



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

Salvatore Bellantone

Viseu, 2019





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

Salvatore Bellantone

Orientadora:

Professora Doutora Patrícia Fonseca

Co-orientadora:

Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2019



## Resumo

A Medicina Dentária está em constante evolução, com o intuito de utilizar sempre novos materiais e novas técnicas para melhorar o resultado final e ter prognósticos cada vez mais previsíveis.

Na última década, a elevada exigência estética por parte dos pacientes nos tratamentos dentários, fez com que os Médicos Dentistas melhorassem as técnicas e a pesquisa de materiais sempre mais estéticos, nunca esquecendo a importância do complexo mastigatório.

De salientar a incrível evolução da Medicina Dentária com o advento de máquinas e sistemas tecnológicos mais inovadores, por exemplo a CBCT (*cone beam computer tomography*), ou o scanner intraoral ou o DSD (*Dental Smile Design*), obtendo assim uma simulação digital do resultado final.

Este relatório de atividade clínica realiza uma análise qualitativa e quantitativa dos atos clínicos realizados como assistente e como operador, durante o último ano letivo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu.

A presente dissertação é dividida em 3 seções: a primeira parte, é uma introdução à medicina dentária, tratada de uma forma geral; na segunda parte, é realizada uma análise epidemiológica dos pacientes atendidos na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu e, por fim, são apresentados três casos clínicos, investigando mais especificamente as técnicas de diagnóstico, tratamento e prognóstico, envolvidos na resolução de cada um deles.

**Palavra chaves:** Medicina Dentária, Atividade Clínica, Ensino, Caso Clínico, Prótese Total, Prostodontia Fixa, Cirurgia Oral, Periodontologia



## **Abstract**

Dental Medicine is constantly evolving with the aim of always using new materials and new techniques to improve the final result and have increasingly predictable prognoses.

In the last decade, the high aesthetic requirement on the part of the patients in the dental treatments, made that the dentists improved the techniques and the research of materials always more aesthetic, never forgetting the importance of the masticatory complex.

Of note is the incredible evolution of dental medicine with the advent of more innovative machines and technological systems, for example cone beam computer tomography (CBCT), or intraoral scanner or Dental Smile Design (DSD), thus obtaining a digital simulation of the result Last.

This clinical activity report performs a qualitative and quantitative analysis of the clinical acts performed both as assistant and operator during the last academic year of the Integrated Master in Dental Medicine course at the University Clinic of the Portuguese Catholic University of Viseu.

The present dissertation is divided in 3 sections: the first part, is an introduction to dentistry, treated in a general way; in the second part is faced an epidemiological analysis of the patients treated at the University Clinic of the Portuguese Catholic University of Viseu. Finally, in the third part are presented three clinical, focusing on the diagnostic, treatment and prognostic techniques involved in the resolution of each case.

**Keyword (s):** Dental Medicine, Clinical Activity, Teaching, Clinical Case, Total Prosthesis, Fixed Prosthodontics, Oral Surgery, Periodontology



# Índice

<b>Resumo .....</b>	<b>i</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iii</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Atividade Clínica.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Dados da Atividade Clínica Geral .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.1 Medicina Oral .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.2 Periodontologia.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.3 Dentisteria Operatória .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.4 Endodontia .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.5 Odontopediatria .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.6 Cirurgia Oral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.7 Ortodontia .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.8 Oclusão.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.9 Prostodontia Removível.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.10 Prostodontia Fixa.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Casos Clínicos Diferenciados .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Caso clínico 1 – Reabilitação oral com prótese total removível     bimaxilar .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Caso clínico 2 - Recobrimento da recessão gengival do dente     4.1, com técnica de tunelização e enxerto de tecido conjuntivo.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Caso clínico 3 - Reabilitação com prótese fixa metalo-cerâmica     .....</b>	<b>39</b>
<b>4. Reflexão Final .....</b>	<b>49</b>
<b>5. Bibliografia .....</b>	<b>51</b>
<b>6. Produção Científica.....</b>	<b>55</b>

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 - Distribuição do número de marcações do binómio 24 .....	4
Gráfico 2 - Número de consultas como assistente e como operador. ....	5
Gráfico 3 - Número de pacientes por faixa etária. ....	5
Gráfico 4- Distribuição dos pacientes por área disciplinar .....	6
Gráfico 5- Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores.....	7
Gráfico 6- Tipo de consulta realizado em Periodontologia .....	10
Gráfico 7 - Tipo de consulta realizado em Dentisteria Operatória .....	12
Gráfico 8 - Tipo de material utilizado nas restaurações em Dentisteria.....	12
Gráfico 9 - Tipo de tratamento em Endodontia.....	14
Gráfico 10 - Tipo de consulta realizado em Odontopediatria.....	15
Gráfico 11 - Tipo de consulta realizado em Cirurgia Oral.....	17
Gráfico 12- Tipo de consulta realizado em Prostodontia Removível .....	21
Gráfico 13 - Tipo de consulta realizado em Prostodontia Fixa .....	22

## **Índice de Tabela**

Tabela 1 - Tipo de consulta realizado em Medicina Oral.....	8
Tabela 2 - Tipo de tratamento em Ortodontia .....	18
Tabela 3 - Tipo de tratamento em Oclusão .....	19

## Índice de Figuras

Figura 1 - Fotografia intraoral mandibular .....	25
Figura 2 - Fotografia intraoral maxilar .....	25
Figura 3 - Impressões definitivas.....	26
Figura 4 - Ceras de mordida no modelo de gesso .....	27
Figura 5 - Marcação da linha média, da linha dos caninos e da linha do sorriso .....	27
Figura 6 - Prova dentes (vista frontal) .....	28
Figura 7 - Prova dentes (vista lateral direita).....	28
Figura 8 - Prova dentes (vista lateral esquerda).....	28
Figura 9 - Contactos bilaterais.....	28
Figura 10 - Próteses total definitiva (vista frontal) .....	29
Figura 11 - Próteses total definitiva (vista lateral esquerda).....	29
Figura 12 - Próteses total definitiva (vista lateral direita).....	30
Figura 13 - Colocação das próteses totais em boca.....	30
Figura 14 - Recessão gengival do dente 4.1, vista frontal.....	34
Figura 15 - Recessão gengival do dente 4.1, vista lateral .....	34
Figura 16 - Sonda em transparência (fenótipo gengival fino) .....	35
Figura 17 - Descolamento do tecido.....	35
Figura 18 - Preparação do túnel .....	36
Figura 19 - Enxerto desepitelizado.....	36
Figura 20 - Colocação do enxerto na área de recessão .....	36
Figura 21 - Controlo após 15 dias .....	37
Figura 22 - <i>Follow up</i> após 1 mês .....	37
Figura 23 - Ortopantomografia .....	41
Figura 24 - Radiografia periapical dente 4.4.....	41
Figura 25 - Radiografia periapical dente 4.7 .....	41
Figura 27 - Preparação dentária dos dentes 4.4 e 4.7 .....	42
Figura 26 - Guia de redução.....	42
Figura 28 - Restauração provisória .....	43
Figura 29 - Impressão definitiva .....	44

Figura 30 - Infraestrutura no modelo de gesso (vista vestibular).....	44
Figura 31 - Infraestrutura no modelo de gesso (vista lingual).....	45
Figura 32 - Prova da infraestrutura (vista vestibular).....	45
Figura 33 - Prova da infraestrutura (vista lingual).....	45
Figura 34 - Prova de cerâmica .....	46
Figura 35 - Prótese definitiva cimentada .....	46
Figura 36 - Prótese definitiva cimentada (vista lingual) .....	47
Figura 37 - Contactos oclusais .....	47



## 1. Introdução

A Medicina Dentária é uma área da Medicina que inclui a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das patologias que afetam a cavidade oral e todas as estruturas a ela interligadas, nomeadamente os dentes, as mucosas orais, o maxilar superior e inferior, as articulações temporomandibulares, as glândulas salivares e tecidos neuromusculares orais. Esta área está em evolução contínua, procurando novos materiais e tratamentos que possam melhorar o prognóstico de cada caso.

A Medicina Dentária é uma das profissões médicas mais antigas, que remonta a 7000 a.C. com a Civilização do Vale do Indo. No entanto, até 5000 a.C., as descrições relacionadas com a odontologia e a cárie dentária não estavam disponíveis. Na época, um texto sumério descrevia os vermes como causadores de cárie dentária, uma ideia que não se provou falsa até o século XVIII. Em 1840, o primeiro colégio dental (*Baltimore College of Dental Surgery*) foi aberto, estabelecendo a necessidade de mais supervisão. Nos Estados Unidos, o Alabama liderou o caminho ao promulgar o primeiro ato de prática odontológica em 1841, e quase 20 anos depois, a *American Dental Association* (ADA) foi formada. A primeira instituição dentária afiliada à universidade, a Escola de Odontologia da Universidade de Harvard, foi fundada em 1867. Em 1873, a Colgate® produziu em massa a primeira pasta de dentes e as escovas de dentes produzidas em grande quantidade surgiram alguns anos depois.<sup>(1)</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde oral consiste na ausência de dor facial e oral, doenças orais e desordens que limitam a capacidade de um indivíduo de trincar, mastigar, sorrir, falar e sentir-se bem psicossocialmente.<sup>(2)</sup>

Em 2018 constatou-se que mais de 30% da população portuguesa não visita o Médico Dentista ou apenas o procura em caso de urgência. Este valor aumentou 3% face ao ano anterior, sendo que 41% dos portugueses não vão a uma consulta de medicina dentária há mais de um ano. Mais ainda, 70% de portugueses têm falta de dentes naturais (excetuando os dentes do siso) e, destes, 35% já perderam seis ou mais dentes. Há ainda 8,2% da população portuguesa que não tem qualquer dente natural e, entre aqueles que têm falta de dentes, há 55,5% que não foram reabilitados.<sup>(3)</sup>

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa de Viseu é constituído por um ciclo de aprendizagem composto por cinco anos académicos, divididos em dois módulos; os primeiros três anos garantem uma preparação baseada em noções teóricas coadjuvadas por um sustentamento de noções práticas que complementam os conceitos, tornando-os efetivos e concretos; ao fim destes três anos, o candidato obtém a licenciatura. O segundo módulo, constituído pelos últimos dois anos, permite ao aluno frequentar a Clínica Universitária, com vista à atividade clínica propriamente dita, em contacto com pacientes, o que lhe permite a evolução dos seus conhecimentos teóricos e práticos. Após os 5 anos, o aluno obtém o grau de Mestre em Medicina Dentária, podendo este mesmo ser utilizado para exercer a profissão em Portugal, assim como nos outros Países da União Europeia.

Na Clínica Dentária Universitária, o ensino da Medicina Dentária é distribuído por diferentes áreas disciplinares:

- Medicina Oral, que inclui o estudo das patologias próprias da cavidade oral, o seu diagnóstico e tratamento;
- Periodontologia, constituída pelo estudo das estruturas de suporte do dente, as patologias que as afetam, o seu diagnóstico e tratamento;
- Odontopediatria, que inclui o estudo da Medicina Dentária focado num grupo etário específico: crianças e adolescentes;
- Dentisteria Operatória, constituída pelo estudo dos materiais e das técnicas usadas para a restauração dos tecidos dentários, da sua função e da sua estética;
- Prostodontia Removível, que estuda a reabilitação de um ou mais dentes ausentes com soluções protéticas removíveis;
- Prostodontia Fixa, que estuda a reabilitação de um ou mais dentes ausentes com soluções fixas;
- Endodontia, que inclui o estudo da câmara pulpar e dos canais radiculares, das patologias que os afetam e das técnicas para as tratar;
- Ortodontia, que estuda as maloclusões e as técnicas de tratamento de cada uma;

- Oclusão, constituída pelo estudo da saúde das articulações que definem os movimentos mandibulares, as disfunções e o seu tratamento, e
- Cirurgia Oral, constituída pelo estudo das exodontias dento-alveolares, simples ou complexas incluindo o estudo das estruturas anatómicas e nervosas que circundam o dente.

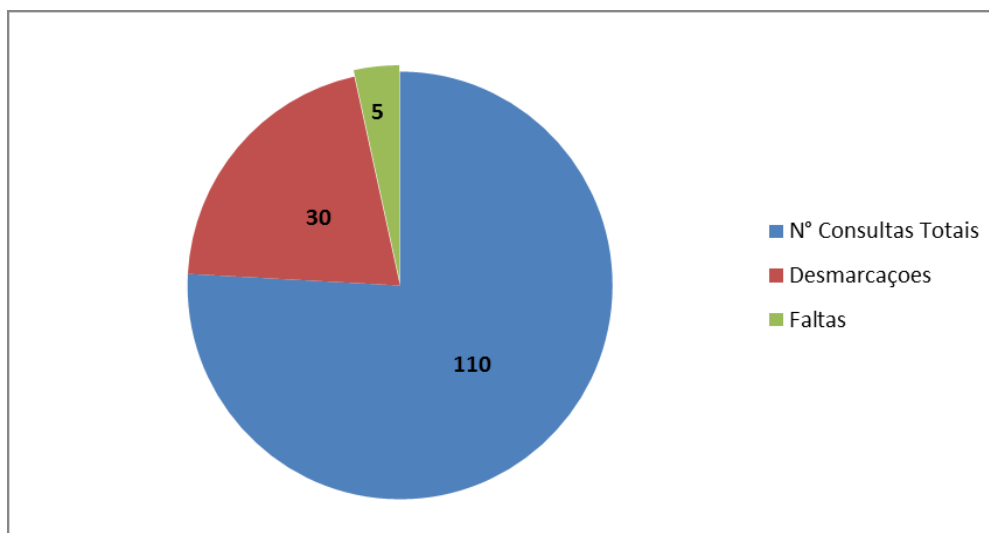
O objetivo principal desta monografia, é fazer uma análise qualitativa e quantitativa dos casos clínicos observados durante a prática clínica universitária. Para além do referido são apresentados e discutidos casos clínicos diferenciados desde a anamnese até ao resultado final obtido, dando particular relevância ao plano de tratamento e sua execução.

## 2. Atividade Clínica

Nesta secção será apresentada a atividade clínica desenvolvida na Universidade Católica Portuguesa de Viseu pelo binómio 24. A recolha de dados começou em setembro de 2017 e terminou em junho de 2018. Os dados foram recolhidos com o auxílio dos programas NEW SOFT®, registo eletrónico relativo às fichas individuais e às marcações dos pacientes, e ROMEXIS® e DMAXIS®, programas utilizados durante a execução dos exames imagiológicos complementares.

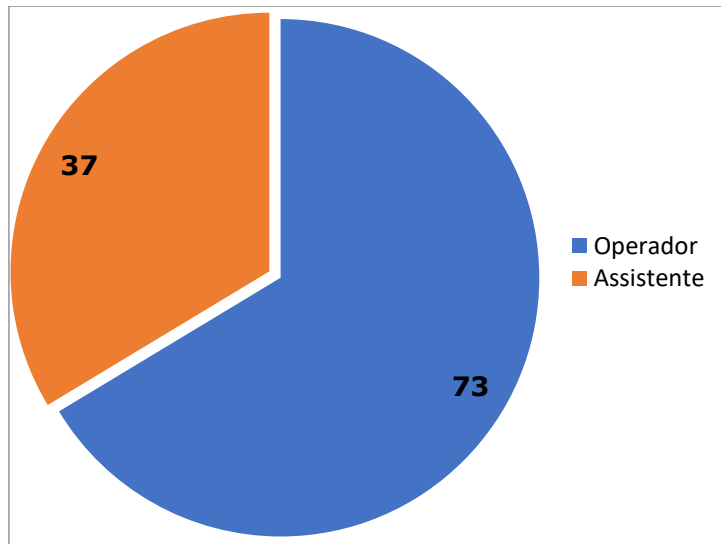
### 2.1 Dados da Atividade Clínica Geral

O binómio 24 teve um total de 145 marcações, das quais efetuou 110 consultas, atendendo 58 pacientes. Registou 30 desmarcações e 5 faltas. **(Gráfico 1)**



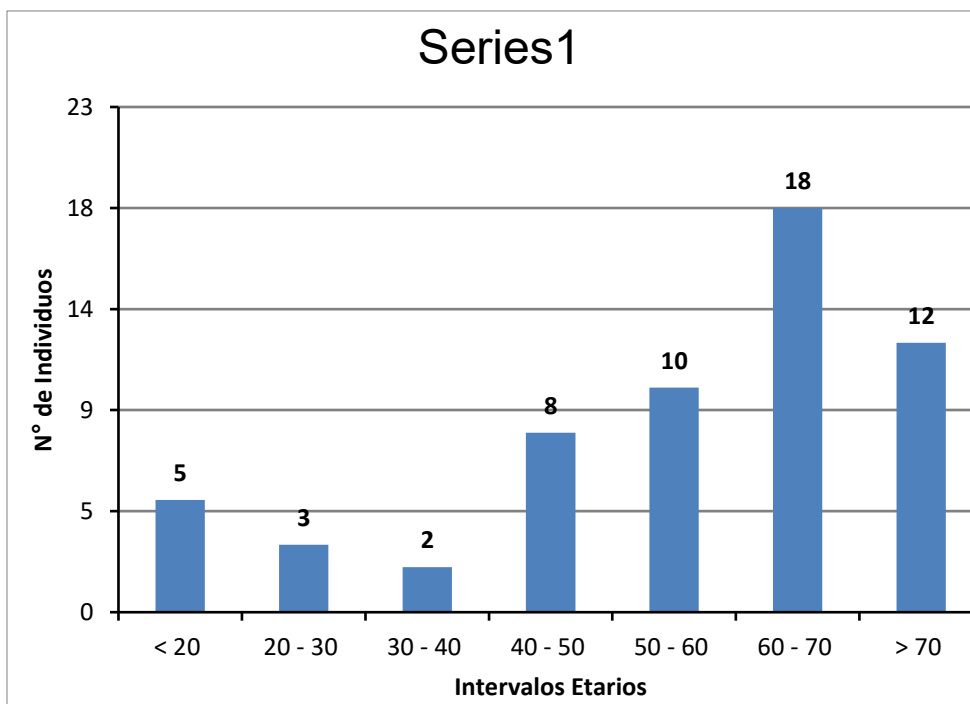
**Gráfico 1** - Distribuição do número de marcações do binómio 24

Relativamente ao número de atos como operador e assistente, foram realizadas 73 consultas como operador e 37 como assistente. **(Gráfico 2)**



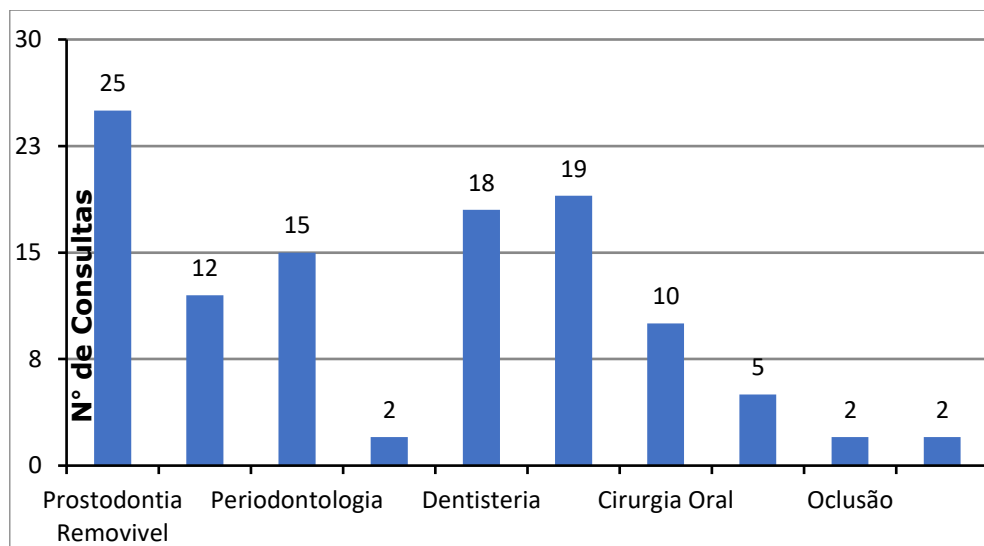
**Gráfico 2** - Número de consultas como assistente e como operador.

Relativamente aos pacientes, a maioria tem uma idade incluída entre os 60 e os 70 anos; a percentagem inferior foi referente aos pacientes com idade inferior aos 40 anos, com o valor mais baixo para os pacientes de idade compreendida entre os 30 e 40 anos. **(Gráfico 3)**



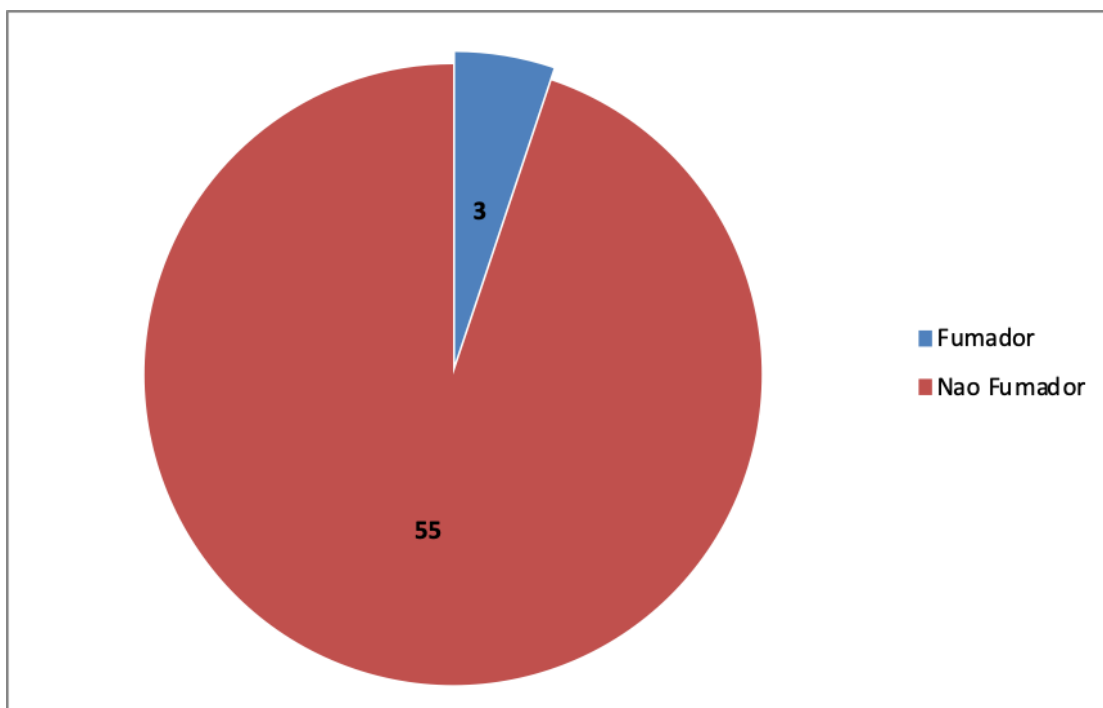
**Gráfico 3** - Número de pacientes por faixa etária.

Relativamente ao número de consultas por área disciplinar, a que teve o número mais elevado de consultas foi Prótese Removível, seguida pelas consultas de Endodontia e Dentisteria Operatória. As disciplinas com menor número de pacientes foram Ortodontia, Oclusão e Medicina Oral. **(Gráfico 4)**



**Gráfico 4-** Distribuição dos pacientes por área disciplinar

Como se considera que os hábitos tabágicos influenciam negativamente a saúde oral, pois são fatores etiológicos de diversas patologias da cavidade oral, procedeu-se à contabilização do número de pacientes fumadores e não fumadores. Dos 58 pacientes, foram atendidos 53 pacientes não fumadores e 3 pacientes fumadores. **(Gráfico 5)**



**Gráfico 5-** Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores

## 2.2 Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar

### 2.2.1 Medicina Oral

A Patologia Oral e Maxilofacial é uma especialidade da Medicina Dentária e uma disciplina da patologia destinada ao reconhecimento da natureza, identificação, e tratamento das doenças que acometem a região oral e maxilofacial. Desta forma, ela ocupa uma posição única nos cuidados com a saúde comunitária, tanto na Medicina Dentária quanto na Medicina. Naturalmente, profissionais da Medicina Dentaria, incluindo Generalistas, Especialistas e Higienistas Oraís, devem ter um bom conhecimento sobre patogénese, aspetos clínicos, tratamento e prognóstico para as doenças orais e periorais.<sup>(4)</sup>

Na Clínica Dentária Universitária, é a área disciplinar responsável pela triagem dos pacientes, ou seja, pela elaboração da história clínica, exame físico, diagnóstico diferencial de patologias existentes, plano de tratamento e orientação do paciente para as áreas clínicas referentes a esse plano.

A Medicina Oral é lecionada semanalmente durante duas horas. Nesta área disciplinar foram efetuados no total 2 atos clínicos como operador e 0 como assistente. **(Tabela 1)**

Apesar esta disciplina ser responsável pela triagem dos pacientes, podemos ver na tabela 1 que apenas 2 pacientes foram atendidos, este dado pode estar relacionado ao fato de os pacientes serem já encaminhados pela recepção para a disciplina responsável pelo problema.

**Tabela 1** - Tipo de consulta realizado em Medicina Oral

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Número de consultas</b>	<b>Assistente/ Operador</b>
Consulta de Diagnóstico	2	Operador

### **2.2.2 Periodontologia**

A Periodontologia, é uma área constituída pelo estudo das estruturas de suporte do dente, as patologias que as afetam, o seu diagnóstico e tratamento. O periodonto normal fornece o suporte necessário para manter dentes em função. Consiste em quatro componentes principais: gengiva, ligamento periodontal, cimento e osso alveolar. Cada um desses componentes periodontais é distinto na sua localização, arquitetura, composição bioquímica e composição química, mas todos estes componentes funcionam como uma unidade.<sup>(5)</sup>

O tratamento periodontal baseia-se na eliminação da inflamação gengival e dos fatores associados à mesma (p.e. restaurações inadequadas, presença de placa). Deverá ter em conta também fatores sistémicos, bem como as suas precauções, e outras áreas da medicina dentária como as relações interdentárias e a oclusão.<sup>(5)</sup>

No mês de junho de 2018, foram lançados os *Proceedings* do *Workshop* Mundial para a nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares.<sup>(6)</sup>

Assim, a nova classificação para as condições periodontais, há três grandes grupos:

1. Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais, subdividido em:

1.1 – Saúde Periodontal e Saúde Gengival

1.2 – Gengivite Induzida pelo Biofilme

1.3 – Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme

2. Periodontite, subdividido em:

2.1 – Doenças Periodontais Necrosantes

2.2 – Periodontite

2.3 – Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas

3. Outras Condições que Afetam o Periodonto, subdividido em:

3.1 – Manifestações Periodontais de Doenças ou Condições

Sistêmicas (Doenças ou Condições Sistêmicas que Afetam os Tecidos Periodontais de Suporte)

3.2 – Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais

3.3 – Condições e Deformidades Mucogengivais

3.4 – Forças Oclusais Traumáticas

3.5 – Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses

Para as condições peri-implantares, estas foram divididas em:

1. Saúde Peri-Implantar

2. Mucosite Peri-Implantar

3. Peri-Implantite

4. Deficiências nos Tecidos Peri-Implantares Moles e Duros

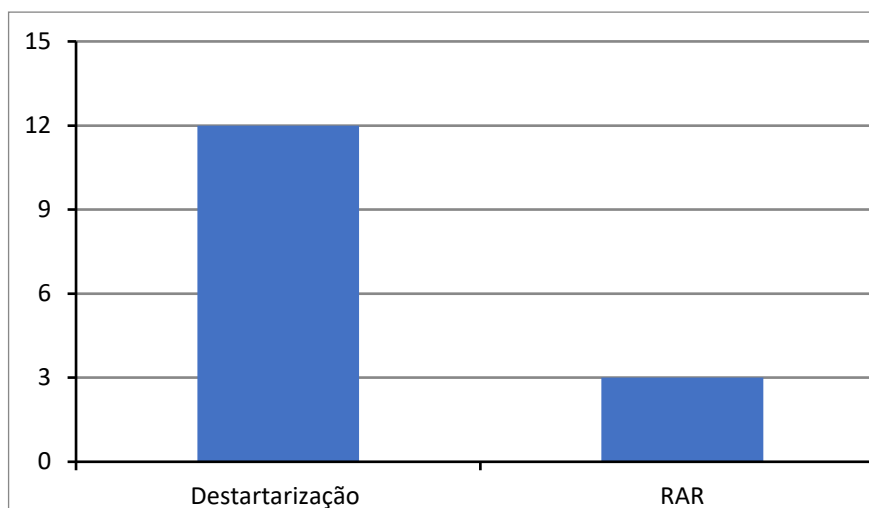
Na Clínica Dentária Universitária, a avaliação de cada paciente em Periodontologia, assenta geralmente em duas fases: fase de diagnóstico e fase higiénica.

Na fase de diagnóstico procede-se ao preenchimento do periograma no qual se avaliam diferentes parâmetros: profundidade de sondagem, avaliação das resseções, índice de sangramento, índice de Placa, grau de mobilidade e

envolvimento de furca. Se necessário utilizam-se exames complementares de diagnóstico, como a ortopantomografia ou radiografias periapicais.

Na fase higiénica é realizada a instrução/motivação para a higiene oral, bem como destartarização e polimento, tendo em conta o controlo de placa bacteriana do paciente em questão. Consoante a gravidade da patologia existem consultas de controlo. Se o paciente for colaborante e tiver um periodonto saudável o controlo é agendado a cada 6 meses. Se o paciente tiver doença periodontal o controlo tem de ser em períodos mais curtos, isto porque é necessário monitorar a doença periodontal da melhor maneira.

Durante as aulas de Periodontologia na Clínica Universitária foram realizados 15 atos, nomeadamente 10 como operador e 5 como assistente. Relativamente ao tipo de consulta realizada foram: 12 atos de destartarização e 3 atos de RAR (raspagem e alisamento radicular). **(Gráfico 6)**



**Gráfico 6-** Tipo de consulta realizado em Periodontologia

### 2.2.3 Dentisteria Operatória

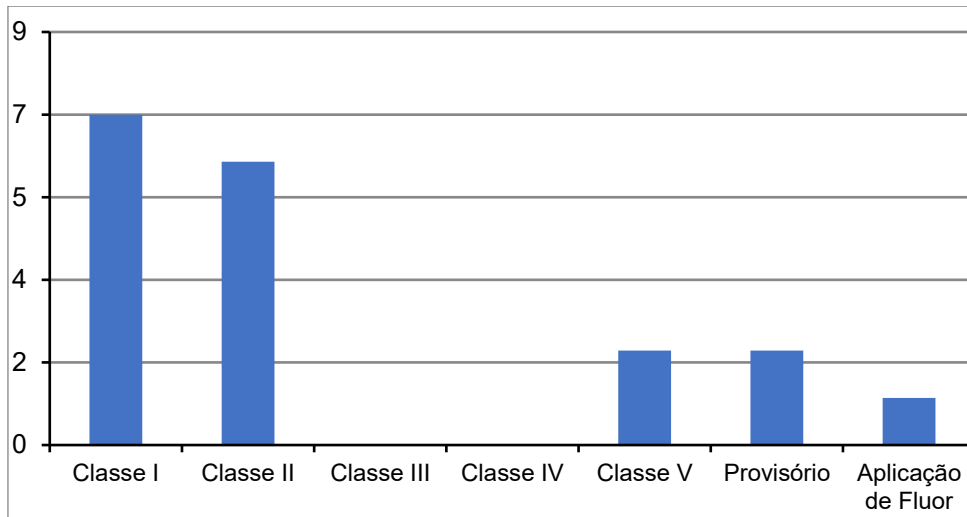
A Dentisteria operatória é aquela área da Medicina Dentária que repara e restaura diretamente os dentes danificados e defeituosos para manter a estrutura, a função e a estética. O dano ou defeitos podem ser causados por: cárie, desgaste dentário, trauma e condições de desenvolvimento.<sup>(7)</sup> Os princípios da Dentisteria Operatória também devem incluir métodos de deteção,

diagnóstico e controlo/prevenção das condições acima, como planeamento de cuidados que envolve todo o paciente, não apenas restaurando dentes danificados ou defeituosos de forma isolada.(7)

De todos os aspetos da história clínica do paciente, a dor é o único onde uma abordagem sistemática é essencial. O paciente com dor pode muitas vezes ser incoerente e desconexo. É importante caracterizar a dor com o recurso às seguintes questões: Onde se localiza a dor? Dente, gengiva, face, orelha? É constante na localização ou irradiada? Descreva a dor. Há quanto tempo tem dor? Quão forte é a dor? Quanto tempo dura o episódio doloroso? O que o desencadeia? Chega a qualquer hora do dia ou da noite? Com que frequência ocorre? Está pior ou melhor? Existe algum sintoma associado (ex. edema, mau gosto)?.(8)

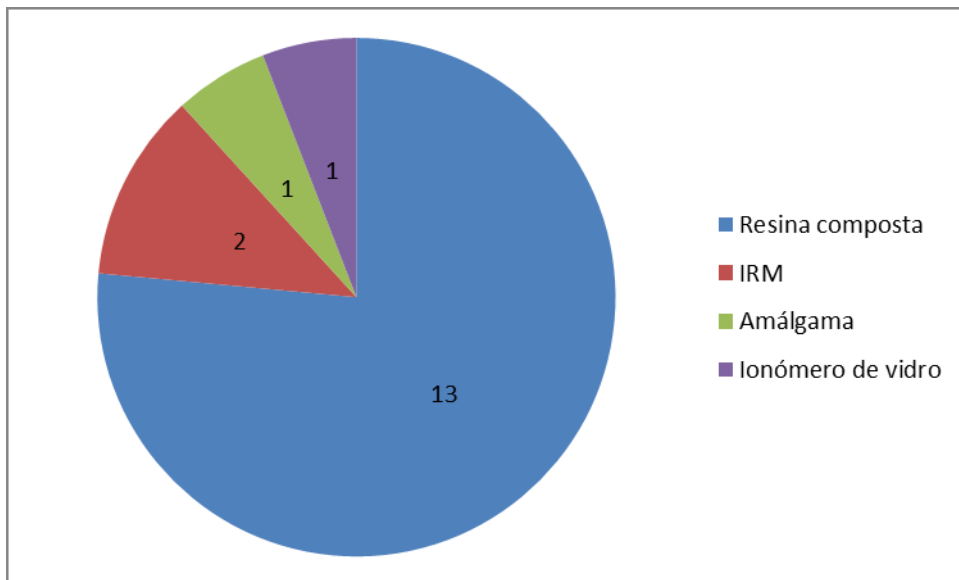
As evidências disponíveis dão suporte à conceção de que a condição clínica conhecida desde os primórdios como cárie dentária, usualmente entendida como presença de cavidades nos dentes, é, na verdade, uma doença infecciosa oportunista, de carácter multifatorial, fortemente influenciada pelos carboidratos da dieta e pela ação dos componentes salivares, a doença cárie é, de certa forma uma "doença nova" do Homem, como indicam os estudos dos fósseis africanos.  
(9)

A Dentisteria Operatória tem uma periodicidade de 3 horas semanais. No total o binómio realizou 18 consultas, nomeadamente 12 como operador e 6 como assistente. Relativamente ao tipo de classes de Black restauradas durante o tratamento podemos observar que de acordo com a gráfico foram maioritariamente classes I. **(Gráfico 7)**



**Gráfico 7** - Tipo de consulta realizado em Dentisteria Operatória

Relativamente ao material de restauração, verificou-se que na maioria das restaurações foi utilizada resina composta. Em situações de tratamento de espera, foram realizadas restaurações provisórias à base de óxido de zinco eugenol reforçado - IRM. **(gráfico 8)**



**Gráfico 8** - Tipo de material utilizado nas restaurações na Dentisteria

#### 2.2.4 Endodontia

Endodontia é uma área da Medicina Dentária que estuda a morfologia da cavidade pulpar, a fisiologia e patologia da polpa dentária, bem como a prevenção e tratamento das alterações pulpares e de seus tecidos periapicais. A polpa é um tecido conjuntivo laxo, com características especiais, que mantém uma íntima relação com a dentina, que a circunda e com a qual constitui uma unidade funcional denominada complexo dentino-pulpar.<sup>(10)</sup>

Dentes com polpa normal não exibem nenhum sintoma espontâneo. A polpa responderá aos testes elétricos, e os sintomas produzidos por estes testes serão leves, não causando nenhum desconforto ao paciente e resultando uma sensação transitória que desaparece em segundos.<sup>(11)</sup>

O objetivo do diagnóstico é determinar o problema do paciente e sua causa. No final, isto estará relacionado diretamente com o tipo de tratamento a ser executado, caso este seja realmente necessário.

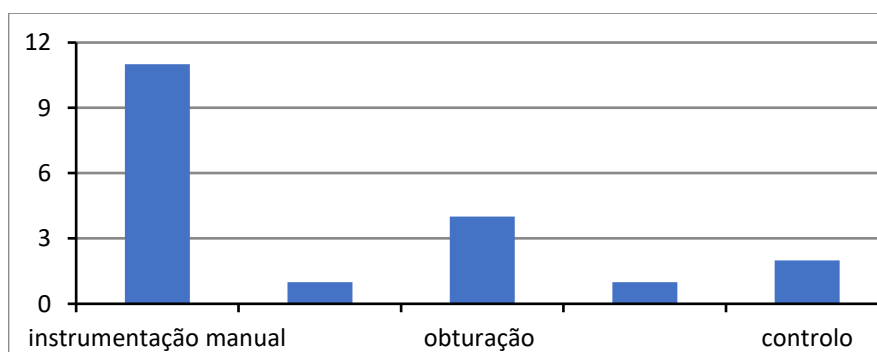
A agressão da polpa em que a estimulação seja desconfortável ao paciente, mas reverte rapidamente em alguns segundos após a remoção do estímulo, é classificada como *pulpite reversível*. Fatores causais incluem cárie, dentina exposta, tratamento dentário recente e restauração defeituosa.<sup>(11)</sup>

Se o estado da alteração pulpar progride para a classificação da *pulpite irreversível*, o tratamento para remover o tecido pulpar será necessário. Podemos dividir esta classificação em subcategorias de pulpite irreversível sintomática e assintomática. *Pulpite irreversível sintomática*: os dentes que são classificados como portadores de uma pulpite irreversível sintomática exibem dor intermitente ou espontânea. A exposição dos dentes a mudanças drásticas de temperatura (especialmente o estímulo ao frio) promoverá episódios de dor prolongada e intensa mesmo depois da remoção do estímulo térmico. *Pulpite irreversível assintomática*: ocasionalmente, uma cárie profunda não produzirá nenhum sintoma, mesmo que clínica ou radiograficamente tenha atingido a polpa. Se não for tratada, o dente pode tornar-se sintomático ou a polpa pode se tornar necrótica. Em casos de pulpite irreversível assintomática, o tratamento endodôntico deve ser realizado o mais brevemente possível, de maneira que a evitar a dor intensa ou desconforto ao paciente.<sup>(11)</sup>

Na Clínica Dentária Universitária, a prática clínica em Endodontia, começa na confirmação do diagnóstico elaborado nas outras áreas clínicas, através da revisão da história clínica, exame clínico, repetição dos testes de sensibilidade e interpretação do exame radiográfico.

A Endodontia apresenta uma periodicidade de 3 horas semanais. As aulas decorrem em ambiente pré-clínico se não houver pacientes marcados, em ambiente clínico de acordo com a marcação de pacientes.

No âmbito da Endodontia foram realizados 19 atos no total, nomeadamente 7 como operador e 12 como assistente. **(Gráfico 9)**



**Gráfico 9** - Tipo de tratamento na Endodontia

### 2.2.5 Odontopediatria

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que afetam as crianças desde o nascimento até à adolescência.

A Intervenção do Médico Dentista está aconselhada entre seis meses após a erupção do primeiro dente de leite ou, o mais tardar, aos 12 meses de idade, focando-se sobre fatores que afetam a cavidade oral e os riscos de doenças orais.<sup>(12)</sup>

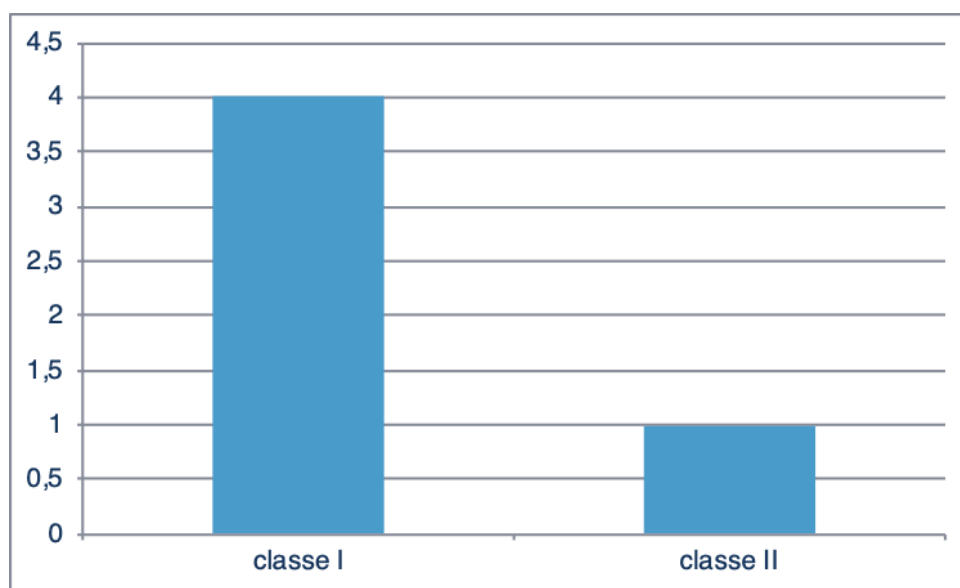
O desenvolvimento infantil é influenciado pelo ambiente familiar, e o estilo de vida dos pais afeta diretamente a formação da personalidade e crescimento da criança. O estilo de vida parental refere-se às atitudes, crenças e

comportamentos que os pais usam para criar uma abordagem ou atmosfera emocional com os filhos.<sup>(13)</sup>

O comportamento e expressão emocional das crianças varia de bom humor, e incentivo a ações que envergonha os pais e dentistas no consultório. Estes comportamentos podem ser causados por vários fatores, incluindo o temperamento da criança, a idade, a maturidade, a ansiedade no consultório, e a reação e atitude do médico dentista.<sup>(13)</sup>

A Odontopediatria tem uma periodicidade de 2 horas semanais na Clínica Universitária. Os pacientes observados nesta área têm idades inferiores a 18 anos.

Foram realizadas 5 consultas no total, nomeadamente 4 como operador e 1 como assistente. Foram efetuadas 4 restaurações de classe 1 e uma restauração de classe 2. **(Gráfico 10)**



**Gráfico 10** - Tipo de consulta realizado em Odontopediatria

### 2.2.6 Cirurgia Oral

Cirurgia é ciência e arte e inclui, por um lado, uma conceção de todo o corpo humano e, por outro, é especializada em órgãos, regiões, aparelhos ou sistemas,

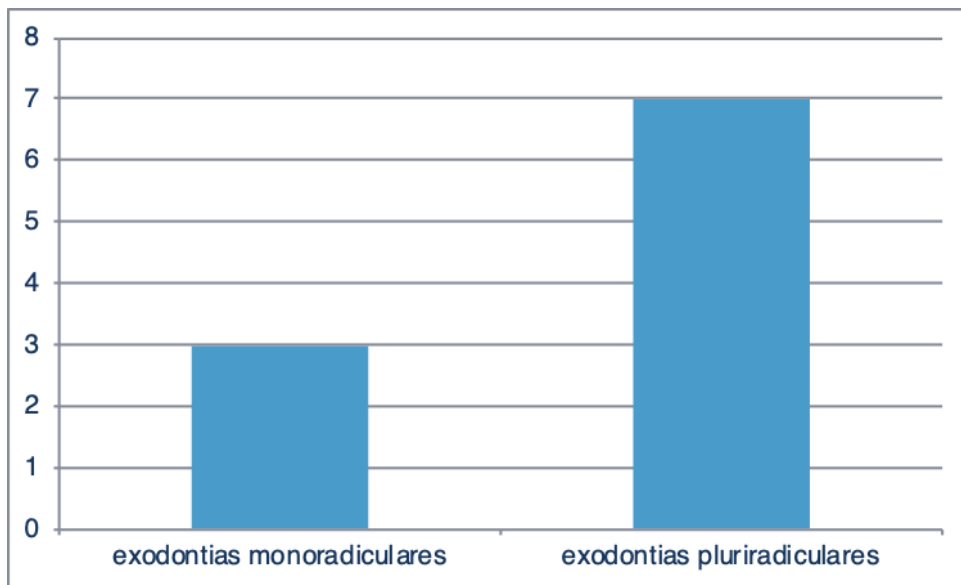
como resultado da exigência de conhecimentos especiais, técnicas instrumentais e operativas adaptadas às características anatomo-funcionais. Cirurgia Oral (dento-maxilar) é realizada dentro da boca e a sua finalidade é o tratamento da patologia da cavidade oral.<sup>(14)</sup>

O objetivo principal de Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea é apresentar uma descrição abrangente dos procedimentos de Cirurgia Oral básicos que são realizados no consultório do Médico Dentista generalista. A Cirurgia Oral e maxilofacial é a especialidade da Medicina Dentária que inclui o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e adjunto de doenças, lesões e defeitos, incluindo tanto os aspetos funcionais, quanto estéticos dos tecidos duro e mole das regiões orais e maxilofaciais.<sup>(15)</sup>

Para os médicos dentistas, o termo Cirurgia Oral geralmente significa a extração de um dente. A exodontia atraumática de um dente é um procedimento que requer sutileza, conhecimento e habilidade por parte do cirurgião.<sup>(15)</sup>

A Cirurgia Oral na Clínica Dentária Universitária é lecionada em 2 horas semanais. Os tratamentos mais prevalentes são as exodontias de dentes monorradiculares ou plurirradiculares.

Foram realizados 10 atos de Cirurgia Oral, nomeadamente 6 como operador e 4 como assistente. Foram executados 7 exodontias de dentes plurirradiculares e 3 exodontias de dentes monorradiculares. **(Gráfico 11)**



**Gráfico 11** - Tipo de consulta realizado em Cirurgia Oral

### 2.2.7 Ortodontia

O diagnóstico ortodôntico e o planejamento do tratamento estão em período de notável mudança, baseando-se na oclusão dentária e relações de tecido duro, e dando uma maior ênfase na adaptação dos tecidos moles e proporções dento-facial. Em geral, o objetivo do tratamento ortodôntico é melhorar a vida do paciente melhorando a função e estética dento-facial.<sup>(16)</sup>

Um conjunto completo de registro de informações é adquirido para desenvolver o diagnóstico incluindo radiografias panorâmicas e radiografias cefalométricas, tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT), fotografias faciais, modelos de estudo e fotografias intraorais. O objetivo de obter registros de qualidade é garantir precisão no diagnóstico e ser capaz de comunicar o tratamento certo aos pais e ao paciente.<sup>(17)</sup>

A classificação de Angle de má oclusão de 1890 foi um importante passo no desenvolvimento da ortodontia, pois não apenas subdividiu os principais tipos de má oclusão, mas também incluiu a primeira definição clara e simples de oclusão normal na dentição natural. Angle achou que o primeiro molar superior era a chave para a oclusão e que os molares superiores e inferiores devem ser relacionados de modo que a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclua no sulco vestibular do molar inferior.<sup>(17)</sup>

Na Clínica Dentária Universitária, os focos principais da Ortodontia baseiam-se no diagnóstico e tratamento intercetivo.

O diagnóstico é obtido através do estudo ortodôntico que envolve a análise fotográfica, dos modelos de estudo, da ortopantomografia, da telerradiografia e consequente análise cefalométrica do paciente em questão.

A Ortodontia tem uma frequência de 2 horas semanais. No total o binómio 24 realizou 1 ato clínico como operador e um como assistente. **(Tabela 2).**

**Tabela 2** - Tipo de tratamento em Ortodontia

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Número de consulta</b>	<b>Operador/Assistente</b>
Consulta de Diagnóstico	1	Operador
Consulta de Diagnóstico	1	Assistente

### **2.2.8 Oclusão**

O sistema estomatognático, é uma unidade funcional do corpo. É responsável por mastigar, falar e deglutir. Os seus componentes também desempenham um papel importante na degustação e respiração. O sistema é composto por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos. Para além disso, um intrincado sistema de controle neurológico regula e coordena todos esses componentes estruturais. O sistema mastigatório é uma unidade complexa e altamente refinada. Um bom entendimento de sua anatomia, fisiologia e biomecânica é essencial para o estudo da oclusão.<sup>(18)</sup>

Um exame médico-dentário é completo se identificar todos os fatores que são capazes de causar ou contribuir para a deterioração de saúde oral ou função. E está incompleto se não expor cada sinal de deterioração ativa dentro do sistema estomatognático. Um exame completo não depende apenas dos sintomas porque os sinais quase sempre precedem os sintomas. É da responsabilidade do examinador observar sinais de deterioração antes que causem sintomas. <sup>(19)</sup>

A relação cêntrica é o fator chave da oclusão. A determinação da relação cêntrica é o mais importante parâmetro, necessário para o tratamento oclusal previsível.

Verificação de relação cêntrica é um procedimento essencial no diagnóstico diferencial dos distúrbios da ATM.

Na Clínica Dentária Universitária, a consulta de Oclusão baseia-se na avaliação das estruturas que compõem o sistema estomatognático, através do preenchimento do RDC/DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*) para diagnóstico de disfunções temporomandibulares, da obtenção de modelos de estudo e do registo fotográfico extra e intraoral. Feito o diagnóstico elabora-se um plano de tratamento adequado a cada situação clínica.

A área disciplinar de Oclusão tem uma periodicidade de 3 horas semanais no 1º semestre e 2 horas semanais no 2º semestre. No total foram realizadas 2 consultas como operador e 0 como assistente. **(Tabela 3)**

**Tabela 3** - Tipo de tratamento em Oclusão

<b>Tipos de consulta</b>	<b>Número de Consultas</b>	<b>Operador/Assistente</b>
Consulta de Diagnóstico	1	Operador
Ceras e Arco Facial	1	Operador

### **2.2.9 Prostodontia Removível**

A Prostodontia Removível, é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação oral de pacientes com recurso a próteses parciais ou totais removíveis. As próteses removíveis permitem o restabelecimento da estética e da função mastigatória de pacientes que perderam dentes e tecidos naturais, através de substitutos artificiais.<sup>(20)</sup>

Todo o tratamento protético está associado à colocação de um objeto estranho (a prótese) na boca do paciente. Como consequência direta de tal colocação, a carga sobre os tecidos na cavidade oral será aumentada. Por exemplo, acumula-se mais rapidamente placa microbiana em materiais aloplásticos do que nos tecidos biológicos. Além disso, mesmo materiais não tóxicos irão liberar

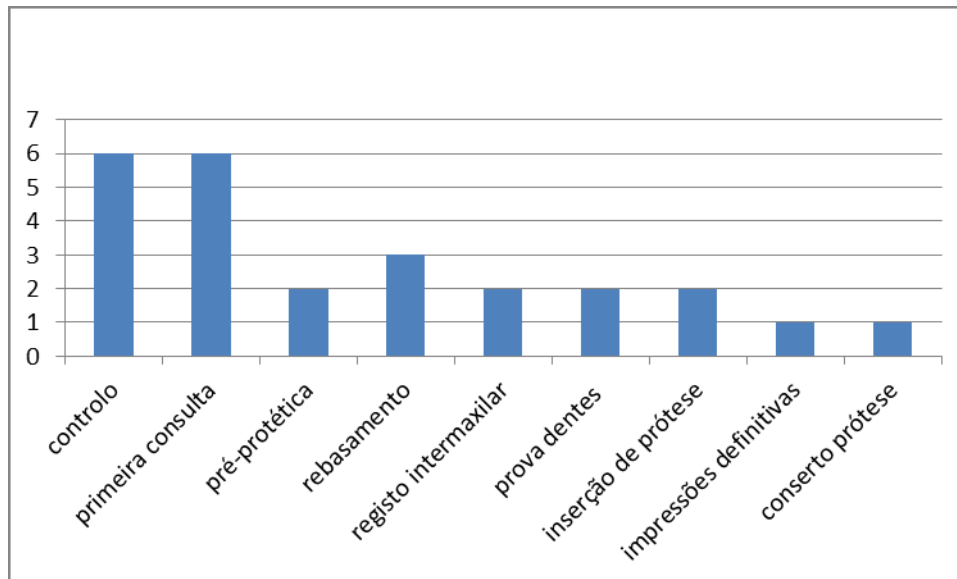
pequenas quantidades de seus componentes na cavidade oral. Para justificar o tratamento protético e assegurar que ele seja benéfico para o paciente, a necessidade de tal tratamento deve ser estabelecida, o paciente deve ser devidamente motivado e as próteses adequadamente desenhadas, construídas e mantidas.<sup>(21)</sup>

A higienização adequada de prótese removível é importante para manter uma mucosa oral saudável. O biofilme microbiano em tecido e superfície de prótese é um cofator significativo na patogênese da estomatite protética. A rugosidade superficial pode contribuir para a taxa de colonização microbiana, a adesão de microrganismos e a maturação do biofilme em superfícies protéticas. Próteses removíveis de cromo-cobalto podem corroer ou manchar como resultado do contacto com o cloro ou o oxigênio presente em alguns produtos comerciais. Os portadores de próteses removíveis devem ser instruídos sobre a seleção correta de agentes de higiene protética para a sua correta desinfecção e manutenção.<sup>(22)</sup>

A prótese parcial removível (PPR) é uma opção económica e não invasiva para reabilitação do edentulismo parcial. O desenho da prótese parcial removível tem um papel importante na saúde dos pacientes, tecidos periodontais e para a estabilidade/retenção da prótese. Desenhar uma PPR requer considerações mecânicas e biológicas e requer um exame clínico cuidadoso. A transferência bem sucedida de informações para o técnico de prótese desempenha um papel essencial para o sucesso da reabilitação com PPR.<sup>(23)</sup>

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Prostodontia Removível compreendem uma carga horária de quatro horas semanais. Cada caso de reabilitação compreende, no mínimo, 6 consultas, sendo estas: avaliação pré-protética/diagnóstico e impressões preliminares, preparação pré-protética e impressões definitivas com moldeira individual, prova de esqueleto e registo intermaxilar, prova de dentes, inserção da prótese e controlo.

Na disciplina de Prostodontia Removível foram realizadas 25 consultas, 16 como operador e 9 como assistente. **(Gráfico 12)**



**Gráfico 12-** Tipo de consulta realizado em Prostodontia Removível

### 2.2.10 Prostodontia Fixa

A Prótese Fixa é a arte e a ciência de restaurar os danos dos dentes com metal fundido, metalocerâmica ou totalmente em cerâmica. Permite substituir dentes perdidos por pontes fixas, usando dentes artificiais (pônticos) metalocerâmicos ou cerâmicos. É ainda possível reabilitar proteticamente implantes dentários.

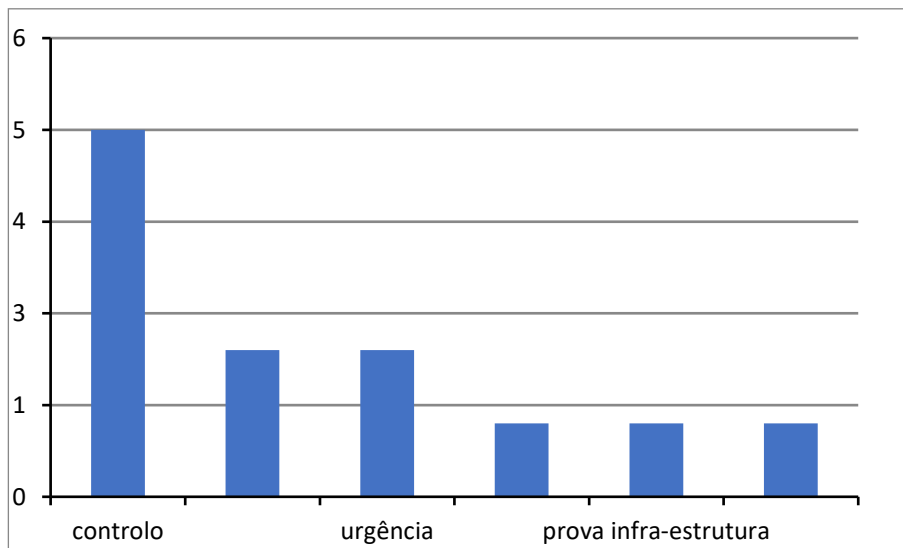
O objetivo do tratamento prostodôntico fixo pode variar desde a restauração de um único dente até à reabilitação da arcada completa. Os dentes perdidos podem ser substituídos por próteses fixas que melhorarão o conforto do paciente e capacidade mastigatória, mantêm a saúde e integridade dos arcos dentários e, em muitos casos, elevam a autoestima do paciente por melhoria da estética.<sup>(24)</sup>

A história de um paciente deve incluir todas as informações pertinentes sobre as razões para procurar o tratamento, juntamente com qualquer informação pessoal relevante nomeadamente experiências médicas e odontológicas anteriores. A queixa principal deve ser registada, de preferência nas próprias palavras do paciente: funcional ou estética.<sup>(25)</sup>

Durante a preparação dos dentes para a prótese fixa é muito importante ter em consideração alguns princípios biológicos. Os procedimentos cirúrgicos que envolvem tecidos vivos devem ser realizados cuidadosamente para evitar danos

desnecessários. Os dentes adjacentes, os tecidos moles e a polpa do dente que está a ser preparado são facilmente danificados durante a preparação. Se a má preparação leva a um encaixe marginal inadequado o controle de placa em redor de restaurações fixas torna-se mais difícil.<sup>(25)</sup>

A disciplina de Prostodontia Fixa tem um periodicidade semanal de 4 horas na Clínica Universitária. No total foram realizados 12 atos clínicos, dos quais 8 como operador e 4 como assistente. **(Gráfico 13)**



**Gráfico 13** - Tipo de consulta realizado em Prostodontia Fixa

### **3. Casos Clínicos Diferenciados**

#### **3.1 Caso clínico 1 – Reabilitação oral com prótese total removível bimaxilar**

##### **Introdução**

Em situações de desdentação total existem normalmente 2 opções de reabilitação protética, uma de prostodontia fixa e outra de prostodontia removível. A opção de reabilitar através da prostodontia fixa, nomeadamente com coroas implantossuportadas, não foi aceite pelo paciente devido ao seu excessivo custo.

Apesar do advento e da disseminação das próteses implantossuportadas, as próteses convencionais, totais ou parciais, ainda representam uma alternativa de tratamento importante para devolver a função e a estética aos pacientes com limitações biológicas que restringem os procedimentos cirúrgicos exigidos pelo tratamento ou com limitações financeiras. O uso de prótese total convencional, suportada pela mucosa que reveste o osso remanescente, é considerada uma opção terapêutica consagrada e é a mais utilizada ainda hoje nos indivíduos que perderam todos os dentes. Este tipo de reabilitação tem o objetivo de permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades funcionais relacionadas com o sistema estomatognático, como a fonação, a deglutição e a mastigação, bem como oferecer conforto e uma aparência estética aceitável.<sup>(26)</sup>

No campo da Prostodontia, a prótese total talvez seja o tipo de reabilitação mais complexa de se realizar. É realmente difícil garantir a estética, fonética do paciente e função mastigatória, a partir de uma situação inicial sem pontos de referência como a correta dimensão vertical de oclusão (DVO), a relação cêntrica (RC) e a posição ideal dos dentes artificiais nos arcos dentários.<sup>(27)</sup>

Entre as principais alterações orais encontradas nos idosos estão as perdas dentárias e o edentulismo (perda total dos dentes). A perda dental severa afeta 2,3% da população mundial, sendo também marca de desigualdade social. As

perdas dentárias causam dificuldades na mastigação e na digestão, assim como alterações na fonação e na estética. Esta condição pode favorecer o desenvolvimento de distúrbios psicológicos e causa impacto negativo na qualidade de vida. Além disso, estudos apontam uma relação entre a perda dentária e a obesidade, o déficit nutricional, a hipertensão, a disfunção cognitiva e um maior risco de mortalidade.<sup>(28)</sup>

O terço inferior da face influencia o aspeto estético, e a altura dessa área é determinada pelo registo da dimensão vertical da oclusão correta, onde um registo errado compromete as características somáticas e altera as proporções da face afetando negativamente, não apenas o aspeto estético, mas também funções psíquicas. Para que se possam ter as informações mais fiéis possíveis os modelos de gesso são colocados, na relação mandíbula-maxila, em aparelho denominado articulador, para permitir que o técnico aplique os dentes de acordo com a relação correta existente entre eles. O articulador deve imitar, de certa forma, os movimentos mandibulares determinando uma oclusão anatômica.

### **Caso clínico**

Paciente caucasiano, de 81 anos de idade e do sexo masculino. Apresenta história médica de hipertensão arterial e é portador de prótese total removível bimaxilar. O motivo da consulta foi “fazer novas próteses”, as próteses eram antigas, desajustadas e, portanto, o paciente não era capaz de se alimentar bem.

Depois de uma meticolosa anamnese, foi estabelecido um plano de tratamento com prótese total bimaxilar. A reabilitação do paciente foi realizada em diferentes consultas:

Primeira consulta: Nesta consulta realizou-se a avaliação clínica do paciente, as fotografias intra (**figura 1 e 2**) e extra orais, as impressões preliminares em alginato Zhermack® Orthoprint com moldeira *standard* para a obtenção dos modelos de estudo e a confeção de moldeiras individuais em resina fotopolimerizável rosa Schmidt®.



**Figura 1** - Fotografia intraoral mandibular



**Figura 2** - Fotografia intraoral maxilar

Segunda consulta: Nesta sessão foram realizadas as impressões definitivas com as moldeiras individuais e um silicone *heavy body Provil® Novo* - Heraeus Kulzer o para o selamento periférico e um silicone regular *Provil® Novo* - Heraeus Kulzer (**figura 3**). De seguida, encaminhou-se os modelos de trabalho para o técnico laboratorial para que confeciona-se as placas base com as ceras de articulação para o registo intermaxilar.



**Figura 3** - Impressões definitivas

Terceira consulta: Nesta consulta, avaliou-se a estabilidade, retenção e suporte das placas base para **(figura 4)**. Para determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO), mediu-se a distância do ponto sub-nasal até ao ponto mentoniano em posição de repouso (dimensão vertical em repouso) e subtraíram-se 2 mm. Depois, colocou-se a placa base superior em boca e marcaram-se as linhas média (de acordo com a linha média facial), do sorriso (de acordo com o lábio superior) e dos caninos (de acordo com a asa do nariz) **(figura 5)**. Para estabelecer uma correta orientação e nivelamento do plano oclusal usou-se o Plano de Fox e estabeleceu-se o paralelismo com o Plano de Camper e a linha bipupilar. Para finalizar, verificaram-se os terços faciais, comissuras labiais, incompetência labial e protrusão mandibular. Após aquecer a cera inferior introduz-se na cavidade oral e o paciente é manipulado a fechar em relação cêntrica na DVO pré-estabelecida. Depois marcaram-se as 3 linhas com uma faca de cera para garantir a exatidão da posição das ceras de articulação entre si. Por fim foi escolhida a cor dos dentes de acordo com a escala Vita Classical A1-D4® tendo em consideração a opinião do paciente.



**Figura 4** - Placas base nos modelos de gesso



**Figura 5** - Marcação da linha média, da linha dos caninos e da linha do sorriso

Quarta consulta: Nesta consulta, foi executada a prova de dentes (**figura 6, 7 e 8**). Começou-se por observar se existia uma oclusão balanceada através de contactos simultâneos bilaterais entre ambas as arcadas com papel articular Henry Schein® de 40µ (**figura 9**). Foram feitos teste fonéticos e avaliação estética (facial e labial) para confirmar a DVO. As próteses foram enviadas para acrilização em laboratório.



**Figura 6 - Prova dentes (vista frontal)**



**Figura 7 - Prova dentes (vista lateral direita)**



**Figura 8 - Prova dentes (vista lateral esquerda)**



**Figura 9 - Contactos bilaterais**

Quinta consulta: Nesta consulta foram colocadas as próteses no paciente. Depois de alguns minutos em boca, as próteses tinham uma boa retenção, mas

o paciente referia dor no fundo vestibulo por vestibular no sexto sextante onde assentava a prótese inferior. Foram eliminados alguns bordos cortantes e aliviadas as zonas de maior compressão e foram reavaliados os contactos oclusais. Na finalização da consulta, forneceram-se algumas instruções de higiene tais como limpar a prótese após cada refeição com uma escova de dentes e também com comprimidos efervescentes mergulhando completamente a prótese dentária no líquido, durante o tempo indicado na embalagem (geralmente 20 a 30 minutos) e realçou-se a necessidade de consultas de controlo 2 vezes por ano.



**Figura 10** - Próteses total definitiva (vista frontal)



**Figura 11** - Próteses total definitiva (vista lateral esquerda)



**Figura 12** - Próteses total definitiva (vista lateral direita)



**Figura 13** - Colocação das próteses em boca

Sexta consulta: Uma semana após a colocação das próteses foi feita a primeira consulta de controlo. O paciente estava satisfeito do ponto de vista da retenção das próteses, assim como da estética, mas apresentava uma lesão no fundo do vestibulo mandibular por vestibular no sexto sextante que exigiu um desgaste no bordo vestibular da prótese inferior correspondente à zona de compressão dos tecidos.

### **Discussão e conclusão**

Durante o planeamento do primeiro caso clínico optou-se pela reabilitação do paciente com próteses totais removíveis e não pela prótese fixa

implantossuportada, porque o paciente tinha limitações financeiras e condicionantes biológicas inerentes à idade avançada. A reabilitação foi satisfatória tendo-se cumprido os requisitos funcionais e estéticos de uma prótese total removível bimaxilar.

A colocação de próteses totais deve ser realizada de maneira criteriosa, observando a sua retenção, a estabilidade e o suporte, assim como a oclusão, as áreas de compressão, a estética e a fonética fornecidas pelas mesmas. O tratamento reabilitador com próteses totais será concluído somente após a realização dos controles posteriores. Esse período é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso da sua reabilitação protética ocorre durante essa fase de adaptação.<sup>(29)</sup>

## **3.2 Caso clínico 2 - Recobrimento da recessão gengival do dente 4.1, com técnica de tunelização e enxerto de tecido conjuntivo**

### **Introdução**

Recessão gengival ou recessão da margem tecidual pode ser definida como a migração apical da margem gengival, com conseqüente exposição radicular apresentando uma aparência estética desagradável e desconforto pela sensibilidade muitas vezes presente. Pode-se considerar como fator primário da recessão gengival a inflamação gengival associada ao acúmulo de placa microbiana e/ou ao trauma mecânico da escovagem. Como agentes predisponentes secundários pode-se destacar o posicionamento incorreto dos dentes, deiscência óssea, movimentação ortodôntica, disfunção oclusal, fatores iatrogênicos, inserção muscular atípica e pequena quantidade de gengiva queratinizada.<sup>(30)</sup>

Há uma grande variedade de técnicas direcionadas à cobertura radicular, portanto, é preciso escolher a técnica de acordo com o tipo de recessão gengival. Em junho de 2018 foi publicada a nova classificação para recessões gengivais:

Recessão Tipo 1: sem perda de inserção interproximal. Junção amelocimentária interproximal não detetável clinicamente na mesial ou na distal.

Recessão Tipo 2: perda de inserção interproximal, com distância da junção amelocimentária ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da junção amelocimentária ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

Recessão Tipo 3: perda de inserção interproximal, com distância da junção amelocimentária ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da junção amelocimentária ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

A condição radicular deve ser considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície radicular. Essa classificação define: Classe + (positiva) quando temos presença de um degrau cervical > 0,5 mm e Classe –

(negativa) ausência de degrau cervical > 0,5 mm. Assim, qualquer tipo de recessão (Tipo 1, Tipo 2 ou Tipo 3) deve ser seguida do degrau (+ ou -).<sup>(6)</sup>

As técnicas mais utilizadas para o recobrimento da recessão gengival são a tunelização e a CAF (*coronal advanced flap*). A tunelização é um procedimento cirúrgico realizado por incisões sulculares com preservação da papila interdentária e preparação supraparióssea da gengiva, estendida até à junção mucogengival, para aumentar a mobilidade do túnel.<sup>(31)</sup>

As retrações gengivais são características frequentemente observadas na clínica de Medicina Dentária e representam questões de interesse dos pacientes quanto aos seus fatores desencadeantes; os quais são: fluxo salivar reduzido, a escovagem traumática, lesões de cáries cervicais não tratadas, doença periodontal, presença de próteses fixas ou removíveis, movimentação ortodôntica e trauma oclusal. Assim como, dos seus fatores predisponentes, como características anatómicas ósseas como por exemplo deiscências, fenestrações e corticais ósseas finas, inadequado posicionamento dental, presença de freios.<sup>(37)</sup>

### **Caso clínico**

Paciente caucasiana de sexo feminino de 25 anos de idade, saudável, compareceu na Clínica Universitária para resolver uma recessão gengival de 5 mm no dente 4.1 (**figura 14, 15**). Apresenta um fenótipo gengival fino (**figura 16**), o que determinou a escolha da técnica cirúrgica: tunelização com enxerto de tecido conjuntivo.



**Figura 14** - Recessão gengival do dente 4.1 (vista frontal)



**Figura 15** - Recessão gengival do dente 4.1 (vista lateral)



**Figura 16** - Sonda em transparência (fenótipo gengival fino)

Protocolo cirúrgico: foi retirada a placa microbiana do dente em questão, foi colocado compósito interproximal para a futura sutura, retirou-se o cimento contaminado com uma broca, foi realizada uma incisão intra-sulcular minimamente invasiva com a preservação da papila com bisturi de microcirurgia, deslocou-se o tecido com o auxílio de um descolador de papila (**figura 17**) e com o auxílio de um tunelizador foi preparado o túnel (**figura 18**). Retirou-se o tecido conjuntivo do palato, a seguir desepitelizou-se o enxerto (**figura 19**) e de seguida foi colocado na zona da recessão (**figura 20**). Por fim foi suturado com fio Daclon Nylon 5-0 SMI® com técnica *duble crossed suture*. Na zona onde foi retirado o tecido conjuntivo, foi aplicado o PeriAcryl®90 Glustitch.



**Figura 17** - Descolamento do tecido



**Figura 18** - Preparação do túnel



**Figura 19** - Enxerto desepitelizado



**Figura 20** - Colocação do enxerto na área de recessão

A paciente voltou para o primeiro controlo após 15 dias e observamos que a zona do recobrimento tinha um aspeto avermelhado, decorrente de inflamação associada a cicatrização. **(figura 21)**



**Figura 21** - Controlo após 15 dias



**Figura 22** - *Follow up* após 1 mês

### **Discussão e conclusão**

Na resolução do segundo caso clínico foi escolhida a técnica de tunelização com o enxerto do tecido conjuntivo. O procedimento cirúrgico foi realizado pelo Professor Nuno Bernardo Malta dos Santos. Infelizmente após 3 semanas, o paciente teve uma recidiva **(Figura 22)**.

Fatores individuais, como biótipo gengival fino, higiene oral deficiente e falta de controle clínico foram apontados como fatores relacionados com a recidiva da recessão gengival.<sup>(32)</sup>

As técnicas cirúrgicas para o tratamento da recessão gengival são inúmeras, dentre elas destaca-se o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial como sendo o mais previsível devido a seu caráter bilaminar. Para o sucesso do tratamento, são vários os fatores que devem ser observados e controlados como: as características do defeito e seleção da lesão, o controle dos fatores etiológicos, o controle dos fatores sistêmicos, a escolha da técnica cirúrgica, o tratamento da superfície radicular e também o preparo do leito recetor. Além disto, deve-se observar os fatores relacionados com o enxerto como a vascularização, a hidratação, o posicionamento, a espessura, a largura, a estabilidade cicatricial e a assepsia da ferida.<sup>(33)</sup>

A técnica de tunelização em combinação com ETC, permite uma melhoria evidente dos parâmetros avaliados a curto e a médio prazo, resultando num significativo recobrimento radicular e aumento de gengiva aderida em recessões unitárias. Esta técnica minimamente invasiva representa uma alternativa com um melhor potencial de vascularização, permitindo uma cicatrização mais rápida e com menor mobilidade. Os resultados obtidos na prática clínica apresentam previsibilidade cicatricial no alinhamento coronal da margem gengival, com ótima aparência estética, assim avaliada pelos doentes.<sup>(38)</sup>

Além disso, para a resolução deste caso clínico, a falta de gengiva aderida na área de recessão fez com que fosse escolhida esta técnica.

### **3.3 Caso clínico 3- Reabilitação com prótese fixa metalocerâmica**

#### **Introdução**

O sucesso do tratamento num paciente por meio de protodontia fixa requer uma combinação cuidadosa de muitos aspetos da medicina dentária: a educação do paciente, a prevenção de doenças dentárias, a terapia periodontal, a habilidade clínica do operador, as considerações oclusais e, às vezes a colocação de próteses parciais removíveis e tratamento endodôntico.(24)

A preparação dentária para uma coroa total metálica é menos destrutiva do que para uma coroa metalocerâmica ou de cerâmica. A coroa total não deve ser usada em bocas com cáries descontroladas. Uma coroa é uma restauração que substitui a estrutura dentária perdida e transmite suporte estrutural ao dente. No entanto, não protege o dente contra as causas biológicas da cárie. Esses processos devem ser controlados por outros meios antes de qualquer restauração protética. (24)

De entre as características de uma coroa em prótese fixa, tanto provisórias quanto definitivas, vários elementos configuram-se para a obtenção de uma peça ideal. Os principais requisitos que as coroas fixas devem cumprir estão relacionados com a proteção do tecido pulpar e proteção periodontal. Através da adaptação cervical, contorno adequado, ameia interproximal com forma e extensão corretas, e a realização de uma higiene oral com controlo eficiente da placa bacteriana, as próteses fixas reestabelecem e preservam a saúde periodontal.(34)

É essencial que alguns princípios biológicos e anatómicos sejam cuidadosamente observados durante a confecção de uma prótese fixa, parcial ou unitária. Sendo assim, deverão existir espaços adequados para higienização de dentes pilares e pânticos que devem apresentar formato convexo em todos os sentidos, a adaptação marginal das restaurações deve estar adequada, e o perfil de emergência da restauração deve evitar acúmulo excessivo de placa e a compressão exagerada do tecido gengival.(34)

Os dentes naturais assumem um papel de contorno plano e contínuo na emergência do sulco gengival. Quando a prótese é confeccionada de forma que haja um sobrecontorno nesta área, ocorrerá um acúmulo de placa bacteriana que criará inflamação gengival. Sendo assim, o perfil de emergência da peça protética em relação aos tecidos gengivais apresenta grande importância frente à saúde destes tecidos e à possibilidade de o paciente realizar uma correta higienização nessa área.<sup>(34)</sup>

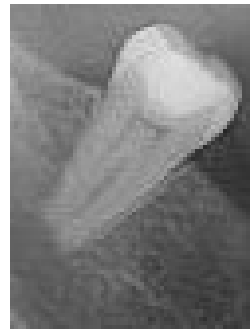
### **Caso clínico**

Mulher caucasiana de 45 anos de idade, veio à consulta de Prótese Fixa da Clínica Universitária por causa de dor no dente 1.7 - percussão horizontal que gerava dor – dente vital. História de depressão, anemia e bronquite aguda. Foi medicada com paroxetina durante 5 anos (mas já não toma). Após a recolha de dados e uma anamnese detalhada foi apresentado um plano de tratamento à doente para reabilitar todas as zonas desdentadas. Com suspeita de trauma oclusal no dente 17, começou-se o tratamento no quarto quadrante, substituindo os dentes ausentes para melhorar a distribuição das cargas mastigatórias. Foi escolhida uma ponte metalocerâmica de 4 elementos apoiada nos dentes pilares 4.4 e 4.7 e tendo como pânticos os dentes 45 e 46. A reabilitação foi executada em diferentes consultas:

Primeira consulta: avaliação clínica e radiográfica da paciente (**figura 23, 24 e 25**), avaliação dos dentes pilares, confirmação da Lei de Ante, proporção coroa/raiz e configuração radicular para confirmar um prognóstico favorável, fotografias intra e extra orais e impressões preliminares em alginato Zhermack® Orthopoint com moldeira *standard* para obtenção de modelos de estudo.

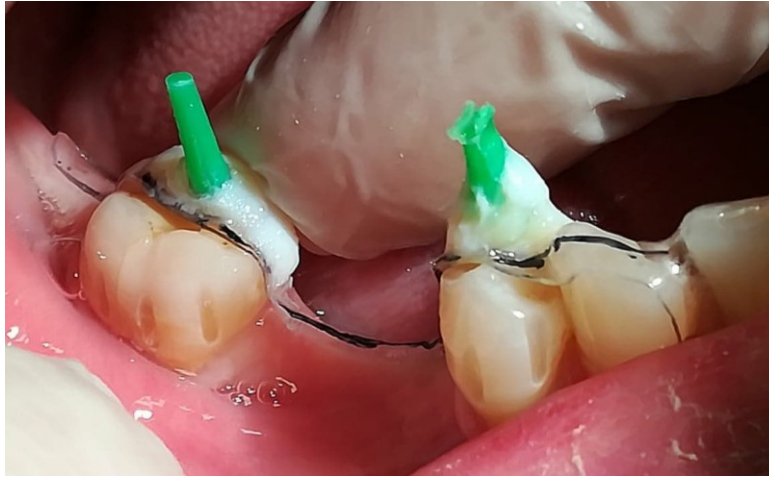


**Figura 23** - Ortopantomografia



**Figura 24** - Radiografia periapical do dente 4.4 **Figura 25** - Radiografia periapical do dente 4.7

Segunda consulta: Nesta consulta foi realizada a preparação dentária (**figura 27**) e uma restauração provisória em acrílica (**figura 28**). Para a preparação dentária foi realizada uma redução uniforme com brocas diamantadas de pequeno calibre com o auxílio de uma guia de redução (**figura 26**). A margem de acabamento foi realizada em chanfro supragengival. Para a realização do provisório foi usada uma matriz de silicone *putty Provil® Novo* - Heraeus Kulzer e a resina autopolimerizável 3M™ Protemp™4. Após o acabamento e polimento do provisório, este foi cimentado com o cimento provisório TempBond™ Kerr.



**Figura 26 - Guia de redução**



**Figura 27 - Preparação dentária dos dentes 4.4 e 4.7**



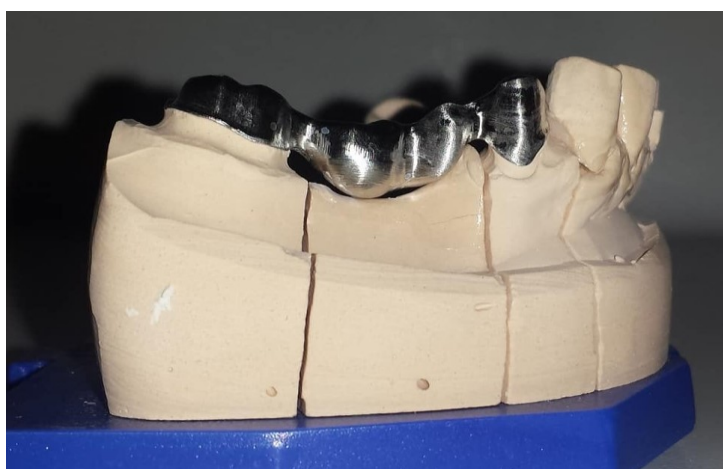
**Figura 28** - Restauração provisória

Terceira consulta: Após remover o provisório e limpar os dentes pilares é feita a impressão definitiva. Realizou-se a impressão através da técnica bifásica duplo componente, em que é feita a combinação de um silicone de alta viscosidade (*putty*) Provil® Novo - Heraeus Kulzer e um silicone de baixa viscosidade (*light*) Provil® Novo - Heraeus Kulzer (**figura 29**). A seguir a impressão foi enviada ao técnico de prótese para confeccionar a infraestrutura metálica. Voltamos a cimentar o provisório à semelhança da consulta anterior.

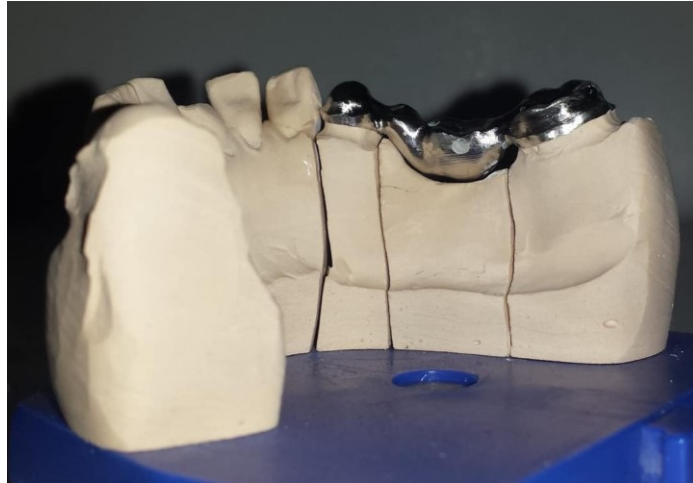


**Figura 29** - Impressão definitiva

Quarta consulta: prova de infraestrutura metálica (**figuras 30, 31, 32 e 33**) e escolha da cor para a cerâmica, Nesta consulta, após a remoção do provisório e limpeza dos pilares, verificou-se que a adaptação da infraestrutura à margem do preparo estava correta, o espaço interoclusal era suficiente para a aplicação de cerâmica e escolheu-se a cor da cerâmica da Vita Classical AI-D4® (A3). À semelhança das consultas anteriores foi cimentado o provisório.



**Figura 30** - Infraestrutura no modelo de gesso (vista vestibular)



**Figura 31** - Infraestrutura no modelo de gesso (vista lingual)



**Figura 32** – Prova da infraestrutura (vista vestibular)



**Figura 33** - Prova da infraestrutura (vista lingual)

Quinta consulta: prova da cerâmica (**figura 34**); nesta consulta foi avaliado a estabilidade, o assentamento, os contactos proximais e adaptação ao preparo dentário. A seguir foram corrigidos os contactos oclusais com papel de articular.



**Figura 34** - Prova de cerâmica

Sexta consulta: cimentação definitiva (**figura 35 e 36**); nesta consulta após finalização estética pelo laboratório de prótese, foi novamente testada a peça nos preparos dentários. Foram confirmados os contatos oclusais e interproximais, a estabilidade e adequação das margens. Procedeu-se à respectiva cimentação utilizando cimento 3M™ Ketac™ Cem Easymix, com remoção do cimento excedente. A paciente foi instruída da forma mais correta de fazer a higiene da ponte fixa com o utilizo de fio dentário e escovilhão.



**Figura 35** - Prótese definitiva cimentada



**Figura 36** - Prótese definitiva cimentada (vista lingual)



**Figura 37** - Contactos oclusais

Sétima consulta: controlo; durante a consulta de controlo foram reavaliados os contactos oclusais (**figura 37**) devido ao facto que a paciente se queixar de algumas interferências. Do ponto de vista estético a doente ficou satisfeita e também houve melhorias do ponto de vista funcional. Foram reforçadas as indicações para a manutenção da higiene oral e a utilização do escovilhão.

### **Discussão e conclusão**

O terceiro caso clínico foi realizado através de uma reabilitação fixa dento suportada. O sucesso do tratamento com prótese fixa é determinado através de três critérios: longevidade da prótese, saúde pulpar e gengival dos dentes envolvidos e satisfação do paciente. Para esses objetivos serem alcançados é necessário que todas as fases do tratamento sejam realizadas de maneira criteriosa, dentre elas, o preparo dos dentes. O preparo de dentes deve ser realizado de forma que permita ao dente preparado apresentar formas de

retenção e estabilidade, que são essenciais para evitar o deslocamento da prótese e permitir uma efetiva longevidade.<sup>(35)</sup>

Outra opção de tratamento apresentada à paciente foi uma prótese fixa implanto suportada. Os implantes osteointegrados surgiram como opção de reabilitação oral. A atualização de técnicas e materiais em implantologia trouxe possibilidades cirúrgicas seguras e confortáveis. Estes implantes ficam semelhantes aos dentes naturais e podem ser colocados nos maxilares superior e inferior. O motivo do sucesso no tratamento reabilitador com implantes, é que além da satisfação do paciente, este já percebe que a falta de um ou mais dentes está relacionada a problemas não só estéticos como também funcionais que desencadeiam dificuldades de mastigação e de fonética.<sup>(36)</sup>

Esta opção de tratamento não foi aceite pelo paciente por razões financeiras, além disso, o paciente apresentava doenças sistêmicas, como anemia, portanto procedimentos cirúrgicos invasivos para esses tipos de pacientes não são indicados. Quanto ao principal problema do paciente, que é a dor no dente 17, graças ao tratamento realizado, as primeiras melhorias foram verificadas devido à distribuição homogênea das cargas mastigatórias, posteriormente o paciente continuou com os restantes tratamentos.

O sucesso da reabilitação foi obtido com recurso a uma ponte metalocerâmica fixa. A paciente ficou bastante satisfeita com o trabalho final.

## 4. Reflexão final

Durante o percurso académico realizado na Universidade Católica Portuguesa de Viseu, foi possível aumentar a bagagem cultural sob vários pontos de vista. O primeiro de todos, o pessoal, foi uma grande escola de vida. E segundo, mas não menos importante, sob o ponto de vista cultural. Consegui perseguir os meus objetivos estudando as bases teóricas, mas mantendo o meu olhar fixo nas pesquisas e nas inovações que estas trazem diariamente ao mundo da Medicina Dentária. Uma das coisas que me ajudou neste percurso foi a orientação de excelentes profissionais em seu campo, capazes de serem professores que transmitiam os seus conhecimentos aos alunos. De acordo com o meu pensamento pessoal, um dos valores adicionados à minha carreira universitária foi a possibilidade que me foi dada de acompanhar as noções teóricas com as aulas práticas, nas quais fui chamado em primeira pessoa para realizar o atendimento ao paciente da clínica universitária. Isso fez com que todos os dias me desafiasse e procurasse fazer melhor. Fez com que apreciasse ainda mais o trabalho que eu estava a aprender, compreendendo plenamente a sensação de tratar o paciente com o intuito de oferecer o melhor atendimento médico-dentário. Foi interessante participar em atividades organizados pela própria Universidade e pela Ordem dos Médicos Dentistas. Dias em que nós estudantes tivemos a oportunidade de ser incluídos ativamente, com a ajuda dos professores, que nos permitiram ser acompanhados na escrita de artigos ou publicação de posters.

Durante o percurso académico é dada muita importância às cadeiras clínicas, que se iniciam já a partir do segundo semestre do segundo ano. Durante este período é feita a “iniciação” nas cadeiras de Dentisteria, Endodontia e Cirurgia Oral. A concretização prática dos conhecimentos teóricos é feita, neste primeiro período, na sala de fantasmas, onde os estudantes tem a possibilidade de usufruir de modelos de indivíduos onde é possível colocar modelos de cavidades orais, onde sucessivamente se inserem os dentes e se trabalha, nomeadamente se fazem restaurações, tratamentos endodônticos e cirurgias em dentes modelos feitos em resina, ou em dentes naturais inseridos nos modelos. Este período de

transição entre a teoria e a prática assistida sobre os modelos, é um período muito significativo para os estudantes de Medicina Dentária. É o momento no qual se adquirem os conhecimentos e os hábitos que serão depois os atos diários enquanto profissionais. Por isto é necessário que os hábitos ergonômicos e técnicos que se adquirem sejam os mais corretos. Tudo aquilo que se aprende nos dois anos propedêuticos à entrada na clínica, são noções preciosas para o futuro como Médico Dentista. Depois deste processo de aprendizagem e da sucessiva consolidação das mesmas noções no ato prático em si, os estudantes que acabam o curso têm uma capacidade de olhar cada caso clínico de uma maneira crítica e objetiva. Isto faz com que cada estudante se insira no mercado de trabalho pronto para tomar as decisões clínicas mais adequadas e aperfeiçoar as técnicas tornando-se num bom profissional.

## 5. Bibliografia

1. Adea. History of dentistry [Internet]. History of dentistry [cited 2019 Jun 12]. Available at: <https://www.adea.org/GoDental/Health Professions Advisors/History of Dentistry.aspx>
2. World Health Organization. Oral health. [Internet]. Oral health [cited 2019 Feb 2]. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>
3. Barómetro de Saúde Oral 2018 [Internet]. Ordem dos Médicos Dentistas. [cited 2019 Jan 23]. Available at: <https://www.ond.pt/barometro/barometro2018/>
4. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Patologia Oral e Maxilofacial. 3<sup>rd</sup> ed. Elsevier; 2009.
5. Newman MG, Takey HH, Klokkevold PR, Carranza M. Carranza's Clinical periodontology 1- 2. 12<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2011.
6. Steffens JP, Marcantonio S. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares: Guia Prático e Pontos Chave. Revista de Odontologia da UNESP. August 2018;47(4):189–97.
7. Banerjee A, Watson TF. Pickard's Manual of Operative Dentistry. 9<sup>th</sup> ed. Oxford University Press; 2011.
8. Jacobsen P. Restorative Dentistry an Integrated Approach. 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Publishing; 2008.
9. Baratieri LN, Monteiro SJ, Cardoso LC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades. 1<sup>st</sup> ed. Quintessence books; 2010.
10. Soares IJ, Goldberg F. Endodontia Técnicas y fundamentos. Editorial Medica Panamericana; 2002.
11. Cohen S, Hargreaves KM. Caminhos da Polpa. 10<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2011.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. The Handbook of Pediatric Dentistry. 2003
13. Lee DW, Kim JG, Yang YM. The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. Pediatr Dent. 2018 Sep 15;40(5):327-333

14. Escoada CG, Aytés LB. Tratado de Cirurgia Bucal. Ergon; 2003.
15. Hupp JM, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporanea. 5<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2009.
16. Xubair A, Graber L, Vanarsdall R, Vig K. Orthodontics Current Principles and Techniques. 5.<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2012.
17. Proffit W, Fields H, Sarver D. Contemporary Orthodontics. 5<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2013.
18. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2013.
19. Dawson PE. Functional Occlusion From TMJ to Smile Design. Elsevier; 2007.
20. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2011.
21. Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glantz P-O. The removable partial denture equation. British Dental Journal. 2000 October 1;189(8):414–24.
22. Felipucci DNB, Davi LR, Paranhos HFO, Bezzon OL, Silva RF, Pagnano VO. Effect of different cleansers on the surface of removable partial denture. Brazilian Dental Journal. 2011;22(5):392–7.
23. Özyemişçi CN. Factors Associated with Insufficient Removable Partial Denture Design Instructions. Dental and Medical Problems. 2018 June 30;55(2):173–7.
24. Shillingburg HT, Sather DA, Wilson EL, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ, Kessler JC. Fundamental of fixed prosthodontics. 4<sup>th</sup> ed. Quintessence books; 2012.
25. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Contemporary fixed prosthodontics. 5<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2006.
26. Carreiro A Calderon, Duarte P, Calazanset AR, et al. Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis. Natal: EDUFRN, 2016.
27. Pradella S, Nannini C. Una metodica semplificata per la protesi totale, Passaggi clinici e tecnici. Dental Dialogue. 2016 July 23;28.

28. Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC de, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros Pesquisa Nacional de Saúde Bucal prevalências e fatores associados. *Caderno Saúde Pública*. 2017 August 21;33(8).
29. Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Filho HG, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. *Rev Odontol UNESP*. 2006;35(1):53-60.
30. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011;59(1):147-152.
31. Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler M. Covering of gingival recessions with a modified microsurgical tunnel technique: Case report. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*. 2007;27:457–63.
32. Feng HS, Filho LCM, Pimentel SP, Casati MZ, Cirano FR. Deslocamento coronário de retalho com tecido conjuntivo interposto para cobertura radicular. *Rev assoc paul cir dent* 2012;66(4):256-9.
33. Rodrigues DC, Alves RA, Segundo TK. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. 2009 August 29;58(1):115–8.
34. Padoin K, Solda C. A importância do perfil emergencial em prótese fixa: revisão de literatura e relato de caso. *Journal of Oral Investigations*. 2018 August 23;7(2):79–88.
35. Pereira Bandeira A, Da M, Pedrosa M, Duarte L, Lopes S. Conicidade de preparos para coroas totais em prótese fixa Preparations conicity for total crowns in fixed denture. *Caderno de protese*. 2016;7(28):50-55.
36. Fernandes RdC, Oliveira WA, Vieira PM, Magalhães SR. Próteses totais fixas sobre implante com carga imediata em mandíbula. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*. 2014;1(4):76-93.
37. Andrade L de S, Nunes da Silva BG, Lunardi Palhari FT, Souza MD. Avaliação das recessões gengivais em adulto periodontalmente saudáveis. *Braz J Periodontol*. 2013;3(23)

38. Matos SM, Fernandes F, Carmo E, Rolo T. Aplicação da técnica de tunelização modificada no recobrimento radicular combinado com reabilitação protética fixa. Dental Team Magazine. 2014;9(3):12-19

## **6. Produção científica**

Artigo: Nélio Veiga, Ricardo Figueiredo, António Coleho, André Almeida, Gonçalo Lopes, Salvatore Bellantone. Oral health assessment among elderly stroke patients. Proceedings of the 4<sup>th</sup> IPLeia's International Health Congress. BMC Health Serv Res. 2018 Sep 13;18(2):174.

