



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Catarina Morgado Pereira

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Ana Catarina Morgado Pereira

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Coorientador: Professora Doutora Mariana Seabra

Viseu, 2020

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos diariamente”

Robert Collier

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Andreia Figueiredo e co-orientadora Professora Doutora Mariana Seabra pelo apoio, ajuda e dedicação.

À minha binómia Carla por teres estado sempre lá ao longo destes cinco anos e principalmente nesta última etapa final das nossas vidas.

À minha mãe, irmã e ao meu avô por estarem sempre do meu lado e apoiarem as minhas decisões.

Ao meu pai, tios e avó por toda a ajuda e preocupação.

Ao Miguel por toda a paciência e carinho.

A todos os meus amigos e amigas que estiveram sempre lá ao longo destes cinco anos.

Resumo

Este relatório foi desenvolvido no decorrer do 5º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu – Faculdade de Medicina Dentária, nas áreas disciplinares de Projeto I e II. Abrange toda a atividade clínica praticada compreendida no período de 20 de setembro de 2019 e 13 de março de 2020.

A Medicina Dentária é uma área que engloba temas desde a saúde pública, à saúde e bem-estar humano, focando essencialmente o seu estudo, no que diz respeito ao diagnóstico, avaliação e tratamento de patologias que afetam todo o sistema estomatognático. É uma vasta área científica que se dedica ao estudo da face, cavidade oral, pescoço, bem como dos respetivos ossos, músculos, articulações e ao estudo das patologias que os envolvem.

Realizou-se um levantamento geral da atividade clínica, no qual foi contabilizado o número de consultas realizadas, o número de reencaminhamentos, as faltas e as desmarcações e as transferências de pacientes entre binómios. Os atos clínicos dispuseram-se num gráfico, tendo em conta o operador e o assistente, as consultas organizaram-se segundo a classificação de consultas de primeira vez e consultas de continuidade.

Ao longo dos gráficos apresentados, conjugam-se diversas variáveis epidemiológicas, como o género, faixa etária, mas também variáveis/indicadores clínicos como hábitos de higiene, saúde periodontal e hábitos tabágicos. Cada área disciplinar apresenta os seus resultados estatísticos próprios.

Em segunda instância realizou-se um enquadramento teórico para cada uma das seguintes áreas disciplinares, Dentisteria Operatória, Endodontia, Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa, Cirurgia Oral, Medicina Oral, Periodontologia, Odontopediatria, Ortodontia e Oclusão.

Por último, expõem-se detalhadamente três casos clínicos diferenciados realizados na Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa Viseu, no âmbito das áreas disciplinares de Prostodontia Fixa, Medicina Oral e Odontopediatria/Ortodontia, respetivamente.

Palavras-Chave: Relatório de Atividade Clínica, Prótese Fixa, Medicina Oral, Odontopediatria, Ortodontia.

Abstract

This report was developed during the 5th year of the Integrated Master Course in Dental Medicine at Universidade Católica Portuguesa de Viseu - School of Dental Medicine, in the disciplines of Project I and II. It covers all clinical activities practised in the period from 20 September 2019 to 13 March 2020.

Dental Medicine is an area that encompasses various topics from public health to human health and well-being. The focus of its study is evaluation and treatment of pathologies that affect the entire stomatognathic system, regarding the diagnosis. It is a vast scientific field dedicated to the study of face, oral cavity, the neck and its respective bones, muscles, articulations and pathologies involved with the upper mentioned.

It was carried out a survey of all clinical activity which counted the number of appointments made, patients referred, absences, cancellations and patients transferred between pairs. The clinical acts are arranged by graphics, considering the operator and the assistant, and the appointments by first-time consultations and patients undergoing on treatment.

Throughout the presented graphs, not only several epidemiological variables are combined (such as gender and age group), but also clinical variables/indicators such as hygiene habits, periodontal health and smoking habits. Each subject area presents its statistical results.

Finally, three different clinical cases performed at the Dental Clinic of Universidade Católica Portuguesa Viseu are presented in detail, regarding the disciplinary areas of Fixed Prosthodontics, Oral Medicine and Paediatric Dentistry / Orthodontics, respectively.

Keywords: Clinical Activity Report, Fixed Prosthodontics, Oral Medicine, Paediatric Dentistry, Orthodontics.

Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. MATERIAIS E MÉTODOS	9
3. RESULTADOS	13
3.1 Resultados da Atividade Clínica Geral	13
3.2 Resultados da Atividade Clínica decorrida por Área Disciplinar	19
3.2.1 DENTISTERIA OPERATÓRIA	20
3.2.2 ENDODONTIA	24
3.2.3 PROSTODONTIA REMOVÍVEL	28
3.2.4 PROSTODONTIA FIXA	31
3.2.5 CIRURGIA ORAL	33
3.2.6 MEDICINA ORAL	37
3.2.7 PERIODONTOLOGIA	38
3.2.8 ODONTOPEDIATRIA	43
3.2.9 ORTODONTIA	46
3.2.10. OCLUSÃO	49
4. CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS	55
4.1. Caso Clínico I: Substituição da coroa metalo-cerâmica do dente 11	55
4.1.1. Introdução	55
4.1.2 Caso Clínico	59
4.1.3. Discussão	66
4.2. Caso Clínico II: Fibroma Cimento-Ossificante do Maxilar	68
4.2.1. Introdução	68
4.2.2. Caso Clínico:	70
4.2.3 Discussão	74
4.3. Caso Clínico III: Pista em compómero como possível tratamento para mordida cruzada anterior	76
4.3.1. Introdução	76
4.3.2. Caso Clínico	78
4.3.3. Discussão	81
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

Abreviaturas

ATM: Articulação Temporomandibular

BOP: Sangramento à sondagem

CPI: Cárie Precoce de Infância

DCOP: Displasia Cimento Óssea Periapical

DGS: Direção Geral de Saúde

DTM: Distúrbio Temporomandibular

FCO: Fibroma Cimento-Ossificante

INR: Índice Normalizado Internacional

IP: Índice de Placa

PNPSO: Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PPM: Partículas por Milhão

RAR: Raspagem e Alisamento Radicular

RDC-TMD: Critérios de Diagnóstico para pesquisa de Desordens Temporomandibulares

TER: Tratamento Endodôntico Radical

TPS: Terapia Periodontal de Suporte

WHO: Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária é uma das áreas que faz parte do largo espectro dos serviços de saúde que atendem às necessidades de toda a população em geral. Privilegia a confiança por parte do público, as responsabilidades sociais e os elevados padrões éticos. Para tal, a profissão deve sempre encontrar cuidar de quem necessita, independentemente dos desafios ou dos recursos financeiros.⁽¹⁾

Na atualidade, o conceito de saúde oral tem vindo a sofrer diversas alterações ao longo dos tempos. Segundo a *World Health Organization (WHO)*, saúde oral é definida como “uma forma de estar, livre de dores crónicas na boca, rosto, garganta, infeções, cancro oral, feridas orais, doença periodontal, cárie dentária, perda dentária e outras doenças ou distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo morder, mastigar, sorrir, falar e bem-estar psicossocial”.⁽²⁾

Apesar de todas as medidas de prevenção, divulgação de informação e instrução aos pacientes e/ou encarregados de educação, a prevalência de cárie dentária mantém-se ainda muito elevada, apesar destes valores estarem a diminuir ao longo dos anos. Diversos fatores como condições sócio económicas, culturais, ambientais, sociais, políticas e educativas condicionam a saúde oral em geral, por todo o mundo inclusivamente em Portugal.⁽³⁾

Contudo, e apesar de todo este cenário preocupante, estudos comprovam que existe um progresso positivo ao longo dos tempos, no que concerne à saúde oral nas crianças e jovens. Isto acontece em virtude da execução de programas de saúde oral que foram implementados nas escolas, bem como ao apoio das famílias e profissionais, levando a uma melhoria da saúde oral.⁽³⁾

No que respeita à saúde pública, tem-se constatado que as doenças orais representam um enorme problema, que abrange diversas faixas etárias, assim como o bem-estar e desenvolvimento das crianças e dos jovens.⁽⁴⁾

Os resultados publicados relativos ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), demonstram, através dos indicadores de saúde oral,

que em Portugal a prevalência de doenças orais tem vindo a diminuir e a saúde oral a melhorar desde o ano 2000 como podemos observar na Tabela 1.⁽⁴⁾

Tabela 1 - Percentagens de crianças e jovens livres de cáries relativos aos anos de 2000, 2006 e 2013/14. Adaptado de Estudo Nacional de Prevalência de Cárie Dentária ⁽⁴⁾

Grupo Etário	Livres de Cárie		
	2000	2006	2013/14
6 anos	33%	51%	54%
12 anos	27%	44%	53%

Neste projeto, a Direção Geral de Saúde (DGS) publicou três estudos epidemiológicos respeitantes à saúde oral, relativos aos anos de 2000, 2006 e 2013/14. Os dois primeiros foram aplicados a crianças e jovens com idades de seis, doze e quinze anos, e no ano de 2013/14, as idades tidas em conta foram seis, doze e dezoito anos. No que concerne à percentagem de prevalência de cárie, no ano de 2000 em crianças com seis anos, 33% apresentavam ausência de cárie dentária e este valor aumentou para 54% em 2013/14. O mesmo foi avaliado em crianças com doze anos, e os valores de percentagens de crianças com ausência de cárie foram de 27% no ano 2000 e 53% em 2013/14. ⁽⁴⁾

Está provado que as condições de saúde oral de cada indivíduo têm elevado impacto nas funções que cada um desempenha no dia-a-dia. Diversas pesquisas científicas demonstraram que a qualidade de vida e a saúde em geral melhoram quando são feitos corretos tratamentos dentários, conducentes a um grau de saúde oral. ⁽⁵⁾

A forma de abordagem das técnicas e materiais usados em Medicina Dentária tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Começando pela diversidade de sistemas e meios de diagnóstico, desde a radiografia periapical à radiografia panorâmica sendo a mais solicitada na prática da Medicina Dentária, seguido dos materiais dentários utilizados e por fim, no tratamento propriamente dito. ^(6,7,8,9)

Nos dias que decorrem atualmente fala-se muito em opções de tratamento recorrendo a técnicas minimamente invasivas, devido ao rápido avanço da ciência, nomeadamente na execução de cavidades, técnicas para diagnóstico precoce e seleção de materiais, nomeadamente adesivos dentários e materiais restauradores. ^(6,7) Entende-se por esta técnica a realização de uma máxima preservação das estruturas dentárias saudáveis. ⁽¹⁰⁾

Paralelamente a isto, surgiram ao longo dos tempos novos conhecimentos sobre as taxas de progressão de cárie, o que levou a mudanças substanciais no que concerne à intervenção restauradora e a perceber quais os principais motivos de falhas. ⁽¹⁰⁾

II – Materiais e Métodos

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A recolha de informação para a elaboração deste relatório de atividade clínica foi feita a partir de uma avaliação detalhada e completo exame clínico de todos os pacientes observados e/ou tratados pelo binómio 74, registados no período entre as datas 20 de setembro de 2019 e 13 de março de 2020 na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu – Faculdade de Medicina Dentária.

Em todas as consultas realizadas neste período, os dados clínicos recolhidos foram introduzidos no programa Microsoft Office Excel®, onde posteriormente à recolha de todos os dados da amostra, se obtiveram os gráficos correspondentes à atividade clínica geral bem como os gráficos da atividade clínica distribuídos pelas diversas áreas disciplinares.

No que concerne à organização das referências bibliográficas utilizadas, visando o suporte dos fundamentos teóricos, recorreu-se à utilização das normas de Vancouver.

No que respeita a toda a pesquisa bibliográfica, desde artigos científicos, citações, bem como aos fundamentos teórico-práticos referidos neste trabalho exploraram-se duas bases de dados e um motor de busca (Medline®, PubMed® e Google Scholar®, respetivamente).

Todo o material bem como equipamentos utilizados, são os *standardt*, definidos para cada área disciplinar.

III – Resultados: Dados da Amostra Geral

3. RESULTADOS

3.1 Resultados da Atividade Clínica Geral

Na totalidade da atividade clínica geral foram marcadas 110 consultas no decorrer das datas de 20 de setembro de 2019 e 13 de março de 2020.

No Gráfico 1 podemos confirmar que num total de 110 consultas marcadas, apenas 81 consultas é que foram efetivamente realizadas (contabilizando 4 consultas consideradas como “reencaminhamentos”), uma vez que houve 25 faltas e desmarcações e 4 pacientes que foram transferidos entre binómios. Consideram-se reencaminhamentos, as consultas cujos pacientes vão a uma determinada área disciplinar e é verificado pelo binómio em causa que o paciente tem de ser reencaminhado para outra área disciplinar.

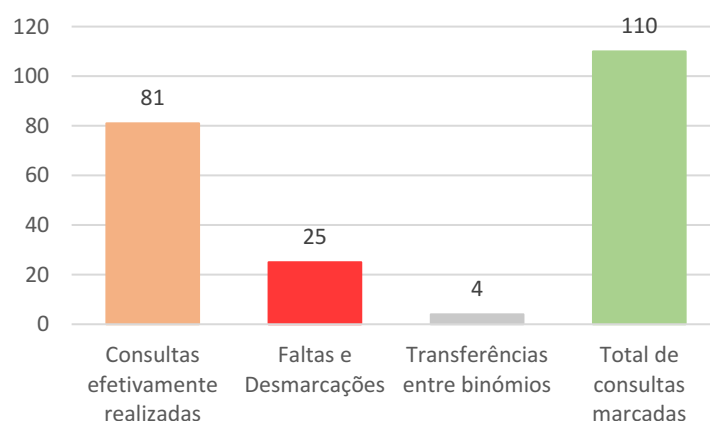


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes por consultas efetivamente realizadas, falta e desmarcações e transferências entre binómios.

Dentro do número total de consultas, 46,9% foram primeiras consultas e 53,1% foram de continuidade, feitas nas diversas áreas disciplinares, tal como observamos no Gráfico 2.

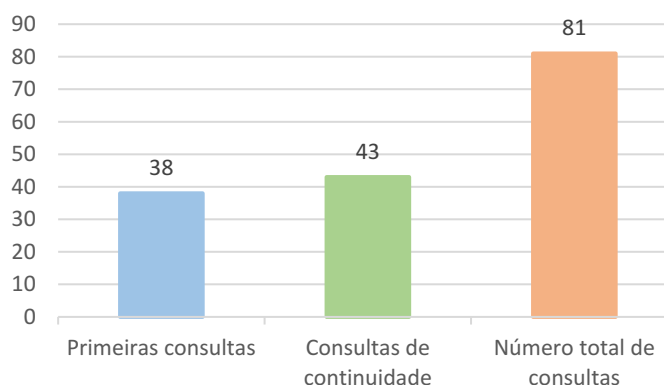


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes consoante primeiras consultas ou consultas de continuidade.

Apenas referente às consultas efetivamente realizadas (num total de 81 consultas), 41 das consultas foram feitas como operador, e outras 40 consultas no âmbito de assistente, tal como apresentado no Gráfico 3.

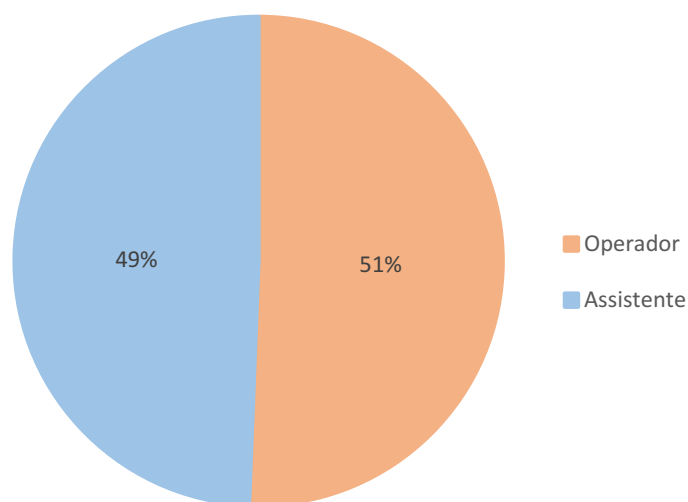


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes segundo a função de operador e assistente.

No Gráfico 4 está representada a distribuição percentual dos pacientes atendidos por género feminino e masculino. Verificámos que existe uma prevalência do género masculino (58%) relativamente ao feminino (42%), uma vez que foram atendidos 22 homens e 16 mulheres.

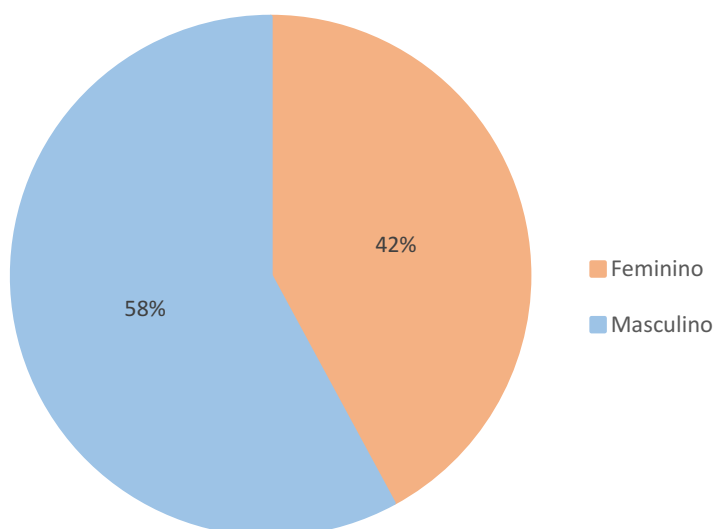


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por género feminino e masculino.

Avaliando uma distribuição dos pacientes por faixas etárias, podemos concluir que os pacientes com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos com 42,1% (n=16) e maior que 65 anos com 21,1% (n=8) são os que mais comparecem na clínica universitária. Em contrapartida, os pacientes com idades igual ou inferior a 18 anos com 10,5% (n=4), são os que menos comparecem na clínica universitária, tal como podemos ver no Gráfico 5.

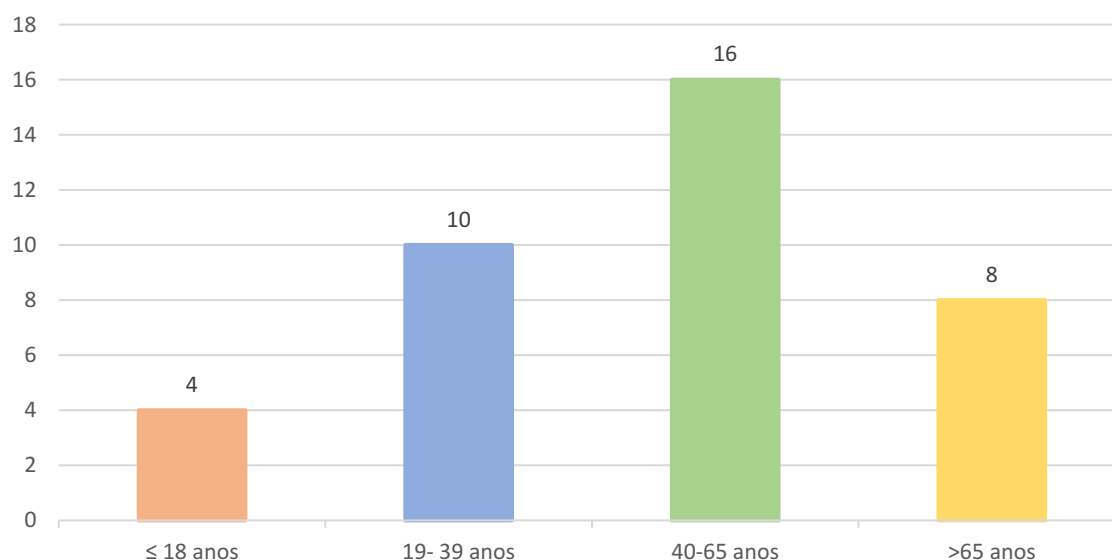


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes por faixas etárias.

Em relação à higienização diária de cada paciente, no Gráfico 6 observou-se que 42,1% (n=16) dos pacientes dizia efetuar a escovagem apenas uma vez por dia. Contudo, 36,8% (n=14) dos pacientes admitem realizar duas escovagens por dia.

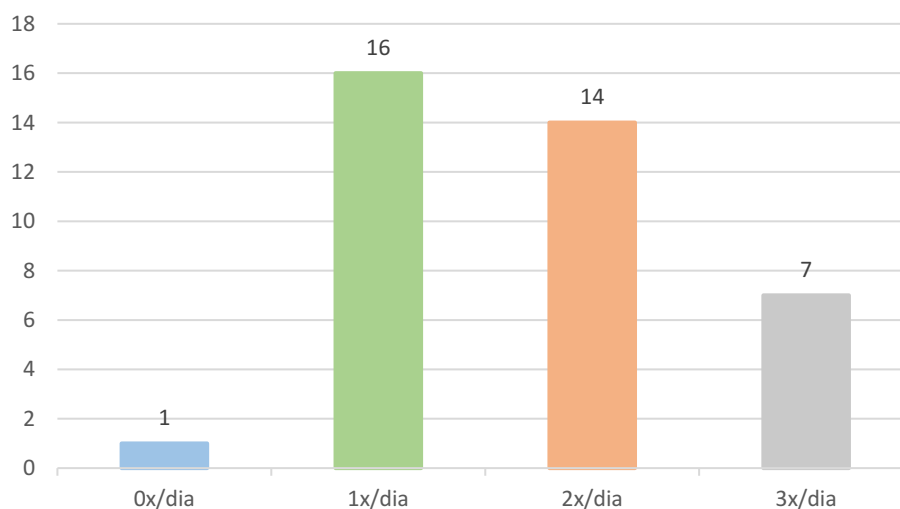


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes consoante o número de escovagens por dia.

Face aos resultados obtidos relativamente ao índice de placa (IP) verificou-se uma predileção pelo intervalo de valores 60-90% com uma percentagem de 34,2% pacientes. (Gráfico 7)

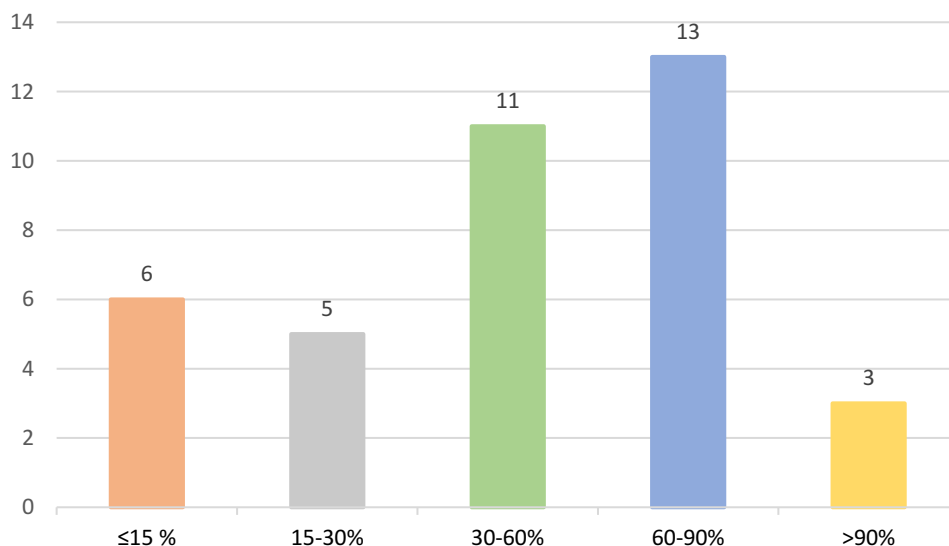


Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa percentual do IP presente.

Numa amostra de 38 paciente, no que diz respeito ao sangramento à sondagem (BOP) verificou-se que 97,4% (n=37) dos pacientes apresentaram valor de BOP inferior a 30% e que apenas 2,6% (n=1) tinham BOP entre 30-50%. (Gráfico 8)

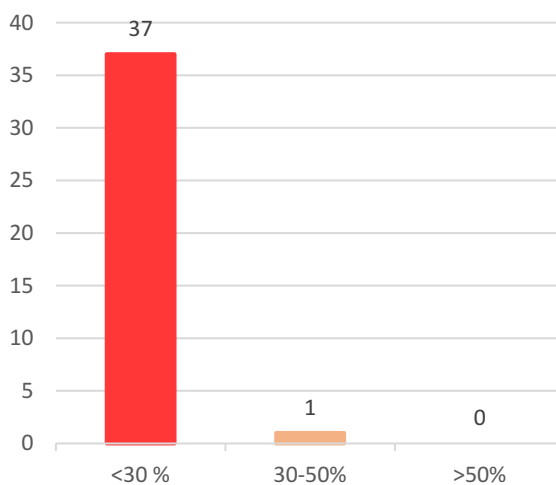


Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa percentual de BOP presente.

No que concerne aos hábitos tabágicos, concluiu-se que a maioria dos pacientes atendidos (89,5%) diz não ter hábitos tabágicos, tal como verificamos no Gráfico 9.

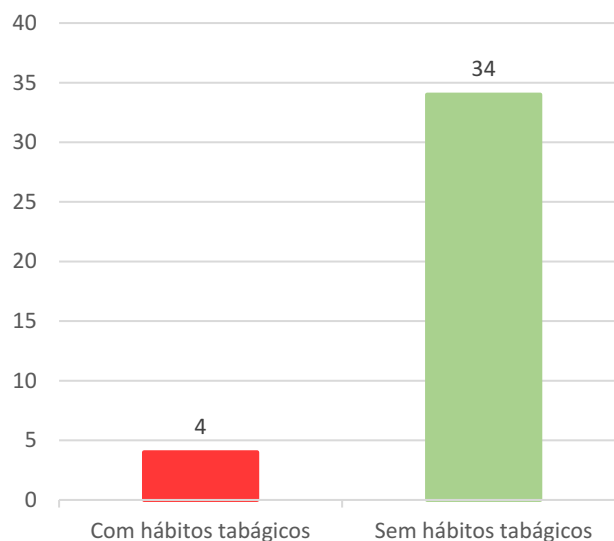


Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes consoante a presença ou ausência de hábitos tabágicos.

Em relação às patologias gerais, a diabetes (23,6%) e as doenças cardíacas (13,1%) foram as mais predominantes nos pacientes atendidos. Em contrapartida, alergias, hepatite, doenças cancerígenas e outras patologias, com um total de 10,5%, foram as menos prevalentes. De referir que num total de 38 pacientes, 31 deles apresentam patologias, e apenas 7 admitem ser saudáveis. (Gráfico 10)

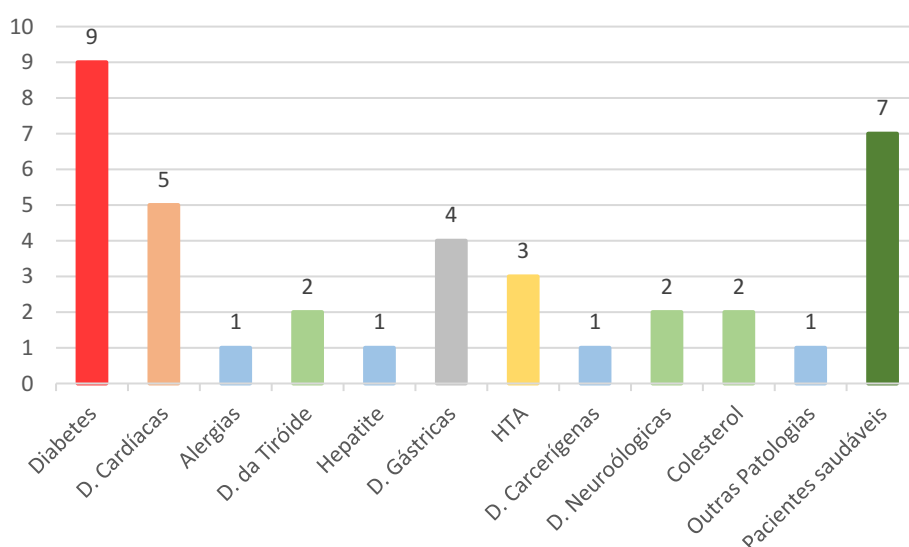


Gráfico 10 – Distribuição das patologias apresentadas pelos pacientes, bem como dos pacientes saudáveis.

Por último, no Gráfico 11 podemos observar os diversos concelhos (Viseu e Paços de Ferreira), freguesias (Bodiosa, Ferreira de Aves e Ferreirós do Dão) e municípios (Mangualde, Tondela e Nelas) de residência dos 38 pacientes atendidos, no qual podemos concluir que a maioria dos pacientes pertencem ao concelho de Viseu (71,1%), e uma minoria pertence a freguesias e municípios. (28,9%).

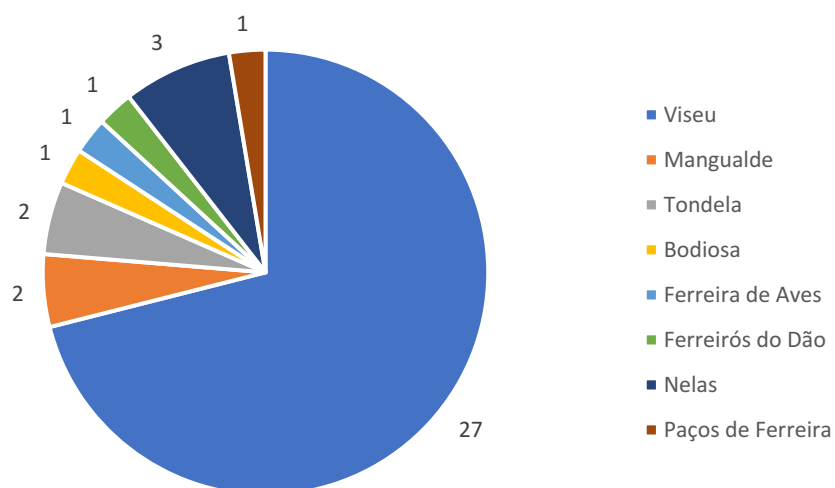


Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes segundo concelhos, freguesias e municípios.

3.2 Resultados da Atividade Clínica decorrida por Área Disciplinar

No que diz respeito ao número de consultas por área disciplinar, podemos observar tendo em conta o Gráfico 12, que as áreas disciplinares de Prótese Removível (20,9%) e Periodontologia (16,1%), são aquelas com maior afluência de pacientes. Contrariamente a isto, nas áreas disciplinares de Ortodontia, Odontopediatria e Oclusão, o número de pacientes atendidos é visto em menor número (n=3, 3,7%)

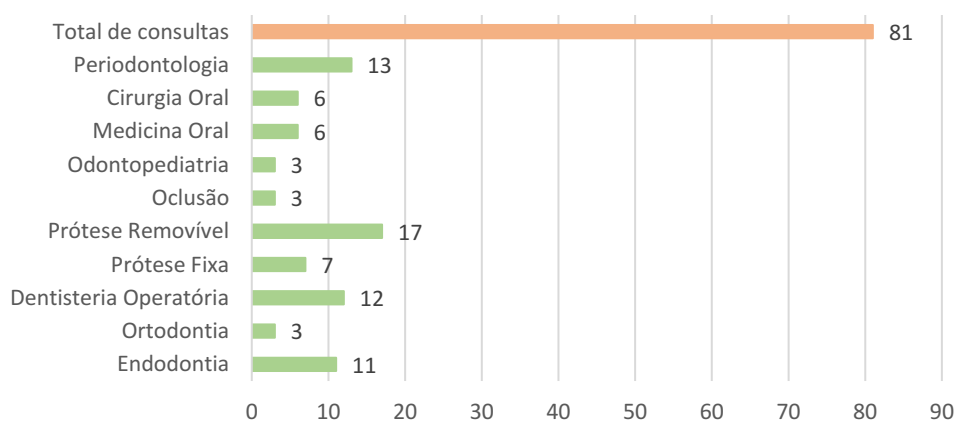


Gráfico 12 – Distribuição do número de consultas, por área disciplinar.

Relativamente ao número de faltas e desmarcações em cada área disciplinar, podemos provar com base nos Gráficos 13 e 14, que nas disciplinas de Dentisteria Operatória (29%), Prótese Removível (17%) e Prótese Fixa (17%) é onde se observa um maior número de desmarcações e faltas às consultas na clínica universitária.

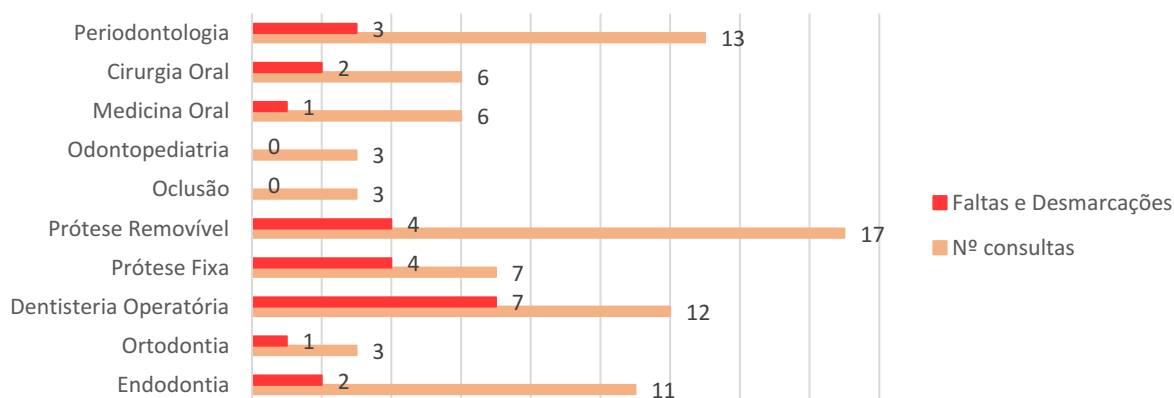


Gráfico 13 - Distribuição do número de faltas e desmarcações em cada área disciplinar.

No Gráfico 14, está representada a distribuição percentual das faltas e desmarcações feitas nas diferentes áreas disciplinares.

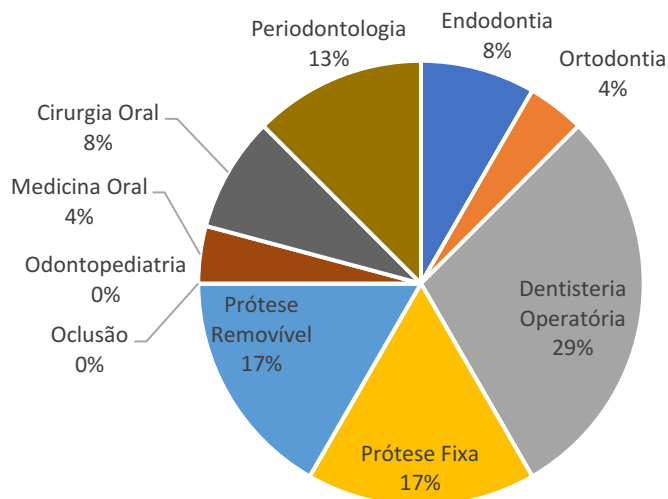


Gráfico 14 - Distribuição percentual de faltas e desmarcações, por área disciplinar.

Por fim, no Gráfico 15, apresentam-se todas as consultas realizadas em cada área disciplinar, segundo a função de operador e de assistente, sendo visível uma tendência de equilíbrio na distribuição das consultas.

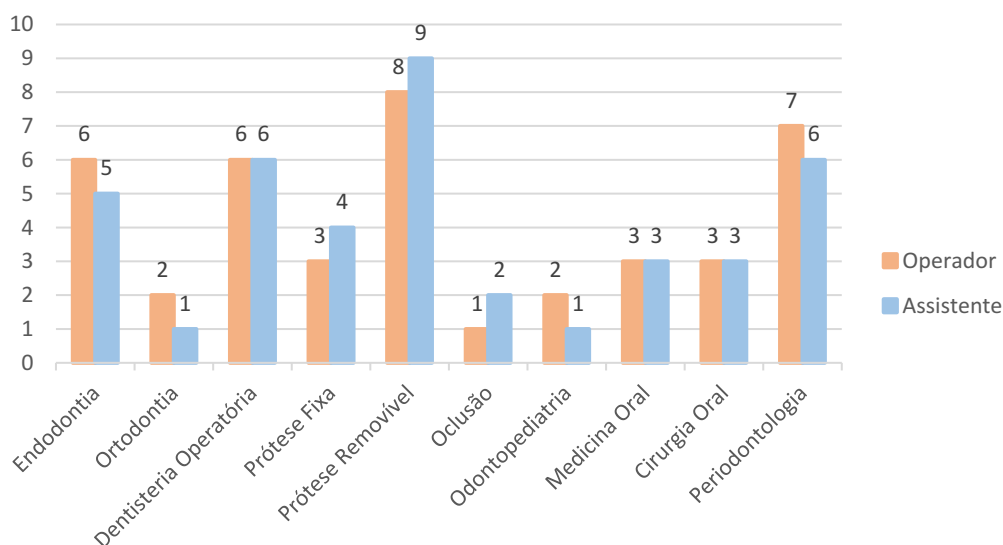


Gráfico 15 – Distribuição do número de consultas realizadas em cada área disciplinar, segundo a função de operador e assistente.

3.2.1 DENTISTERIA OPERATÓRIA

Enquadramento Teórico

No âmbito da área disciplinar da Dentisteria Operatória preconiza-se a realização de tratamentos conservadores. A estética, a aparência e toda a harmonização facial do sorriso são fatores cada vez mais solicitados pelos pacientes quando procuram a um Médico Dentista. ⁽¹¹⁾

O médico dentista tem ao ser dispor materiais restauradores como as resinas compostas, os ionómeros de vidro e a amálgama, entre outros. Perante um dente extensamente destruído, por vezes, opta-se pela associação de vários materiais, tirando assim o melhor proveito das suas propriedades. ⁽¹²⁾

Por outro lado, o uso de materiais metálicos, como a amálgama, tem vindo a reunir uma crescente preocupação por parte dos doentes não só a nível estético, como também devido a efeitos negativos na saúde e condições ambientais, devido à presença de mercúrio na sua composição. Este tipo de materiais terão tendência a diminuir a sua utilização, restringindo-a a casos muito específicos. ⁽¹³⁾

O clínico tem como principal papel, fazer uma conjugação equilibrada e balanceada de todos os fatores individuais do paciente (como a idade, condições económicas e as exigências estéticas), com a localização e etiologia da lesão, as opções de tratamento ao seu alcance e os materiais disponíveis a utilizar. ⁽¹⁴⁾

Tem-se verificado uma evolução nos materiais restauradores utilizados, na realização de preparos dentários com características mais conservadoras e nos diversos sistemas adesivos, uma vez que a adesão entre o material restaurador e a superfície do dente deverá ser estável para que seja duradoura, e estética ao mesmo tempo. ⁽¹⁵⁾

Exposição de dados

No Gráfico 16 é possível observar que houve um total de 19 consultas marcadas, sendo que apenas 12 consultas foram realizadas, das quais 6 foram como operador e 6 como assistente.

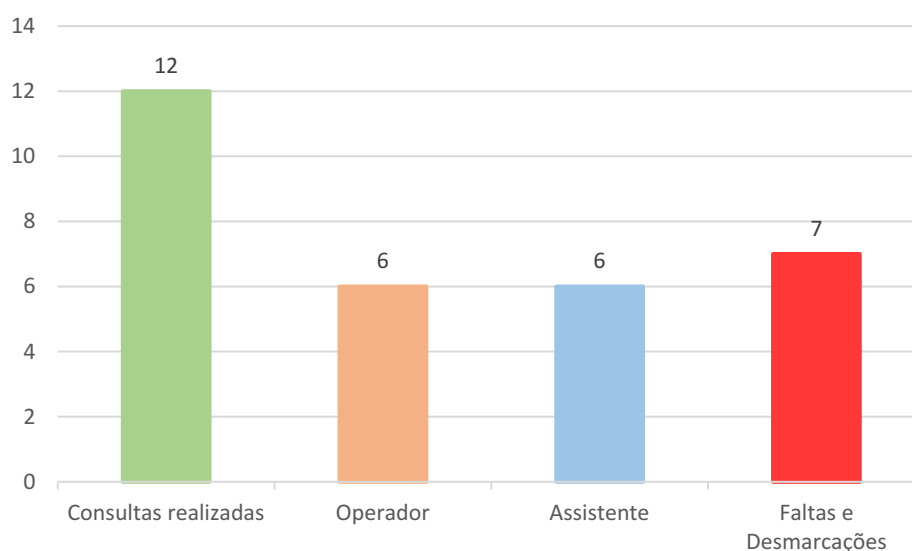


Gráfico 16 – Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Dentisteria Operatória.

De entre as 12 consultas realizadas, 2 delas foram reencaminhamentos e nas restantes verificou-se uma prevalência de restaurações diretas de uma face. (Gráficos 17)

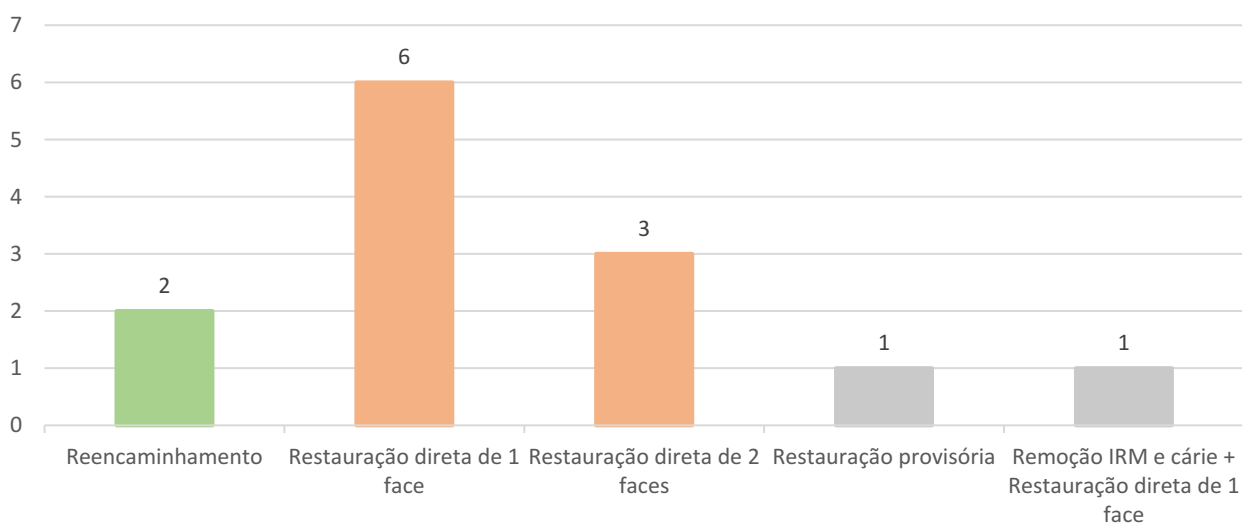


Gráfico 17 – Distribuição dos atos clínicos realizados e reencaminhamentos, na área disciplinar de Dentisteria Operatória.

Relativamente ao material utilizado verificou-se um claro predomínio pela utilização da resina composta, com um total de 10 utilizações, enquanto que ionómero de vidro apenas foi utilizado uma vez. (Gráfico 18)

Verificou-se ainda uma prevalência pelos dentes 14 e 23, como podemos observar na Tabela 2.

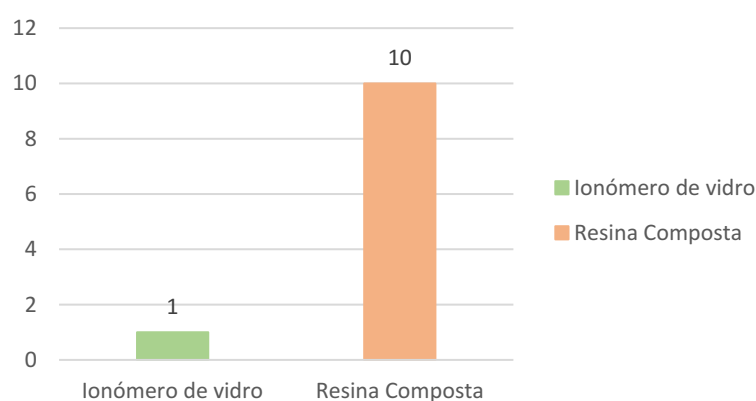


Gráfico 18 – Distribuição dos materiais utilizados nas consultas da área disciplinar de Dentisteria Operatória.

Tabela 2 - Dentes tratados e respetivo número de vezes, nas consultas da área disciplinar de Dentisteria Operatória.

<i>Dentes Tratados</i>	<i>Número de vezes</i>
15	1
14	2
12	1
23	2
26	1
36	1
43	1
44	1
45	1

3.2.2 ENDODONTIA

Enquadramento Teórico

Segundo a Associação Americana de Endodontia, a Endodontia é uma área que envolve todos os aspetos e conhecimentos desde a fisiologia, morfologia e patologia de toda a polpa dentária, bem como dos tecidos peri radiculares inertes ao redor do dente. ⁽¹⁶⁾

De entre as diversas situações no decorrer da prática clínica em contexto endodôntico, o profissional de saúde depara-se com circunstâncias em que nem sempre é possível tomar uma decisão fácil de como atuar. ⁽¹⁷⁾

Na maioria das vezes, o paciente apresenta como principais queixas desconforto durante a mastigação, palpação e percussão. Por vezes, o paciente relata que esta sintomatologia apresenta uma duração de dias ou mesmo semanas. ⁽¹⁷⁾

As principais patologias clínicas que necessitam de intervenção em Endodontia são, a pulpite irreversível, a necrose e os retratamentos endodônticos. A principal causa de uma infeção endodôntica são os microrganismos que invadem a polpa dentária. ⁽¹⁸⁾

O tratamento endodôntico radical (TER) consiste em 3 passos fundamentais, a preparação química e mecânica, a medicação intracanal e a obturação do sistema dos canais radiculares. Durante a preparação mecânica e química, os instrumentos endodônticos associados às soluções irrigadoras permitem a dissolução de matéria orgânica e remoção da smear layer, levando a um controlo adequado da infeção e a um preparo intra-canal adequado. ^(18,19)

O hipoclorito de sódio é a solução irrigadora mais utilizada. As concentrações variam entre 0,5 a 6%. Segundo a literatura, não há diferenças significativas na ação anti-microbiana, entre as diferentes concentrações de hipoclorito de sódio. Contudo, é consensual o uso de hipoclorito de sódio, independentemente da sua concentração, devido à sua eficácia irrigadora e no controlo da infeção. ^(18,19)

Por vezes, devido à anatomia complexa do sistema de canais radiculares, não é exequível a remoção por completo dos microrganismos, pois estes

encontram-se em áreas onde os instrumentos e as soluções irrigadoras não têm acesso. Posto isto é necessário a utilização de medicação intra-canal, pois esta pode permanecer mais tempo dentro dos canais e possui uma ação anti-microbiana. (18,20)

A última etapa do TER, é a obturação radicular, sendo que esta consiste no preenchimento dos canais com um material sólido como os cones de gutapercha e um cimento endodôntico. A função propriamente dita da obturação, é o preenchimento do espaço vazio anteriormente desinfetado, mantendo o número de bactérias reduzido pois os cimentos possuem propriedades anti-microbianas antes do endurecimento. (18,21)

O sucesso do TER de uma maneira geral, depende da capacidade de reduzir o número de microrganismo presentes e de uma obturação adequada.(18,21)

Exposição de dados

Em relação a Endodontia observamos no Gráfico 19 que foram marcadas 13 consultas, sendo que 2 delas foram faltas e desmarcações, ou seja, somente 11 consultas foram efetivamente realizadas, das quais 6 foram feitas como operador e as restantes 5 como assistente.

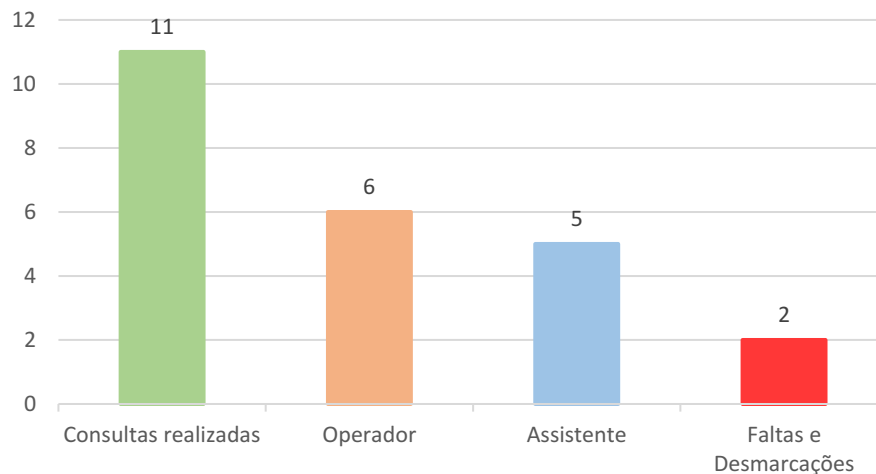


Gráfico 19 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Endodontia

Relativamente às diversas consultas realizadas, quatro delas foram instrumentação + obturação, três foram restauração pré-endodôntica e todos os restantes tratamentos foram realizados apenas uma vez. (Gráfico 20)

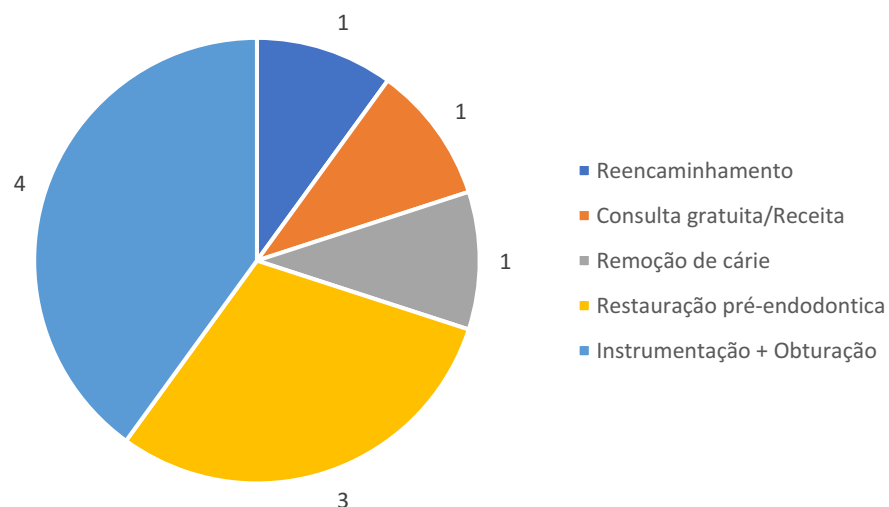


Gráfico 20 - Distribuição dos atos clínicos realizados e reencaminhamentos, na área disciplinar de Endodontia.

Houve uma prevalência de tratamentos realizados nos dentes 14 e 36, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3 - Dentes tratados com o respetivo número de consultas, na área disciplinar de Endodontia.

<i>Dentes Tratados</i>	<i>Número de consultas</i>
14	3
24	1
36	3
44	2

3.2.3 PROSTODONTIA REMOVÍVEL

Enquadramento Teórico

A Prostodontia tem como principal objetivo a reabilitação de pacientes, quer sejam parcial ou totalmente desdentados, numa ou ambas as arcadas. Esta reabilitação é feita com substitutos removíveis artificiais compostos tanto por dentes, como por estruturas adicionais. ⁽²²⁾

Relativamente ao suporte destas próteses removíveis, este pode ser classificado consoante a estrutura/localização onde se apoia: mucossuportado, dentosuportado ou ainda implantossuportado. ⁽²²⁾

Segundo o Barómetro de Saúde Oral publicado em 2019 sabe -se que 14,3% da população tem falta de mais de 8 dentes e 9,4% corresponde a paciente com edentulismo total. 41,4 % usa prótese. ⁽²³⁾

Entende-se como um espaço edêntulo, a ausência de um ou mais dentes na arcada, podendo ser parcial ou completo. Para classificar estes espaços edêntulos e haver um consenso entre os profissionais, houve a necessidade de chegar a uma classificação aceite por todos. ⁽²⁴⁾

Sabe-se que, apesar da percentagem de edentulismo estar a diminuir, a procura por próteses parciais removíveis continua a aumentar devido à expectativa e preocupação por parte da população, em restaurar a sua dentição total ou até mesmo perante a perda de um único dente. ⁽²⁵⁾

Além disso, este tipo de próteses apresenta vantagens como uma fácil manutenção, uma boa relação custo/benefício, versatilidade e é considerada uma solução eficaz. ⁽²⁶⁾

Atualmente a classificação mais amplamente aceite por todos é a classificação de Kennedy, criada em 1925, com quatro principais categorias: Classe I, Classe II, Classe III e Classe IV de Kennedy. Deste modo, temos a seguinte Tabela 4: ^(27,28)

Tabela 4 - Classificação de Kennedy, 1925 ^(27,28)

- Classe I: áreas desdentadas bilaterais posteriormente aos dentes remanescentes
- Classe II: área desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes remanescentes.
- Classe III: área desdentada unilateral
- Classe IV: uma única área desdentada bilateral localizada anteriormente

Exposição de dados

No que concerne à área disciplinar de Prostodontia Removível foram marcadas 21 consultas, mas apenas 17 foram efetivamente realizadas, uma vez que 4 foram faltas e desmarcações. De entre as consultas realizadas, 8 foram como operador e 9 como assistente. (Gráfico 21)

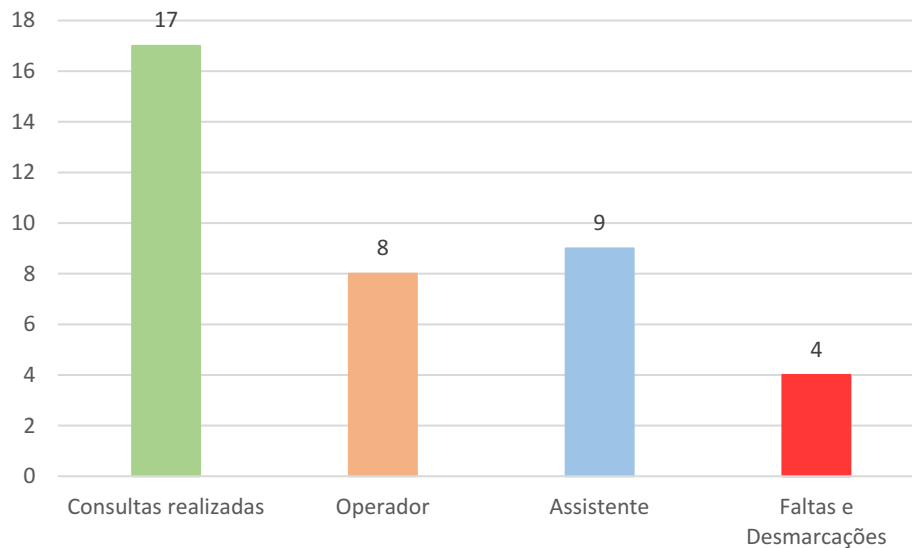


Gráfico 21 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Prostodontia Removível.

No Gráfico 22 observamos os diversos tipos de atos realizados no decorrer das 17 consultas. Houve um predomínio de primeiras consultas + consulta de avaliação e de acréscimo de dente.

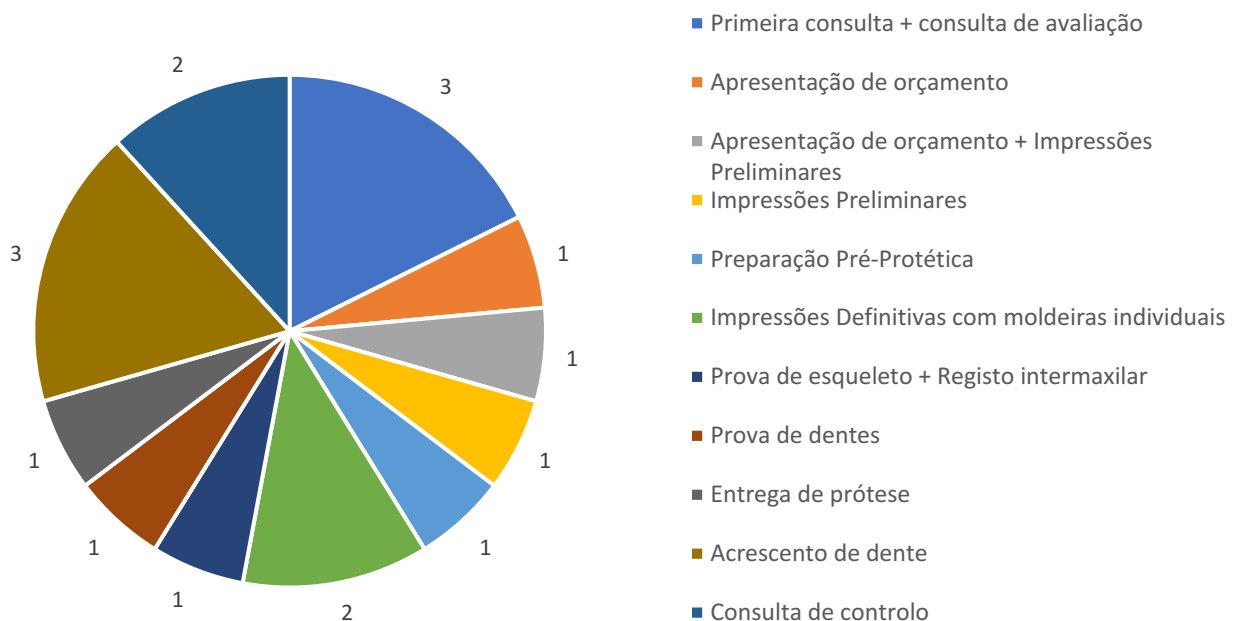


Gráfico 22 – Distribuição do tipo de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Prostodontia Removível.

3.2.4 PROSTODONTIA FIXA

Enquadramento Teórico

A área disciplinar de Prosthodontia Fixa é um dos ramos da prótese dentária que visa a restauração ou substituição de dentes por outro/os dente/es substituintes artificiais, com a característica de serem fixos, isto é, não é possível a sua remoção por parte dos pacientes. ⁽²⁹⁾

É de extrema importância que o clínico tenha em consideração diversos parâmetros para que o prognóstico final seja favorável, como seja a preservação máxima da estrutura dentária, o respeito pela integridade pulpar e para que não haja complicações irreversíveis, a não realização de um desgaste excessivo do dente. ^(30,31)

As restaurações fixas podem ser feitas de forma unitária, nas quais se pretende substituir apenas um único dente na arcada (recorrendo-se ao uso de coroas) ou em casos, onde o objetivo é reabilitar e substituir mais que um elemento dentário, utilizam-se por exemplo pontes. ⁽³²⁾

Tanto as coroas como as pontes, podem ser dentosuportadas (cujo suporte é feito em dentes naturais ou estruturas remanescentes) ou implanto-suportadas. ⁽³²⁾

Exposição de dados

Relativamente a Prostodontia Fixa foram marcadas 11 consultas, sendo que apenas 7 foram consultas realizadas, uma vez que 4 foram faltas e desmarcações. De entre as consultas realizadas, 3 foram como operador e 4 como assistente. (Gráfico 23)

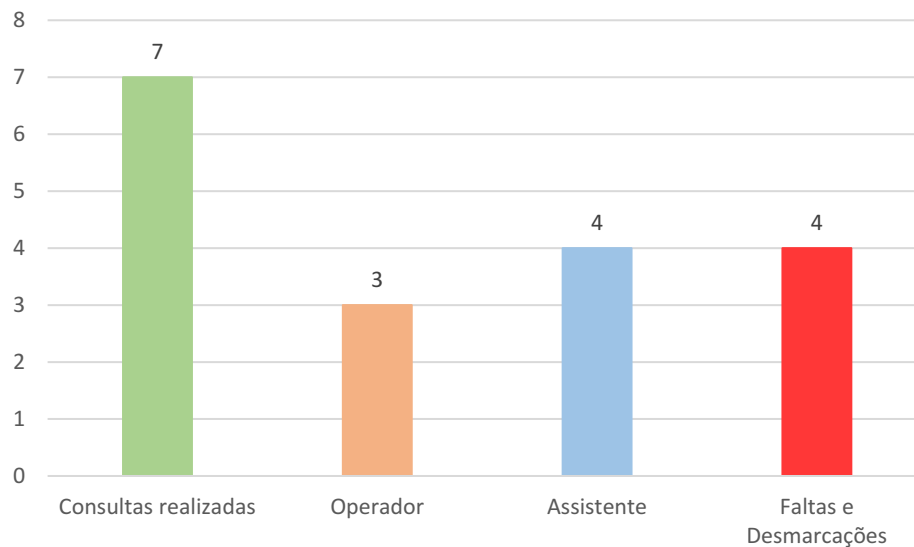


Gráfico 23 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Prostodontia Fixa.

Todas os sete tratamentos foram realizados apenas uma vez em cada consulta, tal como verificamos no Gráfico 24.

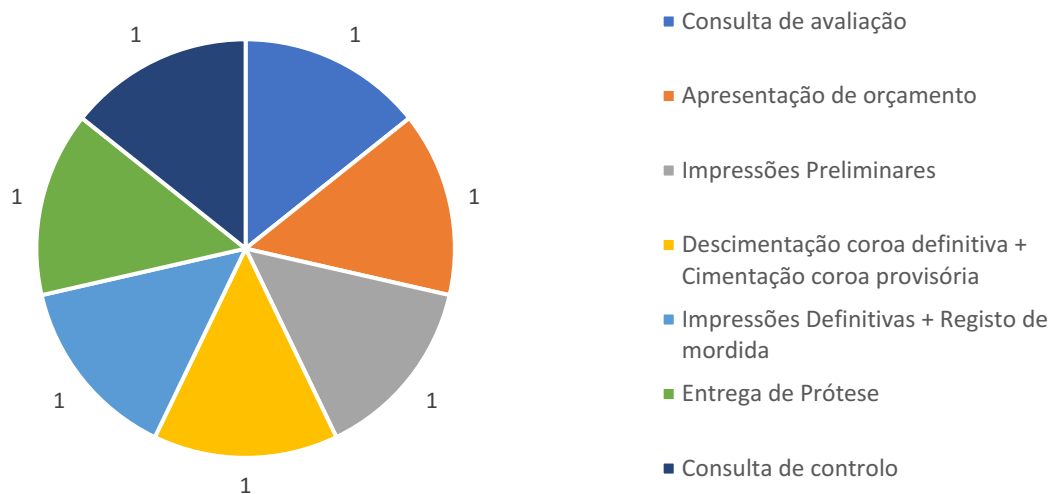


Gráfico 24 - Distribuição do tipo de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Prostodontia Fixa.

3.2.5 CIRURGIA ORAL

Enquadramento Teórico

No decorrer do avanço do estudo da Medicina Dentária, desenvolveram-se procedimentos médicos que permitem que os pacientes mantenham os dentes em boca por mais tempo, em vez de recorrer à sua extração. Apesar disto, muitas vezes ainda é necessário fazer diversas exodontias, desde as mais simples às mais complexas. ⁽³³⁾

Sabe-se ainda que na atualidade, inúmeros são os pacientes que recorrem ao Médico Dentista e que são polimedicados. Alguns destes fármacos afetam a hemóstase, alterando assim alguns procedimentos dentários. ⁽³⁴⁾

A conduta em pacientes medicados com anti-coagulantes, submetidos a procedimentos cirúrgicos, tem vindo a ser alterada devido ao risco elevado de desenvolver trombos. Contudo, em procedimentos cirúrgicos e invasivos, ao não se suspender a medicação anti-coagulante, o risco de hemorragia é aumentado. É necessário que haja para cada paciente, um equilíbrio entre a redução do risco de tromboembolia e a prevenção do sangramento excessivo durante o ato cirúrgico. ⁽³⁵⁾

Para uma avaliação detalhada da terapia anti-coagulante oral é utilizado o Índice Normalizado Internacional (INR). Na maioria dos casos este valor de INR encontra-se entre 2,0 e 3,0. O risco de sangramento em pacientes nos quais não seja interrompida a toma de anticoagulantes e cujo INR se encontre estável (ou seja, entre 2,0 a 4,0, mais propriamente inferior a 4) é muito pequeno, ao contrário da suspensão do mesmo que irá conduzir a um alto risco de trombose (nomeadamente embolia cerebral, enfarte do miocárdio ou tromboembolismo cerebral). O médico dentista pode minimizar o risco recorrendo a medidas como: o uso de celulose oxidada, esponjas ou suturas de colagénio e uso de colutórios para bochechar com ácido tranexâmico a 5%. ^(34,36)

Quanto ao acesso cirúrgico, existem zonas mais acessíveis e outras zonas com maior nível de dificuldade aquando do decorrer de uma extração dentária. De entre as diversas zonas, os estudos afirmam que os locais/zonas da cavidade oral que o médico dentista deverá ter especial cuidado durante tanto

a luxação como na extração são: a proximidade com o seio maxilar (tendo particular cuidado ao usar alavancas, principalmente em restos radiculares unitários na zona molar para que estes não se desloquem para o seio, levando a uma comunicação oroantral), dentes anquilosados (ter atenção às possíveis fraturas da tuberosidade) e terceiros molares inferiores (dentes cuja morfologia radicular é muito variável, por vezes sendo aplicada elevada força na extração e sendo o osso mandibular denso e relativamente inelástico, existe ainda a necessidade de ter especial cuidado com a proximidade destes dentes ao nervo alveolar inferior).⁽³³⁾

Relativamente à posição dos terceiros molares inclusos, a classificação mais utilizada na prática clínica é a de *Pell & Gregory*, como podemos ver na Figura 1.^(37,38)

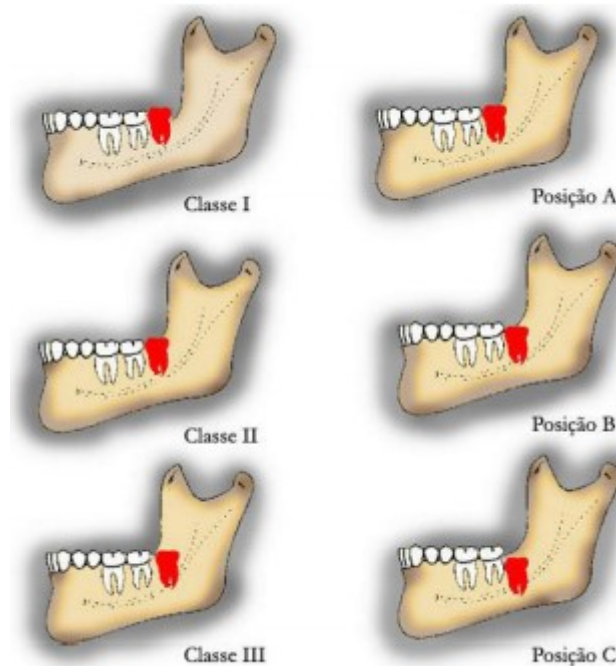


Figura 1 - Classificação de Pell e Gregory relativamente à posição dos terceiros molares inclusos.^(37,38)

Quanto às complicações hemorrágicas de pacientes cuja medicação são antiagregantes plaquetares (ácido acetilsalicílico e clopidogrel), verifica-se que estes doentes apresentam taxas de sangramento pós-operatório, após exodontias, controladas. ⁽³⁹⁾

As recomendações relativamente a estes fármacos são para manter, ou seja, não suspender, aquando os pacientes são submetidos a extrações ou pequenas cirurgias. ⁽³⁹⁾

No final de uma cirurgia sabe-se que podem existir complicações pós-operatórias, sendo as mais comuns as alveolites e as hemorragias. ^(39,40)

Exposição de dados

Na área disciplinar de Cirurgia Oral foram marcadas 8 consultas, sendo que apenas 6 foram consultas realizadas, uma vez que 2 foram faltas e desmarcações. De entre as consultas realizadas, 3 foram como operador e 3 como assistente. (Gráfico 25)

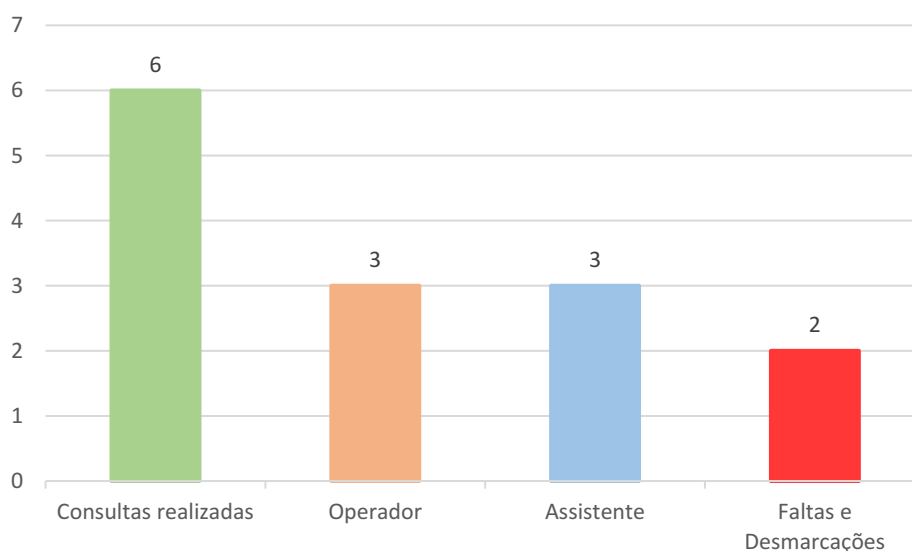


Gráfico 25 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Cirurgia Oral.

De entre as 6 consultas realizadas, 1 consulta foi reencaminhamento e as restantes 5 foram exodontias simples. (Gráfico 26 e Tabela 4)

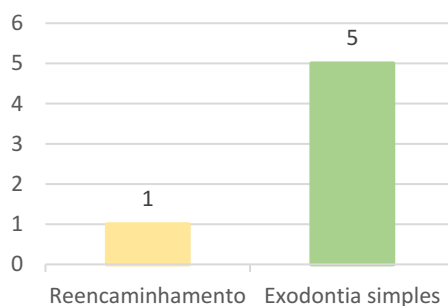


Gráfico 26 – Distribuição do tipo de atos clínicos e reencaminhamentos realizados na área disciplinar de Cirurgia Oral

Tabela 5 - Dentes submetidos a exodontias e o respetivo número de vezes, na área disciplinar de Cirurgia Oral.

Dentes	Número de vezes
16	2
26	1
38	1
45	1

3.2.6 MEDICINA ORAL

Enquadramento Teórico

A Medicina Oral é uma área que remete à identificação e tratamento de patologias referentes às regiões da cavidade oral bem como maxilofacial. Os profissionais desta área clínica devem ter um conhecimento abrangente das patologias orais bem como das várias áreas do corpo humano no geral, desde a origem, os aspetos e/ou características clínicas ao prognóstico e tratamento. ⁽⁴¹⁾

No decorrer da consulta, o clínico deve procurar recolher todas as informações necessárias para definir a causa referente à queixa do paciente, necessitando para isso de uma completa história médica bem como dentária, um adequado e minucioso exame intra e extra oral, recorrendo à palpação, percussão e inspeção visual, complementado com exames radiográficos (como ortopantomografia, radiografias periapicais e bitewings). Deverá ainda avaliar corretamente a queixa e o motivo da consulta do paciente e as características da/as lesão/ões detetadas na cavidade oral e restantes partes visíveis do corpo. ⁽⁴²⁾

É extremamente importante que o médico dentista siga uma determinada sequência de diagnóstico aquando é detetada uma lesão bem como faça uma correta avaliação quanto à classificação da lesão averiguando se é de origem tecidual ou óssea. Ao ser realizado o diagnóstico final, este deve ser feito com base em todas as observações executadas, identificação de todos os sinais e sintomas e na resposta do paciente à terapia aplicada. ⁽⁴²⁾

Sabe-se que determinadas patologias orais têm um elevado potencial de malignização. Neste grande grupo inserem-se a leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, fibrose submucosa, líquen plano, reações liquenoides, lupus eritematoso, entre outras. Num estado inicial, a grande maioria, destas patologias apresentam-se assintomáticas. Perante isto, o médico dentista deve sempre fazer um exame clínico detalhado, tendo em atenção/consideração regiões como o palato mole, o dorso da língua, o bordo lateral da língua e o pavimento da boca. Estas zonas, quando não pesquisadas corretamente, podem esconder lesões que podem evoluir rapidamente para lesões malignas. ⁽⁴³⁾

Exposição de dados

No âmbito da disciplina de Medicina Oral foram marcadas 7 consultas, sendo que apenas 6 foram consultas realizadas, uma vez que houve 1 falta e/ou desmarcação. De entre as consultas realizadas, 3 foram como operador e 3 como assistente. (Gráfico 27)

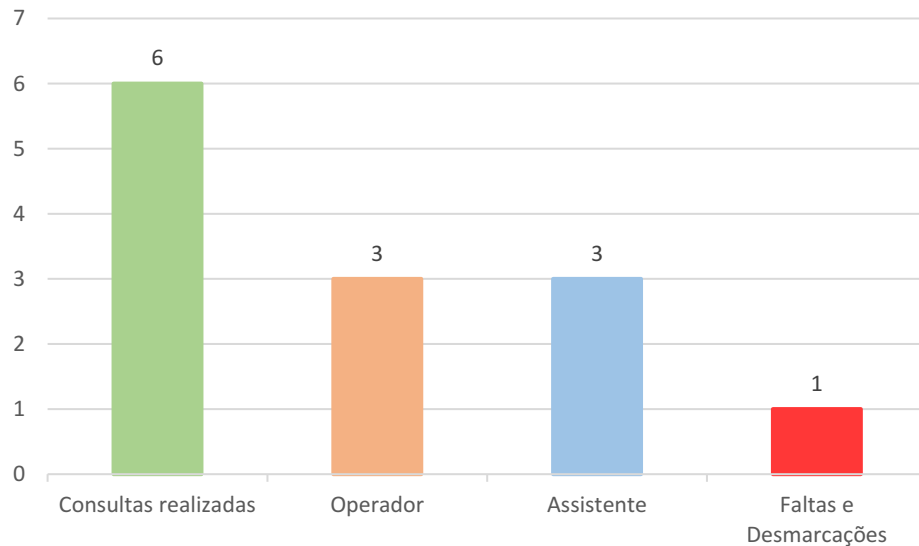


Gráfico 27 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Medicina Oral.

De entre as 6 consultas realizadas, todas foram primeiras consultas e execução de plano de tratamento (Gráfico 28)

Primeira consulta + Plano de Tratamento

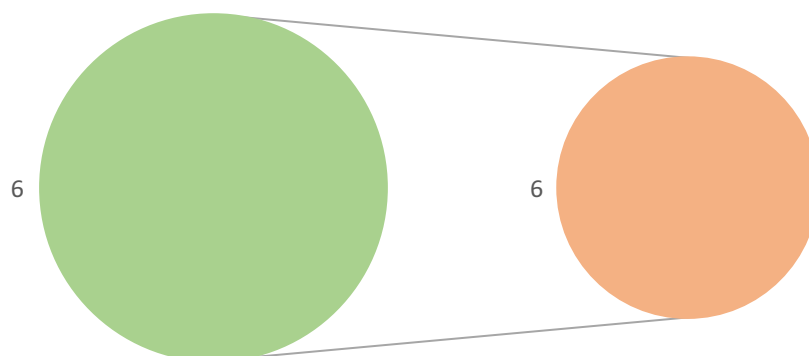


Gráfico 28 – Tipo de ato clínico realizado nas consultas da área disciplinar de Medicina Oral.

3.2.7 PERIODONTOLOGIA

Enquadramento Teórico

A Periodontologia é uma das especialidades da Medicina Dentária que abrange diversos conceitos desde a prevenção e diagnóstico ao tratamento de patologias que envolvem os dentes e os tecidos de suporte circundantes. O tecido conjuntivo que rodeia os dentes e por sua vez os liga ao osso é denominado de ligamento periodontal. O periodonto é o tecido que suporta e dá apoio aos dentes, à gengiva, ao osso alveolar e de suporte, à mucosa, ao cimento e ao ligamento periodontal e alveolar. ⁽⁴⁴⁾

A segunda doença mais prevalente na cavidade oral é a periodontite, com uma percentagem de 5-20%. ⁽⁴⁵⁾ Esta é definida como uma inflamação nos tecidos de suporte dos dentes, resultando numa destruição progressiva do ligamento periodontal e do osso alveolar, levando à formação de bolsas periodontais. ⁽⁴⁶⁾

É importante avaliar a saúde gengival e periodontal do paciente, de modo a averiguar e categorizar a presença de doenças periodontais, para que haja uma seleção adequada das medidas terapêuticas. De acordo com a nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares (2018), aceite internacionalmente (Tabelas 6 e 7), a periodontite pode ser classificada da seguinte forma: ⁽⁴⁷⁾

Tabela 6 - Nova Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares - Grupo I ⁽⁴⁷⁾

Grupo I – Saúde periodontal, condições e doenças gengivais

1. Saúde Periodontal e Saúde Gengival
 - a. Saúde Clínica em periodonto íntegro
 - b. Saúde Clínica gengival em periodonto reduzido
 - Paciente com periodontite estável
 - Paciente sem periodontite
2. Gengivite induzida por biofilme
3. Doenças Gengivais não induzidas por biofilme

Tabela 7 - Nova Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares - Grupo II e III ⁽⁴⁷⁾

<p>Grupo II – Periodontite</p> <ol style="list-style-type: none">1. Periodontite Necrosante2. Periodontite<ol style="list-style-type: none">a. Estágio I, II, III e IVb. Grau A, B, C3. Periodontite como manifestação de doenças sistémicas <p>Grupo III – Outras condições que afetam o periodonto</p>

Em relação à classificação das recessões gengivais, existem: tipo 1,2 e 3, cujo degrau associado pode ser Classe (+) ou Classe (-). ⁽⁴⁷⁾

Com o objetivo de ajudar o paciente periodontal a realizar a manutenção da sua saúde periodontal, preconiza-se a realização de consultas com intervalos selecionados, denominando-se essa abordagem de Terapia Periodontal de Suporte (TPS). ⁽⁴⁸⁾

A TPS consiste numa terapia de contínua recuperação do paciente periodontal. É um conjunto de procedimentos realizados em intervalos contínuos e periódicos previamente selecionados, para auxiliar o paciente na manutenção da sua saúde oral. Os procedimentos de manutenção incluem uma atualização da história clínica e médica, uma revisão radiográfica, avaliação intraoral e extra oral e periodontal. É feito ainda o controlo da placa bacteriana e uma fase higiénica, que consiste em destartarização, RAR e por fim polimento. ⁽⁴⁴⁾

Exposição de dados

No Gráfico 29 podemos verificar que na disciplina de Periodontologia foram marcadas 16 consultas, sendo que apenas 13 foram consultas realizadas, uma vez que 3 foram faltas e desmarcações. De entre as consultas realizadas, 7 foram como operador e 6 como assistente.

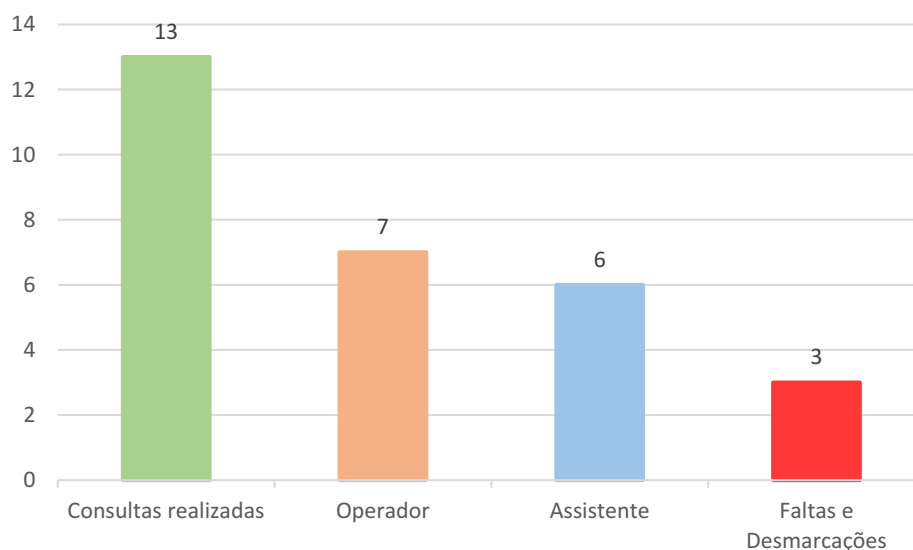


Gráfico 29 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Periodontologia.

De entre o total de 13 consultas, em 6 realizou-se destartarização + polimento, em 6 fez-se RAR e uma dela foi uma consulta de controlo. (Gráfico 30)

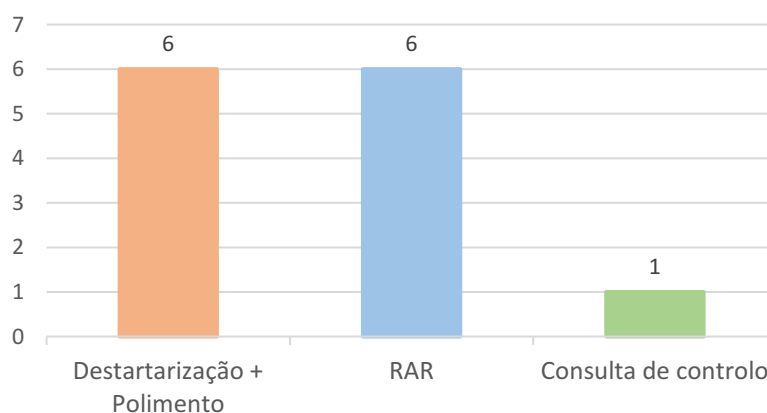


Gráfico 30 – Tipos de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Periodontologia.

Relativamente à nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares, dos 7 pacientes observados durante as 13 consultas efetivamente realizadas, verificou-se que a maioria tinha gengivite induzida por biofilme e Periodontite Estágio I Grau B Generalizada. (Gráfico 31)

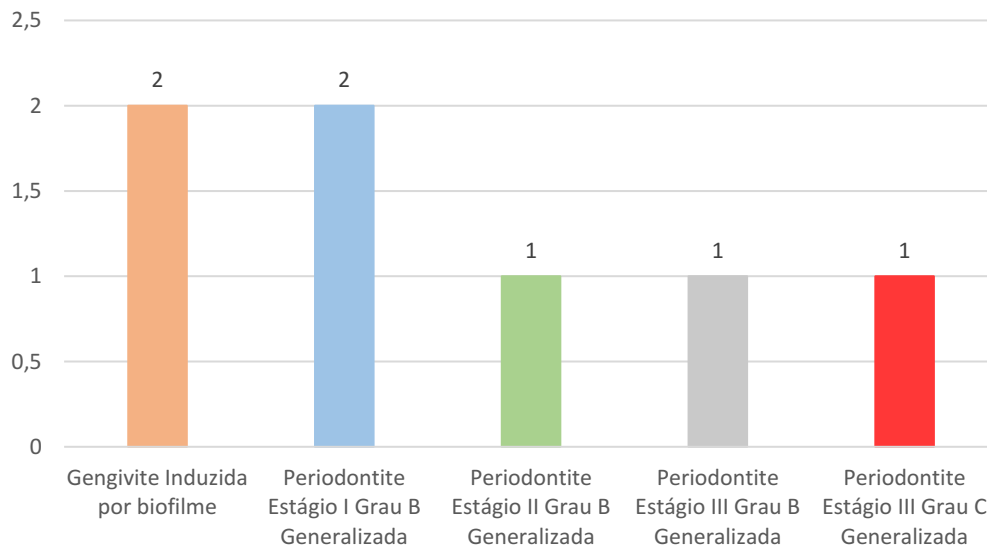


Gráfico 31 – Distribuição dos pacientes segundo a nova classificação do estado periodontal.

3.2.8 ODONTOPEDIATRIA

Enquadramento Teórico

Odontopediatria é o termo que expressa o amplo território que envolve toda a saúde oral dos bebés, crianças e adolescentes. É uma das especialidades da Medicina Dentária que engloba todas as capacidades que o pediatra tem de adquirir para compreender e “entrar no mundo” do desenvolvimento infantil, tanto no âmbito da saúde como patológico. O odontopediatra tem um papel importante no controlo tanto de lesões de cárie, como da higiene oral das crianças, possíveis defeitos de desenvolvimento da dentição ou até mesmo atraso/adiantamento na erupção dentária. Deve ainda fazer um acompanhamento exaustivo, com frequência e de longo prazo, assim como instruir, tanto a criança como o educador responsável, os corretos hábitos de higiene oral. ⁽⁴⁹⁾

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria a cárie precoce de infância (CPI) é uma doença crónica que afeta a dentição temporária de crianças em idade pré-escolar uma vez que se pode desenvolver imediatamente após a erupção dentária. É definida como a presença de pelo menos um dente cariado (lesão com ou sem cavitação), ausência de um dente (por cárie) ou a existência de uma obturação num dente temporário, numa criança de idade compreendida entre 0 e 71 meses. Cuidados específicos e diferenciados no tratamento e na prevenção obrigam à estreita colaboração entre o pediatra e o odontopediatra, bem como à educação dos pais. ⁽⁵⁰⁾

O primeiro procedimento a ser executado em Odontopediatria é uma avaliação minuciosa e detalhada do paciente. Isto envolve desde uma anamnese a uma boa história clínica, médica e dentária, bem como averiguação (quando existente) das queixas apresentadas. De seguida, é importante fazer um completo exame intra e extra oral, desde o geral para o particular (incluindo o peso e altura da criança periodicamente). Posto isto, deve ser tido em conta o princípio de minimizar a exposição da criança à radiação ionizante, e averiguar se é ou não necessário realizar exames radiológicos. ⁽⁴⁹⁾

Consoante as queixas apresentadas verifica-se a necessidade de fazer testes de sensibilidade e vitalidade pulpar. Por último, faz-se e traça-se um plano

de tratamento. Este plano é apresentado e discutido com o responsável pela criança, com as devidas explicações. ⁽⁴⁹⁾

De entre as orientações prévias que devem ser dadas aos pais/educandos para prevenir o risco de cárie dentária, insere-se a escovagem dentária. Esta, independentemente da idade, deve ser realizada no mínimo duas vezes por dia. Devem ser utilizadas pastas dentífricas entre 1000-1500 ppm de flúor, sendo que a quantidade de pasta deverá ser adaptada à idade da criança. É fundamental que a criança tenha uma alimentação saudável, com um consumo de hidratos de carbono e açúcares equilibrado. ^(49,51,52)

Exposição de dados

No Gráfico 32 podemos observar que na disciplina de Odontopediatria foram marcadas 4 consultas, sendo que apenas 3 foram consultas realizadas, uma vez que houve 1 falta e/ou desmarcação. De entre as consultas realizadas, 2 foram como operador e 1 como assistente.

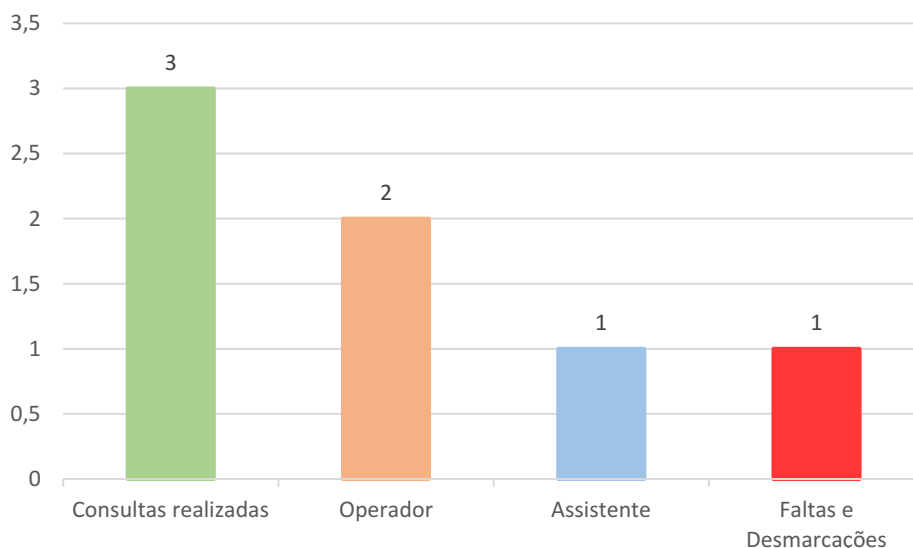


Gráfico 32 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Odontopediatria.

Das 3 consultas realizadas executaram-se os seguintes procedimentos: consulta de avaliação ortodôntica, colocação de selantes de fissuras e consulta de controlo + substituição de HCa. (Gráfico 33)

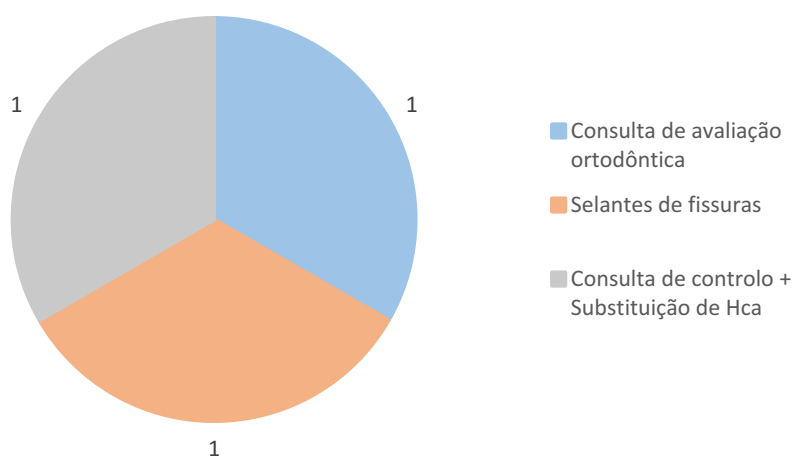


Gráfico 33 – Tipos de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Odontopediatria.

3.2.9 ORTODONTIA

Enquadramento Teórico

A Ortodontia é a especialidade que tem como base uma orientação essencialmente terapêutica, e estuda o desenvolvimento da oclusão, bem como a sua correção mediante aparelhos mecânicos, tendo como principal objetivo a harmonia oclusal. ^(53, 54)

Edward Angle defendeu que existem três diferentes tipos de classes de maloclusão, com base na relação antero-posterior, da cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior com o sulco vestibular do primeiro molar inferior. Sendo estas: classe I, classe II e classe III, ou seja, neutroclusão, distoclusão e mesioclusão, respetivamente. ⁽⁵⁵⁾

O diagnóstico correto que é aplicado a cada paciente, é feito principalmente conjugando dois aspetos chave: exame clínico e avaliação clínica e uma análise cefalométrica. ⁽⁵⁶⁾

Na maioria das vezes, as intervenções ortodônticas, são realizadas precocemente e na dentição ainda em desenvolvimento, de forma a promover favoráveis mudanças no desenvolvimento dentário da criança, bem como remover ou diminuir as mais desfavoráveis. A este procedimento denomina-se ortodontia intercetiva, cujo principal objetivo é reduzir a gravidade de uma possível má oclusão, diminuir o tempo e custos gerais, bem como a complexidade do tratamento ortodôntico. Na maioria dos casos melhora a auto-estima e a qualidade de vida das crianças, bem como o nível de satisfação dos pais e/ou educadores. No entanto, a falta de consciencialização por parte das crianças, pais e/ou educadores e responsáveis pelo ensino escolar pode resultar numa falta de intervenção precoce e oportuna. ⁽⁵⁷⁾

Em Ortodontia, existem ainda outro tipo de tratamentos: aqueles denominados corretivos. Consistem, na correção das maloclusões, utilizando aparelhos fixos e/ou removíveis, normalmente já em fase de dentição permanente. ⁽⁵⁸⁾

Por fim, existe ainda a cirurgia ortognática que consiste na correção das discrepâncias das relações maxilares, tendo como objetivo primordial estabelecer um equilíbrio entre a face e o crânio. ⁽⁵⁹⁾

Esta intervenção cirúrgica, para além de complexa, também exige uma preparação prévia de aproximadamente 18 a 24 meses. Aquando realizada, o paciente irá ser sujeito a tratamento ortodôntico durante 8 a 12 meses, para que sejam realizados os arranjos finais. ⁽⁵⁹⁾

Exposição de dados

Relativamente à área disciplinar de Ortodontia, no Gráfico 34 podemos concluir que foram marcadas 4 consultas, sendo que apenas 3 foram consultas realizadas, uma vez que houve 1 falta e/ou desmarcação. De entre as consultas realizadas, 2 foram como operador e 1 como assistente.

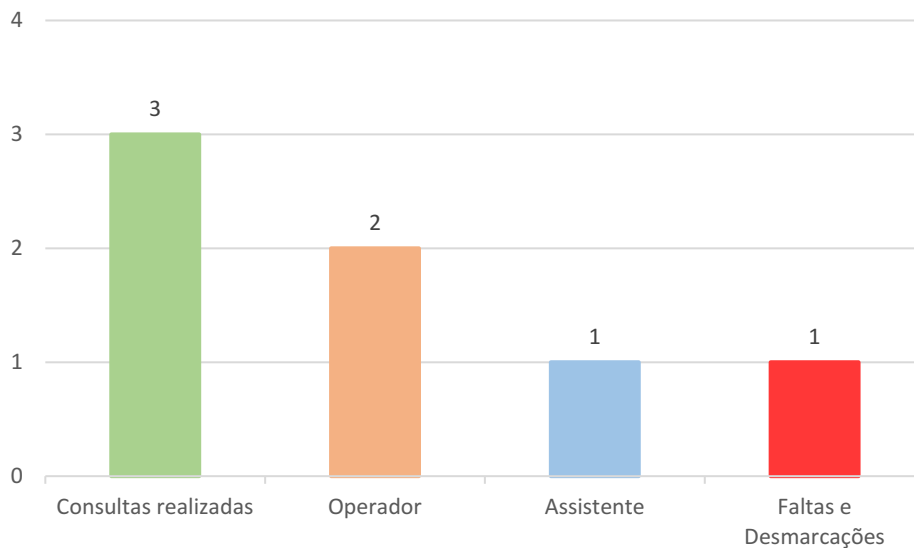


Gráfico 34 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Ortodontia.

Das 3 consultas realizadas executaram-se os seguintes procedimentos: consulta de avaliação ortodôntica, consulta de avaliação ortodôntica + remoção de aparelho fixo convencional e apresentação de orçamento. (Gráfico 35)

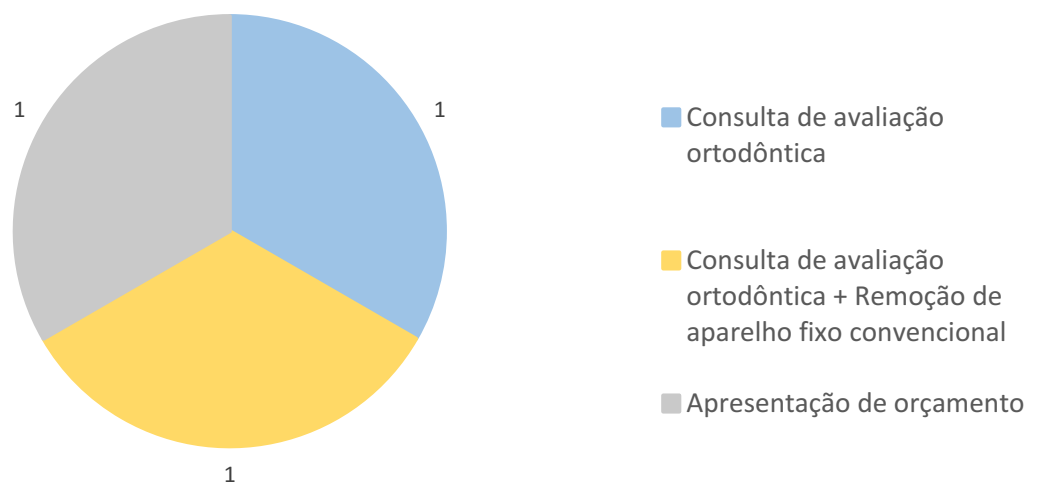


Gráfico 35 - Tipos de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Ortodontia.

3.2.10. OCLUSÃO

Enquadramento Teórico

A Oclusão é uma das áreas mais complexas e abrangentes da Medicina Dentária, sendo esta área a responsável pelo estudo das interações que envolvem os ossos mandibular e maxilar, os dentes, os músculos e a articulação temporomandibular (ATM). Todo este sistema, como um todo, deve oferecer uma sensação de conforto e uma mastigação eficiente ao paciente. ^(60,61)

A ATM é uma articulação bilateral e móvel que permite a articulação do crânio com a mandíbula, permitindo a realização de movimentos de translação e rotação. É considerada a articulação mais complexa do corpo humano, sendo esta responsável pelo padrão de abertura e movimentos da boca, posição da mandíbula e pelas funções de sucção, mastigação, fala, deglutição e respiração. Perante um cenário de instabilidade oclusal, poderá levar a cargas excessivas no sistema mastigatório, levando a danos na ATM, e por sua vez originando distúrbios temporomandibulares (DTM) que envolvem os músculos mastigatórios, a própria ATM e as estruturas adjacentes a estes. ^(60,61)

As DTMs são descritas como condições músculo-esqueléticas e neuromusculares que envolvem todo o complexo da ATM, musculatura e estruturas ósseas envolventes. ⁽⁶²⁾

Hoje em dia, existe um consenso entre os autores relativamente à etiologia multifatorial e dinâmica das DTM, na qual estão envolvidos um leque de fatores desde oclusais, anatómicos, funcionais e comportamentais. De entre os diversos fatores, podemos destacar os hábitos parafuncionais, posturais, interferências oclusais, mastigação unilateral, stress, entre outros. ⁽⁶³⁾

Relativamente à prevalência, esta patologia afeta mais o género feminino, numa proporção 4:1, face ao género masculino. Os principais sintomas são dor na ATM, dores de ouvidos e cabeça, dor orofacial, limitações funcionais e ruídos funcionais. O diagnóstico das DTM é realizado com base numa correta anamnese e história clínica (médica e dentária) e num cuidadoso exame físico. ^(62,64)

Para diagnosticar, classificar e tratar pacientes com DTM, na clínica universitária utilizamos como instrumento de avaliação o exame físico *RDC/TMD*. Permite uma avaliação multidimensional da dor, bem como de outras variáveis que poderão ter um papel preponderante no tratamento final. ^(63,65)

Este exame é composto pelo Eixo I, o qual fornece métodos para a classificação do diagnóstico físico, e o Eixo II permite avaliar a intensidade e a severidade da dor, bem como os níveis de sintomas físicos não expressivos e expressivos. ⁽⁶⁶⁾

Por último, em relação ao tratamento, sabe-se que a maioria dos pacientes melhoram, recorrendo a uma combinação de terapias não invasivas, nomeadamente terapia comportamental, autoeducação por parte do paciente, fisioterapia, dispositivos oclusais e farmacoterapia. ⁽⁶²⁾

Exposição de dados

Por fim, em relação à área disciplinar de Oclusão, no Gráfico 36 podemos observar que foram marcadas e realizadas 3 consultas. De entre as consultas realizadas, 1 foi como operador e 2 como assistente.

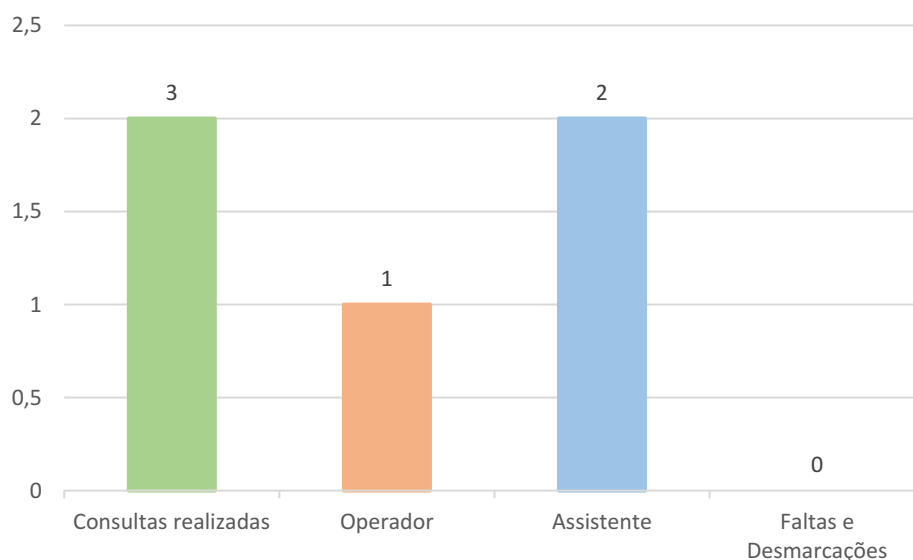


Gráfico 36 - Distribuição do número de consultas realizadas, como operador e assistente, e faltas e desmarcações na área disciplinar de Oclusão.

Relativamente às consultas realizadas, 2 foram consultas de diagnóstico + exame RDC/TMD e 1 foi apresentação de orçamento. (Gráfico 37)

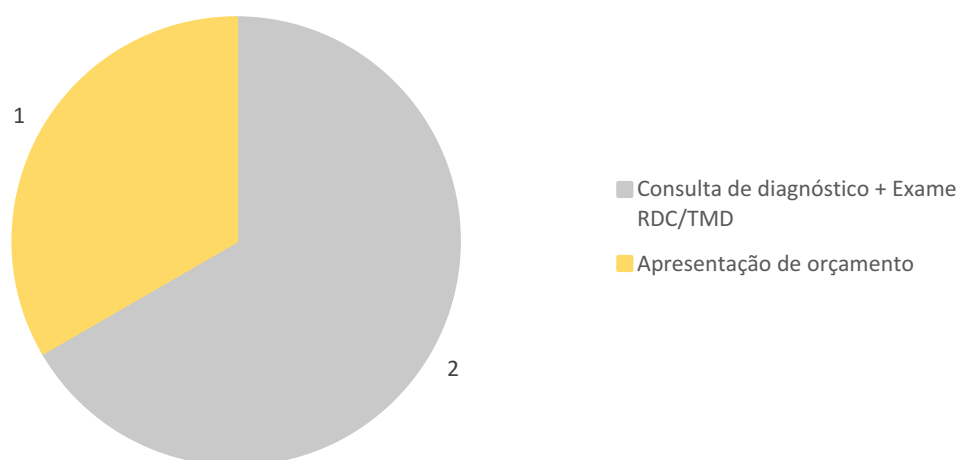


Gráfico 37 – Tipos de atos clínicos realizados nas consultas da área disciplinar de Oclusão.

IV – Casos Clínicos Diferenciados

4. CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

4.1. Caso Clínico I: Substituição da coroa metalo-cerâmica do dente 11

4.1.1. Introdução

O preparo dentário deve obedecer a três regras básicas da Prostodontia clássica: resistência, retenção e estabilidade dimensional, além de preconizar a maior preservação de estrutura dentária possível. O seu sucesso depende de três critérios distintos: saúde gengival dos dentes e dos tecidos envolvidos bem como da polpa, longevidade da reabilitação fixa e ainda do grau de satisfação do paciente. Tem ainda de ser avaliado quanto à relação altura/largura de forma a ser favorável, assim como obedecer a uma conicidade ideal, das paredes axiais, de aproximadamente seis graus. ^(67, 68)

De acordo com as *guidelines* do artigo “Classificação de dentes extensamente destruídos para avaliação do prognóstico”, sabe-se que um dente cuja estrutura foi grande parte perdida, seja por resultado de fratura, cárie ou falhas no tratamento endodôntico radicular é considerado um dente extensamente destruído. Os fatores biológicos e oclusais, bem como as dimensões do tecido dentário remanescente devem ser avaliados de forma adequada, com um correto plano de tratamento. ⁽⁶⁹⁾

Os critérios que devem ser tidos em conta, bem como avaliados, perante um dente severamente danificado são:

Critério I: Anel de Reforço é determinado a partir de medições intraorais verticais (cuja medição é feita desde a parte superior da margem gengival até ao topo da parede dentária do remanescente, em quatro pontos mesial, distal, vestibular e lingual/palatino - os valores são positivos se o remanescente estiver acima da margem gengival, e negativos se estiver abaixo) e horizontais (na qual é feita a medida da espessura das paredes dentárias remanescentes no nível da futura coroa, em quatro pontos mesial, distal, vestibular e lingual/palatino).

Critério II: Relação do comprimento coroa-raiz, sendo este um fator muito importante na previsibilidade da retenção da futura restauração fixa. Para que

isto ocorra, o falso coto deverá ter pelo menos o mesmo comprimento da futura coroa. O comprimento da futura coroa é medido desde o topo do suposto dente até à margem intraoral, ou utilizando um modelo. Enquanto que o comprimento da raiz pode ser medido de forma radiográfica.

Critério III: Condição endodôntica, no qual o dente remanescente é avaliado relativamente à extensão do TER, havendo três situações distintas possíveis: o tratamento poderá ser realizado sem possíveis complicações; o tratamento poderá ter um resultado incerto; ou ainda existem complicações que são consideradas irreversíveis, as quais não podem ser resolvidas com TER. ⁽⁶⁹⁾

Em relação ainda às classificações usadas no âmbito da prostodontia, existe o sistema de classificação para edentulismo parcial – Classificação ACP (Tabela 8), na qual os critérios de diagnóstico individuais são avaliados. Esta classificação é constituída por cinco parâmetros, numa escala desde I a IV e apresenta um conjunto de diretrizes que têm de ser seguidas devidamente: se o paciente apresentar pelo menos um critério complexo, ou seja, de grau acima, passa a ser classificado com a classe mais complexa; a consideração de futuros tratamentos não deve influenciar o nível de diagnóstico; o tratamento pré-protético ou terapia adjuvante podem alterar o nível de classificação inicial; se houver uma preocupação estética, a classificação aumenta em complexidade num nível, em pacientes com Classe I e II; na presença de sintomas de DTM, a classificação também aumenta em complexidade num ou mais níveis, nos pacientes com Classe I e II; e por fim nas situações em que o paciente apresenta desdentação total na mandíbula e desdentação parcial/presença de todos os dentes na maxila, classifica-se como IV. ⁽⁷⁰⁾

Tabela 8 – Classificação ACP para edentulismo parcial. (70)

CLASSIFICAÇÃO ACP					
		I	II	III	IV
Localização e extensão das áreas edêntulas	Uma arcada com dano mínimo				
	Ambas as arcadas com dano moderado				
	Dano considerável + 3 dentes				
	Danos severos - prognóstico reservado				
	Defeitos maxilo-mandibulares				
Dentes pilares - condição	Dano mínimo				
	Dano moderado 1 a 2 sextantes				
	Dano considerável -3 sextantes				
	Danos muito graves - 4 ou mais sextantes				
Oclusão	Danos mínimo - s/ necessidade de ajustes oclusais				
	Dano moderado - ajuste oclusal mínimo				
	Dano grave - ajuste oclusal global				
	Danos muito grave (com alterações da DVO)				
Rebordo alveolar	Classe I Siebert - perda tecidual <3mm				
	Classe II Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm				
	Classe III Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm				
	Classe IV - perda tecidual > 6 mm				
Prognóstico reservado	Manifestações orais das doenças sistêmicas - graves				
	Maxilomandibular disquinésias e/ou ataxias				
	Doente problemático				

Relativamente ao afastamento gengival, este deve ser feito previamente, através da técnica de duplo fio. Na maioria das vezes os fios são colocados de modo a facilitar a execução das impressões e a ajudar na realização das margens infragengivais do preparo, evitando assim o contacto das brocas utilizadas durante o preparo com os tecidos gengivais e infragengivais, com um máximo de 0,5 milímetros de tamanho. ⁽³⁹⁾

Foram feitas pesquisas no que diz respeito à reabilitação de dentes com tratamento endodôntico radicular (TER). Devido à perda de integridade estrutural associada ao preparo do dente, às alterações funcionais, à perda de água, de colagénio e de volume de dentina coronária e radicular após o tratamento endodôntico, os dentes tornam-se mais frágeis, não em relação ao parâmetro de rigidez, mas sim porque existe uma perda de flexibilidade, e conseqüentemente há maior possibilidade de fratura. ⁽⁷¹⁾

Estudos comprovam que a utilização de coroas de zircónia no mercado da medicina dentária, tem vindo a ser bastante favorável, nomeadamente devido à sua elevada resistência à fratura (inclusivamente em áreas de tensão) e durabilidade, a sua alta biocompatibilidade e tolerância dos tecidos, ausência de reações adversas com as células, elevada resistência à corrosão e satisfaz as exigências estéticos e funcionais exigidas pelos pacientes. ⁽⁷²⁾

Sabe-se ainda que é de extrema importância a seleção do cimento a ser utilizado. Este deverá ter propriedades desejáveis, como a biocompatibilidade, resistência à microinfiltração, módulo de elasticidade semelhante à dentina, resistência suficiente capaz de resistir à fratura, radiopacidade e boa capacidade de adesão. Estas características contribuem para que o cimento não se degrade de forma rápida e que não ocorra uma acumulação de placa bacteriana. Tem de ser escolhido tendo em consideração a reabilitação em questão, uma vez que se sabe previamente que existe quase sempre um desajuste entre o término da parte cervical do preparo e as margens da restauração, que será preenchido aquando a inserção da prótese fixa, pelo cimento. ^(68,73-75)

4.1.2 Caso Clínico

Paciente VB, do sexo feminino, com 44 anos, não fumadora, paciente de risco, visto ser ASA III e uma vez que apresenta tireóide hipoativa mas está controlada, tem ainda Síndrome de Sudeck também conhecida como Síndrome Complexa de Dor Regional. Foi diagnosticada com fibromialgia em agosto de 2018. Em relação á medicação, toma *Proaxen*® (oxcarbazepina) 300mg, para o tratamento de crises epilética e *Duloxetina toLife*® (duloxetina – cloridrato) 60mg (para a fibromialgia). Na Figura 2 podemos observar a Ortopantomografia.



Figura 2 – Ortopantomografia, paciente VB.

Apresentou-se na Clínica Universitária insatisfeita com a cor escurecida do dente 11 que apresentava um tratamento endodôntico radical feito anteriormente na Clínica Universitária. (Figuras 3 e 4)

Foi proposto e aprovado pela paciente, a realização de uma coroa metalocerâmica com um falso coto fundido no dente 11 e um branqueamento externo para melhorar a cor de todos os dentes da cavidade oral.



Figura 3 – Fotografia intra-oral inicial, vista frontal do dente 11.



Figura 4 – Fotografia intra-oral inicial, vista oclusal do dente 11.

Passados nove meses, a paciente voltou à clínica universitária e após o exame clínico verificou-se que a coroa metalo-cerâmica sobre o falso coto fundido no dente 11 apresentava um sobrecontorno exagerado assim como uma cor inadequada destoando claramente dos dentes adjacentes, tal como podemos ver nas Figuras 5 e 6.



Figura 5 - Fotografia intra-oral inicial, com coroa metalo-cerâmica no dente 11, vista frontal.



Figura 6 - Fotografia intra-oral inicial, com coroa metalo-cerâmica no dente 11, vista oclusal.

Segundo os critérios de avaliação propostos pelo artigo “Classificação de dentes extensamente destruídos para avaliação do prognóstico”, a paciente obteve os seguintes valores para cada critério respectivamente: ⁽⁶⁹⁾

Critério I: Classe I (altura vestibular 4mm, palatino 3mm, mesial e distal 2mm; anel de reforço vestibular 2,2, palatino 2,2, mesial 2,4 e distal 2,4); critério II: Classe I (futura coroa medirá 11 mm e a raiz mede 21mm logo $11+5= 16 | 21 > 16$). Para que se cumpra este critério, o comprimento da raiz remanescente deverá ser pelo menos maior que a futura coroa mais 5 mm de selamento apical; critério III: Classe I (sem complicações consideradas irreversíveis) e prognóstico: bom, conclui-se que o dente 11 é uma Classe I.

Na Tabela 9 podemos observar os níveis obtidos para cada parâmetro na Classificação ACP.⁽⁷⁰⁾ Todos os critérios foram preenchidos, com exceção dos critérios de dentes pilares - condição e prognóstico reservado visto não se enquadrarem neste caso clínico em particular.

Tabela 9 – Classificação ACP para edentulismo parcial – Paciente VB. (70)

CLASSIFICAÇÃO ACP					
		I	II	III	IV
Localização e extensão das áreas edêntulas	Uma arcada com dano mínimo				
	Ambas as arcadas com dano moderado				
	Dano considerável + 3 dentes			X	
	Danos severos - prognóstico reservado				
	Defeitos maxilo-mandibulares				
Dentes pilares - condição	Dano mínimo				
	Dano moderado 1 a 2 sextantes				
	Dano considerável -3 sextantes				
	Danos muito graves - 4 ou mais sextantes				
Oclusão	Danos mínimo - s/ necessidade de ajustes oclusais				
	Dano moderado - ajuste oclusal mínimo		X		
	Dano grave - ajuste oclusal global				
	Danos muito grave (com alterações da DVO)				
Rebordo alveolar	Classe I Siebert - perda tecidual <3mm				
	Classe II Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm		X		
	Classe III Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm				
	Classe IV - perda tecidual > 6 mm				
Prognóstico reservado	Manifestações orais das doenças sistêmicas - graves				
	Maxilomandibular disqui ^l ésias e/ou ataxias				
	Doente problemático				

Como plano de tratamento, ficou decidido na área disciplinar de Prótese Fixa, substituir a coroa metalo-cerâmica, mantendo o falso coto fundido. De seguida foi feito uma coroa em cerâmica pura (zircónia monolítica) na qual a parte vestibular sofreu um processo de “cut-back” tendo sido estratificada uma cerâmica cosmética (cerâmica feldspática) de forma a melhorar a estética e textura e assim mimetizar o mais possível o dente natural íntegro adjacente.

Na primeira consulta começou-se por tirar as fotografias intra e extra-orais à paciente, seguida da realização das impressões preliminares com alginato para os modelos de estudo. Na segunda consulta fizeram-se novas impressões recorrendo à técnica bifásica duplo componente, para a obtenção de novos modelos de trabalho e pedir um provisório estético ao laboratório de prótese dentária. Utilizou-se para tal um silicone putty regular (*Provil novo*®) e um silicone de baixa viscosidade, light regular (*Provil novo*®) (Figura 7). Em seguida foi seleccionada a cor através da escala *VITA Classica*® (Figura 8). A cor seleccionada foi A1.

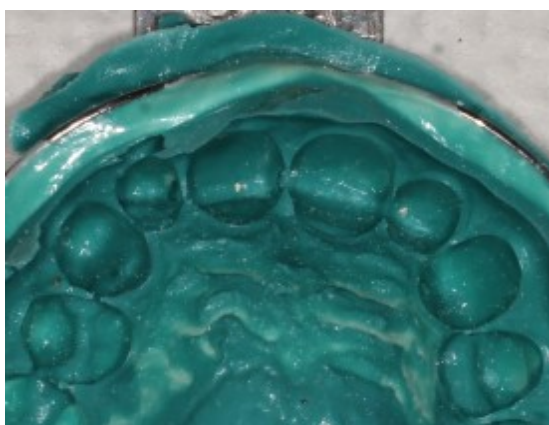


Figura 7 – Impressão com recurso à técnica bifásica, com silicone putty e light regular.



Figura 8 – Seleção da cor da coroa provisória recorrendo à Escala Vita Classica®.

Na terceira consulta, recorreu-se ao uso da turbina e de uma broca tronco-cônica diamantada para cortar a coroa metalo-cerâmica, no sentido coronal para apical, e com a ajuda de um sindesmótomo e um saca coroas retirou-se a coroa, deixando-se o falso coto fundido (Figuras 9 e 10, respetivamente).



Figura 9 – Remoção da coroa metalo-cerâmica com recurso a sindesmótomo.



Figura 10 - Remoção da coroa metalo-cerâmica com recurso a saca-coroas.

De seguida, aperfeiçoou-se o preparo do falso coto fundido, dando maior convergência e redução às paredes do mesmo e melhorando as características que o preparo apresentava na porção infra gengival (Figuras 11 e 12).



Figura 11 – Aperfeiçoamento do preparo do falso coto fundido do dente 11, vista frontal.



Figura 12 - Aperfeiçoamento do preparo do falso coto fundido do dente 11, vista lingual.

Previamente colocou-se fio de politetrafluoretileno (*Teflon*®) seguido de um de retração gengival (*Septofil*®), para proteger a gengiva, expondo melhor as margens e a linha de término.

Posteriormente fez-se a adaptação da coroa provisória aos limites da margem e das paredes do preparo do falso coto fundido, seguido do rebasamento com resina acrílica (*BosWorth TRIM*®) autopolimerizável, foram

retirados os excessos e realizou-se o acabamento e polimento. Por fim, procedeu-se à cimentação do provisório feito em laboratório, utilizou-se como cimento temporário o óxido de zinco sem eugenol, *TempBond NE*®. (Figuras 13,14 e 15)

Por último, após a cimentação do provisório, realizou-se um pequeno polimento para refinar o brilho.



Figura 13 – Adaptação da coroa provisória no dente 11.

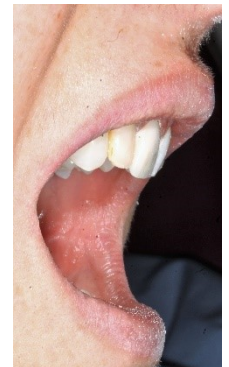


Figura 14 e 15 – Coroa provisória do dente 11, vista frontal e lateral respetivamente.

Na quarta consulta retirou-se a coroa provisória, bem como o cimento provisório visível tanto no dente como na coroa. A seguir faz-se um ligeiro ajuste nas paredes do preparo (Figura 16) e realizaram-se as impressões definitivas com recurso à técnica bifásica (Figura 17) e registo de mordida utilizando *Oclufast*® (Figura 18). A técnica bifásica passa pela utilização de dois materiais de impressão com viscosidades distintas. Primeiramente é colocado o silicone putty regular (*Provil novo*®, de viscosidade elevada, na moldeira e faz-se a impressão. Em seguida com recurso a faca da *COLTENE*® criaram-se fendas nas regiões interproximais e por fim, nessa mesma moldeira é adicionado o silicone de baixa viscosidade, light regular (*Provil novo*®) e feita nova impressão.



Figura 16 – Ajuste das margens do preparo do dente 11.

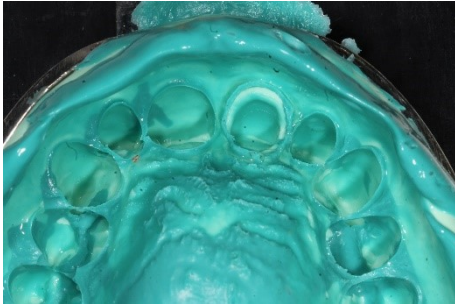


Figura 17 – Impressões definitivas com recurso a técnica bifásica, com silicone putty e light regular.



Figura 18 – Registo de mordida em relação cêntrica.

Recorrendo à escala *VITA Classical®*, selecionou-se a cor da coroa definitiva, concluindo que seria B1 (Figura 19). Por fim, cimentou-se novamente o provisório com óxido de zinco sem eugenol (*TempBond NE®*).

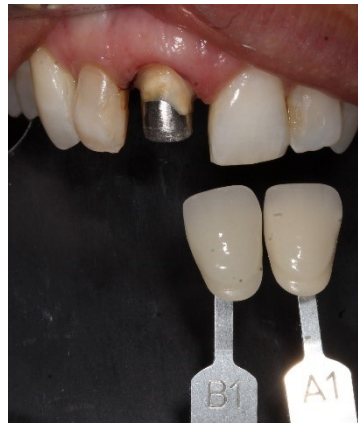


Figura 19 – Seleção da cor da coroa definitiva recorrendo à Escala Vita Classica®.

Na quinta consulta vai ser feita a prova de infraestrutura cerâmica, onde serão verificadas as margens do preparo, bem como a oclusão e avaliada a retenção e resistência. Nesta mesma consulta executa-se o registo de mordida com a infraestrutura em boca, utilizando *Oclufast®*. Com recurso à escala *Vita Classical®* irá ser aprimorada a cor da coroa definitiva e serão feitas novas fotografias intra-orais. Na sexta consulta irá ser feita a prova da coroa definitiva, a avaliação da oclusão, cor e textura e posteriormente a cimentação definitiva da coroa zircónia revestida por cerâmica com cimento de ionómero de vidro (*Ketac Cem®*). Após oito a dez dias da cimentação definitiva, é feita a primeira consulta de controlo onde irá ser avaliada a oclusão e com o recurso a uma sonda exploratória verificar a integridade do sulco. O segundo controlo é feito após três meses.

4.1.3. Discussão

Neste caso optou-se por manter o falso coto fundido, com o objetivo de tornar a estrutura mais resistente e com maior estabilidade, aumentar o sucesso a longo prazo, melhorar a distribuição das forças exercidas e resistir à rotação.⁽⁷⁶⁾ Tomou-se essa opção, uma vez que o falso coto fundido também não apresentava sinais de infiltração, e estava em bom estado. Para assegurar uma boa retenção e resistência do falso coto, ou até mesmo de espigões, é necessário que a altura do anel de reforço seja no mínimo de 2 mm, apesar de que o ideal são 3 mm.⁽⁶⁹⁾ Sabe-se ainda que é necessário manter 4 a 5 mm de gutta-percha apicalmente, aquando a colocação do falso coto fundido para garantir selamento apical.⁽⁷⁷⁾

Outro motivo pelo qual se manteve o falso coto fundido foi o facto de a sua remoção ser um procedimento muito difícil, uma vez que é constituído por um material de alta rigidez e dureza, e envolvendo mais riscos que benefícios, nomeadamente a fratura radicular.⁽⁷⁶⁾

Com base na literatura, avaliando dentes tratados endodonticamente verificou-se que os mesmos são estruturalmente mais fracos, o que requer especial atenção aquando a restauração final, que deverá envolver uma maior retenção. Sabe-se ainda que o clínico deve tentar sempre que possível fazer uma previsibilidade do dente e da sua durabilidade.⁽⁷⁸⁾

Optou-se pelo uso de uma coroa em zircónia com estratificação de cerâmica por vestibular, uma vez que a zircónia tem uma cor branca opaca, sendo então necessário fazer um revestimento com uma cerâmica, de modo a aumentar as propriedades estéticas de cor, textura e óticas.^(79,80)

Posto isto, realizou-se um “*cut-back*”, que consiste num desgaste tanto em vestibular como em incisal seguido da adição de uma cobertura em cerâmica.⁽⁸¹⁾

Segundo a literatura, verificou-se ainda que as restaurações feitas com cerâmicas monolíticas apresentam um desempenho superior às cerâmicas com duas camadas.⁽⁸¹⁾

Neste caso em que existe um falso coto fundido, deve ser utilizada uma zircônia como infraestrutura, devido às suas propriedades e elevada opacidade, ou seja, uma boa capacidade de mascarar o falso coto fundido, seguido de uma cerâmica como cobertura. Apesar desta vantagem, sabe-se que quanto maior a capacidade de mascarar, maior será a opacidade e conseqüentemente maior será a sua espessura. ^(82,83)

Clinicamente, esta opção de tratamento demonstra bons resultados de adaptação marginal, proporcionando uma melhor alternativa estética comparado com as metalo-cerâmicas, boa resposta tecidual, biocompatibilidade, logo retém menos quantidade de placa bacteriana e não apresentam citotoxicidade, nem reações adversas. ⁽⁷⁹⁾

4.2. Caso Clínico II: Fibroma Cimento-Ossificante do Maxilar

4.2.1. Introdução

O fibroma cimento-ossificante é uma neoplasia benigna rara da mandíbula, caracterizada pela substituição de osso normal por tecidos fibrosos e calcificados recém-formados, como osso, cimento ou ambos. Esta neoplasia apareceu pela primeira vez na classificação da OMS em 2017, no grupo dos tumores odontogênicos mesenquimais. Além da designação fibroma cimento-ossificante (FCO), também pode ser designado de fibroma-ossificante ou fibroma-cementificante, segundo o predomínio do tipo de tecido encontrado aquando da realização da análise histológica. Há consenso que são a mesma lesão e são corretamente classificadas como neoplasmas osteogênicos.⁽⁸⁴⁾ O FCO é caracterizado por uma expansão de crescimento lento, assintomático, com incidência na terceira e quarta décadas de vida. Tem uma predileção pelo género feminino numa proporção de 5:1, ocorrendo de forma quase exclusiva nas áreas do periodonto de ambos os maxilares, com predomínio nas áreas pré-molar e molar mandibulares.^(85,86)

Aquando da avaliação radiológica, é possível encontrar uma radiolucência unilocular bem definida, com quantidades variáveis de opacificação, dependendo da quantidade de tecido duro produzido pela neoplasia.^(86,87)

Tem sido sugerido que a origem desses tumores é odontogénica ou em alternativa que surjam a partir do ligamento periodontal.⁽⁸⁴⁾

Dependendo da quantidade de material calcificado produzido no tumor, este pode parecer completamente radiolúcido. O mais comum é apresentarem vários graus de radiopacidade. Os fibromas ossificantes verdadeiros que se tornam fortemente radiopacos com apenas um fino halo radiolúcido são incomuns.⁽⁸⁴⁾

No que concerne ao plano de tratamento, a maioria dos autores concorda com uma abordagem conservadora, mediante enucleação com curetagem enérgica, como primeira modalidade de tratamento, uma vez que se verificam baixos índices de recorrência com esta forma de tratamento. Outro fator que permite a enucleação do tumor com relativa facilidade é a sua natureza

circunscrita.No entanto, casos com elevado crescimento e destruição de osso considerável podem necessitar de ressecção cirúrgica e posterior enxerto ósseo. O prognóstico é muito bom, e a taxa de recidiva após a remoção é baixa e não existe evidência de que estes tumores sofram transformação maligna.^(84,86,87)

4.2.2. Caso Clínico:

Paciente AS de raça caucasiana, género feminino, 62 anos, compareceu na Clínica Universitária, na área disciplinar de medicina oral, com motivo de consulta “lesão na boca” apresentando oito meses de evolução. Sem antecedentes e nem medicação habitual.

No exame clínico, verificou-se uma má higiene oral, presença de cáries, restos radiculares, mobilidade dentária de grau III em algumas peças dentárias, presença de cálculos, infecção e mau estado periodontal em ambos os maxilares. Verificou-se a presença de uma lesão de forma redonda, de base séssil, móvel e exofítica na parte anterior do maxilar, na região incisiva com envolvimento parcial dos dente 12 e 22, medindo no seu maior diâmetro 8 centímetros. A mucosa que recobria a lesão apresentava-se ligeiramente hipercoloreada e com a presença de ligeiras áreas ulceradas. (Figura 20)

Foi realizada uma ortopantomografia (Figura 21) onde não eram visíveis alterações ósseas correspondentes à zona da lesão clínica.



Figura 20 – Fotografia intra-oral, fase inicial.



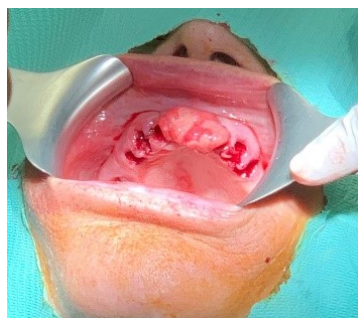
Figura 21 – Ortopantomografia, paciente AS.

No final da avaliação, foram assumidos como diagnósticos diferenciais: fibroma cemento-ossificante *versus* granuloma periférico de células gigantes *versus* granuloma central de células gigantes. Foi proposto à paciente um plano de tratamento que consistia em exérese total da lesão (biópsia excisional) e análises anatomopatológicas com o objetivo de obter um diagnóstico definitivo.

Numa primeira fase, a paciente começou com tratamento antibiótico (*Clavamox DT*®, 875mg de amoxicilina + 125mg de ácido clavulânico, 1 comprimido) e analgésico e anti-inflamatório duas horas antes da cirurgia (*Exxiv*®, 90 mg 1 comprimido). Executou-se a necessária assepsia e antisepsia intraoral com *Eludril*® (Solução de clorhexidina 0,1% e clorobutanol 0,05%) e com *Betadine*® (solução cutânea de iodopovidona 100mg/ml), bem como colocação de compressas de gaze estéreis extraoralmente.

De seguida realizou-se a administração local com anestesia infiltrativa lidocaína 2% (*Xilonibsa*® 1:80000, 1,8ml) em redor da lesão, anestesiando-se os seguintes nervos: alveolar superior posterior, médio e anterior, nasopalatino, palatino maior e infraorbitário. Foi utilizada uma incisão que contornava a base de fixação da lesão na zona anterior, com dois milímetros de margem de segurança e duas descargas verticais nas zonas do 1º e 2º quadrante, melhorando assim a visualização do campo cirúrgico.

Realizaram-se as exodontias de todos os dentes do maxilar com exceção do dente 28. Após a administração de anestesia, realizou-se a sindesmotomia e a diérese com recurso a um sindesmótomo libertando o tecido gengival aderido ao dente. De seguida executou-se a luxação dos dentes maxilares com o uso de uma alavanca cirúrgica e com o boticão procedeu-se às exodontias propriamente ditas. (Figuras 22 e 23)



Figuras 22 e 23 – Exodontias múltiplas dos dentes maxilares.

De seguida, foi realizado o descolamento do mucoperiósteo, utilizando um descolador de *Molt* nº9 e retirada a lesão, recorrendo a bisturi elétrico. (Figuras 24,25 e 26)



Figura 24 – Descolamento da lesão.

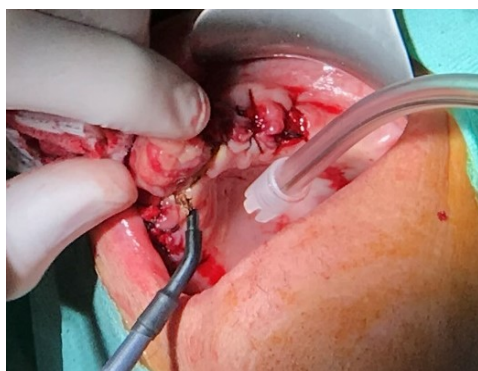


Figura 25 – Remoção da lesão utilizando bisturi elétrico.



Figura 26 – Lesão removida.

Fez-se a regularização óssea com uma pinça goiva e uma lima de osso, seguida da lavagem com soro fisiológico (NaCl 0,9%). Nos alvéolos pós-exodontias foram colocadas esponjas hemostáticas de colagénio. (*ROEKO-Coltene®*). A cirurgia foi concluída com síntese dos tecidos mediante uma sutura de seda (*Silkam®* 4/0), através de pontos simples e colchoeiros verticais. A peça cirúrgica obtida foi conservada em formol a 10% e enviada para análise histopatológica (Figuras 27 e 28).



Figura 27 – Síntese dos tecidos.

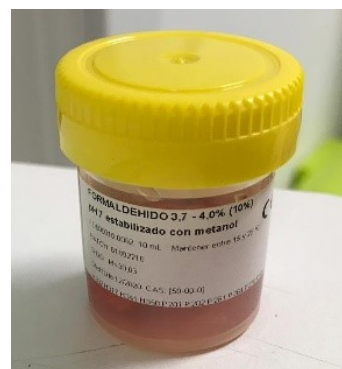


Figura 28 – Conservação da peça cirúrgica.

A paciente foi aconselhada a manter tratamento antibiótico durante sete dias a cada 12 horas e analgésico e anti-inflamatório por cinco dias, bem como realizar a higiene oral com cloro-hexidina 0,12%, três vezes ao dia durante uma semana.

O resultado da anatomia patológica foi o seguinte:

“Em superfície, a peça cirúrgica encontrava-se revestida por epitélio pavimentoso estratificado, apresentava aparência reativa, extensas áreas de ulceração ou erosão em continuidade com tecido de granulação e edema. Observou-se ainda estroma fibroso com vários graus de densidade, de denso a laxo, inatividade mitótica, focos de ossificação, infiltrado inflamatório de moderado a intenso dependendo da proximidade com as áreas ulceradas, mas não se identificaram células gigantes multinucleadas.

Posto isto, o estudo histopatológico apresentou características de fibroma ossificante (periférico) associado a inflamação aguda ulcerada e crônica e reatividade do epitélio de superfície restante.”

Foi realizado controle uma semana depois, onde foi retirada a sutura, verificando-se ausência e sinais inflamatórios locais. Três semanas após a cirurgia, a paciente regressou à clínica universitária para uma consulta de reavaliação e comunicação do resultado histopatológico, mantendo-se assintomática, sem sinais inflamatórios locais ou infecção ativa. (Figura 29)

Concluiu-se, perante os controles realizados, que o caso clínico teve um prognóstico bastante favorável.



Figura 29 – Fotografia intra-oral, após três semanas da cirurgia.

4.2.3 Discussão

O granuloma central de células gigantes foi um dos diagnósticos diferenciais proposto inicialmente. Esta é uma lesão não neoplásica, que ocorre em pacientes entre os dois e os oitenta anos de idade, apesar de 60% dos casos ocorrerem antes dos 30 anos. ⁽⁸⁴⁾

É mais frequente em mulheres e 70% dos casos surgem na mandíbula, é uma lesão bem delimitada, sem halo radiopaco, assintomática, sendo mais comum na porção anterior dos ossos gnáticos e quando ocorre na mandíbula frequentemente cruza a linha média. A nível radiográfico pode ser classificada como lesão radiolúcida unilocular ou multilocular. ⁽⁸⁴⁾

Outro diagnóstico diferencial proposto aquando do exame clínico intra-oral foi o granuloma periférico de células gigantes também conhecido como epúlide de células gigantes. É uma lesão provocada por irritação local ou trauma, não sendo considerada uma verdadeira neoplasia. Clinicamente esta lesão apresenta um diâmetro inferior a 2 centímetros, de base séssil ou pedunculada, podendo ou não ser ulcerada, de coloração azul-arroxeadas. A faixa etária mais comum varia entre os trinta e um e os quarenta e um anos de idade, contudo pode ocorrer em qualquer idade. O género mais afetado é o feminino, com uma percentagem de 60%. A nível microscópico, esta lesão apresenta características muito semelhantes ao granuloma central de células gigantes. ⁽⁸⁴⁾

Existe ainda outro diagnóstico diferencial, a displasia cemento óssea periapical. (DCOP) Esta é referida, uma vez que o fibroma cemento-ossificante tem potencial de crescimento significativo e requer excisão, enquanto que o PCOD raramente exige remoção, encontra-se principalmente no incisivo inferior, é mais comum que o fibroma e aparece como múltiplas lesões. ⁽⁸⁸⁾

Face ao diagnóstico anatomopatológico pode-se concluir que fibroma cemento-ossificante seria o diagnóstico para a lesão observada. ⁽⁸⁴⁾

O fibroma cemento-ossificante é uma lesão bem circunscrita o que permite a sua fácil enucleação, no entanto algumas lesões devido ao seu grande crescimento e destruição óssea necessitam de ressecção cirúrgica. ⁽⁸⁴⁾

No caso em questão, tendo em conta as dimensões da lesão realizou-se apenas a enucleação da lesão com bisturi elétrico. ⁽⁸⁹⁾

O bisturi elétrico consiste num mecanismo de passagem de ondas de alta frequência, com a capacidade de realizar simultaneamente corte dos tecidos moles e promover a coagulação. Esta característica inerente ao bisturi elétrico permite um sangramento cirúrgico mínimo e uma redução significativa da dor pós-operatória, tem uma boa relação custo-benefício e uma boa aceitação por parte dos pacientes. ⁽⁸⁹⁾

4.3. Caso Clínico III: Pista em compómero como possível tratamento para mordida cruzada anterior

4.3.1. Introdução

Quando falamos em má oclusão dentária, estão englobados os desvios do correto alinhamento dos dentes e maxilares, discrepâncias entre as dimensões dos dentes e dos maxilares e uma relação incorreta entre as arcadas dentárias nos planos sagital, vertical e transversal. ^(90,91)

As anomalias transversais têm uma etiologia multifatorial. A mordida cruzada anterior é uma delas, com uma prevalência mundial de 4 a 5%, sendo uma das alterações mais comuns na dentição decídua e mista. É uma anomalia que compromete a função, a estética e conseqüentemente a autoestima dos pacientes. ^(90,91)

Foram descritos na literatura vários fatores que estão na origem da mordida cruzada anterior: trajeto de erupção palatinizado dos incisivos superiores, trauma nos incisivos decíduos, o que poderá levar a um deslocamento do gérmen dentário para uma posição mais palatina, a presença de supranumerários ou a falta de espaço na arcada. ⁽⁹²⁾

No que concerne à origem da mordida cruzada anterior, esta podem ser: dentária, esquelética ou funcional. ⁽⁹¹⁾ Sendo que esta última também pode ser denominada de pseudo classe 3 e é descrita como uma interferência dentária precoce e pode trazer efeitos no crescimento e desenvolvimento tanto dos maxilares como dos dentes a longo prazo. ⁽⁹¹⁾

A mordida cruzada anterior dentária é uma má oclusão dentária resultante de uma inclinação axial anormal dos dentes anteriores do maxilar, enquanto que a mordida cruzada anterior esquelética é um problema esquelético nomeadamente deficiência do terço médio da face ou prognatismo mandibular. ⁽⁹³⁾

É fundamental a realização de um diagnóstico diferencial entre a mordida cruzada anterior dentária, e esquelética de modo a determinar corretamente o plano de tratamento mais adequado. No caso da mordida cruzada anterior, as bases ósseas encontram-se numa posição correta, sendo que no exame clínico

intra-oral dos pacientes se observa uma palatinização de um ou mais dentes da arcada maxilar, relativamente aos dentes da arcada mandibular. ^(92, 94, 95)

A idade mais aconselhável para corrigir uma mordida cruzada anterior dentária é entre os oito e os onze anos (período no qual a raiz dos dentes está a ser formada e o dente está num estado ativo de erupção). ⁽⁹⁶⁾ É essencial que haja uma intervenção precoce de modo a evitar problemas estéticos, funcionais e periodontais no futuro. ⁽⁹⁷⁾

4.3.2. Caso Clínico

Paciente AB do género feminino, com 11 anos, compareceu na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu, na disciplina de Odontopediatria, para uma consulta de rotina, não apresentando queixas objetivas.

Após ser realizado o exame radiográfico, preconizado numa consulta de primeira vez, uma ortopantomografia, (Figura 30) também nada de relevante foi apontado à paciente, apenas que os dentes 18, 28, 38 e 48 ainda não estavam erupcionados, o que é considerado normal dado a idade da criança.

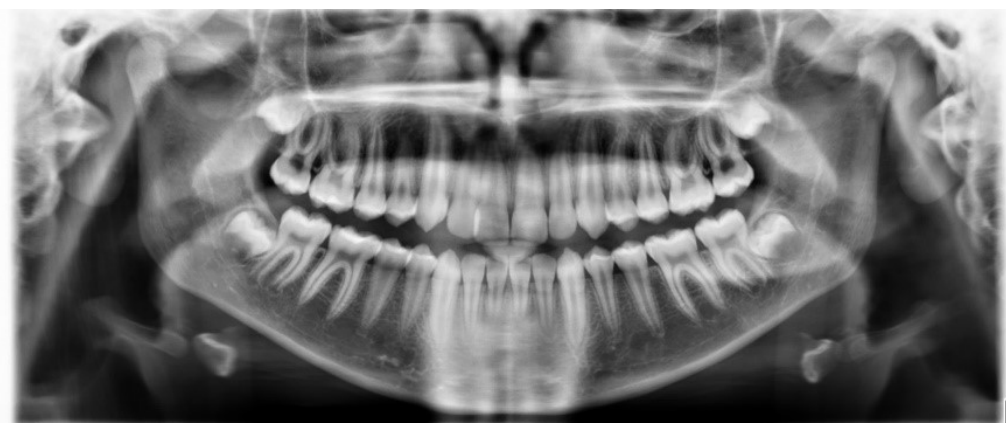


Figura 30 – Ortopantomografia, paciente AB

Foi realizada a anamnese da paciente, e constatou-se no decorrer da história médica que era portadora de epilepsia, e como medicação habitual tomava *Keppra*® 5ml 2 id (princípio ativo: Levetiracetam)

Seguidamente foi realizado o exame intra-oral, no qual foi diagnosticada uma mordida cruzada anterior unilateral entre os dentes 12 e 42 (Figuras 31 e 32), bem como um ligeiro desvio da linha média, classe I molar e canina bilateral.

Relativamente ao *overjet* e ao *overbite* ambos os valores se encontram adequados.



Figuras 31 e 32 – Fotografias intra-orais iniciais do dente 12, vista frontal e lateral.

Numa primeira fase foi realizada a impressão da arcada superior, para avaliar os diâmetros mesio-distais dos dentes 12 e 22. Foi encontrado um excesso de 0,5 milímetros, sendo o dente 12 maior do que o 22.

De seguida foi realizado *stripping* nas faces mesiais dos dentes 12 e 13 e construída uma pista em compómero azul, *Twinky Star*®. A pista foi aderida à face vestibular dos dentes 42 e 43, com uma inclinação de 45 graus, originando uma desoclusão posterior. (Figura 33)



Figura 33 – Pista de compómero nos dentes 42 e 43

Ao fim de quatro semanas, a paciente voltou a clínica universitária para nova reavaliação, onde se verificou que o dente 12 já se encontrava descruzado e numa correta posição na arcada, como podemos observar nas Figuras 34 e 35.



Figura 34 e 35 – Fotografias intra-orais finais do dente 12, vista frontal e lateral.

Protocolo Clínico

- Profilaxia com pedra pomes e água e escova ou taça;
- Isolamento relativo, recorrendo ao uso de algodões;
- Aplicação de ácido fosfórico a 37%, durante 15 segundos;
- Remoção do ácido fosfórico enxaguando, secando de seguida;
- Aplicação do adesivo com microbrush, secagem e fotopolimerização de seguida, durante 20 segundos (repetir este processo duas vezes);
- Aplicação do compómero (Twinky Star by Voco®) por camadas;
- Fotopolimerizar durante 20 segundos por camada, de modo a que a pista forme um ângulo aproximadamente de 45°;
- Fotopolimerizar durante 20 segundos no final o conjunto;
- Verificação da oclusão;
- Acabamento e polimento.



Figura 36 - Aplicação de ácido fosfórico



Figura 37 - Aplicação do adesivo



Figura 38 - Fotopolimerização da pista em compómero



Figura 39 - Fotografia final da pista em compómero

4.3.3. Discussão

Segundo a literatura, sabe-se que a correção espontânea desta má oclusão é muito pouco provável, visto que quando presente na dentição decídua ou mista, irá permanecer até mais tarde na dentição permanente. ⁽⁹⁸⁾

A mordida cruzada anterior dentária, deverá ser tratada precocemente de modo a evitar a atrição anormal do esmalte, a mobilidade dos dentes anteriores, fraturas dentárias e distúrbios na ATM. O principal objetivo é alterar a inclinação dos dentes, de modo a que estes estejam numa posição oclusal correta e para permitir um normal desenvolvimento de ambos os maxilares, visto que se a correção for adiada, poderá levar a uma má oclusão esquelética e por sua vez exigir um plano de tratamento mais complexo. ^(90,91,92,96)

Quando o médico dentista consegue tratar a MCA num momento precoce do diagnóstico, o recurso a tratamento ortodôntico mais tarde poderá ser simplificado ou eventualmente até eliminado, o que irá ser mais favorável à criança e em poucas semanas o problema estético fica solucionado. ⁽⁹⁹⁾

Como propostas de tratamento para a mordida cruzada anterior, de origem dentária, podem ser utilizados aparelhos removíveis, rampas em compómero e aparelhos fixos. ⁽⁴⁹⁾

A utilização de rampas de compómero é uma opção de tratamento de fácil execução, sem grandes necessidades de colaboração por parte do paciente e com uma relação custo-benefício favorável. Esta hipótese terapêutica passa pela cimentação de um plano inclinado em compómero ou compósito na superfície vestibular do incisivo inferior, restringindo o mesmo para vestibular enquanto em simultâneo exerce pressão sobre a face palatina dos incisivos superior, colocando-os numa posição mais vestibular. O tratamento normalmente fica completo em poucas semanas, e o facto do compómero possuir uma cor distinta à do dente, torna fácil a sua remoção. ⁽⁴⁹⁾

Em suma, a rampa em compómero é uma opção terapêutica viável para a mordida cruzada anterior dentária, de simples, fácil execução, económica, de fácil aceitação por parte dos pacientes e pais e esteticamente aceitável, tendo em conta a idade do paciente pediátrico. ^(49,100)

V – Referências Bibliográficas

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Dental Association. ADA Definition of Dentistry. Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 1977.
2. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Disponível em: http://archives.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.
3. Darby, M.L Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene. Seventh edition, Elsevier, 2012.
4. Programa Nacional Promoção da Saúde Oral. (2019). [acesso 8 mar 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>.
5. Baiju RM, Peter E, Varghese NO, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(6).
6. Murdoch-Kinch CA, McLean ME. Minimally invasive dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(1):87-95.
7. Alkhatib M, Gilthorpe M, McGrath C. Disparities in self reported oral health problems among a young Syrian adult population. *Int Dent J.* 2002 Dec; 52(6):449-52.
8. Shah N, Bansal N, Logani A. Recent advances in imaging technologies in dentistry. *World J Radiol.* 2014;6(10):794-807.
9. Matzen LH, Christensen J, Hintze H, Schou S, Wenzel A. Influence of cone beam CT on treatment plan before surgical intervention of mandibular third molars and impact of radiographic factors on deciding on coronectomy vs surgical removal. *Dentomaxillofac Radiol.* 2013;42(1):98870341.
10. Ericson D, Kidd E, McComb D, Mjör I, Noack MJ. Minimally Invasive Dentistry--concepts and techniques in cariology. *Oral Health Prev Dent.* 2003;1(1):59-72.
11. Carrilho EV, Paula A, Rente A, Ferreira PG, Marques F. Soluções Estéticas no âmbito da Dentisteria Operatória para Dentes Anteriores. *Rev Port Estomatol*

Med Dentária e Cir Maxilofac. 2009;50(3):147–58.

12. Grandes restaurações em Dentisteria Operatoria- a propósito de um caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2014;55(S1):37.

13. Brunton PA, Ratnayake J, Loch C, Veerasamy A, Cathro P, Lee R. Indirect Restorations and Fixed Prosthodontics: Materials and Techniques Used by General Dentists of New Zealand. *Int J Dent.* 2019.

14. Conceição E. *Dentística: Saúde e Estética.* 2ª ed: Artmed Editora; 2009.

15. Plotino G, Buono L, Grande NM, Lamorgese V, Somma F. Fracture resistance of endodontically treated molars restored with extensive composite resin restorations. *J Prosthet Dent.* 2008;99(3):225-232.

16. Ave NS. *Glossary of Endodontic Terms Tenth Edition.* 2012;17–20.

17. Lopes H, Siqueira JR, Freita J. *Endodontia - Biologia e Técnica - 4ª Ed.* Brasil: Elsevier; 2015.

18. Siqueira JF, Rôças IN, Lopes HP, Alves FRF, Oliveira JCM, Armada L, et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular TT - Biological principles of endodontic treatment of teeth with pulp necrosis and apical lesions. *Rev Bras Odontol [Internet].* 2012;69(1):8–14.

19. Souza LC, Brito PR, de Oliveira JC, et al. Photodynamic therapy with two different photosensitizers as a supplement to instrumentation/irrigation procedures in promoting intracanal reduction of *Enterococcus faecalis*. *J Endod.* 2010;36(2):292-296.

20. Silveira AM, Lopes HP, Siqueira JF Jr, Macedo SB, Consolaro A. Periradicular repair after two-visit endodontic treatment using two different intracanal medications compared to single-visit endodontic treatment. *Braz Dent J.* 2007;18(4):299-304.

21. Siqueira JF Jr, Rôças IN, Riche FN, Provenzano JC. Clinical outcome of the endodontic treatment of teeth with apical periodontitis using an antimicrobial protocol. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106(5):757-762.

22. Stewart K, Phoenix R, Cagna D, DeFreest C. Stewart's clinical removable partial prosthodontics. 3rd ed: Quintessence; 2003.
23. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Batómetro da Saúde Oral [Internet]. Portugal (PT). [Consultado em 12 fev 2020]. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf>.
24. Abdel-rahman HK, Tahir CD, Saleh MM. Incidence of partial edentulism and its relation with age and gender. 2013;17(2).
25. Vargas A., Paixão H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc. saúde coletiva* 2005;10(4):1015-1024.
26. Neto A, Adriana C, Rizzati-Barbosa C. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontol. Clín.-Cient.* 2011;10(2): 125-128.
27. Basker RM. After Kennedy. *Int Dent J.*2002; (52): 99–112.
28. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF. Stewart's clinical removable partial prosthodontics. Quintessenc ; 2003.
29. The Academy of Prosthodontics. The Glossary of Prosthodontic Terms. *J Prosthet Dent* 2005;94(1):39-40.
30. Mezzomo E., Suzuki R.M. Reabilitação oral contemporânea. São Paulo: Santos; 2006.
31. Romualdo A, FRANCO E, Francishone C. Resistência à remoção por tração e infiltração marginal de coroas totais fundidas, cimentadas em dentes naturais reconstruídos com ionômero de vidro. *Rev Odontol Univ São Paulo*;11(3).
32. Land S, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics,4th edition: elsevier,2006.
33. Oliver R. Prevention and management of oral surgery complications in general dental practice. *Br Dent J.* 2014;216(5):263-264.
34. Perry DJ, Noakes TJ, Helliwell PS; British Dental Society. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *Br Dent J.* 2007;203(7):389-393.

35. Douketis JD. Perioperative management of patients receiving anticoagulant or antiplatelet therapy: a clinician-oriented and practical approach. *Hosp Pract (1995)*. 2011;39(4):41-54.
36. Bajkin BV, Vujkov SB, Milekic BR, Vuckovic BA. Risk factors for bleeding after oral surgery in patients who continued using oral anticoagulant therapy. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(6):375-381.
37. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker M. *Contemporary Oral & Maxillofacial Surgery*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
38. Xavier C, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, Duarte B, Ferreira-Júnior O, Sant'Ana E, et al. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. *Rev Cir e Traumatol Buco-maxilo-facial*. 2010;10(2):83–90.
39. Doganay O, Atalay B, Karadag E, Aga U, Tugrul M. Bleeding frequency of patients taking ticagrelor, aspirin, clopidogrel, and dual antiplatelet therapy after tooth extraction and minor oral surgery. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(2):132-138.
40. Filho, A. E. C.; Neto, A. M. M.; Morais, G. V. C. de; Menezes, J. H. A. Diagnóstico, tratamento e prevenção da alveolite em exodontias. *Revista Extensão & Sociedade*, 2012;1(4).
41. Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Jerry E. Bouquet. *Oral and Maxillofacial pathology*, 3rd edit. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009: 9-11.
42. Norman K. Wood, Paul W. Goaz. *Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions*, 5rd. Edit. St.Louis: Mosby; 1997: 5-12.
43. Warnakulasuriya S. Características clínicas e apresentação de distúrbios orais potencialmente malignos. *Cirurgia Oral Medicina Oral Patologia Oral Radiologia Oral e Endodontia*. Londres (UK). Kings College London, 2018.
44. American Academy of Periodontology. What is a periodontist? [Internet] Chicago. [Consultado em 5 mar 2020]. Disponível em: <https://www.perio.org/consumer/what-is-a-periodontist>.

45. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep; 83(9): 661-669.
46. Newman, Michael G., Henry H. Takei, Perry R. Klokkevold, and Fermin A. Carranza. *Carranza's Clinical Periodontology.* 2015; 11th edition.
47. Steffens J., Marcantonio A. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri - implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. 2018;47(4):189–97.
48. Campos T, Lorentz M, Otávio L, Cota M, Costa FDO. Terapia Periodontal de Suporte– TPS Supportive Periodontal Therapy - SPT. 2011;47(Supl 2):36–41.
49. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontopediatria.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
50. De A, Resumo a. *Acta Pediátrica Portug. Sociedade Portug. De Pediatria.* 2010; 217-21.
51. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride Therapy. 2013;37(6):2013;251–282.
52. Hujoel PP, Lingström P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *J Clin Periodontol.* 2017;44 Suppl 18:79-84.
53. Canut Brusola J. *Ortodoncia clínica y terapéutica.* 2nd ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.
54. Paiva J., Attizzani M., Miasiro J, Rino J. Facial harmony in orthodontic diagnosis and planning. *Braz. oral res.*2010;24(1): 52-57.
55. Souza C, Coura P, Coura L, Oliveira S De. Prevalence of angle class i , ii and iii malocclusion in A Prevalência de malocclusão Classe I , II e III de Angle em um Curso de Especialização em Ortodontia da Cidade de Anápolis. *Sci Invest Dent.* 2018;21(1):29–33.
56. Gregoret J, Tuber E, Escobar L, Fonseca A. *Ortodoncia Y Cirugia Ortognática.*Espaxs. 1997;1–15.

57. Wong ML, Che Fatimah Awang, Ng LK, Norlian D, Rashidah Dato Burhanudin, Gere MJ. Role of interceptive orthodontics in early mixed dentition. *Singapore Dent J.* 2004;26(1):10-14.
58. Tanaka O, Camargo E, Maruo H. Conceitos (breves) de Ortodontia Preventiva, Interceptativa e Corretiva. 2008;1-3.
59. Ribas Marina de Oliveira, Reis Luís Francisco Gomes, França Beatriz Helena Sottile, Lima Antonio Adilson Soares de. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.* 2005;10(6): 75-83.
60. Chiodelli Lais, Pacheco Andrielle de Bitencourt, Missau Taiane Secretti, Silva Ana Maria Toniolo da, Corrêa Eliane Castilhos Rodrigues. Associação entre funções estomatognáticas, oclusão dentária e sinais de disfunção temporomandibular em mulheres assintomáticas. *Rev. CEFAC.* 2015;17(1): 117-125.
61. Donnarumma Mariana Del Cistia, Muzilli Carlos Alberto, Ferreira Cristiane, Nemr Kátia. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC.* 2010;12(5): 788-794.
62. cDym H, Israel H. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am.* 2012;56(1):149.
63. Cavalcanti, R.F., Studart, L.M., Kosminsky, M., Góes, P.S.A. Desenvolvimento da versão multimídia do questionário “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders: Axis II (RDC/TMD)” em português. *Rev. odonto ciênc.* 2008;23(4):388-391.
64. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. *N Engl J Med.* 2008; 359(25):2693-2703.
65. Grossi, D.B., Chaves, T.C. Physiotherapeutic treatment for temporomandibular disorders (TMD). *Brazilian Journal of Oral Science.* 2004;3(10):492-7.
66. Maydana, A.V., Tesch, R.S., Demardin O.V.P., Ursi, W.J.S., Dworkin, S.F. Possíveis fatores etiológicos para desordens temporomandibulares de origem

articular com implicações para diagnóstico e tratamento. *Dental Press J Orthod* 2010;15(3):78-86.

67. Farias AR, Feltrin PP, Zanetti AL, Inoue RT, Inoue PD. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores , por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. 2011;81–8.

68. Pegoraro L.F., Valle A.L., Araújo, C.R., Bonfante, G., Conti, P.C.R. e Bonachela, V., *Prótese Fixa (Série 7 EAP – APCD)*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas. 200.

69. Esteves H, Correia A, Araujo F. Classification of extensively damaged teeth to evaluate prognosis. *J Can Dent Assoc*. 2011;77-105.

70. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, et al. Classification system for partial edentulism. *J Prosthodont*. 2002;11(3):181-193.

71. Faria, L., Cristina, R., Rodrigues, S., Pereira, R., Antunes, D. A., Chiarello, G., & Ribeiro, R. F. (2011). Endodontically treated teeth : Characteristics and considerations to restore them. 55, 69–74.

72. Gautam, C., Joyner, J., Gautam, A., Rao, J., & Vajtai, R. (2016). Zirconia based dental ceramics: structure, mechanical properties, biocompatibility and applications. *Dalton Transactions*, 45(48), 19194–19215.

73. Macorra J, Pradíes G. Conventional and adhesive luting cements. *Clinical Oral Investigations*. 2002; 6:198-204.

74. Anusavice K., Shen C., Rawles H. Phillips – Materiais dentários. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013; 419-468.

75. Tolidis K, Papadogiannis D, Papadogiannis Y, Gerasimou P. Dynamic and static mechanical analysis of resin luting cements. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*. 2012; 6:1-8.

76. Morgano SM, Rodrigues AHC, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. 2004;48:397–416.

77. Morgano SM. Restoration of pulpless teeth: application of traditional principles in present and future contexts. *J Prosthet Dent*. 1996;75(4):375-80.

78. Shekhar S, Mittal S. Permanent Restoration in Endodontically Treated Teeth: Clinical Dilemma, Future Trends and Review of Literature. *International Journal of Dental and Medical Specialty* 2015;2(3).
79. Alfawaz Y. Zirconia Crown as Single Unit Tooth Restoration: A Literature Review. *J Contemp Dent Pract* 2016;17(5):418-422.
80. Lyons, K., & Swain, M. (2010). Oral Rehabilitation Clinical trials in zirconia : a systematic review. (5).
81. Junior, W.; Busato, P. M. R.; Camilotti, C.; Delben, J.A. Restaurações cerâmicas multicamadas e monolíticas: uma revisão de literatura. *RFO UPF, Passo Fundo*, 2018; 23(3)353-360.
82. Tabatabaian, F.; Taghizade, F.; Namdari, M. Effect of coping thickness and background type on the masking ability of a zirconia ceramic. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 2018;119(1):159 – 165.
83. Basso, G. R; Kodama, A.B; Pimentel, A.H; Kaizer, M R; Della Bona, A.; Boscato. N. Masking Colored Substrates Using Monolithic and Bilayer CAD-CAM Ceramic Structures. *Operative Dentistry*. 2017:1-9.
84. Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Jerry E. Bouquot. *Oral and Maxillofacial pathology*, 3rd edit. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009: 648-650.
85. El-Naggar, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Sootweg P, editors. WHO classification of Head and Neck Tumours. Chapter 8: Odontogenic and maxillofacial bone tumours. 4th ed., IARC: Lyon 2017, .205-260.
86. Wright JM, Soluk Tekkesin M. Odontogenic tumors. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2017;51(3 Suppl 1): S10-S30.
87. Liu Y, Wang H, You M, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, Koseki T. Ossifying bromas of the jaw bone: 20 cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2010;39(1):57-63.
88. Norman K. Wood, Paul W. Goaz. *Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions*, 5rd. Edit. St.Louis: Mosby; 1997: 418-423.

89. Bashetty, K., Nadig, G., & Kapoor, S. Electrosurgery in aesthetic and restorative dentistry: A literature review and case reports. *Journal of Conservative Dentistry: JCD*, 12(4), 2009:139–144.
90. Canut Brusola J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2nd ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005:467-479.
91. Abraham KK, James AR, Thenumkal E, Emmatty T. Correction of anterior crossbite using modified transparent aligners: An esthetic approach. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(3):394.
92. al-Sehaibany F, White G. Posterior bite raising effect on the length of the ramus of the mandible in primary anterior crossbite: case report. *J Clin Pediatr Dent*.1996;21(1):21-6.
93. Park JH, Kim TW. Anterior crossbite correction with a series of clear removable appliances: A case report. *J Esthet Restor Dent*. 2009;21(3):149–60.
94. Miamoto CB, Marques LS, Abreu LG, Paiva SM. Comparison of two early treatment protocols for anterior dental crossbite in the mixed dentition: A randomized trial. *Angle Orthod*. 2018;88(2):144–50.
95. Vasilakos G, Koniaris A, Wolf M, Halazonetis D, Gkantidis N. Early anterior crossbite correction through posterior bite opening: a 3D superimposition prospective cohort study. *Eur J Orthod*. 2017;1–8.
96. Ulusoy A, Bodrumlu E. Management of anterior dental crossbite with removable appliances. *Contemp Clin Dent*. 2013;4(2):223.
97. Ge Y, Liu J, Guo X, Han J. A follow-up study of early interceptive treatment of primary anterior crossbites. *Eur J Orthod*. 2011;33(5):551-7.
98. Jirgensone I., Liepa A., Abeltins A. Anterior crossbite correction in primary and mixed dentition with removable inclined plane (Bruckl appliance) *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 2008; (10):140-144.
99. Alves J., Moreira T. SMFA. Rapid correction of anterior crossbite using a bonded compomer slope. *Med Med Sci*. 2018;(6):129–34.

100. Bayrak S, Tunc ES. Treatment of anterior dental crossbite using bonded resin-composite slopes: case reports. *Eur J Dent.* 2008;2(4):303-306.