



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por

Nádia Filipa Sousa Silva

Viseu, 2018



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por

Nádia Filipa Sousa Silva

Sob orientação do Professor Doutor Hélder Esteves

E co-orientação da Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2018

A Deus,

por me proteger, orientar e caminhar sempre comigo, fazendo-me ultrapassar
todos os obstáculos

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Helder Esteves e à minha co-orientadora Professora Doutora Ana Margarida Silva pela sábia orientação e conhecimentos transmitidos.

Um agradecimento especial aos meus pais pelo amor incondicional e apoio que me deram durante toda a minha vida.

À minha irmã Sofia pelo apoio e conhecimentos transmitidos.

À Ana pelo apoio e motivação que me deu para concluir esta fase da minha vida.

RESUMO

A Medicina Dentária é a área da saúde responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças da cavidade oral e estruturas anexas.

Este relatório tem como finalidade descrever a atividade clínica experienciada durante o 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Viseu.

Para a elaboração deste relatório foi efetuada uma recolha de dados dos atos clínicos realizados ao longo do 5º ano como operador e assistente. No final são apresentados e discutidos três casos clínicos diferenciados sobre branqueamento dentário interno, tratamento de uma recessão gengival classe III de Miller e tratamento endodôntico de um dente com necrose pulpar.

Os resultados são descritos através de uma apresentação gráfica, permitindo caracterizar os pacientes das várias áreas disciplinares.

Todas as experiências vivenciadas em ambiente clínico no curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária são fundamentais para a futura prática profissional.

Palavras-Chave: Atividade Clínica, Medicina Dentária, Diagnóstico, Medicina Oral, Cirurgia Oral, Prótese Removível, Prostodontia Fixa, Endodontia, Oclusão, Ortodontia, Dentisteria Operatória e Odontopediatria.

ABSTRACT

Dentistry is an area of health care responsible for the prevention, diagnosis and treatment of diseases in the oral cavity and adjacent structures.

The purpose of this report is to describe the clinical activity experienced during the 5th grade of the Integrated Masters of dentistry at the Portuguese Catholic University – Health Science Institute, Viseu.

This report was achieved by collecting all data information about the patients that have been seen during the 5th grade of the Integrated Masters in dentistry as an operator and assistant. At the end there are three special clinical activities that have been developed, described and discussed in detail about internal bleaching; gingival recession of Miller Class III treatment and one tooth with necropulpectomy.

The results are described through a graphical presentation, illustrating the characteristics of the patients in the different areas of Dentistry. Every clinical experience developed during the Masters in Dentistry were important for the future clinical practice.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Saúde Oral.....	3
1.1.1 Cárie Dentária	4
1.1.2 Doença Periodontal.....	5
2. OBJETIVOS	9
3. RESULTADOS.....	13
3.1. Caracterização geral da Amostra.....	15
3.2. Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar.....	19
3.2.1. Dentisteria Operatória	20
3.2.2. Odontopediatria.....	21
3.2.3. Cirurgia Oral	22
3.2.4. Periodontologia.....	24
3.2.5. Medicina Oral.....	25
3.2.6. Prótese Removível.....	26
3.2.7. Oclusão.....	27
3.2.8. Ortodontia.....	28
3.2.9. Endodontia	28
3.2.10. Prostodontia Fixa	30
4. ATOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS	33
4.1. Branqueamento Interno.....	35
4.1.1. Enquadramento Teórico	35
4.1.2. Descrição do Caso Clínico.....	40
4.1.3. Plano de Tratamento.....	43
4.1.4. Procedimento Cirúrgico	43
4.1.5. Resultado Final	45
4.1.6. Discussão	46
4.2. Tratamento de Recessão Gengival.....	47
4.2.1. Enquadramento Teórico	47
4.2.2. Caso Clínico	49
4.2.3. Discussão e Conclusão.....	54

4.3. Necropulpectomia.....	55
4.3.1. Descrição do Caso Clínico.....	55
4.3.2. Descrição do Caso Clínico.....	56
4.3.3. Plano de Tratamento.....	57
4.3.4. Procedimento Cirúrgico	58
4.3.5. Ficha Imagiológica	60
4.3.6. Resultado Final	62
4.3.7. Discussão	62
5. CONCLUSÃO	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

Índice de figuras

Figura 1 – Ortopantomografia	41	
Figura 2 – Rx periapical do dente 11 com endodontia satisfatória de 11 anos	41	
Figura 3 – Fotografia inicial	42	
Figura 4 - Foto inicial antes do branqueamento dentário interno	45	
Figura 5 - Foto após 4 sessões de branqueamento dentário interno	45	
Figura 6 – Vista frontal inicial da recessão do dente 31	52	
Figura 7 – Vista lateral da recessão e do freio	52	
Figura 8 – Vista lateral da recessão do dente 31	52	
Figura 9 – Vista lateral da recessão e do freio	53	
Figura 10 – Follow-up 8 dias	53	
Figura 11 – Follow- up 3 meses	53	
Figura 12 – Fotografia inicial frontal	58	
Figura 13 - Ortopantomografia	58	
Figura 14 - Rx pré-operatório Rx-1	60	
Figura 15 - Rx- Per-operatório ODMr RX-2	60	
Figura 16 - RX- Odontometria de trabalho	61	
Figura 17 - Conometria	61	
Figura 18 - Rx Pós- operatório	62	
Figura 19 – Fotografia inicial		
	Figura 20 – Fotografia final	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Total dos atos clínicos como operador e assistente	15
Gráfico 2 - Distribuição de pacientes por género	16
Gráfico 3 – Distribuição de pacientes por idade.....	16
Gráfico 4 – Distribuição de pacientes pela classificação ASA.....	17
Gráfico 5 – Distribuição de pacientes por patologia.....	18
Gráfico 6 – Higiene oral dos pacientes.....	19
Gráfico 7 - Distribuição de pacientes por área disciplinar.....	20
Gráfico 8 – Distribuição dos procedimentos realizados por operador e assistente na área disciplinar de dentisteria operatória	21
Gráfico 9 – Distribuição dos procedimentos por operador e assistente na área disciplinar de odontopediatria.....	22
Gráfico 10 – Distribuição dos atos clínicos de cirurgia como operador e assistente	23
Gráfico 11 – Distribuição dos procedimentos da área disciplinar de cirurgia	23
Gráfico 12 – Doença periodontal na consulta de periodontologia.....	24
Gráfico 13 – Encaminhamento de pacientes a partir da consulta de medicina oral.....	25
Gráfico 14 – Distribuição dos atos realizados em prótese removível como operador e assistente	26
Gráfico 15 – Distribuição de consultas em prótese removível	27
Gráfico 16 - Distribuição dos atos realizados em endodontia como operador e assistente	29
Gráfico 17 - Número de canais em cada dente tratado pelo binómio	29

Índice de Tabelas

Tabela 1- Totalidade dos atos clínicos como operador e assistente.....	15
--	----

Abreviaturas

ODMr – Odontometria de referência

DDF – Determinação do diâmetro do foramen

ODM - Odontometria

LAM – Lima apical mestre

ODMt – Odontometria de trabalho

UI – Último instrumento

UCP – Universidades Católica Portuguesa

1. INTRODUÇÃO

1.1. Saúde Oral

A presença de uma dentição saudável e funcional é importante em qualquer fase da vida do ser humano, não só para a alimentação, como também para a fala, estética e socialização. [17]

A dentição primária é composta por 20 elementos dentários e estes são, posteriormente, substituídos por 32 dentes permanentes. A erupção dentária começa por volta dos 6 ou 10 meses de idade com a erupção dos incisivos inferiores primários e deve estar completa por volta dos 30 meses de idade. Uma dentição primária saudável é importante não só para as funções já referidas anteriormente, como também para a manutenção do espaço para a erupção dos dentes permanentes. A perda prematura devido a cárie ou traumatismo resulta, normalmente, em perda de espaço para a erupção dos dentes permanentes e pode resultar em desalinhamento da dentição permanente [17].

A saúde oral é imprescindível para a qualidade de vida e ela pode refletir o estado de saúde em geral. O exame oral pode revelar deficiências nutricionais e hábitos nocivos, tais como tabagismo, alcoolismo e distúrbios alimentares. As doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias aumentam os riscos de desenvolvimento de doenças orais. Muitas destas doenças estão relacionadas com o alcoolismo, tabagismo e ausência de hábitos alimentares saudáveis [17]. As doenças orais mais prevalentes são a cárie dentária e a doença periodontal. Para prevenir este tipo de doenças é essencial adotar bons hábitos de higiene oral e realizar visitas regulares ao dentista. A escovagem realizada diariamente pelo paciente, bem como o uso regular do fio dentário, é fundamental para a remoção e controle da placa bacteriana e, por sua vez, a redução da prevalência das patologias orais atrás descritas [16]. A escovagem dos dentes deve ser realizada, pelo menos, duas vezes ao dia, após as refeições, sendo que uma delas deve ser efetuada antes de dormir. A escovagem deve incluir para além dos dentes, as gengivas e língua com a utilização de pasta dentífrica com concentração de flúor adequada à idade. A utilização do fio dentário serve de complemento à higiene oral, tendo em conta que permite a remoção de resíduos de alimentos e da placa bacteriana nos locais em que a escova não consegue alcançar de forma eficaz [25]. As visitas regulares ao dentista para avaliação, profilaxia, instrução e motivação para a higiene oral, são igualmente importantes para prevenção e deteção precoce de doenças orais. Estas devem ser realizadas, pelo menos, uma vez em cada 6 meses [16].

1.1.1 Cárie dentária

A cárie dentária forma-se através de uma interação complexa entre a placa dentária, os hidratos de carbono fermentáveis e os fatores do hospedeiro (ph da saliva, suscetibilidade à cárie). [16]

Os açúcares são metabolizados pelas bactérias, dando origem a ácidos que ao longo do tempo decompõem o esmalte. A cárie dentária normalmente começa nas fissuras dos dentes ou nos espaços entre os dentes. Na fase inicial, a cárie é reversível, mas em estados mais avançados leva à formação de cavidades. O tratamento consiste na remoção do tecido cariado e colocação de um material restaurador, de forma a restabelecer a função do dente [17].

Os dentes cariados não tratados podem causar destruição dentária, dor e infeção que pode resultar em abscesso e em fases mais avançadas e graves, levar a uma septicemia. Estas consequências têm impacto ao nível da qualidade de vida, podendo levar a dificuldades na alimentação, diminuição da qualidade de sono e podem interferir na vida social, podendo provocar até abstenção escolar e ao trabalho [17].

Os comportamentos de prevenção das doenças orais e os hábitos de higiene oral são influenciados por vários fatores, nomeadamente motivação do paciente, atitude, cultura, região geográfica e condições socio-económicas [16]. A prevalência de cárie é superior nos indivíduos com menor grau de escolaridade e naqueles, cujo acesso à informação e aos serviços de saúde é mais limitado. Em conformidade com estes factos, está a evidência de que nos países em desenvolvimento a carie dentária é a doença infecciosa, que embora tenha prevenção, está associada a uma alta morbilidade. A diminuição da incidência desta doença nos países industrializados está associada à adoção de medidas de prevenção primária [25].

1.1.2 Doença Periodontal

Existem dois tipos de doença periodontal que se distinguem pelo seu nível de gravidade, a gengivite e a periodontite. A primeira é reversível, ao contrário da segunda que é irreversível. [2]

A Doença Periodontal (DP) é a segunda patologia dentária mais prevalente em todo o mundo. Trata-se de uma infecção crônica causada, maioritariamente por bactérias gram-negativas que evolui de forma contínua com períodos de exacerbação e de remissão. O organismo reage à presença destas bactérias e seus produtos, desenvolvendo uma resposta inflamatória e imune. [2]

A forma como a doença se manifesta depende das propriedades agressoras dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão. A doença periodontal manifesta-se inicialmente como gengivite, que se define pela existência de uma inflamação da gengiva que se manifesta clinicamente com alteração da cor da gengiva, hemorragia e edema. Apesar destas alterações, o epitélio de união mantém-se unido ao dente, não havendo perda de inserção. É uma situação reversível, caso sejam removidos os fatores etiológicos (bactérias). Contudo, tem um papel precursor na perda de inserção ao redor dos dentes se os fatores etiológicos não forem eliminados. A continuação do processo inflamatório promove a fragilização das estruturas, possibilitando um maior acesso dos agentes bacterianos e seus produtos às áreas subjacentes, que pode culminar com o desenvolvimento de periodontite, em que existe formação de bolsas periodontais superiores a 3 mm, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio de união. Este tipo de epitélio é menos resistente aos agentes agressores, o que contribui para a permanência do processo inflamatório no qual participam células de defesa, nomeadamente neutrófilos, fibroblastos, células epiteliais e monócitos. Os neutrófilos libertam as metaloproteínases (MPM) que levam à destruição do tecido conjuntivo, causando perda de inserção do ligamento periodontal. As restantes células levam à libertação de prostaglandinas (Pg), especialmente PgE2, que por sua vez induzem a libertação de citocinas, das quais se destacam a interleucina 1 (Il1), interleucina 6 (Il6) e factor de necrose tumoral (TNF), que conduzem à reabsorção óssea através da estimulação dos osteoclastos. Estas células levam também à lise do colagénio por estimulação das MPM. Macroscopicamente, a gengiva apresenta-se eritematosa com sinais de inflamação. No entanto, esta característica pode não estar presente, como

acontece nos pacientes fumadores nos quais a vasoconstrição provocada pelo tabaco simula ausência de inflamação. [2]

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos

O presente relatório clínico teve como objetivo reunir os dados de todos os pacientes atendidos pela aluna Nádia Silva, em binómio com outros alunos, durante os anos letivos de 2015/2016; 2016/2017 e 2017/2018 na clínica dentária da Universidade Católica do Centro Regional de Viseu.

Na primeira fase, obteve-se o número total de pacientes atendidos por área disciplinar, tendo também em consideração o número de atos clínicos como operador e assistente. De seguida, utilizou-se o programa informático Newssof®2.0, de forma a recolher os dados clínicos considerados relevantes de cada paciente. Posteriormente, foi criada uma base de dados no Excel® de forma a auxiliar a análise descritiva dos resultados.

Neste relatório os pacientes foram distribuídos por idade, género, classificação ASA, patologias sistémicas e higiene oral. Os pacientes atendidos na consulta de periodontologia, foram também classificados em função da doença periodontal.

No final do trabalho serão apresentados três casos clínicos diferenciados acerca de branqueamento dentário, cirurgia periodontal e reabilitação com prótese fixa. Estes três casos serão apresentados de forma crítica e detalhada, com recurso aos exames complementares de diagnóstico e fotografias intra e extra-orais.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização geral da amostra

No decorrer do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária dos anos de 2015/2016, 2016/2017 e 2017/2018 foram atendidos 52 pacientes que perfizeram no total 121 consultas, das quais, 60 como operadora e 61 como assistente.

Totalidade dos atos clínicos como operador e assistente	
	Nº de atos
Operador	60
Assistente	61
Total	121

TABELA 1- TOTALIDADE DOS ATOS CLÍNICOS COMO OPERADOR E ASSISTENTE

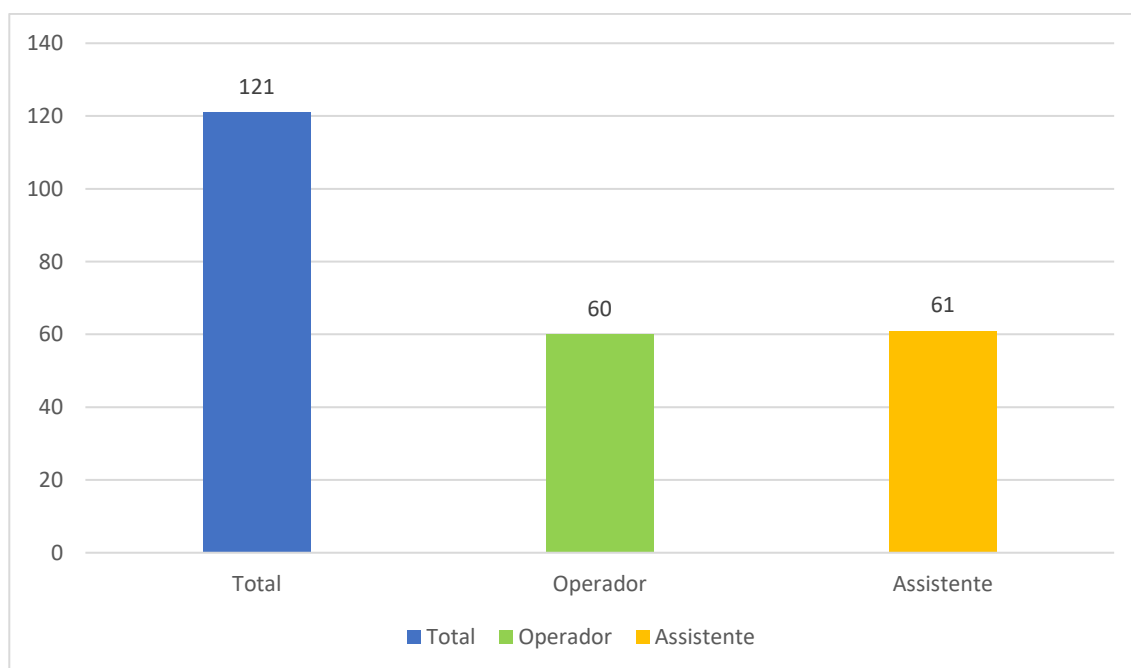


GRÁFICO 1 - TOTAL DOS ATOS CLÍNICOS COMO OPERADOR E ASSISTENTE

Dos 121 atos clínicos realizados, 65 foram mulheres e 56 foram homens. Dos 60 atos como operador, 38 foram mulheres e 22 foram homens. Dos 61 casos como assistente, 31 foram mulheres e 30 foram homens.

Relativamente às idades dos pacientes foram divididas por faixas etárias, sendo que o intervalo entre os 60 e os 70 anos foi o mais prevalente.

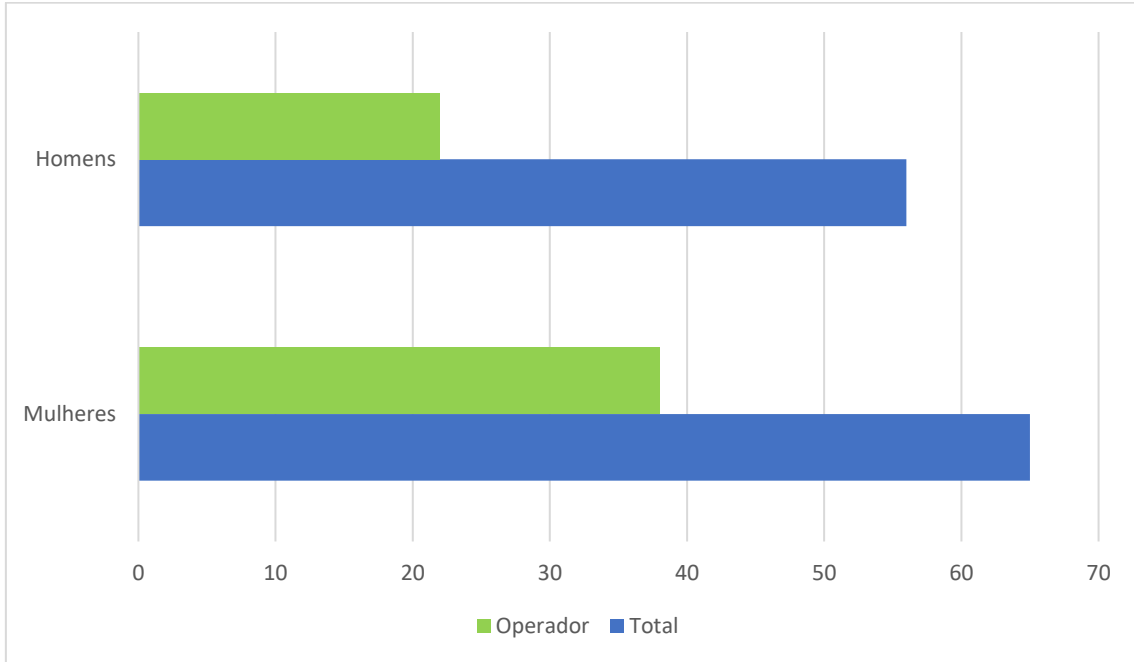


GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR GÊNERO

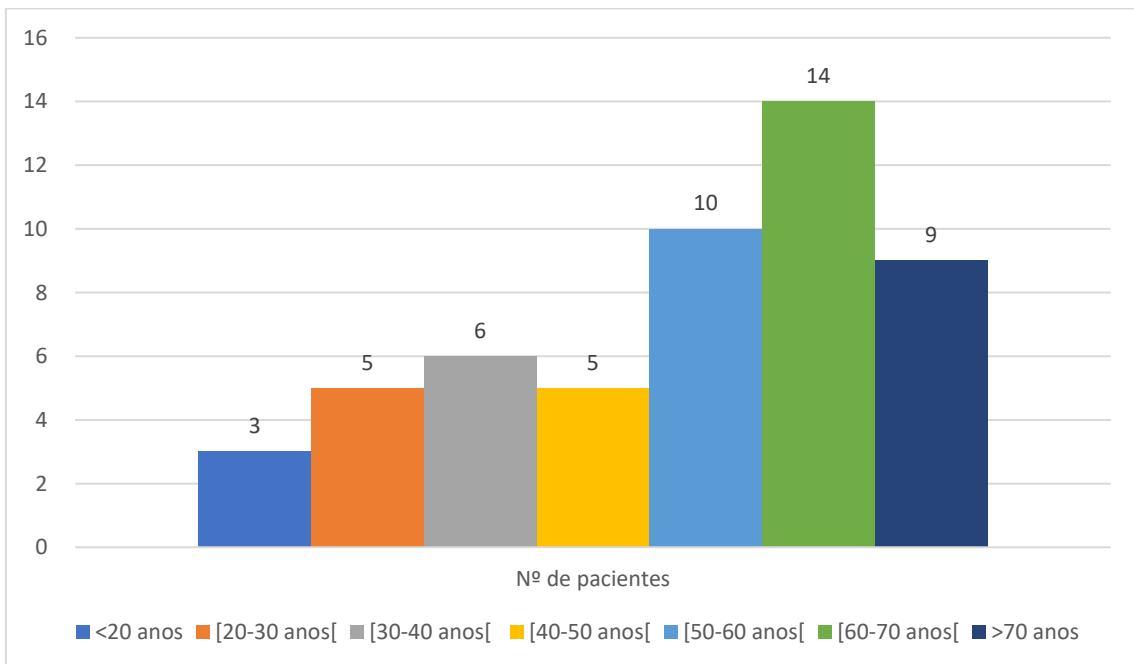


GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR IDADE

Em relação à ficha de risco do paciente (classificação ASA), 28 pacientes obtiveram ASA II, sendo, por isso, considerada a mais prevalente. A segunda mais prevalente foi a ASA I, com 18 pacientes. As menos prevalentes foram a ASA III, com 5 pacientes e a ASA IV com apenas 1 paciente.

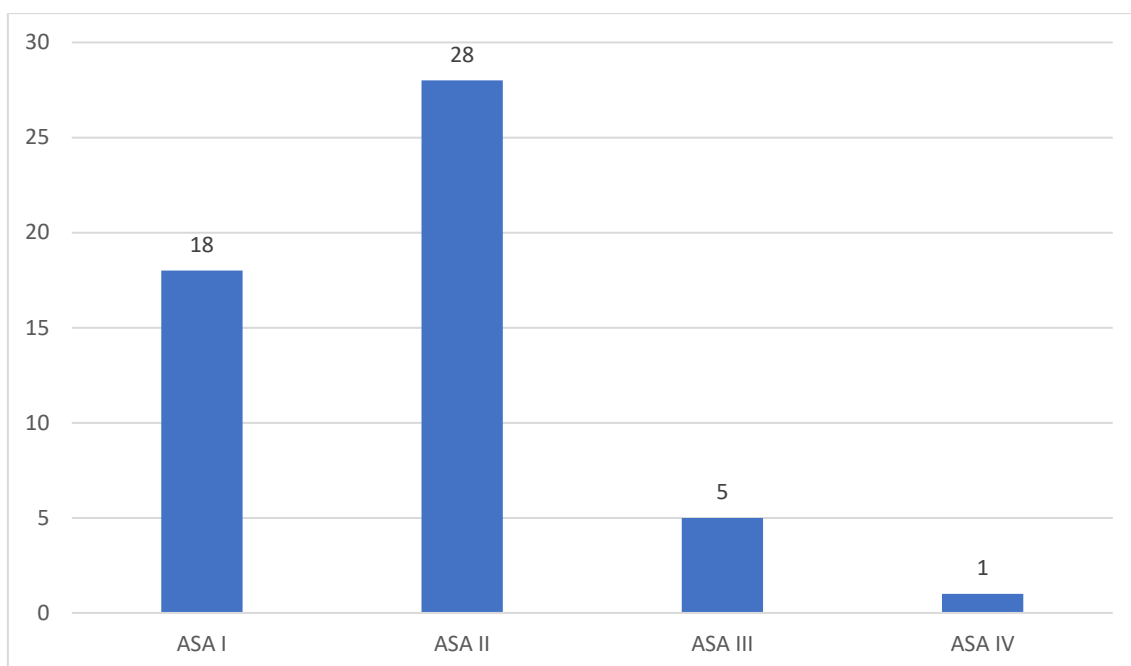


GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES PELA CLASSIFICAÇÃO ASA

Relativamente às patologias sistêmicas que cada paciente apresenta, 18 do total de 52 pacientes atendidos referiram não apresentar nenhuma doença sistêmicas, sendo que os restantes 34 reportaram que tinham doenças sistêmicas. As patologias sistêmicas mais prevalentes foram a hipertensão, com 15 pacientes, como se encontra descrito no gráfico seguinte. As outras doenças mais prevalentes foram a diabetes, doença cardíaca e doenças de estômago, todas com 4 pacientes cada. As patologias sistêmicas menos frequentes foram a doença reumática, com 2 pacientes; a patologia renal e sinusite, com 1 paciente cada.

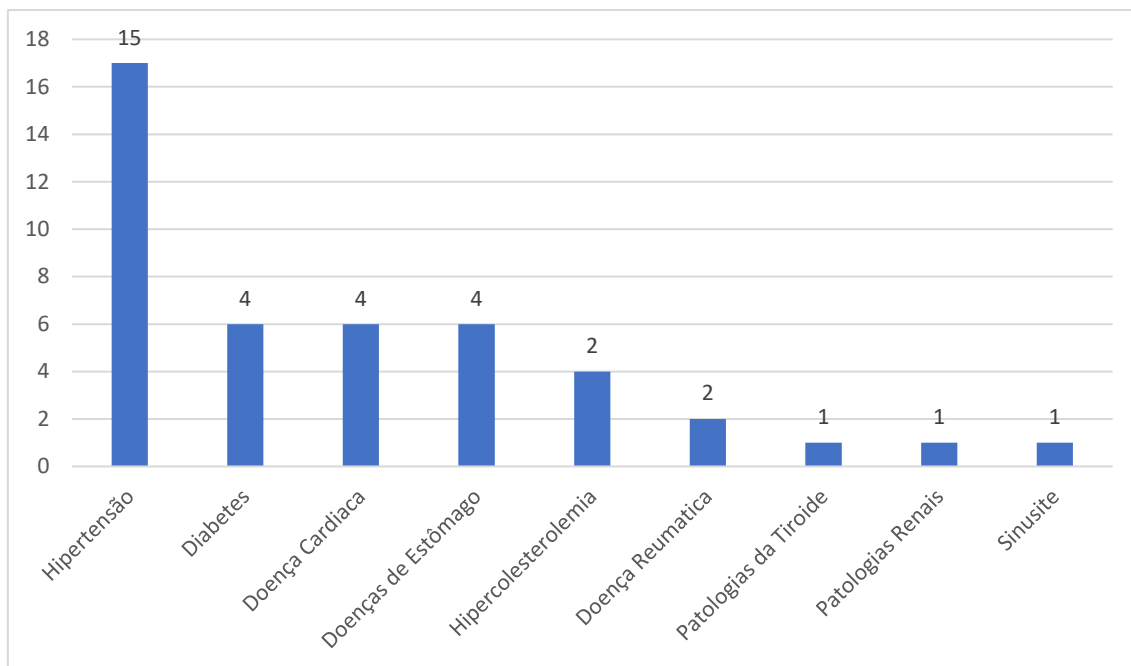


GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR PATOLOGIA

Ao nível da higiene oral diária dos pacientes, apurou-se que a maioria dos pacientes, 65%, realiza a escovagem dentária 2 vezes por dia; 31% dos pacientes escova os dentes apenas 1 vez por dia e 4% dos pacientes escovam os dentes 3 vezes por dia.

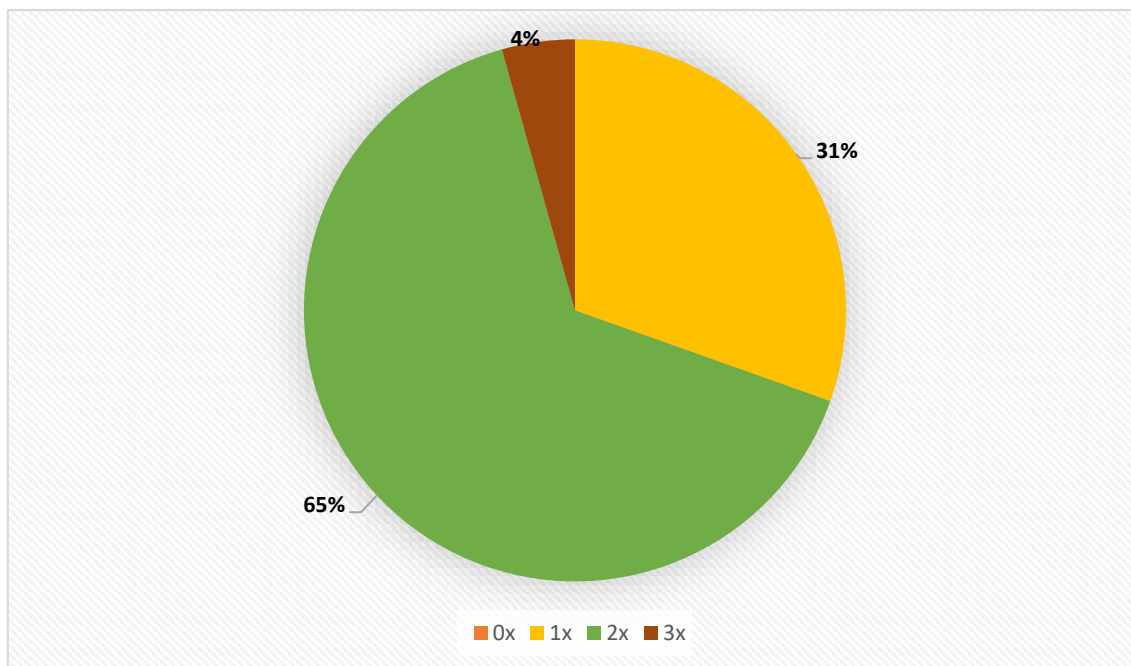


GRÁFICO 6 - HIGIENE ORAL DOS PACIENTES

3.2. Atividades Desenvolvidas em cada Área Disciplinar

Das 121 consultas realizadas pelo período já referido anteriormente, a área disciplinar com maior número de consultas foi a endodontia com 31 consultas, seguindo-se a prótese removível com 30 consultas; periodontologia com 18 consultas; a seguir dentisteria e cirurgia com 14 e 12 consultas, respetivamente. Por último, as áreas disciplinares com menor número de consultas foram a medicina oral com 5 consultas, seguindo-se a odontopediatria com 4 atos clínicos; prótese fixa, oclusão e ortodontia com 6, 1 e 0 atos, respetivamente.

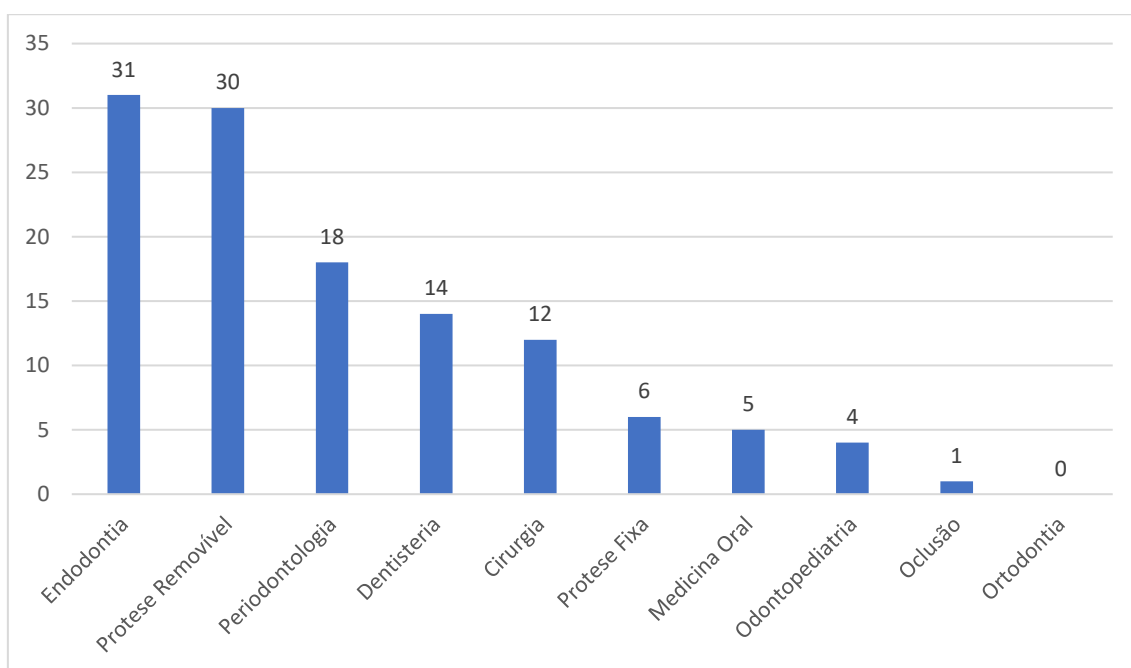


GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR ÁREA DISCIPLINAR

3.2.1. Dentisteria Operatória

A Dentisteria operatória é a área da Medicina Dentária responsável pela restauração e tratamento dos dentes com lesões de carie, alterações na forma ou coloração dentária e traumatismos com capacidade de restauração.

Nesta disciplina foram realizadas 14 consultas, das quais 7 como operador e 7 como assistente. Os tratamentos realizados como operador incluem 2 restaurações do tipo classe I a compósito, 2 restaurações classe II a compósito, 1 restauração classe V a compósito, 1 restauração classe II a amalgama e 1 restauração provisória. Relativamente aos procedimentos clínicos realizados pelo assistente foram 3 restaurações classe I a compósito, 1 restauração classe II a compósito, 1 restauração classe I a amálgama, 1 restauração usando coroa de acetato e 1 restauração provisória.

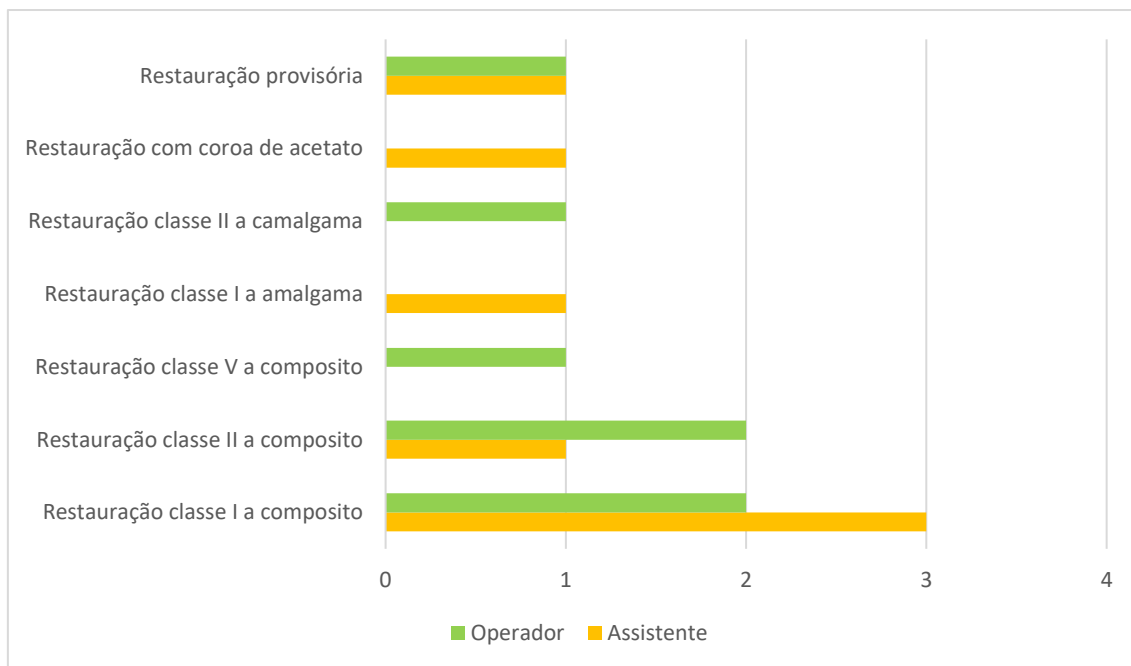


GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR OPERADOR E ASSISTENTE NA ÁREA DISCIPLINAR DE DENTISTERIA OPERATÓRIA

3.2.2. Odontopediatria

A odontopediatria é a área disciplinar responsável pela manutenção da saúde oral das crianças e jovens com idades compreendidas entre 0 e os 16 anos. Os procedimentos realizados consistem no tratamento de cáries dentárias, traumatismos, abscessos, retenções de dentes decíduos, reabilitação protética e preservação do espaço para a erupção dos dentes decíduos.

No total foram realizadas 4 consultas, 2 como operador e 2 como assistente. Enquanto operador, realizei uma restauração de classe I e colocação de selantes de fissuras. Relativamente às consultas como assistente, estas incluíram uma restauração classe I e colocação de selantes de fissuras.

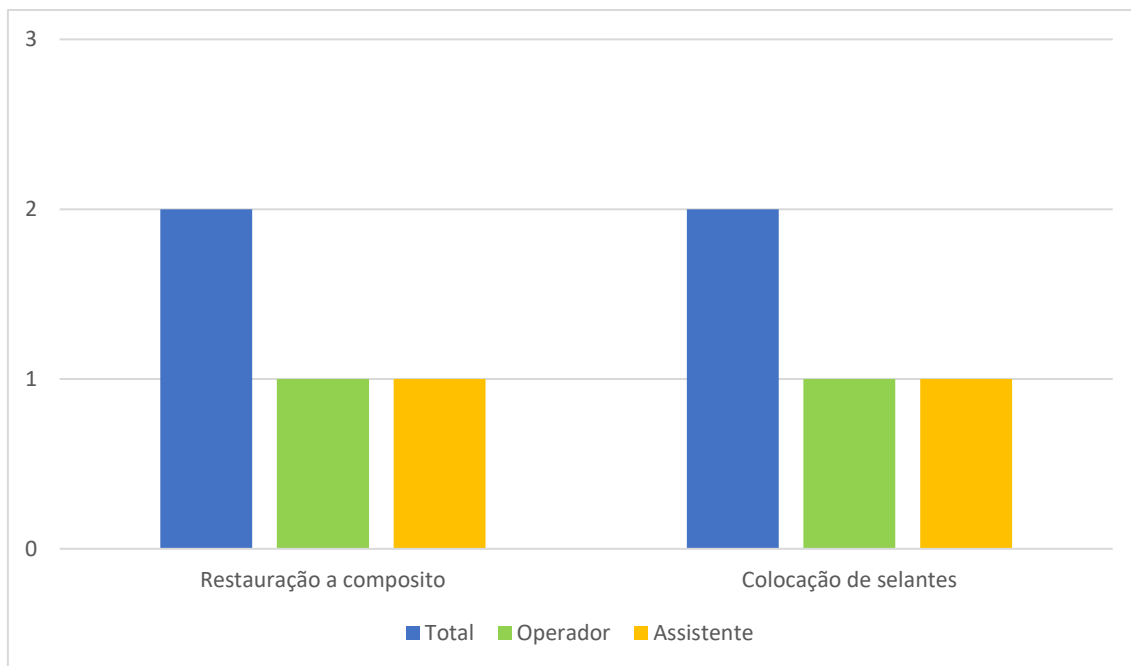


GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS POR OPERADOR E ASSISTENTE NA ÁREA DISCIPLINAR DE ODONTOPEDIATRIA

3.2.3. Cirurgia Oral

A cirurgia oral é a área disciplinar responsável pela realização de cirurgias simples e complexas de dentes comprometidos sem capacidade de serem restaurados, como é o caso de dentes extensamente destruídos, dentes com mobilidade periodontal, dentes inclusos, entre outros.

Na disciplina de cirurgia oral foram realizadas 12 consultas, sendo 5 como operador e 7 como assistente. Do total das consultas realizadas, 8 foram extrações de restos radiculares e 4 foram extrações simples.

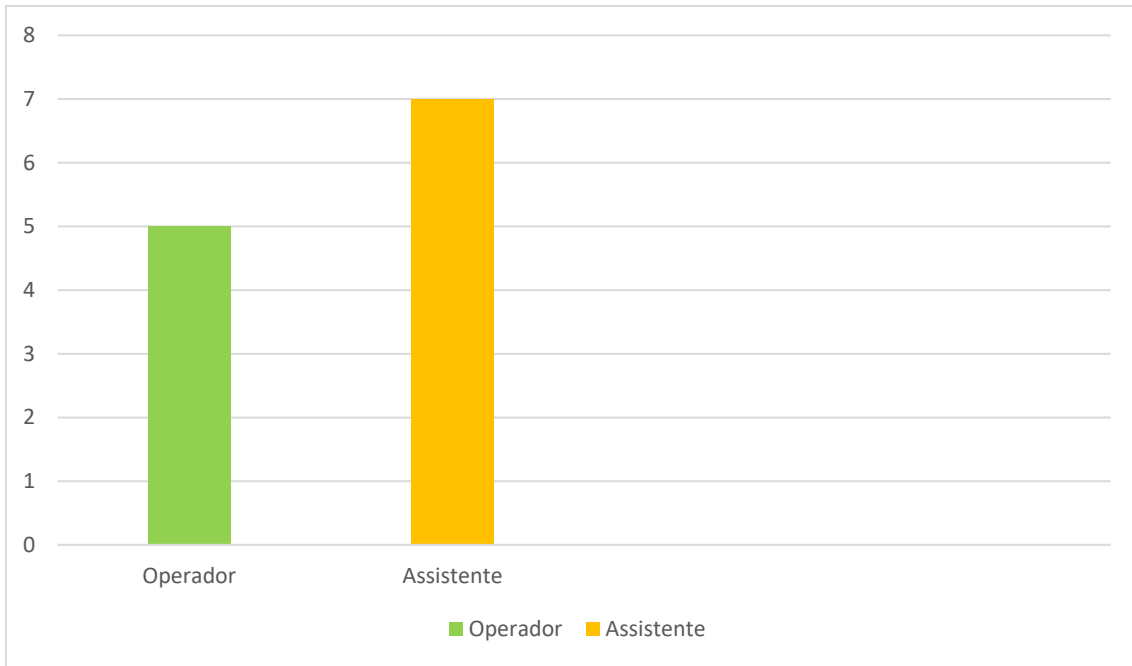


GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS ATOS CLÍNICOS DE CIRURGIA COMO OPERADOR E ASSISTENTE

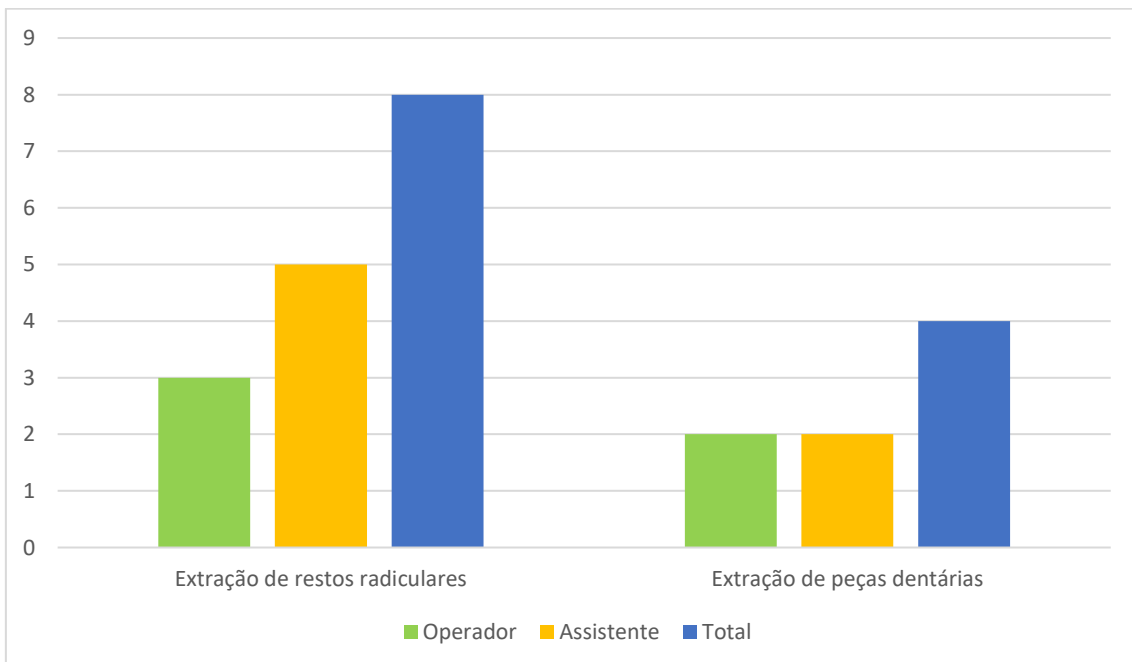


GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DA ÁREA DISCIPLINAR DE CIRURGIA

3.2.4. Periodontologia

A periodontologia é a área disciplinar responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias relacionadas com o tecido periodontal. O diagnóstico é realizado mediante o preenchimento do periograma, cálculo do índice de placa, hemorragia à sondagem e tendo em consideração o status radiográfico do paciente. O tratamento é realizado através de consultas de fase higiénica e terapias periodontais de suporte com vista ao restabelecimento da saúde periodontal e evitando a progressão da doença.

Realizaram-se um total de 18 consultas, sendo que 9 foram como operador e 9 como assistente. Como se pode constatar no gráfico seguinte, o diagnóstico de doença periodontal mais prevalente foi a periodontite crónica moderada com 7 casos, seguindo-se a gengivite com 5 casos e a periodontite crónica avançada com 3 casos. A doença periodontal menos frequente foi a periodontite agressiva com apenas 1 caso.

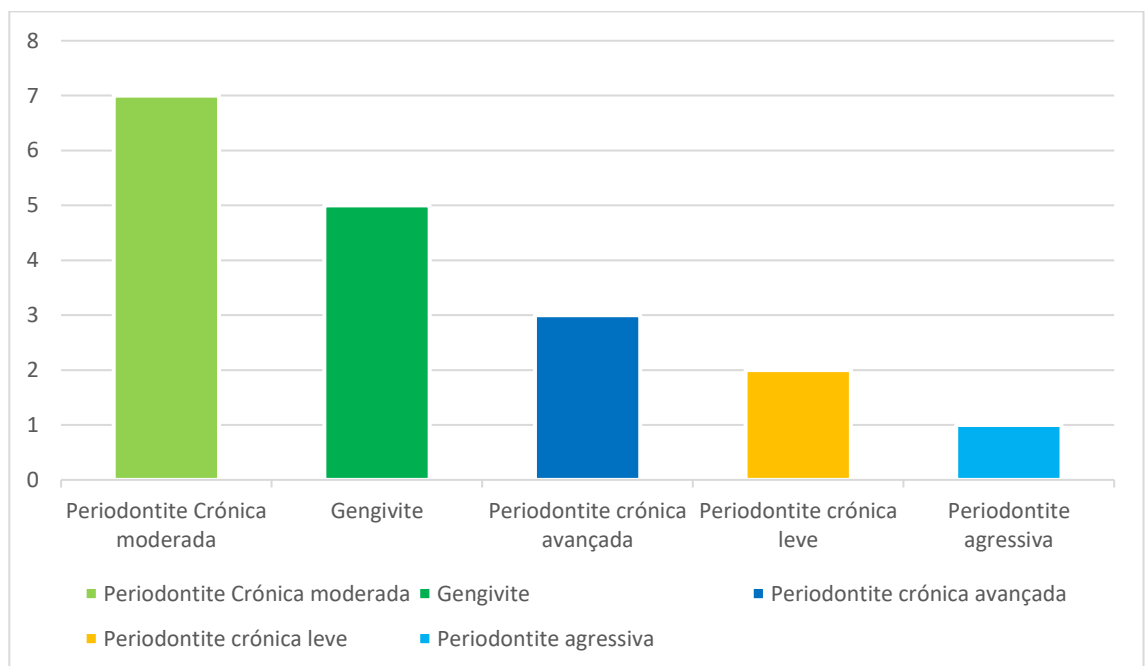


GRÁFICO 12 – DOENÇA PERIODONTAL NA CONSULTA DE PERIODONTOLOGIA

3.2.5. Medicina oral

A medicina oral é a área disciplinar responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias da cavidade oral e das regiões cervico-faciais.

Todos os novos pacientes da Clínica Universitária da UCP passam por esta consulta, a partir da qual são reencaminhados para outras áreas disciplinares. Nesta consulta é realizada a história clínica do paciente e no fim é feito o diagnóstico e, por fim, o encaminhamento para a área disciplinar de interesse. Nesta área foram realizadas 5 consultas, todas elas como operadora. Dos 5 pacientes observados, 3 foram encaminhados para a consulta de dentisteria, 1 foi encaminhado para cirurgia e 1 para prótese removível. Dos pacientes observados não se constataram lesões dignas de diagnóstico de Medicina oral.

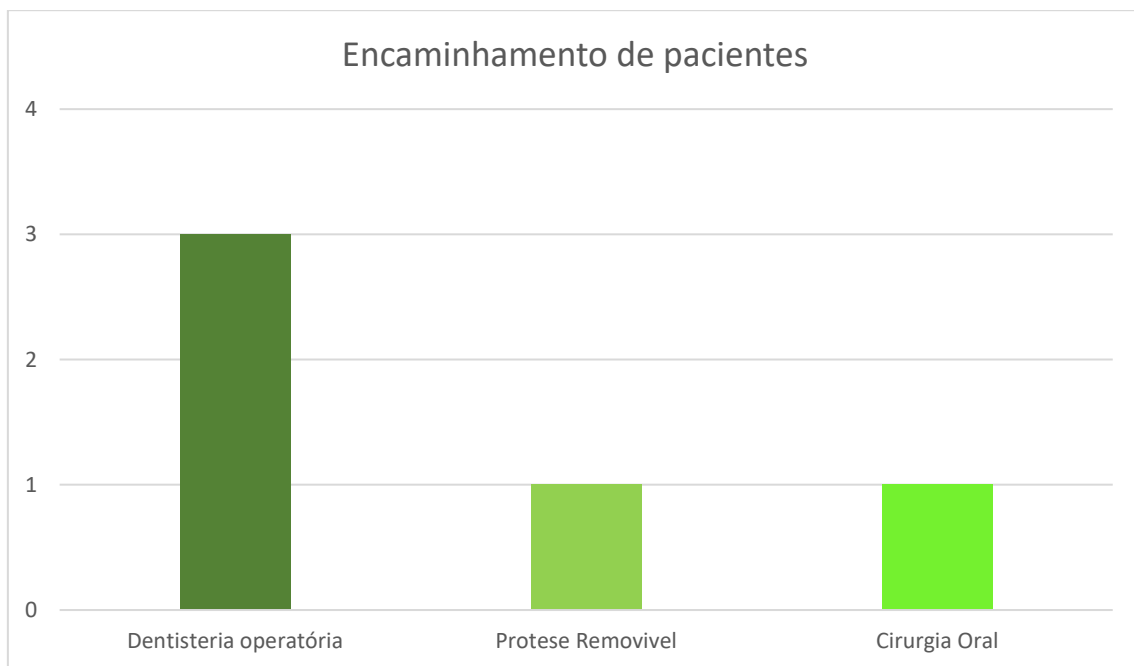


GRÁFICO 13 – ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES A PARTIR DA CONSULTA DE MEDICINA ORAL

3.2.6. Prótese removível

Esta área disciplinar é responsável pela reabilitação oral de pacientes com ausência total ou parcial de elementos dentários, de forma a devolver a estética, função mastigatória, fonética e oclusão, melhorando, desta forma, a qualidade de vida do paciente.

Como se pode constatar nos gráficos seguintes, foram realizadas um total de 30 consultas, 11 como operador e 19 como assistente. Das 30 consultas as mais prevalentes foram os controlos e as próteses parciais removíveis acrílicas.

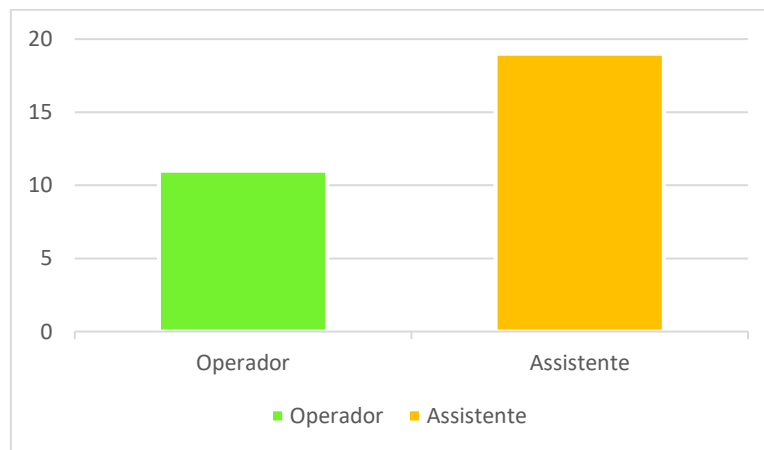


GRÁFICO 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS ATOS REALIZADOS EM PRÓTESE REMOVÍVEL COMO OPERADOR E ASSISTENTE

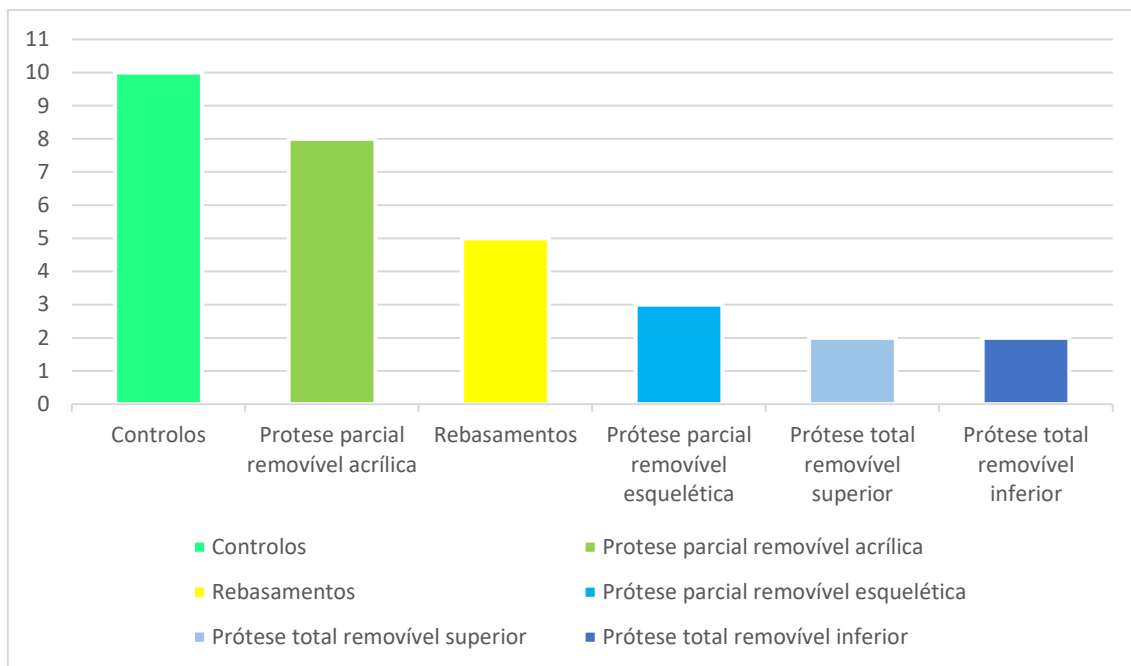


GRÁFICO 15 – DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS EM PRÓTESE REMOVÍVEL

3.2.7. Oclusão

A oclusão é a área disciplinar responsável pela avaliação e tratamento das disfunções da articulação temporomandibular, dor orofacial, má oclusão, avaliando a articulação, os músculos da mastigação e as estruturas anatómicas adjacentes.

Nesta área disciplinar foi atendido apenas 1 paciente, onde se realizou o preenchimento de um questionário, o RDC (critério para pesquisa de disfunções temporomandibulares CDP/DTM). Também foi efetuado a palpação dos músculos mastigatórios. Não se verificou a presença de patologia.

3.2.8. Ortodontia

A ortodontia é a área disciplinar responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações dentárias, tais como, alinhamento incorreto dos dentes e alterações esqueléticas. A presença deste tipo de alterações tem como consequência o aparecimento de má-oclusões, com repercussão nas funções fisiológicas do aparelho estomatognático.

Não se realizaram atos clínicos nesta área disciplinar.

3.2.9. Endodontia

A endodontia é a área de medicina dentária na qual se efetua a desvitalização que consiste em limpar o canal e preencher com um material biocompatível de forma a conseguir uma obturação hermética. No total foram efetuadas 31 consultas, dos quais a autora trabalhou como operadora 15 vezes e assistiu 16 vezes das consultas.

O binómio tratou 3 dentes multicanalares e 7 dentes monocanalares. Do total de dentes tratados apenas se verificou 2 biopulpectomias, sendo as restantes necropulpectomias.

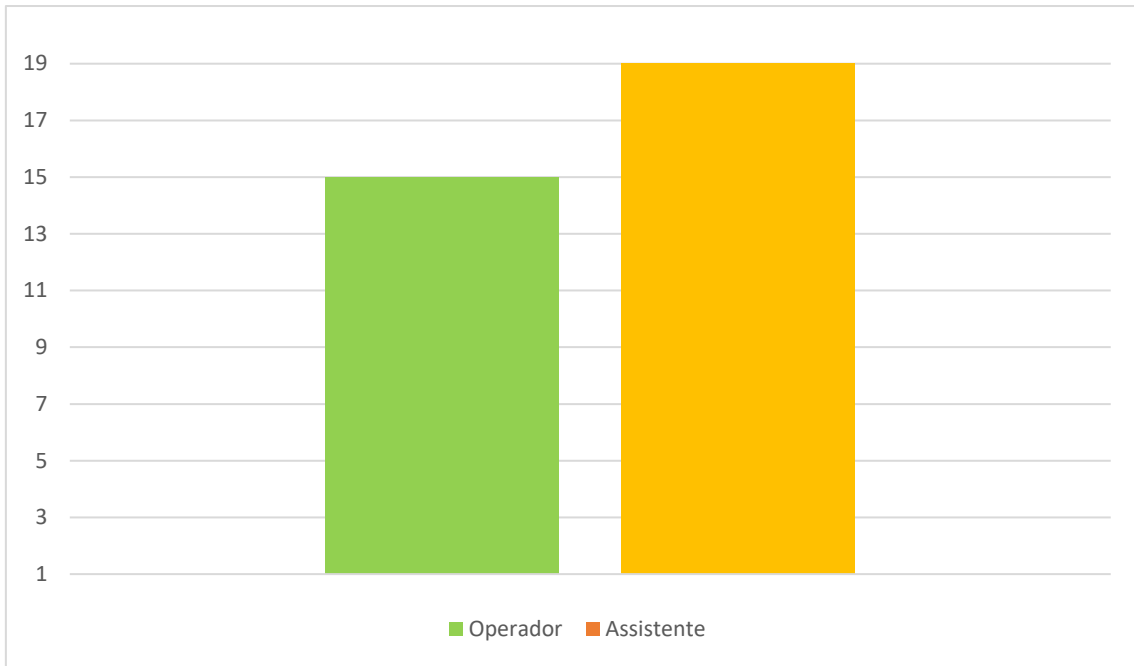


GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS ATOS REALIZADOS EM ENDODONTIA COMO OPERADOR E ASSISTENTE

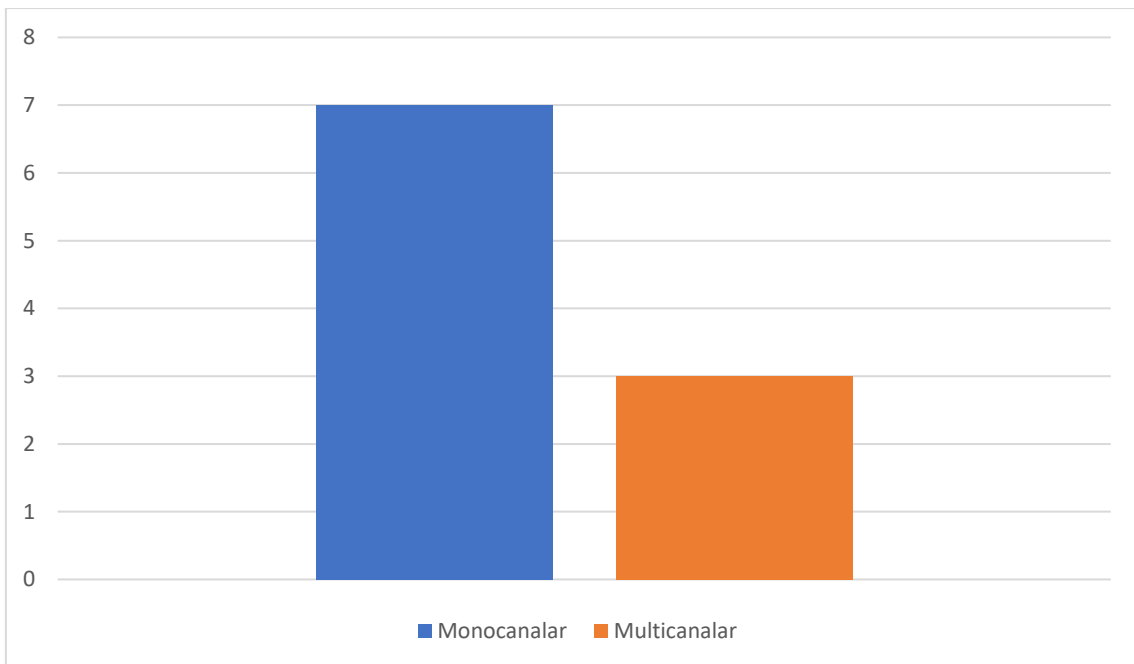


GRÁFICO 17 - NÚMERO DE CANAIS EM CADA DENTE TRATADO PELO BINÓMIO

3.2.10. Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área de medicina dentária responsável pela reabilitação com prótese dentária fixa, podendo ser uma coroa unitária para tratamento de um dente extensamente destruído ou alteração de cor, forma ou até posição; pontes para reabilitação de espaços edêntulos ou facetas que possibilitam alteração da cor ou forma dentária.

No total foram efetuadas 7 consultas, dos quais a autora trabalhou 6 vezes. Do total de consultas realizadas, 3 foram controlos; 2 foram primeiras consultas de avaliação e 1 foi realização de uma ponte provisória.

4. ATOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

4.1. Branqueamento Interno

4.1.1. Enquadramento teórico

Os dentes são compostos por diferentes tonalidades. Normalmente, o dente apresenta uma gradação de cor que vai desde uma tonalidade mais escura no terço gengival até uma tonalidade mais clara no terço incisal. A aparência do dente depende das propriedades de absorção e reflexão da luz e é influenciada por todas as estruturas que compõem o dente, incluindo o esmalte, polpa e principalmente a dentina. Qualquer alteração nessas estruturas durante a sua formação ou ao longo do desenvolvimento e pós-erupção pode causar uma alteração nas propriedades de transmissão de luz e, portanto, descoloração. A cor também varia conforme o dente. O canino tem normalmente um maior croma que o incisivo central e lateral. A idade é também um fator que influencia a cor dos dentes. Os jovens apresentam dentes mais brancos que os idosos [26].

O branqueamento dentário é efetuado para corrigir alterações de cor dentárias de forma a produzir um sorriso harmonioso. Existem vários factores que podem estar subjacentes ao aparecimento destas alterações. As alterações de cor podem ser de natureza extrínseca ou intrínseca [27].

As manchas extrínsecas resultam, normalmente, da acumulação de substâncias cromogénicas na superfície externa do dente. Podem ocorrer devido a má higiene oral, ingestão de alimentos cromatogénicos e consumo de tabaco. Estas manchas ocorrem devido à ação de reação entre os açúcares e aminoácidos ou devido à retenção de cromógenos na superfície do dente. Além disso, a retenção de cromóforos exógenos na película ocorre quando as proteínas salivares são seletivamente ligadas à superfície do esmalte através de pontes de cálcio. No início da formação da mancha, os cromógenos interagem com a película através de pontes de hidrogénio. A maioria das manchas dentárias extrínsecas podem ser removidas através de procedimentos profiláticos de rotina. Com o passar do tempo, estas manchas vão-se tornando persistentes, mas com boa resposta ao agentes de branqueamento. [3]

As manchas intrínsecas são normalmente causadas por manchas internas profundas ou defeitos no esmalte. Este tipo de manchas é causado por envelhecimento, ingestão de alimentos e bebidas cromatogénicas, consumo de tabaco, fissuras de esmalte,

medicação à base de tetraciclina, ingestão excessiva de flúor, porfiria, cáries dentárias, restaurações e diminuição da espessura do esmalte.[3]

O envelhecimento é a causa mais comum de discolorações dentárias. Com o passar do tempo, a dentina tende a escurecer e a formar dentina secundária que é mais escura e opaca que a dentina original e o esmalte vai perdendo espessura. A combinação destes factores contribui para o escurecimento do dente.[3]

O excesso de flúor na água pode causar alterações metabólicas nos ameloblastos, dando origem a defeitos na matriz e provocar alterações na calcificação do dente. [3]

As alterações da cor devido à ingestão de medicamentos podem ocorrer antes ou depois da formação completa do dente. A tetraciclina é incorporada na dentina durante a calcificação dentária, formando a tetraciclina ortofosfato, que causa descoloração.

As manchas internas podem estar também associadas a condições hereditárias como é o caso da amelogenese e dentinogenese imperfeita. Também podem ser causadas por cáries não tratadas que evoluíram ao ponto da criação de produtos de necrose pulpar (entre os produtos estão proteínas pigmentadas) ou trauma, provocando a rutura de vasos sanguíneos no dente responsáveis pela cor acinzentada no dente. [29]

A penetração de sangue nos túbulos dentinários e os metais que se libertam de materiais de restauração também podem ser responsáveis pela formação de manchas. [3]

Ao contrário das manchas extrínsecas, as manchas intrínsecas não podem ser removidas através de procedimentos profiláticos regulares. No entanto, as manchas podem ser reduzidas por agentes de branqueamento que penetrem no esmalte e na dentina promovendo a oxidação dos cromógenos. As manchas dentárias causadas por envelhecimento, doenças genéticas, consumo de tabaco e cafeína respondem com maior facilidade aos métodos de branqueamento. Também as manchas amareladas causadas pela idade respondem, na maioria das vezes, rapidamente aos procedimentos de branqueamento. Por outro lado, as manchas azul-acinzentadas causadas pela tetraciclina não respondem com tanta facilidade aos agentes de branqueamento. [3]

Entre as técnicas que podem ser usadas para melhorar a cor do dente podem-se destacar as pastas de branqueamento que podem ser aplicadas pelo paciente,

destartarização e polimento, branqueamento dentário, microabrasão do esmalte com agentes abrasivos. O branqueamento dentário, em particular, é uma técnica efetiva e conservadora para tratar dentes com alterações da cor. [22]

Algumas técnicas e abordagens disponíveis para o branqueamento dos dentes vitais variam no tipo de agentes de branqueamento, concentração, tempo de aplicação, modo de aplicação e ativação ou não pela luz. [22, 9]

Atualmente, os agentes de branqueamento utilizados são à base de peróxido de hidrogénio ou peróxido de carbamida. Os agentes de branqueamento proporcionam o branqueamento da estrutura dentária através da decomposição de peróxidos em radicais livres instáveis. Estes radicais decompõem-se posteriormente em moléculas pigmentadas de grandes dimensões através de reações de oxi-redução. Os processos de oxi-redução alteram a estrutura química das substâncias orgânicas do dente que resulta numa mudança de cor. [22, 9]

O baixo peso molecular do peróxido de hidrogénio promove não só o branqueamento dentário, mas também a libertação de mediadores inflamatórios na polpa que pode danificar as células da polpa. [22, 9]

A taxa de penetração do peróxido de hidrogénio difere entre o tipo de agentes de branqueamento, concentração, tempo de aplicação e presença ou ausência de restaurações dentárias. [22, 9]

A difusão do oxigénio através do esmalte e dentina pode afetar a polpa e resultar em sensibilidade dentária e provocar efeitos adversos dos componentes tóxicos. [22]

O branqueamento com 15% de peróxido de carbamida ou 38% de peróxido de hidrogénio (em consultório) resulta no aumento da inflamação da polpa que é caracterizado pela vasodilatação, difusão de macrófagos e aumento da resposta inflamatória. Contudo esta resposta parece ser mais intensa quando se faz o branqueamento no consultório. [22]

O branqueamento interno é uma técnica de branqueamento usada em dentes não vitais. A maioria dos pacientes que mais recorrem a este tipo de branqueamento são os que apresentam cáries não tratadas precocemente e que evoluíram ao ponto da criação de produtos de necrose pulpar (entre os produtos estão proteínas pigmentadas) ou trauma,

provocando a ruptura de vasos sanguíneos no dente responsáveis pela cor acinzentada no dente. A necrose pulpar também pode ser causada por tratamento ortodôntico e por impactação do dente [29].

Só poderão ser submetidos a este tratamento os dentes que apresentam uma boa obturação endodôntica e que tenham ausência de sintomatologia periapical, pois existe risco do agente branqueador penetrar nos canais radiculares, o que poderia causar dor periapical e reabsorções radiculares. [13]

Neste tipo de tratamento a taxa de recidiva é de 20-25% ao fim de três anos e a qualidade dos resultados não é fácil de prever. Os agentes branqueadores mais utilizados para elementos dentários não vitais, são o peróxido de hidrogênio a 35%, peróxido de carbamida a 37% e o perborato de sódio a 3%. As contraindicações do branqueamento interno são: dentes extensamente destruídos, hipoplasias ou fissuras do esmalte, restaurações metálicas coronárias, alterações da cor dentária de tom acinzentado e amarelo-acastanhado escuro.

São vários os métodos de branqueamento interno disponíveis em consultório. Dentre os métodos existentes, pode-se destacar a técnica mediata ou walking bleach, tanto na versão original como na modificada e a técnica imediata.[13, 7]

A técnica mediata consiste na aplicação de agentes de branqueamento na superfície interna (câmara pulpar) os quais são removidos na mesma sessão, seguindo-se a restauração provisória da abertura de acesso endodôntico. O paciente volta semanalmente para repetir o procedimento até se conseguir a cor pretendida. Os agentes que se podem utilizar nesta técnica são o perborato de sódio e água destilada, peróxido de carbamida a 37%, peróxido de hidrogênio a 35% conjugado com perborato de sódio ou gel de peróxido de hidrogênio a 35% (Opalescence Endo®). No término do tratamento, deve-se aplicar hidróxido de cálcio no fundo da câmara pulpar de forma prevenir a ocorrência de reabsorções radiculares [13].

A técnica modificada é indicada tanto para dentes vitais como não vitais. Esta técnica consiste num método combinado de branqueamento interno e externo [13]. Este método pode ser realizado de duas formas: recorrendo à técnica fechada do branqueamento interno, técnica mediata ou utilizando a técnica aberta. Nesta última técnica o dente é deixado com a abertura endodôntica sem restauração, apenas com algodão, sendo que este é posteriormente removido para a colocação duma moldeira de branqueamento permitindo que o agente entre na abertura endodôntica [13, 10]. A técnica

combinada é a técnica mais completa e segura uma vez que utiliza o peróxido de hidrogénio, a 35-38%, como agente de branqueamento que, segundo alguns estudos, é o agente menos nefasto. [13]

Na técnica imediata ou termocatalítica o branqueamento é efetuado em apenas uma sessão utilizando instrumentos aquecidos que geram calor. Os agentes de branqueamento utilizados são o peróxido de hidrogénio ou de carbamida a 35%. [7]

O calor tem como função catalizar os produtos de decomposição dos agentes branqueadores em radicais livres oxidantes instáveis e promover a difusão dos agentes de branqueamento por entre os túbulos dentinários. [7]

É da responsabilidade do médico dentista informar o paciente de certos procedimentos para aumentar a durabilidade do tratamento. Os cuidados específicos para as primeiras 24 horas após a sessão de branqueamento são:

- Realizar diariamente bochechos com produtos fluoretados ou bicarbonato de sódio pelo menos 3 vezes por dia;
- Evitar o consumo de alimentos ricos em corantes;
- Evitar alimentos ácidos, ingestão de bebidas do tipo: café, chás, refrigerantes a base de cola, vinho tinto;
- Evitar fumar;
- As mulheres devem evitar usar batom durante o período de tratamento. [11]

4.1.2. Descrição do caso clínico

Identificação do paciente

Nome: S.H.A.S

Sexo: feminino

História Clínica/Anamnese

- Motivo da consulta: Paciente insatisfeita com a cor do dente 11.
- História médica atual: Não visita o médico de família regularmente. As últimas análises sanguíneas não apresentaram valores anormais. Paciente saudável, sem doenças sistêmicas nem alergias. A paciente relata que nunca teve problemas com extrações dentárias. Ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos.
- História dentária: A paciente já efetuou tratamento endodôntico, restaurações dentárias e exodontias. Relativamente à frequência de escovagem, a paciente indica que apenas realiza o procedimento 1x/dia, sem a utilização do fio dentário.

Exame clínico

- Observação extra-oral: Face simétrica, sem cicatrizes ou lesões aparentes.
- Observação intra-oral: Ausência de alterações morfológicas na língua, gengiva, palato duro, palato mole, vestibulos, freios, pavimento da boca, regiões jugais esquerda e direita. Apenas se verificou uma ligeira desidratação dos lábios. Higiene oral razoável.

Exames complementares de diagnóstico

Ortopantomografia:



FIGURA 1 – ORTOPANTOMOGRAFIA



FIGURA 2 – RX PERIAPICAL DO DENTE 11 COM ENDODONTIA SATISFATÓRIA DE 11 ANOS

Registo fotográfico



FIGURA 3 – FOTOGRAFIA INICIAL

Diagnóstico

Dente 11 com coloração amarelada devido ao tratamento endodôntico realizado na adolescência após ter sofrido um traumatismo no respetivo dente.

Prognóstico

Bom prognóstico, no caso de haver a manutenção de uma boa higiene oral e dos cuidados acima descritos.

4.1.3. Plano de tratamento

Dentisteria Operatória

Branqueamento dentário interno do dente 11, com posterior restauração definitiva a compósito.

Necessidade de tratamento restaurador nos dentes assinalados no odontograma.

Prótese Removível

Necessidade de tratamento em prótese removível para reabilitar os espaços edêntulos

4.1.4. Procedimento cirúrgico

Material utilizado

- ✓ Kit de exploração (espelho, sonda periodontal, pinça universitária, sonda exploradora, escavador de dentina)
- ✓ Kit básico de dentisteria (espátula de condensação lateral, condensador, brunidor)
- ✓ Aspiradores (saliva e cirúrgico)
- ✓ Broqueiro com brocas de arkansas de turbina
- ✓ Turbina
- ✓ Contra-ângulo
- ✓ Rolos de algodão (isolamento relativo)
- ✓ Kit branqueamento dentário interno (seringa, soro fisiológico, perborato de hidrogénio, placa de vidro e espátula recta)

Isolamento:

Relativo, utilizando rolos de algodão por vestibular e aspiração.

Protocolo:

1. Abertura da cavidade de acesso.
2. Remoção da guta-percha em excesso até 1-2 mm abaixo do nível da linha amelocimentária.
3. Forramento da cavidade com ionómero de vidro.
4. Dissolução do perborato de hidrogénio em soro fisiológico.
5. Transporte do agente branqueador com uma espátula de ação lateral e ligeiramente condensado com um condensador.
6. A cavidade não deve extravasar de agente branqueador.
7. Colocação de uma pequena bola de algodão estéril.
8. Selamento da cavidade com inómero de vidro.
9. O agente branqueador deve ser trocado após 1 semana e repetido o número de vezes necessário até se obter a cor correta.

Manutenção do forramento da cavidade com óxido de zinco para posterior restauração definitiva a compósito. A técnica de branqueamento foi realizada em 4 sessões.

Restauração definitiva:

Efetuuou-se a restauração definitiva do dente com compósito Synergy A2. Efetuou-se o condicionamento ácido durante 15 segundos sobre o inómero de vidro e superfície dentária, seguido de lavagem com água durante 1 minuto e secagem com ar. Aplicou-se o compósito (duas aplicações com polimerização 20 segundos cada) através da técnica estratificada, por incrementos oblíquos não superiores a 2mm. Esta técnica foi realizada com o auxílio de um brunidor de forma conseguir a melhor adaptação possível (Polimerização durante 20 segundos das camadas intermédias e durante 40 segundos da camada final). Acabamento e polimento.

Recomendações:

Recomendou-se a manutenção de uma boa higiene oral e a marcação de consultas de controlo. Informou-se o paciente acerca dos cuidados específicos para as primeiras 24 horas após a sessão de branqueamento:

- Realizar diariamente bochechos com produtos fluoretados ou bicarbonato de sódio pelo menos 3 vezes por dia;
- Evitar o consumo de alimentos ricos em corantes;
- Evitar alimentos ácidos, ingestão de bebidas do tipo: café, chás, refrigerantes a base de cola, vinho tinto;
- Evitar fumar;
- Não usar batom durante o período de tratamento.

4.1.5. Resultado Final

Obteve-se um bom resultado na alteração da cor do dente e a satisfação da paciente.



FIGURA 4 - FOTO INICIAL ANTES DO BRANQUEAMENTO DENTÁRIO INTERNO



FIGURA 5 - FOTO APÓS 4 SESSÕES DE BRANQUEAMENTO DENTÁRIO INTERNO

4.1.6. Discussão

Foi efetuado um branqueamento interno no dente 11 porque se trata de um dente escurecido, sujeito a um tratamento endodôntico no passado, tendo por isso, perdido a sua vitalidade. Neste caso optou-se pela técnica de mediata em que se recorre a curativos de demora que necessitam de ser substituídos em intervalos de 7 dias e cujo procedimento pode ir de duas a quatro sessões [22]. Nesta técnica foi feito um acesso amplo, o suficiente para que a câmara pulpar fosse visível e que pudesse ser bem limpa, removeu-se o excesso do material obturador até que este estivesse na zona da junção amelo-cimentária ou 2-3 mm subgingival e foi colocada uma base impermeável em cima do material obturador (ionómero de vidro). A cavidade foi bem limpa para se poder aplicar o agente branqueador e inserido um material provisório para fechar o acesso [29].

O motivo pelo qual se optou pela técnica mediata foi por ser um método bem reconhecido pela comunidade científica e tem uma elevada taxa de sucesso. Ainda apresenta outros benefícios como sendo um método simples, conservador e *cost-effective* [19].

Como agente de branqueamento foi o utilizado o perbonáto de sódio pois é um agente mais económico, apesar de ter um efeito carcinógeno.

Neste tipo de tratamento a taxa de recidiva é de 20-25% ao fim de três anos e a qualidade dos resultados não é fácil de prever [13]. No entanto, é possível constatar que o resultado obtido foi bastante satisfatório e esperamos que não haja recidiva.

4.2. Tratamento de recessão gengival

4.2.1. Enquadramento teórico

A recessão gengival origina-se quando a gengiva marginal migra no sentido apical causando exposição oral da superfície radicular do dente e conseqüentemente da junção amelo-cementária (JAC). Quando as recessões são causadas por periodontite, para além da exposição da JAC existe comprometimento das estruturas de suporte periodontal [28, 15]. A recessão gengival pode-se manifestar de forma localizada ou, por outro lado, afetar vários dentes. Esta pode-se localizar nos espaços interproximais, onde existe maior tendência de acumulação de placa bacteriana ou nas faces vestibulares dos dentes [12].

A etiologia da recessão gengival é multifatorial, podendo estar envolvidos fatores anatómicos, patológicos e fisiológicos. Os fatores anatómicos são fatores predisponentes, dentro deles, podem-se destacar o biótipo gengival, a morfologia óssea, freios de inserção alta, má posição dentária e vestíbulo curto. Por outro lado, os fatores patológicos e fisiológicos são considerados fatores desencadeantes. Estes englobam o traumatismo de escovagem (associado a técnicas incorretas de higiene oral e escovas duras), acumulação de placa bacteriana, tratamento endodôntico, restaurações má adaptadas, hábitos tabágicos (fatores fisiológicos) e ainda a periodontite (fator patológico) [14,18].

A exposição da superfície radicular pode causar hipersensibilidade dentinária, cáries radiculares e impacto estético negativo.[18]

Classificação das recessões gengivais

A primeira classificação foi proposta por Sullivan & Atkins em 1968 [18]. Este autor classificava as recessões gengivais em quatro categorias, em função da altura e da largura: profundas e largas; rasas e largas; profundas e estreitas; rasas e estreitas.

Mais tarde, em 1983, Benqué propôs uma nova classificação baseada no prognóstico de recobrimento radicular, que consistia em fazer corresponder uma letra do alfabeto ao tipo de prognóstico do recobrimento radicular, dando origem a 3 categorias:

recessão em U (mau prognóstico), recessão em V, curtas ou longas (prognóstico favorável) e recessão em I (bom prognóstico) [18].

A classificação mais usada é a de Miller (1985). Segundo esta classificação existem quatro classes baseadas na previsibilidade do recobrimento radicular que seria possível obter [18]:

- Classe I: Recessão gengival que não atinge a linha mucogengival.
- Classe II: Recessão gengival que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, mas não há perda de tecido interdentário;
- Classe III: Recessão gengival que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda de osso interproximal e o tecido gengival proximal está localizado apicalmente à junção amelocementária, mas permanece coronal à base da recessão.
- Classe IV: recessão gengival que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda de osso interproximal e os tecidos gengivais proximais estão situados ao nível da base da recessão. Afeta mais de uma face do dente.

Nesta classificação, nas classes I e II é possível prever um recobrimento radicular total. Na classe III apenas é possível prever um recobrimento parcial. Na classe IV não se consegue prever nenhum recobrimento. [20]

Tratamento de recessões gengivais

Antes de qualquer tratamento é importante que os fatores etiológicos da recessão gengival sejam eliminados para que não haja recidiva após o tratamento [8].

Nos casos em que a recessão é causada por trauma de escovagem deve-se optar por uma abordagem conservadora, alterando o método de escovagem. Esta deve ser efetuada com escovas macias e movimentos no sentido vertical (método de Stillman modificado) [8].

Quando o objetivo é de corrigir os fatores predisponentes e melhorar a estética, a cirurgia periodontal é a solução. No entanto, esta só deve ser realizada após um correto controlo da placa bacteriana pelo paciente [8].

Este tipo de tratamentos pode ser feito em várias cirurgias, ou numa única cirurgia. Sempre que possível, opta-se por uma única cirurgia, para minimizar o desconforto do paciente. Vão-se desenvolvendo materiais e técnicas novas, visando melhores resultados a longo prazo.[8]

Indicações da técnica de tunelização

As indicações para a técnica de tunelização são: [8]

- Recessão gengival classe I e II de Miller;
- Presença de recessões múltiplas e largas nos dentes maxilares;
- Aumento das recessões nas áreas que comprometem a estética;
- Sensibilidade nas áreas de exposição radicular.

4.2.2. Caso clínico

Paciente do sexo feminino, saudável. Recorreu à consulta por motivos estéticos, devido a uma recessão no dente 31, com classe III de Miller. O tratamento indicado para este caso, é uma cirurgia periodontal de recobrimento. Optou-se por uma tunelização convencional com um enxerto livre de tecido conjuntivo retirado do palato. O tecido conjuntivo é considerado o tecido mais indicado para o tratamento das recessões gengivais. [1]

Material necessário:

- Mesa Cirúrgica
- 2 Campos cirúrgicos grandes
- Luvas esterilizadas
- Batas descartáveis
- Kit de Cirurgia Periodontal

- Afastador (Minnesota ou Farabeuf)
- Cabo de Mini bisturi
- Descolador “Buser”
- Descolador “Prichard”
- Pinça de tecidos “Adson”
- Porta-agulhas “CastroViejo”
- Tesoura CastroViejo
- Anestesia (articaína 1/100000)
- Anestesia (articaína 1/200000)
- Seringa para anestesia
- Sonda periodontal
- Espelho
- Brocas “Perioset de “contra-Angulo”
- Punho e pontas de destartarização
- Cabo de bisturi (azul)
- Lâmina 15C
- Microlâmina 69
- Dois fios de sutura (nylon60)
- Um fio de sutura (vicryl50)
- Dois fios de seda (40)
- Compressas esterilizadas
- Duas esponjas hemostáticas
- Rim de inox
- Taça de inox com soro fisiológico
- Uma seringa plástica grande para irrigação com soro fisiológico
- Godé esterilizado

- Um comprimido de tetraciclina (vibramicina)
- Material para restauração a compósito
- Ácido
- Adesivo
- Compósito fluido
- Espátula e brocas de acabamento de compósito
- Máquina fotográfica

Técnica cirúrgica

A técnica de tunelização tem a vantagem de evitar a dissecação da papila, o que faz com que haja um menor impacto no suprimento vascular e menor risco de sequelas cicatriciais [24]. Na cirurgia realizada efetuou-se os seguintes procedimentos:

- Realizou-se o desbridamento do freio, uma vez que este poderia ser um dos agentes causadores da recessão;
- Recolheu-se o enxerto de tecido conjuntivo do palato, na região posterior do palato;
- Preparou-se o enxerto despitelizando-o para o colocar no local da recessão;
- Estabilizou-se o enxerto;
- Fez-se o reposicionamento das papilas com uma sutura ancorada nas faces vestibulares dos dentes incisivos centrais e laterais mandibulares, com compósito fluído;
- Colocou-se PeriAcryl no enxerto e na zona do palato onde foi feita a recolha do enxerto e no local do enxerto para auxiliar na cicatrização;
- No final conseguiu-se um aumento de gengiva aderida, de cerca de 80%.



FIGURA 6 – VISTA FRONTAL INICIAL DA RECESSÃO DO DENTE 31

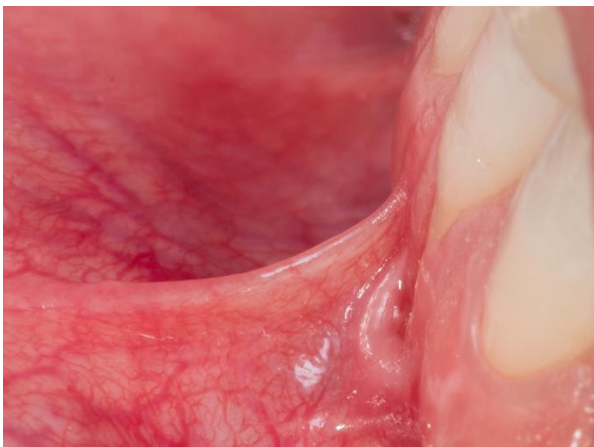


FIGURA 7 – VISTA LATERAL DA RECESSÃO E DO FREIO



FIGURA 8 – VISTA LATERAL DA RECESSÃO DO DENTE 31



FIGURA 9 – VISTA LATERAL DA RECESSÃO E DO FREIO



FIGURA 10 – FOLLOW-UP 8 DIAS



FIGURA 11 – FOLLOW- UP 3 MESES

4.2.3. Discussão e conclusão

O tratamento de recessões gengivais através da técnica de tunelização, normalmente, tem como resultados o aumento significativo da quantidade de gengiva aderida. Neste caso, numa classe III de Miller a técnica de tunelização não seria suficiente para recobrir a recessão gengival. Por esse motivo foi necessário realizar um excerto livre de tecido conjuntivo. Mesmo recorrendo a um enxerto de tecido conjuntivo, numa classe III de Miller, era expectável que não se conseguisse um recobrimento total da lesão, tal como se verificou posteriormente. Porém foi conseguido uma melhoria significativa. Optou-se pela técnica de tunelização uma vez que permite a preservação das papilas, sendo por isso, uma técnica que garante uma melhor estética. Para além da técnica de tunelização existe a técnica de reposicionamento coronal do tecido e a técnica semi-lunar. Não se optou por nenhuma destas duas técnicas por serem procedimentos que não preservam as papilas e por isso com um resultado final menos estético.

4.3. Necropulpectomia

4.3.1. Descrição do caso clínico

A polpa dentária pode estar sujeita a agressões físicas, químicas ou bacterianas. Perante estes estímulos ocorre a produção de uma resposta inflamatória que dependendo da intensidade e duração do irritante, a resposta pode variar desde uma resposta pulpar inflamatória reversível a uma situação irreversível, que conduz à necrose do tecido, se não for eliminada. [6]

A causa mais comum de alterações inflamatórias da polpa é a cárie dentária. O processo inflamatório pulpar inicia-se quase sempre pela apoptose de alguns odontoblastos (morte celular). Como consequência, libertam-se substâncias como a histamina que provocam alterações circulatórias. Dependendo da extensão da lesão, esta pode causar sintomatologia ligeira como dor às mudanças térmicas, que tendem a passar ao retirar o estímulo (caso de pulpites reversível). Com a remoção da cárie, o dente pode preservar a vitalidade pulpar. Se a cárie não for tratada, pode avançar até um ponto em que a polpa dentária já não possui a capacidade de se proteger perante a agressão e passa para a fase inflamatória irreversível, em que a dor não cessa mesmo após a remoção dos estímulos. Nesta fase pode haver produção local de anticorpos que são produzidos pelos linfócitos B. Os linfócitos T fazem o reconhecimento dos antígenos e numa segunda estimulação libertam proteínas que agridem e destroem as células originando necrose, responsável, também pelo escurecimento do dente. Nesta fase são atraídos novos neutrófilos para remover os restos necróticos. Na pulpite irreversível as dores podem ser espontâneas ou, por outro lado, provocadas pelo calor. O frio costuma aliviar os sintomas. Todas as dores, nesta fase, têm um desaparecimento lento, podendo o período doloroso demorar horas ou até vários dias. As dores podem ser contínuas ou intermitentes, intercalando com períodos de acalmia. Numa fase inicial, o doente pode ter dificuldade em identificar o dente lesado. Nas fases mais avançadas da irreversibilidade pulpar, o doente já tem facilidade em identificar o dente e também é comum o aparecimento de dores irradiadas que podem ser homolaterais ou para dentes do mesmo quadrante ou quadrante oposto. [21, 23]

A necrose pulpar ocorre como consequência de uma paragem de todo o metabolismo da polpa. A necrose pode ser de dois tipos:

- Necrose por coagulação, na qual a polpa está transformada numa substância sólida caseificada
- Necrose por liquefação na qual a polpa fica num estado líquido ou quase devido à ação de enzimas proteolíticas.

Se a polpa necrosada é invadida por microorganismos, geralmente anaeróbios, que provocam a decomposição da matéria orgânica com produção de gases (anidrido sulfoso), diz-se que a necrose é do tipo grangenoso e chama-se grangena pulpar.[4]

4.3.2. Descrição do caso clínico

Identificação do paciente

Nome: J.J.O.S

Sexo: Masculino

Idade: 55 anos

História Clínica/Anamnese

Motivo da consulta: Paciente com necrose pulpar do dente 2.1.

História médica atual

Não visita o médico de família regularmente. As últimas análises sanguíneas não apresentaram valores anormais. Paciente com diabetes tipo II medicado. O paciente relata que nunca teve problemas com extrações dentárias ou outros tratamentos dentários. Ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos.

História dentária: O paciente já efetuou tratamento endodôntico, restaurações dentárias e exodontias. Relativamente à frequência de escovagem, a paciente indica que apenas realiza o procedimento 1x/dia, sem utilização de fio dentário.

Exame clínico

Observação extra-oral:

Face simétrica, sem cicatrizes ou lesões aparentes.

Observação intra-oral:

Ausência de alterações morfológicas na língua, gengiva, palato duro, palato mole, vestibulos, freios, pavimento da boca, regiões jugais esquerda e direita. Apenas se verificou uma ligeira desidratação dos lábios. Higiene oral insatisfatória.

Diagnóstico

Dente 21 com necrose pulpar devido a cárie não tratada que apresenta uma coloração escurecida. O diagnóstico foi realizado através dos testes térmicos (frio e quente) e através do raio x periapical.

4.3.3. Plano de tratamento

Endodontia – Tratamento endodôntico do dente 21.

Dentisteria Operatória – Restauração definitiva do dente 21.

Prótese Removível - Necessidade de tratamento em prótese removível para reabilitar os espaços edêntulos.

Fotografia inicial



FIGURA 12 – FOTOGRAFIA INICIAL FRONTAL

Exames complementares de diagnóstico

Ortopantomografia:



FIGURA 13 - ORTOPANTOMOGRAFIA

4.3.4. Procedimento cirúrgico

Dente	ODMr	DDF	ODM	LAM	ODMt	UI	Referência
2.1	19	15	22	25	21	50	Bordo incisal

Descrição Operatória

1ª Sessão:

1. Rx pré-operatório;
2. Execução da cavidade de acesso;
3. Anestesia nas papilas interdentárias;
4. Colocação do isolamento absoluto;
5. Cateterismo
6. Odontometria
7. Pulpectomia
8. Preparação biomecânica do canal
9. Selamento do dente com uma bola de algodão estéril com R4.
10. Restauração provisória com hidróxido de cálcio

2ª Sessão

1. Anestesia nas papilas interdentárias;
2. Colocação do isolamento absoluto;
3. Remoção da restauração provisória e da bola de algodão;
4. Instrumentação do canal até á lima 50;
5. Conometria;
6. Obturação do dente;
7. Rx final;
8. Restauração provisória com IRM.

4.3.5. Ficha imagiológica



FIGURA 14 - RX PRÉ-OPERATORIO RX-1

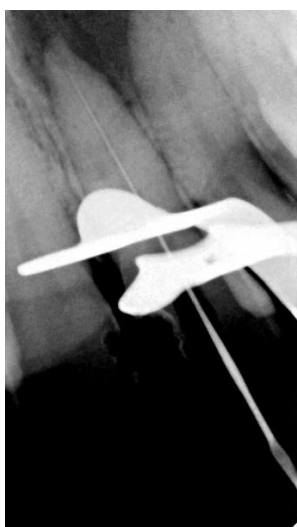


Figura 15 - Rx- Per-operatório ODMr RX-2



Figura 16 - RX- Odontometria de trabalho



Figura 17 - Conometria



Figura 18 - Rx Pós- operatório

4.3.6. Resultado final



FIGURA 19 – FOTOGRAFIA INICIAL



FIGURA 20 – FOTOGRAFIA FINAL

4.3.7. Discussão

Após a realização do tratamento endodôntico verificou-se que o dente ficou visivelmente mais claro devido à remoção dos restos necróticos pulpare que conferiam ao dente uma tonalidade escurecida. O paciente ficou satisfeito com o resultado do tratamento. Para se conseguir um melhor resultado em termos de cor poder-se-ia realizar um branqueamento interno dentário.

5. CONCLUSÃO

Este relatório de atividades clínicas, permitiu consolidar os conhecimentos que foram transmitidos pelos meus professores da Universidade Católica Portuguesa, ao longo do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

A atividade clínica praticada durante o curso é fundamental para desenvolver aptidões necessárias à correta abordagem do paciente e da sua história clínica, nomeadamente a anamnese, o exame intra e extra-oral, a elaboração de diagnósticos, a realização de exames complementares de diagnóstico e a elaboração de um plano de tratamento adequado à necessidade do paciente. Toda esta aprendizagem foi essencial para a minha futura prática da Medicina Dentária.

A prática desta profissão exige não só competências técnicas, como também morais e éticas. Neste sentido procurarei exercer a profissão com profissionalismo, responsabilidade, humildade, proatividade e honestidade, características essenciais a um bom profissional da saúde.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre-Zorzano L, Fuente A, Estefanía R, Marichalar-Mendía X. Complications of harvesting a connective tissue graft from the palate. A retrospective study and description of a new technique. *Journal of clinic and experimental dentistry*. 2017 Dec; 9(12): 1439-1445.
2. Almeida R, Pinho M, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. *Revista Portuguesa Clinica Geral*. 2016. 22:379-90.
3. Alqahtani, M. Tooth bleaching procedures and their controversial effects: A literature review. *Saudi Dental journal*. 2014;26(2):33-46.
4. Andreasen FM, Pedersen BV. Prognosis of luxated permanent teeth – the development of pulp necrosis. *Endod Dent Traumatol*. 1985; 1: 207– 220.
5. Baratieri, L. *Clareamento Dental*. 2 ed. São Paulo: Quintessence; 1995.
6. Bergenholtz G, Nyman S. Endodontic complications following periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. *J Periodontol*. 1984; 55: 63– 68.
7. Bispo, I., Mondelli, J. Clareamento de dentes desvitalizados no consultório odontológico: uma revisão sobre os aspectos relacionados. *Revista brasileira de Odontologia*. 2005; 62 (1/2): 61-63.
8. Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. 2 ed. São Paulo: Artmed; 2011.
9. Carey C. Tooth Whitening: What we now Know. *Journal of evidence-based dental practice*. 2015 [cited 2014 Feb 13]; 14: 70-76: Disponível em: URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>.
10. Carrillo, A., Trevino, M. V. A., & Haywood, V. B. Simultaneous bleaching of Vita® teeth and an open-chamber nonVita® tooth with 10% carbamide peroxide. *Quintessence International*. 1998 [citado em 1998 Oct]; 29 (10): 643-648. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
11. Catão, C. et al. Técnicas e cuidados para o sucesso do clareamento endógeno: relato de caso clínico. *Ver. Odont. Clinica e Científica*. 2007; 6 (4): 339-343.
12. Cortellini P, Pini Prato G. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. 2000 [cited 2012 Jun]; 59(1):158-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

13. Dahl, J. E., & Pallesen, U. Tooth bleaching—a critical review of .the biological aspects. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 2003; 14(4) 292-304.
14. Dani S, Dhage A, Gundannavar G. The pouch and tunnel technique for management of multiple gingival recession defects. *Journal Indian Soc Periodontology*. 2014; 18(6):776-780. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
15. Deepa D, Kumar K. Clinical evaluation of class II and class III gingival recession defects of maxillary posterior teeth treated with pedicled buccal fat pad: A pilot study. *Dental research journal*. 2018. 15(1): 11-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
16. Pitts, N. Detection, Assessment, Diagnosis and Monitoring of Caries. *Monogr Oral Sci*. 2009. 1: 102-112.
17. FDI World Dental Federation. The challenge of Oral Disease: A Call For Global Action. Brighton: Myriad; 2015. Disponível em: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_o_h_atlas.pdf
18. Guttiganur N, aspalli S, Sanikop M, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification Systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. 2018; 29 (2):233-237.
19. Hosoya, N. The walking bleach procedure: in vitro study to measure microleakage of five temporary sealing agentes. *Journal Endodontics*. 2000. 26 (12): 716-8.
20. Hwang D, Wang HL. Flap Thickness as a predictor of root coverage: A Systematic review. *Journal of Periodontology*. 2006; 77(10): 1625-34.
21. Kleter GA, Damen JJ, Buijs MJ, Ten Cate JM. Modifications of amino acid residues in carious matrix. *J Dent Res*. 1998; (77) 488– 495.
22. Leal A, Paula A, Ramalho A, Esteves M, Ferreira MM, Carrilho E. Roughness and microhardness of composites after different bleaching techniques. 2015; 13(4): 381-8.
23. Love RM. Bacterial penetration of the root canal of intact incisor teeth after a simulated traumatic injury. *Endod Dent Traumatol*. 1996; 12: 289–293.
24. Matos S, Carmo É, Fernandes A, Rolo T. Aplicação da técnica de tunelização modificada no recobrimento radicular combinado com reabilitação protética fixa. *ReasearchGate*. 2014; 12-18.

25. Pereira, C., Veiga, N., Amaral, O., Pereira, J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2011. 31 (2): 145-152. [citado em 2013]. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000278>
26. Sulieman M. An overview of tooth-bleaching techniques: Chemistry, Safety and efficacy. *Periodontology*. 2008 [citado em 2000]; 48 (1):148-169 Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0757.2008.00258>.
27. Vaz MM, Lopes LG, Cardoso PC, Souza JB, Batista AC, Costa NL, Torres ÉM, Estrela C. Inflammatory response of human dental pulp to at home and in-office tooth bleaching. 2016; 24 (5):509-517. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
28. Wennstrom JL. Mucogingival therapy. In: Proceedings of the World workshop on Periodontics *Annals of Periodontology*. 1996; 1(1):671-701. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
29. Zimmerli, B., Jeger, F., & Lussi, A. Bleaching of nonVital teeth. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2010; 120(4): 306-313. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20514558>.