



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:

Helder António Ferreira Pereira Costa

Viseu, 2019



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Atividade Clínica

Associado à Prática Clínica Integrada

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Helder António Ferreira Pereira Costa

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Co-orientadora: Professora Doutora Patrícia Couto

Viseu, 2019

“A vitalidade é demonstrada não apenas pela persistência, mas pela capacidade de começar de novo.”

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor Nélio Veiga e Co-orientadora Professora Doutora Patrícia Couto, pela enorme paciência, compreensão e motivação na realização deste projeto e por todos os conhecimentos transmitidos.

Á minha mulher Carla, pelo carinho, ajuda, compreensão e paciência nos momentos mais difíceis,

Á minha querida filhota Francisca, que é a força e a razão do meu viver!

Ao meu Pai Eugénio, que sempre me acompanhou e apoiou neste percurso,

Á minha irmã Filipa, que sempre acreditou e me deu força e palavras de conforto,

A todos os que tive o prazer de partilhar os momentos, as alegrias, as tristezas, que neste percurso me marcaram o meu Bem-Haja.

Resumo

A Medicina Dentária é uma área multidisciplinar e em constante evolução que visa a manutenção e/ou restabelecimento da saúde oral de uma forma cada vez mais conservadora. O presente relatório tem como objetivo descrever a atividade clínica do binómio 6, no decorrer do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Numa primeira parte é feita uma análise estatística descritiva dos dados recolhidos nas consultas efetuadas nas diferentes áreas disciplinares. Numa segunda parte são apresentados cinco casos clínicos diferenciados, os quais são alvo de uma reflexão crítica baseada na literatura existente.

Palavras-Chave: Medicina Dentária, Saúde Oral, Medicina Oral, Dentisteria Operatória, Periodontologia.

Abstract

Dental Medicine is a multidisciplinary and constantly evolving area that aims at maintaining and / or restoring oral health in an increasingly conservative way. This report aims to describe the clinical activity of binomial 6, during the 5th year of the Integrated Master in Dental Medicine.

In the first part, a descriptive statistical analysis of the data collected in the consultations executed in the different disciplinary areas is carried out. A second part presents five differentiated clinical cases which are the subject of a critical reflection based on the existing literature.

Palavras-Chave: Dental Medicine, Oral Health, Oral Medicine, Operative Dentistry, Periodontology

Índice

INTRODUÇÃO.....	3
MATERIAIS E MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	9
CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA	13
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR ÁREA DISCIPLINAR	17
CIRURGIA ORAL	19
MEDICINA ORAL	23
DENTISTERIA OPERATÓRIA	25
ENDODONTIA.....	31
OCLUSÃO.....	35
ODONTOPIEDIATRIA	39
ORTODONTIA.....	43
PERIODONTOLOGIA	47
PROSTODONTIA FIXA	53
PROSTODONTIA REMOVÍVEL	57
CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS	58
CASO CLÍNICO I: ENXERTO CONJUNTIVO - UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO	63
CASO CLÍNICO II - ABORDAGEM CONSERVADORA PARA A OBTENÇÃO DE UMA MELHORIA ESTÉTICA E UMA MASTIGAÇÃO FUNCIONAL.....	69
CASO CLÍNICO III - REABILITAÇÃO DE DENTE POSTERIOR COM COROA METALO-CERÂMICA COM RECURSO A UMA MATRIZ INDIVIDUALIZADA	79
CASO CLINICO IV: REMOÇÃO DE UMA LESÃO COMPATÍVEL COM FIBROMA LINGUAL COM LASER DIODO	87
CASO CLÍNICO V: MATRIZ DIGITAL PARA EXECUÇÃO DE PLANOS GUIA PROTÉTICOS	93
PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	97
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

Índice de Figuras

Figura 1 - Número de consultas como assistente e operador.	13
Figura 2 - Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento.	14
Figura 3 - Distribuição dos pacientes por género.	14
Figura 4 - Distribuição dos pacientes por idade.	15
Figura 5 - Número de escovagens por dia por paciente.	15
Figura 6 - Assiduidade dos pacientes nas consultas	16
Figura 7 - Número de consultas por área disciplinar.	17
Figura 8 - Número de consultas por área disciplinar (operador/assistente).	18
Figura 9 - Consultas realizadas em Cirurgia Oral como assistente e operador.	20
Figura 10 - Atos realizados em Cirurgia Oral, pelo binómio 6.	20
Figura 11 - Consultas realizadas em Medicina Oral como assistente e operador.	23
Figura 12 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória como assistente e operador.	25
Figura 13 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória por diagnóstico.	26
Figura 14 - Número de preparos cavitários segundo a sua tipologia.	27
Figura 15 - Atos clínicos segundo o tipo de material restaurador utilizado.	27
Figura 16 - Restaurações dentárias segundo a técnica utilizada.	28
Figura 17 - Número de preparos cavitários como operador segundo a sua tipologia.	28
Figura 18 - Consultas realizadas em Endodontia como assistente e operador.	31
Figura 19 - Consultas realizadas em Endodontia por diagnóstico.	32
Figura 20 - Atos clínicos como operador realizados em Endodontia.	32
Figura 21 - Consultas realizadas em Oclusão como assistente e operador.	36
Figura 22 - Atos clínicos realizados em Oclusão.	36
Figura 23 - Tipo de Consultas realizadas como operador em Oclusão.	37
Figura 24 - Consultas realizadas em Odontopediatria como assistente e operador.	39
Figura 25 - Tratamentos realizados em odontopediatria.	40
Figura 26 - Tipo de preparo nas restaurações em Odontopediatria.	40
Figura 27 - Tratamentos realizados como operador em Odontopediatria.	41
Figura 28 - Consultas realizadas em Ortodontia como assistente e operador.	43
Figura 29 - Tipo de Consultas realizadas em Ortodontia.	44
Figura 30 - Consultas realizadas em Periodontologia como assistente e operador.	48
Figura 31 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia por percentagem.	49
Figura 32 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia.	49
Figura 33 - Tratamentos realizados em Periodontologia.	50
Figura 34 - Consultas realizadas em Prostodontia Fixa como assistente e operador.	54
Figura 35 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Fixa.	54
Figura 36 - Tipo de consultas realizadas como operador em Prostodontia Fixa.	55
Figura 37 - Consultas realizadas em Prostodontia Removível como assistente e operador.	57
Figura 38 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Removível.	58
Figura 39 - Tipo de consultas realizadas como operador em Prostodontia Removível.	59
Figura 40 - Situação inicial.	64
Figura 41 - Enxerto Conjuntivo.	64
Figura 42 - Pós-operatório ao nível do palato.	65
Figura 43 - Pós-operatório ao nível do 3º quadrante.	65
Figura 44 - Controlo 3 meses pós-operatório (T1).	66
Figura 45 - Comparação volumétrica entre T0 e T1.	66
Figura 46 - Comparação volumétrica entre T1 e T2.	67
Figura 47 - Volume ganho entre T0-T1.	67
Figura 48 - Situação inicial do dente 46 e 42 vista lateral.	70
Figura 49 - Situação inicial do dente 46 e 42 vista oclusal.	70
Figura 50 - Regularização da cavidade e redução oclusal.	71
Figura 51 - Vista lateral do dente 46 após a regularização.	71

<i>Figura 52 - Registo de mordida em posição cêntrica.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 53 - Reprodução do remanescente dentário com silicone para modelos.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 54 - Início da construção da restauração indireta a resina composta.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 55 - Transferência da restauração indireta para o modelo de gesso em oclisor e ajuste oclusal. .</i>	<i>73</i>
<i>Figura 56 - Preparação do dente 46 para a adesão da peça.....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 57 - Situação final do dente 46.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 58 - Aplicação do corante opaco.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 59 - Estratificação da resina de forma direta.....</i>	<i>75</i>
<i>Figura 60 - Situação final do dente 42.....</i>	<i>75</i>
<i>Figura 61 - Rx Periapical dente 16.....</i>	<i>80</i>
<i>Figura 62 - Coroa Metal-cerâmica no dente 16.....</i>	<i>80</i>
<i>Figura 63 - Remanescente do dente 16.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 64 - Enceramento do dente 16.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 65 - Matriz individualizada.....</i>	<i>82</i>
<i>Figura 66 - Aplicação da resina acrílica.....</i>	<i>82</i>
<i>Figura 67 - Coto reconstruído com amálgama.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 68 - Preparo dentário.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 69 - Fotos intra-orais (lateral esquerda, frontal, lateral direita).....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 70 - Lesão compatível com fibroma traumático, localizada no bordo lateral direito do terço anterior da língua.....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 71 - Ablação da lesão.....</i>	<i>89</i>
<i>Figura 72 - Consulta de controlo pós-operatório a 8 dias.....</i>	<i>90</i>
<i>Figura 73 - Modelo de estudo digital.....</i>	<i>93</i>
<i>Figura 74 - Execução do plano guia no modelo digital.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 75 - Guia de redução dentária digital.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 76 - Verificação da adaptação da guia.....</i>	<i>95</i>
<i>Figura 77 - Execução do plano guia.....</i>	<i>95</i>
<i>Figura 78 - Plano guia finalizado.....</i>	<i>95</i>

Introdução

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o estado de saúde oral pode ser descrito pela ausência de lesões dos tecidos moles circundantes aos dentes, ausência de dor orofacial, ausência de cancro oral e faríngeo, malformações congénitas, ausência de doença periodontal, cárie dentária e outras patologias(1).

A Medicina Dentária é o ramo da Medicina que se dedica à avaliação, diagnóstico, prevenção, tratamento e restabelecimento das desordens e/ou condições que afetam a cavidade oral, a região maxilofacial e estruturas adjacentes, promovendo assim a manutenção e o restabelecimento da saúde oral(2).

A Medicina Dentária tal como a conhecemos sofreu desde os seus primórdios enormes modificações. Os primeiros indícios remontam a 5000 a.C em que textos da região da Suméria referem que a causa das cáries dentárias estaria relacionada com “vermes dos dentes”, contudo apenas em 500 a.C. Hipócrates e Aristóteles registaram com maior detalhe aspetos como padrões de erupção, estabilizações da arcada inferior ou extrações com fórceps(3).

Em 1723 Pierre Fauchard, cirurgião Francês, publicou o livro *“Le Chirurgien Dentiste”* no qual descreveu pela primeira vez a prática da Medicina Dentária que incluía anatomia oral básica, técnicas restaurativas e operativas bem como de construção protética, ficando assim conhecido como o pai da Medicina Dentária moderna(3).

A história da Medicina Dentária tem sido marcada por uma evolução constante em particular durante todo o Século XX, acompanhando assim o desenvolvimento mundial nos vários planos: económico, científico, cultural, tecnológico e educacional. Aspetos como a introdução da anestesia, o desenvolvimento dos equipamentos rotatórios, a utilização de equipamentos de imagiologia e a descoberta de novos materiais, vieram revolucionar a forma como a Medicina Dentária era praticada(4). Assim conseguiu-se melhorar o conforto para o paciente, assertividade no diagnóstico e o correto tratamento.

Na última metade do Século XX observou-se um envelhecimento global da população, devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da fecundidade e sabemos que esta tendência vai continuar a aumentar(5). Pelos últimos censos realizados em Portugal, em 2011 a população entre os 0 e os 14 anos representava cerca de 15%, enquanto que a população com 65 anos ou mais anos era de 19%(6). Com o número da população idosa a aumentar cada vez mais, surgem questões de ordem política e social no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos nomeadamente no que se refere à exclusão social, pobreza e acesso aos cuidados de saúde em particular a nível da sua saúde oral.

A evolução na forma como a Medicina Dentária tem sido praticada ao longo dos anos é enorme. Esta evolução reflete-se no nível dos serviços privados, mas também ao nível de centros de saúde que já dispõem de Médicos Dentistas para efetuar alguns tratamentos e de programas sociais desenvolvidos para o efeito. Contudo, apesar da evolução e dos esforços, Portugal continua muito abaixo da média europeia no que diz respeito à saúde oral e constata-se que as necessidades ao nível da mesma continuam insatisfeitas. Um dos indicadores-chave para a determinação da saúde oral de uma população é a percentagem de indivíduos que apresenta dentição total natural (excluindo 3º molares) e Portugal registou em 2015 um valor de apenas 28% de indivíduos com essa condição(7).

Na Clínica Dentária Universitária da UCP é efetuado o atendimento público de pacientes de todas as faixas etárias e pertencentes aos diversos estratos sociais. Os cuidados são prestados pelos alunos do Mestrado em Medicina Dentária sob a supervisão dos respetivos professores afetos a cada uma das unidades curriculares que correspondem às várias áreas da Medicina Dentária. Este relatório tem como principal objetivo a apresentação e análise estatística descritiva dos dados referentes a todos os atos clínicos efetuados pelo binómio 6, no decurso do 5ª ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária desde o dia 17 de Setembro de 2018 até ao dia 30 de Abril de 2019. Serão também apresentados em maior pormenor alguns casos clínicos diferenciados bem como alguns dos trabalhos de investigação desenvolvidos.

Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

Para a execução deste relatório foi feita uma revisão da literatura na base de dados *PubMed* sobre aspetos relacionados com a Medicina Dentária, tais como a sua história, desenvolvimento, áreas de estudo, tendências e evolução. A informação obtida foi selecionada e organizada tendo em vista o suporte científico bibliográfico deste relatório. Foram utilizados os programas: *Microsoft Word* para a edição do texto, e o *Mendeley* para a gestão das referências bibliográficas.

A recolha dos dados tem por base toda a atividade clínica desenvolvida pelo binómio 6 na Clínica Dentária Universitária da UCP, do Centro Regional de Viseu durante o ano letivo de 2018/2019 e que se encontram registados nos programas de gestão de pacientes *Newsoft*, no programa de imagiologia *Romexis* e fichas clínicas da Universidade. A análise estatística descritiva dos dados foi realizada com o recurso ao programa *Microsoft Excel* onde foram inseridos. Foi feita a contabilização do total de consultas realizadas pelo binómio e a sua identificação por operador (autor do relatório de atividade clínica) e assistente, bem como a análise dos dados sociodemográficos dos pacientes. Foi feita uma análise dos dados por área disciplinar com a respetiva distribuição e análise do número de consultas, diagnóstico e procedimento realizado.

Resultados

Resultados

Caracterização Geral da Amostra

Nesta seção apresentam-se os dados que foram recolhidos no decorrer da atividade clínica do binómio 6, durante os dois semestres do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Dentária Universitária da UCP e respetiva análise estatística. A recolha de dados foi realizada através da observação dos doentes em cada uma das áreas disciplinares onde foi realizada a história clínica, diagnóstico e respetivo tratamento. Durante o período definido, no total foram realizadas pelo binómio 188 consultas, das quais 98 como operador e 90 como assistente, conforme se pode observar na Figura 1.

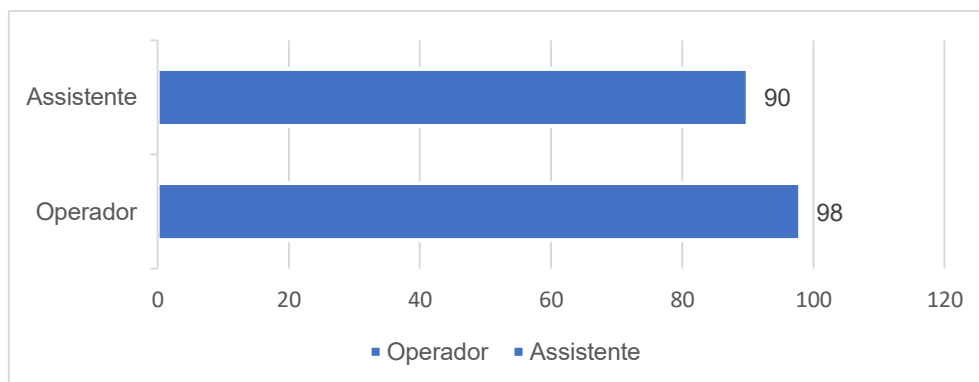


Figura 1 - Número de consultas como assistente e operador.

Do total das consultas realizadas podemos verificar, pela Figura 2, que 14 foram consultas de primeira vez nas quais são feitas a recolha de dados, avaliação inicial e 174 foram consultas de continuação de tratamentos.

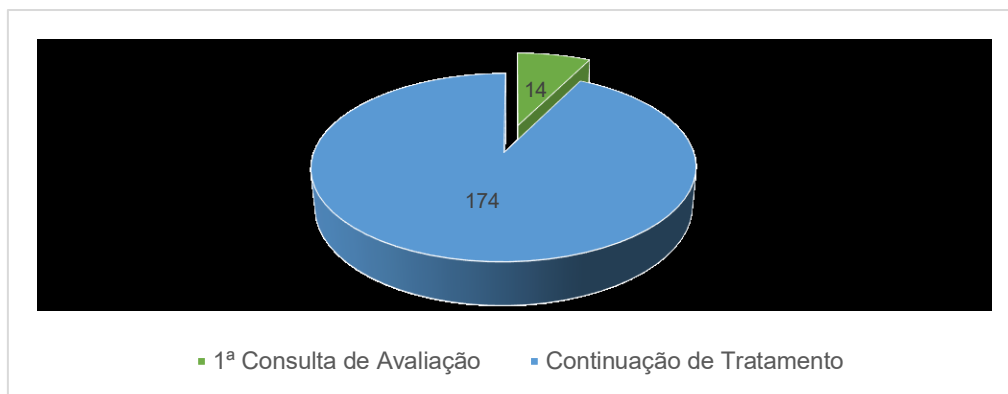


Figura 2 - Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento.

No decorrer da atividade do binómio, foram atendidos 66 pacientes diferentes, dos quais 26 eram do género masculino e 40 do género feminino, conforme se pode observar na Figura 3.

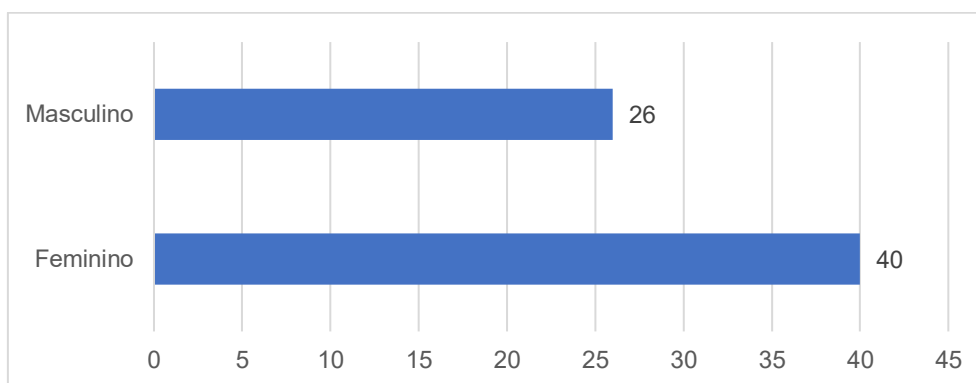


Figura 3 - Distribuição dos pacientes por género.

Relativamente à idade dos pacientes atendidos, verificou-se que a média de idades foi de 50 anos, o paciente de menor idade tinha 7 anos e o paciente com maior idade tinha 82 anos e que os pacientes com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos foram em maior número, conforme se pode verificar pela Figura 4.

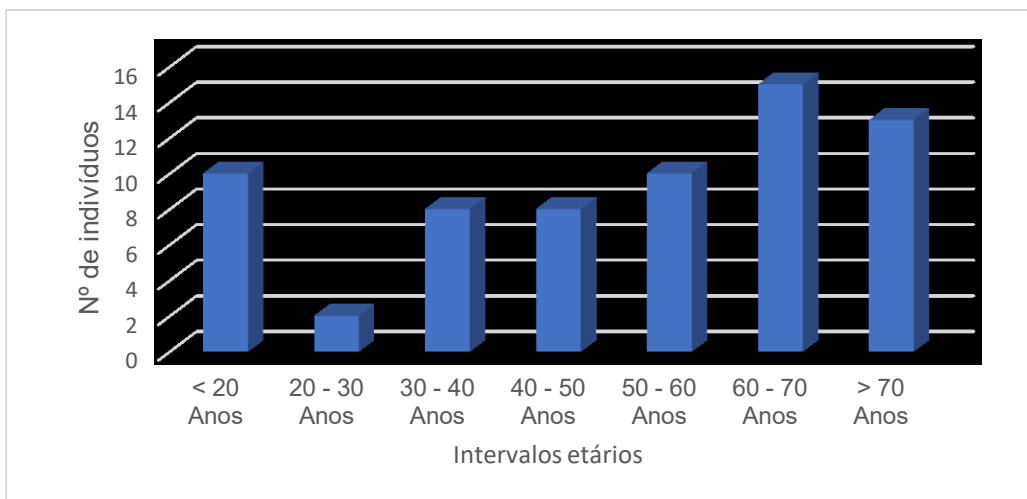


Figura 4 - Distribuição dos pacientes por idade.

No que diz respeito aos hábitos de escovagem, foi feito o registo por paciente do número de escovagens por dia (zero, uma, duas, três ou quatro vezes/dia). Conforme se pode verificar na Figura 5, a maior parte dos pacientes refere escovar os dentes entre uma a duas vezes por dia, contudo existem 6% que refere não escovar os dentes.

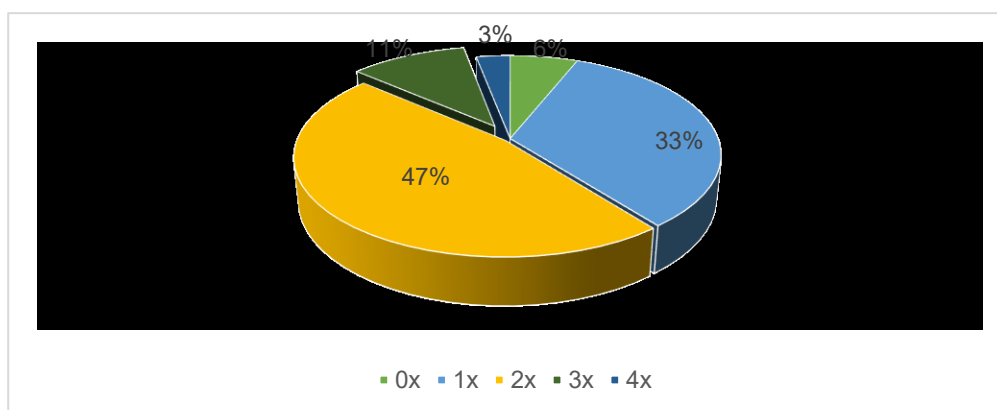


Figura 5 - Número de escovagens por dia por paciente.

Relativamente à assiduidade dos pacientes às consultas, verificamos pela análise da Figura 6, que o número de desmarcações e faltas é relativamente baixo, tendo sido apenas registadas 30 desmarcações e apenas 5 faltas.

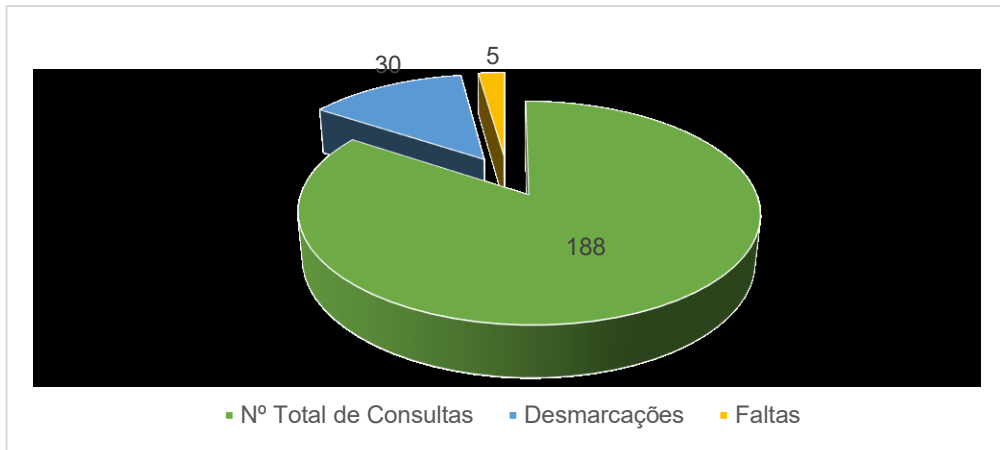


Figura 6 - Assiduidade dos pacientes nas consultas

Caracterização da Amostra por Área Disciplinar

Nesta seção irá ser apresentada a distribuição do número de consultas e respetivos procedimentos clínicos efetuados em cada área disciplinar. Na Figura 7, é apresentado o número de consultas realizado pelo binómio 6 em cada uma das áreas disciplinares. É possível verificar que foi efetuado um maior número de consultas na área disciplinar de Prostodontia Removível, com um total de cinquenta e uma consultas realizadas, enquanto que na área disciplinar de Ortodontia, registou-se o menor número, com apenas cinco consultas realizadas.

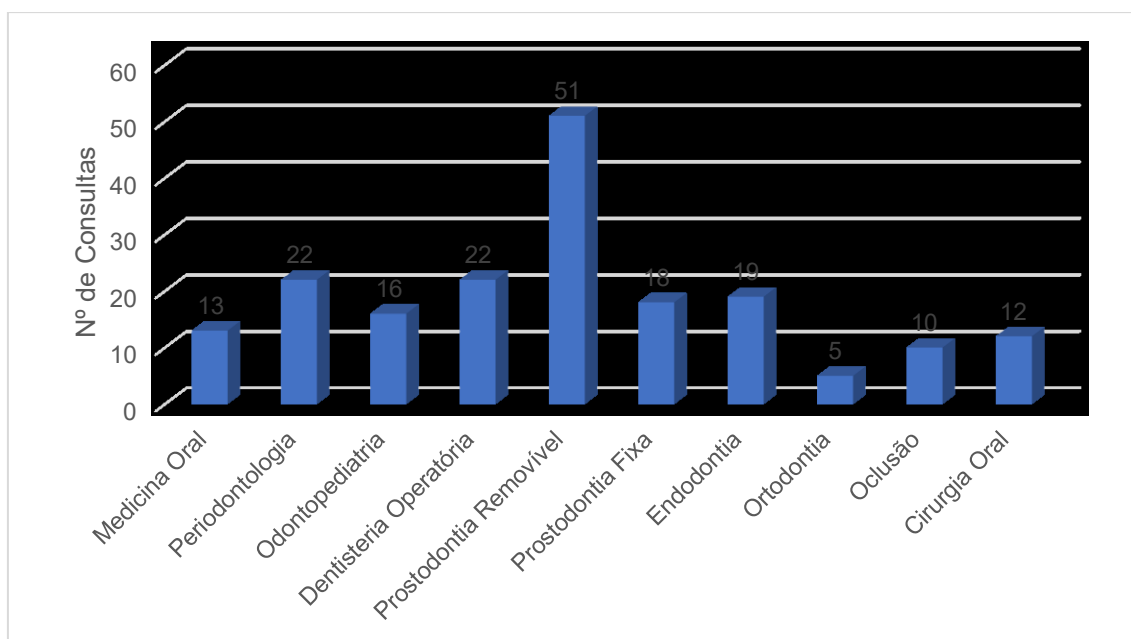


Figura 7 - Número de consultas por área disciplinar.

Na Figura 8, podemos verificar a distribuição de consultas realizadas como operador e assistente por área disciplinar, o qual demonstra uma relação uniforme na distribuição dos atos clínicos como operador e assistente na maioria das áreas disciplinares.

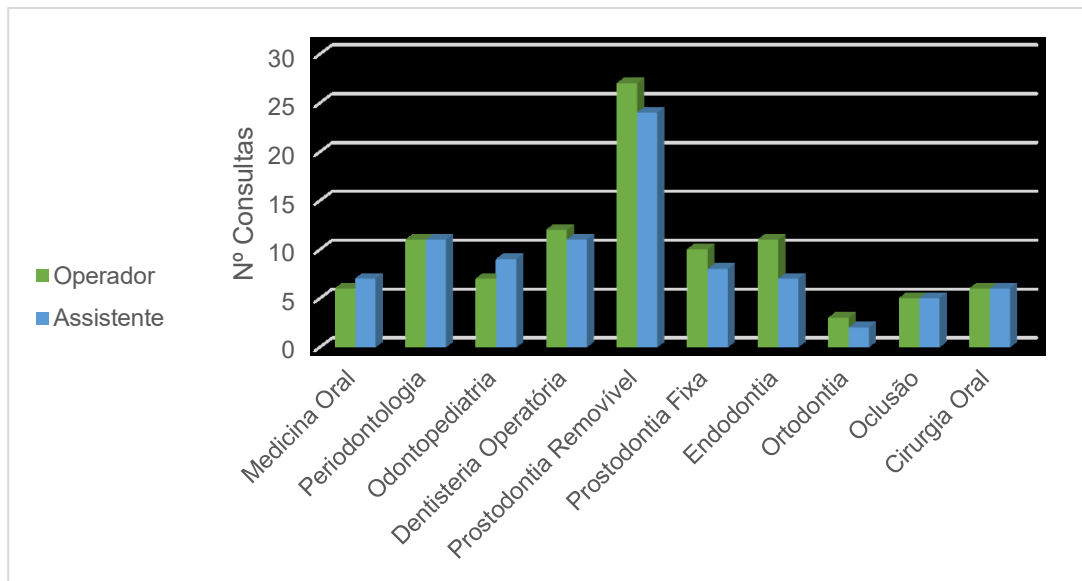


Figura 8 - Número de consultas por área disciplinar (operador/assistente).

Cirurgia oral

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento cirúrgico da patologia da cavidade oral, lesões e anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas(8). Para proceder a uma cirurgia na cavidade oral, quer seja um remanescente dentário ou um siso incluso, é fundamental termos um conhecimento prévio do estado de saúde geral do paciente, assim devemos realizar uma história clínica detalhada por forma a recolher o maior número de elementos possíveis que nos auxiliem na preparação da cirurgia e no decorrer da mesma(9). Existem diversos fatores a ter em conta na preparação do ato cirúrgico, entre os quais está a medicação que o paciente faz, uma vez que determinados fármacos condicionam a atuação cirúrgica e o sucesso do pós-operatório. Em pacientes que fazem terapia anticoagulante, é necessário medir o *International Normalized Ratio* (INR), de forma a prever o risco de hemorragia durante a cirurgia. Este índice deve ter um valor entre 2 e 3 para que possa ser feita a cirurgia de forma segura com um risco hemorrágico normal. Sempre que este valor seja superior a 3 a cirurgia deve ser adiada(9). Também no caso de pacientes que façam terapia com bifosfonatos, especialmente em formulação injetável por longos períodos, existe um risco acrescido de osteonecrose e desta forma uma dificuldade acrescida na cicatrização, assim nestes pacientes é importante fazer um bom planeamento cirúrgico para avaliar a extensão da área a ser intervencionada e o tipo de cirurgia a executar e assim minimizar o risco de complicações pós-operatórias(10). Outra das preocupações que o Médico Dentista deve ter antes da cirurgia diz respeito às doenças sistémicas do paciente. Está descrito na literatura científica que os pacientes diabéticos têm uma maior dificuldade no processo de cicatrização(11) e que pacientes com próteses valvulares devem fazer antibióterapia profilática(12).

As consultas de Cirurgia Oral realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de duas horas com uma periodicidade semanal, são executadas maioritariamente extrações de peças dentárias mono ou multirradiculares, cirurgia pré-protética e cirurgia de processos infecciosos. As extrações dentárias podem ser realizadas por técnica fechada (mais comum) ou técnica aberta que

pode envolver a existência de um retalho, odontosecção ou osteotomia. Nesta área disciplinar foram realizadas doze consultas, das quais seis como operador e seis como assistente conforme se pode verificar na Figura 9. No total das consultas foram feitas catorze extrações dentárias das quais oito por técnica fechada, seis por técnica aberta com recurso a odontosecção e osteotomia e uma consulta de controlo conforme se pode verificar na Figura 10.

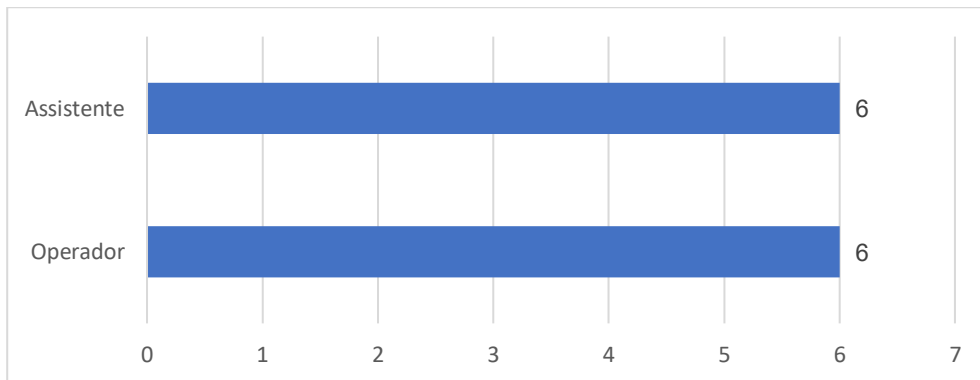


Figura 9 - Consultas realizadas em Cirurgia Oral como assistente e operador.

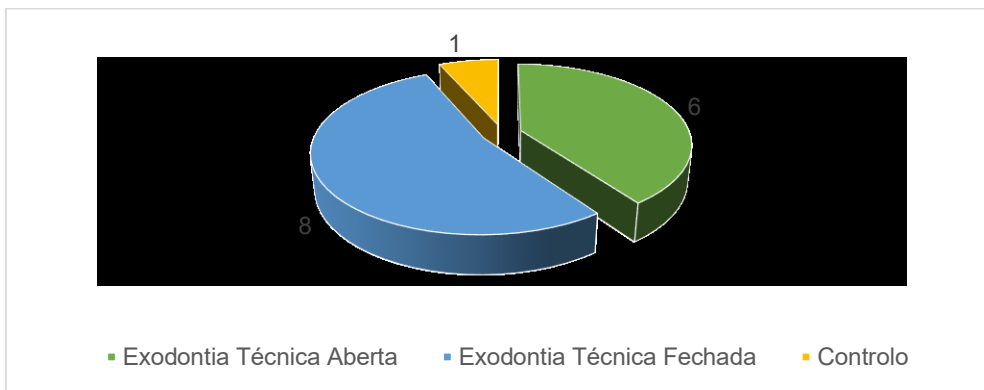


Figura 10 - Atos realizados em Cirurgia Oral, pelo binómio 6.

Nas seis consultas realizadas como operador, foram efetuadas sete extrações dentárias, das quais três por técnica fechada dos dentes 38, 34, 36 e quatro extrações por técnica aberta, dos dentes 36, 24, 31 e 41.

Medicina Oral

É uma especialidade da Medicina Dentária que estuda a condição médica de saúde oral do paciente e que elabora o diagnóstico de doenças da mucosa oral, dor orofacial, doenças das glândulas salivares, complicações orais decorrentes de doença sistémica e comprometimento sensorial e neurológico do complexo orofacial(13).

Na Clínica Dentária Universitária, todos os doentes que vêm pela primeira vez, são atendidos na consulta de Medicina Oral, conjuntamente com a área disciplinar de Medicina Dentária Preventiva. A Medicina Oral tem a duração de duas horas com periodicidade semanal, na qual é efetuada a história clínica do paciente, exame físico intra e extra oral, diagnóstico, elaboração de um plano de tratamento e o respetivo encaminhamento para as diversas especialidades. É feito o controlo, seguimento e tratamento de qualquer patologia oral que mereça atenção, bem como a realização de biópsias incisionais ou excisionais das lesões que apresentem indicação para confirmação histopatológica.

Foram realizadas treze consultas, das quais seis como operador e sete como assistente, Figura 11. Numa das referidas consultas foi efetuada uma biópsia excisional que foi enviada para análise histopatológica e que será apresentada mais à frente neste relatório como um dos casos clínicos diferenciados. Nas restantes consultas os pacientes foram reencaminhados para as diversas áreas de atuação clínica consoante o diagnóstico e plano de tratamento efetuado.

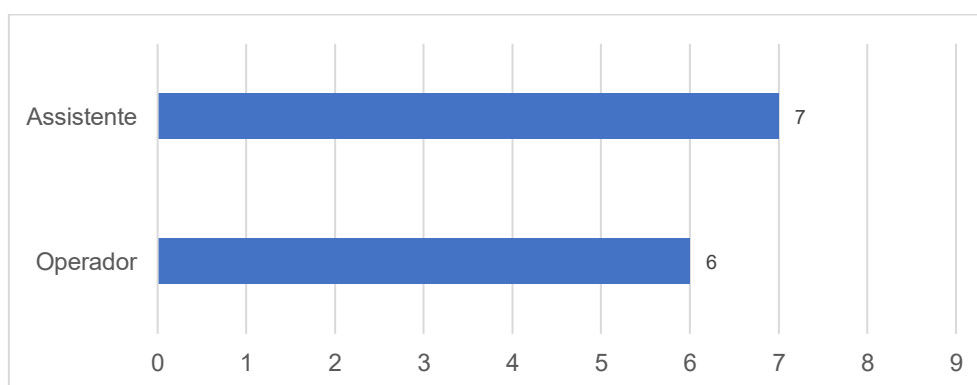


Figura 11 - Consultas realizadas em Medicina Oral como assistente e operador.

Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é a área da Medicina Dentária que se dedica ao restabelecimento da forma, função e da estética de peças dentárias fraturadas, cariadas ou que de alguma forma se encontram comprometidas e requerem a atenção do Médico Dentista. A cárie dentária é a doença mais prevalente a nível mundial que afeta adultos e crianças, se não for tratada os ácidos libertados pelas bactérias presentes no biofilme podem originar cavidades na estrutura dentária (14). Ao longo dos últimos anos, com o avançar da ciência e a criação de novos materiais dentários, as técnicas restauradoras têm sofrido grandes evoluções. O aparecimento de novos adesivos tem possibilitado novas técnicas adesivas de restaurações a resina composta com resultados funcionais e estéticos bastante interessantes(15).

A estado pulpar do dente a tratar é extremamente importante e é decisiva no tratamento a adotar. Nas consultas de Dentisteria Operatória muitas vezes existe a necessidade de recorrer aos testes térmicos para avaliar este estado. As consultas realizam-se todas as semanas e têm uma duração de três horas, durante as quais é possível efetuar o diagnóstico do caso, elaborar o plano de tratamento mais adequado e proceder ao respetivo tratamento. Foram realizadas vinte e três consultas, das quais doze como operador e onze como assistente, conforme se pode verificar na Figura 12.

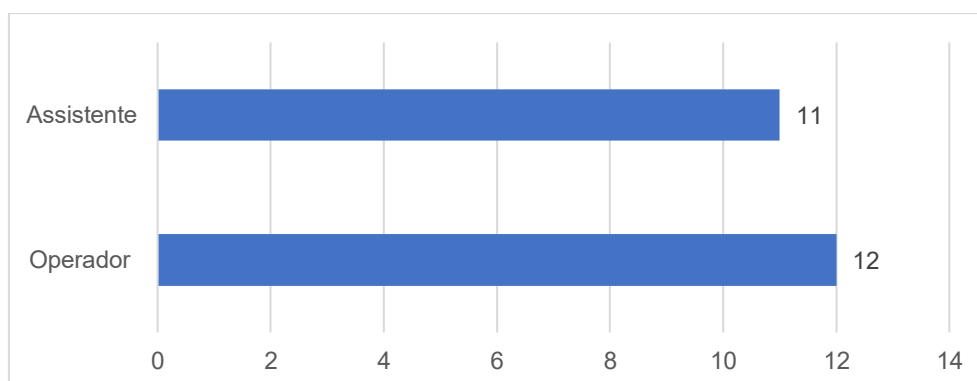


Figura 12 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória como assistente e operador.

Quanto ao diagnóstico que motivou o tratamento é possível verificar pela análise da Figura 13 que, dez dos tratamentos foram devidos à presença de cárie, seis por lesão de abfração, cinco por fratura coronária, um por motivos estéticos e um por restauração pós-endodôntica.

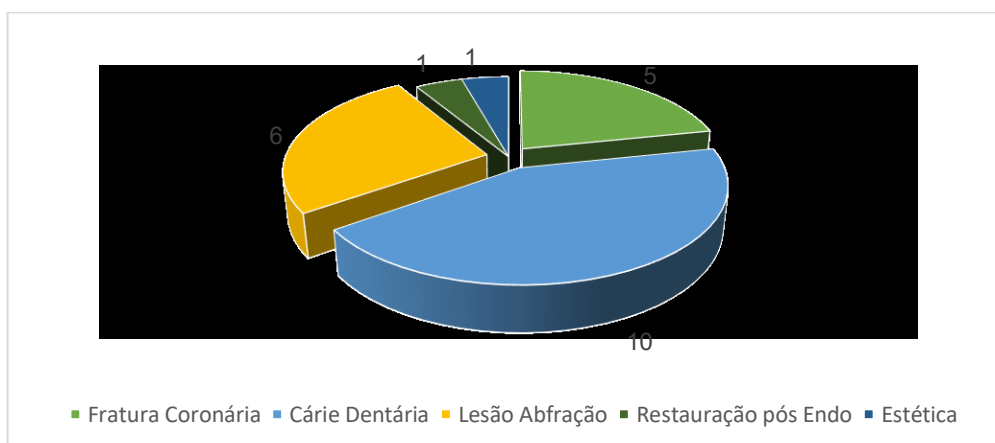


Figura 13 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória por diagnóstico.

Quanto à natureza do preparo cavitário executado, segundo as Classes de Black, a maior parte foram Classe II com treze preparos, seis preparos Classe V, três preparos Classe I e apenas um preparo classe IV conforme se pode verificar na Figura 14. Estes preparos foram devidamente restaurados com diversos materiais, selecionados em função da natureza do próprio preparo, tipo de dente, sintomatologia, função e estética. Assim, através da Figura 15, é possível visualizar os tipos de materiais restauradores utilizados, sendo que, o mais empregue foi a resina composta, com dezanove preparos restaurados, seguida pelo ionómero de vidro com três preparos restaurados e o IRM com apenas um.

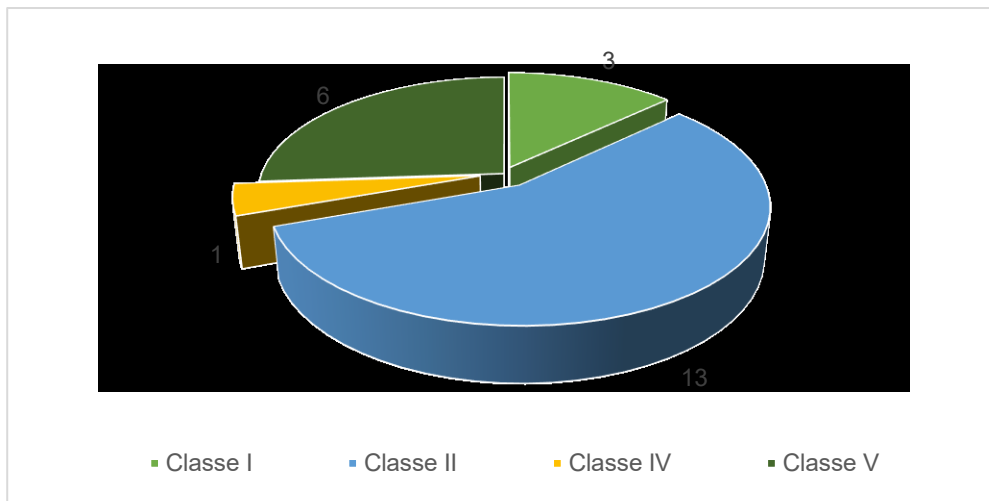


Figura 14 - Número de preparos cavitários segundo a sua tipologia.

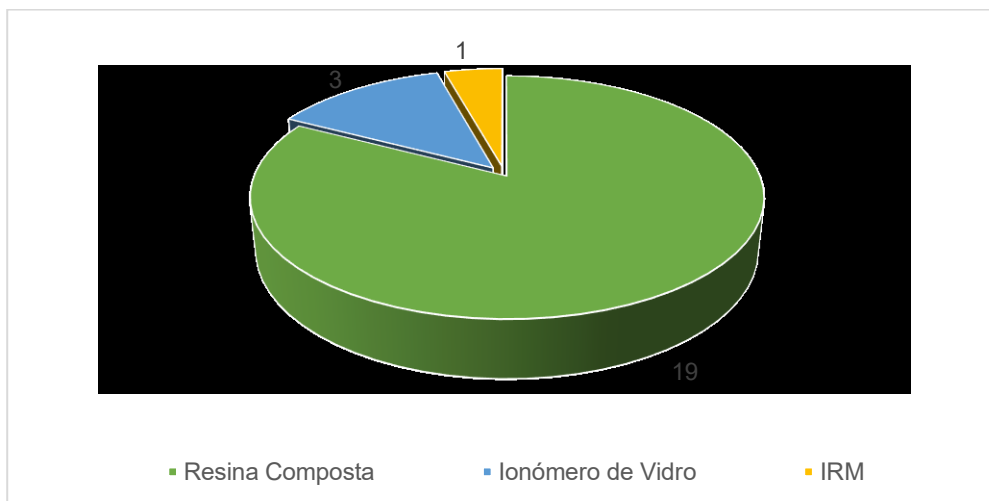


Figura 15 - Atos clínicos segundo o tipo de material restaurador utilizado.

Relativamente à técnica restauradora utilizada, esta pode ser direta, sempre que a restauração é efetuada diretamente no dente a restaurar, ou indireta, quando a restauração é elaborada num análogo, que reproduz o remanescente dentário. Na Figura 16, é possível verificar que a esmagadora maioria das restaurações foram efetuadas pela técnica direta (vinte e uma restaurações) enquanto que apenas duas foram realizadas pela técnica indireta.

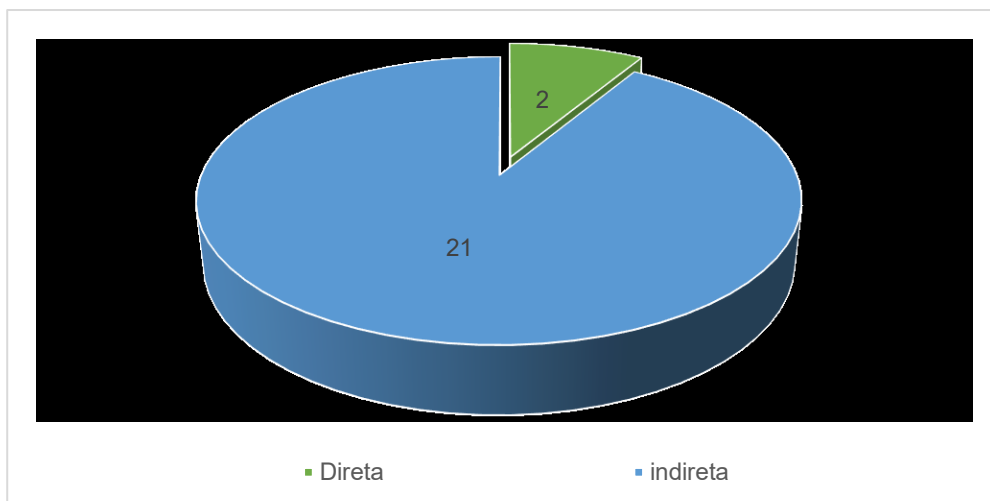


Figura 16 - Restaurações dentárias segundo a técnica utilizada.

No que diz respeito aos atos clínicos como operador, foram efetuados seis preparos cavitários Classe II, cinco Classe V e um Classe IV, como se pode verificar na Figura 17, onze dos preparos foram restaurados de forma direta e um de forma indireta, o qual será apresentado mais à frente neste relatório como um dos casos clínicos diferenciados.

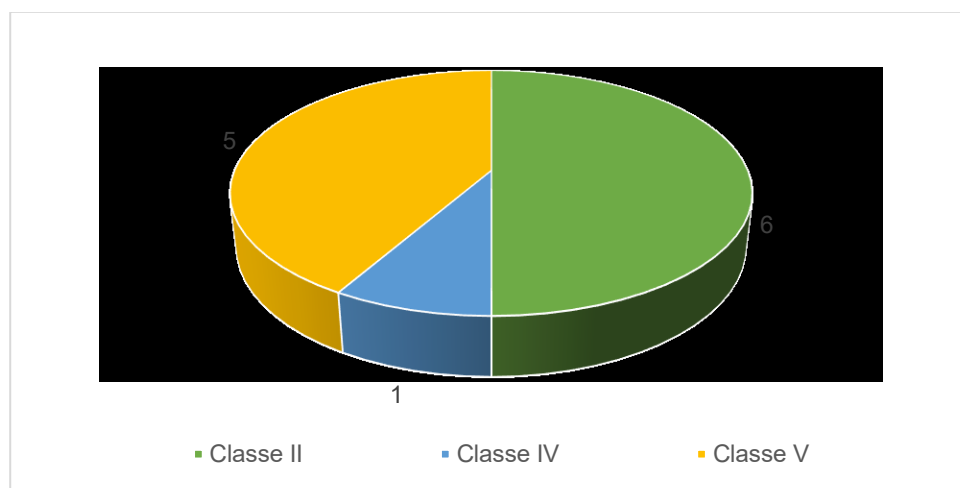


Figura 17 - Número de preparos cavitários como operador segundo a sua tipologia.

Endodontia

A Endodontia é a área da Medicina Dentária que estuda a anatomia da cavidade pulpar, da fisiologia e patologia da polpa dentária e se encarrega do tratamento e prevenção das alterações do tecido pulpar e as suas repercussões nos tecidos circundantes ao dente(16).

Numa era em que a manutenção dos dentes em boca o máximo de tempo possível é uma condição fundamental, a endodontia assume cada vez mais um papel crucial no exercício da Medicina Dentária. É através dela que é possível a manutenção de uma peça dentária em pulpíte irreversível ou em necrose pulpar e também o restabelecimento de processos periapicais, agudos ou crónicos ou a obturação de um canal por imperativos protéticos.

Na Clínica Dentária Universitária as consultas decorrem uma vez por semana com a duração de três horas. Os pacientes são reencaminhados de outras áreas clínicas, assim no início da consulta é feito o diagnóstico pulpar com recurso aos testes térmicos, é realizado um RX periapical e é estabelecido o plano de tratamento. Nesta área disciplinar foram realizadas dezoito consultas, das quais onze como operador e sete como assistente conforme se pode verificar pela Figura 18. Quanto ao diagnóstico podemos ver na Figura 19 que a maior parte dos atos clínicos deveu-se a necrose pulpar, dezoito consultas das quais apenas duas por imperativos protéticos.

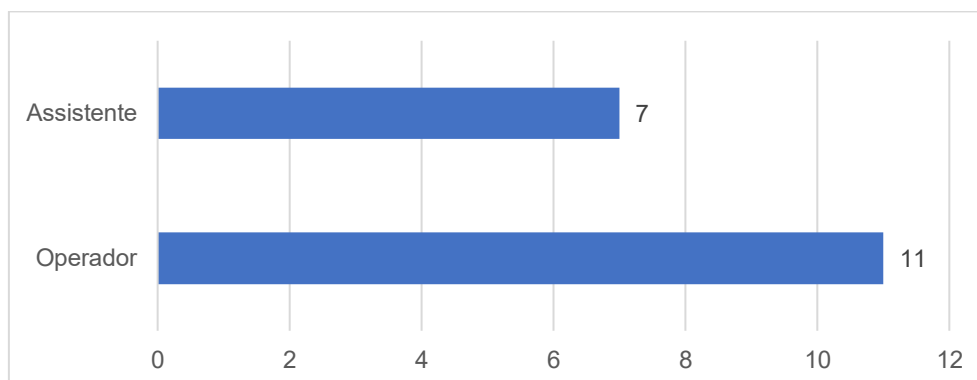


Figura 18 - Consultas realizadas em Endodontia como assistente e operador.

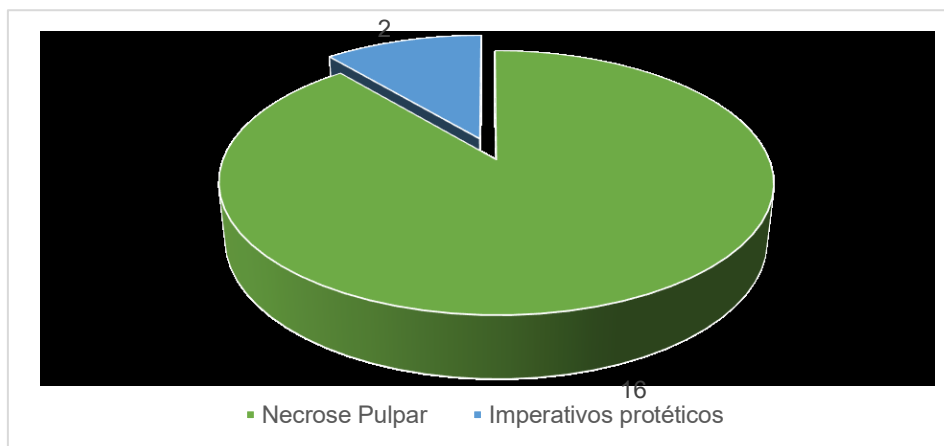


Figura 19 - Consultas realizadas em Endodontia por diagnóstico.

No que diz respeito aos atos clínicos como operador, foram efetuadas cinco consultas de preparação químico-mecânica, duas cavidades de acesso, duas consultas de obturação relativos aos dentes 43 e 38, um tratamento de espera no dente 28 e um controlo relativo a sensibilidade dentária, conforme se pode verificar na Figura 20. Todas as preparações químico-mecânicas foram realizadas com instrumentos manuais, as obturações foram feitas com cones de gutta-percha convencionais pela técnica de condensação lateral e vertical e foi utilizado uma vez o localizador apical para auxiliar a determinação do comprimento de trabalho.

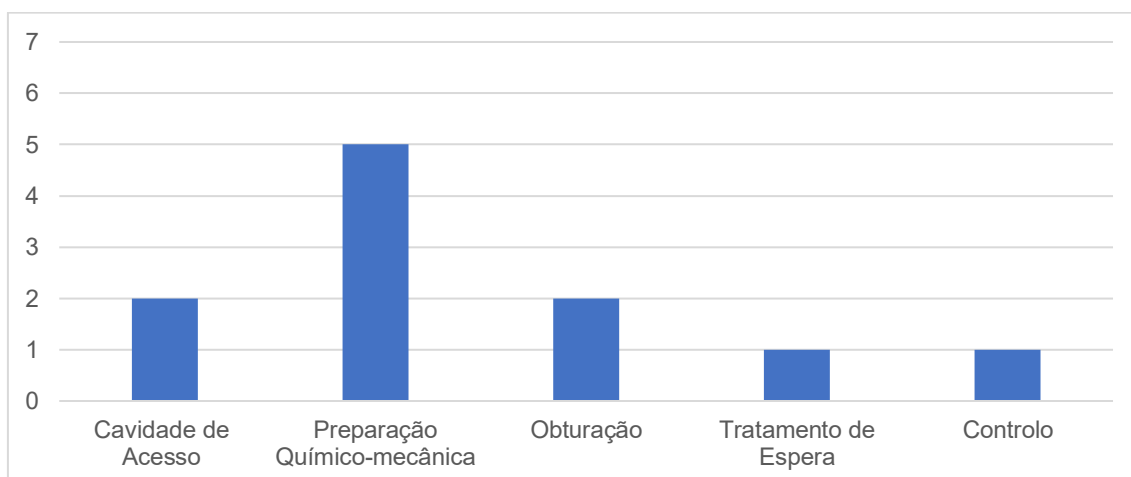


Figura 20 - Atos clínicos como operador realizados em Endodontia.

Oclusão

A oclusão apresenta-se como uma área da Medicina Dentária que estuda a relação entre a disposição dos dentes e a forma como eles contactam no momento do fecho da boca e nos diferentes movimentos mandibulares. Tem como objetivo estudar e interpretar as relações intermaxilares bem como diagnosticar as Desordens Temporo-Mandibulares (DTM), de forma a estabelecer um plano de tratamento adequado e posteriormente devolver ao paciente uma oclusão funcional. A Oclusão não está apenas relacionada com os dentes e respetivos tecidos de suporte, a oclusão é um processo influenciado por inúmeras variáveis como o sistema neuromuscular, a articulação temporo-mandibular e pelo próprio crânio, que compõem todo o sistema estomatognático(17). Este sistema é o responsável pelas funções de mastigação, deglutição e fala sendo a mastigação a mais influenciada pelo esquema oclusal de cada individuo. Por forma a auxiliar no correto diagnóstico das DTM, foi criado um instrumento de análise designado de *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC)*, que consiste num questionário de avaliação física e psicoemocional que conduz o Médico Dentista para um diagnóstico final.

Nas consultas de Oclusão realizadas na Clínica Dentária Universitária, quando o paciente refere algum tipo de desconforto/dor/estalido na região das articulações temporo-mandibulares associado a dor de cabeça recorrente, ou dificuldade na mastigação, é aplicado o instrumento RDC o qual nos permite chegar a um diagnóstico e elaborar o plano de tratamento. Muitas das patologias diagnosticadas têm como base terapêutica a utilização de uma goteira de relaxamento. Nestes casos são feitas impressões às arcadas do paciente que posteriormente são montadas em articulador devidamente individualizado por forma a construir a respetiva goteira.

As consultas desta área disciplinar são semanais e têm uma duração de duas horas. Foram realizadas dez consultas, das quais cinco como operador e cinco como assistente, vide Figura 21. Quanto ao tipo de atos clínicos podemos verificar na Figura 22, que foram realizados três controlos de goteira de

relaxamento, três atos com caráter de urgência, duas avaliações iniciais do caso clínico (aplicação do RDC e impressões), duas montagem em articulador e uma entrega e ajuste da goteira de relaxamento.

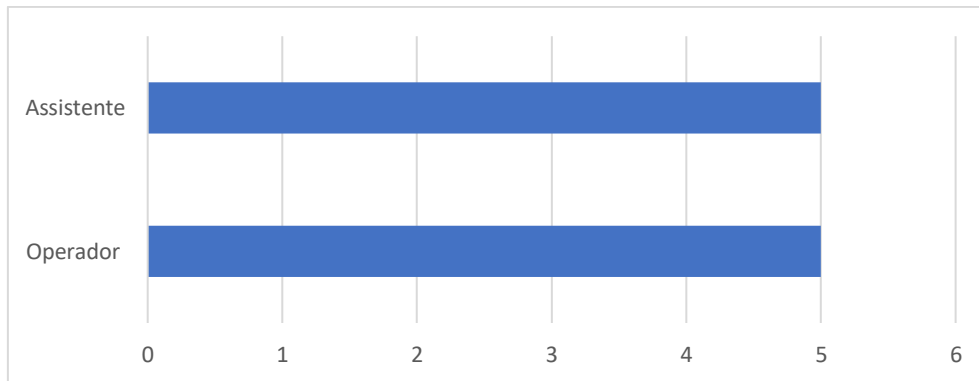


Figura 21 - Consultas realizadas em Oclusão como assistente e operador.

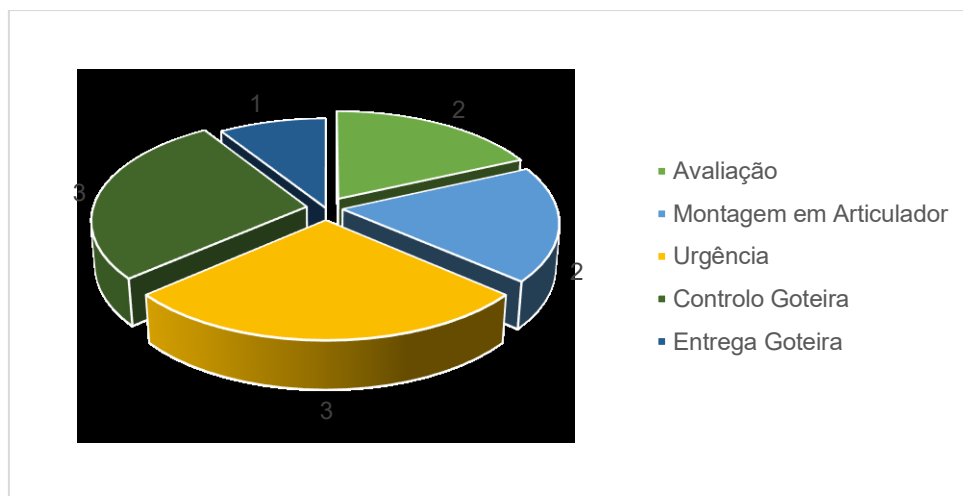


Figura 22 – Atos clínicos realizados em Oclusão.

No que diz respeito aos atos clínicos como operador, conforme se pode verificar na Figura 23, foram efetuadas duas consultas de controlo da goteira de relaxamento, uma consulta de avaliação, uma de urgência e uma de entrega da goteira.

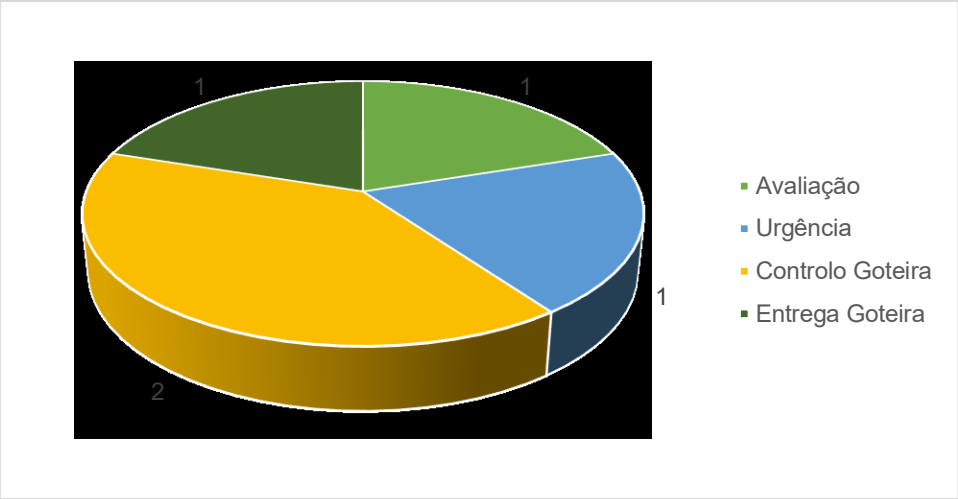


Figura 23 - Tipo de Consultas realizadas como operador em Oclusão.

Odontopediatria

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde oral de bebês, crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os primeiros dias de vida até aos 18 anos e também da saúde oral de pacientes especiais(18). Tem como funções primárias a manutenção/restabelecimento geral da saúde oral da criança bem como o desenvolvimento e aconselhamento das instruções de higiene oral, hábitos e cuidados alimentares à própria, mas também aos respetivos encarregados de educação(19). Uma criança possui características intrínsecas a nível físico, psicológico, social e emocional muito diferentes de um adulto, assim a consulta de Medicina Dentária deve ser toda ela redimensionada de acordo com este pressuposto e deve ser executada por um profissional com competências próprias(19).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Odontopediatria têm uma periodicidade semanal com uma duração de 2 horas. Foram realizadas dezasseis consultas, das quais sete como operador e nove como assistente, vide Figura 24. No total das consultas efetuadas podemos verificar pela Figura 25 que foram realizadas onze aplicações de selantes de fissuras, sete extrações, cinco restaurações, duas aplicações de flúor, uma aplicação de arco lingual e uma destartarização.

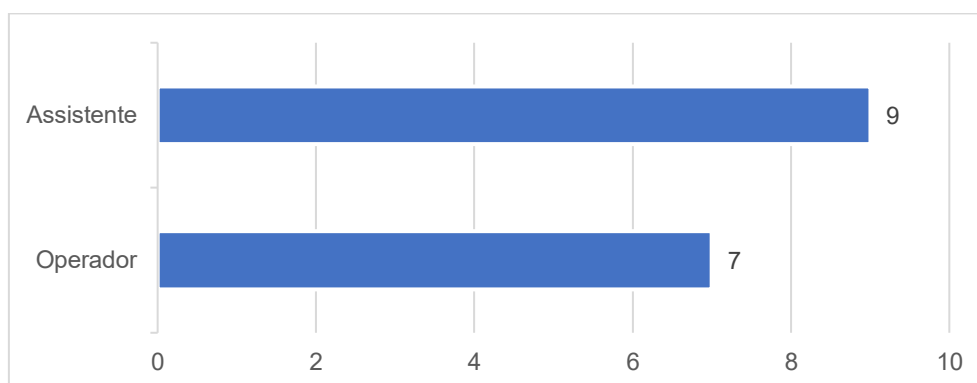


Figura 24 - Consultas realizadas em Odontopediatria como assistente e operador.

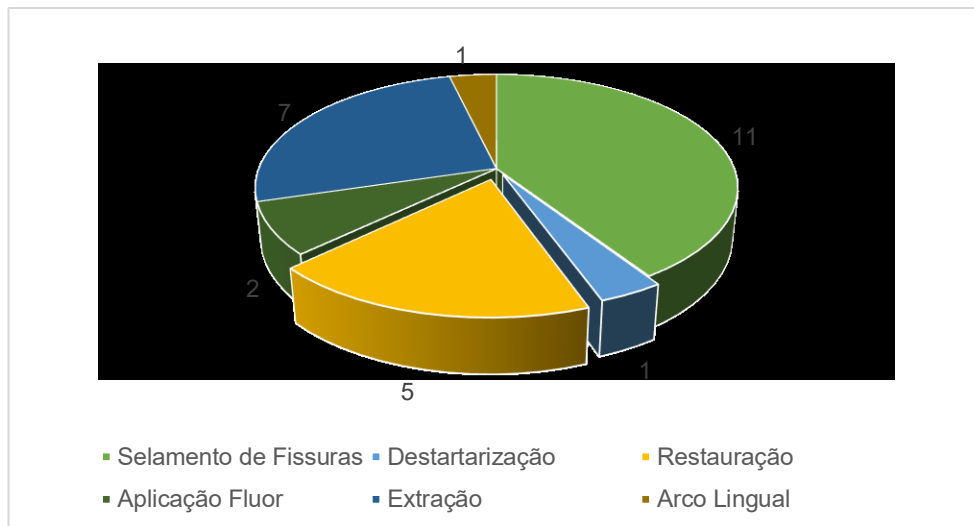


Figura 25 - Tratamentos realizados em Odontopediatria.

Das cinco restaurações realizadas, quatro foram Classe I e uma Classe II (vide Figura 26), sendo que três foram restauradas a resina composta, uma a ionómero de vidro e uma a IRM.

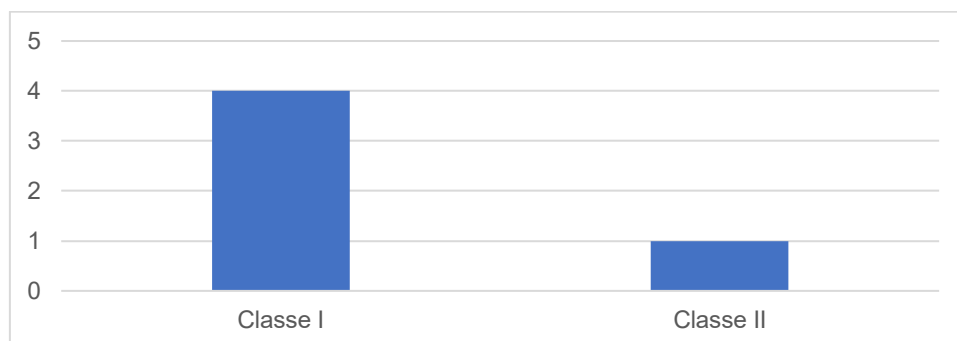


Figura 26 - Tipo de preparo nas restaurações em Odontopediatria.

No que diz respeito aos atos clínicos como operador, conforme se pode verificar na Figura 27, foram efetuadas cinco aplicações de selantes de fissuras, quatro extrações dos dentes 55, 65, 75, 85, duas restaurações das quais uma Classe II e uma Classe I, uma aplicação de flúor e uma destartarização.

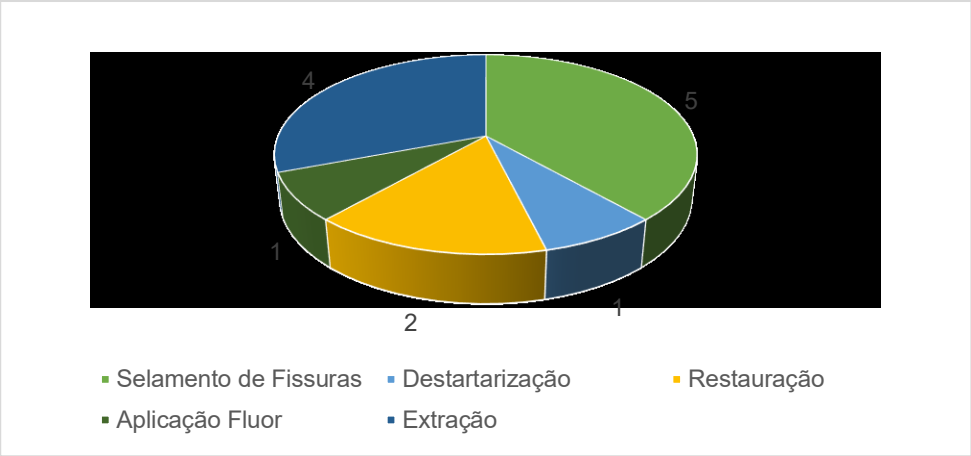


Figura 27 - Tratamentos realizados como operador em Odontopediatria.

Ortodontia

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico, prevenção e tratamento de más oclusões dentárias, sejam estas de origem, esquelética, dentária ou funcional(20). Para um correto diagnóstico ortodôntico é necessária a fusão dos aspetos clínicos com a cefalometria. No exame clínico são recolhidos os dados relativos ao problema maxilofacial e dentário e são analisados os seus aspetos morfológicos e funcionais. Com a cefalometria o ortodontista consegue obter um estudo mais detalhado das estruturas envolvidas, consegue fazer a sua medição, descrição e obter a relação entre elas(21).

Na Clínica Dentária Universitária, é dado especial ênfase ao diagnóstico e à execução de tratamentos intercetivos, de más oclusões tais como mordida cruzada anteriores e posteriores, mordidas abertas anteriores, controlar a perda de espaço resultante da perda dentária precoce ou cessação de hábitos deletérios. As consultas têm duração de duas horas, periodicidade semanal e foram realizadas pelo binómio no total cinco consultas, das quais duas como assistente e três como operador, Figura 28.

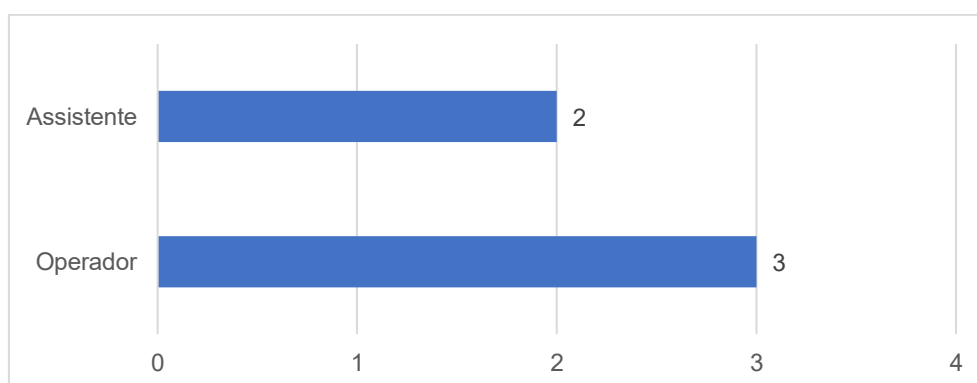


Figura 28 - Consultas realizadas em Ortodontia como assistente e operador.

Do total das consultas efetuadas, duas foram de avaliação ortodôntica, nas quais são recolhidos dados necessários para efetuar um estudo do caso de forma a estabelecer o correto diagnóstico e plano de tratamento. Estes dados

contemplam fotografias intra e extra-orais, modelos superior e inferior, tele-radiografia, ortopantomografia, e a recolha de dados relativos ao trajeto de abertura mandibular, posição dos freios, dicção, entre outros. É efetuado um estudo ortodôntico através da realização de cefalometrias para apoio ao diagnóstico e definição dos planos de tratamento. Foram também efetuadas duas consultas de controlo de aparelho removível e uma de apresentação do plano de estudo, Figura 29.

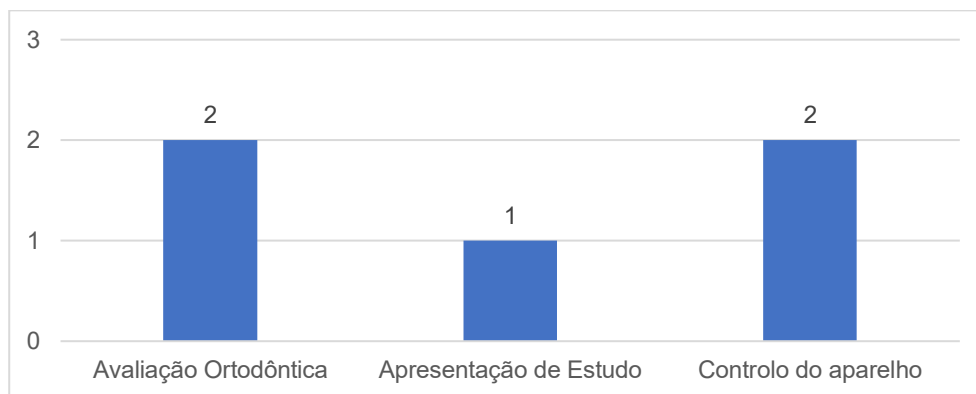


Figura 29 - Tipo de Consultas realizadas em Ortodontia.

Como operador foram realizadas três consultas, das quais, uma de avaliação ortodôntica, uma de apresentação do plano de estudo e uma de controlo do aparelho removível na qual foi necessário fazer ativação do arco vestibular e ajuste dos ganchos de Adams.

Periodontologia

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que estuda as estruturas de suporte dos dentes (ligamento periodontal, gengiva, cimento e osso alveolar) bem como as patologias com elas relacionadas e o respetivo tratamento(22).

Para um correto diagnóstico da doença periodontal é necessário proceder à anamnese e à avaliação clínica dos tecidos circundantes dos dentes bem como a realização de exames complementares de diagnóstico.

No final de 2018 houve uma reestruturação na classificação das desordens e condições periodontais e peri-implantares assim estas passaram a estar definidas da seguinte forma(23):

O estado periodontal está dividido em três grupos:

- 1- Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais
- 2- Periodontite
- 3- Outras Condições que afetam o Periodonto

O estado peri-implantar está dividido em quatro grupos:

- 1- Saúde Peri-implantar
- 2- Mucosite Peri-implantar
- 3- Peri-implantite
- 4- Deficiências nos Tecidos Peri-Implantares Moles e Duros

Pode-se definir periodontite como sendo uma “doença inflamatória crónica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental”(23).

Na Clínica Dentária Universitária as consultas de Periodontologia realizam-se semanalmente e têm uma duração de 2 horas, nas quais é efetuada a avaliação da condição periodontal do paciente por forma a estabelecer o diagnóstico e respetivo tratamento. Na primeira consulta de Periodontologia é feito o

preenchimento da história clínica e procede-se à sondagem das bolsas periodontais, é avaliado o grau de sangramento durante este processo, são medidas as recessões gengivais, mobilidades, envolvimento de furca, e presença de placa bacteriana. Devem também ser feitos exames complementares de diagnóstico tais como a ortopantomografia e rx-periapical. Com estes dados procede-se ao preenchimento do periograma de forma a obter o status periodontal completo do paciente e estabelece-se o respetivo diagnóstico e plano de tratamento.

Foram realizadas pelo binómio vinte e duas consultas, metade das quais como operador e a outra metade como assistente, conforme podemos verificar na Figura 30.

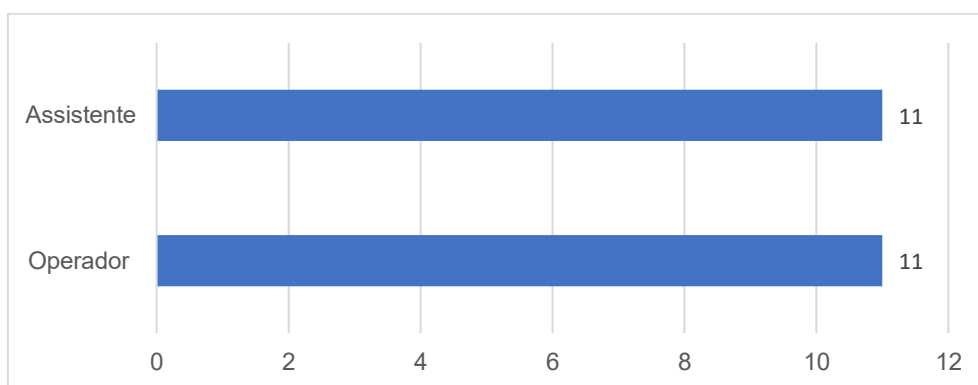


Figura 30 - Consultas realizadas em Periodontologia como assistente e operador.

Relativamente ao diagnóstico efetuado, podemos verificar pela Figura 31, que a periodontite foi a desordem mais prevalente entre os pacientes atendidos, com aproximadamente 80% dos casos, este valor está de acordo com dados existentes na literatura para a população portuguesa que referem uma prevalência de periodontite de aproximadamente 83%(24). A gengivite representou 10% dos casos, seguida da peri-implantite. Apenas um dos pacientes observados apresentava saúde periodontal.

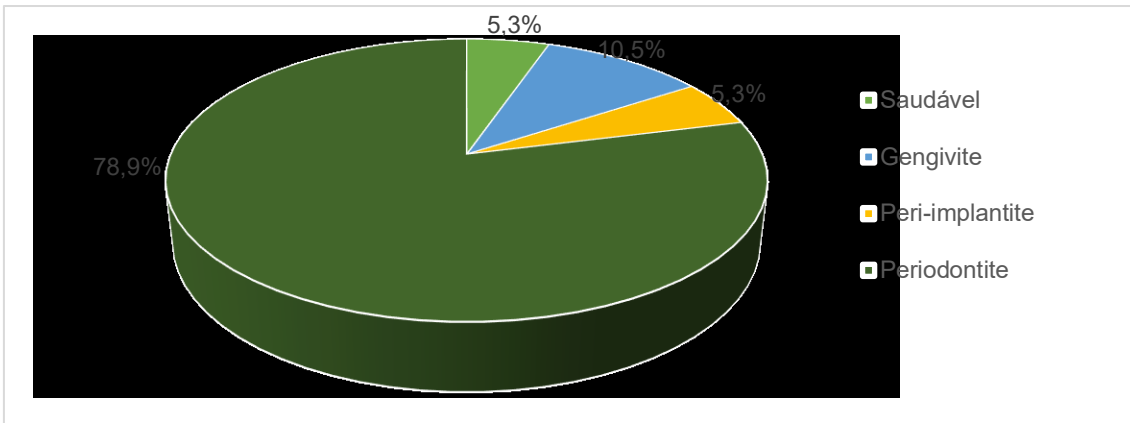


Figura 31 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia por percentagem.

Na Figura 32, é possível observar que do total dos dezanove pacientes atendidos, quinze foram diagnosticados com periodontite, sendo que, seis foram classificados como periodontite Estadio IV Grau B, o penúltimo mais severo, e três com o Estadio IV Grau C, o mais severo da classificação.

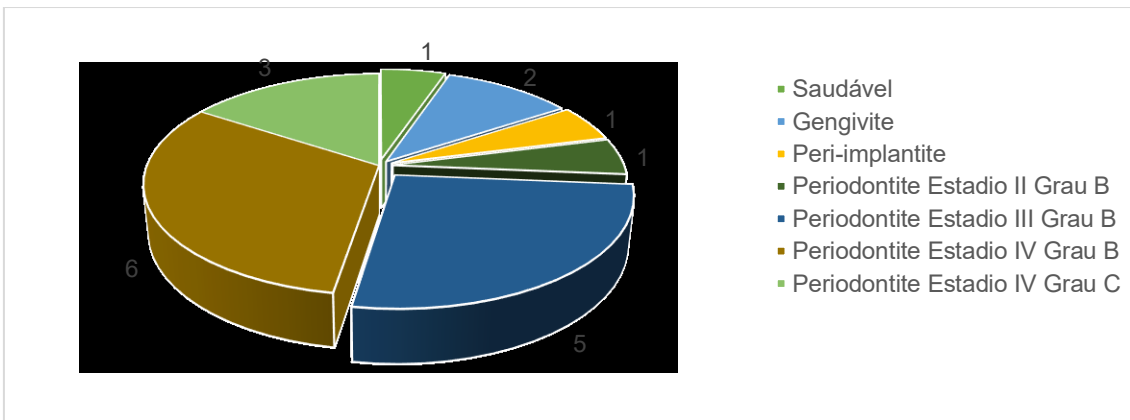


Figura 32 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia.

No total das consultas efetuadas, é possível verificar na Figura 33, que foram realizadas dezanove Destartarizações e respetivo polimento, três Raspagem e Alisamento Radicular (RAR) e um Enxerto Conjuntivo para recobrimento de recessões realizado pelo Prof. Tiago Marques com a assistência do binómio 6 e que será apresentado mais à frente neste relatório como um dos casos clínicos diferenciados. Como operador foram realizadas nove Destartarizações e respetivo polimento e dois RAR.

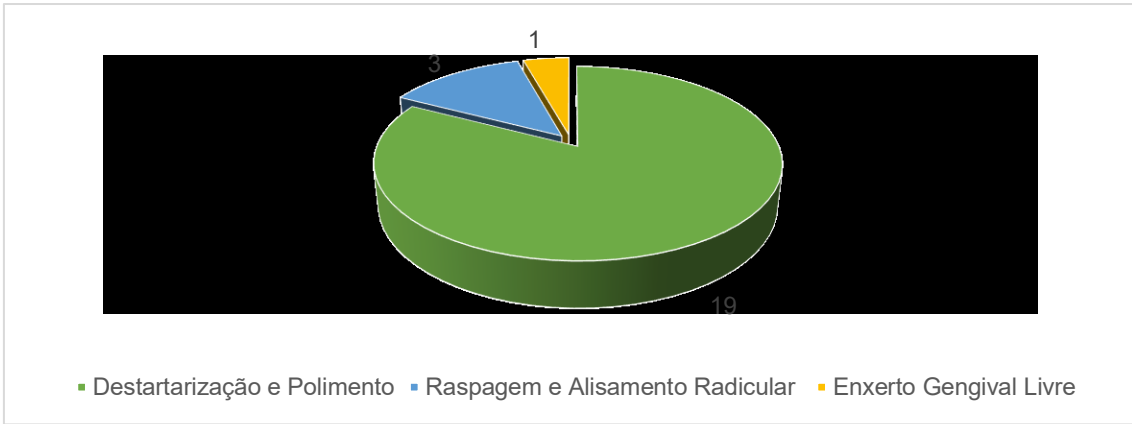


Figura 33 - Tratamentos realizados em Periodontologia.

Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação de dentes extensamente destruídos e espaços edêntulos através de próteses que assentam em dentes naturais previamente preparados ou em implantes dentários e que não podem ser removidas pelo paciente, restaurando a forma, função e a estética(25).

As próteses realizadas podem ser de vários tipos, podem ser unitárias quando temos um único elemento dentário a reabilitar, ou podem ser uma ponte quando existe um segmento edêntulo sendo que neste caso a prótese vai ser suportada pelos dentes pilares adjacentes ao espaço. Relativamente à composição, as próteses podem ser metálicas, metalo-cerâmicas ou cerâmicas, sendo que, a escolha é feita tendo por base vários critérios tais como: necessidades estéticas, dimensões do remanescente dentário e o custo(25). Assim, a avaliação inicial do caso é de extrema importância uma vez que determina o tipo de prótese a ser utilizada.

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Prostodontia Fixa decorrem semanalmente com a duração de quatro horas. Dada a importância do correto diagnóstico e plano de tratamento todos os pacientes têm uma primeira consulta de avaliação do caso clínico na qual é recolhida informação relativa ao seu estado de saúde geral, é preenchido um Questionário de Avaliação Pré-Reabilitação (CPR), é feita a Classificação do Edentulismo Parcial (CEP) e a Classificação de Dentes Extensamente Destruídos (CDED) onde se avalia as condições do remanescente dentário. Com estes dados é feito o estudo do caso, é elaborado o plano de tratamento e orçamento para ser apresentado ao paciente na consulta seguinte. Foram realizadas dezoito consultas, das quais dez como operador e oito como assistente conforme se pode verificar na Figura 34.

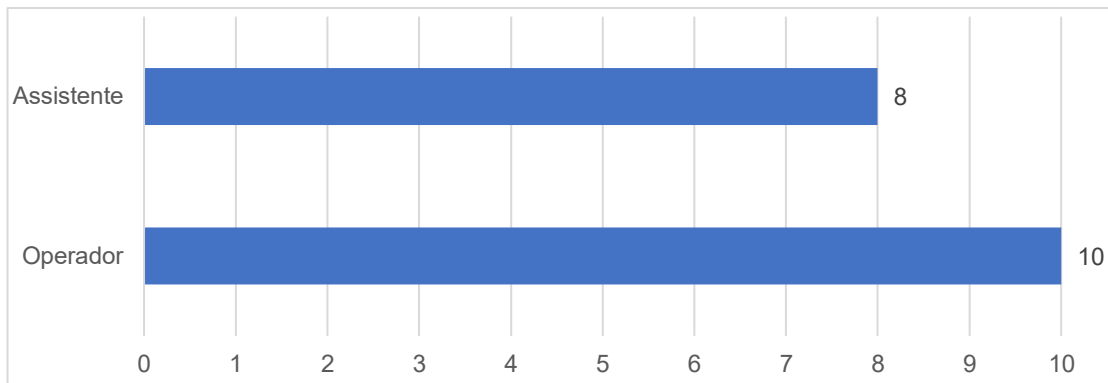


Figura 34 - Consultas realizadas em Prostodontia Fixa como assistente e operador.

Relativamente ao tipo de consultas realizadas, é possível verificar pela análise da Figura 35, que foram feitas quatro avaliações de casos clínicos, três controlos de coroas unitárias, duas apresentações de orçamentos, dois preparos dentários, dois provisórios, duas impressões definitivas, um alongamento coronário, uma prova de infraestrutura metálica, uma cimentação e uma reconstrução do coto a amálgama com matriz individualizada que será apresentada mais à frente neste relatório como um dos casos clínicos diferenciados.

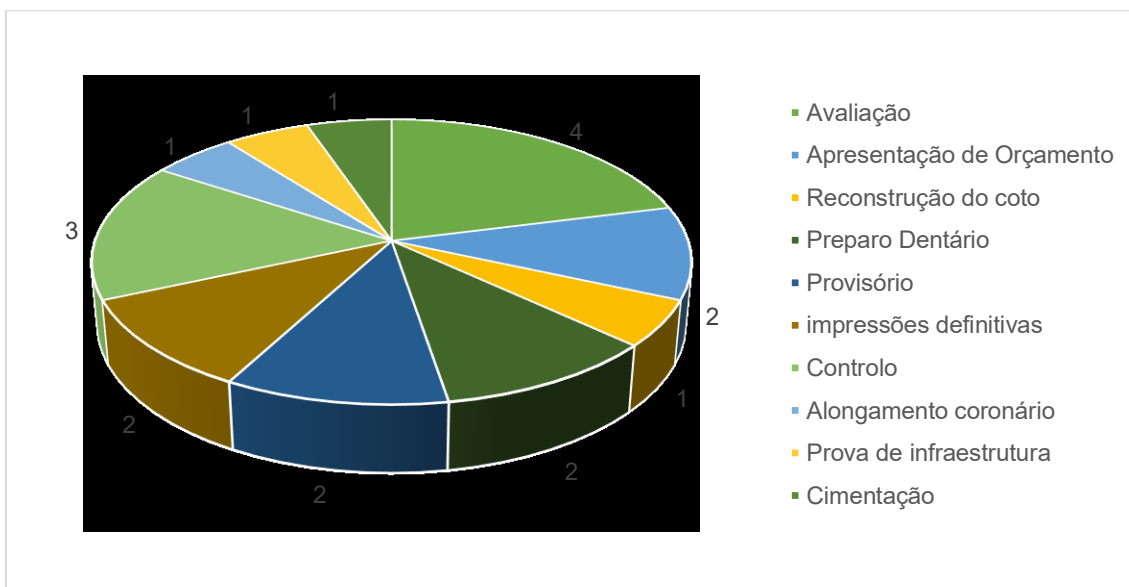


Figura 35 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Fixa.

Relativamente aos atos clínicos como operador, foram efetuadas quatro

avaliações de caso clínico, dois controlos de coroas unitárias, dois preparos unitários dos dentes 16 e 36, dois provisórios e uma prova de infraestrutura metálica, conforme se pode verificar na Figura 36.

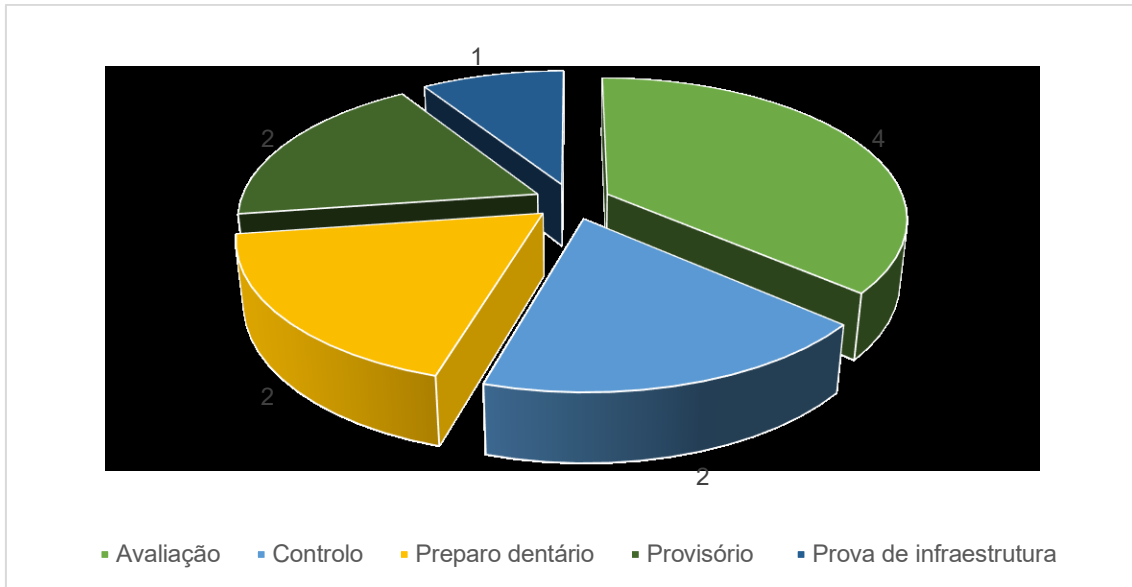


Figura 36 - Tipo de consultas realizadas como operador em Prostodontia Fixa.

Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação oral do paciente com o restabelecimento da função mastigatória, conforto e da estética através da utilização de próteses removíveis parciais e totais(26).

A degradação da saúde oral do indivíduo condiciona de forma severa o seu quotidiano em particular nos indivíduos que apresentem uma desdentação severa ou total(27), estes tendem a adotar uma alimentação limitada ao grau de edentulismo e da adaptação e comodidade da prótese dentária que utilizam(28).

As próteses parciais removíveis podem ser de diversos tipos relativamente ao material de confeção e ao tipo de suporte. Relativamente ao tipo suporte, estas podem ser do tipo Dento-suportadas, quando o mesmo é feito apenas por dentes e Dento-muco-suportadas, quando a estabilidade da prótese é feita através de dentes e do rebordo residual(26). Quanto ao tipo de material, as próteses podem ser esqueléticas quando possuem um esqueleto metálico, ou acrílicas quando toda a estrutura de suporte da prótese é em acrílico.

Na Clínica Dentária Universitária as consultas de Prostodontia Removível têm a duração de duas horas com periodicidade semanal. Foram realizadas cinquenta e uma consultas das quais vinte e sete como operador e 24 como assistente, conforme se pode verificar na Figura 37.

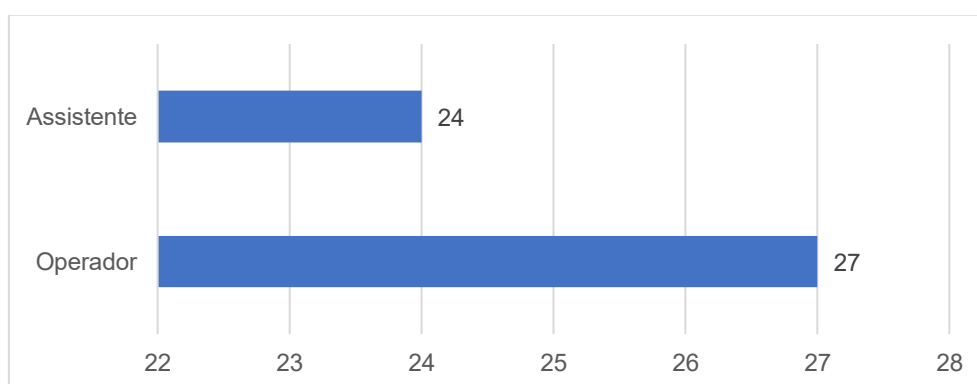


Figura 37 - Consultas realizadas em Prostodontia Removível como assistente e operador.

Relativamente ao tipo de consultas realizadas pelo binómio, é possível verificar pela análise da Figura 38, que foram feitas onze consultas de Controlo, seis de Avaliação, seis Provas de Dentes, seis Impressões Iniciais, cinco consultas de Acrescentos de Dentes às próteses, quatro Consertos de Próteses, quatro Impressões Definitivas, quatro Inserções de Prótese, quatro consultas de Preparação pré-protética, duas Provas de Cera, duas Provas de Esqueleto e uma Regularização Óssea.

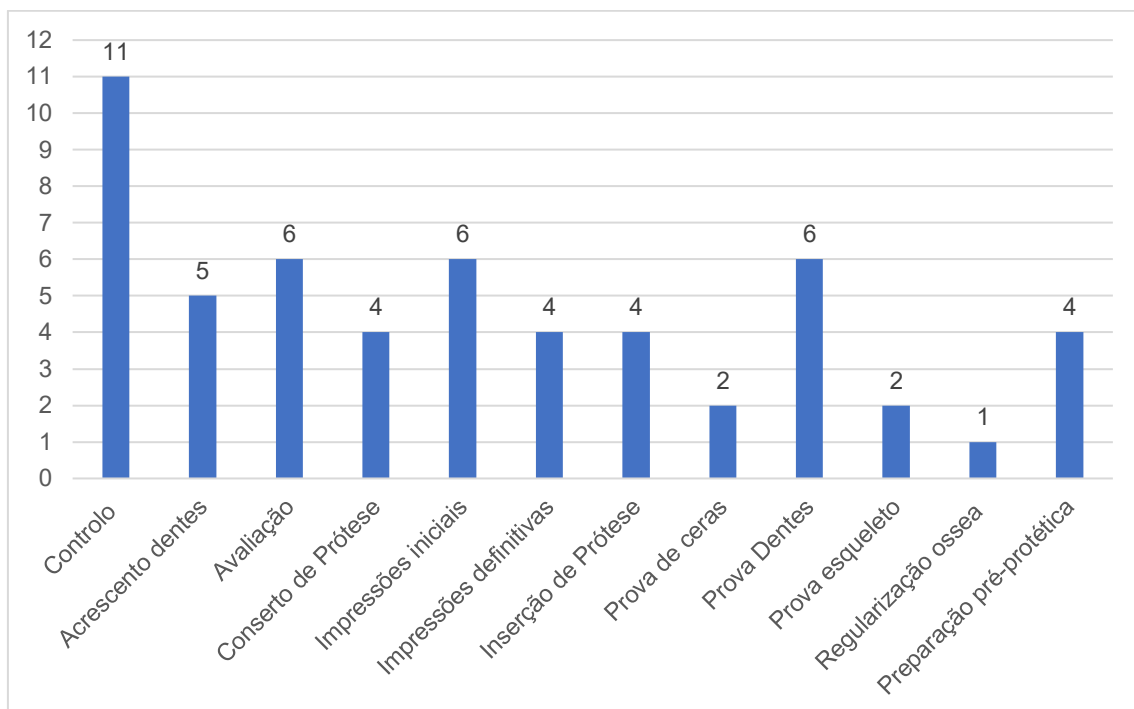


Figura 38 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Removível.

Relativamente aos atos clínicos como operador, podemos verificar pela Figura 39 que foram efetuadas cinco impressões definitivas, quatro acrescentos de dentes, quatro inserções de próteses, quatro provas de dentes, três consertos de próteses, duas impressões iniciais e uma prova de ceras, três preparações pré-protéticas que incluíram a preparação de Nardis, nichos e planos guia que será apresentada mais à frente neste relatório como um dos casos clínicos diferenciados.

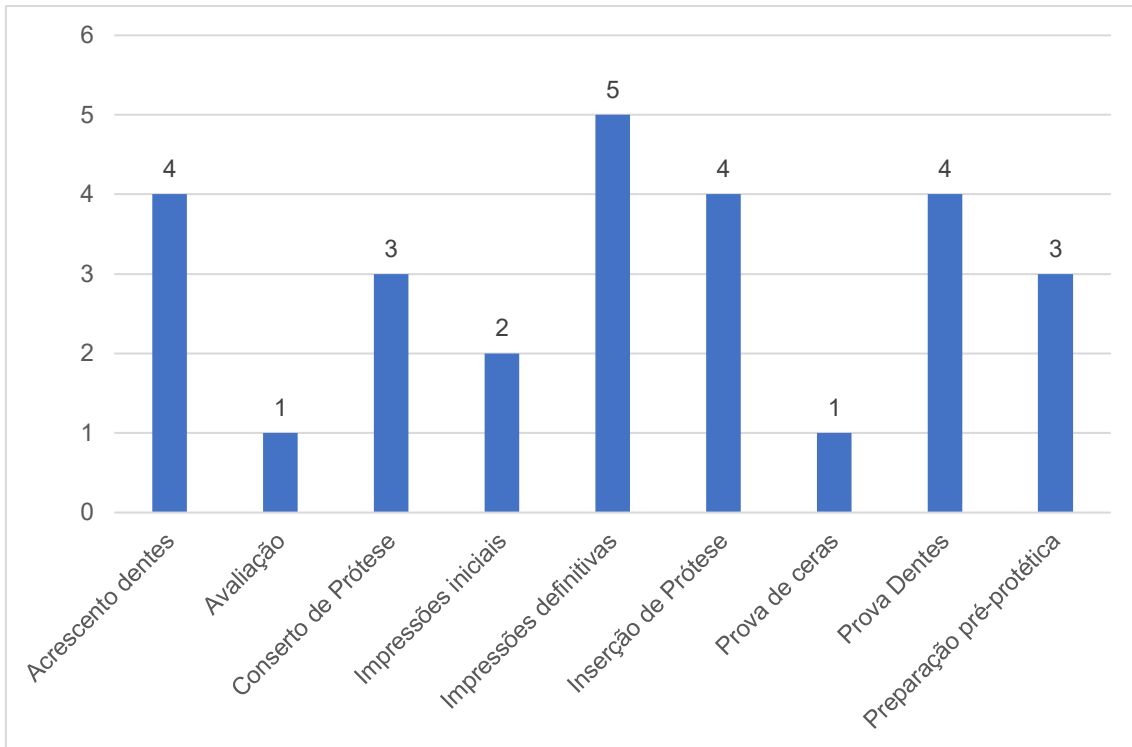


Figura 39 - Tipo de consultas realizadas como operador em *Prostodontia Removível*.

Casos Clínicos Diferenciados

Casos Clínicos Diferenciados

Caso Clínico I: Enxerto Conjuntivo - Uma opção de tratamento

Introdução: A recessão gengival consiste na exposição da superfície radicular do dente, resultante da migração da margem gengival. Pode ser localizada ou generalizada e pode estar presente em uma ou mais superfícies dentárias(29). Este defeito tem uma incidência de aproximadamente 54% em jovens adultos e de 100% em adultos de meia idade(30), e está relacionado com diversos fatores tais como: inflamação induzida por placa, trauma por escovagem, tratamentos ortodônticos e doenças periodontais(29). As recessões gengivais estão associadas a uma hipersensibilidade dentária, maior acumulação de placa, cáries radiculares e a questões estéticas, motivos pelos quais os pacientes procuram ajuda para solucionar estes problemas(29). Existem diversas técnicas descritas na literatura para fazer o correto tratamento destes defeitos. Uma das técnicas é o Enxerto Gengival Livre, que consiste na recolha do enxerto do palato e posterior sutura no local da superfície radicular exposta. Outra das técnicas descritas é o Retalho de Avanço Coronário que é considerado uma das melhores soluções principalmente quando combinado com o Enxerto de Tecido Conjuntivo(31).

Caso Clínico: Paciente do género feminino, 30 anos de idade, compareceu na consulta de Periodontologia na Clínica Dentária Universitária da UCP, encaminhada para tratamento das recessões gengivais nos dentes 34, 35 e 36.



Figura 40 - Situação inicial.

A paciente referia sensibilidade naquela região e dor durante à mastigação. Na avaliação intraoral, as peças dentárias apresentavam recessões Classe I de Miller. Nos dentes 34 e 36 a distância da margem gengival à linha amelocementária era de 2 mm e no dente 35 era de 1 mm, correspondendo às medições pré-cirúrgicas: T0 (Figura 40). Foi efetuada a técnica de túnel através de uma incisão intra-sulcular sem descolar as papilas interdentárias estendendo-se do dente 33 ao 36. Foi recolhido do palato na região do 2º quadrante um enxerto de tecido conjuntivo epitelizado, Figura 41 e Figura 43, que posteriormente foi desepitelizado, posicionado e suturado no local das recessões através de 6 pontos (4 suspensos e 2 simples), Figura 43.



Figura 41 - Enxerto Conjuntivo.



Figura 42 - Pós-operatório ao nível do palato.



Figura 43 - Pós-operatório ao nível do 3º quadrante.



Figura 44 - Controlo 3 meses pós-operatório (T1).

No decorrer do processo foram feitos 3 scans intra-orais com o equipamento *DentalWings Straumann*, nos momentos T0, T1 e T2, para que fosse possível fazer a comparação de forma digital da variação de volume e quantificar o ganho através do programa *Geomagic Control X*. Nas escalas apresentadas pelo programa, as cores a amarelo, laranja e vermelho representam, respetivamente, um ganho volumétrico crescente; as cores azul claro e azul escuro representam, respetivamente, uma perda volumétrica crescente, a cor verde representa zonas onde não ocorreu alteração volumétrica. Foi efetuado o controlo passado 3 meses (T1), Figura 44, e 6 meses (T2) onde se verificou o recobrimento total das raízes e um ganho de volume gengival nessa região, Figura 45, 46 e 47.

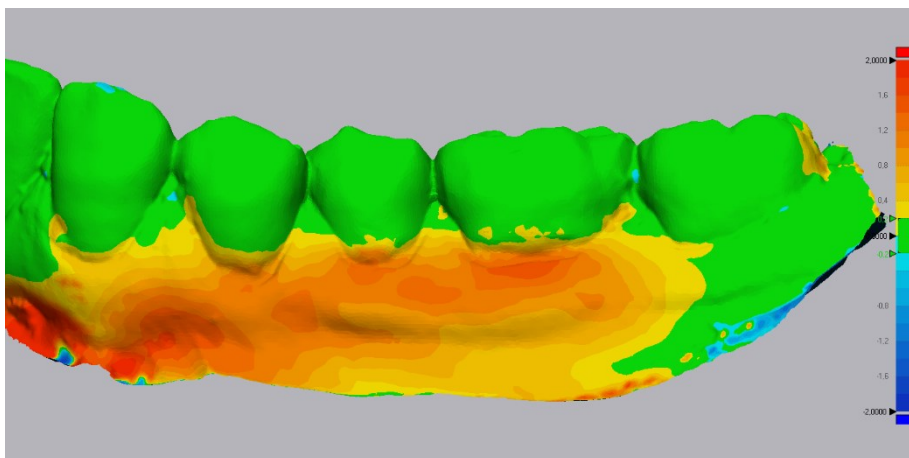


Figura 45 - Comparação volumétrica entre T0 e T1.

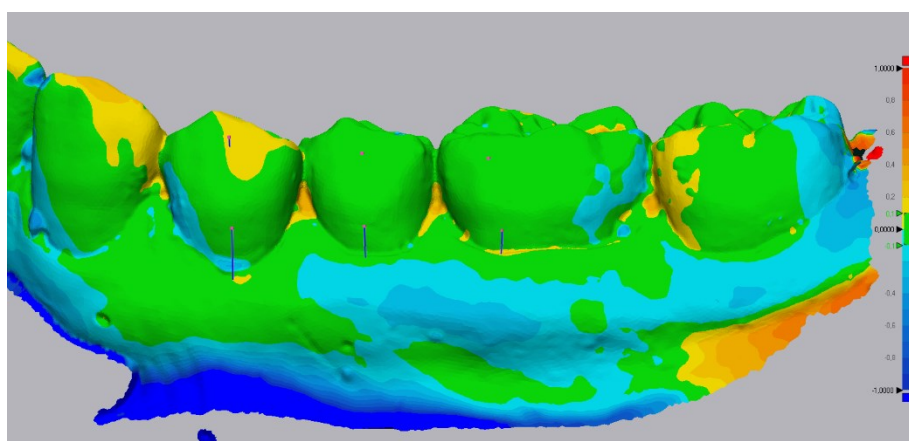


Figura 46 - Comparação volumétrica entre T1 e T2.

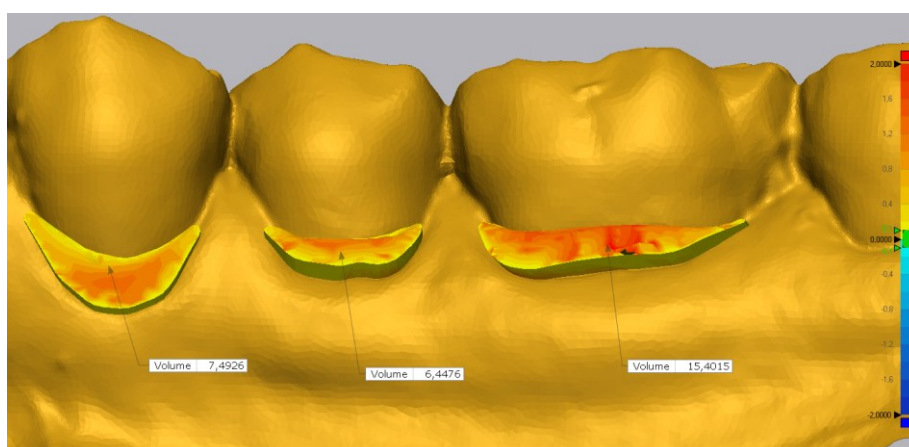


Figura 47 - Volume ganho entre T0-T1.

Discussão e Conclusões: Os resultados obtidos neste caso clínico estão de acordo com a literatura existente, que mostra que para situações de recessões do tipo Classe I de Miller a técnica de túnel com aplicação de enxerto de tecido conjuntivo permite um recobrimento radicular superior a 90%(32). Uma das desvantagens apontadas aos autoenxertos são a existência de um segundo local cirúrgico e da quantidade limitada de tecido para recolha(33). A abordagem pela técnica de túnel devido à ausência das incisões verticais melhora o suprimento sanguíneo, nutrição do retalho e uma cicatrização mais rápida numa fase inicial(32), contudo apenas está indicada em situações em que exista uma faixa de gengiva queratinizada entre 1 a 2 mm e ausência de inserções altas de freios.

Caso Clínico II - Abordagem conservadora para a obtenção de uma melhoria estética e uma mastigação funcional

Introdução: Na atualidade, a Dentisteria apresenta protocolos que permitem com previsibilidade reverter situações clínicas de forma direta ou indireta. Estas técnicas vão permitir a substituição de restaurações ou a reabilitação do dente com melhoria funcional e estética. Com frequência os pacientes chegam à consulta com restaurações em resina ou amálgama realizadas há vários anos que por diversas razões já não apresentam a integridade inicial e que estão comprometidas quer do ponto de vista estético, mas também funcional e que por esse motivo requerem intervenção. Quando estamos perante esta situação, existem várias opções de tratamento, que podem variar de acordo com alguns aspetos como: estado em que se encontra o próprio dente (vital ou não), o tipo de dente em questão (sector anterior ou posterior), a disponibilidade financeira do próprio paciente, entre outros. Podem nestas situações ser utilizadas restaurações diretas ou indiretas (Inlay, Onlay, Overlay) a resina composta ou cerâmica, coroas cerâmicas ou metalo-cerâmicas entre outros(34). Atualmente, cada vez mais, opta-se pela manutenção das peças dentárias e o desafio é decidir qual a melhor forma para restabelecer a sua forma, função e a estética(35).

Caso Clínico: Paciente do género masculino com 78 anos, compareceu na consulta de Dentisteria Operatória, na Clínica Dentária Universitária da UCP, com queixa referente à estética no dente 46 e 42. O paciente pretendia reconstruir os dentes de forma rápida e económica. Ao exame clínico o dente 46 apresentava uma restauração desadaptada, com elevado grau de destruição em oclusal, bastante escurecido e uma lesão a nível cervical. O dente 42 apresentava-se também bastante escurecido, Figura 48 e 49.



Figura 48 - Situação inicial do dente 46 e 42 vista lateral.



Figura 49 - Situação inicial do dente 46 e 42 vista oclusal.

Após a análise clínica do caso, no dente 46 removeu-se a restauração e regularizou-se a cavidade com resina bulk-fill (Xtra-fill, VOCO®), Figura 50 e 51.



Figura 50 - Regularização da cavidade e redução oclusal.



Figura 51 - Vista lateral do dente 46 após a regularização.

Realizaram-se as impressões e o registo de mordida, Figura 52. Após este processo, fez-se uma reprodução do remanescente dentário diretamente no modelo de alginato com o silicone para modelos (*Die Silicone VOCO®*), Figura 53, onde posteriormente foi contruída a restauração de forma semirecta a resina composta (*GrandioSO Inlay System, VOCO®*), Figura 54.



Figura 52 - Registo de mordida em posição cêntrica.



Figura 53 - Reprodução do remanescente dentário com silicone para modelos.



Figura 54 - Início da construção da restauração indireta a resina composta

Em simultâneo fez-se a construção dos modelos de gesso e respetiva montagem em oclisor, transferiu-se a peça em resina composta para o modelo de gesso para ajustar a construção das cúspides e a oclusão, Figura 55.



Figura 55 - Transferência da restauração indireta para o modelo de gesso em oclisor e ajuste oclusal.

A peça foi aderida ao remanescente dentário e verificou-se interferências na oclusão estática e dinâmica, Figura 56 e 57.



Figura 56 - Preparação do dente 46 para a adesão da peça.



Figura 57 - Situação final do dente 46

Para a melhoria estética do dente 42 procedeu-se à redução de 1 a 1,5 mm na face vestibular e 0,5 mm no bordo incisal de forma a reduzir a sua espessura.



Figura 58 - Aplicação do corante opaco.

Aplicou-se corante opaco (Paint-on-color, Coltène®) em duas camadas, Figura 58 e concluiu-se a reconstrução com resina composta estratificada de forma direta, Figura 59.



Figura 59 - Estratificação da resina de forma direta

Procedeu-se à verificação das interferências na oclusão estática e dinâmica, efetuou-se o acabamento e anatomia final com discos (*Sof-Lex, 3M[®]*) e o polimento e brilho com escovas pelo de cabra e pasta (*Enamelize, Cosmedent[®]*), Figura 60.



Figura 60 - Situação final do dente 42.

Discussão e Conclusões: O Médico Dentista possui várias formas de atingir o mesmo objetivo. Trata-se hoje em dia de tentar sempre saber selecionar as técnicas e os materiais mais corretos para cada situação clínica. As restaurações com resinas compostas possibilitam uma maior conservação de estrutura face às opções clássicas de cerâmicas(34).

A possibilidade das restaurações poderem ser executadas de forma indireta, principalmente em dentes posteriores, permite maior previsibilidade na obtenção de uma boa anatomia dentária, com um ponto de contacto preciso e menor grau de contração da resina face à técnica direta(35). Contudo, estas técnicas possuem custos mais elevados e maior número de consultas.

Ambas as modalidades de tratamento descritas atingem bons resultados clínicos(35,36), podendo por alguns ser visto como uma alternativa às cerâmicas(34).

Caso Clínico III - Reabilitação de dente posterior com Coroa Metallo-Cerâmica com recurso a uma Matriz Individualizada.

Introdução: Ao longo do tempo várias opções têm sido apresentadas para a reabilitação de dentes posteriores extensamente destruídos. Cada vez mais o paciente procura o restabelecimento do dente destruído de forma duradoura, que exija pouca manutenção e que confira uma estética agradável(15). Assim cada vez mais opta-se pela manutenção da máxima estrutura dentária remanescente com uma relação custo benefício elevada(15). A reabilitação deste tipo de dentes através de coroa metallo-cerâmica apresenta um elevado grau de sucesso a longo prazo com resultados previsíveis(37).

Por forma a ser equacionada a aplicação de uma coroa metallo-cerâmica, existem determinados parâmetros no remanescente dentário que devem ser cumpridos. Assim deve estar garantida uma estrutura dentária remanescente que seja capaz de reter a restauração. Muitas vezes esta estrutura não existe, pelo que a sua reconstrução tem de ser feita. Para a reconstrução do remanescente coronal podem ser utilizados materiais de restauração direta tais como compósito ou amálgama, uma vez que os cotos assim efetuados apresentam dimensões consideráveis garantindo a robustez adequada. As matrizes individualizadas permitem conter e estabilizar o material restaurador durante a presa(38).

Caso Clínico: Paciente do género masculino com 60 anos, ASA II diabético, compareceu na Clínica Dentária Universitária da UCP, para restauração do dente 16 extensamente destruído. O paciente referiu que o dente restaurado em compósito tinha fraturado há dois meses, mantendo-se sem qualquer sintoma. Ao exame clínico apresentava evidência de desgaste dentário aceitável para a sua idade e uma higiene oral razoável.



Figura 61 - Rx Periapical dente 16

O dente 16 encontrava-se endodonciado, (Figura 61) apresentando uma destruição de 80% da coroa sem qualquer cúspide intacta, obtendo uma classificação de 2 na Classificação de Dentes Extensamente Destruídos (CDED) devido à altura do remanescente em vestibular e distal. Após análise de todos os elementos recolhidos, o plano de tratamento consistiu na reconstrução do falso coto em amálgama com auxílio de uma matriz individualizada e aplicação de uma coroa metalo-cerâmica Figura 62.



Figura 62 - Coroa Metalo-cerâmica no dente 16.

A elaboração da matriz individualizada seguiu o protocolo descrito por Esteves H. *et al*(39). Foi feita remoção da restauração antiga e do tecido cariado, Figura 63 e obtiveram-se duas impressões em alginato do remanescente dentário.



Figura 63 - Remanescente do dente 16.

Após o enceramento, Figura 64, fez-se um novo modelo para confecção da matriz termoformável, que posteriormente foi recortada e adaptada ao segundo modelo, Figura 65.



Figura 64 - Enceramento do dente 16.

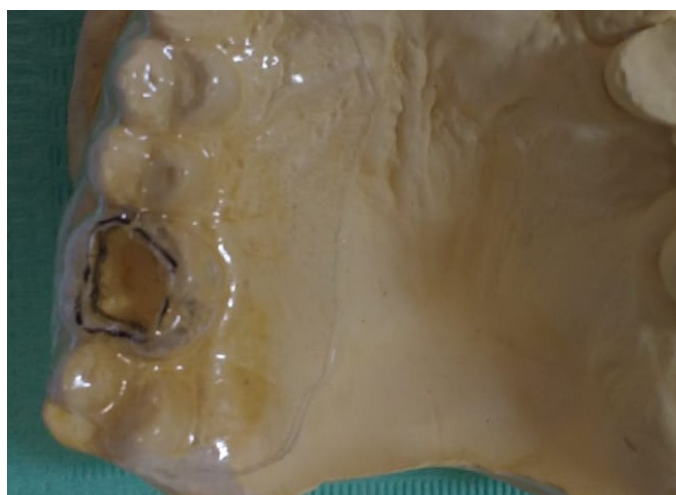


Figura 65 - Matriz individualizada.

Para evitar a fuga do amálgama durante a sua condensação na reconstrução do coto, fecharam-se os espaços entre a matriz e o modelo de gesso com resina acrílica (*Bosworth Trim II*®), Figura 66.



Figura 66 - Aplicação da resina acrílica

De seguida, com a matriz individualizada aplicada em boca, procedeu-se à reconstrução do coto através da compactação do amálgama e aguardou-se até ao material tomar presa (Figura 67).



Figura 67 - Coto reconstruído com amálgama.

Na consulta seguinte procedeu-se à execução do preparo dentário, Figura 68 e por fim à aplicação da coroa definitiva, Figura 62.



Figura 68 - Preparo dentário

Discussão e conclusões: O amálgama dentário continua a ser um material de opção na reconstrução de cotos molares. A sua manipulação requer uma condensação vigorosa sendo necessário matrizes bem estabilizadas e adaptadas que permitam o suporte do material durante a fase de endurecimento, sendo esta longa(38). No presente caso clínico a elaboração da matriz auxiliou

a condensação do amálgama e tal como descrito na literatura(39), verificou-se uma diminuição do tempo de cadeira comparativamente à aplicação de matrizes metálicas não- individualizadas. Embora exija um tempo de laboratório acrescido, esta técnica permite também alcançar uma boa estabilização da matriz individualizada e assegurar um conforto adequado ao paciente. Assim, este protocolo apresenta-se como uma alternativa viável, reproduzível e precisa em relação à técnica convencional de restauração(39).

Caso Clínico IV: Remoção de uma lesão compatível com Fibroma lingual com Laser Diodo

Introdução: A nível da cavidade oral as lesões com origem reativa são comuns. Clinicamente estas lesões podem ser consideradas fibroma traumático, granuloma piogénico, tumor grávidico e epúlide fissurada(40). Os Fibromas são tumores benignos do tecido conjuntivo e são a resposta mais frequente da submucosa ao trauma secundário provocado por dentes naturais, elementos protéticos ou outros objetos de uso traumático na mucosa oral(41). A sua base pode ser séssil ou pediculada com tamanho até 1,5 cm, consistência dura à palpação, cor semelhante à mucosa e histologicamente, caracterizam-se por uma proliferação do tecido conjuntivo fibroso coberto por um epitélio pavimentoso estratificado queratinizado(42). O tratamento deste tipo de lesões requer a neutralização de exposição ao trauma e remoção cirúrgica.

Existem na literatura diversas formas para proceder a ablação deste tipo de lesão. O Laser (*Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation*) é utilizado para fins médicos desde meados dos anos 40. Com o avançar das tecnologias o acesso a este tipo de equipamentos tem-se tornado cada vez menos dispendioso e o seu uso em medicina dentária cada vez mais recorrente. Um Laser é constituído por três elementos: Fonte de energia, o meio ativo (gasoso, semicondutores, corantes orgânicos) e a cavidade ótica ressonante (câmara com meio ativo). Existem essencialmente dois tipos de laser: Laser de tecidos duros (maior comprimento de onda), e laser de tecidos moles (menor comprimento de onda). Os mais utilizados em medicina dentária são os laser: CO₂, Diodo, *Neodymium Yttrium Aluminum Garnet* (Nd:YAG), *Erbium Yttrium Aluminum Garnet* (Er:YAG), *Erbium-Cromium* (43). O Laser Diodo tem a particularidade de ser um dos mais utilizados para cirurgias periodontais, uma vez que é um Laser que apenas atua em tecidos moles.

No caso clínico descrito foi utilizado para fazer a remoção da lesão um Laser Diodo da marca: *Medency*, modelo: *Primo*, com um comprimento de onda de 980 a 810nm e uma frequência de 25 KHz.

Caso Clínico: Paciente do gênero masculino com 48 anos, fumador 20 cigarros/dia, com diagnóstico de hepatite, compareceu na consulta de Prostodontia Removível, na Clínica Dentária Universitária da UCP com o objetivo de acrescentar um dente em falta na prótese inferior. Após análise intraoral verificou-se que o paciente era portador de uma prótese esquelética inferior e que os dentes 31, 36, 41, 42, 46 estavam ausentes, Figura 69.



Figura 69 - Fotos intra-orais (lateral esquerda, frontal, lateral direita)

Verificou-se também que existia uma lesão no bordo lateral direito do terço anterior da língua. O paciente referiu que a lesão lhe tinha aparecido há já alguns meses e que estava a aumentar de tamanho pelo que encaminhámos para a consulta de Medicina Oral. Ao exame clínico verificou-se uma lesão exofítica, pediculada, lisa, esbranquiçada, não sangrante ao toque, com cerca de 6mm, localizada no bordo lateral direito do terço anterior da língua e compatível com um fibroma traumático (Figura 70).



Figura 70 - Lesão compatível com fibroma traumático, localizada no bordo lateral direito do terço anterior da língua.

Verificou-se que a prótese inferior poderia estar na origem da lesão. Foi referido ao paciente o diagnóstico clínico e indicado o tratamento a adotar. Procedeu-se ao polimento da prótese e dos dentes naquela região e foi feita a anestesia pela técnica infiltrativa com articaína na região do bordo lateral da língua em redor da lesão, salvaguardando o volume e aspeto inicial da lesão. Foi feita a tração da língua pelo assistente com o recurso a gaze e com o laser Diodo regulado para uma potência de 1,2 W posicionou-se a “caneta” da fibra ótica junto aos tecidos e foi efetuado um movimento sequencial em redor da lesão até ocorrer a enucleação da mesma, Figura 71.



Figura 71 - Ablação da lesão.

A peça excisada foi colocada em formol tamponado a 10% e procedeu-se ao envio para análise Anatomo-Patológica. No final o paciente foi instruído a fazer a toma de Ibuprofeno 600mg a cada 12 h no caso de haver dor.

Os resultados do exame Anatomo-Patológico confirmaram o diagnóstico clínico, indicando que a peça cirúrgica analisada se enquadrava num Fibroma. Passado 8 dias foi realizada uma consulta de avaliação, na qual se verificou uma boa cicatrização da zona afetada, Figura 72.



Figura 72 - Consulta de controlo pós-operatório a 8 dias.

Discussão e conclusões: O fibroma é uma lesão que se assemelha a outras patologias da cavidade oral, desta forma, é importante realizar o diagnóstico diferencial e despistar condições como papiloma, hiperplasia epitelial focal, hemangioma e linfangioma(40).

Como possibilidades de tratamento existe a remoção a laser ou bisturi e crioterapia(44). No caso clínico apresentado considerou-se que a lesão seria compatível com um fibroma de origem traumática. Optou-se pela remoção da lesão com recurso ao Laser Diodo por ser um método que permite uma hemóstase imediata. Este facto é particularmente importante por a lesão se localizar na língua e assim permitir que haja um controlo efetivo da hemorragia(43). Por outro lado, a tecnologia laser permite uma execução rápida e cómoda da cirurgia, o facto de dispensar suturas, permite um ótimo prognóstico e conforto pós-operatório(41). Uma vez que esta patologia é geralmente indolor, o exame clínico de rotina por parte do Médico Dentista torna-se fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce.

Caso Clínico V: Matriz Digital para Execução de Planos Guia Protéticos

Introdução: A utilização de meios digitais em Medicina Dentária é uma realidade. Os Médicos Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária procuram cada vez mais os meios digitais para otimizar os trabalhos que executam(45). A evolução dos scanners intraorais e das impressoras 3D, associada ao custo decrescente destes equipamentos, tem permitido um maior acesso a estas ferramentas.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, não fumadora, compareceu na consulta de Prótese Removível, na Clínica Dentária Universitária da UCP, com queixas referentes a dificuldades mastigatórias por ausência de peças dentárias. O diagnóstico efetuado revelou uma desdentação parcial tipo classe 2 (Classificação ACP), e uma classe de Kennedy III em ambos os maxilares. Definiu-se como plano de tratamento a realização de duas próteses parciais removíveis esqueléticas para reposição das peças dentárias ausentes e, conseqüentemente, da função mastigatória. No estudo protético verificou-se a necessidade de efetuar planos-guia em determinados dentes pilares para otimizar o eixo de inserção protético, e a estabilidade e retenção das novas estruturas protéticas, Figura 73.

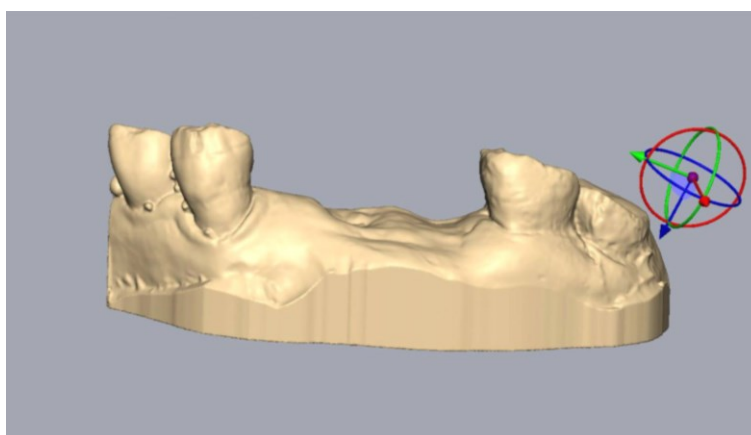


Figura 73 - Modelo de estudo digital.

Por oposição à forma convencional de efetuar guias de redução dentária, neste caso clínico foi efetuado todo o planeamento com recurso a tecnologia digital. No software *Freeform Plus* da *3DSystems*[®], foi definido o eixo de inserção protético, analisadas áreas retentivas e confeccionados planos guia, Figura 74.

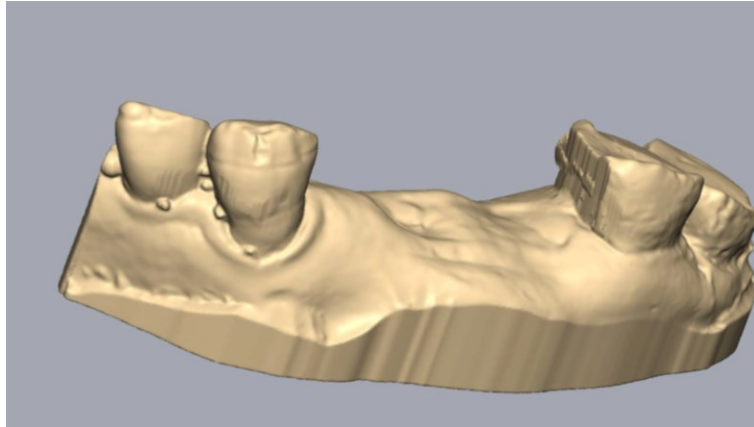


Figura 74 - Execução do plano guia no modelo digital.

Posteriormente foram desenhadas as guias de redução dentária digitais, Figura 75, as quais foram posteriormente impressas em resina acrílica através da impressora 3D *Anycubic Photon*.

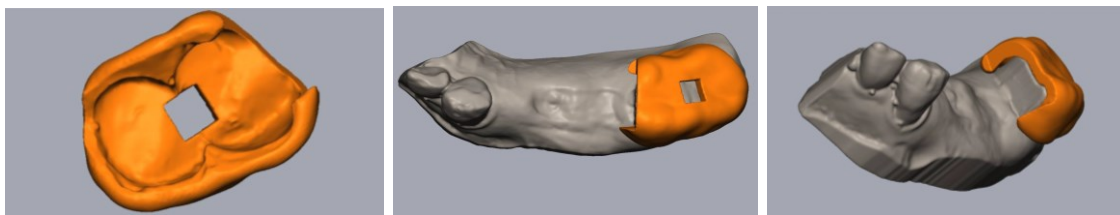


Figura 75 - Guia de redução dentária digital

Depois de verificada a adaptação das guias de redução dentária em boca, Figura 76, procedeu-se à confeção dos respetivos planos guias com broca de turbina cilíndrica diamantada, Figura 77 e 78.

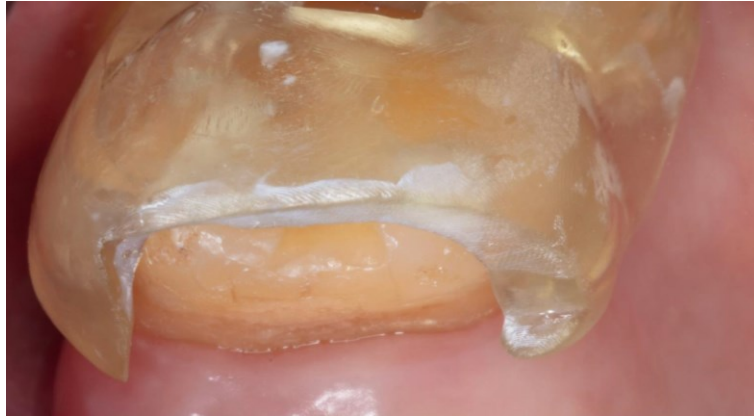


Figura 76 - Verificação da adaptação da guia



Figura 77 - Execução do plano guia



Figura 78 - Plano guia finalizado

A adaptação destas chaves de redução intra-oral foi simples e eficaz, tendo optimizado a confeção dos respetivos planos, e consequentemente, da reabilitação protética.

Discussão e conclusões: A utilização de guias digitais é cada vez mais comum e tem várias indicações como o auxílio na colocação de implantes dentários, na realização de gengivectomias ou de osteotomias(45,46). Este caso clínico demonstra mais uma aplicação das guias digitais, desta vez na preparação pré-protética de prótese removível. Apesar de ter sido clara a vantagem na utilização desta tecnologia, é importante ressaltar a necessidade de conhecimentos informáticos elevados, tempo e custos associados a todo este planeamento. É de esperar, num curto prazo, uma simplificação de toda esta metodologia.

Produção Científica

Produção Científica

Poster apresentado nas XIV Jornadas de Medicina Dentária da UCP



CATÓLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA PORTO VISEU

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE



8



Ablação de um Fibroma Traumático da Língua com Laser Diodo

Costa H.¹, Fernandes D.¹, Beixiga F.^{1,2},
Padrin I.^{1,2}, Marques T.^{1,2}

¹Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde -
Vila Verde, Portugal
²Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) -
Lisboa, Portugal

01 INTRODUÇÃO

O fibroma traumático, considerado o tumor benigno mais comum da cavidade oral, é uma lesão exofítica geralmente assintomática que pode surgir após um estímulo crónico, repetitivo de baixa intensidade. A sua localização está geralmente associada a zonas expostas a trauma como a língua, palato, mucosa jugal e labial. A sua base pode ser séssil ou pediculada, com tamanho até 1,5 cm, consistência dura à palpação e cor semelhante à mucosa. Histologicamente, é representado por um aumento nodular de tecido conjuntivo fibroso revestido por epitélio escamoso estratificado.

02 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Homem de 48 anos, fumador de 20 cigarros/dia, chegou à Clínica Dentária Universitária, com queixas relativas a uma "lesão no bordo direito da língua".
- Paciente diagnosticado com hepatite B, medicado com Clozapina, Lorazepam, Biperideno, portador de duas próteses removíveis, referiu que a lesão apareceu há já alguns meses e tem estado a aumentar.
- Ao exame clínico verificou-se uma lesão exofítica, pediculada, lisa, esbranquiçada, não sangrante ao toque com cerca de 6 mm localizada no bordo lateral direito do terço anterior da língua, compatível com fibroma traumático (Fig. 1). Verificou-se que a prótese inferior poderia estar na origem da lesão, uma vez que se apresentava desajustada com bordos cortantes.
- Após anestesia local tracionou-se a língua com gaze, fez-se a ablação total da lesão com um laser Diodo (Fig. 2 e 4) e posterior envio para análise histopatológica que confirmou o diagnóstico clínico de Fibroma. Foram feitos ajustes na prótese inferior e o seu rebasamento.



Fig. 1 – Situação Inicial



Fig. 2 – Pós operatório



Fig. 3 – Follow-up 8 dias



Fig. 4 – Laser Diodo Medency, modelo: Primo, com um comprimento de onda de 980 a 810nm e uma frequência de 25 KHz.

03 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O fibroma é uma lesão que se assemelha a outras patologias da cavidade oral, desta forma, é importante realizar o diagnóstico diferencial e despistar condições como papiloma, hiperplasia epitelial focal, hemangioma e linfangioma. A existência de fatores traumáticos crónicos tais como bordos de peças dentárias fraturadas, má-oclusão, próteses desadaptadas, aparelhos ortodónticos e hábitos para-funcionais podem conduzir ao desenvolvimento da patologia. Apesar da ausência de possível transformação maligna o fibroma tem indicação de ser removido através de uma biópsia excisional, permitindo obter o diagnóstico final. Como possibilidades de tratamento existe a remoção a laser ou bisturi e crioterapia. Uma vez que esta patologia é geralmente indolor, o exame clínico de rotina por parte do Médico Dentista torna-se fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce.

04 REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CA BJ. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. 138 p. ; 2. Vinay Kharsan, Ramnik Singh Madan, Pankaj Rathod, Abhishek Balani, Sumit Tiwari SS. Large ossifying fibroma of jaw bone: a rare case report. Pan Afr Med J. 2016;30(306):1-8. ; 3. Lanjekar A, Kulkarni S, Akhade S, Sonule S, Rathod U, Report C. Case Report An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Region. 2016;2016:5-8.

Poster apresentado nas XIV Jornadas de Medicina Dentária da UCP



Reabilitação com resina composta: Técnica direta e indireta

Costa H.¹, Fernandes D.¹, Rio R.^{1,2},
Campus P.^{1,2}, Almeida C.^{1,2}
¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde, Lisboa, Portugal
² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIS), Vila Verde, Portugal



-
-
-
-
-



Poster apresentado nas XIV Jornadas de Medicina Dentária da UCP


CATOLICA
CINS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA PORTO BRAGA



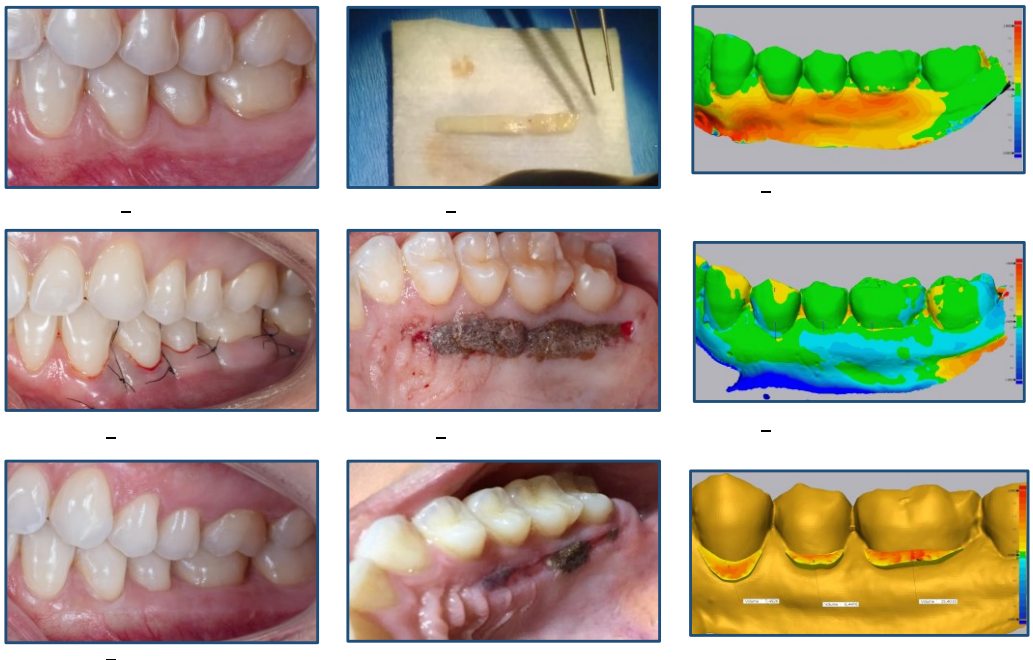
Enxerto conjuntivo – Uma opção de tratamento

Almeida C. ¹, Costa H. ¹, Fernandes D. ¹,
Fernandes G. ^{1,2}, Santos N. ^{1,2}, Marques T. ^{1,2}

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Vila Verde
² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, UCP Vila Verde, Portugal




-
-
-
-




Nota: As cores a amarelo laranja e vermelho representam, respetivamente, um ganho volumétrico crescente; as cores azul claro e azul escuro representam, respetivamente, uma perda volumétrica crescente, a cor verde representa zonas onde não ocorreu alteração volumétrica.





CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA 1900-002

43



Utilização de uma Matriz Individualizada para Reconstrução de um Coto de Coroa Unitária

Fernandes D.¹, Costa H.¹, Araújo F.^{1,2}, Silva A.^{1,2},
Esteves H.^{1,2}

¹ Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto de Ciências da Saúde, Viseu, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, ICS-Viseu, UCP, Portugal

01 INTRODUÇÃO

A presença de dentes molares extensamente destruídos continua a ter uma alta prevalência¹. A restituição da anatomia perdida deve ser efetuada com recurso a restaurações indiretas que conferem sucesso clínico². Para a reconstrução do remanescente coronal podem ser utilizados materiais de restauração direta tais como compósito ou amálgama, uma vez que os cotos assim efetuados apresentam dimensões consideráveis garantindo a robustez adequada. As matrizes individualizadas permitem conter e estabilizar o material restaurador durante a presa³.

02 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Homem com 60 anos, ASA II diabético compareceu na Clínica Dentária Universitária da UCP para restauração do 16 extensamente destruído. Referiu que o dente restaurado em compósito tinha fraturado há dois meses, mantendo-se sem qualquer sintoma. Ao exame clínico apresentava controlo de biofilme e evidência de desgaste dentário adequado à sua idade. O 16 endodonciado (Fig. 1) tinha uma destruição de 80% da coroa sem qualquer cúspide intata, obtendo uma classificação de 2 na CDED⁴ devido à altura do remanescente em vestibular e distal. O **Plano de tratamento** consistiu na reconstrução do falso coto em amálgama com auxílio de uma matriz individualizada e colocação de uma coroa metalo-cerâmica (Fig. 2) A elaboração da matriz individualizada seguiu o protocolo descrito por Esteves H *et al*⁵. Inicialmente obtiveram-se duas impressões em alginato do remanescente após a remoção da restauração antiga e do tecido cariado (Fig. 3). Após o enceramento (Fig. 4), fez-se um novo modelo para confecção da matriz termoformável, posteriormente recortada ao segundo modelo (Fig. 5). Para evitar a fuga do amálgama durante a sua condensação fecharam-se os espaços com *Bosworth Trim II* (Fig. 6). De seguida, procedeu-se à reconstrução do coto (Fig. 7), à execução do preparo dentário (Fig. 8) e por fim à colocação da restauração definitiva (Fig. 2).



05 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O amálgama dentário continua a ser um material de primeira escolha na reconstrução de cotos molares suportado no longo historial de sucesso clínico. A sua manipulação requer uma condensação vigorosa sendo necessário matrizes bem estabilizadas e adaptadas que permitam o suporte do material durante a fase inicial de endurecimento, sendo esta longa. No presente caso clínico a elaboração da matriz auxiliou a condensação, foi confortável para o doente e verificou-se uma diminuição do tempo de cadeira comparativamente à aplicação de matrizes metálicas não-individualizadas.

06 REFERÊNCIAS

1. Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. Dent Clin North Am 2004 Apr;48(2):vi, 397-vi, 416.; 2. Peroz I, Blankenstein F, Lange KP, Naumann M. Restoring endodontically treated teeth with posts and cores—a review. Quintessence International 2005 Oct;36(9):737-46.; 3. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth. Post, core and the final restoration. Journal of the American Dental Association 2005 May;136(5):611-9.; 4. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of Extensively Damaged Teeth to Evaluate Prognosis. J Can Dent Assoc. 2011;77:b105.; 5. Esteves H, Correia A. Immediate Core Reconstruction With A Vacuum Formed Matrix: A Case Report. The Internet Journal of Dental Science. 2007;6(1):1-6.; 2.



Matriz Digital para Execução de Planos Guia Protéticos

Marques T.^{1,2}, Fernandes D.¹,
Costa H.¹, Araújo F.^{1,2},
Figueiredo C.^{1,2}, Correia A.^{1,2}

¹Mestrado Integrado em Medicina Dentária, ICS-Viseu, UCP, Portugal
²Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, ICS-Viseu, UCP, Portugal

01 INTRODUÇÃO

A utilização de meios digitais em Medicina Dentária é uma realidade. Os Médicos Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária, procuram cada vez mais os meios digitais para otimizar os trabalhos que executam. A evolução dos scanners intraorais e das impressoras 3D, associados ao custo decrescente destes equipamentos, tem permitido um maior acesso a estas ferramentas.

02 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- ❖ Mulher de 67 anos, não fumadora, compareceu na consulta de Prótese Removível, na Clínica Dentária Universitária da UCP, com queixas referentes a dificuldades mastigatórias por ausência de peças dentárias.
- ❖ O diagnóstico revelou uma desdentação parcial tipo classe 2 (Classificação ACP), e uma classe de Kennedy III em ambos os maxilares.
- ❖ Plano de tratamento: Realização de duas próteses parciais removíveis esqueléticas para reposição das peças dentárias ausentes, e consequentemente da função mastigatória. Verificou-se a necessidade de efetuar planos-guia em determinados dentes pilares (Fig.1-2) para otimizar o eixo de inserção protético, e a estabilidade e retenção das novas estruturas protéticas.
- ❖ Planeamento com recurso a tecnologia digital (software *Freeform Plus* da *3DSystems*): Definição do eixo de inserção protético, áreas retentivas, confecção dos planos guia e desenho das guias de redução dentária digitais impressas numa resina acrílica (impressora 3D *Anycubic Photon*) (Fig. 3-4-5-6).
- ❖ Adaptação da chave de redução intraoral simples e eficaz (Fig. 7) → Otimização do plano guia e da reabilitação protética (Fig. 8-9).

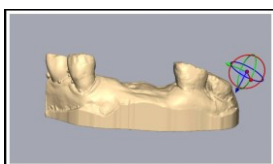


Fig. 1

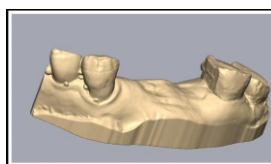


Fig. 2

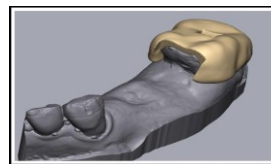


Fig. 3

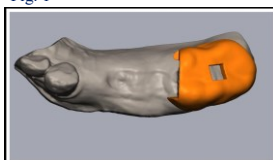


Fig. 4

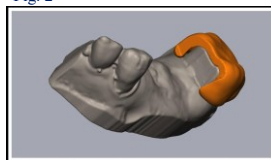


Fig. 5

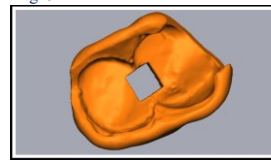


Fig. 6

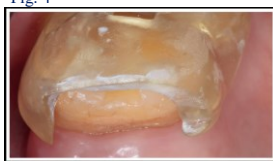


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

03 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A utilização de guias digitais é cada vez mais comum e tem varias indicações como o auxílio na colocação de implantes dentários ou na realização de uma gengivectomia. Este caso clínico demonstra mais uma aplicação das guias digitais, desta vez na preparação pré-protética de prótese removível. Apesar de ter sido clara a vantagem na utilização desta tecnologia, é importante ressaltar a necessidade de conhecimentos informáticos elevados, tempo e custos associados a todo este planeamento. É de esperar, num curto prazo, uma simplificação de toda esta metodologia.

04 REFERÊNCIAS

1. Gjelvold B, Mahmood DJH, Wennerberg A. Accuracy of surgical guides from 2 different desktop 3D printers for computed tomography-guided surgery. The Journal of Prosthetic Dentistry [Internet]. 2019 Mar;121(3):498–503. ; 2. Reyes A, Turkyilmaz I, Pihoda TJ. Accuracy of surgical guides made from conventional and a combination of digital scanning and rapid prototyping techniques. The Journal of Prosthetic Dentistry [Internet]. 2015 Apr;113(4):295–303.

Poster apresentado nas XIV Jornadas de Medicina Dentária da UCP



Carcinoma de Células Escamosas: Relato de Caso Clínico

Almeida C. ¹, Costa H. ¹, Fernandes D. ¹,
Carvalho T. ^{1,2}, Marques T. ^{1,2}

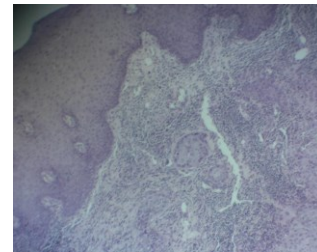
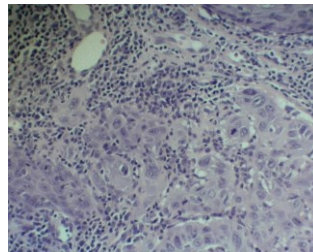
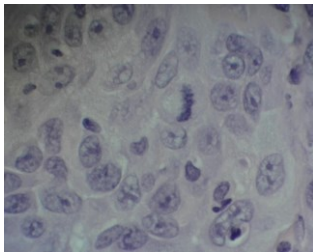
¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde –
Lisboa, Portugal

² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, UCP|Vita, Portugal



meses”

“ferida



– Ampliação 100x Pormenor do Carcinoma
espinocelular invasivo

– Ampliação 40x do Carcinoma espinocelular
invasivo. Tecido revestido por epitélio pavimentoso
estratificado não displásico que tem no córium uma
neoplasia maligna em pequenos e grandes
agregados de células (com citoplasma amplo e
núcleos ovais com nucléolos e cromatina irregular –
carcinoma espinocelular invasivo). A neoplasia está
rodeada por intenso infiltrado inflamatório.



Prev. 2005 Feb;14(2):467-75. ; 2.

. Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review. Cancer Epidemiol Biomarkers

Poster apresentado na SPEMD 2017



CATÓLICA
CIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

LEBIA - PORTO - VISEU



130

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Oliveira AR¹, Oliveira B¹,
Costa H¹, Correia A².

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Viseu, Portugal
² Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Vila Real, Portugal
³ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Braga, Portugal
⁴ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Vila Real, Portugal

Pesquisa de informação de saúde oral pelos pacientes de uma clínica dentária universitária

01 INTRODUÇÃO

A Internet assume, nos dias de hoje, um papel fulcral no quotidiano da população. A quantidade de informação disponível na Internet é cada vez maior. No entanto, nem sempre quantidade significa qualidade, pelo que, muitas vezes, a informação encontrada não ajuda no aumento do conhecimento do paciente sobre a sua condição oral.

02 OBJETIVOS

Determinar o uso da Internet por parte dos pacientes de uma clínica dentária universitária para obterem informações sobre a sua saúde oral e necessidades de tratamento médico-dentário.

03 MÉTODOS

Foi aplicado um questionário (adaptado de Riordáin, 2009) aos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu, num período compreendido entre 17 de Março e 07 de Abril. Os dados recolhidos foram sujeitos a uma análise descritiva, utilizando o software Excel@Microsoft.

04 RESULTADOS

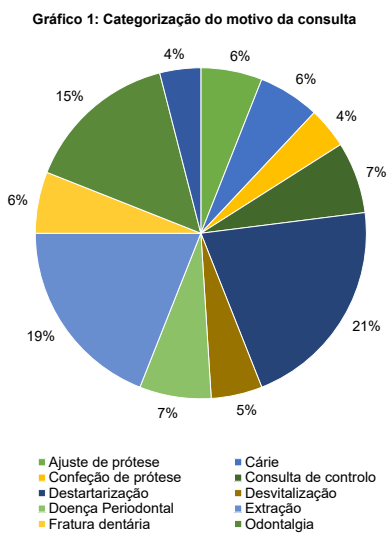
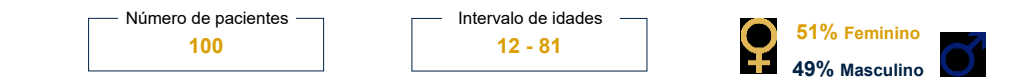
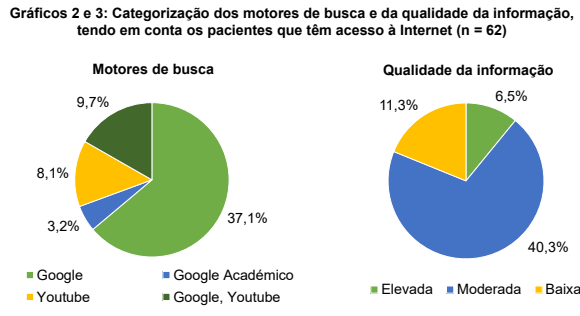


Tabela 1: Razão para obtenção de informações sobre a condição de saúde

Condição	N	%*
Melhorar conhecimento sobre estado de saúde ou tratamento	17	27,4%
Reduzir a ansiedade	6	9,7%
Tentar remédios ou opções de tratamento alternativas	3	4,8%
Melhorar conhecimento sobre estado de saúde ou tratamento e reduzir a ansiedade	7	11,3%
Melhorar conhecimento sobre estado de saúde ou tratamento e reduzir a ansiedade e ajudar a aceitar os problemas	1	1,6%
Melhorar conhecimento sobre estado de saúde ou tratamento, reduzir a ansiedade e tentar remédios ou opções de tratamento alternativas	2	3,2%
Melhorar conhecimento sobre estado de saúde ou tratamento, tentar remédios ou opções de tratamento alternativas e procurar outras pessoas com problema semelhante ou que seguem o mesmo tratamento	1	1,6%

*Porcentagem do total de pacientes que têm acesso à Internet no dia-a-dia (n = 62)



05 CONCLUSÃO

A relação Médico Dentista/Paciente modificou-se, acentuadamente, após o surgimento da Internet. Hoje em dia, a informação disponível é muito variada, porém o paciente nem sempre apresenta capacidade de selecioná-la corretamente. Neste sentido, o Médico Dentista deve estar sensibilizado para, de forma didática, corrigir a desinformação do paciente.

06 REFERÊNCIAS

1. Ni Riordáin R, McCreary C. Dental patients' use of the Internet. Br Dent J. 2009 Dec 19;207(12):583-6; 575.

Poster apresentado nas XII Jornadas de Medicina Dentária da UCP

DESINFECÇÃO DE CONES DE GUTA-PERCHA: REVISÃO DA LITERATURA

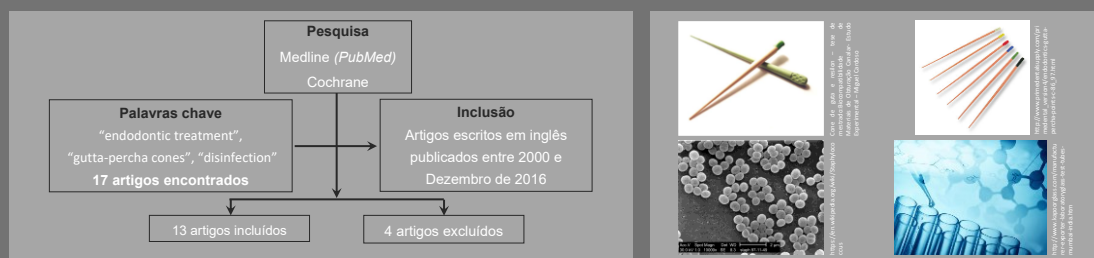
Costa H.¹ Paulo M.², Cardoso M.², Noites R.^{2,3}

1 - Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. E-mail: helderantonioocosta@hotmail.com, 917935606
2 – Departamento de Endodontia do Mestrado Integrado de Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu Portugal.
3 - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu Portugal.

OBJETIVOS

Os cones de gutta-percha são usados no tratamento endodôntico radical, são comercializados em embalagens seladas e esterilizadas. Uma vez expostos ao ambiente, podem ser contaminados durante o manuseamento e por aerossóis. A realização deste trabalho tem como objetivo fazer uma revisão sistemática e uma análise crítica de informação publicada sobre a efetividade de diferentes desinfetantes usados nos cones de gutta-percha.

MÉTODOS



RESULTADOS

Autores	Ano	Objetivos	Resultados
Motta, et al	2001	Avaliar a eficácia de 2,5% Hipoclorito de sódio (NaOCl) e 2,2% Glutaraldeído (GLT) na esterilização de cones de gutta-percha (GP)	2,5% NaOCl é efetivo após 5, 10 e 15 min; 2,2% GLT precisa de 10 e 12h de contacto para ser efetivo.
Attin, et al	2001	Determinar o efeito da esterilização por feixe de eletrões em cones de GP	Não foram registadas diferenças significativas entre cones de GP esterilizados e os não esterilizados.
Souza, et al	2003	Avaliar a efetividade na desinfeção em cones de GP com os seguintes agentes: 10% Polyvinylpyrrolidone-iodine (PVP-I) e 5,25% NaOCl	3 seg. com 10% PVP-I são eficientes; 5,25% NaOCl é eficaz em 45 e 15 seg.
Sayão, et al	2010	Analisar a contaminação de cones de GP e identificar os Microrganismos	6,67% dos cones de GP estavam contaminados; Staphylococcus e Bacillus foram identificados.
Gomes, et al	2005	Avaliar a efetividade na desinfeção em cones de GP com clorhexidina (CHX) e NaOCl	A CHX não é eficaz na eliminação de esporos de <i>B. subtilis</i> ; A CHX e o NaOCl conseguem eliminar a maior parte de microrganismos vegetativos em 30 min ou menos.
Salvia, et al	2010	Avaliar a efetividade na desinfeção em cones de GP com 2% ácido paracético(acPA) contaminados com <i>E. coli</i> , <i>Staph. aureus</i> , <i>Strep. mutans</i> , <i>Candida albicans</i> and <i>Bacillus subtilis</i>	2% acPA é efetivo na desinfeção dos cones após 1 min
C.K. Nabeshima et al	2011	Avaliar e comparar a eficácia de diferentes métodos de desinfeção química de cones de GP	2% CHX em 1 min promove a desinfeção dos cones de GP; 1% NaOCl e 10% PVP-I necessitam de 10 min para promoverem uma ação efetiva.
Prado, et al	2011	Avaliar as alterações morfológicas na superfície dos cones de GP e Resilon (RS) expostos a soluções desinfetantes	O uso de NaOCl sem lavagem promove a formação de cristais de cloro na superfície das amostras; A lavagem final dos cones é essencial
Castro, et al	2013	Verificar a eficácia na descontaminação de cones de GP e RS com soluções de 5,25% e 2,25% NaOCl em 1 min	As soluções de 5,25% e 2,25% NaOCl são efetivas em 1 min.
Subha, et al	2013	Comparar a desinfeção de cones de GP e RS contaminados por <i>E. faecalis</i> e <i>B. Subtilis</i> com: 3% NaOCl; 2% CHX ; 1% acPA; 10% PVP-I	1% acPA apresentou o melhor resultado de desinfeção em 1 e 5 min seguido de 2% CHX, 3% NaOCl em terceiro lugar e o PVP-I em último.

CONCLUSÃO

Várias substâncias e métodos têm sido testados para a desinfeção dos cones de gutta-percha, contudo, o tempo de atuação do desinfetante a sua concentração, as condições em que os cones são armazenados e a lavagem final depois dessa desinfeção têm uma enorme influência no processo e sucesso do tratamento endodôntico. Não existe consenso quanto à melhor metodologia na desinfeção dos cones de gutta-percha ou Resilon®, sendo os agentes desinfetantes mais utilizados o NaOCl, ácido paracético, clorexidina, PVP-I e o glutaraldeído.

BIBLIOGRAFIA

1. SAKKI et al. Microbiological Analysis of Gutta-Percha cones Available in the Brazilian Market. Pesquisa Brasileira em Odontomatologia e Clínica Integrada, Vol.10, 2010, pag.285-289. 2. Moore WJ, Gilmer JM. Antibacterial activity of gutta-percha cones attributed to the zinc chloride component. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982;28(3):308-14. 3. Souza PE de, Sousa EA de, Sousa Neto MD, Pietro RCh. In vitro evaluation of different chemical agents for the decontamination of gutta-percha cones. Pesqui Odontol Bras 2003;17(1):75-74. 4. Gomes et al. Disinfection of gutta-percha cones with chlorhexidine and sodium hypochlorite. OODOE 2005, pag. 512-517. 5. CASTRO, Antonio LR, de et al. Effectiveness of three solutions in disinfection of gutta-percha and resilon pellets. Rev Bras Odontol. 2013; 7:70. pag. 54-58. 6. Subha et al. Efficacy of Paracetic Acid in Rapid Disinfection of Resilon and Gutta-percha cones Compared with Sodium Hypochlorite, Chlorhexidine, and Polyvinylpyrrolidone. JCE Vol. 38, No. 10, 2013. Pag.1263-1267. 7. Prado et al. The importance of final rinse after disinfection of gutta-percha and Resilon cones. OODOE 2011; 021-024. 8. C.K. Nabeshima et al. Effectiveness of different chemical agents for disinfection of gutta-percha cones. Aust Endod J 2013;37:148-151. 9. Salvia ACRO et al. Effectiveness of 2% paracetic acid for the disinfection of gutta-percha cones. Braz Oral Res. 2011; 35(1):21-10. Atsuta et al. Antibacterial Properties of Electron Beam-Sterilized Gutta-Percha Cones. Journal of Endodontics, Vol. 27, No. 3, 2001. Pag.172-174. 11. Motta et al. Efficacy of chemical sterilization and storage conditions of gutta-percha cones. International Endodontic Journal, 34, 2001, pag.435-439

Artigo Científico e Comunicação Oral – Biodental Engineering – Porto, 2018

CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

BIODENTAL
ENGINEERING
2018

BIODENTAL conference 2018
June 22-23, PORTO, PORTUGAL

**Research of oral health information by
patients of a university dental clinic**

H. Costa^{1,2}; B. Oliveira¹; A. Oliveira¹;
A. Correia^{1,3}

1. Universidade Católica Portuguesa, Institute of Health Sciences,
Viseu, Portugal.
2. Health Sciences Research Centre – Health Sciences Faculty, Beira
Interior University, Covilhã, Portugal.
3. Universidade Católica Portuguesa, Centre for Interdisciplinary
Research in Health (CIIS), Institute of Health Sciences - Viseu,
Portugal.

Conclusão

Conclusão

No decorrer da atividade clínica desenvolvida neste último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, foi possível desenvolver competências teóricas e técnicas fundamentais para o desenvolvimento como profissional de Medicina Dentária. O gosto e as valências adquiridas e aperfeiçoadas pela atividade clínica contínua foram uma constante que certamente se irá repercutir no futuro. A certeza da necessidade multidisciplinar da profissão faz com que seja possível estabelecer diagnósticos com base nos sinais e sintomas apresentados e, de uma forma integrada, executar planos de tratamento individualizados, tendo sempre como objetivo a manutenção/restabelecimento da saúde do nosso paciente.

A elaboração do presente relatório clínico e respetiva análise descritiva permitiu fazer uma análise crítica ao trabalho desenvolvido ao longo deste 5º ano, com ênfase para a importância do registo dos atos clínicos. Outro dos aspetos importantes da execução do presente relatório é ser possível compilar os dados aqui reunidos com outros de relatórios similares. Desta forma é possível obter e analisar uma vasta informação que pode ser útil para aspetos relacionados à própria estruturação do Mestrado em Medicina Dentária, gestão da Clínica Dentária Universitária mas também, pelo facto de conter informação relevante para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos através dos quais possam ser obtidas prevalências, incidências e assim desenvolver planos de ação para a sociedade ou a criação de *guide-lines* úteis para o processo de aprendizagem e da prática da Medicina Dentária.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Constitution of WHO: principles. [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/about/mission/en/>
2. American Dental Association. ADA Definition of Dentistry. Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 1977;
3. Hussain A, Khan F. History of dentistry. Arch Med Heal Sci. 2014;
4. Gutmann JL. The Evolution of America's Scientific Advancements in Dentistry in the Past 150 Years. J Am Dent Assoc. 2009;140(Suppl 1):8S–15S.
5. Lunenfeld B. An ageing world-Challenges ahead. Maturitas. 2009;24(1):1–3.
6. Instituto Nacional de Estatística IP. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Instituto Nacional de Estatística. 2012. 21 p.
7. Lourenço A, Pita Barros P. Cuidados de Saúde Oral [Internet]. 2016. Available from: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf>
8. Ordem dos Médicos Dentistas. Folhetos Educativos Cirurgia Oral [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 24]. Available from: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/folheto-ond-cirurgia-oral.pdf>
9. Peterson LJ. Contemporary oral and maxillofacial surgery. Elsevier Inc; 2005.
10. Wang Q, Liu J, Qi S, Liao X, Liu D, Pan J. Clinical analysis of medication related osteonecrosis of the jaws: A growing severe complication in China. J Dent Sci [Internet]. 2018;13(3):190–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2017.12.003>
11. Cabanillas-Balsera D, Martín-González J, Montero-Miralles P, Sánchez-Domínguez B, Jiménez-Sánchez MC, Segura-Egea JJ. Association between diabetes and nonretention of root filled teeth: a systematic review

- and meta-analysis. *Int Endod J.* 2019;52(3):297–306.
12. Trujillo JF, Hollenberg SM. Valvular Heart Disease in Adults: Management of Prosthetic Heart Valves. *FP Essent.* 2017 Jun;457:23–9.
 13. Stoopler ET, Rossi SS De, Greenberg MS, Rcsed FDS, Sollecito TP, Rcsed FDS. The Global Footprint of Oral Medicine Specialists: The University of Pennsylvania Experience. *J Dent Educ.* 2016;80(12):1464–7.
 14. Schenkel AB, Veitz-Keenan A. Dental cavity liners for Class I and Class II resin-based composite restorations (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(3):1–44.
 15. 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. 2019;2019:6–11.
 16. Gutmann JL, Lovdahl PE. *Soluções em Endodontia: Prevenção, Identificação e Procedimentos.* 5th ed. Mosby Elsevier; 2012.
 17. Türp JC, Greene CS, Strub JR. Dental occlusion: A critical reflection on past, present and future concepts. *J Oral Rehabil.* 2008;35(6):446–53.
 18. Commission on Dental Accreditation. Accreditation Standards for Advanced Dental Education Programs in Pediatric Dentistry [Internet]. 2017 [cited 2019 May 6]. Available from: <https://www.ada.org/~media/CODA/Files/ped.pdf?la=en>. Accessed August 19, 2017. (Archived by WebCite® at: “<http://www.webcitation.org/6tmljYfqt>”
 19. Goran K, Poulsen S. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach.* 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2017.
 20. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics.* 5th ed. Mosby Elsevier; 2013.
 21. Gregoret J, Tuber E, Escobar L, Fonseca A. *Ortodoncia y Cirurgia Ortognatica.* Barcelona: ESPAXS;
 22. Newman M, Henry T, Perry K, Fermin C. *CARRANZA’S CLINICAL PERIODONTOLOGY.* Missouri: Elsevier Inc.; 2012.

23. Steffens JP, Marcantonio RA. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri - implantares 2018 : Guia Prático e Pontos-Chave. Rev Odontol DA UNESP. 2018;47(4):189–97.
24. Machado V, Botelho J, Amaral A, Proença L, Alves R, Rua J, et al. Prevalence and extent of chronic periodontitis and its risk factors in a Portuguese subpopulation: a retrospective cross-sectional study and analysis of Clinical Attachment Loss. PeerJ. 2018;6:1–17.
25. Shillingburg H, Sather D, Wilson E, Cain J, Mitchell D, Blanco L. Fundamental of Fixed Prosthodontics. 4th ed. Quintessence; 2012. 574 p.
26. Carr AB, Brown DT. Prótese Parcial Removível. 12th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
27. Sharka R, Abed H, Hector M. Oral health-related quality of life and satisfaction of edentulous patients using conventional complete dentures and implant-retained overdentures: An umbrella systematic review. Gerodontology. 2019;00:1–10.
28. Kamdem B, Seematter-Bagnoud L, Botrugno F, Santos-Eggimann B. Relationship between oral health and Fried's frailty criteria in community-dwelling older persons. BMC Geriatr. 2017;17(1):1–8.
29. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. Periodontol 2000. 2015;68(1):333–68.
30. WJ. G. Prevalence and Etiology of G i n g i v a l Recession*. J Periodontol. 1967;38:316–22.
31. Tavelli L, Barootchi S, Nguyen TVN, Tattan M, Ravidà A, Wang HL. Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. J Periodontol. 2018;89(9):1075–90.
32. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. J Clin Periodontol. 2014;41(October 2013):S44–62.
33. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and

- multiple teeth. *Periodontol* 2000. 2017;75(1):296–316.
34. Torres CRG, Zanatta RF, Huhtala MFRL, Borges AB. Semidirect posterior composite restorations with a flexible die technique: A case series. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2017;148(9):671–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2017.02.032>
 35. Lu P-Y, Chiang Y-C. Restoring Large Defect of Posterior Tooth by Indirect Composite Technique: A Case Report. *Dent J*. 2018;6(4):54.
 36. van de Sande FH, Moraes RR, Elias R V., Montagner AF, Rodolpho PA, Demarco FF, et al. Is composite repair suitable for anterior restorations? A long-term practice-based clinical study. *Clin Oral Investig*. 2018;23(6):2795–803.
 37. Layton A. Critical appraisal of the survival and complication rates of tooth-supported all-ceramic and metal-ceramic fixed dental prostheses: the application of evidence-based dentistry. *Int J Prosthodont*. 2011;24(417):27.
 38. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth: Post, core and the final restoration. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2005 May 1;136(5):611–9. Available from: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0232>
 39. Esteves H, Correia A. Immediate core reconstruction with a vacuum formed matrix – a case report. *Internet J Dent Sci* [Internet]. 2008;6(1):1–9. Available from: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlPrinter=true&xmlFilePath=journals/ijds/vol6n1/vacuum.xml>
 40. Neville BW, Damm DD, Allen CA BJ. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. 138 p.
 41. Lanjekar A, Kulkarni S, Akhade S, Sonule S, Rathod U, Report C. Case Report An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Region. 2016;2016:5–8.
 42. Vinay Kharsan, Ramnik Singh Madan, Pankaj Rathod, Abhishek Balani,

- Sumit Tiwari SS. Large ossifying fibroma of jaw bone: a rare case report. *Pan Afr Med J*. 2018;30(306):1–8.
43. Verma S, Chaudhari P, Maheshwari S SR. Laser in dentistry : An innovative tool in modern dental practice. *Natl J Maxillofac Surg*. 2012;3(2):124–32.
44. Gulati R, Khetarpal S, Ratre MS, Solanki M. Management of massive peripheral ossifying fibroma using diode laser. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2019;23(2):177–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30983792>
45. Reyes A, Turkyilmaz I, Prihoda TJ. Accuracy of surgical guides made from conventional and a combination of digital scanning and rapid prototyping techniques. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2015;113(4):295–303. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2014.09.018>
46. Liu X, Yu J, Zhou J, Tan J. A digitally guided dual technique for both gingival and bone resection during crown lengthening surgery. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2018;119(3):345–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.04.018>