



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

André Filipe Costa Cardoso

Viseu, 2018





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

André Filipe Costa Cardoso

Orientador:

Professora Doutora Patrícia Fonseca

Visu, 2018



“Os homens de poucas palavras são os melhores.”

**-William Shakespeare**



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Patrícia Fonseca por toda a paciência, conselhos, orientação e coordenação, não só como Coordenadora da monografia mas também como Professora.

A todos os Professores que encontrei durante este percurso académico e por todos os conhecimentos prestados.

Aos funcionários da Universidade Católica de Viseu, por toda a simpatia e disponibilidade.

Aos meus Pais, por todo o carinho e apoio que me deram em todas as etapas da minha vida, em particular durante o percurso académico.

Aos meus Avós, por serem os segundos pais e por todo o apoio e sabedoria partilhada.

À minha Avó Alzira, que mesmo já não estando presente continuou a ser importante.

Aos meus primos, em particular o João, Gonçalo, Zé, Miguel e Dinis, por todos os momentos em que me fizeram rir.

A toda a restante família pelo apoio e conselhos.

Aos meus amigos Fábio e Michael, por manterem a sua grande amizade intacta, mesmo havendo poucas oportunidades para nos vermos.

A todos os amigos que criei em Viseu, em particular ao João Gonçalves, por aceitar partilhar casa e ser meu binómio e verdadeiro amigo nos tempos de necessidade, ao Pedro Andrade, pela partilha de casa e de ensinamentos em diversas áreas, ao Pedro Cabral, pelos momentos em que me fez rir com uma simples palavra.

Por fim, agradecer à Márcia, sem ela não seria possível terminar este curso e manter um sorriso na cara mesmo nos maus momentos. Agradecer por todo o carinho, paciência, amizade e amor demonstrados ao longo destes anos.



## Resumo

O presente relatório tem como função apresentar a atividade clínica realizada em todas as diferentes Áreas Disciplinares do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Para elaboração do relatório, foram recolhidos dados clínicos sobre os pacientes atendidos pelo aluno durante o 5º ano de atividade clínica. Posteriormente, os dados foram analisados e distribuídos de acordo com as diferentes Áreas Disciplinares.

Todos os dados recolhidos e trabalhados referem-se a atos clínicos realizados nas seguintes Áreas Disciplinares: Medicina Oral, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prótese Fixa, Prótese Removível, Oclusão, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria e Ortodontia.

Apesar de em todas as Áreas Disciplinares serem atingidos os objetivos em torno do número de pacientes, devido à distribuição dos pacientes por todos os alunos e tendo em conta fatores externos, tais como a não comparência do paciente, esse mesmo número nem sempre corresponde às expectativas. No entanto, todos os pacientes atendidos durante o período de atividade clínica contribuem para o acréscimo de competências tanto em relação a técnicas diagnósticas como à aplicação de conhecimentos práticos.

Palavras-chave: Medicina Dentária; Casos Clínicos; Clínica Universitária; Saúde Oral; Atividade Clínica.



## **Abstract**

The purpose of this report is to present the clinical activity performed in all the different Disciplinary Areas of the 5th year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine of the "Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu".

To prepare the report, clinical data was collected on the different patients attended by the student during the 5th year of clinical activity. Subsequently, the data was analyzed and distributed according to the different Disciplinary Areas.

All data collected and analyzed refers to clinical acts performed in the following Disciplinary Areas: Oral Medicine, Oral Surgery, Periodontology, Fixed Prosthodontics, Removable Prosthodontics, Occlusion, Operative Dentistry, Endodontics, Pediatric Dentistry and Orthodontics.

Although in all the Disciplinary Areas the objectives regarding the number of patients are reached, due to the distribution of the patients by all the students and taking into account external factors, such as the patient's non-attendance, this same number does not always correspond to the expectations. However, all the patients attended during the period of clinical activity contribute to the increase of skills both in relation to diagnostic techniques and the application of practical knowledge.

**Keywords:** Dental Medicine; Clinical Cases; University Clinic; Oral Health; Clinical Activity.



# Índice

1- Introdução.....	3
2 - Resultados .....	9
2.1 – Dados Gerais.....	9
2.2 - Atividades desenvolvidas por cada Área Disciplinar .....	15
2.2.1 - Medicina Oral .....	15
2.2.2 Cirurgia Oral .....	16
2.2.3 Periodontologia .....	17
2.2.4 Prostodontia Fixa.....	18
2.2.5 Prostodontia Removível .....	19
2.2.6 Oclusão.....	21
2.2.7 Dentisteria Operatória .....	21
2.2.8 Endodontia .....	23
2.2.9 Odontopediatria.....	24
2.2.10 Ortodontia.....	25
Avaliação Crítica .....	26
3.Casos Clínicos Diferenciados.....	30
3.1 Caso Clínico 1: Ferulização Provisória com Fibra de Vidro e Consulta de Controlo .....	30
3.1.1 Introdução.....	30
3.1.2 Descrição do caso clínico.....	31
3.2 Caso Clínico 2: Enxerto Gengival Livre.....	40
3.2.1 Introdução.....	40
3.2.2 Descrição do Caso Clínico .....	41
3.3 – Caso Clínico 3 – Tratamento de Cárie em paciente com Síndrome de Down... 50	
3.3.1 Introdução.....	50
3.3.2 Descrição do Caso Clínico .....	51
Bibliografia.....	62



# Índice de Quadros

Gráfico 1 - Número de pacientes por Género.....	9
Gráfico 2 - Idades dos Pacientes .....	9
Gráfico 3 - Distribuição dos casos clínicos .....	10
Gráfico 4- Distribuição de Pacientes pela Classificação ASA .....	11
Gráfico 5 - Patologias sistémicas.....	12
Gráfico 6 - Patologias orais .....	13
Gráfico 7 - Regularidade de higienização oral .....	14
Gráfico 8 - Hábitos tabágicos .....	14
Gráfico 9 - Atos Clínicos em Medicina Oral.....	16
Gráfico 10 - Atos clínicos em Cirurgia Oral .....	17
Gráfico 11 - Atos clínicos em Periodontologia .....	18
Gráfico 12 - Atos clínicos em Prótese Fixa.....	19
Gráfico 13 - Atos clínicos em Prótese Removível .....	20
Gráfico 14 - Atos clínicos em Oclusão.....	21
Gráfico 15 - Atos clínicos em Dentisteria Operatória .....	23
Gráfico 16 - Atos clínicos em Endodontia .....	24
Gráfico 17 - Atos clínicos em Odontopediatria.....	25
Gráfico 18 - Atos clínicos em Ortodontia .....	26



# Índice de Figuras

Figura 1: Fotografias Extra-Orais Frontais em Repouso; Intercuspidação Máxima; Sorriso.....	31
Figura 2: Fotografias Extra-Orais de Perfil em Repouso; Intercuspidação Máxima; Sorriso.....	32
Figura 3 - Ortopantomografia da paciente.....	33
Figura 4: Periodontograma da Primeira Consulta .....	34
Figura 5: Periodontograma da Segunda Consulta .....	35
Figura 6: Fotografia Intra-Oral Frontal .....	38
Figura 7: Fotografia Intra-Oral Esquerda; Fotografia Intra-Oral Direita .....	38
Figura 8: Fotografia Intra-Oral Superior; Fotografia Intra-Oral Inferior .....	38
Figura 9: Visível Recessão Gengival dos Dentes Inferiores. Presença de placa bacteriana acentuada. ....	39
Figura 10: Periodontograma da Consulta de Controlo .....	40
Figura 11: Fotografia Extra-Oral em Repouso; Sorriso. ....	42
Figura 12: Fotografia Extra-Oral de Perfil em Repouso; Sorriso.....	42
Figura 13 - Posição dos implantes em boca .....	43
Figura 14 - Raio-x periapical que confirma a inclinação dos implantes e a perda de suporte .....	43
Figura 15 - Ortopantomografia da paciente.....	44
Figura 16 - Presença de tártaro na cabeça do implante .....	45
Figura 17: Posicionamento incorreto dos implantes. Tártaro visível na zona do implante. ....	45
Figura 18: Limpeza da zona do Implante com recurso a cureta.....	46
Figura 19: Preparação do leito recetor.....	46
Figura 20: Obtenção do enxerto na zona do palato. ....	47
Figura 21: Colocação do enxerto na zona recetora.....	47
Figura 22: Realização de sutura.....	48
Figura 23: Controlo a 10 dias. Verificação de boa cicatrização e remoção de sutura....	49
Figura 24: Estado atual da paciente, já com prótese removível nova. Fotografia Extra Oral Frontal em Sorriso; Fotografia Extra-Oral de Perfil em Sorriso. ....	49



Figura 25: Fotografia Intra-Oral Frontal com prótese removível realizada posteriormente. ....	50
Figura 26: Fotografia Extra-Oral Frontal em Repouso; Sorriso - Visível mordida cruzada anterior .....	52
Figura 27: Fotografia Extra-Oral de Perfil em Repouso; Sorriso.....	52
Figura 28: Odontograma da Paciente na Primeira Consulta com o Binómio 21.....	53
Figura 29 - Ortopantomografia da paciente.....	53
Figura 30 - Periapical do dente 3.6.....	54
Figura 31: Fotografia Intra-Oral Frontal - Possível observar-se a mordida cruzada anterior e posterior esquerda. Microdontia característica de pacientes com Síndrome de Down. ....	54
Figura 32: Macroglossia característica de pacientes com Síndrome de Down .....	55
Figura 33: Periodontograma da Paciente.....	55
Figura 34: Restauração finalizada. Controlo após 1 ano. ....	57



## **Lista de Siglas**

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

BOP – Hemorragia à Sondagem (*bleeding on probe*)

IP – Índice de Placa

PMMA – Polimetilmetacrilato

ATM – Articulação Temporomandibular

DTM – Disfunção Temporomandibular



# INTRODUÇÃO



# 1- Introdução

A Medicina Dentária consiste na área da Saúde que tem como objetivo diagnosticar e tratar as lesões da cavidade oral, tais como cárie dentária, lesões periodontais, lesões traumáticas, entre outras patologias. É também um papel essencial do médico dentista, reconhecer lesões precocemente, podendo evitar a sua progressão, como por exemplo nas lesões pré malignas (1). Como tal, o papel da Medicina Dentária não passa apenas pelo tratamento intercetivo mas também pela prevenção.

O estado de saúde oral afeta de forma significativa a saúde global de um indivíduo, afetando muitas vezes a estética, o tipo de dieta, o psicológico e o bem-estar geral. A importância de uma mentalidade de prevenção passa a ter tanta importância como o tratamento intercetivo, principalmente o incentivo à melhoria da higiene oral (2). A higiene oral deficitária é a principal causa do aparecimento de lesões de cárie, perda de dentes precocemente e, por consequente, problemas periodontais. A recomendação de uma escovagem, realizada eficientemente através da técnica de Bass ou de uma das suas modificações, duas a três vezes por dia, de preferência três vezes, é essencial para a manutenção de uma higiene oral cuidada (3). O uso de fio dentário para efectuar uma limpeza interdentária é também recomendado. Os colutórios devem ser utilizados apenas como complemento à escovagem e nunca como um substituto.(4)

A dieta rica em açúcar deve ser evitada, uma vez que a mesma propicia a presença de bactérias cariogénicas(5). O desequilíbrio de bactérias na cavidade oral, sem uma higiene oral cuidada, leva ao aparecimento de cáries, que por sua vez no caso de não existir tratamento, pode levar à perda precoce do dente. A placa bacteriana não eliminada por escovagem, ou tratamentos de destartarização em consultório, pode levar a doenças periodontais que podem evoluir até os dentes apresentarem suporte insuficiente e serem perdidos de forma precoce (6).

Indivíduos fumadores apresentam uma maior relação com patologias periodontais, sendo um fator a considerar(7). Para além dos problemas periodontais, os efeitos do tabaco podem provocar alterações estéticas nos dentes, nomeadamente alterações de cor.(8) Contudo, o uso de tabaco encontra-se relacionado com outras patologias, como cancro oral.(8)

Em Portugal encontra-se ainda uma disparidade entre a Medicina Geral e a Medicina Dentária, não só na afluência de pacientes mas também nas suas possibilidades monetárias. (9). De maneira geral verifica-se que indivíduos com menos possibilidades financeiras tendem a visitar com menor regularidade e frequência o médico dentista.(9)

Existem duas grandes razões para a afluência à clínica dentária de forma irregular. A primeira razão é o facto de o setor de Dentária em Portugal ser um setor privado, ou seja, ao contrário da Medicina Geral, não existem clínicas dentárias públicas, com apoio do estado. Este facto faz com que o preço das consultas seja mais elevado e que existam menos apoios financeiros, apesar de existirem alguns apoios como o cheque dentista. A segunda razão consiste no facto de uma maioria dos indivíduos apenas visitar o médico dentista em caso de sintomatologia, não realizando consultas regulares de prevenção. Este factor implica que a maioria dos tratamentos efetuados tenham de ser interceivos, levando a uma maior prevalência de patologias orais.(10)

A Medicina Dentária em Portugal é regulada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). As diversas áreas da Medicina Dentária são: Medicina Oral; Cirurgia Oral; Periodontologia; Prostodontia Fixa e Removível; Dentisteria Operatória; Endodontia; Odontopediatria e Ortodontia.

As áreas atualmente reconhecidas com especialidade pela OMD são: Ortodontia; Cirurgia Oral; Odontopediatria e Periodontologia.

O curso de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu consiste numa formação dividida por cinco anos. As aulas lecionadas são de componente teórica inicialmente, sendo que em seguida os componentes teóricos são aplicados na prática através de aulas lecionadas em pré-clínico. Após provas de que as competências práticas em ambiente pré-clínico foram bem aplicadas, o aluno passa à prática clínica na clínica universitária.

Durante os cinco anos de formação académica foram adquiridas diversas competências em diferentes ramos da Medicina Dentária. A preparação teórica dos primeiros dois anos de formação serviram como base para a obtenção de competências

de atividade clínica prática. Uma aplicação dos componentes práticos sem as suas fundamentações teóricas totalmente adquiridas leva ao insucesso do tratamento.

O presente relatório apresenta o resumo da atividade clínica prática realizada durante o 5º ano do curso de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa de Viseu. São apresentadas as diferentes Áreas Disciplinares onde se procedeu à prática clínica, bem como o número de atos clínicos realizados. São apresentados casos clínicos diferenciados, particularmente importantes para adquirir conhecimentos práticos e teóricos.

O objetivo deste relatório será analisar e apresentar uma visão crítica ao trabalho realizado nas diferentes Áreas Disciplinares com componente clínico, na clínica universitária durante o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.



# **Atividade Clínica**

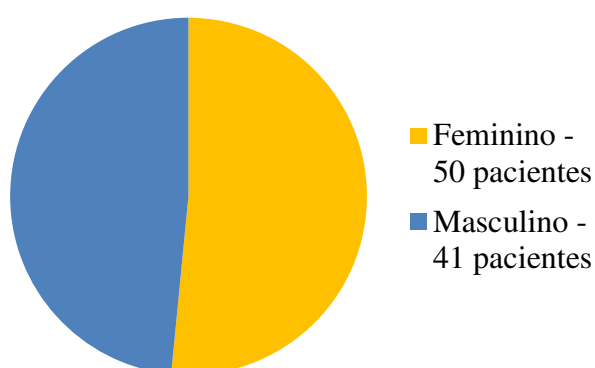


## 2 - Resultados

### 2.1 – Dados Gerais

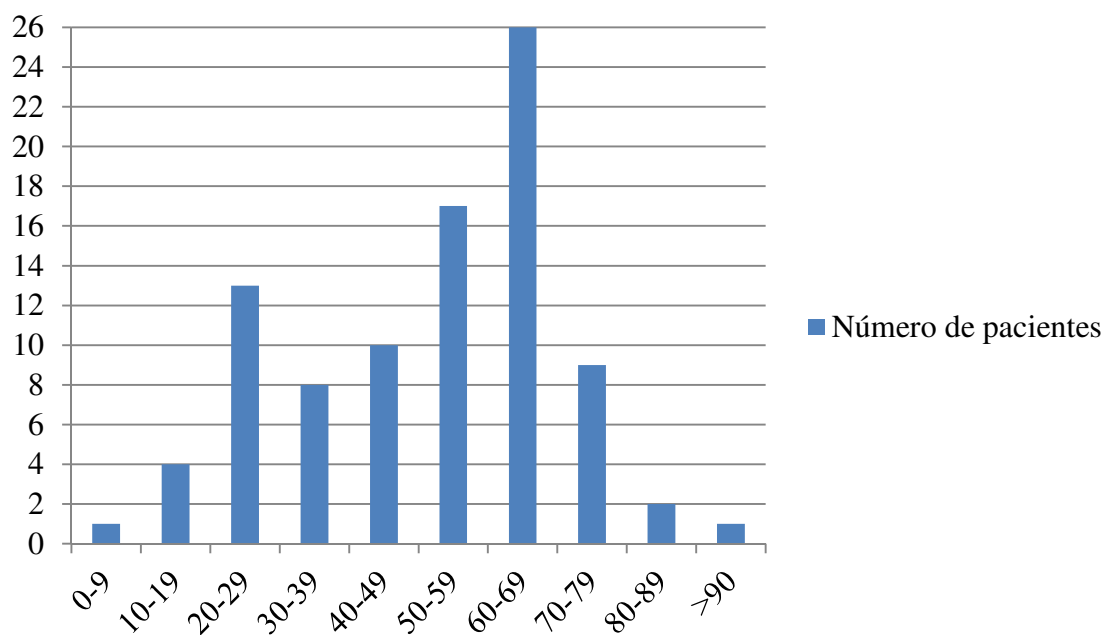
Realizou-se a recolha de dados dos pacientes atendidos pelo binómio 21, no primeiro e segundo semestres do 5º ano. Contabilizaram-se um total de 91 pacientes, 41 foram do sexo masculino e 50 do sexo feminino.

**Gráfico 1 - Número de pacientes por Género**



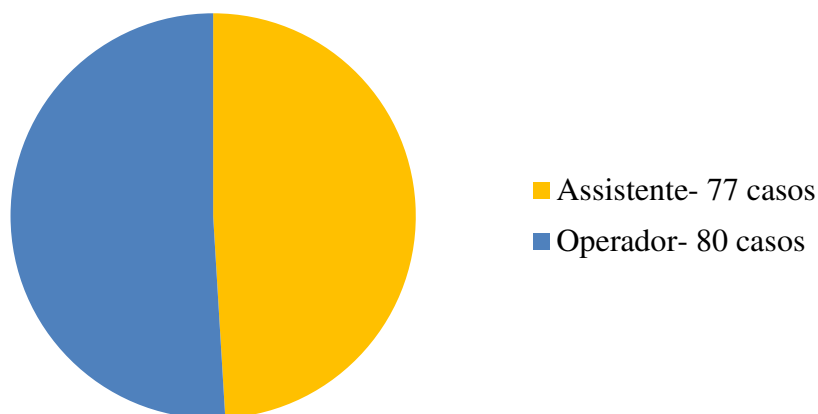
Os pacientes apresentam idades compreendidas entre os 3 e os 92 anos. A maioria encontra-se entre os “60-69” anos, com 26 pacientes, e a minoria encontra-se nas faixas etárias de “0-9” e “>91”, com 1 paciente cada.

**Gráfico 2 - Idades dos Pacientes**



No total foram realizados 157 atos clínicos, 80 dos quais o aluno foi operador e 77 dos quais o aluno foi assistente.

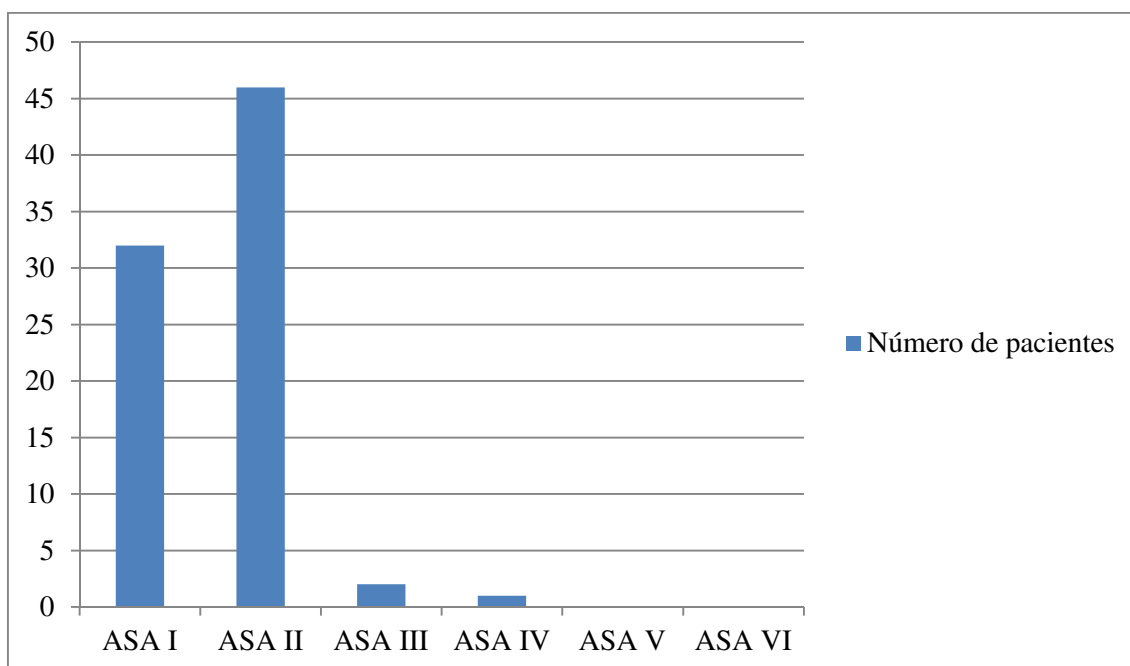
### Gráfico 3 - Distribuição dos casos clínicos



O nível de risco é avaliado de acordo com a classificação ASA. Um paciente com nível de risco ASA I é considerado saudável, não ocorrendo a toma de qualquer tipo de medicação diária. Um paciente de nível de risco ASA II, apresenta uma doença sistêmica leve, que não limita as suas atividades. Na classificação de nível de risco, ASA III representa um paciente com doença sistêmica grave, limitando assim a sua atividade, não sendo, no entanto, incapacitante. A classificação ASA IV representa um paciente com doença sistêmica grave, limitante e com ameaça à vida do paciente. A classificação ASA V represente um paciente com necessidade de cirurgia para a sua sobrevivência. O último nível de classificação, ASA VI, representa um diagnóstico de morte cerebral.

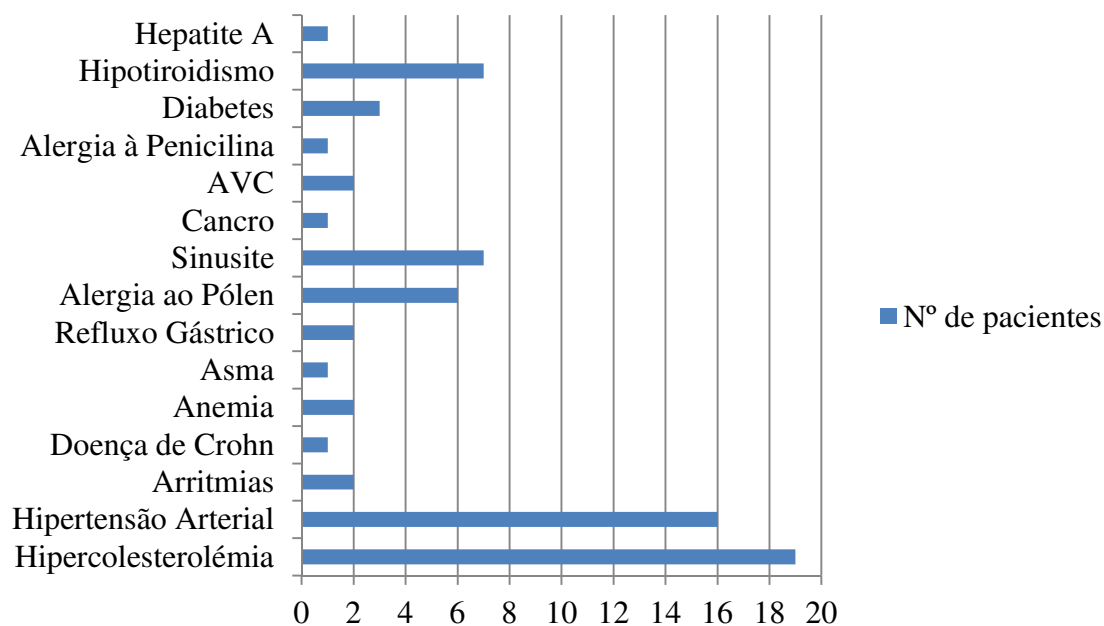
A maioria dos pacientes apresenta uma classificação ASA II, com quarenta e seis pacientes (50.5%), seguido da classificação ASA I, com trinta e dois pacientes (35.2%). A classificação ASA III apenas define dois pacientes (2.2%) e a classificação ASA IV apenas um paciente (1.1%). Não existem informações suficientes acerca de dez pacientes, não sendo possível chegar a conclusões em relação à classificação ASA (11%).

**Gráfico 4- Distribuição de Pacientes pela Classificação ASA**



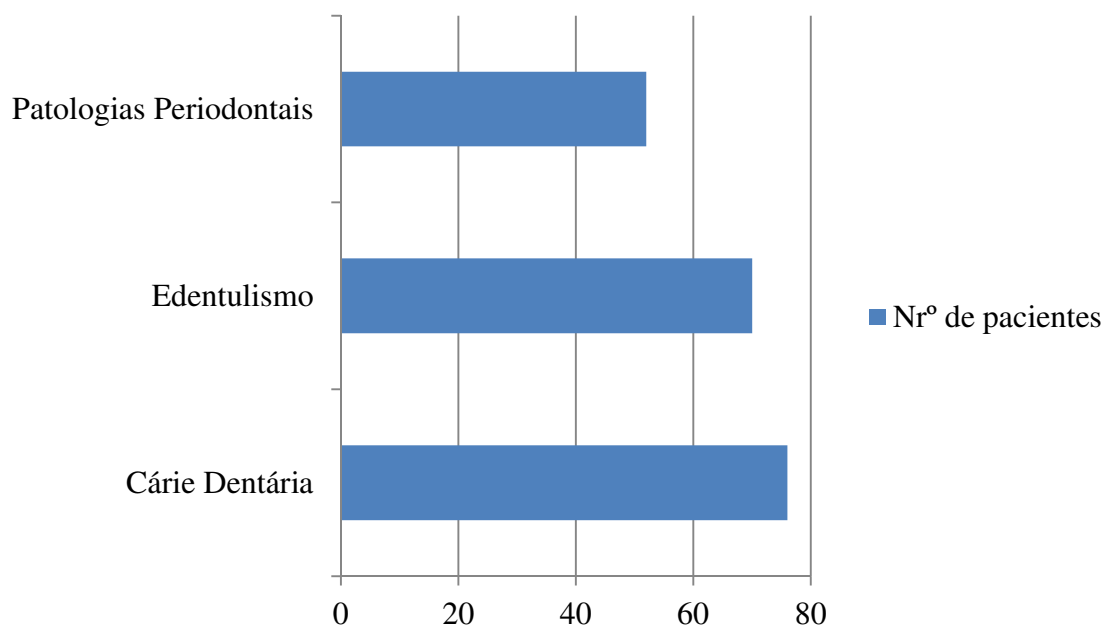
No que diz respeito à prevalência de doenças sistêmicas, 32 pacientes não apresentavam qualquer tipo de patologia. As patologias mais assinaladas são Hipercolesterolemia em dezanove pacientes (20.9%) e Hipertensão Arterial em dezasseis pacientes (17.6%). Registaram-se também casos de Diabetes em três pacientes (3.3%), Hipotireoidismo em sete pacientes (7.7%), Arritmia em dois pacientes (2.2%), Doença de Crohn num paciente (1.1%), Anemia em dois pacientes (2.2%), Asma num paciente (1.1%), Refluxo Gástrico em dois pacientes (2.2%), entre outros.

**Gráfico 5 - Patologias sistémicas**



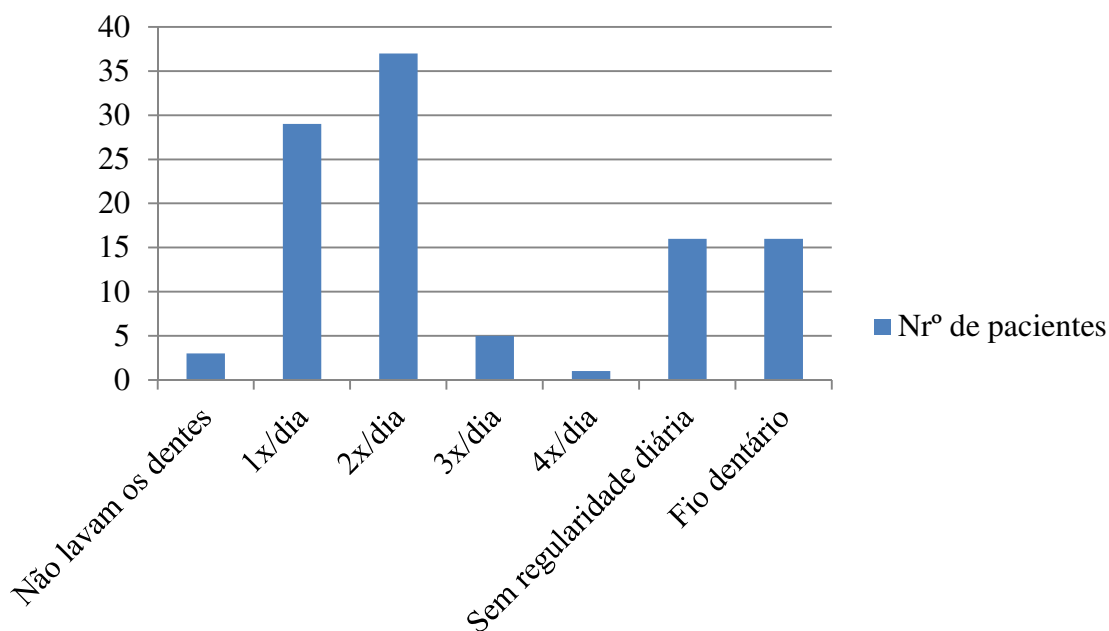
Em relação a patologias da cavidade oral, o historial mais prevalente foi de cárie dentária em setenta e seis pacientes (83.5%), seguida de edentulismo em setenta e seis pacientes (76.9%) e patologias periodontais em cinquenta e dois pacientes (57%).

**Gráfico 6 - Patologias orais**



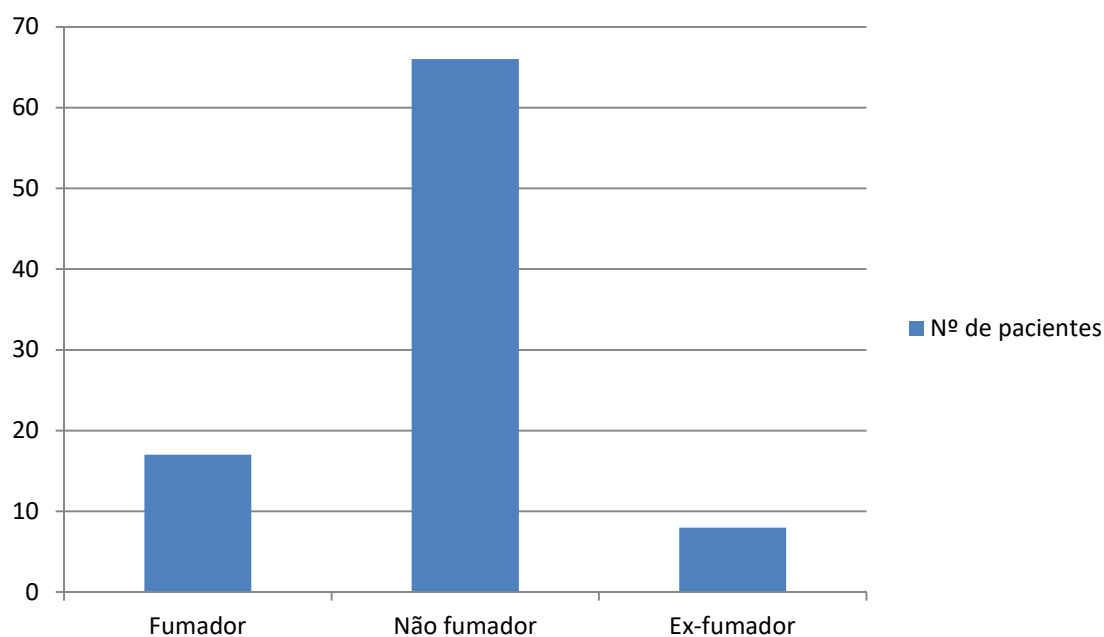
Estas patologias podem ser associadas aos hábitos de higiene dos pacientes. Três pacientes afirmam não lavar os dentes (3.2%); vinte e nove pacientes admitem escovar os dentes uma vez ao dia (31.9%); trinta e sete pacientes admitem escovar os dentes duas vezes por dia (40.7%); apenas cinco pacientes escova os dentes três vezes por dia (5.5%); um paciente afirmou escovar os dentes quatro vezes por dia (1.1%). Dezasseis pacientes afirmaram lavar os dentes mas sem regularidade diária (17.6%). Apenas dezasseis pacientes utilizam fio dentário (17.6%).

### Gráfico 7 - Regularidade de higienização oral



No total de pacientes, dezassete afirmam ser fumadores (18.7%), sessenta e seis não fumadores (72.5%) e oito deixaram de fumar (8.8%).

### Gráfico 8 - Hábitos tabágicos



## **2.2 - Atividades desenvolvidas por cada Área Disciplinar**

Num total de 157 atos clínicos realizados, 79 como operador e 78 como assistente, a Área Disciplinar com maior número de atos foi Prótese Removível, sendo que o menor número de atos ocorreu em Odontopediatria e Ortodontia.

### **2.2.1 - Medicina Oral**

A Área Disciplinar de Medicina Oral é, na maioria das situações, a primeira consulta do paciente na clínica universitária. O objetivo da consulta de Medicina Oral é obter uma história clínica extensa do paciente, anotando através de ficheiro digital da anamnese, todas as patologias do paciente. A toma de medicamentos é também um parâmetro importante de anotar, uma vez que muitos pacientes não identificam algumas patologias mesmo existindo toma de medicação que as indica. Outros parâmetros a assinalar são: hábitos de higiene oral; hábitos alcoólicos, tabágicos e uso de drogas; antecedentes pessoais em relação a problemas da cavidade oral e antecedentes familiares gerais e de tratamentos dentários.

No caso de uma primeira consulta, é sempre realizado uma ortopantomografia inicialmente, sendo um importante registo, não só na Área de Medicina Oral mas também nas restantes Áreas. A ortopantomografia serve como auxílio no diagnóstico, que deve ser realizado após preenchimento de odontograma e periodontograma, bem como da ficha de anamnese mencionada anteriormente.

No preenchimento da ficha de anamnese é fulcral assinalar o estado atual da cavidade oral, região maxilo-facial e região cervico-facial, devendo ser analisadas a partir de uma rigorosa palpação dos tecidos moles e inspeção visual. Deve ser assinalado qualquer tipo de lesão ou dúvidas de diagnóstico. Para terminar a ficha de anamnese deve ser feita a medição dos valores de tensão arterial.

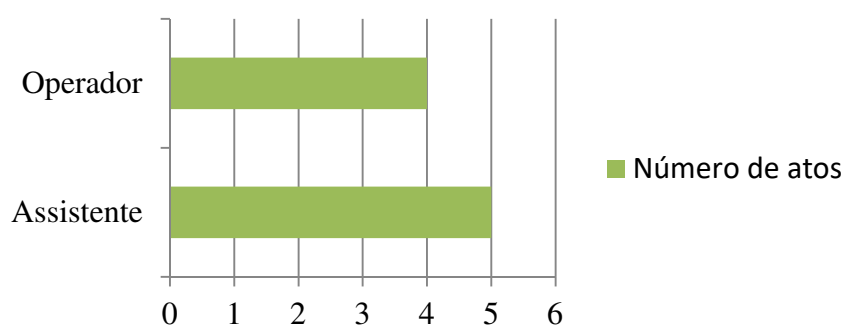
A partir de um correto diagnóstico é possível elaborar um plano de tratamento adequado de acordo com as maiores necessidades de cada paciente, tendo em conta as suas possibilidades económicas e o grau de urgência das patologias encontradas.

Outra possibilidade nas consultas de Medicina Oral é a realização de biópsias ou diagnóstico diferencial de uma lesão, sendo que nestes casos, e apesar de o procedimento ser idêntico no que toca à revisão da anamnese e possíveis radiografias,

não significa que o paciente se encontre na sua primeira consulta na clínica universitária.

No 5º ano foram realizadas nove consultas de primeira vez, quatro como operador e cinco como assistente, onde se efectuou o preenchimento da ficha da anamnese e diagnóstico de lesões de cárie entre outras patologias da cavidade oral. Reencaminhando-se o paciente para as diversas Áreas consoante o diagnóstico.

### Gráfico 9 - Atos Clínicos em Medicina Oral



#### 2.2.2 Cirurgia Oral

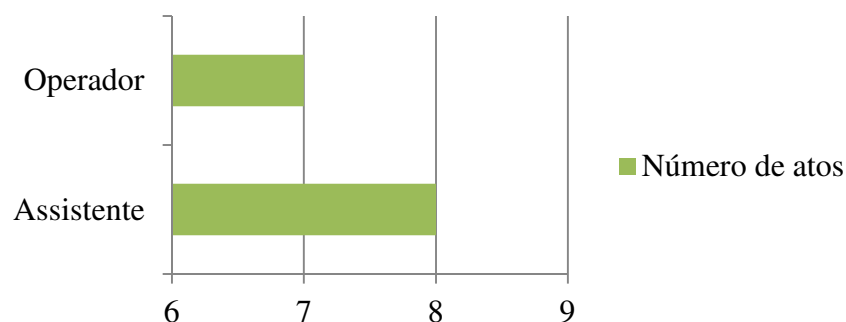
A Cirurgia Oral é a Área Disciplinar onde se executam procedimentos cirúrgicos, nomeadamente a cirurgia dento-alveolar.

Nesta Área é necessário um profundo conhecimento das estruturas anatómicas da cavidade oral, uma vez que os riscos de provocar uma lesão iatrogénica aumentam com a falta de conhecimentos anatómicos. Deste modo, o operador deve seguir um rigoroso protocolo cirúrgico logo após um correto diagnóstico, com recurso a meios auxiliares de diagnóstico, como as radiografias.

A técnica anestésica é também muito importante nesta Área, uma vez que um correto procedimento anestésico leva a uma cirurgia indolor, sendo muito importante para evitar trauma do paciente.

No 5º ano foram realizadas extrações de segundos molares, pré-molares, caninos e incisivos. Uma das complicações encontradas foi hemorragia abundante num dos casos e indisposição do paciente num outro caso. No total foram realizados quinze atos clínicos, sete como operador e oito como assistente.

## Gráfico 10 - Atos clínicos em Cirurgia Oral



### 2.2.3 Periodontologia

A Periodontologia é a Área Disciplinar onde se traça como objetivo diagnosticar, tratar e impedir o progresso de doenças periodontais. O periodonto, proveniente da palavra “*Periodontium*” significa “à volta do dente”, ou seja designa os tecidos envolventes a cada um dos dentes da cavidade oral, sendo que a mais importante função do periodonto é efetuar uma ligação do dente ao tecido ósseo (11).

A gengiva tem também muita importância na Área de Periodontologia, sendo importante determinar a altura de gengiva aderida e a presença de recessões.

Em Periodontologia, na prática clínica, é necessário realizar recolha de informação para obter o diagnóstico correto, sendo essa informação: análise da ortopantomografia e radiografia periapical; medição da bolsa periodontal; presença de recessão gengival; lesões de furca; *bleeding on probe* (BOP) e índice de placa (IP). Durante a obtenção das informações é preenchido o Periodontograma.

Dependendo do caso, pode ser essencial realizar um *status* radiográfico do paciente, de maneira a obter a certeza diagnóstica.

A medição da bolsa periodontal é realizada através da sonda periodontal, sendo contabilizados os milímetros de profundidade e assinalados no periodontograma. As lesões de furca são assinaladas a partir da sonda de Nabers e o IP é obtido com o uso de revelador de placa.

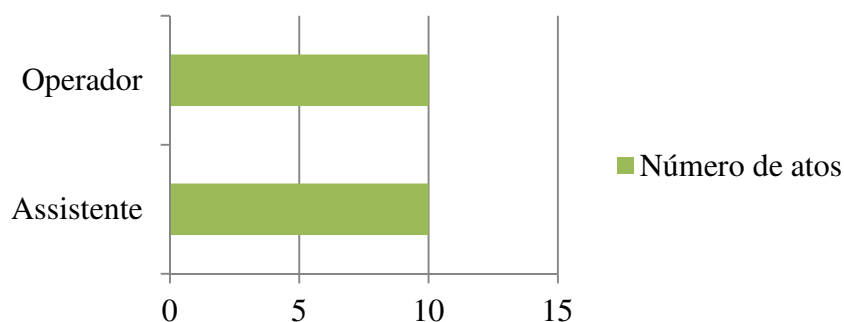
Os diagnósticos mais comuns são: Periodontite Crónica Leve induzida por placa, Periodontite Crónica Moderada induzida por placa, Periodontite Crónica Avançada

induzida por placa; Periodontite Agressiva; Gengivite induzida por placa; Gengivite Gravídica; GUNA e PUNA;

O plano de tratamento é traçado de acordo com um correto diagnóstico, sendo a destartarização e polimento a fase inicial de quase todos os planos de tratamento, podendo ser necessária uma raspagem e alisamento radiculares ou até mesmo procedimentos cirúrgicos como enxerto gengival livre.

No 5º ano foram realizadas duas raspagens radiculares, sendo os restantes casos de controlo e diagnóstico de estado de saúde periodontal, seguido de instruções de higiene, destartarização e polimento. Foram realizados diagnósticos de gengivite leve induzida por placa, Periodontite crónica leve, Periodontite crónica moderada e Periodontite crónica avançada. No total foram realizados vinte atos clínicos, dez como operador e dez como assistente.

**Gráfico 11 - Atos clínicos em Periodontologia**



#### **2.2.4 Prostodontia Fixa**

Na Área de Prostodontia Fixa o objectivo passa por efectuar tratamentos fixos, como a designação indica, sejam eles coroas unitárias, pontes, facetas ou incrustações.

Os tratamentos com recurso a pontes fixas, em cerâmica ou metal, têm como objetivo reabilitar espaços edêntulos, sendo que é necessário a presença de dentes sãos que permitam realizar preparo e que sirvam como pilares da prótese fixa, sendo fixados aos dentes preparados através de cimentação.

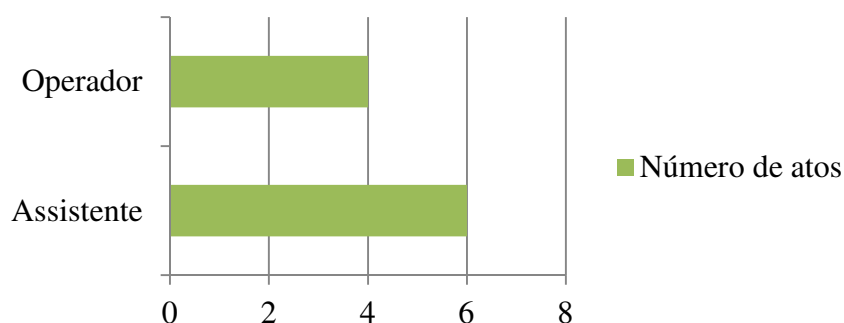
O uso de uma coroa unitária envolve o preparo de apenas um dente, sendo colocada uma coroa cerâmica, metálica ou metalocerâmica, também com recurso a cimentação.

O uso de facetas envolve um preparo dentário menos invasivo, uma vez que a faceta se utiliza apenas na zona vestibular do dente, em dentes mais anteriores, utilizando-se compósito ou cerâmica como o material escolhido para a confecção da faceta, cada um destes materiais tem as suas vantagens e desvantagens, sendo utilizada novamente cimentação. (12)(13)(14).

As incrustações podem ser realizadas com diferentes materiais dependendo da força a que o dente se encontra submetido durante a mastigação. Os materiais mais utilizados são cerâmica, metal ou compósito. As facetas provêm geralmente de fraturas ou lesões de cáries, sendo que o preparo é feito a partir do interior e não na área circundante do dente, como nos casos anteriores.(15)

No 5º ano foram realizados cinco casos de controlo, quatro de primeira consulta de avaliação a Prótese Fixa e uma cimentação definitiva. No total foram realizados dez atos clínicos, quatro como operador e seis como assistente.

**Gráfico 12 - Atos clínicos em Prótese Fixa**



### **2.2.5 Prostodontia Removível**

A Prostodontia Removível consiste na reabilitação de espaços edêntulos através de próteses removíveis. As próteses podem ser parciais ou totais e para além da devolução de estética, a sua função primária é a devolução de função. Numa prótese parcial deve-se efectuar uma correta escolha da cor dos dentes de acordo com os dentes ainda presentes em boca do paciente

As próteses podem ser acrílicas ou esqueléticas, onde se utiliza metal e polimetilmetacrilato (PMMA). Em ambos os casos existe uma fase inicial de realização

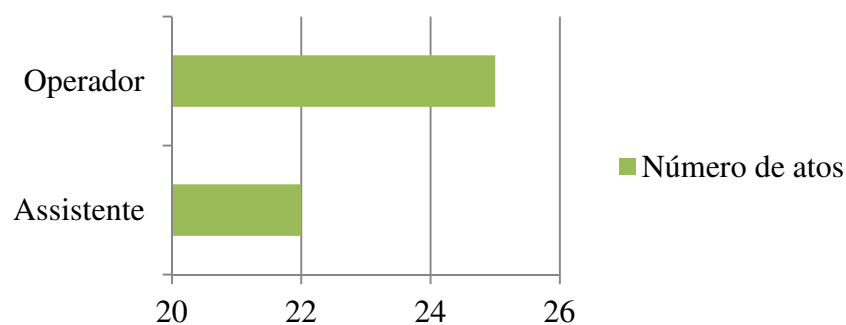
de modelos de gesso da boca do paciente, logo após impressões preliminares. Após estudo dos modelos de gesso deve decidir-se o tipo de prótese mais indicado, sendo que nas próteses esqueléticas existe uma fase de preparação pré-protética. Através de novas impressões definitivas, os modelos são enviados para laboratório, onde se inicia a fase de construção da prótese. Antes da prótese finalizada existe uma prova de infraestrutura e uma prova dentes, para determinar a correta posição, função e cor dos dentes da prótese. No final é pedida a acrilização da infraestrutura.

Outro tipo de consulta na Área de Prótese Removível pode passar pelo controlo de uma prótese removível, onde se verifica a estabilidade, retenção e função de uma prótese e se realizam pequenos ajustes caso necessário.

Nas consultas de controlo são realizados ajustes na prótese removível, como o conserto dos ganchos com recurso a alicata universal. Em situações em que a prótese removível não se encontra adaptada e com retenção e estabilidade suficientes, pode proceder-se a um procedimento de rebasamento. O rebasamento consiste na adição de material resinoso à base da prótese removível, criando uma camada de material que serve para garantir estabilidade e melhor retenção. (16)

No 5º ano realizaram-se casos de controlo e o acompanhamento de quatro pacientes na confeção de próteses removíveis parciais, desde a primeira consulta até à consulta de inserção de prótese. No total foram realizados quarenta e sete atos clínicos, vinte e cinco como operador e vinte e dois como assistente.

**Gráfico 13 - Atos clínicos em Prótese Removível**



### 2.2.6 Oclusão

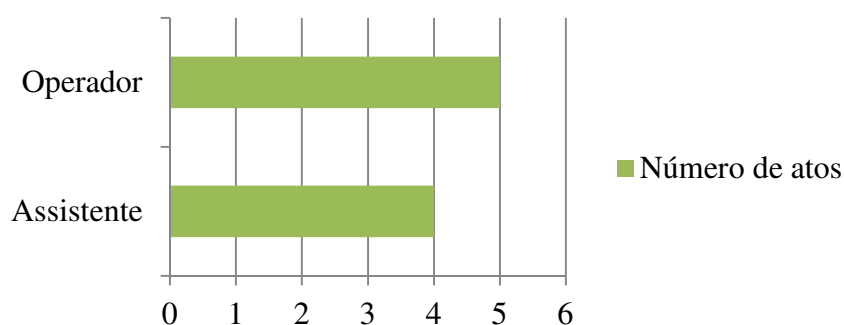
A Área Disciplinar de Oclusão envolve a avaliação do estado da ATM, músculos mastigatórios e estruturas anatómicas adjacentes. Os diagnósticos mais comuns passam pela disfunção temporomandibular, má oclusão, dor orofacial e bruxismo.

A avaliação é feita através de uma palpação rigorosa dos músculos da cabeça e do pescoço, tendo como referência o RDC (*Research Diagnostic Criteria*), que inclui também um extenso questionário.

A montagem de modelos em articulador é também crucial para obtenção de correto diagnóstico. A montagem é feita após a transferência de dados com arco facial, que transmite a correta posição da maxila do paciente em relação ao crânio, com recurso a ceras de mordida de lateralidade e de protrusão é feita a individualização do articulador. A realização ou ajuste de goteiras oclusais é também comum na clínica universitária, sendo um tratamento de eleição em pacientes bruxómanos.

No 5º ano foram realizadas três montagens em articulador e três questionários RDC foram preenchidos. Foi também realizado o ajuste de uma goteira oclusal de uma paciente bruxómana, goteira essa que se encontrava fraturada na zona dos molares. No total foram realizados nove e sete atos clínicos, cinco como operador e vinte e quatro como assistente.

**Gráfico 14 - Atos clínicos em Oclusão**



### 2.2.7 Dentisteria Operatória

Na Dentisteria Operatória, o principal objetivo é atuar de maneira preventiva, tentando reverter lesões de cárie iniciais com recurso a flúor e instruções de higiene oral. Contudo, a prevalência de cáries é muito elevada e é o motivo pelo qual muitos

pacientes se dirigem à clínica universitária. Deste modo, o tratamento restaurador torna-se necessário, de maneira a evitar a perda precoce do dente que se encontra cariado.

O correto diagnóstico de uma cárie dentária envolve a inspeção visual, testes térmicos, percussão horizontal e vertical, transiluminação, verificação de cavitação com sonda e radiografia periapical ou *bitewing*. Os exames radiográficos têm uma grande importância no diagnóstico de cáries ocultas, que não se manifestam no esmalte ou em cáries radiculares, impossíveis de visualizar.

Após o correto diagnóstico o plano de tratamento deve ser formado tendo em conta a posição do dente na arcada, a extensão da cárie e a região do dente que se encontra cariada.

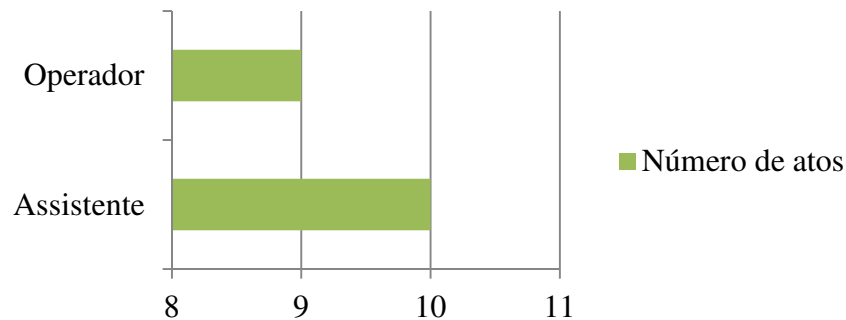
O tratamento deve ser minimamente invasivo, tendo em conta a estética e a função. As restaurações são feitas a compósito ou amálgama quando definitivas, ou com IRM quando provisórias.

Outros tipos de lesões comuns no tratamento através da Dentisteria Operatória são: lesões provocadas por trauma; lesões de abfração; lesões de abrasão; lesões de erosão e atrição.

Outro dos motivos para ocorrer um tratamento em Dentisteria Operatória pode ser inteiramente estético, ou seja realizar uma restauração que permita atingir os objetivos estéticos do paciente, sem alterar a função do dente a restaurar.

No 5º ano foram realizados diversos atos clínicos, desde aplicação de flúor com moldeira a restauração de incisivos, caninos, pré-molares e molares. As restaurações foram feitas com material IRM, compósito e amálgama, consoante o caso. Foi também realizada uma pequena gengivetomia com recurso a bisturi elétrico. No total foram realizados dezanove atos clínicos, nove como operador e dez como assistente.

## Gráfico 15 - Atos clínicos em Dentisteria Operatória



### 2.2.8 Endodontia

A Área Disciplinar de Endodontia tem como objetivo a aplicação de técnicas de tratamento dos canais dos dentes. De maneira geral, o tratamento é iniciado em casos onde as lesões de cárie provocam lesões pulpares irreversíveis ou onde se encontra estabelecida a necrose pulpar. Pode também ser necessária intervenção endodôntica em casos de trauma.

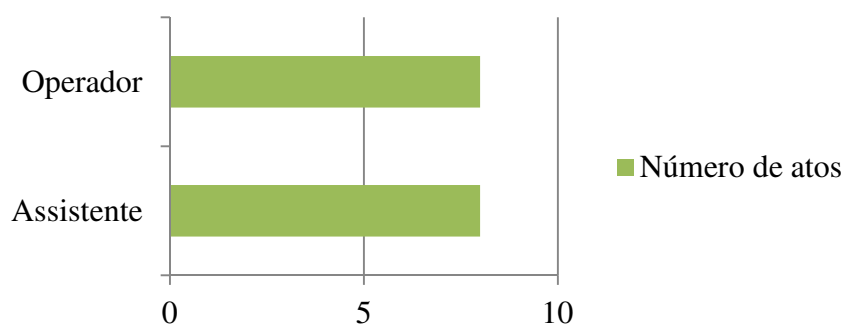
O tratamento endodôntico é realizado apenas após a colocação de dique de borracha, de maneira a obter um isolamento absoluto, atingindo um estado de assepsia e evitando infecções por meios externos ao dente a tratar. Como no tratamento endodôntico os instrumentos utilizados são de tamanho reduzido, o próprio isolamento absoluto serve como prevenção à deglutição desses instrumentos.

Após o isolamento absoluto, e da remoção do tecido cariado caso se encontre presente, procede-se à realização da abertura canalar, que deve seguir certas regras de acordo com o dente a ser tratado. É efectuado o cateterismo canalar com recurso às limas endodônticas, introduzindo-se inicialmente no canal com uma medida previamente selecionada, o que permite saber o tamanho do canal com recurso a radiografia periapical. A instrumentação canalar é feita com as limas endodônticas e pode seguir diferentes técnicas consoante o caso a tratar, tais como a técnica telescópica, semi-telescópica e preparo em chama. A instrumentação pode ser manual ou mecanizada, devendo ser complementada com recurso a irrigação abundante com hipoclorito de sódio. No final do processo de preparação canalar, procede-se à obturação com utilização de cones de Gutta-percha.

Os casos endodônticos devem ser acompanhados com regularidade para verificar a sua evolução.

No 5º ano foram realizadas instrumentações de um pré-molar superior e de um molar inferior como operador. Como assistente, foram realizados atos de pré-molar e molar. No total foram realizados dezasseis atos clínicos, oito como operador e oito como assistente.

**Gráfico 16 - Atos clínicos em Endodontia**



### 2.2.9 Odontopediatria

A Área Disciplinar de Odontopediatria envolve todas as diferentes Áreas, aplicando-as em tratamentos interceivos ou preventivos em crianças e adolescentes.

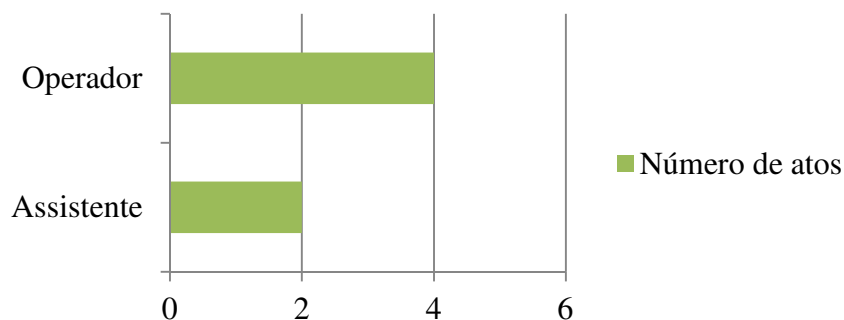
A maioria dos pacientes que recorre à clínica universitária apresenta casos de cáries dentárias. Contudo, existem também casos de complicações endodônticas ou perdas dentárias por trauma.

Nesta Área Disciplinar pode também ser feito o tratamento em pacientes com Síndrome de Down, mesmo que sejam já adultos, ocorrendo um desses casos com uma paciente de 33 anos com Síndrome de Down, atendida durante o segundo semestre do 5ºano no tratamento de cárie e destartarização. As instruções de higiene foram também muito importantes, uma vez que entre duas consultas, num espaço de dois meses, se notou uma considerável melhoria nos hábitos de higiene oral.

No 5º ano foram realizadas duas restaurações, uma em dente decíduo e outro caso num dente definitivo numa paciente com Síndrome de Down. Foi realizado um ato de

destartarização e um controlo dos hábitos de higiene oral da mesma paciente. No total foram realizados seis atos clínicos, quatro como operador e dois como assistente.

### Gráfico 17 - Atos clínicos em Odontopediatria



#### 2.2.10 Ortodontia

Nesta Área Disciplinar, o objetivo principal passa pela deteção e correto diagnóstico de problemas ortodônticos. É em Ortodontia que se procede ao tratamento de más oclusões classe II e classe III. Mordidas cruzadas uni e bi-laterais, mordidas profundas e mordidas abertas (17).

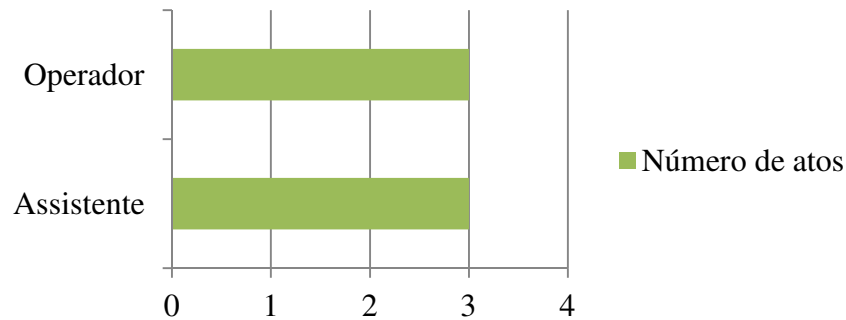
Para atingir o diagnóstico correto é necessário recorrer à radiografia. As mais utilizadas são a ortopantomografia e a teleradiografia, contudo pode ser necessário recorrer a métodos mais avançados como a tomografia computadorizada (17)(18).

Utiliza-se a análise cefalométrica de Ricketts para obter resultados acerca do crânio do paciente, o que nos fornece a classe esquelética e permite obter um diagnóstico e definir um plano de tratamento.

Os planos de tratamento envolvem aparelhos removíveis ou fixos, como por exemplo uma placa de Hawley, como observada no caso do primeiro semestre do 5º ano. Em certos casos pode ser necessário recorrer a métodos cirúrgicos.

No 5º ano foram realizados traçados cefalométricos e respetivas apresentações de caso e diagnóstico em dois pacientes diferentes. Num dos pacientes foi realizado o controlo de uma placa de Hawley enquanto que num outro foram realizadas consultas para obtenção de modelos de estudo e registo fotográfico. No total foram realizados seis atos clínicos, três como operador e três como assistente.

## Gráfico 18 - Atos clínicos em Ortodontia



### Avaliação Crítica

Em todas as Áreas Disciplinares mencionadas, a prática clínica é essencial para o aumento da experiência como futuro médico dentista. A prática clínica é necessária para cimentar os fundamentos teóricos adquiridos e sendo a profissão de médico dentista fortemente ligada à prática de ensinamentos e as relações diretas com a saúde dos pacientes, a execução de conhecimentos tem de ser feita de maneira exímia, o que só pode acontecer com a experiência adquirida.

Em Áreas Disciplinares com menor afluência de pacientes, como Odontopediatria e Ortodontia, torna-se difícil afirmar que a experiência adquirida é suficiente para iniciar uma prática clínica confiável, contudo a sua importância no processo de aprendizagem é elevada, uma vez que foi possível entender que conhecimentos práticos faltam aplicar.

A dificuldade em obter dados relativamente aos atos clínicos realizados também constitui uma barreira, uma vez que não é possível obter a partir do sistema que tipo de tratamento foi realizado.

A documentação através de registo fotográfico deveria ser adotada desde o primeiro dia em que se inicia a prática clínica. O registo fotográfico é essencial durante o percurso profissional e deveria, idealmente, ser realizado em todos os atos clínicos.

Se algo durante o percurso académico pudesse ser alterado seria a afluência de mais pacientes à clínica universitária, bem como uma distribuição mais uniforme de casos clínicos por todos os alunos. No entanto, é compreensível que, sendo uma componente prática dependente dos pacientes, seja difícil ou quase impossível realizar alterações em relação aos parâmetros referidos.



CASOS CLÍNICOS  
DIFERENCIADOS



## **3.Casos Clínicos Diferenciados**

### **3.1 Caso Clínico 1: Ferulização Provisória com Fibra de Vidro e Consulta de Controlo**

#### **3.1.1 Introdução**

A Periodontite Agressiva é um tipo de Periodontite que se manifesta em adolescentes e jovens adultos. Esta patologia surge na adolescência, ou precocemente na idade adulta, e é caracterizada por uma perda acelerada de osso alveolar. A patologia pode manifestar-se de forma generalizada ou localizada.(19)

A perda de osso alveolar e a presença de bolsas periodontais de 4mm, ou superior, leva a que exista uma mobilidade acrescida dos dentes e à sua perda precoce. Estudos demonstram que, apesar de a patologia apresentar a mesma frequência entre sexos, o sexo feminino é afetado em idades mais precoces.(20)

A Periodontite Agressiva encontra-se relacionada com hábitos tabágicos. Estudos demonstraram que um fumador de dois ou mais maços de tabaco por dia apresenta quatro vezes mais probabilidade de desenvolver Periodontite Agressiva. (20)

Segundo estudos e resultados obtidos por Hughes *et al*, o hábito de fumar é mais importante na Periodontite Agressiva do que a presença elevada de placa bacteriana, hemorragia ou profundidade das bolsas, sendo um factor que leva a um prognóstico desfavorável. (21)

Como qualquer tipo de Periodontite, não existe uma cura definitiva, existindo apenas tratamentos para evitar a progressão rápida da destruição óssea.(20) É necessário um controlo regular e efetuar uma raspagem e alisamento de todos os sextantes, numa fase inicial, segundo Hepp *et al*.(20) Segundo, Hughes *et al*, o tratamento não cirúrgico apresenta capacidades de ser eficaz no tratamento de Periodontite Agressiva. (21) A terapia com recurso a antibióticos pode também mostrar-se eficaz, podendo ser complementada com um tratamento mecânico de raspagem radicular e destartarização. (19)

No caso de existir muita mobilidade, pode optar-se pela colocação de uma férula de fibra de vidro, de maneira a não existir uma perda precoce dos dentes. Para tal utilizam-

se dentes com uma adaptação ao osso alveolar satisfatória como suporte da férula. De maneira geral os caninos, devido ao maior tamanho da raiz e conseqüentemente devido à sua menor mobilidade pela adaptação óssea, são usados como suporte.(22)

### **3.1.2 Descrição do caso clínico**

#### **Dados gerais do paciente**

Paciente do sexo feminino, com 44 anos, apresenta diagnóstico de Periodontite Agressiva. A paciente apresentava já uma férula nos dentes inferiores, contudo a mobilidade dentária era muito elevada.



**Figura 1: Fotografias Extra-Orais Frontais em Repouso;  
Intercuspidação Máxima; Sorriso**



**Figura 2: Fotografias Extra-Orais de Perfil em Repouso;  
Intercuspidação Máxima; Sorriso**

A paciente apresenta elevada sensibilidade dos dentes inferiores, referindo ser muito complicado a ingestão de alimentos frios. Foi referida uma alteração nos valores de anticorpos não especificada. A paciente realiza toma de antidepressivos e de pílula contraceptiva. É referida uma tendência a ocorrer epistaxis, não existindo qualquer patologia sanguínea.

A paciente afirma realizar uma escovagem dos dentes duas a três vezes por dia, afirmando que apenas o realiza com água quente devido à grande sensibilidade que sente nos dentes da mandíbula. Não é utilizado qualquer tipo de colutório ou fio dentário.

Paciente fumadora, com língua saburrosa e ocasionalmente apresenta herpes labial. Os dentes 1.6, 3.5, 3.6, 4.5 e 4.6 encontram-se ausentes. O dente 4.7 encontra-se restaurado com amálgama. Os dentes 1.7, 1.8, 2.6, 2.7, 3.7 e 3.8 apresentam restaurações com compósito.



**Figura 3 - Ortopantomografia da paciente**

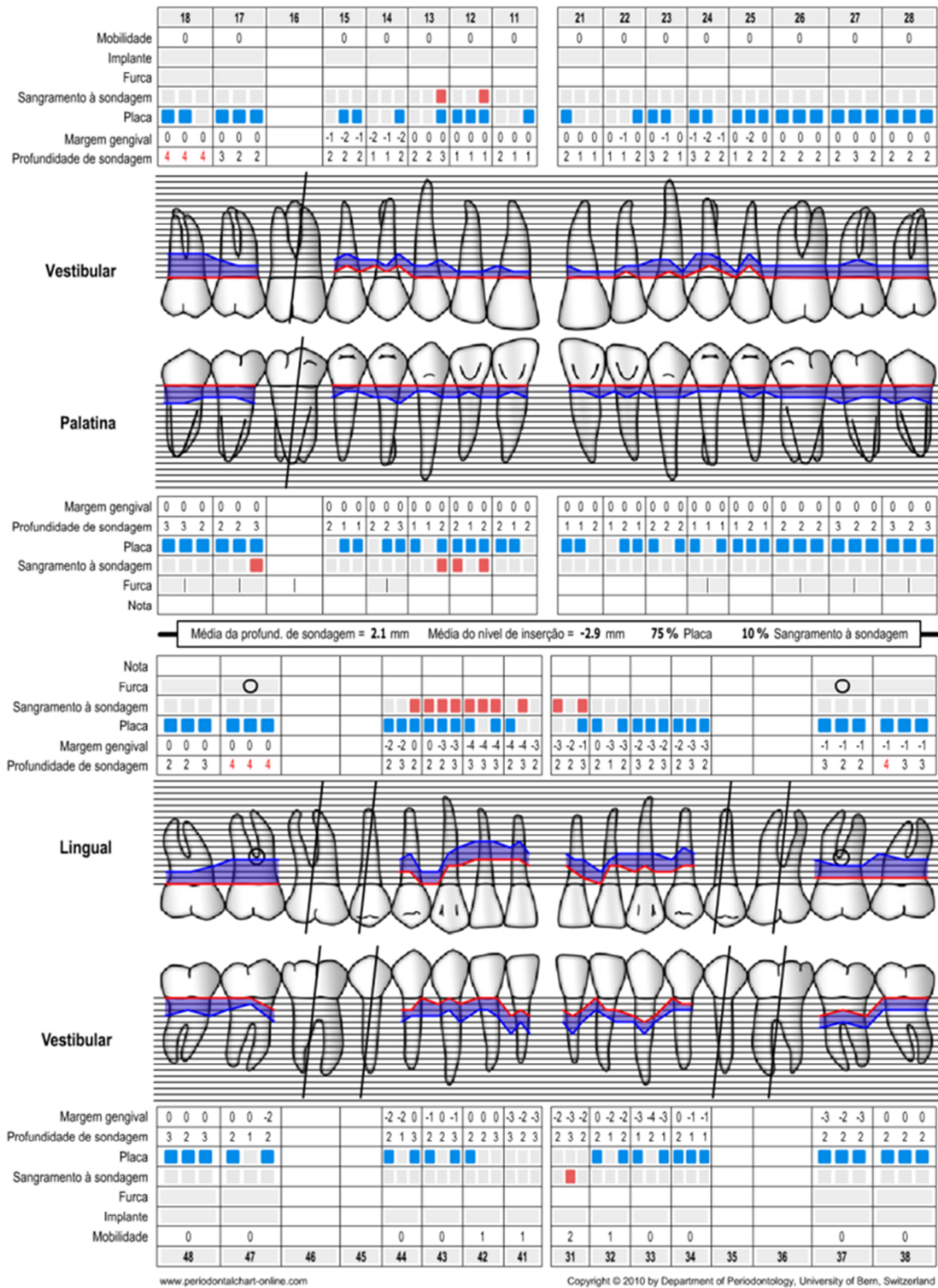
#### **Consultas efetuadas**

Este caso clínico ocorreu durante a atividade clínica da Área Disciplinar de Periodontologia, durante o 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Contudo, devido à complexidade do caso, conhecimentos adquiridos e sendo um caso particularmente importante no processo de aprendizagem, é importante ser relatado.

Em primeiro lugar foi realizada uma consulta de Periodontologia inicial, onde foi confirmado o diagnóstico de Periodontite Agressiva, com um IP de 96% e um BOP de 14%. Após a destartarização de todos os dentes, com atenção à mobilidade acrescida dos dentes inferiores, foi decidido que na próxima fase de tratamento se deveria proceder a uma curetagem cuidada do 5º sextante, o mais afetado.



foi realizado numa terceira consulta.



**Figura 5: Periodontograma da Segunda Consulta**

## **Descrição do Caso Clínico**

**Material Utilizado:** kit de observação; aspirador de saliva; luvas; máscara; lidocaína com vasoconstritor; carpule; turbina e broqueiro de Dentisteria; fibra de vidro; compósito flow; fio dentário; fotopolimerizador; adesivo e ataque ácido; papel articular.

### **Protocolo utilizado:**

- 1- Anestesia do nervo mentoniano em ambos os quadrantes. Apesar de o tratamento ser minimamente invasivo, o facto de ser utilizada turbina, e a sua refrigeração, causam sensibilidade à paciente.
- 2- Em primeiro lugar realizou-se a remoção da férula já presente com recurso a turbina e broqueiro de Dentisteria. Removeu-se o compósito presente do dente 3.3 a 4.3, com recurso a broca esférica e cilíndrica, tendo atenção à mobilidade acrescida dos incisivos, impedindo oscilações através da sua imobilização.
- 3- Após a remoção da fibra de vidro, foi realizada a preparação das superfícies linguais dos dentes, efetuando-se um pequeno polimento, seguido de ataque ácido e colocação de adesivo. Após uma pequena fotopolimerização foi colocada uma primeira camada de compósito *flow*.
- 4- Seguiu-se a colocação da fibra de vidro, bem adaptada com ajuda de fio dentário, junto às superfícies dentárias, sendo recoberta com compósito após se encontrar na posição desejada.
- 5- Efetuou-se a fotopolimerização de todo o compósito e após atingir a estabilização desejada, reforçou-se a polimerização dente a dente, de maneira a evitar zonas com consistência indesejada.
- 6- Foram removidos os excessos com turbina e broqueiro.
- 7- Verificou-se a oclusão com papel articular, realizando-se ajustes até o compósito não interferir com a posição de repouso da mandíbula.
- 8- Por fim, foi realizado um polimento do compósito, de maneira a remover zonas que pudessem causar lesões na língua da paciente.

### **Discussão e Conclusão**

A Ferulização consiste na união de dois ou mais dentes através de material rígido, fixado com material resinoso. Com a fixação da férula, é obtida uma estabilidade devido à partilha de forças entre os diferentes dentes, evitando assim a perda precoce da peça

dentária.

A férula deve, para além de estabilizar os dentes, permitir que o paciente efetue uma higiene oral cuidada, não interferir no processo de mastigação e evitar que se formem lesões traumáticas. (22)

A Ferulização temporária deve ser utilizada por um curto espaço de tempo, devendo ser substituída quando a sua função diminuir.

As vantagens da Ferulização são, como anteriormente referido, a grande estabilidade que fornece, permitindo efetuar um melhor processo de mastigação; o preço acessível; o facto de não interferir com a oclusão ou higienização oral; elevada resistência química e resistência à tração.(22)

As desvantagens de uma Ferulização com fibra de vidro são: substituição deverá ser feita a curto ou médio prazo; interferência estética devido à grande quantidade de resina composta que se utiliza; sensibilidade à abrasão e baixo módulo de tensão. (22)

Um dos problemas encontrados neste caso clínico foi o facto de a paciente não voltar a recorrer à clínica universitária durante dois anos.

### **Consulta de controlo**

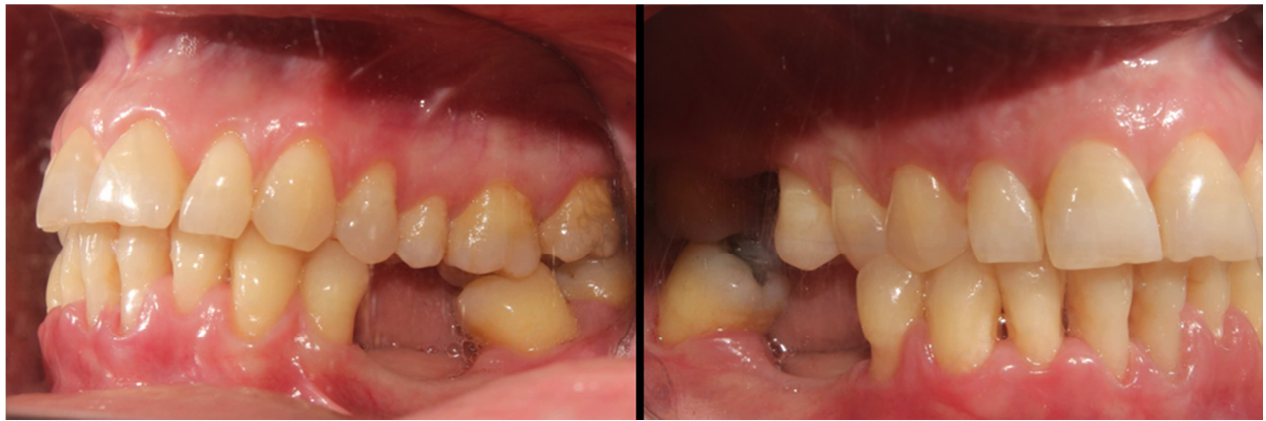
Após a realização da Ferulização com fibra de vidro, foi indicado à paciente que deveria recorrer com frequência à clínica, num espaço de tempo de três meses, para ser verificado o estado da férula e o progresso da Periodontite Agressiva. Contudo, como referenciado anteriormente, a paciente não recorreu à clínica durante dois anos.

Em Janeiro de 2018, foi possível realizar um controlo na clínica universitária, onde foi verificado o estado atual da Periodontite Agressiva e um registo fotográfico. Após o registo fotográfico foi realizada uma medição das bolsas periodontais.

Devido ao espaço de dois anos entre as consultas foi verificado na consulta de controlo que a fibra de vidro já não se encontrava na cavidade oral, restando apenas resíduos de compósito *flow*.



**Figura 6: Fotografia Intra-Oral Frontal**



**Figura 7: Fotografia Intra-Oral Esquerda; Fotografia Intra-Oral Direita**



**Figura 8: Fotografia Intra-Oral Superior; Fotografia Intra-Oral Inferior**



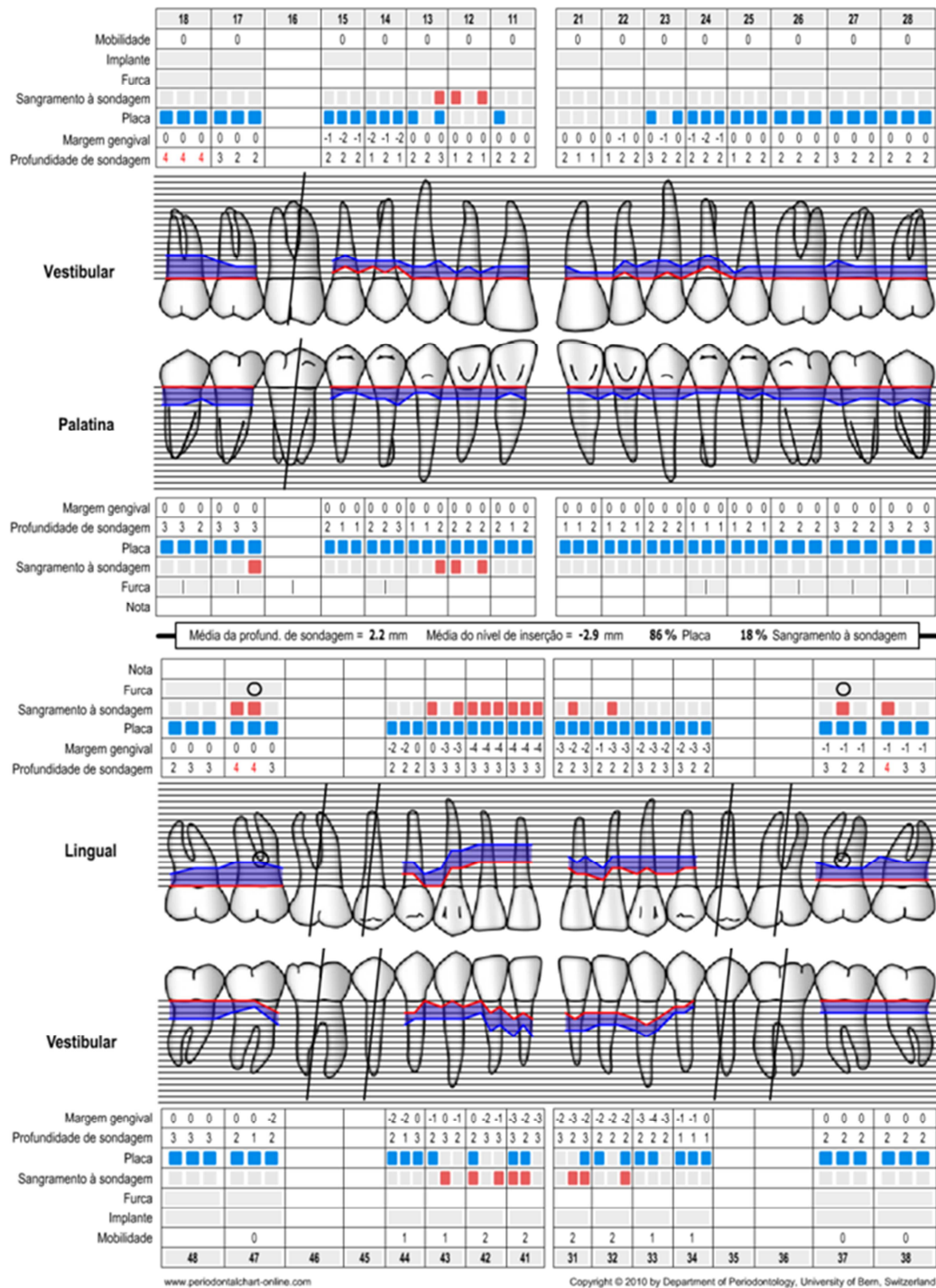
**Figura 9: Visível Recessão Gengival dos Dentes Inferiores. Presença de placa bacteriana acentuada.**

A Ferulização com fibra de vidro deve ser tratada como um procedimento provisório, existindo necessidade de controlar e substituir a férula com alguma regularidade. O facto de o compósito utilizado ser compósito flow influencia a durabilidade da Ferulização, uma vez que este é muito menos resistente que outros materiais restauradores.

A paciente referiu não saber quando é que a férula se deteriorou.

Ao permanecer dois anos sem realizar controlo ou substituição da férula, torna-se imperativo recorrer a uma reavaliação cuidada da Periodontite Agressiva. Procedeu-se ao preenchimento de um Periodontograma, avaliando a profundidade de bolsas, recessões e presença de placa bacteriana.

Verificaram-se alterações de profundidade de bolsas e das recessões, sobretudo nos dentes inferiores, na zona do 5º sextante, o que indica uma progressão da Periodontite Agressiva. Em termos de estabilidade não foram referidas modificações e, após avaliação, verificou-se uma acentuada mobilidade, sendo esta representada por grau 2 (superior a 1mm no sentido vestíbulo-lingual). Os restantes dentes apresentavam grau de mobilidade 1 (entre 0.2 a 1mm). Foi transmitida à paciente a necessidade de realizar uma nova consulta para proceder à destartarização e possível nova Ferulização para poder manter os seus dentes.



**Figura 10: Periodontograma da Consulta de Controlo**

## 3.2 Caso Clínico 2: Enxerto Gengival Livre

### 3.2.1 Introdução

As recessões gengivais são um estado clínico em que a margem do tecido periodontal é localizada numa posição apical em relação à linha amelocementária. O facto de a raiz se

encontrar exposta, para além de problemas estéticos em dentes anteriores, faz com que o risco de formação de cáries radiculares, abrasão e erosão por exposição a estímulos externos. (23)

O enxerto gengival livre é um procedimento cirúrgico realizado através da remoção tecido gengival de um local dador e a sua respetiva inserção no local recetor desejado. Este procedimento tem como principal objetivo a promoção de formação de mucosa queratinizada, permitindo recobrimento de recessões gengivais. (24)

Existem três grandes desvantagens de um enxerto gengival livre: o facto de ser um procedimento delicado, que exige uma preparação pré-operatória cuidada e uma técnica apurada por parte do operador; o facto de serem criados dois campos operatórios diferentes; o facto de poder existir rejeição do enxerto. (24)

As recessões gengivais no caso de implantes dentários, provocam uma diminuição da estabilidade do implante, levando também a uma maior exposição do osso periimplantar. Para existir sucesso do implante a longo prazo, há necessidade de, para além da sua integração óssea, de existir uma camada considerável de tecido queratinizado que permita uma maior estabilidade e a diminuição da possibilidade de infeção da área periimplantar. (25)

### **3.2.2 Descrição do Caso Clínico**

#### **Dados Gerais do Paciente**

Paciente do sexo feminino, de 56 anos, apresenta-se na consulta na Área de Prótese Removível referindo dificuldade de retenção da prótese removível inferior, suportada por dois implantes dentários. Os implantes suportam a prótese com recurso a sistema *locator*.



**Figura 11: Fotografia Extra-Oral em Repouso; Sorriso.**

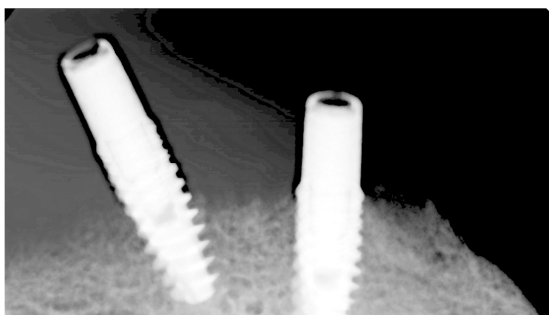


**Figura 12: Fotografia Extra-Oral de Perfil em Repouso; Sorriso.**



**Figura 13 - Posição dos implantes em boca**

De referir que os implantes, em particular o implante localizado na zona do 4º quadrante, apresentam uma inclinação pouco característica, dificultando o arranjo da prótese.



**Figura 14 - Raio-x periapical que confirma a inclinação dos implantes e a perda de suporte**

A paciente apresenta vestíbulos e freios muito reduzidos devido à perda óssea avançada. Os implantes apresentam uma presença elevada de tártaro.

A paciente não apresenta historial de patologias sistémicas nem toma de medicação para além de toma de antidepressivos

A paciente é desdentada total e apresenta apenas dois implantes na zona do 3º e 4º quadrantes, especificamente na zona do dente 3.3 e 4.3.

A paciente apresenta uma recessão gengival extensa na zona do dente 3.3.



**Figura 15 - Ortopantomografia da paciente**

### **Consultas Efetuadas**

Numa primeira consulta, após avaliação do estado dos implantes, foi verificado que a sua estabilidade se encontrava reduzida. Formaram-se hipóteses de tratamento após análise diagnóstica.

Uma das hipóteses seria a criação de uma nova prótese suportada por implantes, uma vez que a prótese atual apresenta um desgaste nos dentes muito elevado. Esta hipótese foi considerada e aceite pela paciente.

O tratamento ideal seria a remoção dos dois implantes insatisfatórios, executar uma regeneração óssea e em seguida colocar novos implantes. Contudo, as possibilidades económicas da paciente e o esforço financeiro realizado na colocação dos primeiros implantes, torna essa hipótese difícil de executar.

A paciente concordou em realizar um enxerto gengival livre, que lhe foi sugerido após a avaliação da recessão gengival na zona vestibular do implante localizado na zona do dente 3.3.

Na primeira consulta realizou-se uma remoção de tártaro dos implantes, recorrendo ao destartarizador.



**Figura 16 - Presença de tártaro na cabeça do implante**

O enxerto gengival livre foi realizado pelo Doutor Nuno Malta Santos, sendo o binómio 21 assistente. Apesar de não trabalhar diretamente no caso, considero que o facto de ser assistente do caso se tornou essencial no processo de aprendizagem, adquirindo conhecimentos práticos e teóricos durante a cirurgia.



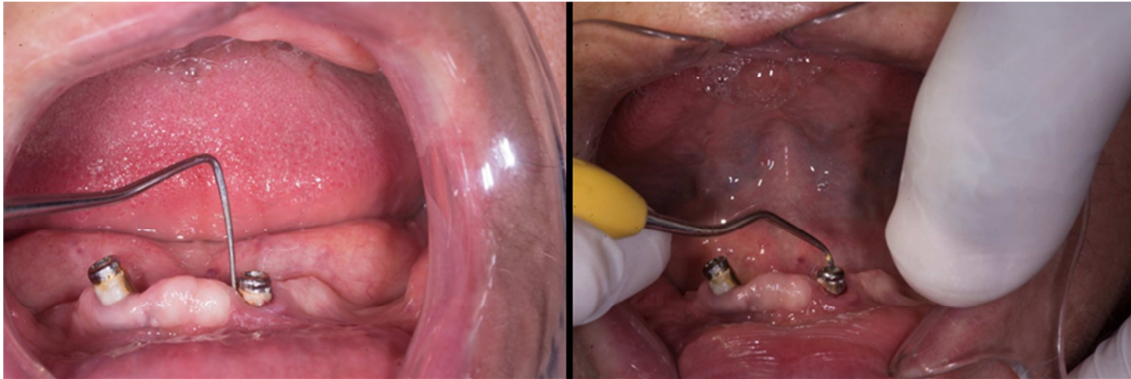
**Figura 17: Posicionamento incorreto dos implantes. Tártaro visível na zona do implante.**

#### **Descrição do Caso Clínico**

**Material Utilizado:** kit básico de observação; bandeja cirúrgica; luvas; máscara; carpule e anestubos de lidocaína com vasoconstritor; cabo de bisturi e lâmina 15; aspirador cirúrgico e de saliva; porta agulhas; fio de sutura e seringa com clorhexidina.

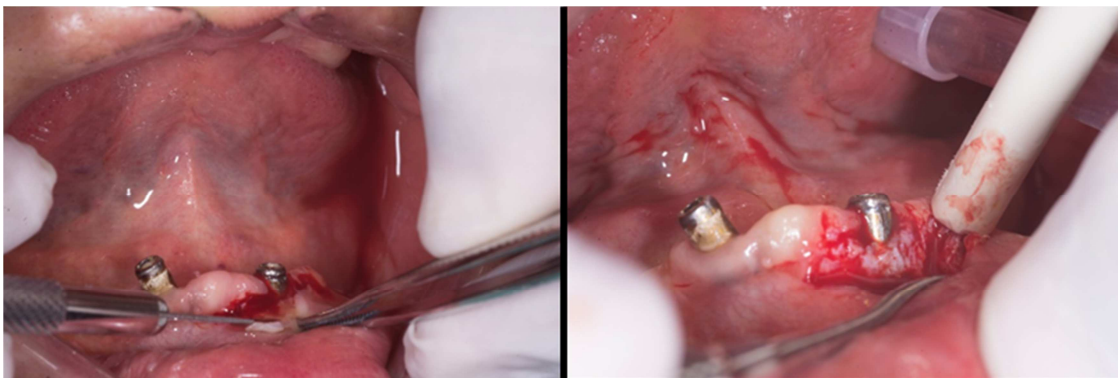
### **Protocolo Utilizado:**

- 1- Remoção de tártaro da zona do implante com recurso a cureta.



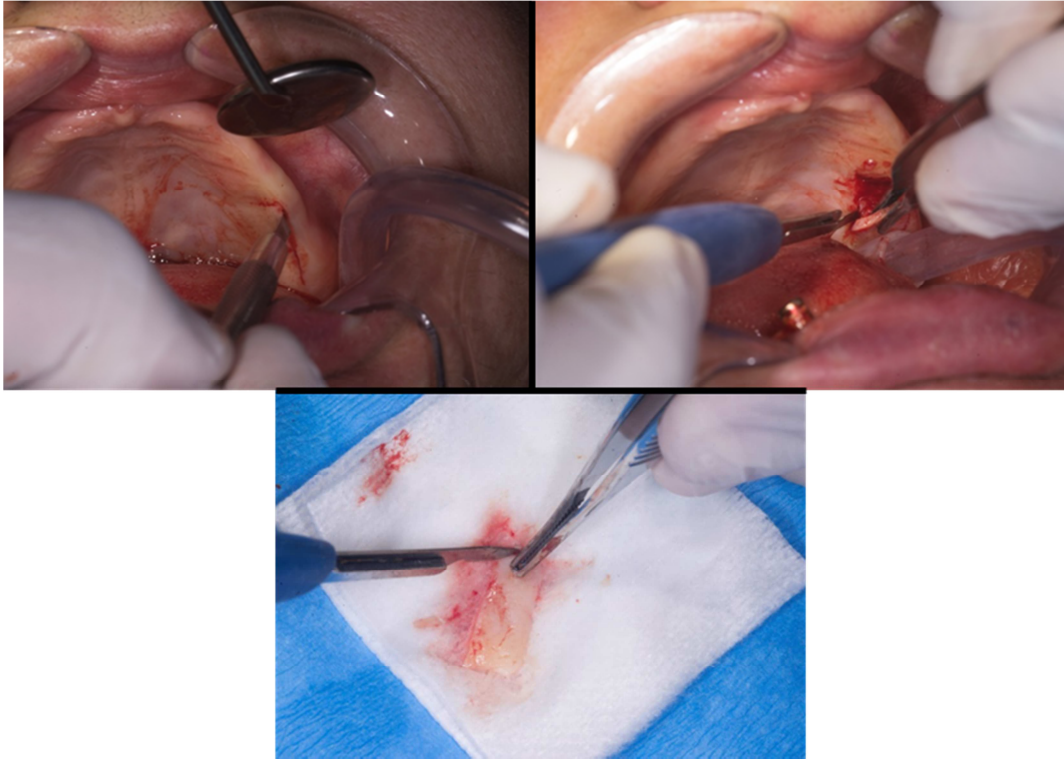
**Figura 18: Limpeza da zona do Implante com recurso a cureta.**

- 2- Realização de anestesia da área dadora do palato e da área recetora da zona vestibular do 3º quadrante.
- 3- Preparação do leito recetor para o enxerto, com incisão em espessura parcial na zona vestibular ao implante.



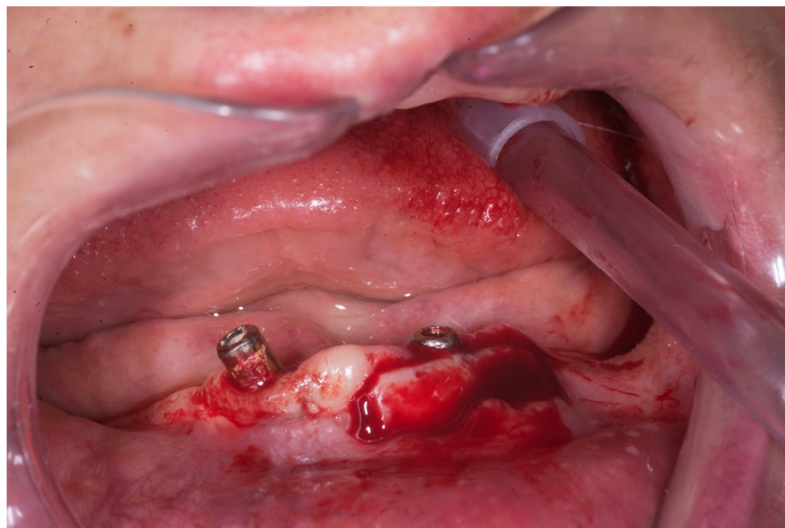
**Figura 19: Preparação do leito recetor.**

- 4- Obtenção do enxerto na zona do palato com recurso ao bisturi, removendo a zona de mucosa queratinizada.



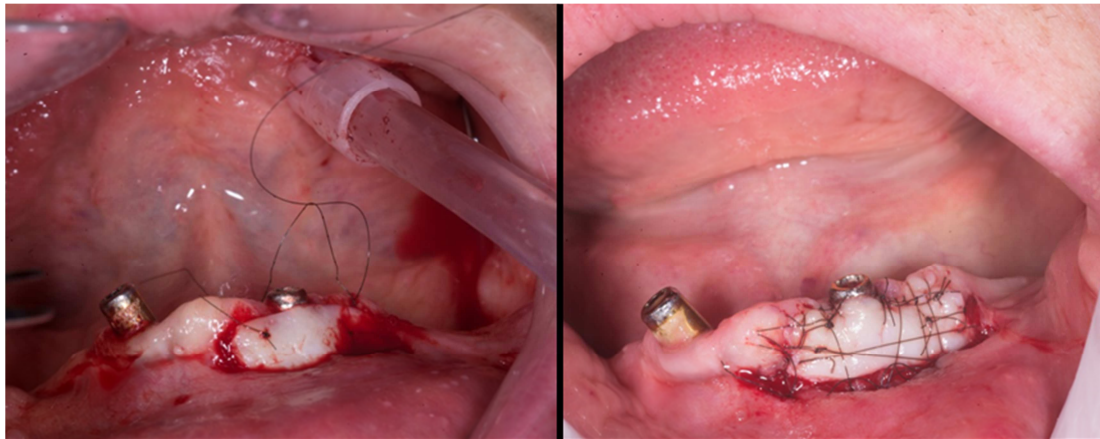
**Figura 20: Obtenção do enxerto na zona do palato.**

- 5- Colocação do enxerto na zona recetora e verificação da sua posição.



**Figura 21: Colocação do enxerto na zona recetora.**

- 6- Procedimento de sutura e estabilização do enxerto, tendo atenção à movimentação do mesmo durante os movimentos da sutura. Deve existir uma aspiração cuidadosa para obter um campo limpo que permita visibilidade, contudo deve ter-se em atenção que a aspiração pode remover e aspirar o enxerto, sendo necessário por isso realizar a aspiração não muito próxima do enxerto.



**Figura 22: Realização de sutura.**

- 7- A zona dadora do palato não é suturada, ocorrendo cicatrização de segunda intenção.
- 8- Em seguida são dadas as instruções de higiene à paciente, informando que entre oito a dez dias deve efetuar-se um controlo.

### **Discussão e Conclusão**

O enxerto gengival livre com recurso a zona dadora do palato apresentam dois problemas. O primeiro problema é o facto da zona do palato apresentar uma mucosa ligeiramente diferente em termos clínicos à zona recetora do enxerto, atribuindo assim diferentes características clínicas à zona enxertada. O segundo problema é o facto da zona dadora poder originar dores intensas aquando à cicatrização.

Este enxerto apresenta apenas uma solução inicial, não definitiva, para um problema complexo, que afeta a vida da paciente de forma considerável. Para além das dificuldades de mastigação, a estética não é favorável, causando algum transtorno psicológico à paciente.

Na consulta de controlo a dez dias, a paciente mostrou-se feliz com a primeira fase do tratamento, o que é muito importante para a continuidade do tratamento.



**Figura 23: Controlo a 10 dias. Verificação de boa cicatrização e remoção de sutura.**

A paciente continuou a ser seguida na Clínica Universitária para resolver a questão da sua prótese removível, sendo seguida por um diferente binómio.



**Figura 24: Estado atual da paciente, já com prótese removível nova. Fotografia Extra Oral Frontal em Sorriso; Fotografia Extra-Oral de Perfil em Sorriso.**



**Figura 25: Fotografia Intra-Oral Frontal com prótese removível realizada posteriormente.**

### **3.3 – Caso Clínico 3 – Tratamento de Cárie em paciente com Síndrome de Down**

#### **3.3.1 Introdução**

A cárie dentária é uma patologia de características infecciosas que é caracterizada pela destruição de dentina e esmalte, por colonização de bactérias produtoras de ácidos. A cárie é uma patologia transmissível, muito prevalente na população mundial, com uma grande evolução desde a descoberta e uso do açúcar. A dieta rica em açúcar leva a uma maior prevalência de cárie, em particular quando os cuidados de higiene oral são reduzidos, o que permite que as bactérias se instalem na cavidade oral e provoquem a destruição do dente.(26)(27)

Existem diversos tipos de tratamento para a cárie dentária, dependendo da fase em que é diagnosticada.

Numa fase inicial, a cárie, que apresenta uma cor esbranquiçada, pode ser revertida com uma higiene oral cuidada e uma aplicação de flúor. Este procedimento é raro acontecer em adultos, uma vez que pacientes jovens apresentam maior capacidade regenerativa.(28)

Contudo, existindo cavitação ou presença de coloração acastanhada ou negra, podemos concluir que a cárie não poderá ser revertida. Nesse caso o tratamento terá de ser invasivo, com recurso a turbina e contra-ângulo para remoção do tecido cariado. Após a limpeza de todo o tecido cariado o dente em questão terá de ser restaurado para

devolver a sua função, estética e para impedir uma nova reinfeção de cárie. (28)

Síndrome de Down é uma patologia genética que é caracterizada por uma errada distribuição de cromossomas durante a divisão celular do embrião. O que acontece é que em indivíduos sem a patologia, o cromossoma 21 apresenta apenas duas cópias, ao passo que um indivíduo com Síndrome de Down apresenta três cópias do cromossoma 21. Este acontecimento leva também à caracterização da patologia como “Trissomia 21”.(29)

Segundo dados recentes da OMS apresentados em 2016, a prevalência da patologia é de 1 em cada 1000 nascimentos vivos. A relação da Síndrome de Down com a idade da mãe tem sido muito estudada, assim como a presença genealógica de indivíduos com Síndrome de Down, uma vez que se trata de uma patologia de origem genética.(29)

A Síndrome de Down apresenta como características mais acentuadas o atraso mental, a hipotonia dos músculos e a dismorfia facial característica. (30) Outras características são as condições médicas geralmente associadas à patologia, como problemas de visão, problemas de audição, problemas cardíacos e apneia do sono.(29) A epilepsia e a doença de Alzheimer acontecem com maior frequência na população com Síndrome de Down, apresentando também uma capacidade comprometida na linguagem. Podem ocorrer também problemas relacionados com a tiróide.(29)

Na cavidade oral as diferenças apresentadas são: macroglossia relativa, uma vez que o tamanho da cavidade oral é reduzido; palato estreito e em forma ogival; alterações na erupção dentária; microdontia verdadeira generalizada; raízes menores; maloclusão.(31)

### **3.3.2 Descrição do Caso Clínico**

#### **Dados gerais do paciente**

Paciente do sexo feminino, 33 anos, com Síndrome de Down, apresenta-se na consulta de Odontopediatria com queixas de dores no terceiro quadrante. Paciente com hipotireoidismo, diabetes, realiza toma de: eutyrox; fluoxetina, indicado em casos de depressão; topiramato 50mg, um medicamento antiepilético.



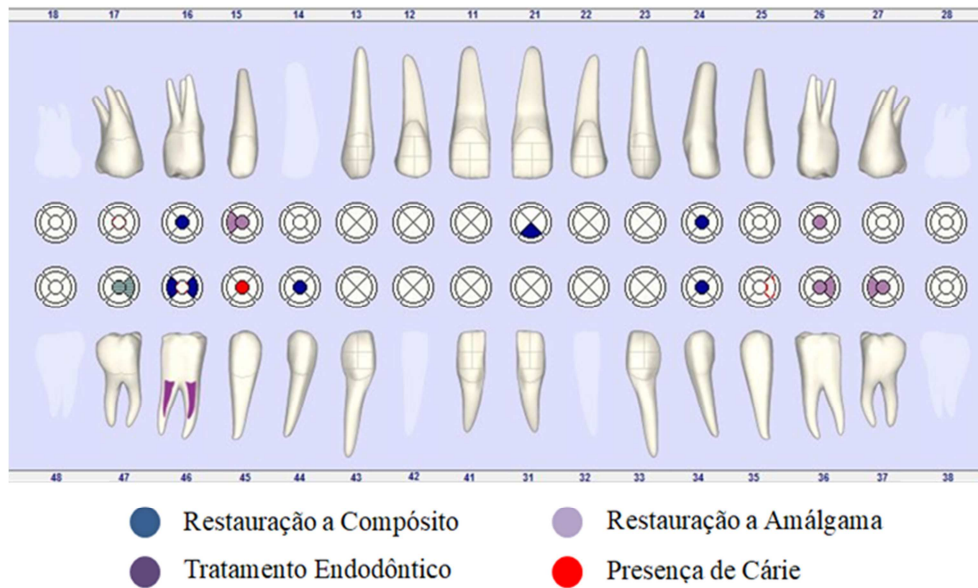
**Figura 26: Fotografia Extra-Oral Frontal em Repouso; Sorriso - Visível mordida cruzada anterior**



**Figura 27: Fotografia Extra-Oral de Perfil em Repouso; Sorriso.**

A paciente afirma escovar os dentes apenas uma vez por dia, apresentando acumulação de tártaro.

Apresenta diversas restaurações a compósito e amálgama. Endodontia do dente 4.6.



**Figura 28: Odontograma da Paciente na Primeira Consulta com o Binómio 21**

Na cavidade oral não se encontram presentes os dentes 1.4, 1.8, 2.8, 3.2, 3.8, 4.2 e 4.8.



**Figura 29 - Ortopantomografia da paciente**

### Consultas Efetuadas

Foram realizadas quatro consultas pelo binómio 21 na clínica universitária, onde se realizaram restaurações definitivas, controlos e destartarização.

Na primeira consulta, em que fui operador, a paciente referiu dor no terceiro quadrante.

Após inspeção visual, inspeção através de sonda, percussão horizontal e vertical e testes térmicos procedeu-se à realização de um raio-x periapical. Numa zona já restaurada, no dente 3.7, verificou-se e confirmou-se o diagnóstico de recidiva de cárie. De referir que a zona marcada por um sombreado abaixo da restauração do dente 3.6 indica uma falta de material restaurador que deve ser restaurada no futuro.



**Figura 30 - Periapical do dente 3.6**

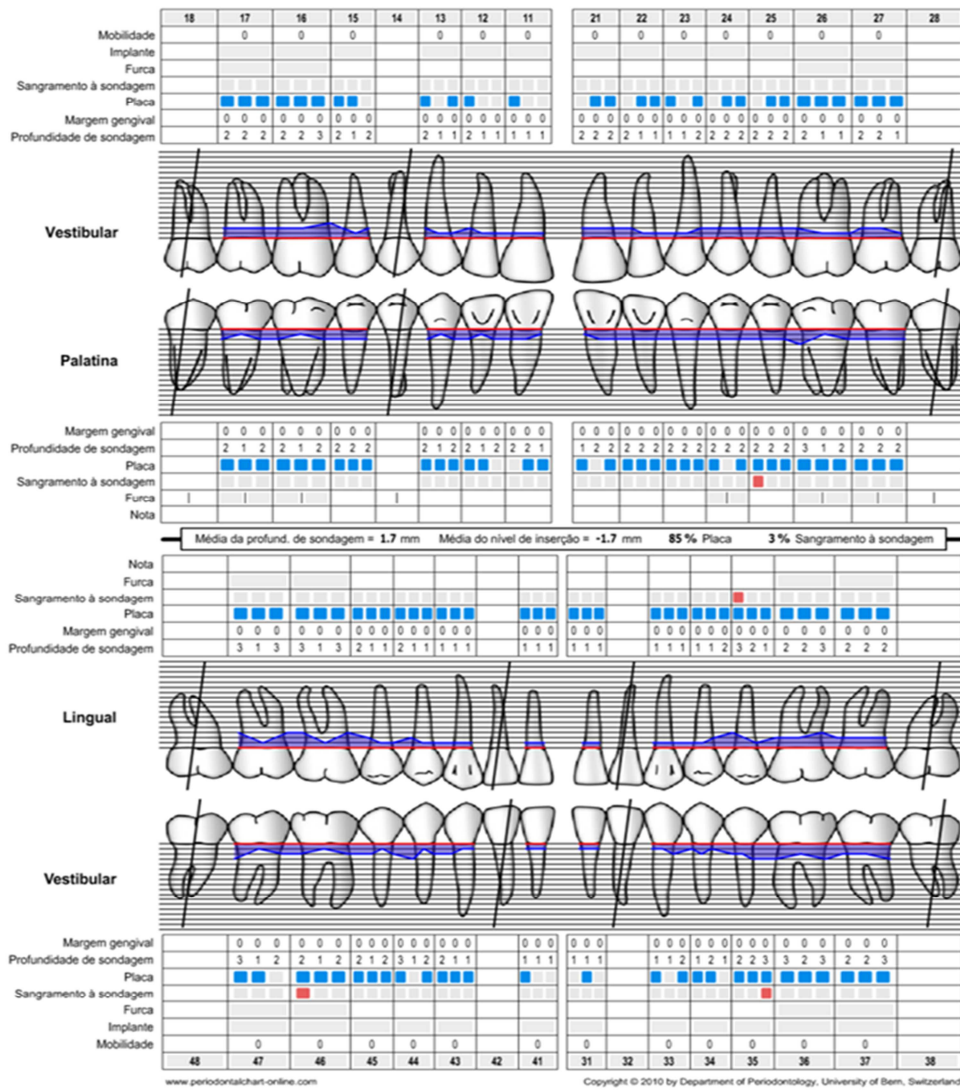
Nas consultas seguintes foram realizadas duas destartarizações e um controlo.



**Figura 31: Fotografia Intra-Oral Frontal - Possível observar-se a mordida cruzada anterior e posterior esquerda. Microdontia característica de pacientes com Síndrome de Down.**



**Figura 32: Macroglossia característica de pacientes com Síndrome de Down**



**Figura 33: Periodontograma da Paciente**

## **Descrição do Caso Clínico**

**Material Utilizado:** kit básico de observação; luvas; máscara; turbina e contra-ângulo; broqueiro de Dentisteria; carpule e anestubos de lidocaína com vasoconstritor; matriz metálica e porta-matriz; cápsulas e vibrador de amálgama; porta amálgama; condensador de amálgama e brunidor; espátulas de Dentisteria; papel articular; aspirador de saliva e cirúrgico; rolos de algodão.

## **Protocolo Utilizado:**

- 1- Em primeiro lugar procedeu-se à anestesia do nervo alveolar inferior, para evitar dor durante o procedimento.
- 2- Realizou-se um isolamento relativo com rolos de algodão.
- 3- Procedeu-se à remoção da restauração a amálgama do dente 3.7 por mesial e oclusal, com recurso ao broqueiro de Dentisteria. Após remoção de toda a restauração, removeu-se todo o tecido cariado presente, sempre com aspiração adequada para evitar contaminações de mercúrio e para manter o campo operatório limpo.
- 4- Após toda a limpeza da cavidade utilizou-se o vibrador de amálgama para tornar a amálgama presente nas cápsulas maleável. Introduziu-se a amálgama na cavidade e procedeu-se de imediato à sua manipulação com recurso a espátula e condensador de amálgama.
- 5- Após obter a anatomia correta, realizou-se um polimento da superfície com recurso a brunidor.
- 6- Utilizou-se papel articular para verificar a correta posição da oclusão, realizando-se pequenos ajustes até obter o resultado desejado.
- 7- Realizou-se raio-x final e foram fornecidas as instruções de higiene oral.



**Figura 34: Restauração finalizada. Controle após 1 ano.**

### **Discussão e Conclusão**

O caso anterior tornou-se um caso muito enriquecedor de conhecimentos, não tanto pela dificuldade de execução de uma cavidade ocluso-mesial e respetiva restauração, mas sim pela patologia da paciente e a alteração de mentalidade que o operador deve ter ao deparar-se com um destes casos.

O pensamento de um paciente com Síndrome de Down adulto, devido às características referidas anteriormente, assemelha-se ao de uma criança. Outras características que se assemelham a uma criança são a falta de paciência e inquietação. Estes fatores podem influenciar o tempo da consulta, a relação médico-paciente e também o sucesso ou insucesso dos procedimentos.

O controlo da paciente durante a consulta foi o maior problema com que nos deparámos. Para além da característica macroglossia e movimentos musculares involuntários, que tornavam difícil um controlo da posição da língua, existiram também outras complicações. A paciente demonstrou uma contrariedade elevada à realização do procedimento na primeira consulta, demonstrando também muita inquietação durante a própria consulta e por resultado do cansaço, a paciente tentava encerrar a boca durante os procedimentos. Contudo, a paciente foi lentamente aceitando que o procedimento realizado era necessário e foi ganhando confiança no operador.

Os hábitos de higiene foram reforçados entre consultas, o que demonstra uma capacidade de ouvir e reter informação por parte da paciente. Mesmo que seja difícil para a paciente realizar a sua higienização oral sem acompanhamento, foi demonstrada

uma maior vontade de melhorar a higiene e assim evitar, ou pelo menos diminuir, o aparecimento de cáries e outras patologias. A mãe da paciente também foi informada de como poderia ajudar na higienização oral da paciente.

Considera-se assim que o sucesso obtido na primeira consulta, não só no procedimento em si ou resultado final, mas também na relação médico-paciente formada, foi essencial para o correto desenvolvimento das restantes consultas. Nas consultas seguintes a paciente compareceu com a mesma inquietação e falta de paciência, contudo ela própria incentivava ao realizar dos procedimentos, o que mostra contraste em relação ao comportamento induzido por receio da primeira consulta. A confiança obtida na primeira consulta serviu como impulso para comparecer nas restantes consultas mais compreensiva e capaz de aceitar o tratamento.



REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS



## Bibliografia

1. Silveira ÉJD Da, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol e Med Lab.* 2009;45(3):233–8.
2. Aquilante, A. G., Almeida, B. S. D., Martins Castro, R. F., Xavier, C. R. G., Sales Peres, S. H. C., & Bastos JRDM. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2003;39–45.
3. Ganss, C., Schlueter, N., Preiss, S., & Klimek J. Tooth brushing habits in uninstructed adults—frequency, technique, duration and force. *Clin Oral Investig.* 2009;13(2):203.
4. Dahiya, V., Shukla, P., & Hasija S. Mouthwashes: Role In Prevention Of Oral Diseases. *Guident.* 2013;6(2).
5. Takahashi, N., & Nyvad B. The role of bacteria in the caries process: ecological perspectives. *J Dent Res.* 2011;90(3):294–303.
6. Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson NW. Periodontal diseases. 2005. 1809-1820 p.
7. Vinhas AS, Pacheco JJ. Tabaco e doenças periodontais. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac [Internet].* 2008;49(1):39–45. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(08\)70033-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(08)70033-5)
8. Vellappally S, Fiala Z, Smejkalova J, Jacob V, Somanathan R. Smoking related systemic and oral diseases. *Acta Medica (Hradec Kralove).* 2007;50(3):161–6.
9. Simões AP, Paqueta AT, Araújo M. Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2008;26(1):39–52.
10. O’Shea, R. M., & Gray SB. Dental patients’ attitudes and behavior concerning prevention. *Public Health Rep.* 1968;83(5):405–9.
11. A. MJ. Avaliação E Análise Das Distâncias Biológicas Do Periodonto Mediante Nova Metodologia. 2001.

12. Machry L. Facetas em porcelanas. Escola Aperfeiçoamento Profissional - ABO-SC; 2003.
13. Ghilardi MA. Facetas de porcelana. Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
14. B. SS. Facetas Diretas de Resina Composta Versus Facetas Indiretas em Porcelana. Departamento de Odontologia Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
15. Souza E. M., Souza Junior M. H. S., Lopes F. A. OFHR. Facetas Estéticas Indiretas em Porcelana. *J Bras Dentística Estética*. 2010;1(3):256–62.
16. Silva, R. J., Queiroz, M. S., Seixas, Z. A., Júnior, W. S. B., & Ribeiro JA. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente—relato de caso clínico. *Int J Dent*. 2009;7(3).
17. Graber, L. W., & Vig KW. *Ortodontia: princípios e técnicas atuais*. Elsevier Brasil; 2012. 8-126 p.
18. Correia F, Salgado A. Tomografia computadorizada de feixe cônico e a sua aplicação em Medicina Dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2012;53(1):47–52.
19. Batista J, Neto C, Martos J. Clinical aspects of the aggressive periodontitis : review. 2008;4(3):183–9.
20. Hepp V, Tramontina VA, Bezeruska C, Vianna GP, Kim SH. PERIODONTITE AGRESSIVA: relato de casos e revisão da literatura. *Rev Clín Pesq Odontológica*. 2007;3(1):23–31.
21. Hughes, F. J., Syed, M., Koshy, B., Marinho, V., Bostanci, N., McKay, I. J. & Marcenes W. Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis: I. Clinical features and initial outcome. *J Clin Periodontol*. 2006;33(9):663–70.
22. Sousa D. Adesivas:, Ferulização Dentária Com Recurso a Fibras De Vidro Clínica. Quando e Como Aplicar na Prática. 2014.

23. Marini MG, Greggi SLA, Passanezi E, Sant'Ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci.* 2004;12(3):250–5.
24. Shibayama, R.; Fugii WM. *Enxerto Gengival Livre*. Vol. 2. 2000. p. 107–11.
25. Gennaro G, Alonso FR, Teixeira W, Fernando J, Lopes S, Lúcia A, et al. A Importância da Mucosa Ceratinizada Ao Redor De Implantes Osseointegrados. 2006;393–401.
26. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cien Saude Colet.* 2000;5(2):381–92.
27. Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51–9.
28. Fejerskov, O., & Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. 2009. 356-563 p.
29. Coelho C. A síndrome de Down. *O Portal dos Psicólogos [Internet]*. 2016;20:1–14. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0963.pdf>
30. Alao MJ, Sagbo GG, Laleye a., Ayivi B. Aspects épidémiologiques, Cliniques et Cytogénétiques du Syndrome de Down au Service de Pédiatrie et Génétique Médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, Bénin : A Propos de 20 Cas. *Clin Mother Child Heal.* 2010;7:1–6.
31. Berthold TB, de Araujo VP, Robinson WM, Hellwig I. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *Rev ciênc méd biol.* 2004;3(2):252–60.

