
Índice de gráficos.....	XV
Índice de abreviaturas.....	XVII
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	5
O doente na sua multidimensionalidade.....	7
O doente na sua plenitude.....	10
Conhecendo o paciente.....	10
Examinando o paciente.....	12
Saúde Oral e Saúde Sistémica.....	17
Objetivos.....	21
Material e Métodos.....	25
Resultados.....	29
Caracterização Geral da Amostra.....	31
Cirurgia.....	44
Periodontologia.....	46
Medicina Oral.....	50
Dentisteria Operatória.....	52
Endodontia.....	55
Odontopediatria.....	57
Oclusão.....	58
Ortodontia.....	58
Prótese Removível.....	59
	XI

Prótese Fixa.....	61
Atos Globais.....	62
Atos Diferenciados.....	65
Dentisteria Operatória.....	67
Periodontologia.....	73
Oclusão.....	76
Atividade Científica.....	79
Vestibuloplastia e enxerto gengival livre num caso de rebordo flácido – <i>Case Report</i>	82
Recobrimento de cúspides em amálgama num caso de dente endodonciado extensamente destruído – A propósito de um caso clinico.....	85
Enxerto Gengival Livre com recurso a adesivo de cianoacrilato num caso de aumento de gengiva aderida – A propósito de um caso clínico.....	87
Discussão.....	89
Conclusão.....	97
Bibliografia.....	101
Anexos.....	107

Índice de tabelas

Tabela 1 Percentagem e Frequência de Género da Amostra Global

Tabela 2 Caracterização da Amostra Global Quanto à Idade

Tabela 3 Frequência e Percentagem da Saúde Periodontal da Amostra Global

Tabela 4 Frequência e Percentagem da Higiene Oral Observada na Amostra Global

Tabela 5 Frequência e Percentagem de escovagem da população observada

Tabela 6 Percentagem de Pacientes da Amostra Global que Utilizam Fio Dentário

Tabela 7 Percentagem e Frequência de Patologia Diabética na Amostra Global

Tabela 8 Percentagem e Frequência de pacientes com Hipertensão Arterial na Amostra Global

Tabela 9 Percentagem e Frequência de pacientes em risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica na Amostra Global

Tabela 10 Percentagem e Frequência de Pacientes com Hábitos Tabágicos na Amostra Global

Tabela 11 Percentagem e Frequência de Pacientes com Hábitos Alcoólicos na Amostra Global

Tabela 12 Percentagem e Frequência de Regimes Terapêuticos nos Pacientes da Amostra Global

Tabela 13 Percentagem e frequência de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

Tabela 14 Tipos de atos cirúrgicos realizados pelo binómio 105 em Cirurgia Oral

Tabela 15 Percentagem e frequência de atos clínicos em Periodontologia do autor como Assistente e Operador

Tabela 16 Tipos de procedimentos clínicos realizados em Periodontologia pelo autor enquanto operador

Tabela 17 Percentagem e frequência das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

Tabela 18 Caracterização dos Índices de Placa e de Sangramento à Sondagem na prática clínica de Periodontologia

Tabela 19 Percentagem e frequência de atos clínicos em Medicina Oral do autor como Assistente e Operador

Tabela 20 Percentagem e frequência de atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

Tabela 21 Percentagem e frequência da utilização dos diferentes materiais de restauração em Dentisteria Operatória pelo binómio 105

Tabela 22 Percentagem e frequência dos tipos de procedimentos clínicos realizados pelo autor em Dentisteria Operatória

Tabela 23 Percentagem e frequência de atos clínicos em Endodontia do autor como Assistente e Operador

Tabela 24 Tipos de sessão endodôntica realizados em Endodontia pelo autor enquanto operador

Tabela 25 Tipos de procedimentos clínicos, e sua frequência e percentagem, realizados pelo autor na área clínica de Odontopediatria

Tabela 26 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Oclusão

Tabela 27 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Ortodontia

Tabela 28 Frequência e percentagem de atos clínicos do autor como operador e assistente na área clínica de Prótese Removível

Tabela 29 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível

Tabela 30 Frequência de atos clínicos do autor, como assistente e operador, na área de Prótese Removível

Tabela 31 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Fixa

Tabela 32 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na globalidade

Tabela 33 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na globalidade

Índice de gráficos

Gráfico 1 Percentagem de Género da Amostra Global

Gráfico 2 Distribuição da Amostra Geral por Idade

Gráfico 3 Percentagem dos Diferentes Estados de Saúde Periodontal da Amostra Global

Gráfico 4 Percentagem da Higiene Oral Observada na Amostra Global

Gráfico 5 Percentagem da Frequência de Escovagem na Amostra Global

Gráfico 6 Relação Entre Higiene Oral Reportada e Higiene Oral Observada

Gráfico 7 Percentagem de Pacientes com Patologia Diabética na Amostra Global

Gráfico 8 Percentagem de Pacientes com Hipertensão Arterial na Amostra Global

Gráfico 9 Percentagem e Frequência de Pacientes em Risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica na Amostra Global

Gráfico 10 Percentagem de Pacientes com Hábitos Tabágicos na Amostra Global

Gráfico 11 Percentagem de Pacientes com Hábitos Alcoólicos na Amostra Global

Gráfico 12 Percentagem do Estado ASA nos Pacientes da Amostra Global

Gráfico 13 Percentagem de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

Gráfico 15 Percentagem de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

Gráfico 16 Percentagem das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

Gráfico 17 Percentagem de atos clínicos em Medicina Oral do autor como Assistente e Operador

Gráfico 18 Percentagem de lesões detetadas nos pacientes observados pelo binómio 105 na área clínica de Medicina Oral

Gráfico 19 Percentagem de atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

Gráfico 20 Percentagem atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

Gráfico 21 Percentagem de tipos de procedimento clínico, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível

Gráfico 22 Percentagem de atos clínicos do autor enquanto Operador e Assistente

Gráfico 23 Frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na em cada área clínica

Índice de abreviaturas

Hba1c- Hemoglobina Glicosilada

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ASA- *American Society of Anesthesiologists*

BOP- *Bleeding On Probe*

IP- Índice de Placa

ATM- Articulação Temporomandibular

DALY- *Disability-Adjusted Life Years*

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

CCL- Comprometimento Cognitivo Leve

Introdução

A Medicina Dentária é, como ramo da Medicina, responsável por zelar pelo bem-estar do paciente não só a nível da cavidade oral, mas também a nível sistémico. Neste sentido, surgem cada vez mais evidências que implicam a saúde oral num incontável número de relações em patologias sistémicas, sendo que o controlo destas deverá passar, cada vez mais, pelo cuidado de estruturas relacionadas com a área de atuação do Médico Dentista. Assim, a formação deste deve passar não só pelo domínio do conhecimento da anatomia, fisiologia, patologia e tratamento do dente, periodonto, glândulas salivares, músculos, ossos, inervação e vascularização da cabeça e pescoço e estruturas associadas, como também pelo domínio da forma como estas se relacionam e interferem com a saúde sistémica e estruturas localizadas fora da área de atuação específica do médico dentista e vice-versa.

Para este efeito, além da motivação e predisposição do médico dentista, a sua formação será um dos factores que potenciará a leitura desta arte médica como um entrelaçar de áreas de conhecimento que o obrigam a conjugar o seu trabalho com o de outros colegas das diversas especialidades médicas, auxiliando e deixando-se auxiliar no que é o objectivo supremo do seu trabalho: o bem-estar do paciente. Esta deve permitir uma troca de informações numa linguagem científica comum, tanto no âmbito clínico como académico, assim como um entendimento de conceitos gerais concomitantes às várias áreas médicas.

De facto, os registos históricos não nos revelam uma evolução bipartida da Medicina e da Medicina Dentária, mas sim um crescendo conjunto, em que uma complementa a outra. Pierre Fauchard, por muitos considerado o pai da medicina dentária moderna, publica em 1728 “Le Chirurgien Dentiste”¹, estabelecendo a Medicina Dentária como um ramo da Medicina, retirando lugar a barbeiros e sapateiros, que à data, realizavam procedimentos dentários sem qualquer tipo de formação ou condições sanitárias, elevando a cirurgia oral a um novo patamar. Possivelmente, Fauchard, imaginaria que 300 anos mais tarde, o campo pelo qual tinha tanto apreço, seria já uma área bem estabelecida da Medicina, tendo sido incorporada naquilo que podemos designar de cuidados gerais de saúde. Porém, o advento dos seguros de saúde, sobretudo nos Estados Unidos da América, no início do século XX, assim como a permanência de um certo tradicionalismo, impede a integração da Medicina Dentária num panorama mais favorável a um progresso vinculado em conjunto nas restantes áreas médico-científicas. Ainda assim, com a

evolução científica da área e o despertar de algumas mentes dentro de ambos os meios, é idealizável um novo período de transversalidade entre a Medicina Geral e a Medicina Dentária. Observa-se então uma necessidade de mudança de paradigma, do que era o simples Odontologista, para o que é, no sentido mais lato, o Médico Dentista. O primeiro é um simples artesão. O último, um profissional douto, consciente das responsabilidades que lhe são incumbidas, que se apercebe do quadro geral das repercussões dos seus atos médicos, e da interposição da sua área de atuação específica com as de outras especialidades.

Com o aprimoramento das técnicas e da tecnologia e com a evolução do estado da arte em Medicina Dentária, revelou-se a necessidade da fragmentação do campo geral de conhecimento da Medicina Dentária num leque de áreas de conhecimento específicas, relativas a regiões particulares de atuação ou a desafios específicos encontrados na prática clínica. A estas áreas do conhecimento específicas, damos o nome de especialidades. Estas, permitem e encorajam o desenvolvimento científico de cada área restrita da Medicina Dentária, promovendo e possibilitando um diálogo entre pares ao mais alto expoente da arte médica e científica, não impermeabilizando, ainda assim, a comunicação entre domínios de conhecimento, proporcionando deste modo o fruto soberano dessa sublimação da arte científica e clínica, ao campo geral da Medicina Dentária, cinzelando-a, e permitindo que esta se eleve ao mais alto nível, favorecendo não só os profissionais como os pacientes.

Neste sentido, este trabalho procura oferecer não só o ponto de vista técnico e científico da perspectiva estrita da Medicina Dentária, e suas especialidades, mas também o enquadramento dos cuidados prestados enquanto Médicos Dentistas no quadro clínico geral dos pacientes sob a nossa tutela e como este pode limitar, e de que forma, o nosso espectro de ação. Para isso, procura-se fazer uma correta fundamentação teórica, e uma caracterização e análise do *modus operandi* desenhado para lidar com esta polivalência no âmbito da Clínica Dentária Universitária, com base no trabalho efectuado nesta em ambiente clínico e académico.

Enquadramento Teórico

O doente na sua multidimensionalidade

Ao tratar um doente, há que ter a consciência de que estamos perante um ser que não limita a sua existência à patologia que apresenta diante de nós, assim como não devemos, da mesma forma, dar importância somente à integridade da nossa área de intervenção.

O bem estar do paciente depende do seu bem-estar físico, mental e social, sendo que todos estes factores devem ser tidos em conta ao elaborarmos um determinado plano de tratamento. Certo é, que podemos de alguma forma afirmar que a profissão médica, tende, naturalmente, a ocupar-se do que ao biológico diz respeito, e de facto, assim o é, encarando a crescente evidência de que todas estas premissas são determinadas por imperativos biológicos. Porém, o médico não deve limitar somente o seu raio de ação à saúde física do paciente, sendo que a nós nos é incumbido tentar perceber o que motiva o paciente, as suas expectativas com a terapêutica a aplicar, a que níveis e em que grau a patologia afecta a sua vida e de que modo esta constitui um obstáculo ao seu estado de saúde em todo o seu espectro: físico, mental e social, sendo um imperativo moral e humano, cuidar de quem se encontra no seu período mais frágil e de maior vulnerabilidade.

Como postulou Sir William Osler: *“The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.”*. Deste modo, é imperativo que consigamos enquanto clínicos, perceber quem temos à nossa frente, quem busca os nossos cuidados e aconselhamento. É fulcral, para este fim, que o médico desenvolva capacidades comunicativas eficientes, conseguindo de forma capaz estabelecer empatia com o paciente, procurando entender que história está subjacente às alterações patológicas observadas. Da mesma forma, é desejável que o clínico desenvolva uma relação que faça com que o paciente, e sua família, se sintam bem cuidado, promovendo a confiança deste em quem o trata, procurando diminuir os níveis de ansiedade relativos ao tratamento médico e dentário, e se possível diminuir o impacto negativo que a patologia acarrete no bem-estar emocional do paciente. Encontramos, ademais, evidência científica que suportam a tese de que a ansiedade e a depressão contribuem para um aumento no tempo de regeneração de feridas cirúrgicas^{2, 3}, pelo que se torna evidente para a prática clínica que o controlo e a gestão destes factores têm importância considerável, sendo que para isso o clínico

deve tomar-se conta do impacto emocional e social que acarretam as patologias que procuram tratar.

Na medicina do Sec. XIX, os clínicos tinham a sua prática baseada, em grande parte das vezes em pequenas comunidades, relativamente herméticas, e cujos meios científicos e terapêuticos não abundavam, e cujo ritmo de vida, certamente, não se assemelhava seguramente ao dos dias de hoje. Esta conjectura obrigava à necessidade da existência de uma relação médico-paciente bastante próxima, dado os tratamentos disponíveis serem poucos e muitas vezes de carácter irreversível, criando a necessidade do médico conhecer bem o paciente, a sua história, quais as suas preocupações e o que o atormentava⁴. No início do Sec. XX com o advento da terapêutica antibiótica e com o desenvolvimento da tecnologia e a expansão dos horizontes científicos, associados a um aumento do ritmo de vida, surge a necessidade e a possibilidade de suprir as carências de um maior número de pessoas, obrigando a consulta médica a tornar-se mais célere de forma a suprir todas as novas exigências. O modelo de relação médico-paciente vê-se assim a embarcar num modelo paternalista, no qual o paciente tem pouca opinião e o mais importante é a resolução definitiva das maleitas físicas. Porém, cada vez mais se torna evidente, a partir de essa altura, de que a relação médico-paciente não deve ser apenas centrada na opinião do médico, mas que também as vontades e percepções do paciente devem ser percutidas. Confrontamo-nos assim com a dicotomia do que era a prática médica no Séc. XX, e o que deverá ser no Séc. XXI. Como refere Lasagna⁵ na sua revisão do juramento hipocrático: *“I will remember that I do not treat a fever chart, or a cancerous growth, but a sick human being, whose illness may affect [the person’s] family and economic stability. My responsibility includes these related problems, if I am to care adequately for the sick.”*. Lembra-nos assim que o clínico não deve apenas focar-se num modelo terapêutico puramente Biomédico, mas procurar integrar os cuidados prestados num modelo Biopsicossocial. Este, postulado por Engel⁶ já em 1980, diz-nos que o clínico deve reconhecer a relação com o paciente como essencial para a prestação de cuidados de saúde, deve utilizar a percepção emocional como ferramenta terapêutica e diagnóstica, contextualizar a história clínica do paciente no âmbito da conjectura da sua vida, perceber que aspectos biológicos, psicológicos e sociais são mais importantes para perceber e promover a saúde do paciente e promover cuidados multidimensionais.

Event 4: Cardiac Arrest

EVENT #4 **SYSTEMS HIERARCHY** **INTRASYSTEM CHANGES**
(12:30 P.M.)

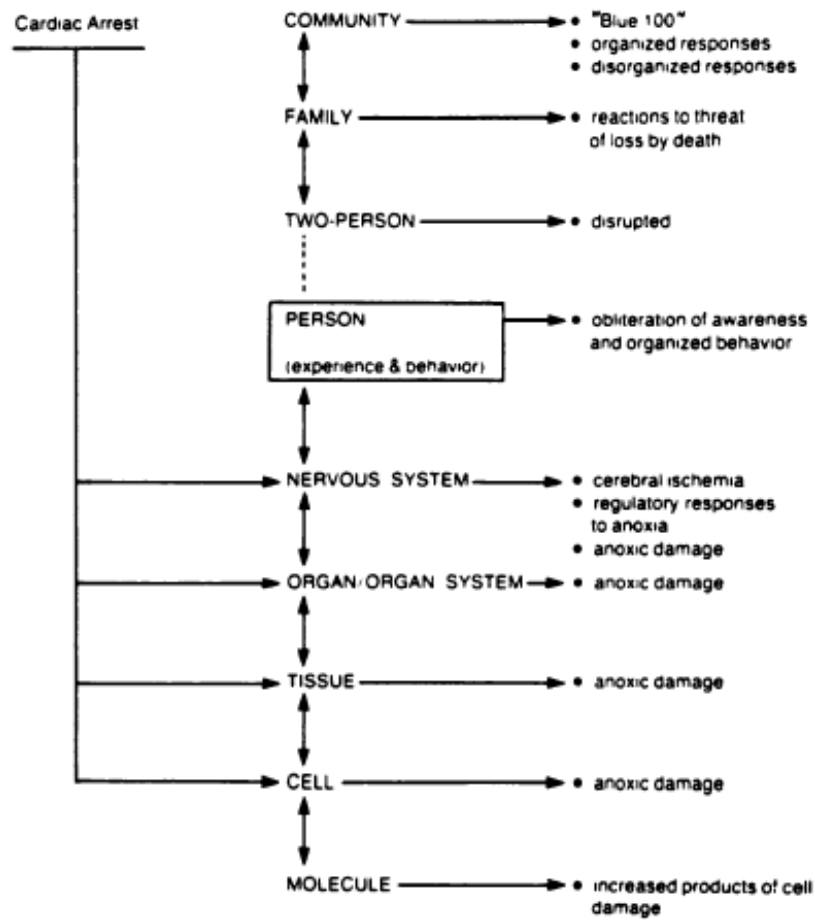


Fig. 1 – Multidimensionalidade do paciente, num episódio de paragem cardíaca, descrito por Engel⁷

O doente na sua plenitude

Conhecendo o paciente

Quando seguido ao longo do tempo pelo mesmo clínico, é expectável que no âmbito da relação médico-paciente se construa uma relação de confiança e de conhecimento, no qual muitas vezes, principalmente quando seguido desde tenra idade pelo mesmo médico, se conheça a evolução do estado de saúde do paciente, tendo o clínico testemunhado as múltiplas alterações no estado de saúde, assim como as características físicas, mentais e sociais, que terão caracterizado as várias etapas da vida do doente. O paciente cria neste caso, quase que como uma relação familiar com o clínico, sendo que este o conhece de forma autêntica. Porém, cada vez mais, as visitas ao médico dentista se tornam cada vez mais pontuais, sendo que muitas vezes são feitas num registo episódico e marcadamente utilitarista. Deste modo, quer a prestação de cuidados seja feita num contexto transitório ou continuado, um dos factores fundamentais para o sucesso do diagnóstico e tratamento é o conhecimento do doente, e a primeira etapa deste é a realização de uma boa história e examinação clínica.

A recolha da história clínica é tradicionalmente feita através da administração de questionários tipificados e através da recolha de dados obtidos oralmente. O questionário busca, por norma perceber qual a queixa principal do doente, como se caracteriza, tanto do ponto de vista do clínico como do paciente, o registo detalhado do historial de alterações patológicas e singularidades de cada sistema de órgãos, incluindo alterações infecciosas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e metabólicas, assim como sob que terapêutica medicamentosa se encontra o paciente. Caso seja impossível obter tais informações diretamente a partir do paciente podemos, se possível, recorrer a registos médicos anteriores ou de informações cedidas por familiares ou outros prestadores de cuidados. Devem ainda ser tidos em conta aspectos sociais, psicológicos e demográficos, como sejam, o estado de ansiedade do paciente quando confrontado com a necessidade de realizar tratamento dentário, qual a sua profissão e qual a sua área de residência. Deste modo, recorrendo ao historial clínico obtido, deve ser ao médico dentista possível: diagnosticar, avaliar e monitorizar condições orais e sistémicas existentes, algumas das quais o paciente pode não estar ciente da existência; determinar que efeitos pode a saúde oral produzir

no estado de saúde sistémico; de que forma pode o estado de saúde sistémico condicionar o estado de saúde oral ou os tratamentos dentários; estabelecer uma base sob a qual aconselhar os hábitos de vida do paciente de forma a otimizar o seu estado de saúde; e estabelecer um plano de tratamento adequado ⁷.

De acordo com a Academia Americana de Medicina Oral na história clínica devem constar⁸:

- Identificação e contacto do paciente;
- Data da história clínica;
- Clínicos que realizaram ou realizam tratamentos passados ou atuais;
- Doenças sistémicas significativas, assim como, por sistemas de órgãos e sintomas;
- Medicação atual e passada incluindo doses;
- Internamentos hospitalares anteriores;
- Caracterização da hemorragia e doenças hemorrágicas;
- Alergias;
- Estado funcional;
- Ansiedade em relação ao tratamento dentário;
- Prestador de cuidados de saúde primários;
- Assinatura do paciente e médico;

O médico deve portanto fazer-se auxiliar da história clínica obtida para constatar alterações no estado de saúde e de medicação, desde a consulta progressa, e inquirir, quando pertinente, acerca de visitas que o paciente tenha feito a médicos de outras especialidades, e qual o propósito e resultado. A falha em fornecer uma história clínica fidedigna pode ser considerada razão de negação de prestação de cuidados⁹.

Apesar da fiabilidade dos métodos descritos, o médico deve ainda procurar substanciar a história clínica recorrendo ao diálogo contínuo com o paciente e à relação médico-paciente, considerando que os dados cedidos e as informações médicas progressas nem sempre se encontram corretas⁹⁻¹¹.

O exame clínico deve seguir-se sempre à elaboração da história clínica, devendo ser dirigido principalmente, mas não só, aos elementos que nos podem ajudar a fazer um correto diagnóstico, baseado nas queixas centrais do paciente. Ademais

deve ser feito um exame de carácter geral, que busque despistar quaisquer outras patologias abstrusas.

Examinando o paciente

Ao efetuarmos o exame semiológico, devemos fazê-lo de maneira sistemática. Devemos começar por observar o aspecto geral da face, procurando determinar a existência de quaisquer alterações que nos forneçam uma perspectiva do estado da saúde sistémica do paciente, procurando observar, por exemplo, sinais de cianose ou icterícia, típicos de perturbações a nível sistémico, ou ainda situações em que a face se encontre bastante “bronzada” que poderá sugerir caso de Addison. Manchas Vinho do Porto poderão surgir no caso de síndrome de Sturge-Weber ou Klippel-Trenaunay¹². De seguida devemos analisar a simetria da cara, sendo que nos devemos indagar acerca da causa de grandes deformações e assimetrias, sendo possível inferir acerca, por exemplo, de possíveis patologias tumorais ou de origem congénita. A análise do couro cabeludo, poderá fornecer também alguns elementos dignos de pesquisa: a displasia ectodérmica, patologia com vastas consequências a nível da cavidade oral, poder-se-á caracterizar por padrões característicos de alopecia. A existência de tumefacções ou edemas podem ser sinais de alerta, podendo-nos alertar para a presença, por exemplo, de infecções ou trauma. É importante que se saibam distinguir estes sinais, de linfadenopatias, sendo para tal fulcral conhecer bem a anatomia da região da cabeça e do pescoço. Estas, são habituais em situações de infecção oral e situações de malignidade, como existência de metástases de cancro primários ou linfoma. Na primeira podemos observar, um aumento em tamanho dos gânglios linfáticos, até cerca de 1cm, sendo móveis e tendo uma consistência duro-elástica. São de grande valor, as evidências fornecidas pelas linfadenopatias, quando embarcamos na busca de sinais de infecção, sendo que para isso devemos conhecer bem que regiões anatómicas drenam para que nódulos. No caso de malignidade, os gânglios apresentam-se duros, fixos e apresentam um aumento gradual em tamanho, devendo o clínico estar sempre atento a gânglios de tamanho exacerbado. Em caso de linfoma, poderão ser observadas alterações bilaterais, enquanto que metástases de, por exemplo, um carcinoma espinocelular, poderão manifestar-se unilateralmente, por exemplo, na cadeia linfática cervical anterior¹³. A presença de cicatrizes pode-nos dar um olhar para o passado do paciente, sendo pertinente inquiri-lo acerca da sua origem, podendo ela ser cirúrgica ou traumática. A observação de hematomas, quando

recorrentes e cuja natureza seja suspeita poderá constituir razão para comunicação às autoridades competentes. Púrpura e equimoses podem-nos ajudar a inferir acerca da capacidade de coagulação do paciente. A palpação e exame das estruturas anexas à cavidade oral, como as glândulas salivares é de grande valor, sendo que podemos através de exame semiológico, despistar condições inflamatórias, como seja, a sialoadenite e situações de parodite bacteriana ou vírica ou neoplásicas, benignas ou malignas, , fazendo-se exemplo do adenoma pleomórfico,, sendo um tumor benigno com uma capacidade de malignização considerável, de cerca de 5% em todos os casos²⁰. O síndrome de Sjögren, manifesta-se, ao nível oral, através, sobretudo, da xerostomia, e das complicações resultantes desta, fazendo-se acompanhar por um aumento em volume das glândulas salivares, particularmente da parótida, sendo que o clínico deve estar familiarizado com este sinal patognomónico, ajudando a fazer o despiste desta patologia, a observação da lubrificação ocular. Caso o paciente se apresente à consulta com dor, o clínico poderá suspeitar de sialolitíase, devendo proceder a uma palpação cuidada da zona referida, sendo que a glândula salivar mais frequentemente afectada é a submandibular, e deverá ter em conta, para efetuar o diagnóstico, alturas de maior produção salivar no despoletar da dor, com sejam a altura das refeições. Situações de alcoolismo, obesidade, má-nutrição e diabetes podem também manifestar-se ao nível das glândulas salivares, sendo que levam ao aumento das mesmas, por exemplo, através da infiltração de tecido adiposo nas mesmas^{14, 15}. Ademais, deve contar do exame clínico a palpação muscular, e o registo de queixas do paciente, no que se refira a sintomatologia da ATM. O clínico deverá registar o limite máximo de abertura da mandíbula, devendo também verificar o trajeto de abertura da mandíbula, sendo dignas de registo excentricidades neste movimento, como seja, por exemplo, uma deflexão no curso expectável desta no movimento de abertura, num caso de deslocamento do disco sem redução. A palpação muscular permite ao clínico o diagnóstico de condições como a síndrome dolorosa miofascial,, caracterizando-se ao exame clínico pela existência de pontos gatilho, palpáveis, tipicamente com 3 a 6 mm¹⁶, assemelhando-se a nódulos musculares, que despoletam uma resposta álgica no paciente. Um diagnóstico de miosite e tendinite poderá também advir desta vertente do exame semiológico. À auscultação da ATM, poderá ser estuda crepitação, que poderá sugerir uma situação de deslocamento do disco sem redução.

Segue-se então a inspeção intraoral, a qual não se deve limitar simplesmente às peças dentárias.

É fundamental que o clínico possua conhecimentos apurados de Patologia e Medicina Oral, e saiba diagnosticar eficientemente várias apresentações de cancro oral. Entre 1997 e 2008, observaram-se em Portugal incrementos de quase 1.96%/ano na incidência de cancro, particularmente no sexo feminino em que se observou um aumento de 4.3%/ano¹⁷. Este facto, poderá dever-se a mudanças nos hábitos de vida da população portuguesa, especialmente na população feminina. Ademais, países que observaram uma diminuição conjugada na incidência conjugada entre sexos de cancro oral, observaram aumentos na incidência em mulheres¹⁸. Este facto poderá dever-se a alterações nos padrões de hábitos e estilo de vida entre homens e mulheres. O crescimento do fenómeno de *binge drinking* especialmente em mulheres, e a falta de estudos a respeito do seu impacto poderá ajudar a explicar este fenómeno¹⁹, especialmente quando aliado a uma diminuição mais lenta na incidência dos hábitos tabágicos no sexo feminino. Ademais, mudanças nos padrões de hábitos sexuais correlacionam-se com esta tendência, sendo que as apresentações de cancro em camadas mais jovens estarão relacionadas com a infecção com HPV, especificamente HPV-16 e HPV-18, subtipos particularmente oncogénicos, apesar de alguma evidência sugerir que a transformação maligna pode demorar mais de 20 anos após a infecção da mucosa por HPV¹⁵.

O carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço é a 6ª transformação maligna mais comum a nível mundial com uma incidência de mortalidade entre 633,000 e 355,000²⁰. O carcinoma espinocelular oral e o carcinoma espinocelular da orofaringe são os seus tipos mais comuns, representando 263,900 novos casos e 128,000 mortes²¹. Ainda assim, são altamente curáveis se tratados atempadamente. Deste modo, o prognóstico de sobrevivência está dependente do estágio de desenvolvimento aquando do diagnóstico. Caso seja detectado no estágio I ou II, há uma taxa de sobrevivência a 5 anos de 53% a 68%; caso seja detectado no estágio III, com ou sem metástases em nódulos linfáticos ipsilaterais ≤ 3 cm a taxa de sobrevivência é de 41%. Se diagnosticado no estágio IV, com metástases à distância, invasão de estruturas adjacentes ou metástases de nódulos >3 cm, a taxa de sobrevivência é de apenas 27%. A maioria das mortes ocorrem nos primeiros 5 anos, apesar de alguma percentagem ocorrer aos dez²². Deste modo parece imperativo que haja um processo

ativo do médico dentista na detecção precoce do cancro oral. Apesar de alguns determinantes, como factores sócio-económicos²³ na preponderância de números elevados de incidência de cancro oral, é importante que o clínico promova hábitos de vida saudáveis. Factores como o consumo moderado de álcool e tabaco, o consumo de frutas e vegetais²⁴, e hábitos sexuais seguros estão relacionados com níveis mais baixos de incidência de cancro.

Ademais do diagnóstico de neoplasias, a observação intraoral deve avaliar de forma geral, mas detalhada, alterações morfológicas dos vestíbulos, língua, gengiva, mucosa jugal, freios, palato mole e duro, assim como verificar o estado das peças dentárias, avaliando a sua higidez e vitalidade, e caso haja situações de patologia ou edentulismo dever-se-á contemplar a reabilitação oral e tratamento das peças dentárias afectadas.

A sondagem periodontal e o preenchimento do *Periodontal Screening and Recording*® devem constituir um elemento do exame clínico de rotina. A doença periodontal é uma das principais causas da perda de peças dentárias e de qualidade de vida, no que toca a condições de índole oral. Em 2010, a doença periodontal severa, foi responsável por 5,413,000 *Disability-adjusted Life-years* (DALYs) em toda a população mundial, sendo a 77^a causadora destes, considerando todo o tipo de patologias²⁵, representado portanto um relevante factor causal de perda de qualidade de vida, sendo a patologia oral que mais preponderância apresenta nesse campo. Crescente evidência científica relaciona a patologia periodontal com um número de patologias sistémicas, como Diabetes Mellitus tipo II, Doença renal crónica e Doença cardiovascular aterosclerótica, assim como várias consequências adversas na gravidez como seja, nascimento prematuro e de baixo peso e pré-eclampsia. Há ainda alguma evidência científica que relaciona a saúde periodontal com a obesidade, o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), sobretudo em indivíduos seniores, e alguns tipos de cancro, apesar de esta não ser conclusiva. Quando detectada e tratada atempadamente, é possível conseguirmos abrandar o progresso da doença, sendo mesmo possível em alguns casos aumentarmos o nível de *attachment*.

É no exame radiológico de rotina, sobretudo panorâmico, que são diagnosticadas grande parte das patologias ósseas, sendo este exame de grande valor. Por esse motivo, é importante que o clínico observe bem todos os elementos presentes

na imagem radiográfica, para além daqueles de interesse mais óbvio para o tratamento a efetuar nesse momento.

Saúde Oral e Saúde Sistémica

Partindo da observação da cavidade oral é possível ao clínico, observar sinais potencialmente indicativos de um grande número de patologias sistémicas, como seja, leucemia, lúpus eritematoso sistémico, doença de Crohn, doença de Addison, anemia, SIDA, entre muitíssimas outras, podendo o médico dentista estar na linha da frente de várias patologias que até então não tinham sido descritas num dado paciente. Obviamente, o clínico deve realizar uma bateria de testes e cruzar as informações realizadas por observação exame clínico com elementos da história clínica, como seja, hábitos de vida e medicação, antes de realizar qualquer tipo de diagnóstico. Deste modo, é fundamental que o médico dentista tenha um conhecimento profundo das implicações a nível da cavidade oral de uma vasta panóplia de patologias, e esteja apto a reconhecer anomalias sempre que estas estejam presentes, e deverá procurar integrar as alterações observadas num contexto fisiopatológico específico das doenças sob suspeita.

Pacientes com lesões ulcerosas recorrentes devem ser observados, enquadrados num ponto de vista que integre a possibilidade de existência de patologia sistémica. De facto, várias doenças apresentam como manifestações orais lesões ulcerosas, como seja, a doença de Crohn, lúpus eritematoso, pênfigo vulgar, penfigóide bolhoso e doença de Behçet. Esta última, apresenta frequentemente as suas primeiras manifestações clínicas na cavidade oral²⁶, sendo portanto exemplo de doenças com as quais o médico dentista deve estar bem familiarizado. Faz-se acompanhar muitas vezes de úlceras genitais e inflamação ocular, havendo pertinência em inquirir o paciente acerca de tais sinais, ou de fazer uma observação semiológica direta. Doenças como leucemia e SIDA podem ser reconhecidas ao fazer um correto exame periodontal, assim como buscando junto do paciente alterações verificadas neste domínio. A leucemia apresenta-se através de sangramento gengival à mínima manipulação, edema gengival acentuado, petéquias, úlceras e infecções secundárias como seja, por *Candida Albicans* ou *Herpes Simplex*. Cursa muitas vezes com uma sensação de fadiga recente particularmente acentuada, podendo o paciente referir que tem sentido sensação de fraqueza recorrente especialmente nas pernas. O diagnóstico deve ser confirmado com exame sanguíneo. A SIDA manifesta-se a nível periodontal, através de eritema gengival linear, GUNA, PUNA, sendo estes sinais merecedores de particular atenção. A nível oral é de especial interesse, a pesquisa de

Sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa, linfoma não-Hodgkin e infecções secundárias particularmente decorrentes de *Candida*, apesar de podermos encontrar infecções por outros patógenos. Em doentes infectados por HIV, a infecção por *Candida* pode ser preditiva da instalação de SIDA em pacientes não tratados num espaço de 2 anos, sendo que 90% dos pacientes com SIDA sofrem deste tipo de infecção, sendo as formas mais comuns a pseudomembranosa e a eritematosa²⁰. Pigmentações da mucosa podem sinalizar, por exemplo, doença de Addison, síndrome de Peutz-Jegherz, síndrome de McCune-Albright ou neurofibromatose de tipo I. A primeira caracteriza-se por pigmentação melânica difusa, não devendo ser confundido com pigmentação melânica relacionada com etnia, podendo ser concomitante com infecção por *Candida*. O síndrome de Peutz-Jegherz caracteriza-se pela existência de pigmentação acastanhada macular semelhante a efélides, que tende a ser uma extensão do mesmo tipo de pigmentação na região peri-oral. O síndrome de McCune-Albright e a neurofibromatose de tipo I, fazem-se acompanhar de lesões tipicamente denominadas por *café-au-lait*, caracterizadas por máculas, cujo tom pode variar de amarelado a castanho-escuro, de rebordos suaves, podendo estar presentes na altura do nascimento. O diagnóstico diferencial entre as duas patologias poderá ser feito, por exemplo, através da presença de neurofibromas cutâneos e aumento unilateral da língua na neurofibromatose de tipo I, e displasia fibrosa poliostótica, no síndrome de McCune-Albright²⁰. Nas peças dentárias podemos muitas vezes observar, sinais de erosão possivelmente indicadores, da existência de refluxo gastroesofágico ou bulimia.

Porém, não é apenas a saúde sistémica que tem o potencial de influenciar a saúde oral, o inverso é também válido. A periodontite é uma doença inflamatória crónica, cuja resposta imuno-inflamatória, a patógenos externos específicos, está desregulada. Esta desregulação na resposta, resulta em destruição do periodonto, levando à perda dentária. Estudos de curta duração revelam períodos de atividade contrapostos com períodos de inatividade, enquanto estudos de longa duração revelam uma média de perda de *attachment* contínua de 0.05mm a 0.3mm por ano. Estas hipóteses sugerem dois modelos de evolução da doença diferentes, sendo que a evidência científica não conseguiu ainda revelar qual o mais correcto^{27, 28}. A diabetes é uma doença cujo início e progressão, tem como factores de promoção, além do estilo de vida, factores ambientais e genéticos, mecanismos inflamatórios. A ativação

de monócitos e a secreção de citocinas têm papel ativo na destruição de ilhotas de Langerhans, e no surgimento de resistência insulínica²⁹. Deste modo, considerando a periodontite severa e a entrada de patógenos por via oral como um factor desencadeador da inflamação³⁰, faz sentido que consideremos a relação entre as duas patologias, especialmente se considerada a evidência que demonstra o efeito da terapia periodontal na diminuição nos níveis de HbA1c, o marcador mais relevante para o controlo da diabetes³¹⁻³³. De facto, as alterações observadas são semelhantes à adição de um segundo fármaco antidiabético ao regime terapêutico do paciente³⁴. Apesar de não haver evidência, no que se refere à gravidade a partir da qual a doença periodontal afecta o paciente diabético, a literatura refere sobretudo periodontite moderada a avançada, sendo que muitas vezes paciente com gengivite são incluídos no grupo de controlo e saudáveis. Inversamente, a evidência científica sugere que há um agravamento da periodontite em indivíduos com diabetes, havendo evidência de uma maior perda de *attachment*, destruição óssea, mais sangramento à sondagem e maior mobilidade dentária. Estes factores poder-se-ão dever aos problemas induzidos na microcirculação pela diabetes, à falha na absorção de nutrientes por defeito do mecanismo insulínico, metabolismo defeituoso de colagénio ou a deficiência na função de leucócitos polimorfonucleares, sendo forte a evidência que liga a capacidade de regeneração diminuída dos diabéticos com a periodontite²⁶.

Também nas doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo o acidente vascular cerebral (AVC), o enfarte do Miocárdio e doença coronária, a periodontite parece ter influência. Nestas patologias, há uma perturbação das funções das células endoteliais dos vasos sanguíneos, podendo esta ser despoletada por infecção ou exacerbada por estados sistémicos de inflamação, como o causado no caso da periodontite³⁵. A infecção oral crónica causada por esta, leva ainda a que haja entrada na corrente sanguínea de bactérias e seus produtos, causando uma desregulação endotelial. Produtos libertados por *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* produzem uma resposta pro-aterogénica nas células endoteliais^{36, 37}. Este facto, leva a que seja ativa a resposta imuno-inflamatória do hospedeiro, promovendo a formação do ateroma. As bactérias periodontais, depois de provocada a bacterémia, invadem ainda as células endoteliais do hospedeiro, tendo sido recuperadas espécies tipicamente residentes no periodonto em placas de ateroma³⁸. Depois do insulto, as células endoteliais iniciam uma série de mecanismos

pró-inflamatórios que promovem a adesão subsequente de leucócitos, a agregação plaquetar e a formação trombótica, resultando em oclusão vascular³⁹. Deste modo, há evidência científica que suporta a tese que através do controlo do tratamento periodontal é possível reduzir a inflamação sistémica, reduzindo os níveis de proteína reativa-C e a atividade endotelial, ambos preditivos de futuras complicações da doença cardiovascular aterosclerótica. Assim, seguidamente a uma complicação decorrente de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, deverão ser seguidas as guidelines postuladas pela American Heart Association^{40, 41}. Dever-se-á procurar restituir a higiene oral, minimizando o risco de bacterémia, preferencialmente em múltiplas sessões.

Deste modo, tornam-se evidentes as responsabilidades do médico dentista no que toca ao estado de saúde sistémico dos pacientes, tanto no que se refere ao controlo de patologias que se relacionem com a cavidade oral, como no que toca a diagnosticar patologias que tenham manifestações a nível desta.

Objetivos

Este trabalho pretende pôr em evidência o trabalho realizado pelo autor na Clínica Dentária Universitária, procurando caracterizar as valências por este adquiridas no âmbito das suas funções clínicas e académicas. Procura ainda fornecer uma análise epidemiológica e clínica da população observada, caracterizando-a de acordo com factores que vão de encontro ao bom-senso clínico e à relevância com que se enquadram dentro da evidência científica atual, pretendendo, quando possível, estabelecer um paralelismo entre determinadas idiosincrasias de indivíduos ou populações e aspectos de interesse clínico que se julguem particularmente pertinentes. Busca-se ainda ilustrar uma panóplia de situações clínicas, demonstrando as possíveis opções de diagnóstico e de terapêutica, procurando empreender a suscitação de um pensamento clínico crítico que busque todas as alternativas ao dispor da superlativa resolução do problema. Tem ainda como intuito fazer uma apreciação ética e deontológica dos deveres, e daqueles que devem ser os princípios do médico dentista, procurando que se satisfaçam as reais necessidades dos que colocam a sua saúde e o seu bem-estar sob a nossa tutela.

Material e Métodos

A recolha de dados foi feita tendo em conta os atos clínicos realizados nas diversas áreas disciplinares, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, efectuados pelo binómio 105 entre as datas de 02/09/2014 até 13/05/2015. Os parâmetros a registar foram seleccionados pelo observador, tendo em conta a relevância para a formulação de uma história clínica coerente e o enquadramento no estado da arte científico atual. O registo de dados foi feito tendo como base os dados contidos no *software* de gestão clínica *NewSoft 2.0* assim como registando informações fornecidas diretamente pelo paciente. Foram ainda tidos em conta os dados de meios auxiliares de diagnóstico radiológico presentes no programa *Dimaxis*. Os dados serão tratados visando fornecer um olhar clínico e epidemiológico dos pacientes e da população observada, procurando caracterizar a amostra populacional servida pela Clínica Dentária Universitária nas suas diversas vertentes.

A análise estatística e o tratamento de dados foi realizada com o *software SPSS Statistics* (IBM), de acordo com os aspectos clínicos de relevo para cada situação a caracterizar.

Os critérios de inclusão para a amostra considerada são:

- Pacientes atendidos exclusivamente pelo binómio 105;
- Pacientes atendidos entre as datas de 02/09/2014 e 13/05/2015.

Não existe qualquer critério de exclusão, excepto os que contrariem diretamente os de inclusão.

Resultados

Caracterização geral da amostra

A **tabela 1** caracteriza, em termos de género, os pacientes observados pelo binómio 105, sendo que, constam 24 pacientes do sexo feminino e 30 do sexo masculino, constituindo uma percentagem, 44,4% e 55,6% respectivamente.

Tabela 3 Percentagem e Frequência de Género da Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Feminino	24	44,4
Masculino	30	55,6
Total	54	100,0

O **gráfico 1** ilustra graficamente as percentagens relativas ao género, dos paciente observados pelo binómio 105, observando-se uma percentagem de 44,4% para os pacientes do sexo feminino e 55,6% para os pacientes do sexo masculino.

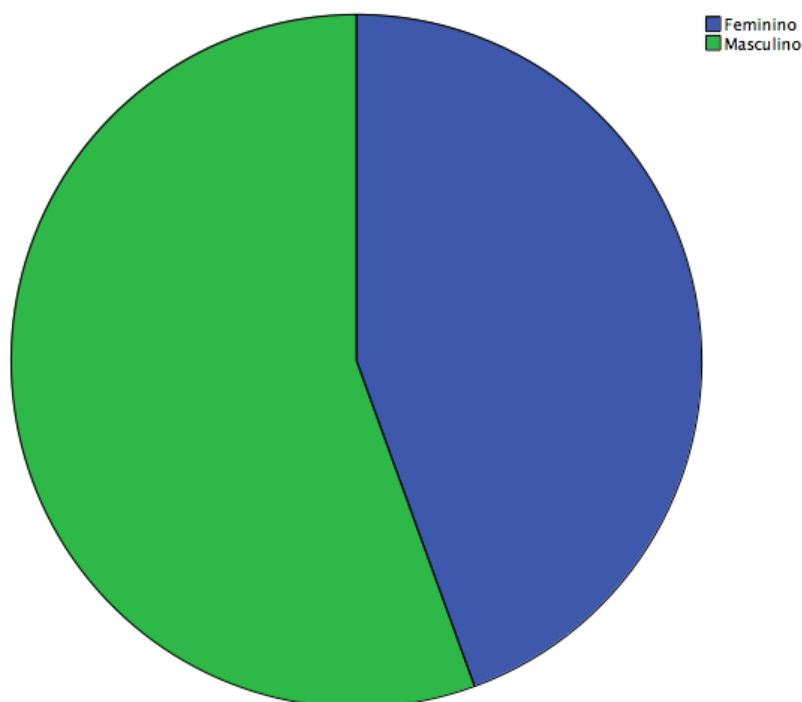


Gráfico 3 Percentagem de Género da Amostra Global

A **tabela 2** caracteriza a amostra geral de pacientes atendidos pelo binómio 105 quanto à idade, sendo que a média de idade dos pacientes, observados é de 50,83 anos, com um desvio padrão de 21,456. A idade mais baixa registada foi de 4 anos e a máxima de 83 anos.

Tabela 4 Caracterização da Amostra Global Quanto à Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	54	4	83	50,83	21,456

O **gráfico 2** descreve através de um histograma, a distribuição por idades da população observada pelo binómio 105, sendo que se apresenta uma média de idades de 50,83 anos, havendo uma maior percentagem de pacientes observados a partir dos 50 anos de idade.

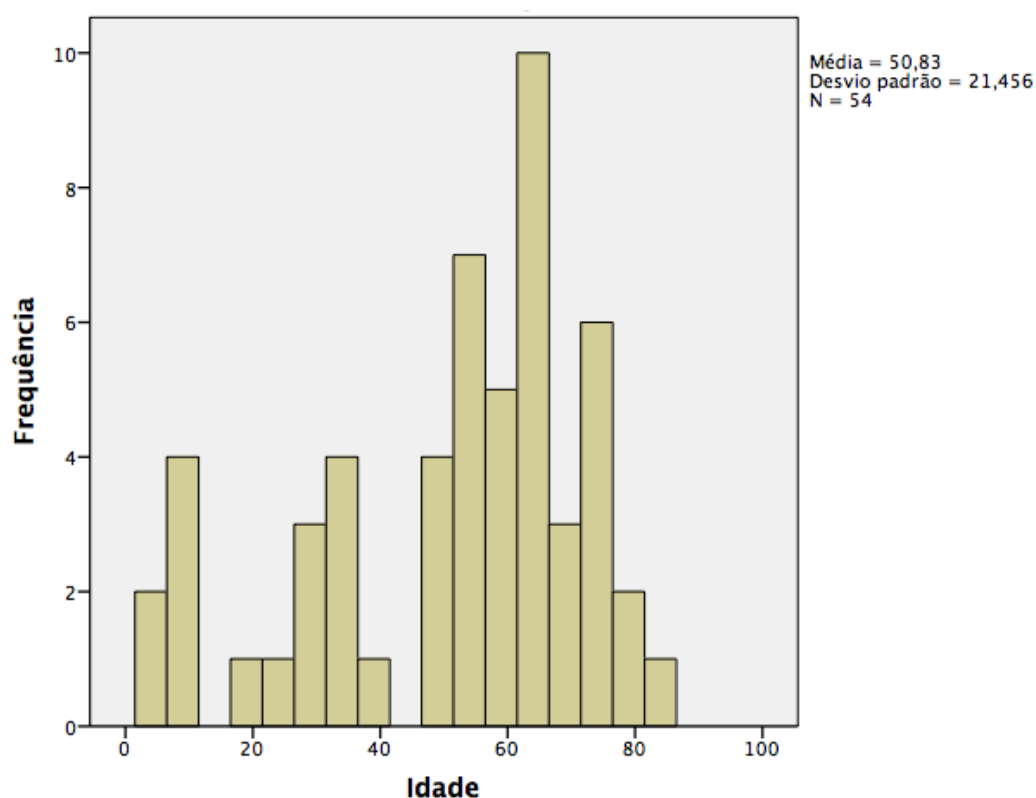


Gráfico 4 Distribuição da Amostra Geral por Idade

A **tabela 3** descreve a frequência e a percentagem dos diversos estados de saúde periodontal na população observada pelo binómio 105. Verifica-se que há uma predominância das Periodontites Crónicas Avançadas e Moderadas, sendo que representam respetivamente 38,9% e 31,5% da amostra considerada.

Tabela 3 Frequência e Percentagem da Saúde Periodontal da Amostra Global

	Frequência	Percentagem
GIP	6	11,1
PCA	21	38,9
PCL	6	11,1
PCM	17	31,5
Saúde	4	7,4
Total	54	100,0

O **gráfico 3** dá-nos uma percepção gráfica, mais intuitiva, da preponderância das patologias periodontais dos pacientes observados, sendo que a Gengivite Induzida por Placa apresenta uma percentagem de 11,1%, a Periodontite Crónica Avançada de 38,9%, a Periodontite Crónica Leve de 11,1%, a Periodontite Crónica Moderada de 31,5% e o estado de saúde plena periodontal de apenas 7,4%.

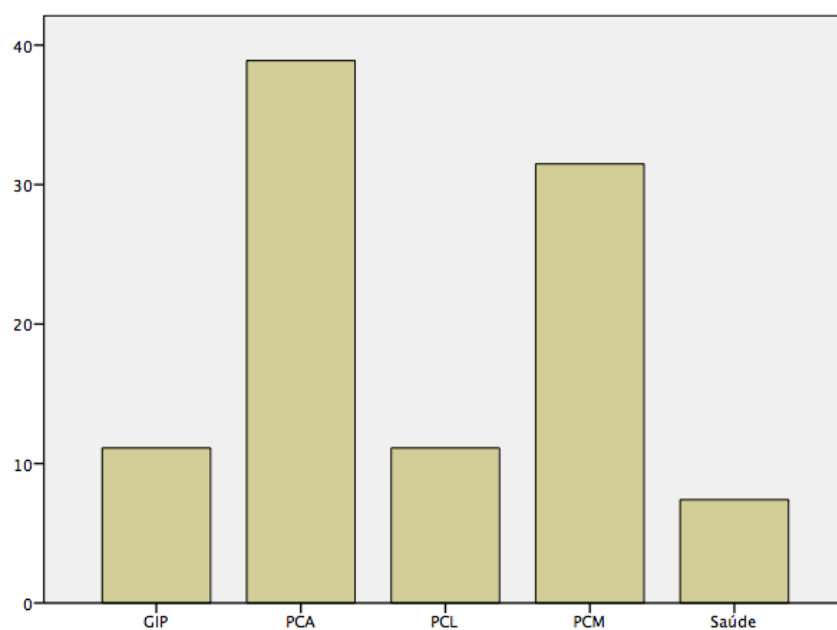


Gráfico 3 Percentagem dos Diferentes Estados de Saúde Periodontal da Amostra Global

A **tabela 4** caracteriza a população observada pelo binómio 105 quanto à Higiene Oral observada, caracterizando-a em Boa, Má e Razoável. A Higiene Oral observada nesta amostra foi predominantemente Má, com uma percentagem de 57,4%, seguida de Razoável com 22,2% e Boa com 20,4%.

Tabela 4 Frequência e Percentagem da Higiene Oral Observada na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Boa	11	20,4
Má	31	57,4
Razoável	12	22,2
Total	54	100,0

O **gráfico 4**, diz respeito à Higiene Oral Observada, sendo que se observa uma clara predominância de uma Má higiene oral, com um valor de 57,4%. A higiene oral Boa apresenta uma percentagem de 20,4% e a higiene oral Razoável de 22,2%

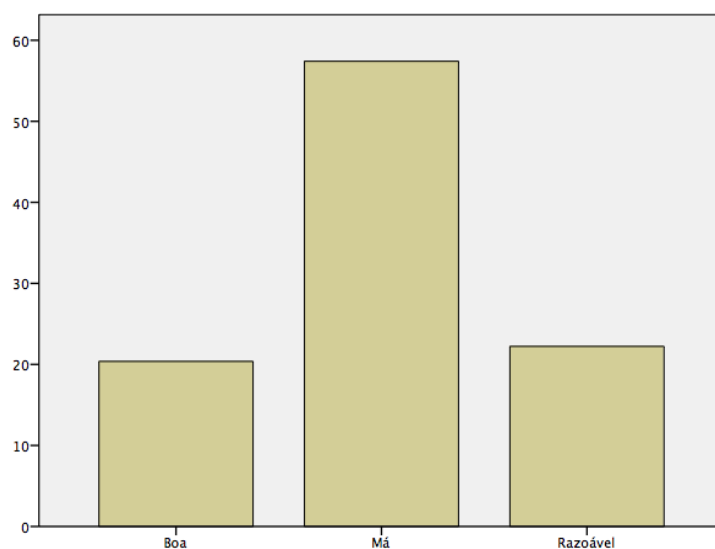


Gráfico 4 Percentagem da Higiene Oral Observada na Amostra Global

A **tabela 5** é referente à frequência diária com que os pacientes afirmam realizar hábitos de higiene oral. Verifica-se que 51,9% dos pacientes referem fazer escovagem dentária duas vezes por dia, e em 22,2% dos casos escovam apenas uma vez por dia. Em 9,3% dos casos os pacientes admitem não escovar os dentes habitualmente.

Tabela 5 Frequência e Percentagem de escovagem da população observada

	Frequência	Percentagem
0	5	9,3
1	12	22,2
2	28	51,9
3	7	13,0
4	1	1,9
5	1	1,9
Total	54	100,0

O **gráfico 5** caracteriza graficamente os hábitos de higiene oral diários da amostra de pacientes observados, havendo uma clara predominância de pacientes que referem escovar os dentes duas vezes por dia, com uma percentagem de 51,9%.

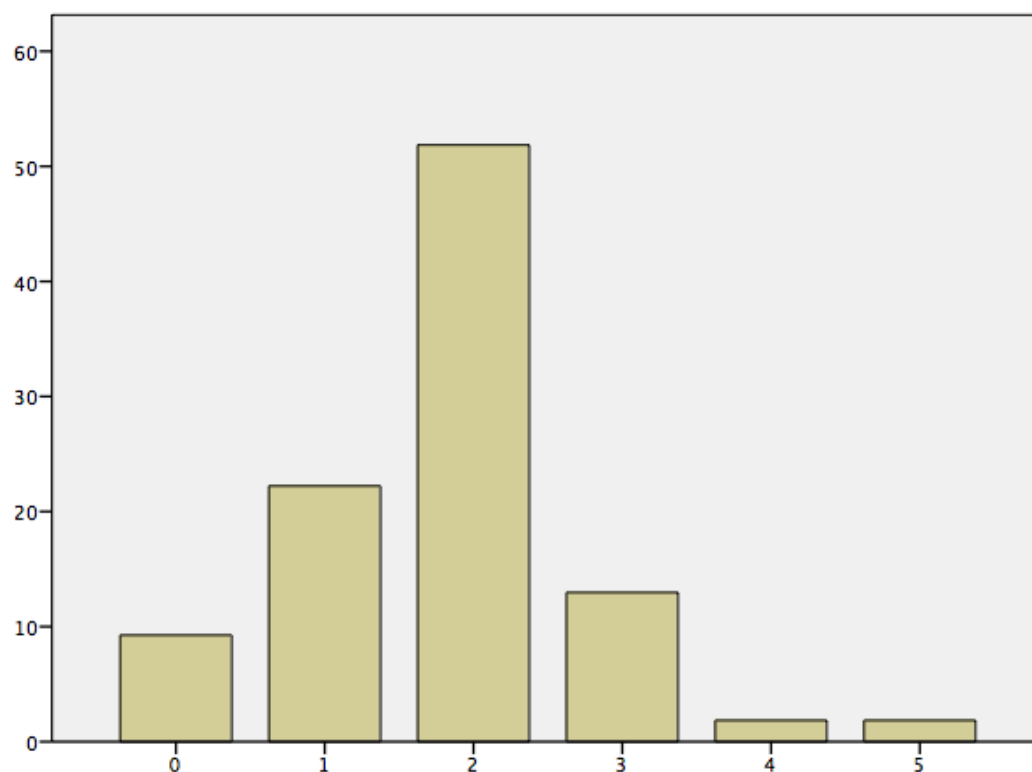


Gráfico 5 Percentagem da Frequência de Escovagem na Amostra Global

A **tabela 6** faz referencia aos hábitos de uso de fio dentário por parte dos pacientes observados pelo binómio 105, sendo que 75,9% dos pacientes não refere utilizar fio dentário.

Tabela 6 Percentagem de Pacientes da Amostra Global que Utilizam Fio Dentário

	Frequência	Percentagem
Não	41	75,9
Sim	13	24,1
Total	54	100,0

O **gráfico 6** representa graficamente os hábitos de higiene oral reportados e a higiene oral observada. O autor classificou a higiene oral observada numa escala de 1 a 3, sendo que a 1 corresponde uma má higiene oral, a 2 uma higiene oral razoável e a 3 uma boa higiene oral. Apesar de subjetivo, este gráfico procura ilustrar a discrepância entre os hábitos de higiene oral que são reportados pelos pacientes e aquela que nestes é observada. Cada valor do gráfico refere-se a um paciente em concreto.

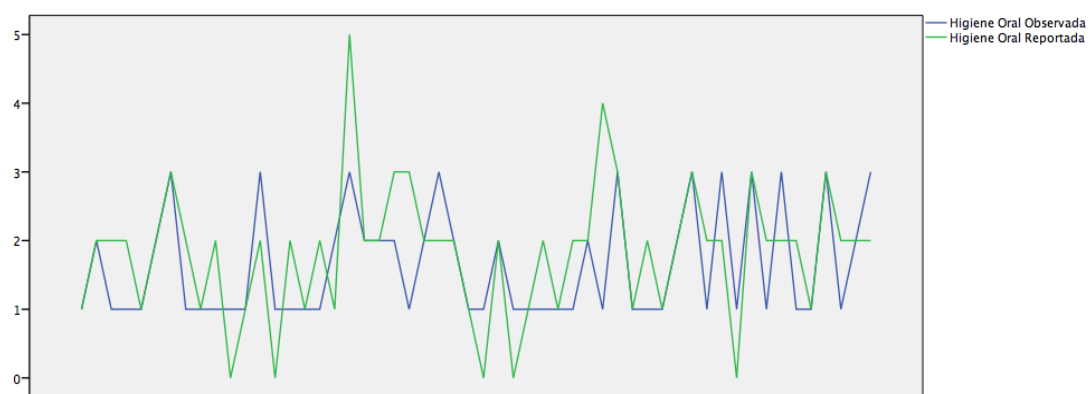


Gráfico 6 Relação Entre Higiene Oral Reportada e Higiene Oral Observada

A **tabela 7** refere-se à frequência e percentagem de pacientes da amostra global de pacientes observados pelo binómio 105, que possuem patologia diabética, sendo que esta se verifica em 20,4% dos casos. Na amostra não se registou nenhum caso de pacientes em estado pré-diabético, pelo que este não consta da estatística.

Tabela 7 Percentagem e Frequência de Patologia Diabética na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Não	43	79,6
Sim	11	20,4
Total	54	100,0

O **gráfico 7** representa graficamente os pacientes atendidos pelo binómio 105 com patologia diabética, sendo que apesar de a maioria não padecer desta, uma percentagem importante sofre da mesma.

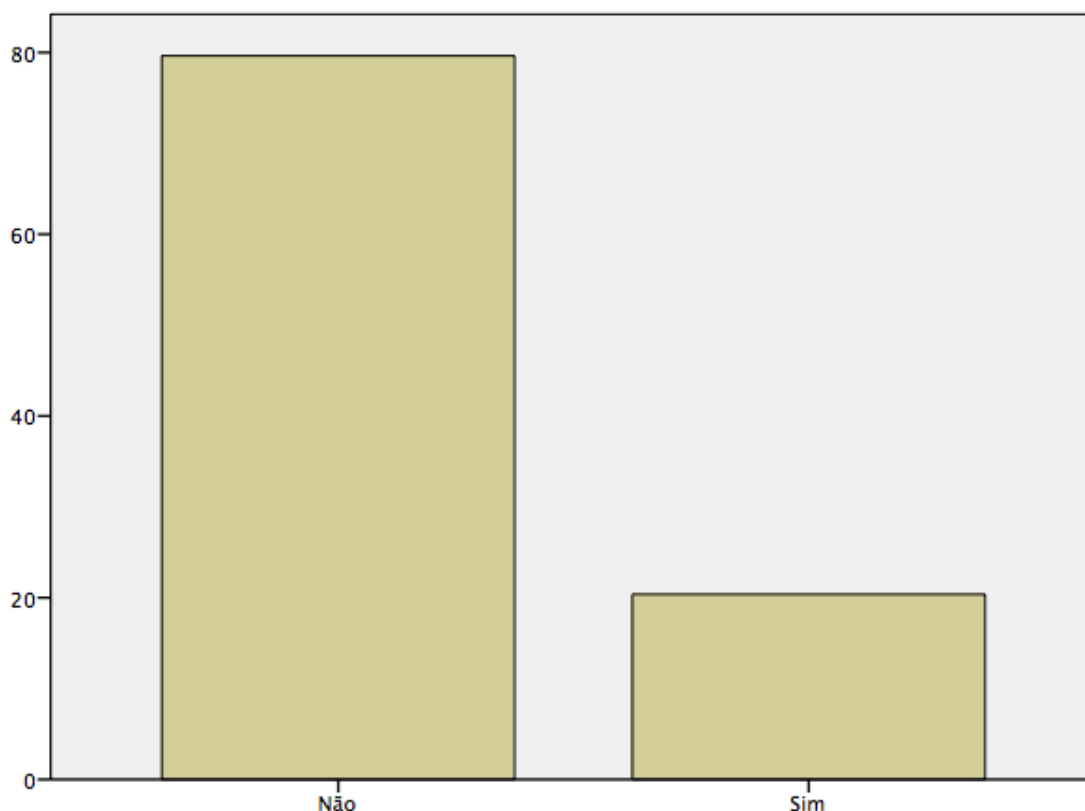


Gráfico 7 Percentagem de Pacientes com Patologia Diabética na Amostra Global

A **tabela 8** é referente à frequência e percentagem de pacientes da amostra global de pacientes observados pelo binómio 105, com Hipertensão Arterial diagnosticada, sendo que isto se verifica em 44,4% dos casos.

Tabela 8 Percentagem e Frequência de pacientes com Hipertensão Arterial na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Não	30	55,6
Sim	24	44,4
Total	54	100,0

O **gráfico 8** representa graficamente os pacientes atendidos pelo binómio 105 com hipertensão arterial, sendo que esta patologia se verifica numa larga percentagem da amostra observada, com um valor de 44,4%.

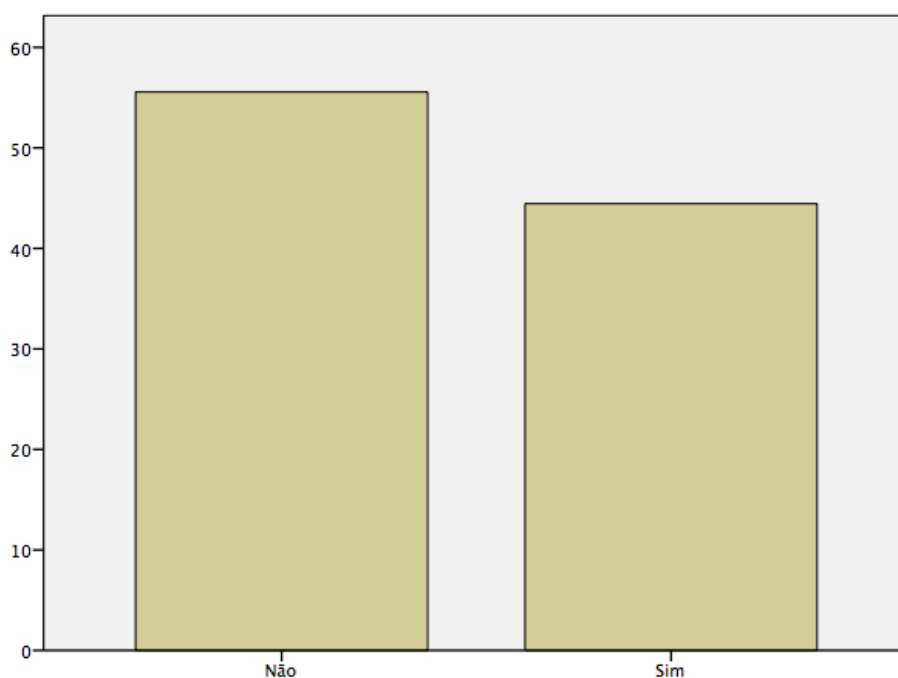


Gráfico 8 Percentagem de Pacientes com Hipertensão Arterial na Amostra Global

A **tabela 9** representa os paciente com fatores de risco claros para sofrerem de eventos decorrentes Doença Cardiovascular Aterosclerótica, como sejam dislipidémias e o facto de reportarem hipercolesterolemia nas últimas análises realizadas. Apesar de a percentagem ser elevada, sendo de 35,2%, esta poderá ser ainda maior, dado que não foram estudados todos os factores de risco para este tipo de patologia, como seja o sedentarismo e a regularidade de prática de exercício físico.

Tabela 9 Percentagem e Frequência de pacientes em risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Não	35	64,8
Sim	19	35,2
Total	54	100,0

O **gráfico 9** indica-nos a percentagem de pacientes em risco de sofrerem de eventos decorrentes de Doença Cardiovascular Aterosclerótica, sendo que representam 35,2%.

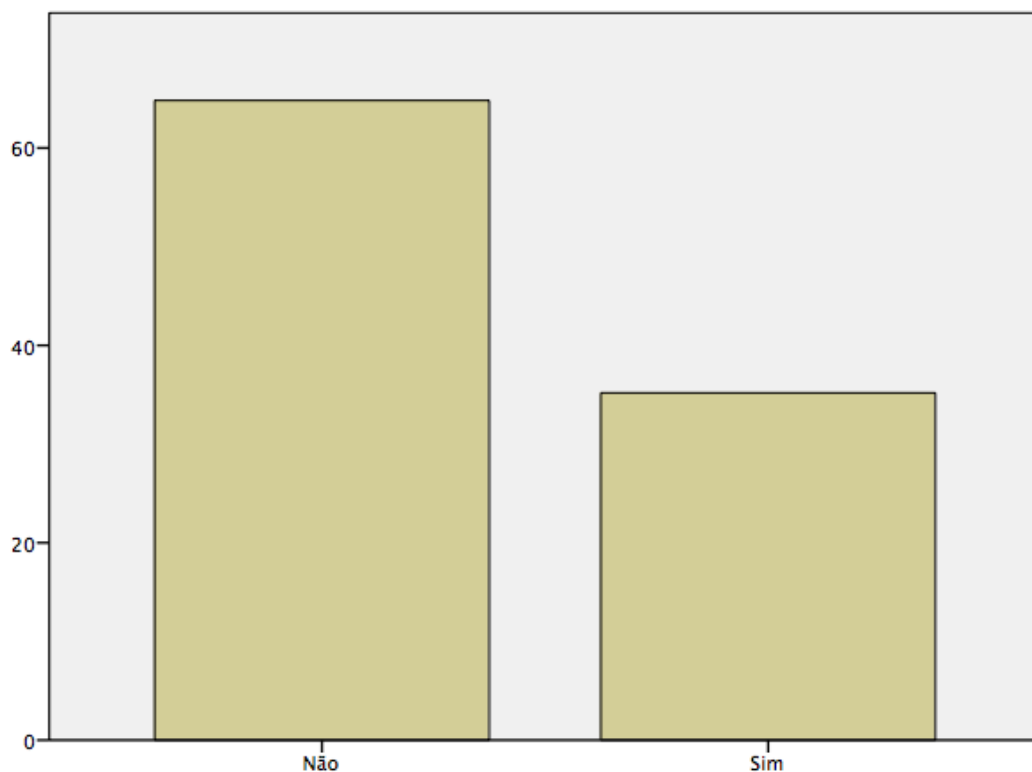


Gráfico 9 Percentagem e Frequência de Pacientes em Risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica na Amostra Global

A **tabela 10** elucida-nos quanto à e frequência percentagem de pacientes observados pelo binómio 105 que possuem hábitos tabágicos, sendo que 20,4% dos pacientes observados são fumadores regulares.

Tabela 10 Percentagem e Frequência de Pacientes com Hábitos Tabágicos na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Não	43	79,6
Sim	11	20,4
Total	54	100,0

O **gráfico 10** faz a representação gráfica da percentagem de pacientes observados que possuem hábitos tabágicos regulares, sendo esta de 20%.

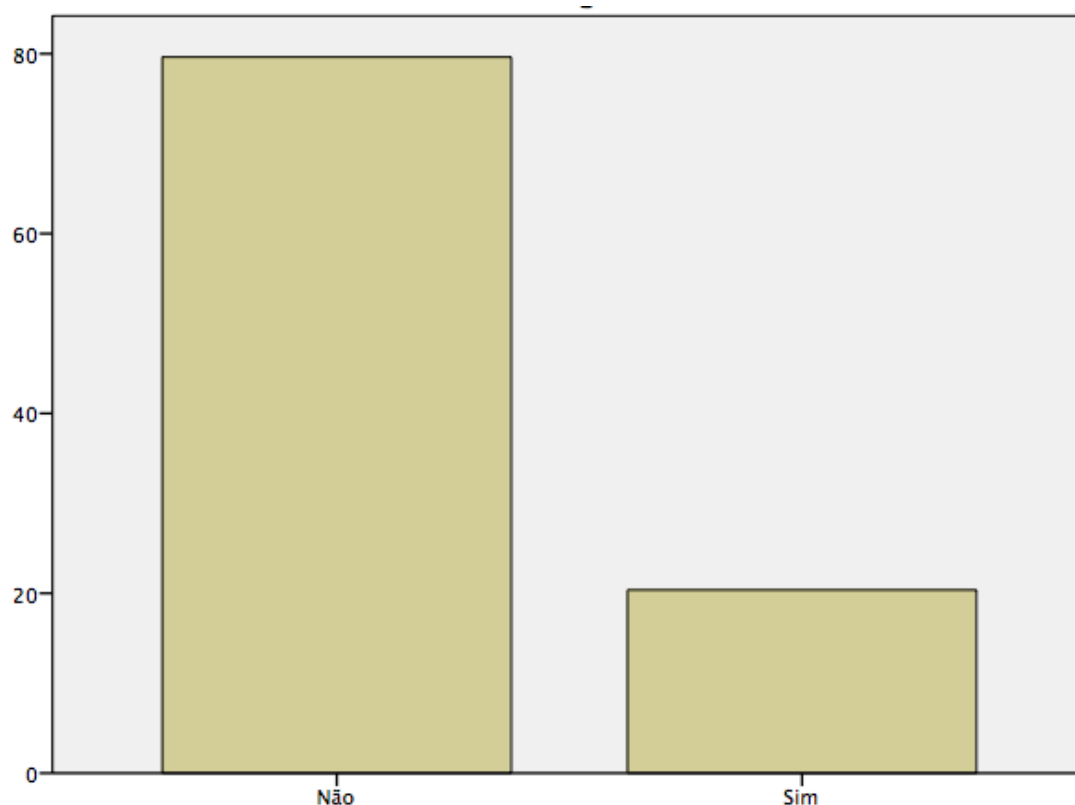


Gráfico 10 Percentagem de Pacientes com Hábitos Tabágicos na Amostra Global

A **tabela 11** faz referencia à percentagem e frequência de pacientes com hábitos alcoólicos regulares, sendo a percentagem da amostra considerada de 38,9%.

Tabela 11 Percentagem e Frequência de Pacientes com Hábitos Alcoólicos na Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Não	33	61,1
Sim	21	38,9
Total	54	100,0

O **gráfico 11** providencia-nos uma representação gráfica da percentagem de pacientes observados com hábitos alcoólicos regulares, sendo esta de 38,9%.

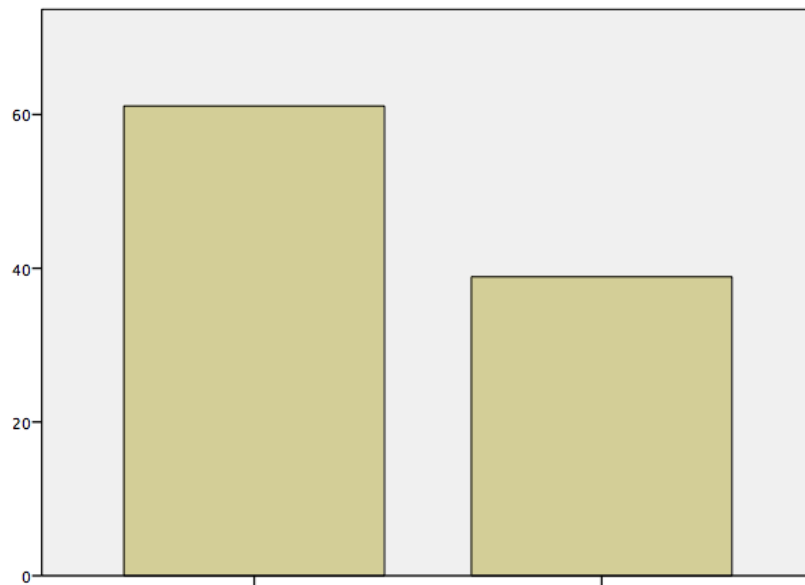


Gráfico 11 Percentagem de Pacientes com Hábitos Alcoólicos na Amostra Global

No **gráfico 12** podemos observar a distribuição e percentagem dos pacientes observados pelo binómio 105, pela classificação ASA. Observa-se uma predominância do estado ASA II, com 42,59%, seguido de ASA III com 29,63%, ASA I com 16,67% e ASA IV com 11,11%.

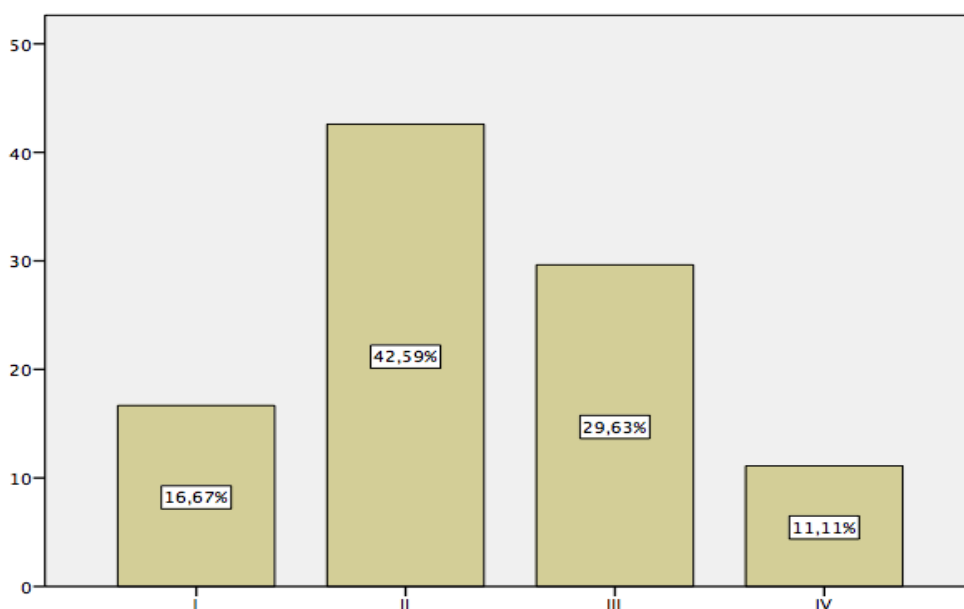


Gráfico 12 Percentagem do Estado ASA nos Pacientes da Amostra Global

A **tabela 12** elucida-nos quanto à medicação tomada pela amostra populacional observada pelo binómio 105, sendo que os anti-diabéticos, os anti-

hipertensores e os anti-dislipidêmicos representam os grupos farmacológicos mais comuns.

Tabela 12 Percentagem e Frequência de Regimes Terapêuticos nos Pacientes da Amostra Global

	Frequência	Percentagem
Ansiolíticos	10	7,9
Anti-depressivos	7	5,5
Anti-diabéticos	11	8,7
Anti-dislipidêmicos	19	15,0
Anti-hipertensor	24	18,9
Hormonas de substituição da tiróide	7	5,5
Nenhuma Medicação	16	12,6
Outra Medicação	26	20,5
Protetor gástrico	7	5,5
Total	127	100,0

Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é o campo da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico de defeitos, lesões e doenças dos tecidos duros e moles da cavidade oral e de estruturas anexas. No âmbito da Medicina Dentária generalista, a cirurgia oral é particularmente importante no que se refere à realização de atos de cirurgia dento-alveolar, como por exemplo as exodontias.

A **tabela 13** elucida-nos quanto ao número de vezes que o autor trabalho na área clínica de Cirurgia Oral como Operador e Assistente, sendo que realizou 6 atos clínicos das vezes.

Tabela 13 Percentagem e frequência de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

	Frequência	Percentagem
Assistente	5	45,5
Operador	6	54,5
Total	11	100,0

O **gráfico 13** representa a percentagem de vezes que o autor trabalho como assistente e operador na área clínica de Cirurgia Oral, sendo que foi operador 54,5% das vezes.

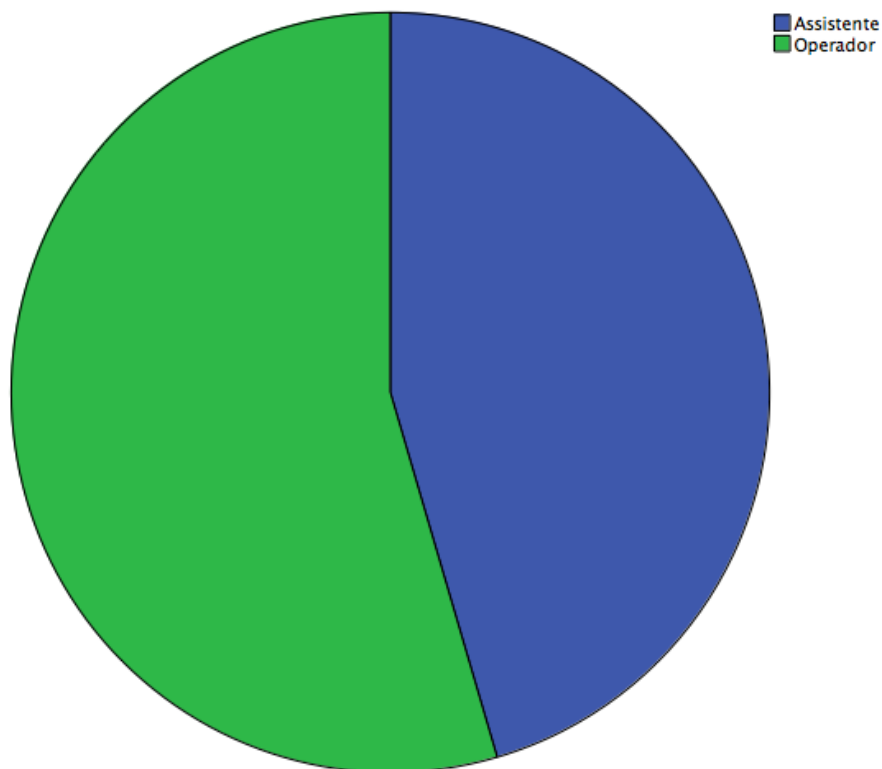


Gráfico 13 Percentagem de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

A **tabela 14** descreve o tipo de actos cirúrgicos que foram efectuados na área clínica de cirurgia oral, sendo que todos foram extracções simples, por técnica fechada.

Tabela 14 Tipos de atos cirúrgicos realizados pelo binómio 105 em Cirurgia Oral

	Frequência	Percentagem
Simple	11	100,0

Periodontologia

A Periodontologia é a especialidade da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças e pela manutenção do estado de saúde do aparato de suporte dentário. Este inclui o osso alveolar, os tecidos moles, o ligamento periodontal e o cemento. No espectro de acção da Periodontologia incluem-se a Periodontite e a Gengivite, nas suas várias formas. O advento dos implantes, acresce à Periodontologia mais uma valência, tendo esta área suprema responsabilidade no que se refere à sua aplicação terapêutica e manutenção, juntando também a periimplantite às patologias visadas pelo tratamento por parte deste campo da Medicina Dentária.

A **tabela 15** mostra-nos o número de actos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Periodontologia enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 8 vezes e assistente 8 vezes.

Tabela 15 Percentagem e frequência de atos clínicos em Periodontologia do autor como Assistente e Operador

	Frequência	Percentagem
Assistente	8	50
Operador	8	50
Total	16	100,0

O **gráfico 14** representa graficamente a proporção entre os atos realizados pelo autor como operador e assistente na área clínica de Periodontologia, sendo que foi operador em 50% das vezes e assistente outras 50%.

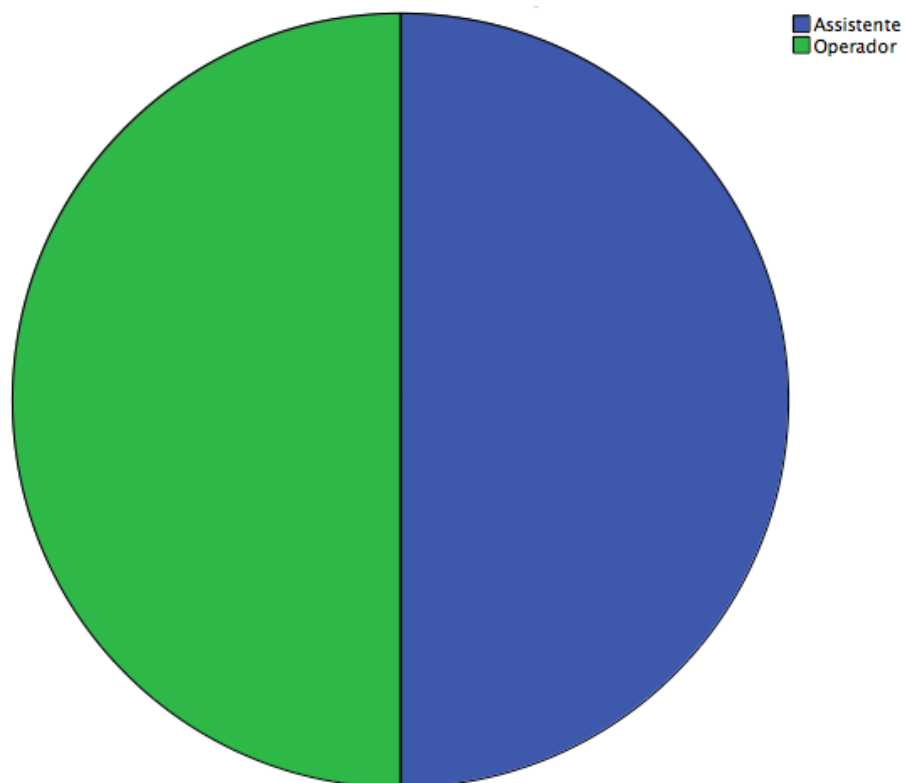


Gráfico 14 Percentagem de atos clínicos em Periodontologia do autor como Assistente e Operador

A **tabela 16** descreve o tipo de procedimentos clínicos que o autor realizou enquanto operador, sendo que realizou 6 procedimentos de fase higiênico, com ultrassons, e 2 procedimentos de Raspagem e Alisamento Radicular, perfazendo um total de 8 atos clínicos.

Tabela 16 Tipos de procedimentos clínicos realizados em Periodontologia pelo autor enquanto operador

	Frequência	Percentagem
Fase Higiênica	6	75,0
RAR	2	25,0
Total	8	100,0

O **gráfico 15** representa graficamente a proporção do tipo de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Periodontologia, sendo que 75% dos procedimentos foram de Fase Higiênica e 25% de Raspagem e Alisamento Radicular.

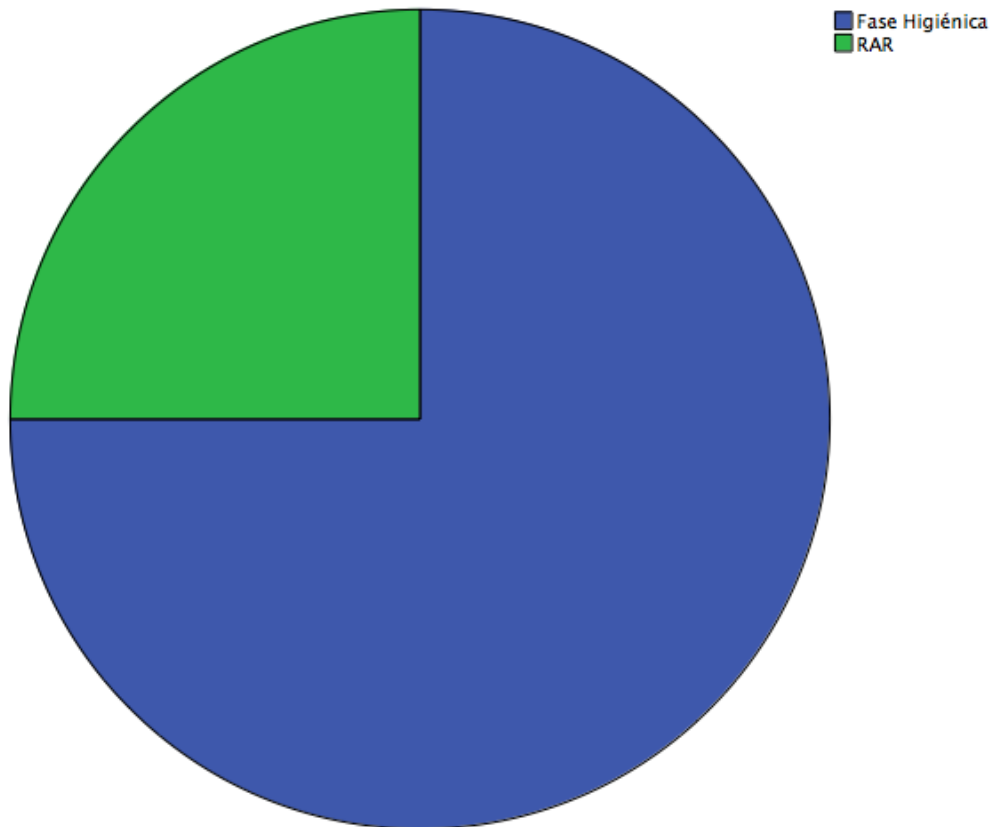


Gráfico 15 Percentagem dos tipos de procedimentos clínicos realizados em Periodontologia pelo autor enquanto operador

A **tabela 17** contabiliza a frequência de diferentes tipos de patologias periodontais na área clínica de Periodontologia pelo binómio 105, sendo que foram tratadas 8 Periodontites Crónicas Moderadas, 5 Periodontites Crónicas Avançadas, 2 Periodontites Crónicas e 1 Gengivite Induzida por Placa.

Tabela 17 Percentagem e frequência das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

	Frequência	Percentagem
GIP	1	6,3
PCA	5	31,3
PCL	2	12,5
PCM	8	50,0
Total	16	100,0

O **gráfico 16** representa graficamente a percentagem das tipologias de periodontites tratadas na área clínica de Periodontologia, sendo que o tipo mais frequente de patologia foi a Periodontite Crónica Moderada, com uma percentagem de 50%.

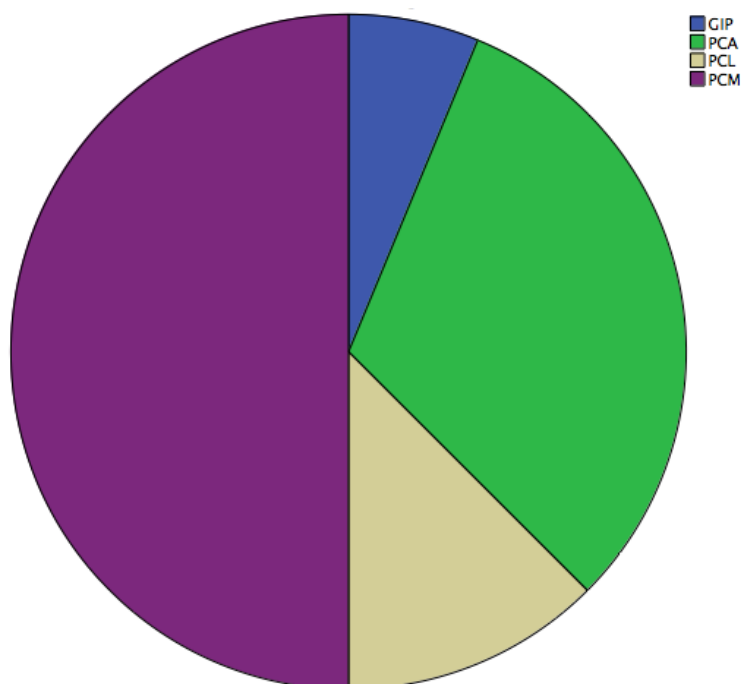


Gráfico 16 Percentagem das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

A **tabela 18** descreve-nos a média, o mínimo e o máximo do Índice de Placa e de *Bleeding On Probe* dos pacientes tratados pelo binómio 105 em Periodontologia, sendo que a média do primeiro é de 83,3% e do segundo de 27,3%

Tabela 18 Caracterização dos Índices de Placa e de Sangramento à Sondagem na prática clínica de Periodontologia

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BOP	16	,75	63,00	27,3713	22,10603
IP	16	40,00	100,00	83,3250	17,97334

Medicina Oral

A Medicina Oral é a área da Medicina Dentária responsável pelo tratamento de pacientes medicamente complexos, procurando enquadrar os efeitos da saúde sistémica na cavidade oral e vice-versa. Tem como objectivo, ainda, diagnosticar e tratar as doenças que afectem a região oral e maxilo-facial, procurando dirigir-se, por exemplo mas não só, a patologias quísticas, tumorais e neoplásicas, sendo uma área que todo o clínico deve ter sob seu domínio.

A **tabela 19** mostra-nos o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Medicina enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 5 vezes e assistente 3 vezes, sendo que a totalidade das consultas foram primeiras consultas.

Tabela 19 Percentagem e frequência de atos clínicos em Medicina Oral do autor como Assistente e Operador

	Frequência	Percentagem
Assistente	3	37,5
Operador	5	62,5
Total	8	100,0

O **gráfico 17** representa graficamente a proporção entre os atos realizados pelo autor como operador e assistente na área clínica de Medicina Oral, sendo que foi operador em 62,5% das vezes e assistente 37,5%.

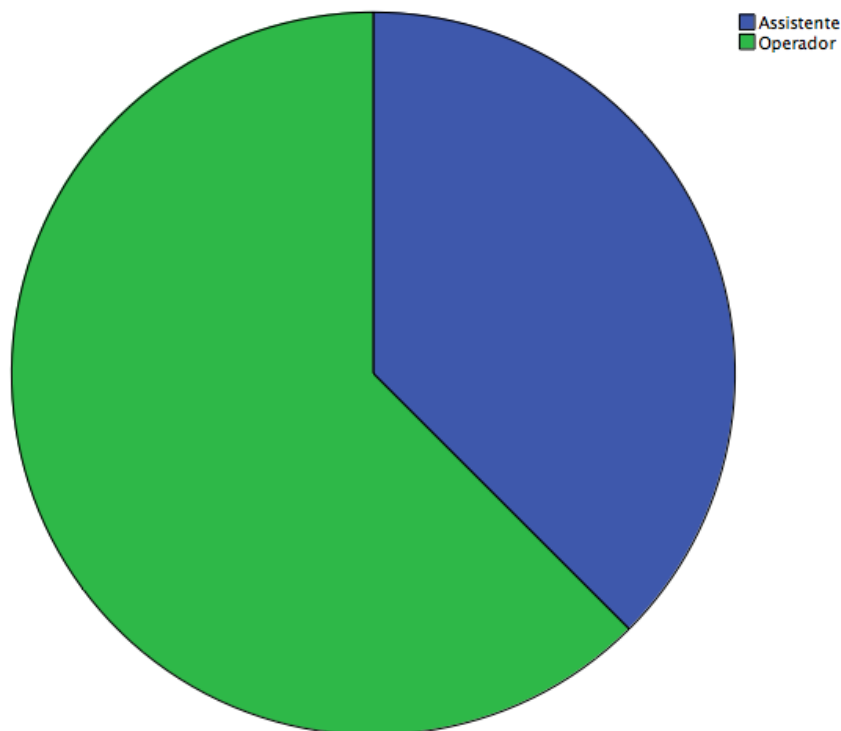


Gráfico 17 Percentagem de atos clínicos em Medicina Oral do autor como Assistente e Operador

O gráfico 18 representa a percentagem do tipo de lesões dignas de registo observadas na cadeira de Medicina Oral, ainda que nenhuma possa ser considerado *per se* uma entidade patológica ou indicador de tal, sendo que foi detectado *Morsicatio buccarum* em 3 pacientes, Leucoedema e Estomatite Protética em 2 pacientes, e Petéquias no palato num paciente. De todos os pacientes observados, 2 não tinham qualquer alteração morfológica.

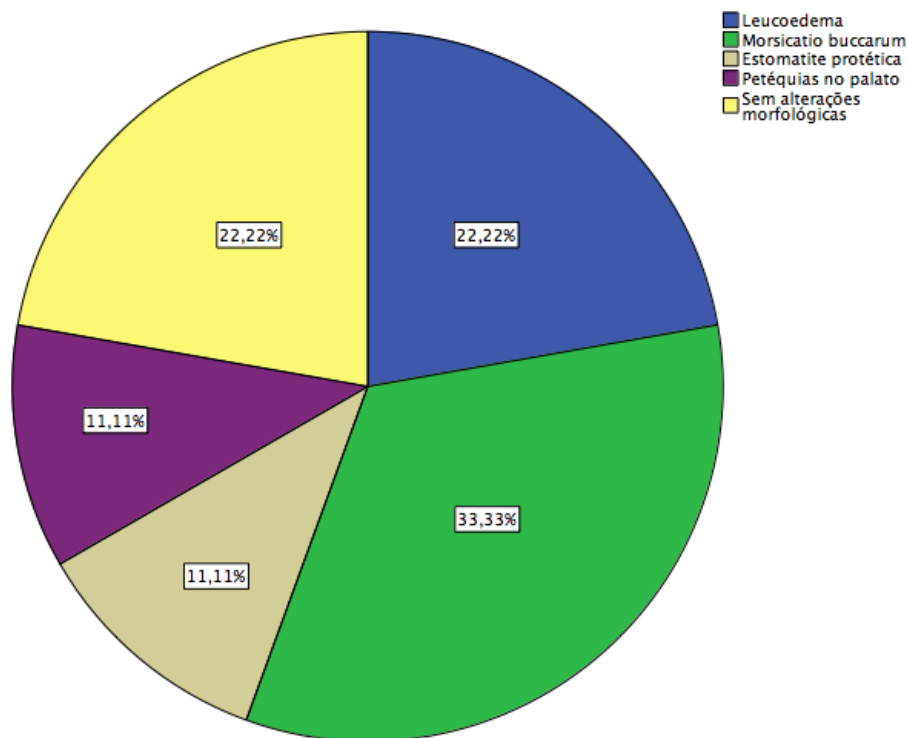


Gráfico 18 Percentagem de lesões detetadas nos pacientes observados pelo binómio 105 na área clínica de Medicina Oral

Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é a área da Medicina Dentária responsável pelo tratamento e reabilitação da estrutura dentária. Foca o seu espectro de ação sobretudo, em corrigir os danos provocados por cárie, traumatismos, dano iatrogénico, lesões físicas, como erosão, abrasão, atricção e abfracção, e alterações de desenvolvimento, possuindo ainda a valência de otimizar a estética, não descurando a função. O surgimento de novos materiais dentários, como compósitos e sistemas adesivos inovadores, potenciam cada vez mais as capacidades terapêuticas da Dentisteria Operatória, sendo que o leque de armas disponíveis ao alcance clínico crescem em número a um ritmo frenético. O conceito de adesão tem revolucionado a Medicina Dentária nos últimos anos, possibilitando ao clínico ser crescentemente conservador nos preparos cavitários, evitando destruir tecido dentário hígido, indo de encontro a uma reabilitação o mais biomimética possível.

A tabela 20 mostra-nos o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Dentisteria Operatória enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 10 vezes e assistente outras 10 vezes.

Tabela 20 Percentagem e frequência de atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

	Frequência	Percentagem
Assistente	10	50,0
Operador	10	50,0
Total	20	100,0

O **gráfico 19** representa graficamente a proporção entre os atos realizados pelo autor como operador e assistente na área clínica de Dentisteria Operatória, sendo que foi operador em 62,5% das vezes e assistente 37,5%.

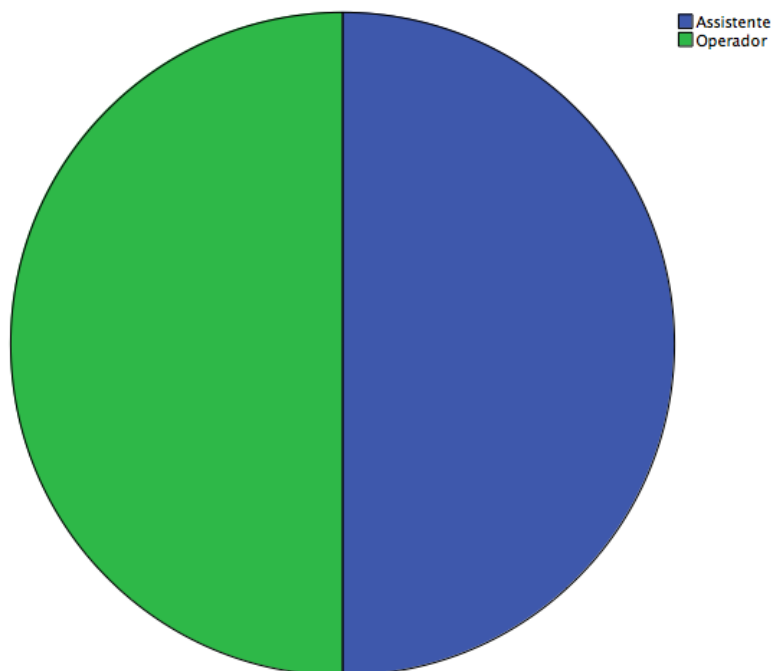


Gráfico 19 Percentagem de atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

A **tabela 21** descreve o tipo de materiais utilizado pelo binómio 105 na área clínica de Dentisteria Operatória e a sua frequência, sendo que o compósito apresenta a taxa de utilização mais alta.

Tabela 21 Percentagem e frequência da utilização dos diferentes materiais de restauração em Dentisteria Operatória pelo binómio 105

	Frequência	Percentagem
Amálgama	3	15,0
Compósito	13	65,0
IRM	4	20,0
Total	20	100,0

A **tabela 22** descreve o tipo de procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área clínica de Dentisteria Operatória, sendo que 50% das restaurações realizadas foram Classe II, 20% foram Classe III, assim como outros 20% Classe IV, havendo ainda uma Grande Restauração a registar.

Tabela 22 Percentagem e frequência dos tipos de procedimentos clínicos realizados pelo autor em Dentisteria Operatória

	Frequência	Percentagem
Classe II	5	50,0
Classe III	2	20,0
Classe IV	2	20,0
Grande Reconstrução	1	10,0
Total	10	100,0

Endodontia

A Endodontia é a área da Medicina Dentária que se ocupa da terapêutica, fisiologia, morfologia e patologia pulpar e periradicular. O domínio clínico do tratamento deste tipo de patologias, permitiu que dentes que de outra forma, muitas vezes, seriam extraídos, devido à natureza álgica de grande parte destas patologias, se mantenham em função na cavidade oral. As novas tecnologias, como novos sistemas de instrumentação mecânica, novos sistemas de obturação e de localização apical permitem alcançar taxas de sucesso que antes não estavam ao alcance do médico dentista generalista.

A **tabela 23** mostra-nos o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Endodontia enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 7 vezes e assistente outras 5 vezes.

Tabela 23 Percentagem e frequência de atos clínicos em Endodontia do autor como Assistente e Operador

	Frequência	Percentagem
Assistente	5	41,7
Operador	7	58,3
Total	12	100,0

O **gráfico 20** representa graficamente a proporção entre os atos realizados pelo autor como operador e assistente na área clínica de Endodontia, sendo que foi operador em 58,3% das vezes e assistente 41,7%.

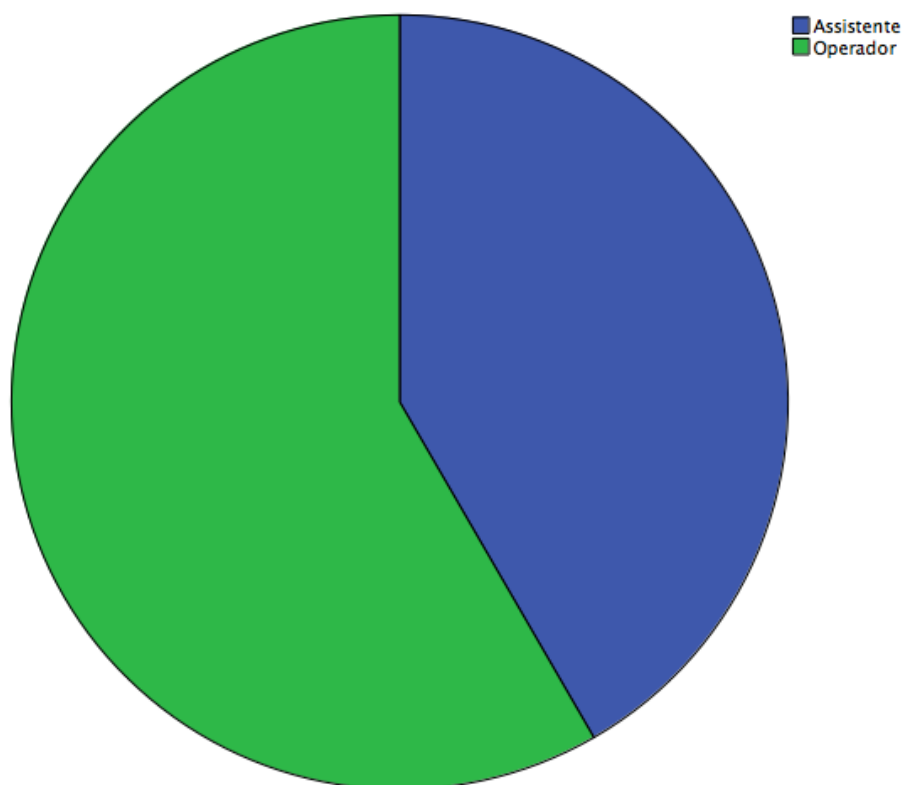


Gráfico 20 Percentagem atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

A **tabela 24** descreve o tipo de sessão endodôntica realizada pelo autor enquanto operador, sendo que aquelas que têm mais expressão são as 1ª e 2ª sessão.

Tabela 24 Tipos de sessão endodôntica realizados em Endodontia pelo autor enquanto operador

	Frequência	Percentagem
1ª Sessão	2	28,6
2ª Sessão	2	28,6
3ª Sessão	1	14,3
4ª Sessão	1	14,3
Reconstrução	1	14,3
Total	7	100,0

Odontopediatria

A Odontopediatria é o campo da Medicina Dentária que foca o seu espectro de ação na prestação de cuidados de saúde orais a crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais. Tem um papel ativamente preventivo, buscando preservar a saúde oral através de uma atitude profilática, podendo ainda assim desempenhar uma prática interventiva quando necessário. Ademais de possuir técnicas clínicas específicas, porventura a característica que mais distingue esta área da Medicina Dentária é a capacidade de controlo comportamental, sendo que exerce a sua ação clínica em populações que exigem particular maneiio.

A **tabela 25** descreve o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Odontopediatria, sendo que realizou 3 atos, equivalendo a 60% dos atos clínicos efetuados, num total de 5 atos efetuados pelo binómio 105.

Tabela 25 Tipos de procedimentos clínicos, e sua frequência e percentagem, realizados pelo autor na área clínica de Odontopediatria

	Frequência	Percentagem
Destartarização	1	33,3
Restauração a compósito	1	33,3
Restauração a ionómero de vidro	1	33,3
Total	3	100,0

Oclusão

A Oclusão é o campo da Medicina Dentária responsável pelo estudo do sistema estomatognático, visando estabelecer o equilíbrio entre os seus distintos componentes e contribuindo para a estabilidade quer da articulação entre as arcadas dentárias bimaxilares, quer da articulação temporomandibular e estruturas ósseas cranianas, assegurando um quadro clínico compatível com o estabelecimento da desejável harmonia neuromuscular.

Além de tratar patologias específicas passíveis de comprometer o equilíbrio acima descrito, e os quadros de dor a que geralmente estão associadas a oclusão deve ser tida em conta, ao realizar qualquer tratamento que provoque alterações nas relações oclusais, sendo que se deve considerar o triunvirato dente, tecidos periodontais e articulação temporomandibular, seja qual for a natureza do tratamento clínico.

A **tabela 26** caracteriza o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Oclusão, sendo que realizou 1 ato, equivalendo a 100% dos atos clínicos efetuados, sendo este um Estudo Oclusal.

Tabela 26 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Oclusão

	Frequência	Percentagem
Estudo Oclusal	1	100,0

Ortodontia

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico, prevenção e tratamento de posicionamentos dentários desfavoráveis e correção de desarmonias dento-faciais. No âmbito do ensino pré-graduado, a prática clínica nesta área incidiu sobretudo no diagnóstico ortodôntico e no uso da aparatologia removível, procurando desempenhar sobretudo um papel interceetivo/preventivo.

A **tabela 27** caracteriza o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Ortodontia, sendo que realizou 1 ato, equivalendo a 100% dos atos clínicos efetuados, sendo este um Estudo Ortodôntico.

Tabela 27 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Ortodontia

	Frequência	Porcentagem
Estudo Ortodôntico	1	100,0

Prostodontia

A Prostodontia é a área da Medicina Dentária cujo propósito é a reabilitação do aparelho estomatognático, procurando devolver ou aprimorar as capacidades funcionais, como a fonação e a mastigação, e a estética. Podemos distinguir, grosso modo, dois tipos de Prostodontia: a fixa e a removível. O uso clínico de cada uma é baseado em factores como os fins terapêuticos desejados e as características clínicas do paciente a reabilitar, devendo-se fazer ainda adequar a solução terapêutica às possibilidades económicas do paciente.

Prótese Removível

A **tabela 28** expõe o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Prótese Removível, enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 16 vezes e assistente outras 16 vezes perfazendo um total de 32 consultas pelo binómio, representando uma percentagem de atos enquanto operador de 50%.

Tabela 28 Frequência e percentagem de atos clínicos do autor como operador e assistente na área clínica de Prótese Removível

	Frequência	Porcentagem
Assistente	16	50,0
Operador	16	50,0
Total	32	100,0

A tabela 29 caracteriza o tipo de procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área clínica de Prótese Removível, sendo que esta área clínica apresenta um leque de procedimentos clínicos bastante eclético.

Tabela 29 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível

	Frequência	Percentagem
1ª Consulta	1	6,3
Controlo	8	50,0
Exodontia	1	6,3
Impressão de arrasto	3	18,8
Inserção da prótese	1	6,3
Preparo de nichos	1	6,3
Registo Intermaxilar	1	6,3
Total	16	100,0

O gráfico 21 caracteriza graficamente a percentagem de diferentes procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível, sendo, naturalmente, a maior percentagem de atos clínicos foram controlos.

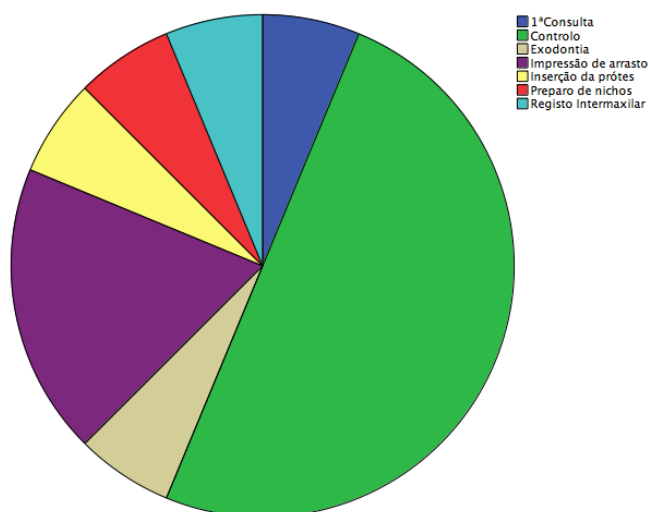


Gráfico 21 Percentagem de tipos de procedimento clínico, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível

Prótese fixa

A tabela 30 exibe o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Prótese Fixa, enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 4 vezes e assistente 3 vezes perfazendo um total de 7 consultas pelo binômio, representando uma percentagem de atos enquanto operador de 57,1%.

Tabela 30 Frequência de atos clínicos do autor, como assistente e operador, na área de Prótese Removível

	Frequência	Percentagem
Assistente	3	42,9
Operador	4	57,1
Total	7	100,0

A tabela 31 caracteriza o tipo de procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área clínica de Prótese Fixa, quanto à sua frequência e percentagem.

Tabela 31 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Fixa

	Frequência	Percentagem
1ª Consulta	2	50
Realização de provisório	2	50
Total	7	100,0

Atos Globais

A **tabela 32** exibe a frequência e a percentagem de atos clínicos perpetrados pelo autor, enquanto operador e assistente, em termos globais, tendo em conta todos os atos clínicos em todas áreas clínicas.

Tabela 32 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na globalidade

	Frequência	Percentagem
Assistente	53	46,1
Operador	62	53,9
Total	115	100,0

O **gráfico 22** ilustra graficamente o trabalho clínico do autor enquanto assistente e operador em termos globais, tendo sido operador 53,9% das vezes.

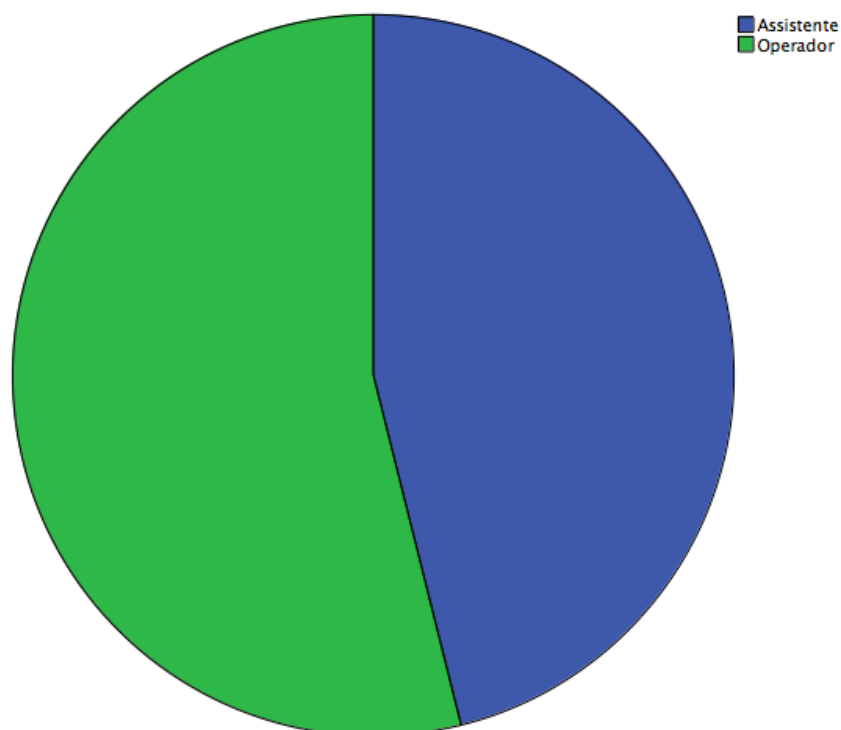


Gráfico 22 Percentagem de atos clínicos do autor enquanto Operador e Assistente

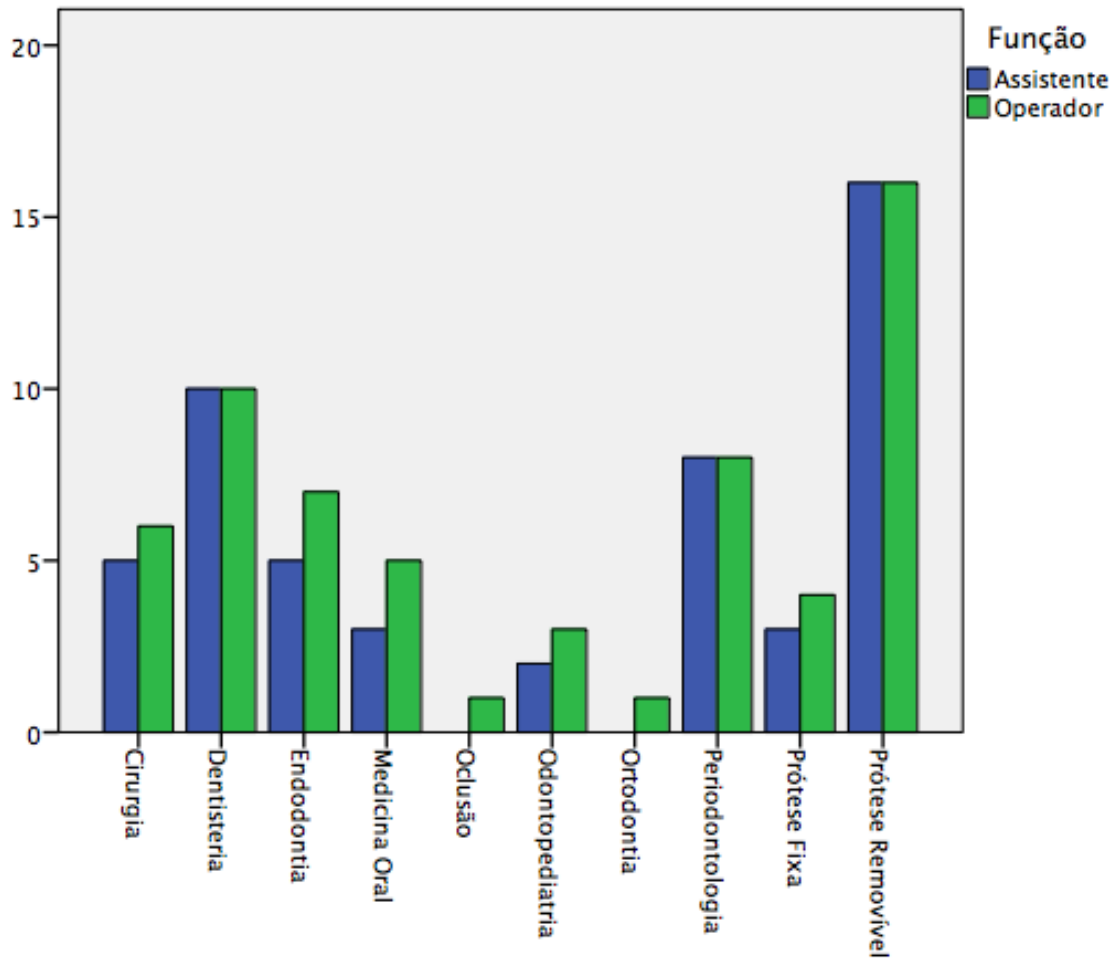
A **tabela 33** expõe detalhadamente, por área clínica, em termos de frequência e porcentagem, o trabalho do autor enquanto operador e assistente nas várias áreas clínicas.

Tabela 33 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador em cada área clínica

	Função		Total
	Assistente	Operador	
Cirurgia	5	6	11
Dentisteria	10	10	20
Endodontia	5	7	12
Medicina Oral	3	5	8
Oclusão	0	1	1
Odontopediatria	2	3	5
Ortodontia	0	1	1
Periodontologia	8	8	16
Prótese Fixa	3	4	7
Prótese Removível	16	16	32
Total	52	61	113

O gráfico 23 ilustra graficamente, em termos de frequência, o trabalho do autor, enquanto operador e assistente, em cada área clínica. Verifica-se que as áreas em que o autor apresenta mais atos clínicos são as áreas de Prótese Removível, seguida de Dentisteria Operatória e Periodontologia.

Gráfico 23 Frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na em cada área clínica



Atos Diferenciados

Áreas clínicas da Medicina Dentária Conservadora e Restauradora

Dentisteria Operatória

Recobrimento de cúspides em amálgama num caso de dente endodenciado extensamente destruído

Em casos de dentes endodenciados cuja estrutura dentária remanescente é muito diminuta, o clínico deve sempre possuir a consciencia do risco presente de fractura. Esta deve-se fundamentalmente às propriedades físicas e mecânicas alteradas da dentina, subsequentes do tratamento endodôntico, como também à perda de estrutura coronária iatrogénica⁴². É fundamental então adaptar a restauração definitiva às condições existentes, tendo em conta as expectativas do paciente e condições apresentadas, tanto a nível económico como de higiene, para garantir o máximo de longevidade possível do dente.

Paciente de 30 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresenta-se à consulta buscando realizar reconstrução definitiva do dente 3.6 previamente endodenciado. Por motivos económicos, descarta a hipótese de prótese fixa. É então proposta uma restauração a amálgama, com envolvimento de cúspides, tendo em conta as limitações económicas e a higiene oral do paciente.

Dada a pouca estrutura remanescente, resolve-se poupar as cúspides disto-vestibulares e mesio-palatinas e faz-se uma redução de 2 mm em altura nas restantes cúspides, já parcialmente destruídas, removendo-se ainda toda a estrutura dentária não suportada. São criados *pins* em amálgama no fundo da cavidade e optimiza-se a mesma para criar o máximo de retenção mecânica. Recorrendo então ao auxílio facultado por aro de cobre, cuja função no caso foi optimizar a anatomia e o perfil de emergência da restauração, realizou-se então a restauração a amálgama, sem recurso a adesivo, fazendo de seguida a anatomia primária. O polimento fez-se passado uma semana assim como os detalhes da anatomia final.



Fig. 1 Estado inicial do dente



Fig. 2 Reconstrução do dente em amálgama



Fig. 3 Dente após detalhes finais



Fig. 4 Ortopantomografia de 10/11/2014

Este método revela-se uma alternativa eficaz, dentro das suas limitações, quando presentes com a impossibilidade de realizar uma coroa unitária^{43,44}. Apesar de não ser o tratamento ideal para a situação clínica apresentada, tendo em conta a jovem idade do paciente e as suas limitações económicas, é imperativo que se mantenha a função e se salvaguardem o maior número de peças dentárias possíveis, dado a alternativa ser a extracção.

Utilização de espigão de fibra de Vidro num dente extensamente destruído na zona estética

Paciente do sexo masculino, 70 anos, ex-fumador, consumidor de bebidas alcoólicas às refeições, portador de Hipertensão Arterial, e com higiene oral instatisfatória, apresenta-se à consulta de dentisteria para realização de restauração definitiva do dente 33, após tratamento endodôntico do mesmo. À inspecção intra-oral, chega-se à conclusão de que a quantidade de dente remanescente, não é suficiente para que, por si só, providencie ao dente um prognóstico favorável. Deste

modo, opta-se pela colocação de um espigão em fibra de vidro, de forma a aumentar a resistência coronária.

Avaliou-se radiologicamente a estrutura radicular, tendo em conta a sua anatomia, a qualidade do tratamento endodôntico, o estado periapical, assim como o remanescente dentário tanto coronal como radicular, concluindo-se que se reúnem as condições necessárias para avançar com o tratamento. Realizou-se então o procedimento, desobturando-se o canal radicular com recurso a brocas de gates até à broca correspondente ao diâmetro do espigão de fibra de vidro, preservando 5-6mm de selamento apical. Testou-se então a adaptação do espigão, fazendo-se uma análise clínica e radiológica. Procedeu-se ao ataque ácido às paredes do canal e restante estrutura dentária e ao espigão, aplicando-se de seguida o sistema adesivo no canal e no espigão. De seguida, fez-se a cimentação do espigão, colocando cimento resinoso neste, e inserindo-se o mesmo no canal até se verificar que o cimento ocupava todos os interstícios canalares. De seguida realizou-se, a restauração definitiva do dente, recorrendo a compósito estético.

A utilização de um espigão de fibra de vidro, permitiu-nos alcançar uma maior resistência à fractura por parte da restauração definitiva, que não seria possível caso não tivesse sido usada esta técnica. Deste modo aumentámos a área superficial que possibilita a adesão da restauração, aumentando consequentemente a robustez da restauração realizada.⁴⁵



Fig. 1 Adaptação do espigão ao canal radicular



Fig. 2 Espigão e restauração definitiva

Facetas em compósito na zona anterior num caso de comprometimento estético

Paciente do sexo feminino, 33 anos, com historial de exérese da tiroide, sob regime terapêutico para substituição hormonal desta, com boa higiene oral, apresenta-se à consulta sob premissa de querer melhorar a estética dos dentes anteriores. Ao exame radiográfico verifica-se a existência de tratamento endodôntico nos dentes 2.1, 2.2, 1.4 e 1.5. À observação clínica verifica-se a existência de múltiplas restaurações em compósito algumas desadaptadas, pigmentadas e cujos tons cromáticos se desadequavam à tonalidade das restantes peças dentárias. Acrescendo, alguns dentes possuíam uma coloração escurecida, especialmente nos dentes com tratamento endodôntico, concomitante com alguma pigmentação, possivelmente devida ao consumo de café da paciente. Observou-se ainda que o dente 33 não possuía sua forma típica, apresentando ao invés um bordo aplanado. Para mais, os dentes do sector anterior não se apresentavam devidamente alinhados, algo que também contribuía para o desconforto da paciente no que toca à sua estética dentária.

Assim foi proposta à paciente a realização de facetas em compósito compreendendo os dentes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 24, precedendo a execução das mesmas com a realização de um branqueamento externo em ambulatório de forma a otimizar a estética aquando da realização destas, sendo que a paciente aquiesceu.

Realizaram-se então moldes por técnica bi-fásica utilizando silicone *medium* e *light-body*. Depois de vazados a gesso, realizou-se o enceramento de estudo, tendo em conta certos parâmetros e proporções sugeridos por *Chu et al.*^{46, 47}. De seguida efetuou-se uma chave de silicone, servindo de matriz na execução das restaurações.

Assim sendo, após 15 dias de utilização de goteira com *Opalescence*® (Ultradent), Peroxido de Carbamida a 15%, e após a realização de um enceramento realizado nos moldes realizaram-se as facetas em compósito com o sistema *Amaris*® (Voco) recorrendo a um ligeiro desgaste por vestibular, de forma a aumentar a superfície de adesão e rugosidade. Utilizaram-se compósitos de diversos tons de compósito, tendo em conta os diversos aspectos de croma, valor e matiz, nas diferentes camadas de esmalte e dentina, procurando obter harmonia entre as facetas e as restantes peças dentárias, ao mesmo tempo que se procurou melhorar a estética dentária. Buscou-se ainda com coronoplastia no 33 devolver-lhe a forma natural e,

tanto quanto possível, harmonizar o alinhamento dentário. Por fim fez-se o polimento das restaurações.

A paciente foi advertida acerca da possibilidade de pigmentação do compósito, dado o facto de esta consumir café, assim como foi alertada para a possibilidade de necessitar anualmente de um novo polimento, de forma a restaurar a estética inicial das restaurações.

Devido a ser um tratamento em processo, ilustra-se apenas a restauração dos centrais.



Fig. 1 Estado inicial do sorriso



Fig. 2 Sorriso após branqueamento e reconstrução dos centrais



Fig. 3 Vista lateral do sorriso

Áreas clínicas Médico-Dentárias cirúrgicas

Periodontologia

Terapia Periodontal de Suporte num caso de Periodontite Generalizada Severa: Um *follow-up* a 10 anos

Paciente do sexo masculino, de 71 anos, com periodontite crónica generalizada severa, hipertenso e com ligeira dislipidémia, sob regime terapêutico para controlo das últimas, surge à consulta de periodontologia para realizar controlo semestral da patologia periodontal.

O paciente é seguido no âmbito da periodontologia desde 2005, apresentando *compliance* favorável no que toca ao comparecimento às consultas de controlo. A terapia periodontal de suporte neste paciente é realizada em controlos de 6 em 6 meses, contando com historial de cirurgia de retalho por técnica modificada de *Widman* para estabilização da doença periodontal em 2009. Desde que iniciou a terapia periodontal de suporte, verificou-se uma franca estabilização da progressão da doença periodontal concomitante com aumentos nos níveis de *attachment*, sendo que a partir do começo desta houve perda de apenas uma peça dentária. Alguns dos aspectos mais reforçados nas consultas de controlo são a motivação e a instrução para a higiene oral diária, que podia ser profundamente melhorada, sendo que o paciente reporta uma frequência de escovagem de apenas uma vez por dia, apresentando consistentemente índices elevados de placa.

Apesar da aparente simplicidade do caso clínico em causa, o autor considera que retrata exemplarmente a potencialidade de um correto acompanhamento clínico periodontal, ilustrando simultaneamente as valências da terapia periodontal de suporte. Ainda que a higiene oral do paciente possa ser francamente melhorada, o facto de num intervalo de tempo de 10 anos, num paciente em idade avançada com periodontite crónica generalizada severa, haver perda de apenas uma peça dentária, e uma estabilização da patologia periodontal com manutenção dos níveis de *attachment* pode ser considerado um sucesso clínico.



Fig. 1 Ortopantomografia de 21/05/2008



Fig. 2 Ortopantomografia de 01/03/2010



Fig. 3 Ortopantomografia de 03/01/2012



Fig. 4 Ortopantomografia de 13/04/2015

Áreas clínicas de reabilitação da função oral e do aparelho estomatognático

Oclusão

Desgastes selectivos num caso de imagem radiolúcida periapical num pré-molar inferior num paciente com mordida cruzada posterior unilateral sem guia canina

Paciente do sexo feminino, de 47 anos, com historial de exérese da tiroide, sob regime terapêutico de *Thyrax* (Levotiroxina Sódica) e *Yasmin* (Drospirenona + Etinilestradiol), apresenta-se à consulta de Oclusão, encaminhada de Endodontia, para estudo dos factores etiológicos que precipitaram o aparecimento de uma imagem radiolúcida na região periapical do 4.4. Ao exame clínico o dente apresentava-se vital, com respostas pulpares normais aos testes térmicos de calor e frio. Apresentava, em conjunto com o 4.5 e 4.6, mobilidade de grau I, sendo que as outras peças dentárias da mandíbula não apresentavam mobilidade significativa⁴⁸. A paciente referia queixa álgica durante as refeições, apesar de não haver uma resposta exacerbada à percussão horizontal ou vertical. Verificou-se que a paciente possui mordida cruzada unilateral posterior direita, sendo que em movimentos de lateralidade, a guia não é feita com o canino mas sim com o pré-molar afectado.

Um mês antes de comparecer à consulta, foi realizado um desgaste oclusal no dente em causa, com vista a reduzir a sintomatologia, permitindo um maior conforto ao paciente. Nessa mesma prévia consulta foi detectada a imagem radiolúcida, tendo havido uma franca regressão desta no espaço de pouco mais de duas semanas, sem perda de vitalidade do dente.

Apesar de a imagem radiológica, em tudo sugerir um prognóstico reservado no que se refere à vitalidade da peça dentária, resolveu-se realizar um tratamento de espera, visto os sinais clínicos sugerirem a manutenção da vitalidade, assim como o facto de haver uma regressão nos sintomas, que pode por outro lado, indicar que o dente caminha para um processo de necrose.



Fig. 1 Radiografia Periapical do dente 4.4 a 21/04/2015

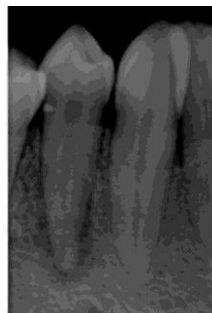


Fig. 2 Radiografia Periapical do dente 4.4 a 08/05/2015

Deste modo, após se realizarem fotos intra-orais, registos de mordida em lateralidade esquerda e direita e relação cêntrica, montagem de modelos das arcadas da paciente em articulador SAM II (SAM Präzisionstechnik GmbH), concluiu-se que a terapêutica mais indicada para o caso seria realizar tratamento ortodôntico com aparatologia fixa, que a paciente de pronto recusou. Assim, foi sugerida a hipótese de se efectuarem desgastes seletivos na arcada, de modo a diminuir a força dos contactos oclusais nos dentes mais afectados, sendo que a paciente aceitou.

Deste modo foram realizados desgastes oclusais de cerca de 2 mm nos dentes 4.4, 4.5 e 4.6, sendo que a vitalidade do dente 4.4 deverá ficar sob atenta vigilância.

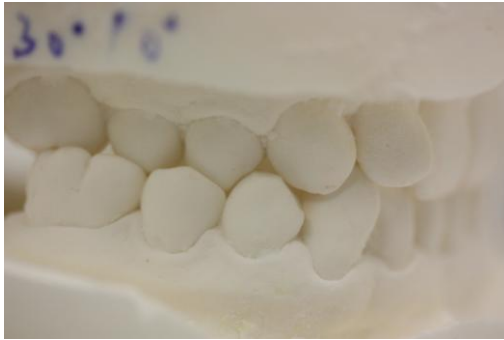


Fig. 3 Contatos Oclusais do 1º e 4º Quadrante na Posição de Intercuspidação Máxima



Fig. 4 Contatos Oclusais do 1º e 4º Quadrante em Relação Cêntrica



Fig. 5 Perspetiva Oclusal do 4º Quadrante



Fig. 6 Contactos Oclusais do 2º e 3º Quadrante em Posição de Intercuspidação Máxima



Fig. 7 Ortopantomografia de 07/04/2014

Atividade Científica

Após o término do ensino pré-graduado, o clínico deve procurar envolver-se o máximo possível no mundo científico, sendo que isso lhe facilita uma atualização

constante no que respeita ao Estado-da-arte e lhe permite dar o seu contributo à evolução da área médico-científica.

Durante o ensino pré-graduado é então fundamental que o aluno seja introduzido a este meio, devendo-lhe ser facultadas as ferramentas que lhe permitam trabalhar em equipa ou individualmente, de maneira a que seja do seu domínio realizar apresentações científicas diversas (por exemplo, casos clínicos) e estruturar estudos que lhe permitam realizar uma investigação credível numa dada área. Para isso é fundamental que saiba analisar convenientemente a bibliografia a utilizar, exercendo uma análise crítica da mesma de acordo com parâmetros que sejam compatíveis com o máximo de credibilidade científica.

Deste modo, apesar de não terem sido realizados estudos de investigação, foi possível ao autor realizar vários trabalhos de divulgação científica de casos clínicos, sendo que o facto lhe permitiu avaliar de forma crítica a evidência científica, tendo ainda aprimorado as suas técnicas de comunicação, tanto verbais como escritas. Foi, deste modo, permitida uma evolução na curva de aprendizagem no que toca à introdução ao mundo científico.

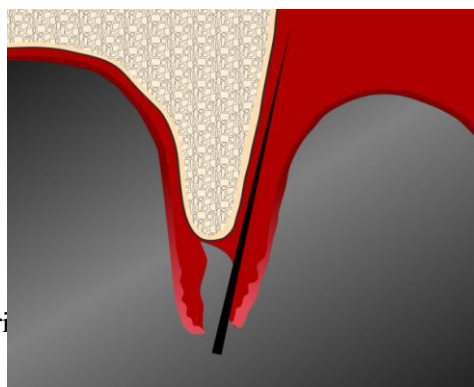
Periodontologia e Implantes de 2015

Vestibuloplastia e enxerto gengival livre num *Report*

Beleza I.¹, Santos N.², Marques T.², Sousa M.²

1 Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2 Professor da Área de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa



Introdução

Na realização de uma reabilitação com prótese removível, é recomendável que o rebordo alveolar possua não só uma crista óssea de dimensões adequadas, mas também que os tecidos moles estejam bem aderidos a esta, sendo que um rebordo flácido para além de não contribuir para a obtenção de estabilidade, suporte e retenção da prótese, provoca precisamente o contrário, além de grande desconforto para o paciente. É desejável portanto um suporte ósseo com gengiva queratinizada bem aderida.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 40 anos, diabética tipo I, não fumadora, com higiene oral insatisfatória e desdentada total superior apresenta-se à consulta expressando vontade de efectuar reabilitação oral. Por motivos económicos, descarta a hipótese de implantes. A crista residual encontra-se com um remanescente ósseo bastante atrofico e com um rebordo de tecidos moles flácido e móvel, dificultando a hipótese de reabilitação com prótese removível. Decide-se então realizar uma vestibuloplastia, removendo o rebordo flácido e aprofundando o vestibulo. Associam-se ainda enxertos gengivais livres de modo a aumentar a largura da banda de gengiva queratinizada. Para este efeito, realizou-se uma incisão inicial ao longo da crista óssea fazendo seguidamente um retalho de espessura parcial por vestibular. Excisionou-se então o excesso de tecido coronal em palatino e em vestibular de forma a reduzir o rebordo flácido, preparando-se de seguida o leito receptor de forma a receber os enxertos gengivais livres, que foram estabilizados com recurso a sutura, com fio de Nylon 6-0. Efectuou-se, de seguida, um rebase mole provisório com F.I.T.T.(Kerr).

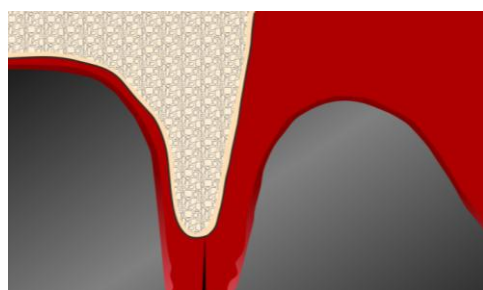




Figura 1 e 2. Incisão ao longo do rebordo alveolar

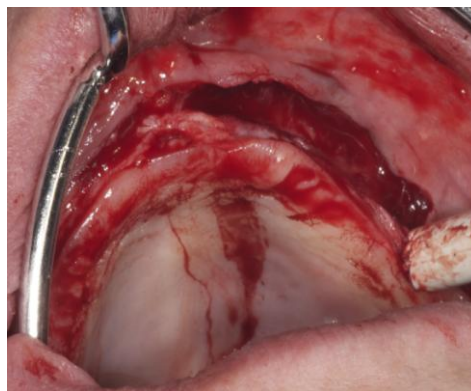


Figura 3 e 4. Retalho de espessura parcial por vestibular

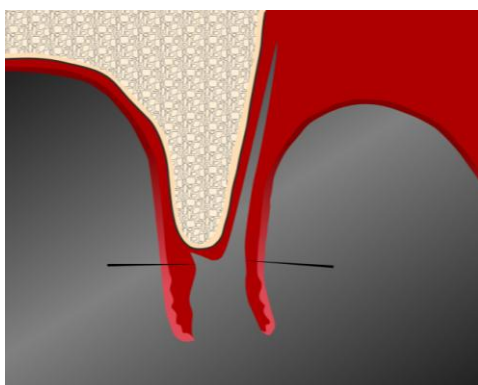


Figura 5 e 6. Excisão do tecido em excesso

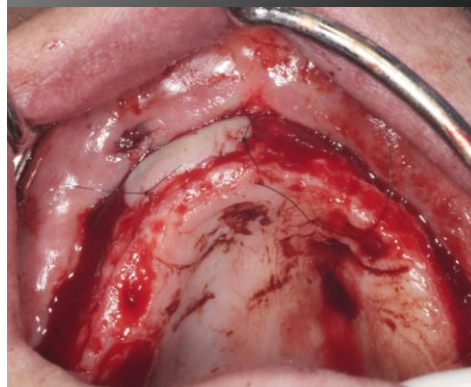
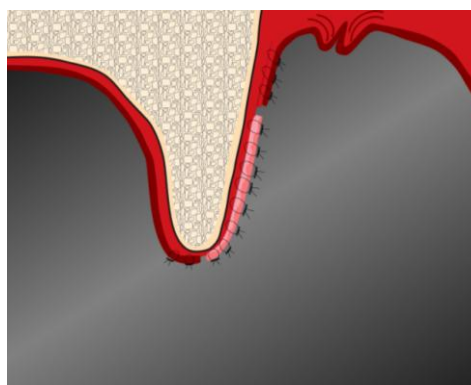


Figura 7 e 8. Sutura dos retalhos vestibular e palatino, e estabilização e sutura do enxerto gengival livre

Discussão

Em controlo feito aos 4 meses, altura da realização da nova prótese acrílica, verificou-se um rebordo alveolar com uma banda de gengiva aderida com uma largura substancialmente maior e uma crista óssea revestida por gengiva queratinizada bem aderida. Ao contrário dos resultados que obteríamos usando apenas a técnica Edlan-Mejchar ou de Kasanjian, que resultaria numa mucosa aderida não queratinizada, esta modificação permite-nos obter uma banda de gengiva queratinizada, aumentando a resistência aos contactos com a prótese.

Conclusão

Este método revelou-se eficaz na obtenção de uma área de suporte de qualidade para a reabilitação com prótese removível, permitindo melhorar a estabilidade, suporte e retenção protética. Tem porém a desvantagem de exigir uma segunda loca cirúrgica – olocal de colheita do enxerto gengival livre.

Referências

1. Rateitschak KH. Periodontology. 2nd rev. and exp. ed. Stuttgart ; New York: G. Thieme Verlag ;Thieme Medical Publishers; 1989. xi, 399 p. p
2. Kasanjian VH. The Department of Oral Surgery of the Harvard Surgical Unit. British medical journal. 1917;2(2949):3-5.
3. Bousquet P, Montal S, Gibert P. Mandibular vestibuloplasty and gingival grafts using impacted posts. The International journal of prosthodontics 1997;10(3):235-40.
4. Wade AB. Vestibular deepening by the technique of Edlan and Mejchar. Journal operiodontal research. 1969;4(4):300-13.

Nota: Todas as ilustrações do *poster* são da autoria do autor do presente trabalho

Poster apresentado nas X Jornadas de Medicina Dentária UCP-Viseu

Recobrimento de cúspides em amálgama num caso de dente endodonciado extensamente destruído – A propósito de um caso clínico

Beleza¹, J. Costa¹, V. Barros², A. Capelas²

¹Universidade Católica Portuguesa, aluno do MI Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, Docente responsável da área de Dentisteria Operatória

Introdução

Em casos de dentes endodonciados cuja estrutura dentária remanescente é muito diminuta, o clínico deve sempre possuir a consciencia do risco presente de fractura. Esta deve-se fundamentalmente às propriedades físicas e mecânicas alteradas da dentina, subsequentes do tratamento endodôntico, como também à perda de estrutura coronária iatrogénica^{42, 49}. É fundamental então adaptar a restauração definitiva às condições existentes, tendo em conta as expectativas do paciente e condições apresentadas, tanto a nível económico como de higiene, para garantir o máximo de longevidade possível do dente.

Descrição do caso clínico

Paciente de 30 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresenta-se à consulta buscando realizar reconstrução definitiva do dente 3.6 previamente endodonciado. Por motivos económicos, descarta a hipótese de prótese fixa. É então proposta uma restauração a amálgama, com envolvimento de cúspides, tendo em conta as limitações económicas e a higiene oral do paciente.

Dada a pouca estrutura remanescente, resolve-se poupar as cúspides disto-vestibulares e mesio-palatinas e faz-se uma redução de 2 mm em altura nas restantes cúspides, já parcialmente destruídas, removendo-se ainda toda a estrutura dentária não suportada. São criados *pins* em amálgama no fundo da cavidade e optimiza-se a mesma para criar o máximo de retenção mecânica. Recorrendo então ao auxílio facultado por aro de cobre, cuja função no caso foi optimizar a anatomia e o perfil de emergência da restauração, realizou-se então a restauração a amálgama, sem recurso a adesivo, fazendo de seguida a anatomia primária. O polimento fez-se passado uma semana assim como os detalhes da anatomia final.

Conclusão

Este método revela-se uma alternativa eficaz, dentro das suas limitações, quando presentes com a impossibilidade de realizar uma coroa unitária^{43, 44}. Apesar de não ser o tratamento ideal para a situação clínica apresentada, tendo em conta a jovem idade do paciente e as suas limitações económicas, é imperativo que se mantenha a função e se salvaguardem o maior número de peças dentárias possíveis, dado a alternativa ser a extracção.

Poster apresentado nas X Jornadas de Medicina Dentária UCP-Visu

Enxerto Gengival Livre com recurso a adesivo de cianoacrilato num caso de aumento de gengiva aderida – A propósito de um caso clínico

Igor Alexandre¹, Maria Brito¹, Ana Martins¹, Tiago Marques², Nuno Santos², Manuel Sousa³

1 – Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa.

2 - Assistente de Periodontologia, Universidade Católica Portuguesa

3- Regente da Área de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução

A existência de gengiva aderida em redor de um dente natural é fulcral para garantir saúde periodontal. De acordo com Lang e Loe, pelo menos 2mm de gengiva queratinizada são necessários este fim ¹. O actual consenso clínico é da necessidade de ≥ 2 mm de gengiva queratinizada e ≥ 1 mm de gengiva aderida ². O uso de Enxerto Gengival Livre é o *gold standard* no que toca a técnicas de ganho de gengiva aderida. Propõe-se assim um método que dispensa suturas, fazendo uso de cianoacrilato.

Caso Clínico

M. C., sexo feminino, 64 anos, dirige-se à consulta de Periodontologia para controlo da Periodontite Crónica Moderada Generalizada, com queixas de sensibilidade no dente 31. A recolha da história clínica permite concluir tratar-se de uma doente com hipertensão arterial e ligeira dislipidemia, controladas com a toma diária de *Micardis 40mg®* e *Supralip®*. Paciente não fumadora. Efectuado o exame clínico e radiográfico, confirmou-se a existência de recessão gengival classe IV de Miller, no dente 31, por vestibular. Foi proposta à paciente a realização de uma cirurgia periodontal para colocação de um enxerto gengival livre na zona da recessão, de modo a aumentar a gengiva aderida no local, que foi aceite pela mesma. No decorrer da cirurgia, optou-se pela substituição dos fios de sutura pelo adesivo à base de cianoacrilato *PeriAcryl® 90*. O procedimento foi efectuado com sucesso e a cicatrização ocorreu sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

Conclusões

Os enxertos gengivais livres são a técnica clássica de eleição para aumentar a banda de gengiva aderida, que tem uma função protectora do conjunto dento-alveolar, bloqueando a progressão de situações de inflamação gengival e recessões. A escolha de um adesivo à base de cianoacrilato para fazer o encerramento do local operatório tem várias vantagens em relação aos fios de sutura convencionais: poupa tempo de consulta; tem propriedades hemostáticas; tem acção bacteriostática; funciona como barreira protectora durante a cicatrização^{3,4}.

Bibliografia

- 1.Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *Journal of periodontology*. 1972;43(10):623-7.
- 2.Kim DM, Neiva R. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *Journal of periodontology*. 2015;86(2 Suppl):S56-72.
- 3.Grisdale J. The use of cyanoacrylates in periodontal therapy. *Journal*. 1998;64(9):632-3.
- 4.Gumus P, Buduneli E. Graft stabilization with cyanoacrylate decreases shrinkage of free gingival grafts. *Australian dental journal*. 2014;59(1):57-64.

Discussão

No que diz respeito à amostra global da população observada na Clínica Universitária, torna-se claro, ao observar o **gráfico 2**, que se trata de uma população cuja idade se encontra sobretudo na 5^a, 6^a e 7^a décadas de vida, com uma média de idades de 50,44 anos, sendo que podemos caracterizar esta população como uma população algo envelhecida. Esta peculiaridade, acarreta consigo o facto de estarem associadas a populações desta tipologia, uma maior prevalência de morbilidades. Bayliss *et al* concluiu, a partir de uma amostra de 352 pacientes, que existem 8.7 comorbilidades em média em indivíduos a partir dos 65 anos⁵⁰. De facto, na população analisada a prevalência de diabetes é 7,28 vezes maior àquela observada na população mundial, de 2,2% em 2000⁵¹, 3,18 vezes superior à constatada em 2010, de 6.4%, e é 2.64 vezes superior à estimada para 2030, de 7.7%⁵², baseado numa previsão feita para adultos entre 20-79 anos. Este facto não deverá ser portanto, dissociado da idade avançada da população servida. A percentagem da amostra que sofre de Hipertensão Arterial vai de encontro ao expectável para a população Portuguesa dentro deste enquadramento etário, sendo de 35,2%. Macedo M. *et al* encontrou uma prevalência de 42,1%, numa amostra de 5023 indivíduos com um rácio urbano/rural ajustado, em pacientes com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos⁵³. O risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas considerado, foi tido em conta, partindo apenas de dados, como dislipidémias diagnosticadas, historial recente de hipercolesterolemia e historial diagnosticado de eventos decorrentes de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, sendo que se chegou a uma percentagem da população em risco de 35,2%. Esta percentagem pode ser maior se forem estudados, convenientemente, factores de risco como o sedentarismo e a prática de exercício físico. Quanto aos hábitos tabágicos, da amostra observada, conclui-se que vai de encontro à média nacional, sendo que se observou na amostra uma prevalência de 20,4% fumadores ativos, sendo a média nacional de 20,9%⁵⁴. O autor considera que faz parte dos deveres éticos do médico dentista desencorajar veementemente os hábitos tabágicos da população assistida, não só pelas consequências a nível da cavidade oral, como também a nível sistémico. O consumo alcoólico na amostra observada, é de 38,9%. Porém, este valor deverá ser interpretado com precaução uma vez que não foi possível ao autor distinguir de forma credível o modo de consumo de bebidas alcoólicas, não se conseguindo inferir se é um consumo moderado feito à

refeição ou um consumo abusivo potencialmente patológico, e com consequências marcadamente nefastas para o estado de saúde.

O mecanismo de atuação, e os factores de risco que levam a eventos decorrentes de doença cardiovascular aterosclerótica são bem conhecidos, sendo que todos os factores considerados anteriormente funcionam conjuntamente como incrementos para que estes sejam despoletados, e recorde-se que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por 31% de todas as mortes a nível global, com 7.4 milhões de mortes por doença coronária e 6.7 milhões por AVC em 2012⁵⁵.

Tendo em conta os dados globais analisados, e relacionando com a possibilidade e responsabilidade do médico dentista no controlo de certos factores, como é exemplo a possibilidade de reduzir a probabilidade de eventos decorrentes de doença cardiovascular aterosclerótica, e os valores de hiperglicemia em pacientes diabéticos, através dum bom controlo da doença periodontal, assim como o facto de o médico dentista estar na linha da frente da possibilidade de persuasão dos pacientes a seu cargo a cessarem hábitos nocivos para o seu estado de saúde, como seja, hábitos tabágicos, alcoólicos ou sexuais de risco.

Quanto às áreas clínicas a Prótese Removível foi a que registou um maior número de pacientes, tendo o autor realizado 16 atos clínicos. O facto de haver mais consultas nesta área clínica dever-se-á, em parte, ao facto de haver a possibilidade de atender dois pacientes a cada aula, sendo esta de 4 horas, dividindo-se em blocos de 2 horas. Também o facto de ao se realizar uma prótese na Clínica Universitária, o paciente ter a oportunidade de fazer controlos gratuitos durante 3 meses, após entrega da mesma, leva a que haja um grande número de controlos. Não se deverá pensar porém que estas consultas são de carácter meramente presencial, pois é, em consultas de controlo subsequentes à inserção da prótese que os pacientes detectam falhas nas mesmas, dando-nos oportunidade de as otimizar. Deste modo, um grande número de procedimentos variados são realizados em consultas de controlo.

Seguidamente, a Dentisteria Operatória apresenta as taxas mais elevadas de atos clínicos realizados, sendo que o autor realizou 10 atos clínicos. Esta área clínica, tem, por sua natureza conservadora, um grande número de utentes, sendo no ponto de vista do leigo, a área de atuação, por excelência, do Médico Dentista. Apesar de o

92

autor considerar este ponto de vista erróneo, ou porventura incompleto, não deixa de considerar esta uma área de grande importância na prática clínica da Medicina Dentária, dadas as suas capacidades preventivas, restauradoras e conservadoras. Os atos realizados neste último ano clínico, revelam já alguma complexidade, adequando-se à realidade expectável do mundo de trabalho.

Ato contínuo, segue-se a Periodontologia, área na qual o autor realizou 8 atos clínicos, sendo que poderiam ter sido em maior número, não fosse uma taxa algo significativa de desistência dos pacientes. Ainda assim os atos realizados, prepararam o autor de forma capaz para a prática que será expectável dele no futuro próximo, dentro da área clínica. Na opinião do autor, a área clínica de Periodontologia será a que possui uma estrutura de acompanhamento de pacientes mais organizada, sendo que os pacientes são seguidos em espaçamentos temporais de acordo com a sua patologia, realizando-se inclusive, caso haja necessidade, cirurgia periodontal, seja para redução de bolsas periodontais ou correção de defeitos mucogengivais. Este facto, providencia aos alunos uma visão alargada do mundo da Periodontologia, permitindo observar e planear cirurgias que seriam do âmbito de um ensino pós-graduado. De forma a avaliar a eficiência dos tratamentos realizados é a cada sessão terapêutica realizada sondagem e inspeção periodontal e verificação dos índices de placa, de forma a direcionar o tratamento da forma mais correta.

Logo então surge a Endodontia, em que o autor realizou 7 sessões de tratamento, sendo que desenvolveu também trabalho em ambiente pré-clínico. Contabilizam-se apenas as sessões em que foram realizados tratamentos *de facto*, havendo-se descartado sessões clínicas em que o diagnóstico despistou possível patologia endodôntica, ou se remeteu para tratamento de espera, apesar de o autor considerar que o facto de se realizar um bom diagnóstico e um bom despiste em Endodontia, pode ser tão ou mais importante, do que o bom manuseamento técnico do arsenal endodôntico.

De seguida, na área clínica de Cirurgia Oral o paciente realizou 6 atos clínicos, todos por técnica fechada, não tendo realizado nenhum ato diferenciado à data do presente trabalho. Não deixa ainda assim de considerar que as valências adquiridas na área foram imensas, tendo observado um crescimento na curva de aprendizagem da área clínica. O facto de no segundo semestre se ter introduzido a prática de *follow-up*

no que se refere ao estado de regeneração e às suturas realizadas, providenciou, na opinião do autor, uma visão alargada daquilo que constitui as responsabilidades do clínico no ato cirúrgico, começando nas recomendações pré-cirúrgicas e terminando após a remoção das suturas, e em alguns casos bem depois.

Na área de Medicina Oral, realizaram-se todas as primeiras consultas, sendo que o autor realizou 5 atos clínicos nesta área. No parecer do autor, a Medicina Oral vem fazer jus àquilo que vem sendo referido ao longo deste trabalho, implementando na Medicina Dentária a valência da Medicina Geral, e vice-versa. É aqui que são avaliadas as características do estado de saúde do paciente, havendo interesse supremo em saber qual a medicação por este feita e de que patologias padece. Impreterivelmente, é realizado um exame clínico claro e objetivo, de forma a detetar quaisquer anomalias. À semelhança da Periodontologia, a forma protocolada como se faz desenvolver, providencia-lhe um grande nível organizativo.

Seguidamente, na área da Prótese Fixa o autor realizou 4 atos à data do relatório. Ainda assim, foi ao autor permitido uma melhoria na capacidade de planeamento de tratamentos no âmbito desta área clínica e um aumento da proficuidade na realização de coroas provisórias. O facto de os tratamentos realizados na área disciplinar, serem por sua natureza, de valor económico elevado leva a que muitos pacientes não recorram à área disciplinar, ou não aceitem os orçamentos.

Em Odontopediatria, o autor realizou 3 atos, sendo compreensível, dada o baixo fluxo de pacientes nesta área clínica. Ainda assim acredita ter adquirido valências no que se refere ao controlo de comportamento dos pacientes, que no caso do autor, foram todos de idade muito jovem, que certamente lhe servirão de ferramenta no futuro.

As áreas clínicas de Oclusão e Ortodontia são as que se revelaram mais deficitárias no que se refere ao número de atos clínicos realizados, sendo de apenas de 1 em cada destas áreas clínicas. No caso da Ortodontia, o facto poderá dever-se à não possibilidade de realização de tratamentos com aparatologia fixa, a qual é mais procurada pelos pacientes. No caso da área clínica da Oclusão, o baixo número de consultas dever-se-á à baixa procura por parte dos pacientes devido à falta de conhecimento relativa à área. Neste sentido, é necessário que a referenciação a estas áreas seja feita por outras áreas clínicas. É desejável que sejam diagnosticadas

situações em que as áreas supracitadas tenham um papel interventivo no plano de tratamento dos pacientes, sobretudo no que se refere à Oclusão, dado esta abranger um leque mais amplo de idades servidas. Deverá ser feito o despiste de patologias que envolvam a ATM, assim como situações de bruxismo, que poderão ser devidamente tratadas e estudadas nesta área clínica. Quanto à Ortodontia a detecção de, por exemplo, mordidas cruzadas em pacientes em tenra idade deverá ser feita de forma ativa, de forma a que sejam encaminhadas para esta área clínica, permitindo que, métodos terapêuticos ortodônticos preventivos/interceptivos possam exercer devidamente a sua ação, evitando no futuro quadros clínicos menos desejáveis.

Quanto à atividade científica realizada, revelou-se de grande importância, introduzindo o autor a um novo espectro do mundo acadêmico e científico, sendo de sua opinião, que o percurso realizado no mesmo possui uma curva de aprendizagem, tendo o trabalho desenvolvido contribuído de forma efetiva para essa caminhada.

Conclusão

O autor considera que este trabalho permitiu que o mesmo refletisse não só acerca da componente teórica e prática da atividade clínica em Medicina Dentária mas também da dimensionalidade humana que representa um tratamento médico. Numa época em que vemos o interesse dos clínicos focar-se somente no problema local que possuem em mãos, o autor considera que se faça uma reflexão ponderada, tendo em conta não só a saúde sistémica, mas a real necessidade de tratamento em certos casos, inserindo a disfunção, seja ela de que natureza for, num quadro geral em que se tenham em conta as dimensionalidades físicas, mentais e sociais do paciente.

Serve o mesmo ainda para realçar a indivisibilidade da Saúde Oral da Saúde Sistémica, e do papel interventivo, mas também preventivo, do Médico Dentista em situações de patologia sistémica. Sendo que cada vez mais surge evidência científica, que deverá ser interpretada e valorizada criticamente de acordo com a sua credibilidade, que entrelaça a saúde da cavidade oral com um grande número de patologias, torna-se evidente para o autor a necessidade de integrar a Medicina Dentária nos sistemas de cuidados de saúde que permitam uma maior longevidade, uma menor morbidade e uma menor mortalidade.

Finalizando, penso que a experiência adquirida ao longo deste ano de experiência clínica, com uma população de particularidades heterogéneas, com características médicas, em determinados casos, complexas, me facultou as condições necessárias para a prossecução da minha atividade profissional autónoma como médico dentista, no exercício da prática clínica que se aproxima, tendo ainda adquirido competência médicas e cirúrgicas que lhe permitirão realizar a prática da arte da Medicina Dentária.

Bibliografia

1. Spielman AI. The birth of the most important 18th century dental text: Pierre Fauchard's *Le Chirurgien Dentiste*. *J Dent Res*. 2007;86(10):922-6.
2. Cole-King A, Harding KG. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosom Med*. 2001;63(2):216-20.
3. Norman D. The effects of stress on wound healing and leg ulceration. *Br J Nurs*. 2003;12(21):1256-63.
4. Branch WT, Jr. Treating the whole patient: passing time-honoured skills for building doctor-patient relationships on to generations of doctors. *Med Educ*. 2014;48(1):67-74.
5. Eva KW. Trending in 2014: Hippocrates. *Med Educ*. 2014;48(1):1-3.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
7. Burket LW, Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket's oral medicine* Hamilton, Ont.: BC Decker; 2008. 11th:[xiii, 586 p.].
8. Medicine AAoO. Clinical practice statement: Medical history 2013. Available from: http://www.aaom.com/index.php?option=com_content&view=article&id=108:medical-history&catid=24:clinical-practice-statement&Itemid=180.
9. DeAngelis AF, Chambers IG, Hall GM. The accuracy of medical history information in referral letters. *Aust Dent J*. 2010;55(2):188-92.
10. Jong KJM, Abraham-Inpijn L, Oomen HAPC, Costing J. Clinical relevance of a medical history in dental practice: comparison between a questionnaire and a dialogue. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1991;19(5):310-1.
11. Pistorius A, Kunz M, Jakobs W, Willershausen B. Validity of patient-supplied medical history data comparing two medical questionnaires. *Eur J Med Res*. 2002;7(1):35-43.
12. Géza T. Terézhalmy MAH, Jones aAC. *Physical Evaluation in Dental Practice*: John Wiley & Sons, Inc., Publication; 2009.
13. Sadick M, Schoenberg SO, Hoermann K, Sadick H. Current oncologic concepts and emerging techniques for imaging of head and neck squamous cell cancer. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2012;11:Doc08.
14. Scott J, Burns J, Flower EA. Histological analysis of parotid and submandibular glands in chronic alcohol abuse: a necropsy study. *J Clin Pathol*. 1988;41(8):837-40.
15. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. *Clinical methods : the history, physical, and laboratory examinations*. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990. xxxi, 1087 p. p.
16. Siccoli MM, Bassetti CL, Sandor PS. Facial pain: clinical differential diagnosis. *Lancet Neurol*. 2006;5(3):257-67.
17. Monteiro LS, Antunes L, Bento MJ, Warnakulasuriya S. Incidence rates and trends of lip, oral and oro-pharyngeal cancers in Portugal. *J Oral Pathol Med*. 2013;42(4):345-51.
18. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Delafosse P, Guizard AV, et al. [Epidemiology of oral cavity cancers in France]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2011;112(3):164-71.
19. Mello M BJ, Breda J. *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. DGS. 2001.
20. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893-917.
21. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
22. Neville BW. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier; 2009. xvi, 968 p. p.
23. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008;122(12):2811-9.
24. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncol*. 2010;46(6):407-10.

25. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-7.
26. Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2010;82(11):1381-8.
27. Goodson JM, Tanner AC, Haffajee AD, Sornberger GC, Socransky SS. Patterns of progression and regression of advanced destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1982;9(6):472-81.
28. Newman MG, Takei HH, Carranza F. Carranza's clinical periodontology. 11th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders; 2012. xlv, 825 p. p.
29. King GL. The role of inflammatory cytokines in diabetes and its complications. *J Periodontol*. 2008;79(8 Suppl):1527-34.
30. Hajishengallis G. Complement and periodontitis. *Biochem Pharmacol*. 2010;80(12):1992-2001.
31. Gay IC, Tran DT, Cavender AC, Weltman R, Chang J, Luckenbach E, et al. The effect of periodontal therapy on glycaemic control in a Hispanic population with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*. 2014;41(7):673-80.
32. Engbretson SK, T. . Evidence that periodontal treatment improves diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol*. 2013(84):S153-S69.
33. Sgolastra F, Severino M, Pietropaoli D, Gatto R, Monaco A. Effectiveness of periodontal treatment to improve metabolic control in patients with chronic periodontitis and type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Periodontol*. 2013;84(7):958-73.
34. Chapple IL, Genco R, working group 2 of the joint EFPAAPw. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol*. 2013;84(4 Suppl):S106-12.
35. Kolattukudy PE, Niu J. Inflammation, endoplasmic reticulum stress, autophagy, and the monocyte chemoattractant protein-1/CCR2 pathway. *Circ Res*. 2012;110(1):174-89.
36. Fitzpatrick RE, Wijeyewickrema LC, Pike RN. The gingipains: scissors and glue of the periodontal pathogen, *Porphyromonas gingivalis*. *Future Microbiol*. 2009;4(4):471-87.
37. Oscarsson J, Karched M, Thay B, Chen C, Asikainen S. Proinflammatory effect in whole blood by free soluble bacterial components released from planktonic and biofilm cells. *BMC Microbiol*. 2008;8:206.
38. Figuero E, Sanchez-Beltran M, Cuesta-Frechoso S, Tejerina JM, del Castro JA, Gutierrez JM, et al. Detection of periodontal bacteria in atheromatous plaque by nested polymerase chain reaction. *J Periodontol*. 2011;82(10):1469-77.
39. Reyes L, Herrera D, Kozarov E, Roldan S, Progulske-Fox A. Periodontal bacterial invasion and infection: contribution to atherosclerotic pathology. *J Clin Periodontol*. 2013;40 Suppl 14:S30-50.
40. Adams HP, Jr., del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2007;38(5):1655-711.
41. Jneid H, Anderson JL, Wright RS, Adams CD, Bridges CR, Casey DE, Jr., et al. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(7):645-81.
42. Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin North Am*. 2004;48(2):vi, 397-416.
43. Sorensen JA, Martinoff JT. Intracoronary reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent*. 1984;51(6):780-4.

44. Mondelli RF, Barbosa WF, Mondelli J, Franco EB, Carvalho RM. Fracture strength of weakened human premolars restored with amalgam with and without cusp coverage. *Am J Dent.* 1998;11(4):181-4.
45. Zogheib LV, Pereira JR, do Valle AL, de Oliveira JA, Pegoraro LF. Fracture resistance of weakened roots restored with composite resin and glass fiber post. *Braz Dent J.* 2008;19(4):329-33.
46. Chu SJ. A biometric approach to predictable treatment of clinical crown discrepancies. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2007;19(7):401-9; quiz 10.
47. Chu SJ. Range and mean distribution frequency of individual tooth width of the maxillary anterior dentition. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2007;19(4):209-15.
48. Hallmon WW, Harrel SK. Occlusal analysis, diagnosis and management in the practice of periodontics. *Periodontol 2000.* 2004;34:151-64.
49. Helfer AR, Melnick S, Schilder H. Determination of the moisture content of vital and pulpless teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1972;34(4):661-70.
50. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med.* 2007;5(5):395-402.
51. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047-53.
52. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;87(1):4-14.
53. De Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Rev Port Cardiol.* 2007;26(1):21-39.
54. Machado A, Nicolau R, Matias Dias C. Tobacco consumption by the portuguese population. Data from the 2005-2006 National Health Survey. *Rev Port Pneumol.* 2009;15(6):1005-27.
55. Mendis S, Davis S, Norrving B. Organizational update: the world health organization global status report on noncommunicable diseases 2014; one more landmark step in the combat against stroke and vascular disease. *Stroke.* 2015;46(5):e121-2.

Anexos

9

Vestibuloplastia e enxerto gengival livre num caso de rebordo flácido – Case Report

Deleza I.1, Santos N.1, Marques T.1, Sousa M.1

¹Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária
da Universidade Católica Portuguesa
¹Professor da Área de Periodontologia
da Universidade Católica Portuguesa



Introdução

Na realização de uma reabilitação com prótese removível, é recomendável que o rebordo alveolar possua não só uma crista óssea de dimensões adequadas, mas também que os tecidos moles estejam bem aderidos a esta, sendo que um rebordo flácido para além de não contribuir para a obtenção de estabilidade, suporte e retenção da prótese, provoca precisamente o contrário, além de grande desconforto para o paciente. É desejável portanto um suporte ósseo com gengiva queratinizada bem aderida.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 40 anos, diabética tipo I, não fumadora, com higiene oral insatisfatória e desdentada total superior apresenta-se à consulta expressando vontade de efectuar reabilitação oral. Por motivos económicos, descarta a hipótese de implantes. A crista residual encontra-se com um remanescente ósseo bastante atrófico e com um rebordo de tecidos moles flácido e móvel, dificultando a hipótese de reabilitação com prótese removível. Decide-se então realizar uma vestibuloplastia, removendo o rebordo flácido e aprofundando o vestibulo. Associam-se ainda enxertos gengivais livres de modo a aumentar a largura da banda de gengiva queratinizada. Para este efeito, realizou-se uma incisão inicial ao longo da crista óssea fazendo seguidamente um retalho de espessura parcial por vestibular. Excisionou-se então o excesso de tecido coronal em palatino e em vestibular de forma a reduzir o rebordo flácido, preparando-se de seguida o leito receptor de forma a receber os enxertos gengivais livres, que foram estabilizados com recurso a sutura, com fio de Nylon 6-0. Efectuou-se, de seguida, um rebase mole provisório com F.I.T.T.(Kerr).

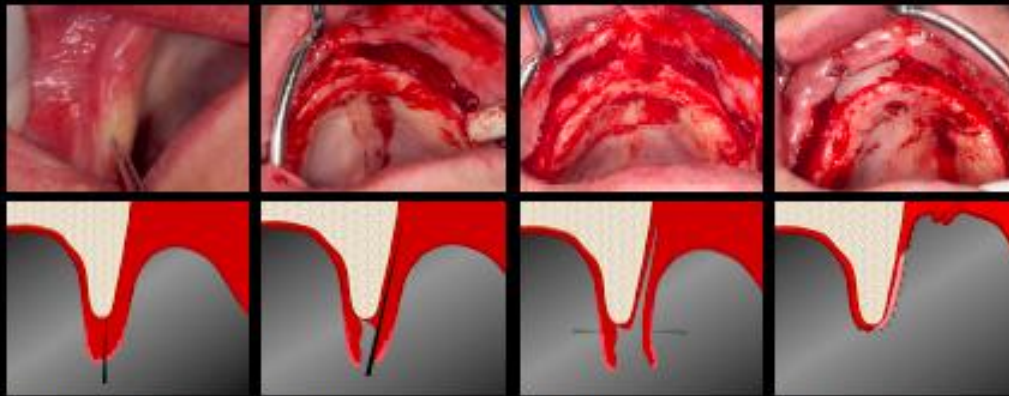


Figura 1 e 2. Incisão ao longo do rebordo atrófico

Figura 3 e 4. Retalho de espessura parcial por vestibular

Figura 5 e 6. Excisão do tecido em excesso

Figura 7 e 8. Sutura dos retalhos vestibular e palatino, e estabilização e sutura do enxerto gengival livre

Discussão

Em controlo feito aos 4 meses, altura da realização da nova prótese acrílica, verificou-se um rebordo alveolar com uma banda de gengiva aderida com uma largura substancialmente maior e uma crista óssea revestida por gengiva queratinizada bem aderida. Ao contrário dos resultados que obteríamos usando apenas a técnica Edlan-Mejchar ou de Kasanjian, que resultaria numa mucosa aderida não queratinizada, esta modificação permite-nos obter uma banda de gengiva queratinizada, aumentando a resistência aos contactos com a prótese.

Conclusão

Este método revelou-se eficaz na obtenção de uma área de suporte de qualidade para a reabilitação com prótese removível, permitindo melhorar a estabilidade, suporte e retenção protética. Tem porém a desvantagem de exigir uma segunda loja cirúrgica – o local de colheita do enxerto gengival livre.



Figura 9. Estado pré-operatório

Figura 10. Follow-up aos 4 meses

Figura 10. Follow-up aos 4 meses (Pomaxia)

Figura 11. Paciente após reabilitação

Referências

1. Kalkbrenner KH. Periodontology. 2nd rev. and exp. ed. Stuttgart ; New York: G. Thieme Verlag, Thieme Medical Publishers; 1998. xi, 369 p.
2. Kasanjian VH. The Department of Oral Surgery of the Harvard Dental Unit. *British Medical Journal*. 1917;2(2586):3-4.
3. Kozupat P, Moriel S, Gillet P. Mandibular vestibuloplasty and gingival grafts using impacted teeth. *The International Journal of Prosthodontics*. 1987;1(5):235-45.
4. Wade RB. Vestibular deepening by the technique of fliken and ingihar. *Journal of periodontal research*. 1969;4(1):300-13.



RECOBRIMENTO DE CÚSPIDES EM AMÁLGAMA NUM CASO DE DENTE ENDODONCIADO EXTENSAMENTE DESTRUÍDO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I. Beleza¹, J. Costa¹, V. Barros², A. Capelas²



¹Universidade Católica Portuguesa, aluno do M1 Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, Docente responsável da área de Dentigiatria-Operatória

Introdução

Em casos de dentes endodoncados, cuja estrutura dentária remanescente é muito diminuta, o clínico deve sempre possuir a consciência do risco presente de fratura. Esta deve-se fundamentalmente às propriedades físicas e mecânicas alteradas da dentina, subsequentes do tratamento endodóntico, como também à perda de estrutura coronária iatrogénica(1,2). É fundamental então adaptar a restauração definitiva às condições existentes, tendo em conta as expectativas do paciente e condições apresentadas, tanto a nível económico como de higiene, para garantir o máximo de longevidade possível do dente.

Descrição do caso clínico

Paciente de 30 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresenta-se na consulta querendo realizar reconstrução definitiva do dente 3.6, previamente endodoncado. Por motivos económicos, descarta a hipótese de prótese fixa. É então proposta uma restauração a amálgama, com envolvimento de cúspides, tendo em conta as limitações económicas e a higiene oral do paciente.

Dada a pouca estrutura remanescente, resolve-se poupar as cúspides disto-vestibulares e mesio-palatinas fazendo-se uma redução de 2 mm em altura nas restantes cúspides, já parcialmente destruídas, removendo-se ainda toda a estrutura dentária não suportada. São criados *plns* em amálgama no fundo da cavidade e otimiza-se a mesma para criar o máximo de retenção mecânica. Recorreu então ao auxílio facultado por ar de cobre, cuja função no caso foi otimizar a anatomia e o perfil de emergência da restauração, realizou-se então a restauração a amálgama, sem recurso a adesivo, fazendo de seguida a anatomia primária. O polimento fez-se passado uma semana assim como os detalhes da anatomia final.



Figure 1 e 2 – Remanescente dentário após redução de 2 mm nas cúspides mesio-vestibular e disto-palato. Vista mesial e vestibular, respetivamente.



Figure 3 – Adaptação do ar de cobre com cunhas em mandíbula de modo a permitir um bom isolamento.



Figure 4 – Amálgama após compactação.



Figure 5 e 6 – Restauração final após polimento. Vista bucal e mesial, respetivamente.

Conclusão

Este método revela-se uma alternativa eficaz, dentro das suas limitações, quando presentes com a impossibilidade de realizar uma coroa unitária(3,4). Apesar de não ser o tratamento ideal para a situação clínica apresentada, tendo em conta a jovem idade do paciente e as suas limitações económicas, é imperativo que se mantenha a função e se salvaguardem o maior número de peças dentárias possíveis, dado a alternativa ser a extração.

Referencias

1. Heller AH, Melnick S, Schilder H. Determination of the moisture content of vital and pulpless teeth. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology. 1972;34(4):661-70.
2. Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. Dental clinics of North America. 2004;48(2):vi, 397-416.
3. Sonawani JA, Martiño JI. Intracoronal reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. The Journal of prosthetic dentistry. 1994;71(5):780-4.
4. Mondell HF, Barbosa WF, Mondell J, Franco ES, Carvalho RM. Fracture strength of weakened human premolars restored with amalgam with and without cuspal coverage. American journal of dentistry. 1996;11(4):181-4.



ENXERTO GENGIVAL LIVRE COM RECURSO A ADESIVO DE CIANOACRILATO NUM CASO DE AUMENTO DE GENGIVA ADERIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Igor Alexandre¹, Maria Brifo¹, Ana Martins¹, Tiago Marques², Nuno Santos³, Manuel Sousa³

¹ - Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa.

² - Assistente de Periodontologia, Universidade Católica Portuguesa.

³ - Regente da Área de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa.

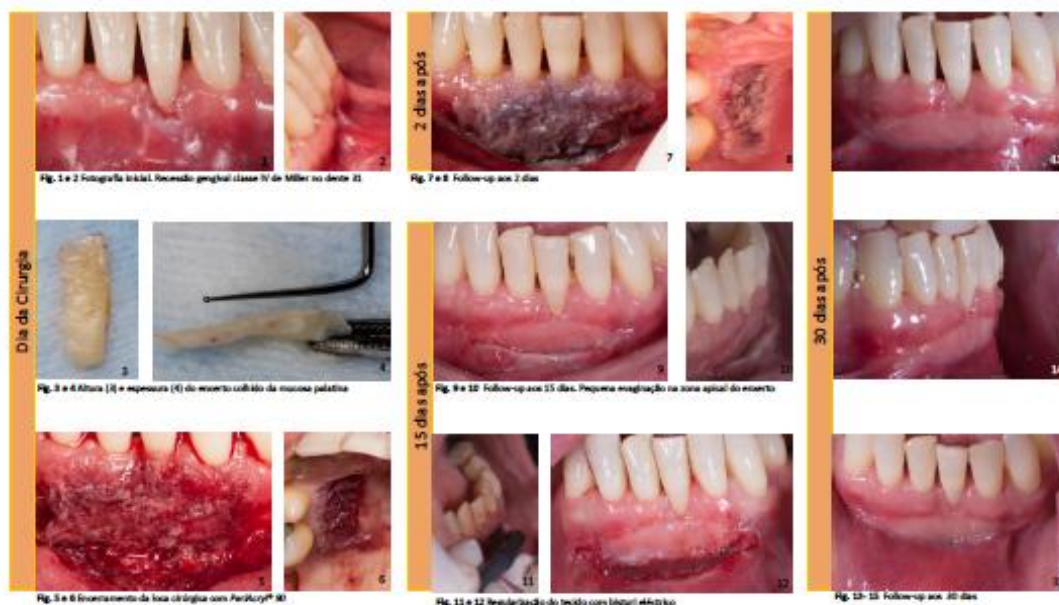
1 - INTRODUÇÃO

A existência de gengiva aderida em redor de um dente natural é fulcral para garantir saúde periodontal. De acordo com Lang e Loe, pelo menos 2mm de gengiva queratinizada são necessários este fim⁽¹⁾. O actual consenso clínico é da necessidade de ≥ 2 mm de gengiva queratinizada e ≥ 1 mm de gengiva aderida⁽²⁾. O uso de Enxerto Gengival Livre é o *gold standard* no que toca a técnicas de ganho de gengiva aderida. Propõe-se assim um método que dispensa suturas, fazendo uso de cianoacrilato.

2 – CASO CLÍNICO

M. C., sexo feminino, 64 anos, dirige-se à consulta de Periodontologia para controlo da Periodontite Crónica Moderada Generalizada, com queixas de sensibilidade no dente 31. A recolha da história clínica permite concluir tratar-se de uma doente com hipertensão arterial e ligeira dislipidemia, controladas com a toma diária de *Micardis 40mg** e *Supralip**. Paciente não fumadora. Efectuado o exame clínico e radiográfico, confirmou-se a existência de recessão gengival classe IV de Miller, no dente 31, por vestibular. Foi proposta à paciente a realização de uma cirurgia periodontal para colocação de um enxerto gengival livre na zona da recessão, de modo a aumentar a gengiva aderida no local, que foi aceite pela mesma. No decorrer da cirurgia, optou-se pela substituição dos fios de sutura pelo adesivo à base de cianoacrilato *PeriAcryl® 90*. O procedimento foi efectuado com sucesso e a cicatrização ocorreu sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

3 – APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO



5 - CONCLUSÕES

Os enxertos gengivais livres são a técnica clássica de eleição para aumentar a banda de gengiva aderida, que tem uma função protectora do conjunto dento-alveolar, bloqueando a progressão de situações de inflamação gengival e recessões. A escolha de um adesivo à base de cianoacrilato para fazer o encerramento do local operatório tem várias vantagens em relação aos fios de sutura convencionais: poupa tempo de consulta; tem propriedades hemostáticas; tem acção bacteriostática; funciona como barreira protectora durante a cicatrização^(3,4).

6 - BIBLIOGRAFIA

1. Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *Journal of periodontology*. 1972;43(12):623-7.
2. Kim DM, Nelson R. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *Journal of periodontology*. 2015;86(2 Suppl):554-72.
3. Sridade J. The use of cyanoacrylates in periodontal therapy. *Journal Canadian Dental Association*. 1998;54(9):652-3.
4. Gomes F, Buitrago E. Graft stabilization with cyanoacrylate decreases shrinkage of free gingival grafts. *Australian dental journal*. 2014;59(1):57-64.