



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Gonçalo Nuno Oliveira Almeida e Sousa Lopes

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Gonçalo Nuno Oliveira Almeida e Sousa Lopes

Orientadora:

Prof^ª. Doutora Patrícia Fonseca

Viseu, 2018

“Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância”

John F. Kennedy

Agradecimentos

À Prof. Doutora Patrícia Fonseca, orientadora da presente dissertação, por todo o conhecimento e disponibilidade, tornando possível esta caminhada.

Aos meus pais, por tornarem tudo possível nestes últimos 5 anos. Todos os esforços, todas as palavras sábias, por acreditarem sempre em mim, sem eles era impossível, muito obrigado.

À minha irmã, por serem um exemplo de esforço e superação a seguir e um grande pilar.

À minha avó, por todo o apoio dado durante estes anos.

À minha tia avó e à minha prima por sempre me ajudarem e me apoiarem incondicionalmente.

À Fifi, por ter sido um pilar essencial, por me aturar e ajudar sempre sem hesitar.

Às amigadas que Viseu me deu, um obrigado do fundo do coração. Levo-vos comigo para a vida!

Resumo

O presente Relatório de Atividade Clínica é executado para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária e tem como principal objetivo a apresentação detalhada de todo o trabalho clínico desenvolvido durante o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, no ano letivo de 2017/2018.

Esta dissertação é manifestamente diferente das demais, isto porque o aluno, escolheu integrar o programa ERASMUS da universidade e como tal, teve a oportunidade de trabalhar em dois países diferentes, Portugal, no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa em Viseu e na Holanda, na *Radboud University Medical Center* em Nijmegen.

Dada esta oportunidade, o presente RAC, visa não só, a apresentação, descrição e discussão dos dados estatísticos do trabalho efetuado nas diferentes áreas disciplinares, assim como em ambos os países.

Esta dissertação baseia-se num estudo comparativo dos dados recolhidos em ambos os países, como também do programa do curso e do conteúdo das áreas disciplinares.

O objetivo é, numa primeira parte, perceber o tipo de incidência das áreas disciplinares, isto é, qual a mais significativa, qual a menos, qual o tipo de trabalho realizado em cada área.

E, uma segunda parte irá visar a recolha de dados de casos considerados como diferenciados efetuados na Clínica Universitária da ICS-UCP, Viseu.

Palavras-chave: Medicina Dentária; Mestrado Integrado; Atividade Clínica; Medicina Dentária em Portugal e Medicina Dentária na Holanda

Abstract

The present Clinical Activity Report executed to obtain a Master's Degree in Dental Medicine and its main objective is to present a detailed presentation of all the clinical work developed during the 5th year of the Integrated Master's Degree Medicine in the 2017/2018 academic year.

This dissertation is clearly different from the others, because the student chose to integrate the university's ERASMUS program and as such, will have the opportunity to work in two different countries, Portugal, at the Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa in Viseu and in the Netherlands at Radboud University Medical Center in Nijmegen.

Given this opportunity, this Clinical Activity Report aims not only to present, describe and discuss the statistical data of the work carried out in the different disciplinary areas, but also to make a final report after the return in June of the Netherlands.

This dissertation is based on a comparative study of the data collected in both countries, as well as the course program and content of the subject areas.

The objective is, in the first part, to understand the type of incidence of the disciplinary areas, that is, what is the most significant, what is less, what type of work is done in each area.

And, a second part will aim at collecting data from cases considered as differentiated carried out at the University Clinic of ICS-UCP, Viseu.

Keywords: Dentistry; Clinical Activity; Dentistry Portugal; Dentistry Netherland

Índice

1. Introdução	3
1.1. Medicina Dentária no geral.....	3
1.2. A Medicina Dentária em Portugal	4
1.3. A Medicina Dentária na Holanda.....	5
1.4. A Medicina Dentária em Portugal e na Holanda	7
1.5. Ensino da Medicina Dentária em Portugal e na Holanda.....	7
1.6. A diversidade em ambas as populações – tudo uma questão de mentalidade?	8
2. Análise da Atividade Clínica	13
2.1. Caracterização Geral da Amostra no ICS/UCP Viseu.....	13
2.1.1. Análise Qualitativa da atividade Clínica	14
2.1.2. Caracterização da amostra por área disciplinar	15
2.1.2.1. Cirurgia Oral.....	15
2.1.2.2. Dentisteria Operatória	16
2.1.2.3. Endodontia	17
2.1.2.4. Medicina oral.....	18
2.1.2.5. Odontopediatria	19
2.1.2.6. Oclusão	20
2.1.2.7. Ortodontia	21
2.1.2.8. Periodontologia	22
2.1.2.9. Prostodontia Fixa	23
2.1.2.10. Prostodontia Removível.....	24
2.2. Caraterização Geral da Amostra na <i>Radboud University</i>.....	25
2.2.1. Análise Qualitativa da Atividade Clínica.....	26
2.2.2. Discussão da Atividade Clínica.....	29

3. Casos Clínicos Diferenciados	33
3.1. Caso Clínico – Recobrimento de Recessão Gengival Com Enxerto De Tecido Conjuntivo	33
3.1.1. Introdução	33
3.1.2. Caso Clínico	36
3.1.3. Diagnóstico	38
3.1.4. Opções de tratamento	38
3.1.5. Plano de Tratamento	39
3.1.6. Discussão	43
3.1.7. Conclusão	44
3.2. Caso Clínico – Reabilitação com ORPD (<i>Overlay</i> com Prótese Parcial Removível) e <i>attachments</i> supra radiculares de bola nos dentes caninos	45
3.2.1. Introdução	45
3.2.2. Caso Clínico	47
3.2.3. Diagnóstico	49
3.2.4. Diversos métodos de tratamento	49
3.2.5. Plano de Tratamento	51
3.2.6. Discussão	64
3.2.7. Conclusão	65
3.3. Caso Clínico – Ponte metalocerâmica antero-superior de 6 elementos	66
3.3.1. Introdução	66
3.3.2. Caso Clínico	68
3.3.3. Diagnóstico	70
3.3.4. Opções de tratamento	70
3.3.5. Plano de tratamento	71
3.3.5. Discussão	79

3.3.6. Conclusão	80
Bibliografia.....	83
Anexo	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição das idades dos pacientes da amostra.....	13
Gráfico 2 - Distribuição dos atos realizados em cada uma das áreas disciplinares	14
Gráfico 3 - Procedimentos realizados em Cirurgia Oral	15
Gráfico 4 - Procedimentos realizados em Dentisteria Operatória.....	16
Gráfico 5 - Procedimentos realizados em Endodontia	17
Gráfico 6 - Procedimentos realizados em Medicina Oral.....	18
Gráfico 7 - Procedimentos realizados em Odontopediatria.....	19
Gráfico 8 - Procedimentos realizados em Oclusão	20
Gráfico 9 - Procedimentos realizados em Periodontologia	22
Gráfico 10 - Procedimentos realizados em Prostodontia Fixa	23
Gráfico 11 - Procedimentos realizados em Prostodontia Removível	24
Gráfico 12 - Distribuição por género dos pacientes da amostra	25
Gráfico 13 - Distribuição dos pacientes pela a classificação ASA	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação DPSI.....	28
Tabela 2 - Classificação de Miller, 1985	35

Índice de Imagens

Figura 1 - Estado inicial da recessão gengival do dente 41	36
Figura 2 - Situação inicial após a fase higiênica	37
Figura 3 - Radiografia inicial	37
Figura 4 - Situação final após a sutura com compósito flow	41
Figura 5 - Situação pós-operatória 2 semanas após a cirurgia.....	41
Figura 6 – Follow up 3 meses após a cirurgia	41
Figura 7 - Follow up 6 meses após a cirurgia.....	42
Figura 8 - Fotografia inicial em sorriso	46
Figura 9 - Radiografia Panorâmica	46
Figura 10 - Vista frontal em Intercuspidação Máxima.....	47
Figura 11 - Radiografia dos dentes pilares 13 e 23	48
Figura 12 - Radiografia dos dentes pilares 35 e 45	48
Figura 13 - Radiografia dos dentes pilares 38 e 48	49
Figura 14 - Modelos montados em articulador semi-ajustável	54
Figura 15 - Orçamento	54
Figura 16 - Desobturação dos dentes 13 e 23.....	55
Figura 17 - Vista oclusal da Impressão dos canais radiculares dos dentes 13 e 23	55
Figura 18 - Impressão em silicone dos canais	56
Figura 19 – Vista frontal e oclusal dos encaixes suprarradiculares de bola	56
Figura 20 - Dentes 1.3 e 2.3 após o desgaste até à margem gengival.....	56
Figura 21 – Vista oclusal da impressão de arrasto dos encaixes.....	57
Figura 22 - Encaixes suprarradiculares de bola em boca.....	57
Figura 23 - Vista oclusal do esqueleto da prótese superior	57
Figura 24 - Vista frontal da prova de esqueleto.....	58
Figura 25 - Vista oclusal do esqueleto da prótese inferior	58
Figura 26 - Escolha da cor.....	59
Figura 27 - Vista oclusal do esqueleto da prótese inferior em boca	59
Figura 28 - Vista frontal do esqueleto em modelo de gesso	60
Figura 29 - Vista oclusal da prótese superior com os dentes	60
Figura 30 - Vista oclusal da prótese inferior com os dentes	61

Figura 31 - Vista frontal da prova de dentes em boca	61
Figura 32 - Vista oclusal da cimentação dos encaixes suprarradiculares	62
Figura 33 - Vista frontal final	62
Figura 34 - Fotografia pré e pós-reabilitação vista frontal.....	63
Figura 35 - Fotografia pré e pós-reabilitação vista lateral	63
Figura 36 - Fotografia Inicial em sorriso	67
Figura 37 - Radiografia Panorâmica	67
Figura 38 - Vista frontal da condição clínica inicial intra-oral em intercuspidação máxima	68
Figura 39 - Vista frontal após serem retiradas as coroas as coroas	69
Figura 40 - Radiografia dos dentes 11; 12; 13; 21; 22; 23	69
Figura 41 - Vista oclusal dos preparos dentários.....	73
Figura 42 - Vista frontal da 1ª ponte provisória	73
Figura 43 - Vista frontal da ponte provisória após 1 mês	74
Figura 44 - Vista frontal da infraestrutura montada em articulador semi- ajustável.....	74
Figura 45 - Vista oclusal da infraestrutura	74
Figura 46 - Vista oclusal da prova da infraestrutura em boca.....	75
Figura 47 – Escolha da cor.....	75
Figura 48 – Vista oclusal da prova de cerâmica montada em articulador semi-ajustável.....	75
Figura 51 - Vista oclusal da prova de cerâmica em boca	76
Figura 50 – Vista frontal da prova de cerâmica em boca.....	76
Figura 49 - Vista frontal da prova de cerâmica montada em articulador semiajustável.....	76
Figura 52 - Vista frontal da ponte cimentada	77
Figura 53 - Vista oclusal da ponte cimentada.....	77
Figura 54 - Fotografia da situação inicial e final.....	78

Lista de Siglas

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

UFP – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ISCS – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

ACTA – Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

ASA – American Society of Anesthesiologists Classification

RDC-TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

ATM – Articulação Temporomandibular

DPSI – Dutch periodontal screening Index

AAP – American Academy of Periodontology

RRC – Retalho de Reposicionamento Coronal

VISTA – Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access

IP – Índice de Placa

BOP – Bleeding on Probing

PTFE – Politetrafluoretileno

ORPD – Overlay removable partial dentures

DVO – Dimensão Vertical de Oclusão

INTRODUÇÃO

1. Introdução

1.1. Medicina Dentária no geral

A Medicina Dentária tem sido marcada por uma constante evolução, especial no final do século XIX e em todo o século XX, acompanhando o desenvolvimento da sociedade, tanto a nível económico e científico, como também tecnológico e educacional (1). A evidência científica tem contribuído de forma preponderante para o desenvolvimento da Medicina Dentária, particularmente no último século, e veio contribuir de forma determinante para uma melhor prática por parte dos profissionais, quer no diagnóstico de patologias da cavidade oral, quer no aperfeiçoamento das técnicas preventivas e/ou curativas utilizadas em ambiente clínico (1) (2).

O Médico Dentista deve estar atento a qualquer sinal ou sintoma na cavidade oral fora do comum, uma vez que este pode ser proveniente de uma patologia sistémica (3), e cabe ao Médico Dentista detetar estas anomalias e, posteriormente, fazer a comunicação ao Médico de Família ou encaminhar para outro profissional de saúde mais indicado a fim de orientar o paciente para a resolução e/ou prevenção da sua condição.

É ensinada uma frase aos Estudantes que iniciam a atividade clínica, e deve ser seguida no dia-a-dia por todos os que se dedicam e trabalham em áreas da saúde: “Deve olhar-se para o paciente como um todo”. Esta afirmação tem um significado pertinente, pois o Médico Dentista tem o dever de não ignorar os pequenos pormenores, porque podem ser eles a chave para um correto diagnóstico. Este correto diagnóstico é fundamental no tratamento de qualquer patologia. É também de extrema importância o espírito crítico por parte do profissional para a elaboração de uma história clínica detalhada. Para fazer um bom diagnóstico é impreterível realizar primeiro uma boa anamnese, recolhendo todos os detalhes relevantes, seguida de um exame clínico minucioso podendo ser ou não sustentado com exames complementares de diagnóstico.

1.2. A Medicina Dentária em Portugal

Portugal é um país localizado no extremo sudoeste da Península Ibérica, fazendo fronteira a norte e a leste com a Espanha, e a oeste e a sul com o Oceano Atlântico. O território português inclui ainda duas regiões autónomas: os arquipélagos da Madeira e dos Açores, localizados no Oceano Atlântico. Estima-se que a população seja de 10,6 milhões de habitantes (4).

Comparando a saúde oral em Portugal com muitos dos países da União Europeia a diferença é ainda bastante grande, um dos grandes problemas que está intrínseco na sociedade portuguesa é a pouca preocupação com a saúde oral.

Portugal é um país onde a centralização ainda é um problema. O que se encontra mais afastado das grandes cidades carece de cuidados de saúde. Outro problema que faz o país continuar a um nível mais baixo do que as grandes potências europeias prende-se com o fator económico. A saúde oral como atividade maioritariamente privada é muitas vezes deixada para segundo plano, pois o rendimento de muitas famílias portuguesas é baixo e conduz as pessoas a descurar dos cuidados básicos de saúde oral.

Nos últimos anos, as estratégias políticas para melhorar a saúde oral da população não têm sido totalmente eficientes. A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) tem-se esforçado para minimizar esta situação e há cerca de quatro anos iniciou a campanha do “cheque-dentista” (5). Esta campanha tem como alvo as crianças/adolescentes, mulheres grávidas e idosos. Também contempla o diagnóstico do cancro oral, patologia cancerígena com maior taxa de mortalidade, estimando-se que 6 em cada 10 doentes morram cinco anos após ser diagnosticada a doença (6).

Segundo a OMD (7), em 2007 a Organização Mundial de Saúde aconselhava todos os países da União Europeia a incluírem no seu orçamento anual uma verba para a prevenção e tratamento das doenças orais, referindo ainda que era necessário elaborar uma estratégia que incluísse grupos de população em áreas consideradas prioritárias, e dando ênfase a um desígnio da Constituição, a “igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde”. Ou mesmo, ir de

encontro ao conceito de que a “saúde deve ser tendencialmente gratuita para a população” (7).

Um problema que tem acompanhado todos os profissionais da saúde oral é, a não inclusão destes no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois seria, certamente, uma mais-valia para a saúde oral da população e colocaria o país ao nível dos mais desenvolvidos do mundo, pois, apesar de algumas falhas, o SNS português encontra-se a um nível bastante elevado, embora a sua gestão por parte do Estado não estar a ser bem conseguida.

Atualmente, em Portugal, e segundo os dados estatísticos da OMD de 2016 sobre a Medicina Dentária portuguesa, existiam 9388 Médicos Dentistas no ativo. O contínuo aumento do número de profissionais comprova a tendência que se verifica nos últimos anos, existindo em média um Médico Dentista por cada 1348 habitantes (8). Em relação ao número de Estudantes de Medicina Dentária eram 3199, distribuídos por sete instituições de ensino, entre as quais pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) (8).

1.3. A Medicina Dentária na Holanda

Habitualmente designada por Países-Baixos, a Holanda, é um país que integra a União Europeia e se situa no centro/norte do continente, com uma população estimada de 17 milhões de habitantes (9).

Na Holanda, todos os cidadãos residentes no país por um período superior a 3 meses, são obrigados por lei a possuir um seguro básico de saúde, podendo ter acesso a inúmeros tipos de cuidados de saúde (10).

A Medicina Dentária faz parte do sistema privado, o que significa que o paciente é responsável pelo pagamento dos seus tratamentos. No entanto, existe o seguro básico de saúde, e através dele, três grandes grupos da população são isentos do pagamento de tratamentos de Medicina Dentária: 1- Jovens até aos 21 anos 2- Pacientes que possuem algum tipo de deficiência física e/ou mental 3- Pacientes que necessitem de cirurgias dentárias que são executadas maioritariamente em regime hospitalar, desde que aprovado por um cirurgião

oral (9)(11). Todos os outros tratamentos realizados num consultório de Medicina Dentária, necessitam de um seguro adicional, que pode cobrir até 75% dos custos dos tratamentos ou podem ser pagos na totalidade pelo paciente. As taxas para todos os tratamentos de Medicina Dentária são tabeladas pelo governo (9).

Segundo dados estatísticos do ano de 2013, existiam na Holanda, 8773 Médicos Dentistas no ativo (9). O número de Médicos Dentistas com formação obtida fora da Holanda tem vindo a aumentar, o que começa a ser um problema. A grande maioria dos Médicos Dentistas que vêm trabalhar para a Holanda são oriundos da Europa de Leste e de Espanha, onde a qualidade do ensino é colocada em causa pela população holandesa. Existem apenas duas áreas da Medicina Dentária consideradas como Especialidades, a Ortodontia e a Cirurgia Oral Maxilo-facial, e segundo os mesmos dados, 1 em cada 14 Médicos Dentistas é Especialista (9). Um Especialista em Cirurgia Oral Maxilo-facial trabalha maioritariamente em meio hospitalar ou universitário, enquanto que um Especialista em Ortodontia para além do trabalho universitário, exerce prática clínica privada. Embora não sejam consideradas especialidades, há alguns Médicos Dentistas que cingem a sua prática clínica a áreas como a Periodontologia, a Prostodontia, a Odontopediatria, a Endodontia, a Radiologia Oral, e a Saúde Oral Pública (9).

Para além dos Médicos Dentistas, existem outras profissões com intervenção na cavidade oral tais como: Higienistas Orais, Técnicos de Prótese Dentária e Assistentes Dentários (9).

Em relação ao número de Estudantes, a estimativa é que sejam cerca de 1500, distribuídos por 3 instituições de ensino, a *Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)*, *Radboud University Medical Center* em Nijmegen e a *University Medical Center* em Groningen (9).

1.4. A Medicina Dentária em Portugal e na Holanda

Embora ambos os países façam parte da União Europeia, fazer uma comparação entre eles já não é por si uma tarefa fácil, e no que concerne à Medicina Dentária, não foge muito à regra.

A Holanda está entre os países mais bem cotados, sendo na Medicina Dentária um dos melhores países a nível mundial (12). Já Portugal, um país com enorme potencial, mas que fica aquém de países de topo. Embora o desenvolvimento seja cada vez maior, a crise que assolou o país já no decorrer do século XXI, abrandou esse crescimento e conduziu a alguma precariedade no sistema de saúde. Não fazendo propriamente parte do sistema nacional de saúde, a Medicina Dentária foi quase que arrastada pela onda da crise, e assim os tratamentos dentários passaram para segundo plano (13).

Na Holanda é diferente, uma vez que o Estado apoia, mesmo que indiretamente, a população para consultar os Médicos Dentistas e a grande maioria está alertada para os riscos de não o fazer com regularidade. Este apoio indireto deve-se ao facto de toda a população ser abrangida por seguros de saúde. É feito também um trabalho excepcional na área da Odontopediatria, onde a prevenção é palavra de ordem e a intervenção imediata nas fases cruciais do crescimento é uma prioridade.

1.5. Ensino da Medicina Dentária em Portugal e na Holanda

O ensino da Medicina Dentária em Portugal pode ser feito em instituições públicas ou privadas, e em ambas o curso contempla 5 anos. Na UCP, o curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária é um dos que valoriza a prática clínica pois permite o seu início ainda no 3º ano nas disciplinas de Periodontologia, Dentisteria e Cirurgia. Em todas as outras instituições a prática clínica com pacientes inicia apenas no 4º ano. A componente pré-clínica é

também tida em grande consideração com um elevado número de horas semanais a serem lecionadas.

Na Holanda o caso é diferente, isto porque só existem instituições públicas e o curso de Medicina Dentária é de 6 anos. Os alunos têm também um elevado número de horas no pré-clínico, sendo que começam a prática clínica no 4º ano e com autorização para executarem qualquer procedimento. Outra grande diferença é que a prática clínica na Holanda é integrada, sendo excluídas as disciplinas de Ortodontia, Cirurgia Maxilo-Facial e Odontopediatria para pós-graduações.

Concluindo, estamos perante duas realidades, num dos lados temos Portugal, um país onde há excesso de Médicos Dentistas, e onde aqueles que estão a iniciar a sua atividade profissional têm uma tarefa difícil pela frente, pois as condições são muitas vezes pouco condizentes com o nível de formação académica, e o nível de remuneração salarial fica na maioria dos casos aquém de outras profissões. Do outro lado temos precisamente o oposto, a Holanda é um país onde há escassez de Médicos Dentistas, onde os recém-licenciados são bem vistos e a nível salarial a disparidade é colossal. O Médico Dentista, é segundo estudos estatísticos, a profissão melhor remunerada do país, fazendo ano após ano emigrar inúmeros Médicos Dentistas de outros países em busca de melhores condições de vida.

1.6. A diversidade em ambas as populações – tudo uma questão de mentalidade?

É neste ponto que reside a diferença mais acentuada entre estes dois países. A mentalidade nas sociedades dos países do centro/norte da Europa já há muito que se distancia dos denominados “países do Sul” (Portugal, Espanha, Grécia, Itália), e na saúde oral em particular não é exceção. É perceptível uma Europa a duas velocidades, onde de um lado há claramente uma maior preocupação com a saúde oral e no outro há uma falta de interesse não condizente com o nível Europeu (13).

Segundo o barómetro da saúde, em 2017, cerca de 42% da população portuguesa não se dirigia a uma consulta de Medicina Dentária há um ano ou mais (13), enquanto que na Holanda, por exemplo, estima-se que 85% da população vá ao Médico Dentista pelo menos uma vez por ano (14). Uma das possíveis explicações para estes números alarmantes, é o facto de Portugal ter uma considerável parte da sua população envelhecida, e sabe-se também que grande parte dessa população possui baixa escolaridade. Já se efetuaram estudos que comprovam existir uma relação entre a baixa escolaridade e a saúde oral deficitária, esta premissa vem corroborar os números apresentados anteriormente (15). São estas conjunturas que nos levam a estes números preocupantes, e é necessário educar a população mais jovem para não descurar das idas ao Médico Dentista, para que no futuro a médio prazo possamos ter números semelhantes aos países do Norte da Europa, especialmente da Holanda.

ANÁLISE DA ATIVIDADE CLÍNICA

2. Análise da Atividade Clínica

2.1. Caracterização Geral da Amostra no ICS/UCP Viseu

No âmbito da realização do projeto para o relatório de atividade clínica, procedeu-se à recolha de informações referentes aos diferentes atos clínicos realizados pelo binómio 39 até à data de 15 de dezembro de 2017. A amostra observada compreende um total de 32 pacientes, sendo 21 do sexo feminino (66%) e 11 do masculino (34%), com idades compreendidas entre os 6 e os 85 anos (Gráfico 1).

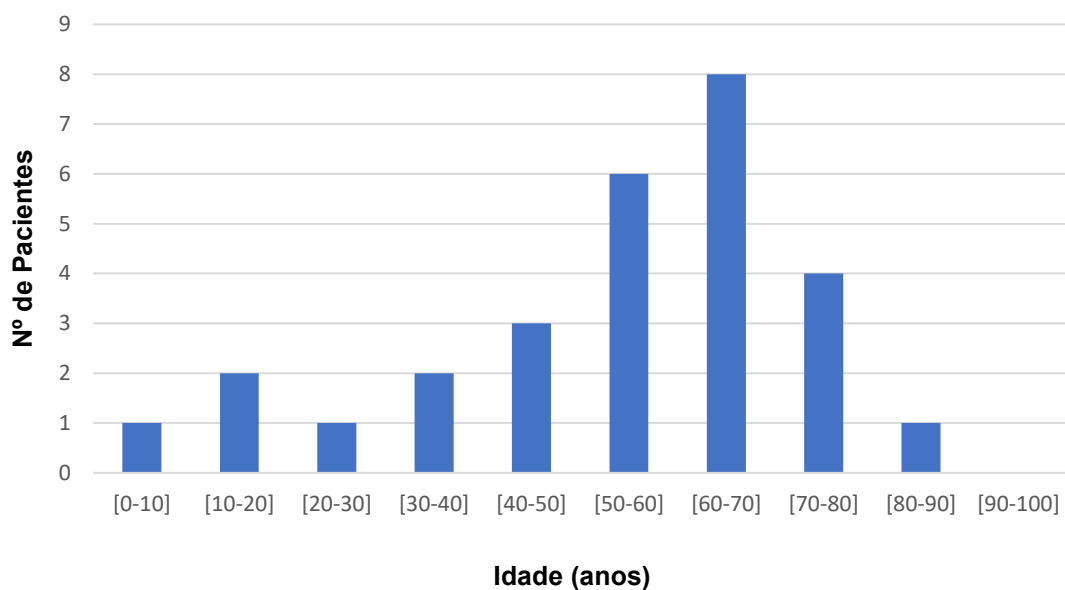


Gráfico 1 - Distribuição das idades dos pacientes da amostra

2.1.1. Análise Qualitativa da atividade Clínica

O binómio 39 realizou até ao final do 1º semestre do ano letivo 2017/2018, 65 atos clínicos. Em 35 desses atos (54%) o autor foi operador, enquanto que nos restantes 30 (46%) foi assistente. Relativamente às áreas disciplinares com mais atos clínicos foram Prostodontia Removível e Endodontia respetivamente, e a área com menos atos clínicos realizados foi Odontopediatria. (Gráfico 2)

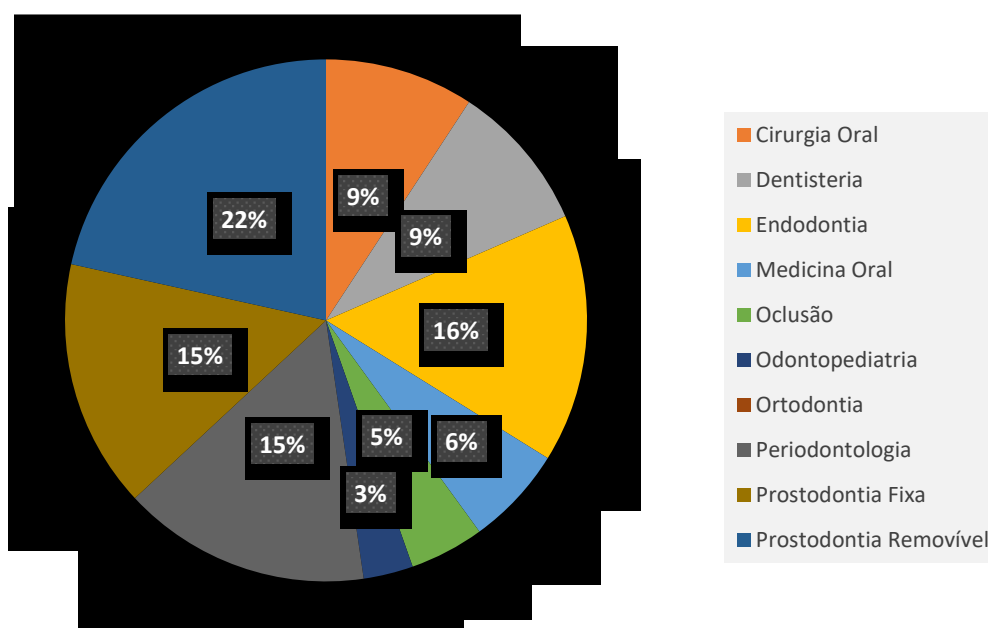


Gráfico 2 - Distribuição dos atos realizados em cada uma das áreas disciplinares

2.1.2. Caracterização da amostra por área disciplinar

2.1.2.1. Cirurgia Oral

Na área disciplinar de Cirurgia Oral, antes de qualquer tipo de procedimento cirúrgico é essencial ter um profundo conhecimento da anatomia da cabeça e pescoço, da manipulação de instrumentos, das etapas dos procedimentos cirúrgicos, da terapêutica a aplicar em cada caso, e sobretudo, da relação entre patologias sistêmicas e a cavidade oral.

Para a execução de cirurgias dento-alveolares simples e/ou complexas, é indispensável fazer uma revisão da história clínica, do risco médico individual (ASA), e, sempre que necessário, realizar o índice de protrombina (*INR*) ou recorrer a meios complementares de diagnóstico para que durante a consulta não surja qualquer problema inesperado (16).

Na área de Cirurgia Oral foram realizadas 4 consultas de exodontias simples sendo 2 como operador e 2 como assistente. Todas as exodontias foram classificadas como simples. Para os alunos que não obtiveram os 4 atos clínicos mínimos exigidos pelos docentes, foi proposto pelos mesmo a realização de uma simulação clínica, onde era colocado um caso clínico aos alunos, e estes tinham de explicar todos os passos e procedimentos. (Gráfico 3)

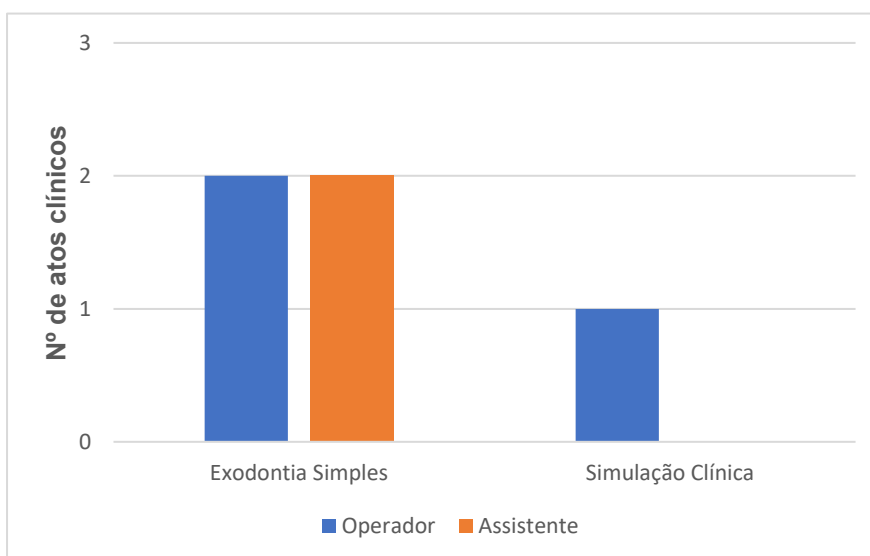


Gráfico 3 - Procedimentos realizados em Cirurgia Oral

2.1.2.2. Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é uma das áreas basilares da Medicina Dentária e o aluno tem de ser capaz de colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso. Sendo esta uma área multidisciplinar, que envolve o diagnóstico e tratamento de problemas dentários como traumatismos, cáries dentárias, substituição restaurações insatisfatórias, modificar a forma, textura e cor dos dentes, tendo sempre como objetivo manter a funcionalidade.

O autor realizou 4 atos clínicos como operador e foi assistente em outros 4 atos clínicos. (Gráfico 4)

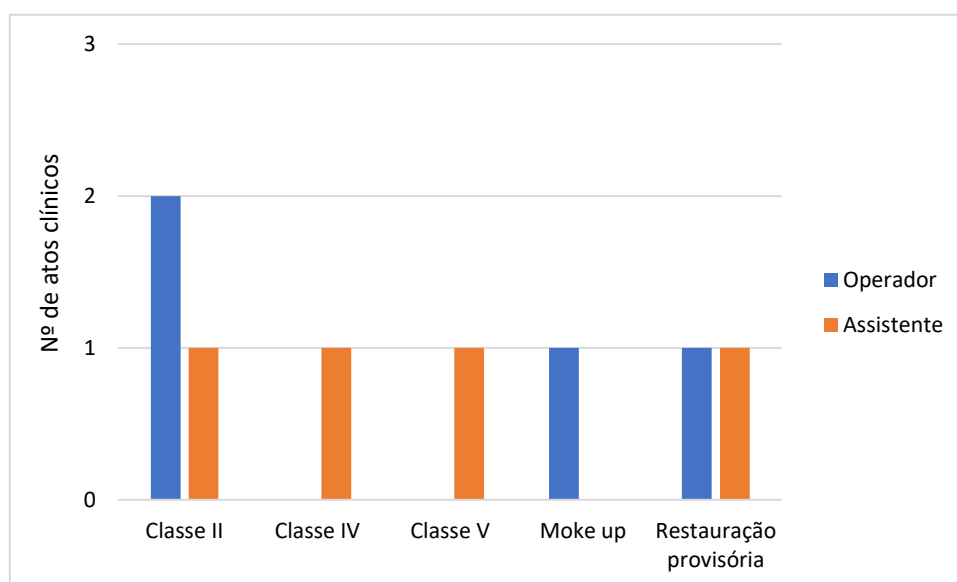


Gráfico 4 - Procedimentos realizados em Dentisteria Operatória

2.1.2.3. Endodontia

A Endodontia é uma área clínica com enorme preponderância nos dias de hoje, isto porque cada vez mais estão presentes as palavras “preservação e conservação” dos dentes, como tal esta área possibilita que os pacientes possam continuar com os seus dentes em boca, ao invés de ter de os extraír como acontecia há uns anos atrás. Na Endodontia faz-se o diagnóstico e tratamento de lesões pulpares e periapicais, e requer por parte do aluno um conhecimento da morfologia da anatomia dentária e canalar, da fisiopatologia, da histologia da polpa dentária, e capacidade de analisar os tecidos perirradiculares, para que posteriormente faça um um correto diagnóstico pulpar. Como operador o autor realizou 3 atos clínicos enquanto que como assistente foram realizados 2 atos. (Gráfico 5)

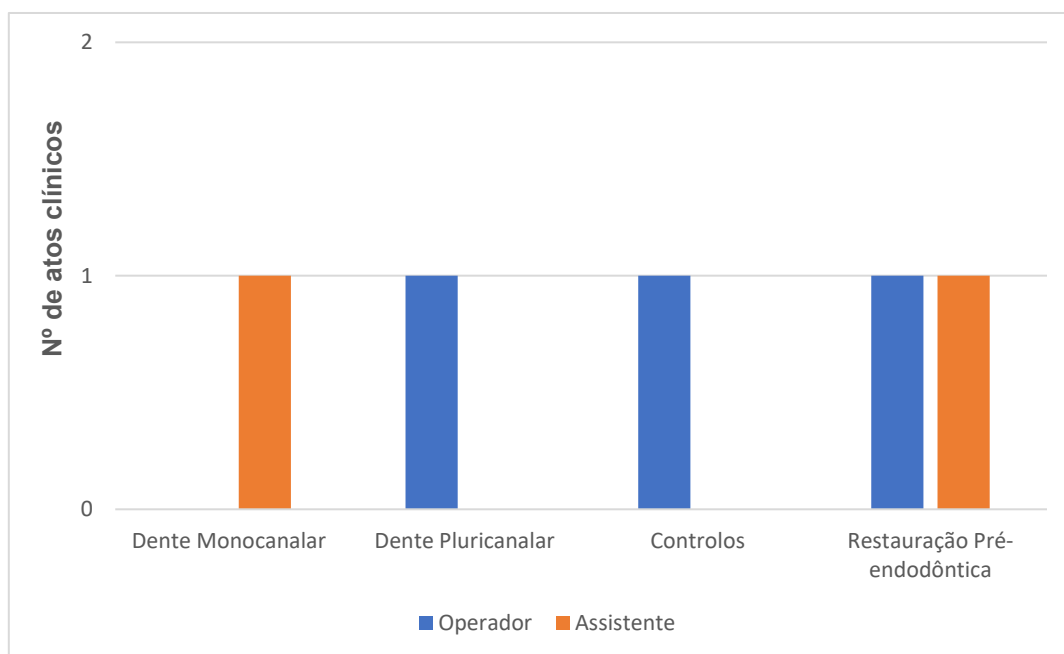


Gráfico 5 - Procedimentos realizados em Endodontia

2.1.2.4. Medicina oral

A Medicina Oral é uma área da Medicina Dentária de grande importância, isto porque é onde é executada a história clínica e preenchida a ficha de risco individual do paciente (ASA). A recolha destes dados tem de ser feita de forma rigorosa e minuciosa uma vez que vai orientar o Médico Dentista para um correto diagnóstico e plano de tratamento. Na clínica universitária da UCP as consultas de Medicina Oral funcionam como consultas de primeira vez, e isto implica que os alunos realizem um diagnóstico e um detalhado plano de tratamento para posteriormente reencaminharem os pacientes para as áreas disciplinares em que necessitam ser tratados. Enquanto operador o autor realizou 2 atos clínicos, assistindo em outros 3 atos. (Gráfico 6)

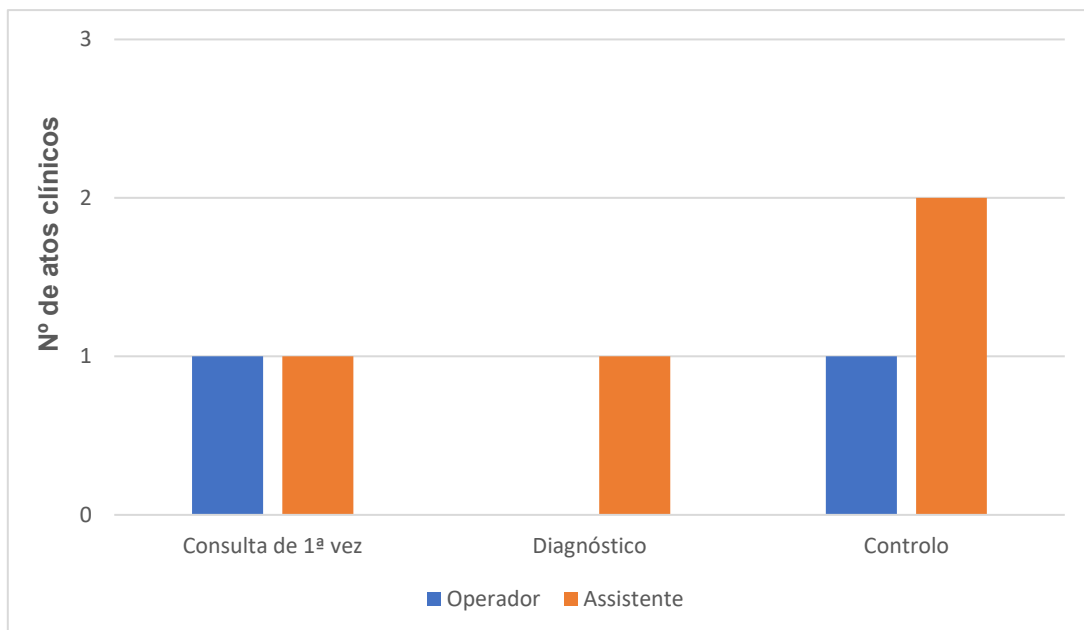


Gráfico 6 - Procedimentos realizados em Medicina Oral

2.1.2.5. Odontopediatria

A consulta de Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que visa o atendimento de pacientes com idade inferior a 18 anos. Esta área disciplinar dedica-se à saúde oral de bebês, de crianças, de adolescentes e de pacientes especiais (17). O aluno deve ser capaz de diagnosticar e tratar cáries dentárias, traumatismos, abscessos e retenções de dentes decíduos que necessitem de extração para possibilitar a erupção dos dentes definitivos. Esta área abrange todas as outras áreas da Medicina Dentária isto porque o aluno pode realizar tratamentos como prótese fixa, removível, periodontologia, dentisteria, medicina dentária preventiva, endodontia, cirurgia e ortodontia, desde que siga o plano de tratamento para o paciente. O autor realizou 1 atos como operador e outro como assistente, tendo ambos sido classificados como grau 1. (Gráfico 7)

Os atos em Odontopediatria são classificados de acordo com o grau de dificuldade:

- Grau I: aplicação de selante de fissuras, extração de um dente decíduo com mobilidade, restaurações de classe I
- Grau II: restauração de classe II extensa, extração de dente decíduo com raízes longas e finas, extração de dente permanente
- Grau III: pulpotomias, pulpectomias, colocação de coroas pré-formadas, procedimentos difíceis ou com crianças com comportamento por vezes difícil de prever ou controlar

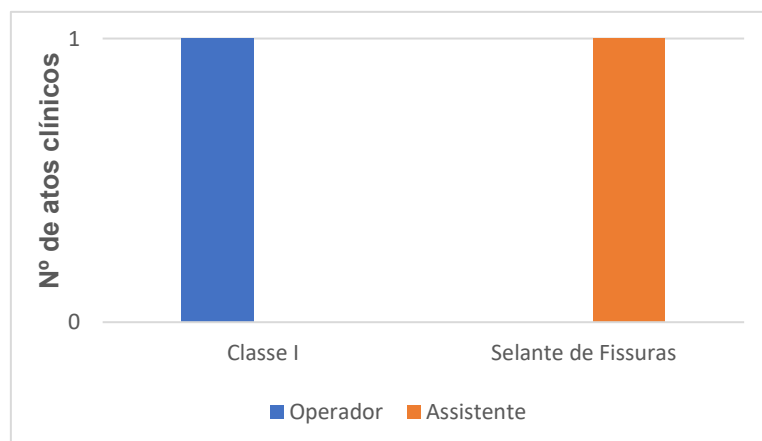


Gráfico 7 - Procedimentos realizados em Odontopediatria

2.1.2.6. Oclusão

A Oclusão é uma área que engloba o diagnóstico e tratamento de disfunções temporomandibulares, dor orofacial, má oclusão, avaliando a articulação, os músculos mastigatórios e as estruturas anatómicas adjacentes (18). Para além de tudo o que foi supracitado, esta área tem como objetivo que o aluno desenvolva competências técnicas na montagem e programação de um articulador semi-ajustável, assim como na pesquisa de possíveis disfunções temporomandibulares com o preenchimento do protocolo RDC. O autor enquanto operador realizou 1 ato clínico tendo assistido em 2 atos. (Gráfico 8)

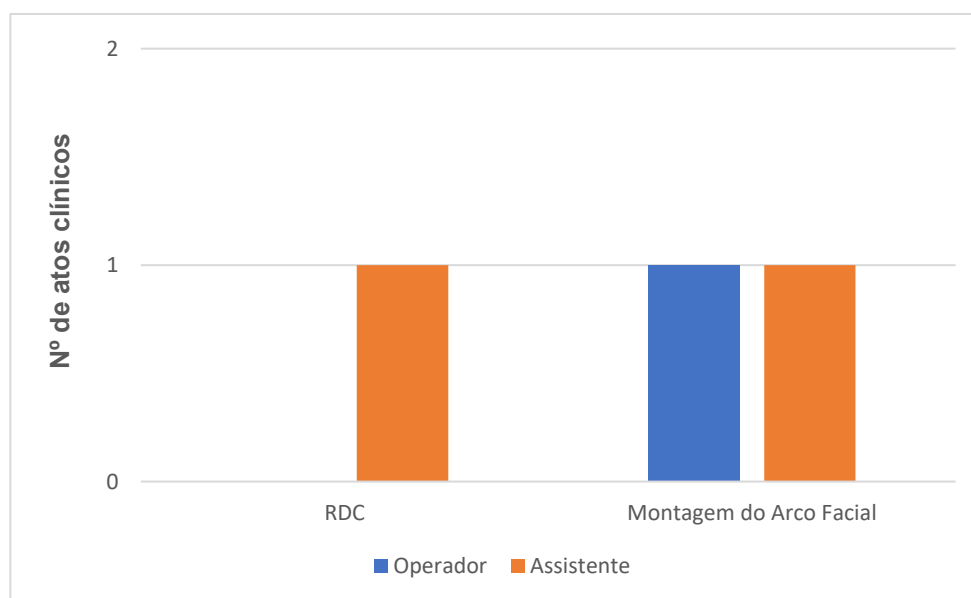


Gráfico 8 - Procedimentos realizados em Oclusão

2.1.2.7. Ortodontia

A Ortodontia é uma especialidade da Medicina Dentária que diagnostica e trata má oclusões, de origem esquelética, funcional ou dentária. Na clínica universitária é possível colocar aparelhos removíveis com o objetivo de iniciar tratamentos intercetivos de mordidas cruzadas anteriores e posteriores (origem dento-alveolar), de anomalias verticais de origem dento-alveolar e de desarmonias dento-maxilares ligeiras, e é também possível colocar aparelhos que permitem a cessação de hábitos parafuncionais.

Na área disciplinar de Ortodontia não foi realizado qualquer ato clínico. No entanto foram, durante as aulas, realizados quatro estudos cefalométricos segundo a análise de *Ricketts* e ainda o estudo de um caso clínico que incluiu (confeção de modelos de estudo, análise cefalométrica, fotografias intra e extra-orais, diagnóstico e plano de tratamento).

2.1.2.8. Periodontologia

A Periodontologia é um ramo da Medicina Dentária que se dedica ao estudo das estruturas de suporte dentário e onde é avaliada a gengiva, o cemento radicular, o ligamento periodontal e o nível ósseo. Com o estudo de todas estas estruturas é possível perceber se o paciente apresenta algum tipo de doença periodontal. O diagnóstico é realizado com rigor e detalhe durante a consulta com a realização do periodontograma, assim como a determinação do índice de placa bacteriana, a hemorragia à sondagem e ainda o *status* radiográfico do respetivo paciente. Relativamente aos tratamentos, iniciam-se pela instrução de higiene oral seguida de uma fase higiénica inicial, destartarização e polimento, mas se o paciente possuir algum tipo de doença periodontal, no caso, periodontite, na consulta seguinte ou até duas semanas no máximo realiza-se a raspagem e alisamento radicular (RAR), considerada como uma segunda fase higiénica. O autor enquanto operador realizou 5 atos clínicos tendo assistido em outros 5 atos. (Gráfico 9)

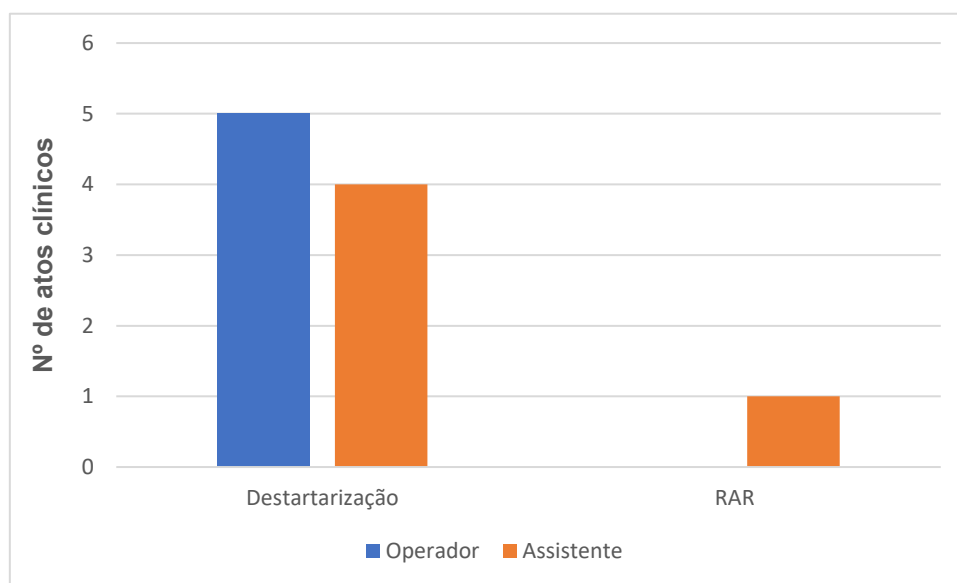


Gráfico 9 - Procedimentos realizados em Periodontologia

2.1.2.9. Prostodontia Fixa

A Prótese Fixa é uma área da Medicina Dentária onde se realizam próteses que assentam sobre dentes naturais previamente preparados ou sobre implantes dentários, não podendo ser removidas pelo paciente e que permitem solucionar espaços edêntulos pouco extensos. Este tipo de solução protética permite restaurar a função (fonética, estética e oclusão) dos dentes que vão ser, posteriormente, substituídos por elementos fixos. (19) Para a realização de uma prótese fixa, são normalmente necessárias sete consultas, a avaliação pré-protética com recolha detalhada de dados do paciente, a realização dos preparos dentários e das coroas/pontes provisórias, as impressões definitivas dos preparos, a prova de infraestrutura, a prova de cerâmica, a cimentação definitiva e os controlos. O autor nesta área clínica teve a oportunidade de realizar 4 atos clínicos como operador, tendo sido assistente em 3 atos clínicos. (Gráfico 10)

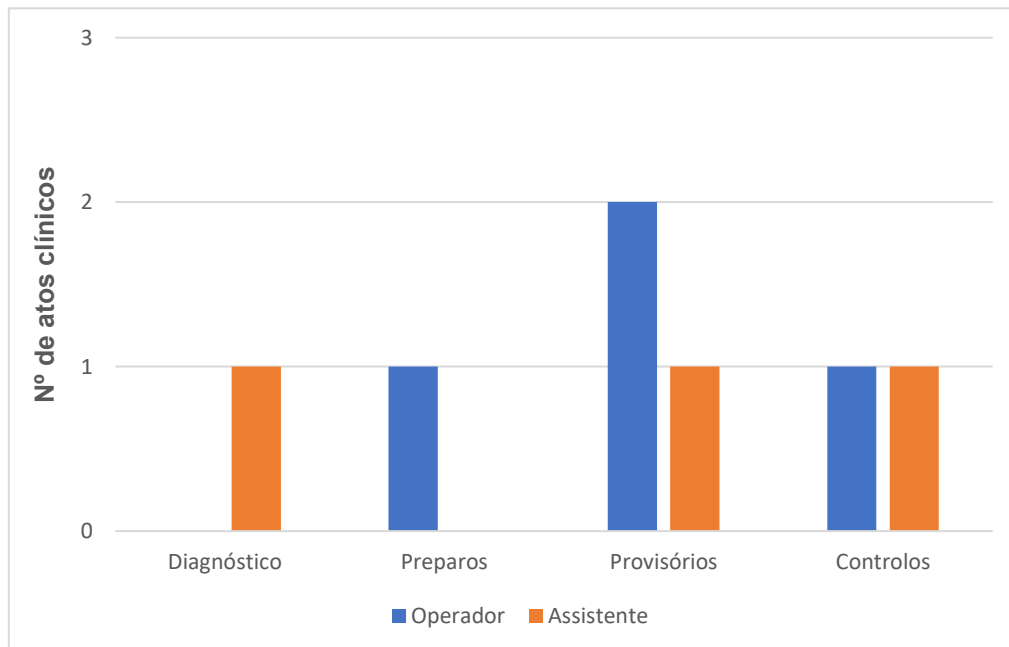


Gráfico 10 - Procedimentos realizados em Prostodontia Fixa

2.1.2.10. **Prostodontia Removível**

A Prótese Removível é uma das áreas da Medicina Dentária que se encarrega da reabilitação oral de pacientes com falta de peças dentárias, e que têm como objetivo melhorar a saúde oral. Pode-se recorrer a próteses parciais ou próteses totais removíveis que possibilitam restabelecer a função (estética, fonética e oclusão). Cada caso de reabilitação oral com recurso a Prótese Removível compreende, no mínimo, sete consultas: a avaliação pré-protética/diagnóstico, a entrega e aprovação do orçamento, a preparação pré-protética e impressões definitivas com moldeira individual, a prova de esqueleto e registo intermaxilar, a prova de dentes, a colocação da prótese e os controlos. Consequentemente à colocação de uma prótese removível é necessária a instrução ao paciente dos cuidados a ter com a mesma, assim como da sua manutenção. O autor realizou enquanto operador 6 atos clínicos enquanto que como assistente foram realizados 5 atos. (Gráfico 11)

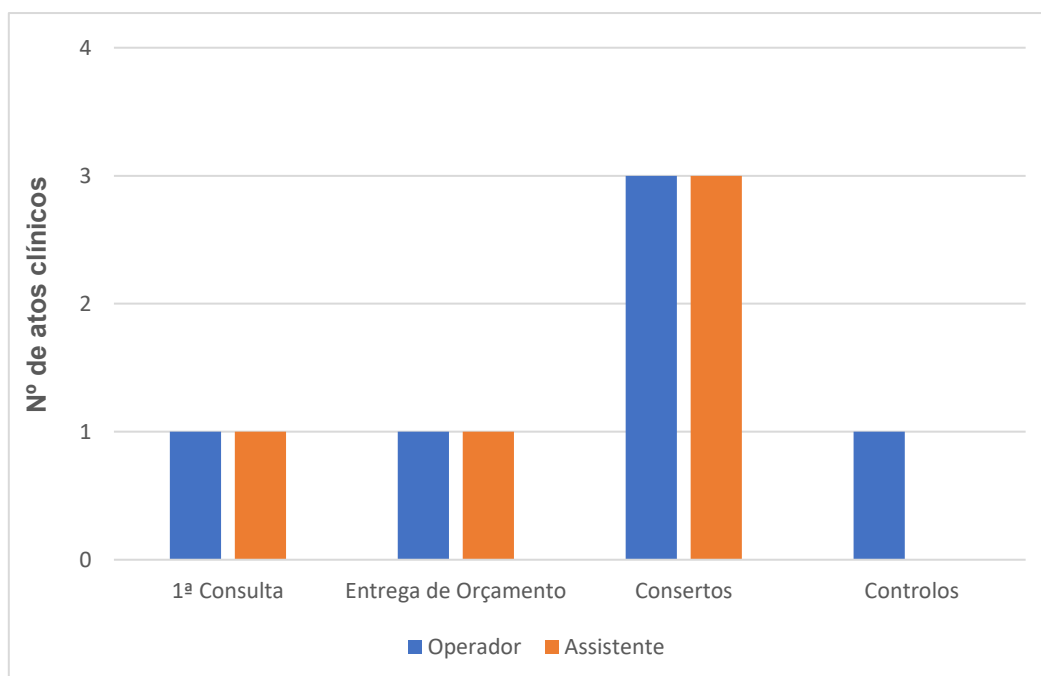


Gráfico 11 - Procedimentos realizados em Prostodontia Removível

2.2. Caracterização Geral da Amostra na *Radboud University*

No âmbito da realização do projeto para o relatório de atividade clínica, procedeu-se à recolha de informações referentes aos diferentes atos clínicos realizados pelo autor no segundo semestre, entre os meses de março e junho de 2018. A amostra observada compreende um total de 43 pacientes, sendo 21 do sexo feminino (49%) e 22 do masculino (51%), com idades compreendidas entre os 19 e os 76 anos (Gráfico 12).

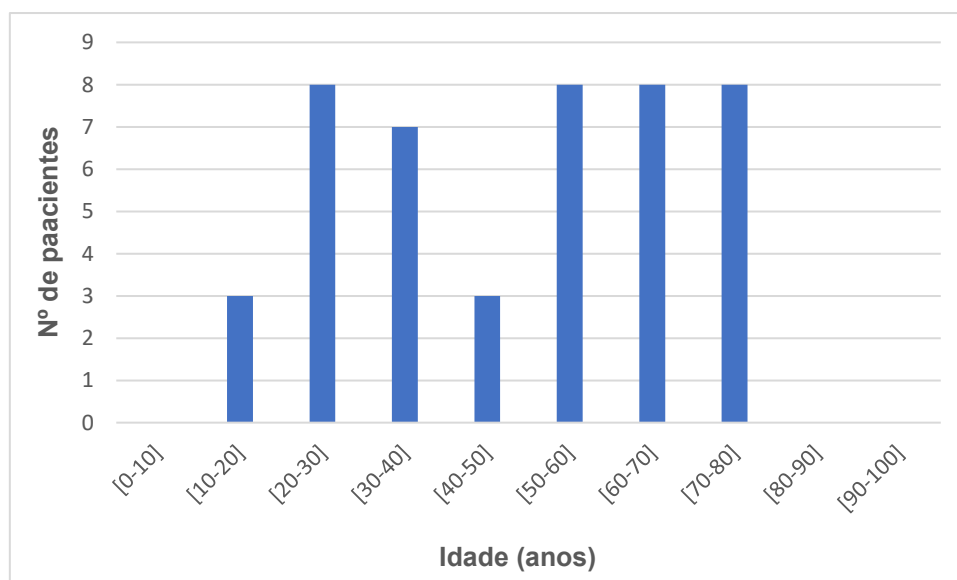


Gráfico 12 - Distribuição por género dos pacientes da amostra

2.2.1. Análise Qualitativa da Atividade Clínica

O aluno realizou até ao final do 2º semestre do ano letivo 2017/2018, 46 atos clínicos. Em 40 desses atos (87%) o autor foi operador, enquanto que nos restantes 6 (13%) foi assistente. Em todos os atos clínicos era apontada a classificação ASA de cada paciente. (Gráfico 13)

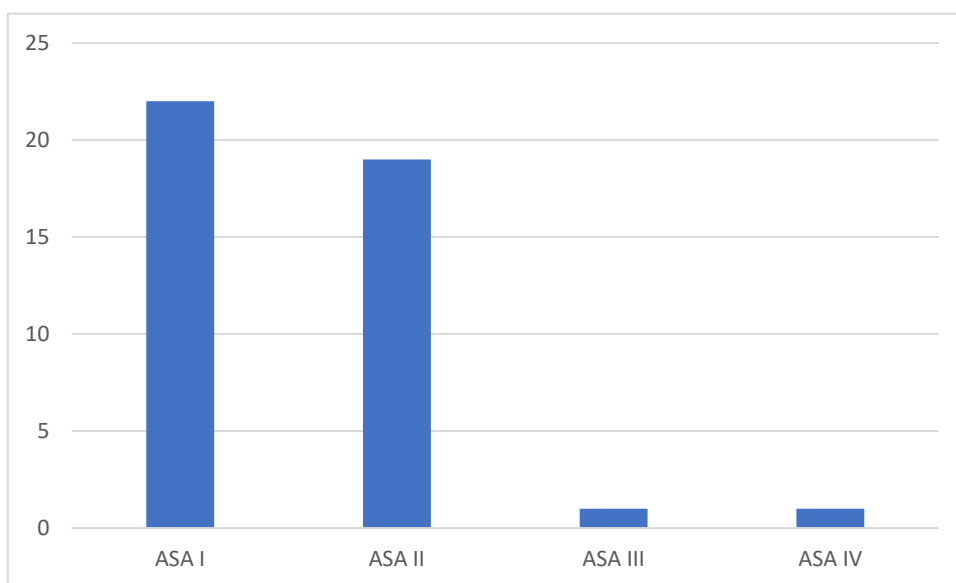


Gráfico 13 - Distribuição dos pacientes pela a classificação ASA

No 2º semestre, na Clínica Universitária da *Radboud University Medical Center* em Nijmegen, Holanda, o autor teve oportunidade de observar 43 doentes, perfazendo um total de 46 atos clínicos. Durante esta experiência, o número de *check ups* realizados pelo autor foi sem dúvida maior do que o esperado e isto deve-se ao número de *check-up* semestrais/anuais ou controlos de Periodontologia e Prótese Removível efetuados, fruto da política de prevenção e constante acompanhamento que os doentes têm nos Países Baixos.

Na área de Periodontologia, a Holanda utiliza um sistema denominado DPSI (*Dutch periodontal screening Index*). Este sistema é obrigatório em qualquer *check up* periodontal que seja realizado e tem como objetivo ganhar o máximo de tempo possível, isto porque fazer um novo exame periodontal em cada consulta é bastante demorado e, portanto, criou-se este procedimento de triagem que no fundo, dá uma pontuação de 0 a 4 por cada sextante (Tabela 14), sendo que fica registado o valor da maior bolsa encontrada em cada zona (20).

Pontuação 0	Sem bolsas, menos de 3mm de profundidade de sondagem, sem cálculo, sem restaurações sobre-mordidas e sem sangramento à sondagem
Pontuação 1	Sem bolsas, menos de 3mm de profundidade de sondagem, sem cálculo, sem restaurações sobre-mordidas, mas presença de sangramento à sondagem
Pontuação 2	Sem bolsas menos de 3mm de profundidade de sondagem, presença de sangramento após sondagem e presença de cálculo ou restaurações sobre-mordidas

Pontuação -3	Presença de bolsas patológicas de 4 a 5mm sem recessão gengival
Pontuação +3	Presença de bolsas patológicas de 4 a 5mm com recessão gengival
Pontuação 4	Presença de bolsas patológicas maiores de 6mm

Tabela 1 - Classificação DPSI

Dado o grande número de população que possui seguros de saúde torna os pacientes mais comprometidos com o sucesso do plano de tratamento e permite uma boa qualidade de vida da qual não abdicam. O Estado Holandês teve um papel preponderante para que a população seja, atualmente, tão comprometida e assídua nas visitas ao Médico Dentista, isto porque durante cerca de 20/30 anos existiu uma lei que dizia que quem seguisse à risca os controlos e *check ups* idealizados em cada plano de tratamento, não tinha qualquer custo associado isto porque era o governo que suportava todos os encargos. Esta lei promoveu que hoje em dia as pessoas estejam sensibilizadas para os cuidados a ter com a saúde oral e onde a prevenção e o controlo são palavras de ordem na cultura do povo holandês, no que à saúde oral diz respeito.

2.2.2. Discussão da Atividade Clínica

Da amostra que o autor observou em Portugal e nos quais foi o operador, um total de 32 doentes diferentes, foram efetuados 65 atos clínicos diferentes, nas várias áreas disciplinares. Apenas foram atendidos 2 doentes pediátricos e com o maior número de atos foi na área de Prostodontia Removível. Dentro dos doentes observados, 66% foram do sexo feminino correspondendo a 21 doentes e 34% do sexo masculino, correspondendo a 11 doentes.

Relativamente

Esta experiência que o autor teve a possibilidade de fazer ficou muito aquém do esperado. Em parte deve-se à reestruturação que foi feita na clínica, há cerca de um ano atrás, porque de momento funciona como clínica integrada e onde estão em simultâneo, alunos do 4º, 5º e 6º anos, mas por outro lado, notou-se claramente uma desconfiança em relação aos alunos que não eram holandeses, tendo estes que prestar provas no pré-clínico durante um mês e meio, coisa que os alunos consideraram exagerado tendo em conta que se encontravam no 5º ano dos seus cursos. Esta afirmação vem de encontro aos números observados na estatística exposta anteriormente, onde a esmagadora maioria dos pacientes foram controlos, e onde apenas era necessário fazer uma destartarização. Os alunos de Erasmus tentaram inúmeras vezes perceber o porquê de só estarem a realizar atos de dificuldade reduzida, não foi dada nenhuma explicação e nada foi feito para mudar. A sensação que fica é que foi um bom período sob o ponto de vista pessoal, que fez crescer, aprender e experienciar outro tipo de cultura, embora do ponto de vista profissional tenha sido uma experiência infeliz, pois persiste um sentimento de estagnação na prática clínica e estando o autor a poucas semanas de finalizar o seu curso, não foi de todo o mais aconselhado. Os relatos que foram obtidos de outras experiências nesta mesma universidade foram sempre bastante positivos, o que foi um dos motivos que motivou esta decisão, mas como foi dito anteriormente, a reestruturação feita levou a algumas mudanças, nomeadamente em relação à prática clínica, isto porque anteriormente os alunos iam uma vez por semana a uma clínica na cidade de Arnhem e onde tinham a possibilidade de executar inúmeros atos clínicos. A

questão que levou ao cancelamento desta atividade deveu-se ao custo das deslocações, isto porque este era pago por cada aluno, o que suscitou polémica, tendo o coordenador do curso de Medicina Dentária decidido acabar com essa hipótese. Em relação a este último ponto, foi deixada uma nota por parte dos alunos portugueses para que, no futuro, seja dado a escolher aos alunos a possibilidade de querer ou não integrar esse projeto. Esta ideia foi vista com bons olhos por parte do coordenador do curso numa reunião em que os alunos compareceram, e para que no futuro outros alunos possam ter uma experiência clínica mais completa.

CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

3. Casos Clínicos Diferenciados

3.1. Caso Clínico – Recobrimento de Recessão Gengival Com Enxerto De Tecido Conjuntivo

3.1.1. Introdução

A doença periodontal é, nos dias de hoje, uma das patologias com maior prevalência na população mundial, estimando-se que afete cerca de 90% das pessoas. (21) Pode denominar-se de periodontite (quando ocorre perda de suporte ósseo) ou de gengivite. Ambas são causadas pelo acúmulo de placa bacteriana, o chamado biofilme que se aglomera com o passar do tempo nos dentes e na gengiva adjacente.

Em pacientes diagnosticados com periodontite é vulgar estarem associadas recessões gengivais, que segundo a AAP (*American Academy of Periodontology*) designam-se pela exposição da superfície radicular devido a um deslocamento para apical da margem gengival em relação à linha amelocementária. (22) As recessões gengivais podem ser causa de algumas contrariedades para o bem-estar dos pacientes, sendo que muitas vezes provocam hipersensibilidade, cáries radiculares cervicais, ou até mesmo defeitos estéticos.

Tão importante quanto a identificação visual de uma recessão gengival é determinar o potencial causador desta condição. A literatura é vasta, sendo que os seguintes fatores devem ser avaliados numa primeira visita ao Médico Dentista:

- Anatomia dentária e/ou periodontal - falta de gengiva aderida, presença de inserções musculares próximas à margem gengival livre, alinhamento dentário inadequado e pouca espessura gengival;
- Fatores relacionados com a doença periodontal – periodontite;

- Procedimentos inadequados num tratamento dentário - restaurações protéticas ou com resinas compostas com margens invasoras do espaço biológico;
- Trauma oclusal -
- Trauma mecânico - trauma associado à escovagem dentária com força excessiva, *piercing* labial ou pacientes que já utilizaram aparelho ortodôntico (22)

Existem vários sistemas de classificação descritos na literatura para caracterizar as recessões gengivais sendo que a classificação de Miller proposta em 1985 é certamente a mais usada e aceita pela comunidade científica. Este sistema de classificação é baseado na quantidade de tecido mole perdido sobre a superfície da raiz e a condição interproximal dos tecidos periodontais. A classificação de Miller está dividida em quatro subtipos de defeitos nos tecidos periodontais (Tabela 15). (23)

Classe de Miller	Lesão dos tecidos periodontais
Classe I	Recessão gengival marginal, que não passa a junção mucogengival; Sem perda óssea interproximal e o recobrimento radicular pode ser antecipado.
Classe II	Recessão gengival marginal que passa a junção mucogengival; Há presença de perda óssea interproximal e o recobrimento radicular pode ser antecipado.
Classe III	Recessão gengival marginal que se estende para além da junção mucogengival; Há presença de perda óssea e dos tecidos interdentários; o recobrimento radicular só pode ser feito a metade da raiz.
Classe IV	Recessão gengival marginal para além da junção mucogengival; Presença severa de perda óssea e dos tecidos interdentários e com dentes mal posicionados; O recobrimento radicular não pode ser antecipado.

Tabela 2 - Classificação de Miller, 1985

3.1.2. Caso Clínico

Homem, de 24 anos, saudável, apresentou-se na Clínica Universitária para corrigir o defeito estético presente no dente 41.

Apresentava uma recessão gengival de classe III de Miller no dente 41 com 3,54 mm de comprimento e 2,15 mm de largura, sendo que a área da recessão gengival era de 9,19 mm² e a distância da crista óssea à linha amelocementária (por mesial do 41) era de 2,44 mm.

Foi feita uma anamnese detalhada, fotografias intra e extra-orais e uma fase higiênica em que foi diagnosticada gengivite leve ou induzida por placa bacteriana, o índice de placa (IP) era 12,3% e o índice de sangramento à sondagem (BOP) de 3,5%.

As possíveis causas para o aparecimento da recessão gengival foram a movimentação dentária com vestibularização da raiz para fora do envelope ósseo e consequente deiscência, associado a um o biótipo gengival fino como fatores predisponentes, associados a uma gengivite induzida por placa como fator desencadeante. (24) O motivo do tratamento com recurso a cirurgia periodontal foi devido à hipersensibilidade dentária referida pelo paciente e a uma estética gengival defeituosa.



Figura 1 - Estado inicial da recessão gengival do dente 41



Figura 2 - Situação inicial após a fase higiênica

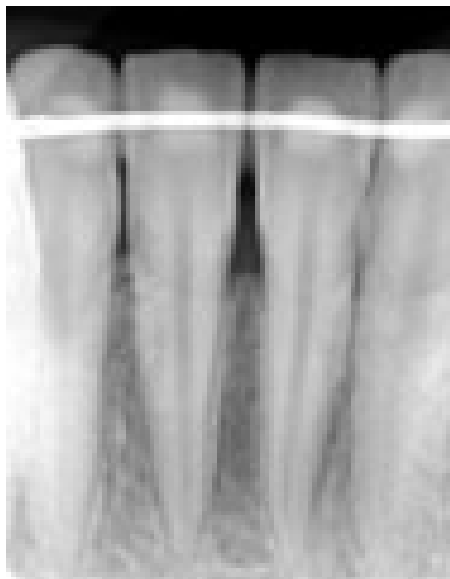


Figura 3 - Radiografia inicial

3.1.3. Diagnóstico

Recessão gengival no dente 41 compatível com classificação III de Miller.

3.1.4. Opções de tratamento

Para o tratamento deste caso clínico surgiram algumas propostas de tratamento com diferentes técnicas de cirurgia plástica periodontal:

1 – Recobrimento de Recessão Gengival com um enxerto de epitélio/conjuntivo proveniente da mucosa do palato e posteriormente um retalho pediculado (rodado)

Esta técnica foi rejeitada porque pressupõe dois tempos cirúrgicos, com consequente aumento da morbidade, pior integração estética em comparação com as outras hipóteses.

2 – Recobrimento da Recessão Gengival com recurso a um enxerto gengival livre de tecido conjuntivo proveniente do palato e posteriormente, após a cicatrização, realização de Retalho de Reposicionamento Coronal (RRC)

Esta técnica foi igualmente rejeitada pois prevê que seja executada em dois tempos cirúrgicos, com aumento da morbidade, pior integração estética e sendo que o pós-operatório pode ser mais extenso e doloroso.

3 – Recobrimento de Recessão Gengival com a técnica cirúrgica *Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access (VISTA)* e utilização de um enxerto de epitélio/conjuntivo proveniente do palato

Optou-se por utilizar a esta mesma técnica, uma vez que são necessárias menos incisões na gengiva, logo a cicatrização vai ser substancialmente melhor e os resultados do recobrimento são bastante previsíveis. A recolha de um autoenxerto de epitélio-conjuntivo (com posterior desepitelização) é feita na mucosa do palato, visto que apresenta um elevado grau de epitelização (26).

A técnica VISTA permite através de tunelizações subperiosteais um acesso minimamente invasivo, uma vez que apenas com uma simples incisão permite um acesso ao osso alveolar e às deiscências presentes na região. (26) (27)

3.1.5. Plano de Tratamento

A primeira etapa iniciou-se com a anestesia regional com anestésico articaína 4% (1:100 000) do nervo mentoniano. É de referir a importância da utilização de anestésicos com vasoconstritores, pois permitem a isquemia temporária dos tecidos e consequente hemostasia local.

Antes de iniciar a cirurgia propriamente dita, é impreterível que a porção da raiz que está exposta esteja livre de placa bacteriana, desta forma realizou-se uma destarização local, e de seguida preparou-se a superfície radicular do dente 41, fazendo uma pequena odontoplastia com o objetivo de eliminar qualquer tipo de proeminência cervical que, futuramente, poderia comprometer o sucesso do enxerto.

Em seguida, sobre a área onde ia ser feita a cirurgia, aplicaram-se tetraciclina dissolvidas em soro fisiológico. Segundo a literatura, esta aplicação tem como objetivo a remoção de “*smear layer*” da superfície que irá receber o enxerto, não havendo até ao momento evidência científica que justifique o benefício do seu uso (26).

A incisão vestibular é feita verticalmente inserido a lâmina até à zona entre o subperiósteo e osso, criando um túnel subperiósteo. É importante que a elevação do túnel seja feita para além da margem mucogengival, para permitir um reposicionamento coronal de baixa tensão da gengiva. (28) Esta técnica abrange um ou mais dentes para além do referido para o recobrimento radicular de modo imobilizar as margens gengivais e facilitar o reposicionamento coronal dos tecidos (26).

Com o objetivo de reduzir a tensão coronal no reposicionamento da gengiva, o túnel deve ter uma extensão para além da junção mucogengival, devendo englobar o sulco gengival do dente a recobrir. O elevador é posicionado entre o

osso e o periósteo ao longo da incisão vestibular, para facilitar o acesso às áreas interproximais por vestibular.

Procedeu-se à recolha do tecido conjuntivo da mucosa do palato, e à sua desepitelização. Este é um processo no qual é retirado o tecido epitelial, isolando o tecido conjuntivo, este tem de ser hidratado abundantemente com soro fisiológico durante este procedimento e, seguidamente, colocou-se no túnel subperiosteal, com um fio de sutura de Politetrafluoretileno (PTFE®) 5/0 triangular monofilamentado, não-reabsorvível de *teflon*. Após ser estabilizado o enxerto a sutura foi removida, e o complexo constituído pelo enxerto e a margem gengival foram avançados coronalmente e estabilizados na nova posição. Executou-se uma sutura de ancoragem coronal, sensivelmente a 3 mm apical da margem gengival de cada dente (26).

Após serem dadas as suturas e posicionados os nós nos sítios pretendidos, foi necessária a estabilização e fixação das suturas. Desta forma, foi colocado na face vestibular de cada dente ácido ortofosfórico, cerca de 5 segundos, enxaguando de seguida com soro fisiológico e secou-se todas essas superfícies. Posteriormente era necessário fixar as suturas às faces vestibulares dos dentes e para isso procedeu-se à técnica adesiva com adesivo e compósito *Kerr Vertise™ Flow*. Este passo tem bastante importância pois ao ser colocado compósito nos nós da sutura, mantém a mesma suspensão e permite que a cicatrização seja iniciada o mais para coronal possível (26).

Após a cirurgia foram prescritos ao paciente um analgésico, *Paracetamol*, 1000mg (8 em 8 horas) intercalando com um Anti-inflamatório, *Ibuprofeno*, 600mg (12 em 12 horas), assim como dois bochechos diários com clorhexidina durante três semanas. O paciente foi submetido a um controlo periodontal regular por um período de 6 meses.

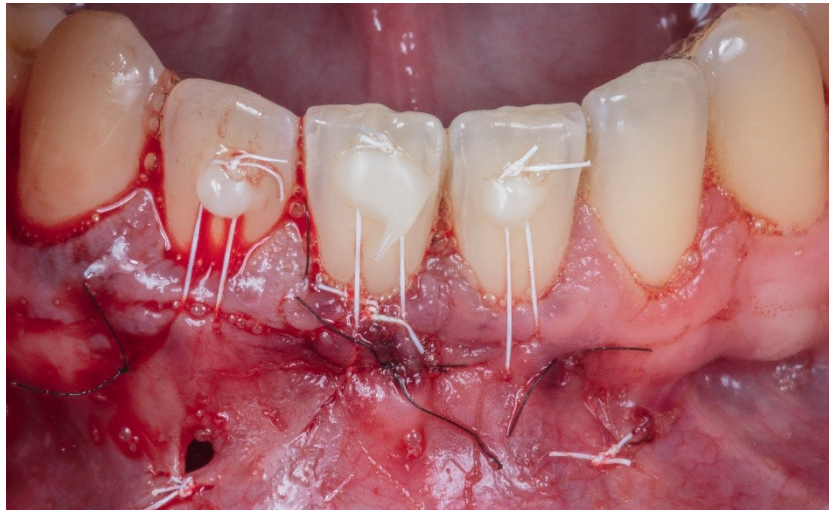


Figura 4 - Situação final após a sutura com compósito flow



Figura 5 - Situação pós-operatória 2 semanas após a cirurgia



Figura 6 – Follow up 3 meses após a cirurgia



Figura 7 - Follow up 6 meses após a cirurgia

3.1.6. Discussão

A técnica VISTA comprovou ser uma alternativa viável às técnicas tradicionais de cirurgia periodontal, sendo que os resultados clínicos demonstrados, sobretudo no caso apresentado anteriormente, corroboram esta afirmação.

A semelhança do resultado final entre esta e outras técnicas é perceptível, mas o que faz da técnica VISTA possuir vantagem em relação às demais é o facto de serem necessárias menos incisões durante a cirurgia, a dissecação subperiosteal dos tecidos que é feita reduz consideravelmente a tensão que possa surgir na margem gengival durante o avanço coronal e, ao mesmo tempo, mantém a integridade anatómica das papilas interdentárias o que acarreta aspetos extremamente positivos no que à cicatrização diz respeito, pois há um maior aporte sanguíneo na zona onde é colocado o enxerto de epitélio conjuntivo. (26)

As suturas fixadas à face vestibular dos dentes previnem recidivas apicais da margem gengival durante os estágios iniciais da cicatrização. No caso clínico apresentado, a migração apical da margem gengival durante os primeiros seis meses após a cirurgia foi mínima ou inexistente. (29) Uma desvantagem comum a todas as propostas de tratamento apresentadas para este caso prende-se com a remoção do enxerto de tecido conjuntivo, pois na mesma cirurgia passam a existir dois locais cirúrgicos distintos e o desconforto para o paciente vai também ser maior. Hoje em dia existem algumas soluções, como é o caso das membranas de colagénio que poderão tornar o procedimento menos invasivo, no entanto os resultados têm sido inferiores às técnicas com tecidos autólogos. (30)

3.1.7. Conclusão

Existe um leque de opções para o tratamento de recessões gengivais, alguns dos quais são mais adequados para recessões localizadas, e outros para recessões múltiplas.

Sabe-se que a doença periodontal é uma das patologias que mais afeta a população mundial, e de braço dado com esta patologia surgem muitas vezes as recessões gengivais, pelo que o problema não é de agora.

A técnica VISTA, utilizada para o tratamento deste caso clínico, provou ter fortes argumentos quer funcionais quer estéticos para o recobrimento de recessões gengivais, sejam elas unitárias ou múltiplas.

A técnica supracitada tem uma enorme vantagem, visto ter um grau de previsibilidade incomparável com as demais, o que tem sido um dos principais alicerces para que seja uma aposta válida para os Médicos Dentistas no tratamento deste tipo de enfermidades.

3.2. Caso Clínico – Reabilitação com ORPD (*Overlay* com Prótese Parcial Removível) e *attachments* supra radiculares de bola nos dentes caninos

3.2.1. Introdução

Paciente apresenta-se na consulta de Prostodontia Removível da Clínica Universitária no dia 11 de outubro de 2017 com objetivo de fazer uma reabilitação com próteses em ambas as arcadas gastando o menos possível e querendo uma solução minimamente duradora. Após ser feita a inspeção clínica conseguimos ver que estamos perante um caso de desgaste dentário severo, compatível com bruxismo excêntrico. Já haviam sido perdidos grande parte dos dentes posteriores e os dentes anteriores encontravam-se extremamente desgastados, por exemplo, na maxila os incisivos já não tinham bordos incisais, mas sim faces oclusais.

Após a revisão de alguma literatura (31), esta diz-nos que o desgaste dentário pode ter duas etiologias distintas.

Uma delas pode ocorrer devido a um processo fisiológico natural, quando esse desgaste é de cerca de 29 μm nos dentes molares e 15 μm nos dentes pré-molares por cada ano (31).

Quando o desgaste dentário é acelerado por meio de fatores endógenos ou exógenos, onde os valores “*standard*” são superiores e excede o nível esperado relativamente à idade do paciente, estamos perante um processo patológico (31).

Segundo Fonseca J. *et al* (31), o desgaste dentário causado por uma parafunção é três vezes mais rápido que o desgaste fisiológico.

O desgaste dentário pode ser classificado em três tipos:

1- Erosão, onde o desgaste ocorre devido a processos químicos, sem ação bacteriana. 2- Atrição, processo onde a estrutura dentária é perdida por desgaste de faces do dente ou de restaurações causado pelo contato dentário durante a atividade funcional ou parafuncional dos dentes. 3- Abrasão, é a perda de

estrutura dentária causada pela fricção de estímulos externos, está muitas vezes associada à má técnica de escovagem e/ou escovagem agressiva. (31)

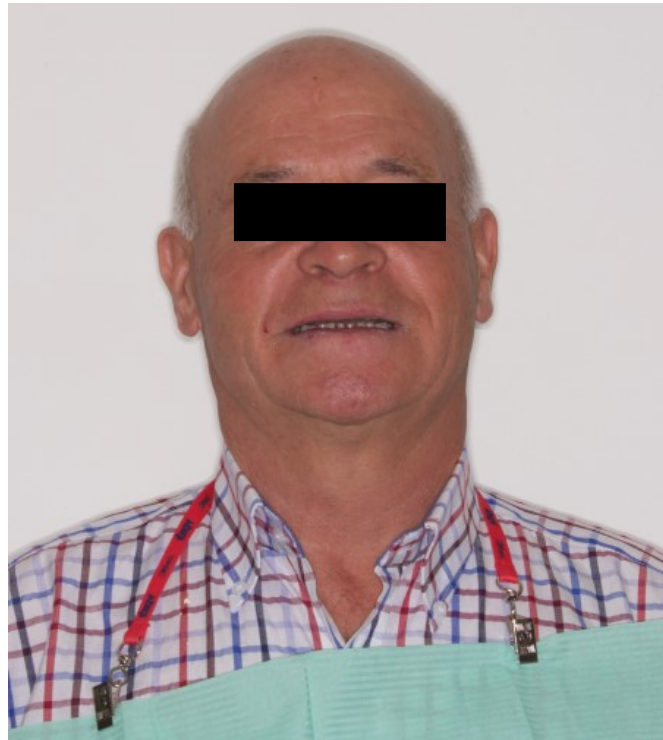


Figura 8 - Fotografia inicial em sorriso



Figura 9 - Radiografia Panorâmica



Figura 10 - Vista frontal em Intercuspidação Máxima

3.2.2. Caso Clínico

Homem de 69 anos.

Com antecedentes de hipertensão, dores de estômago espontâneas e alérgico à penicilina. Refere alguns antecedentes dentários como perda da maioria dos dentes posteriores em ambas as arcadas, após o preenchimento do periodontograma foi diagnosticada gengivite induzida por placa, no 5º sextante com periodontite crônica leve e xerostomia. Vem à consulta referindo que queria uma reabilitação com próteses em ambas as arcadas.

Posto isto, as opções de tratamento não eram abundantes, visto que qualquer solução que envolvesse o uso de implantes ou prótese fixa muito possivelmente iria ser recusada pelo paciente.

Tendo em conta as condicionantes exigidas pelos, a hipótese de tratamento mais sensata foi a solução descrita no ponto uma das opções de tratamento.

Esta possibilidade de tratamento foi discutida entre a equipa de Prótese Removível e os alunos.

Foi então proposto ao paciente a solução de tratamento que incluía uma prótese parcial removível com um reforço metálico denominada de ORPD (*Overlay removable partial dentures*) e *attachments* supra radiculares de bola nos dentes

13 e 23 como meio auxiliar de retenção, isto na maxila, e uma prótese esquelética com quatro dentes para a mandíbula.

O paciente aceitou o plano de tratamento e o orçamento.

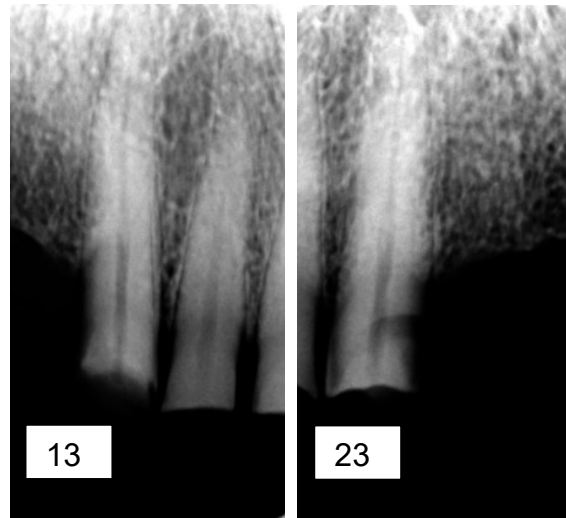


Figura 11 - Radiografia dos dentes pilares 13 e 23

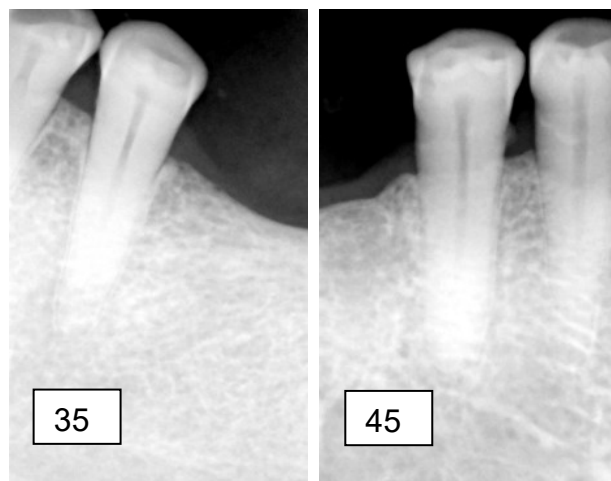


Figura 12 - Radiografia dos dentes pilares 35 e 45

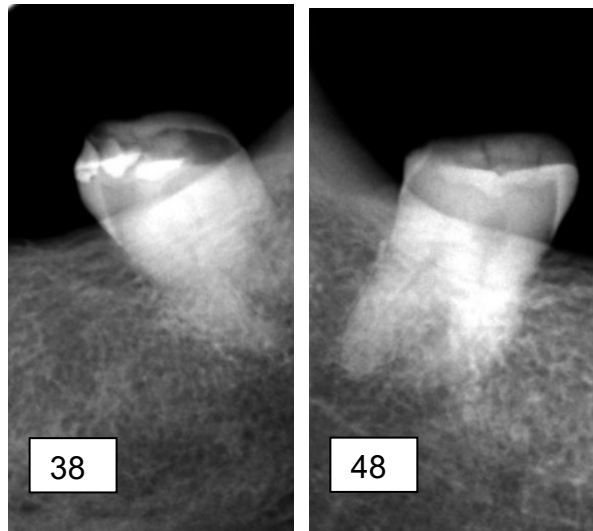


Figura 13 - Radiografia dos dentes pilares 38 e 48

3.2.3. Diagnóstico

Paciente com patologia compatível com bruxismo excêntrico, e segundo a classificação de Kennedy, na maxila estamos perante uma Classe I e na mandíbula uma classe III divisão 2.

3.2.4. Diversos métodos de tratamento

Tendo em conta o caso clínico em estudo, onde se observa um desgaste dentário considerável devido ao bruxismo excêntrico, estamos perante um caso compatível com uma reabilitação onde seja necessário o aumento a DVO (Dimensão Vertical de Oclusão). Segundo alguma literatura, um aumento moderado da DVO é bastante bem tolerado por parte dos pacientes. (32)

Surgiram algumas propostas de tratamento.

1. Na maxila uma ORPD com *overlay* metálico que se estende até ao palato, *attachments* suprarradicular de bola nos dentes 1.3 e 2.3 e posterior confecção de prótese total acrílica com 14 dentes. Na mandíbula uma prótese parcial removível classe III div. 2 de *Kennedy*.

Este tratamento é uma das possíveis soluções menos invasivas, mais conservadora e economicamente viável e que permite uma reabilitação estética e funcional aceitável. (31) Como desvantagem poderemos ter perda de retenção por parte dos encaixes suprarradiculares de bola, uma possível migração dos tecidos nos flancos distais da prótese o que pode levar a uma menor adaptação da mesma, e exige ao paciente uma rigorosa higienização dos remanescentes dentários.

2. Colocação de implantes nas zonas desdentadas e coroas nos dentes ainda existentes, necessário aumento da DVO, e realização de goteira no final do tratamento.

Algumas vantagens deste tratamento são ser uma solução fixa, conseguir aliar a isso uma boa estética, na medida em que a colocação de coroas cerâmicas são bem aceites pelos pacientes. Relativamente às desvantagens esta solução é extremamente invasiva, devido ao procedimento cirúrgico para colocação dos implantes, outra desvantagem desta solução é que os dentes superiores possuem um elevado grau de desgaste o que iria dificultar a colocação de coroas tendo em conta que ao desgastar os dentes iriam ficar sem estrutura suficiente para cumprir o princípio do anel de reforço que exige 2mm de altura e 1mm de espessura do remanescente (19). Por último a colocação de implantes não prevê uma solução de longa duração, isto porque as complicações podem aparecer logo após a sua colocação ou, posteriormente, quando a prótese sobre o implante já se encontra em função há algum tempo. As falhas podem surgir num implante que teve uma boa osseointegração, que se encontrava estável e em função, mas que por motivos de sobrecarga oclusal e/ou infeções provocadas pela infiltração de bactérias na zona ao redor afetam de forma preponderante o insucesso destes tratamentos. (33)

3. Extrações maxilares e sobredentadura sobre implantes ou prótese total convencional

Estes dois tratamentos preveem o uso de implantes como solução base, e segundo a literatura (34) para que um tratamento deste nível tenha sucesso é necessário que haja por parte do médico dentista um planeamento cirúrgico e protético muito detalhado, e onde os princípios oclusais sejam equilibrados para que haja uma carga oclusal balanceada sobre todos os dentes.

Como principal desvantagem é que esta é uma solução extremamente invasiva devido à extração de todos os dentes maxilares e a longo prazo poderia vir a ter insucesso devido ao abaulamento ósseo que ia surgir após as extrações maxilares.

Outra desvantagem para esta hipótese de reabilitação é o elevado custo, pois em comparação com as outras soluções, o orçamento é consideravelmente maior.

3.2.5. Plano de Tratamento

Numa primeira consulta foram realizadas impressões com alginato e moldeiras nº4 para a confeção de modelos de estudo com gesso ventura stone (tipo III), fotografias intra e extra-orais e montagem de arco facial para posterior colocação em articulador semi-ajustável, uma vez que devido à diminuição da DVO era necessário, conseqüentemente, um ligeiro aumento da mesma, modificando assim a oclusão do paciente (Figura 10). Após avaliação do caso, ponderaram-se diferentes opções terapêuticas, tais como o uso de implantes ou com uma solução utilizando um ORPD. Deste modo e tendo em conta as pretensões do paciente, propôs-se reabilitar a nível maxilar com uma sobredentadura dento-suportada com encaixes suprarradiculares de bola nos dentes 13 e 23, e a nível mandibular com uma prótese parcial removível esquelética convencional. Foi entregue ao paciente um orçamento de tratamento que foi aceite, prosseguindo-se ao tratamento planeado.

Numa primeira fase foi necessário endodonzar os dentes 13 e 23 para posteriormente colocação dos encaixes suprarradiculares de bola. Após este

tratamento, desobturou-se cada canal dos dentes 13 e 23 com recurso a brocas de Peeso nº 2, 3 e 4, até 4mm a nível apical (Figura 16). Posteriormente, preparou-se os dentes 13 e 23 desgastando-se até ao nível da margem gengival, e biselando-se tanto na zona externa do dente como na zona interna (a nível do canal).

Para a realização das impressões dos canais colocou-se um espigão de plástico em cada canal, adaptando-se a margem. De seguida colocou-se silicone regular light (Provil®) dentro dos canais e posteriormente colocou-se o espigão no respetivo canal, reforçando a quantidade de silicone na zona externa. Numa moldeira nº4 preencheu-se com silicone putty (Provil®) para se realizar a impressão de arrasto dos espigões e assim enviar para o laboratório para a confeção dos encaixes suprarradiculares de bola. (Figuras 18, 19, 20)

Na consulta seguinte, foi realizada a prova dos encaixes, verificando-se a devida adaptação e retenção dentro dos respetivos canais, bem como a sua adaptação a nível marginal das preparações dentárias. Os dentes superiores anteriores (12, 11, 21, 22) foram também preparados, arredondado-se os bordos dos mesmos para posterior recobrimento pelo esqueleto metálico, até cerca de 2,5mm da linha marginal vestibular, para desta forma ficarem esteticamente ocultados pelos dentes protéticos. Após estes passos realizou-se uma impressão com alginato e moldeira nº4. Consistiu numa impressão de arrasto, trazendo os encaixes suprarradiculares de bola (que estavam colocados nos respetivos canais), para posterior confeção dos modelos para a realização da prótese em si. Já na impressão e antes de vazar a gesso (tipo III), os encaixes foram vaselinados para facilitar a sua saída numa fase posterior. (Figura 21, 22) Nesta mesma consulta, foram realizados nichos nos dentes 38 por mesial e distal, 35 por distal, 45 por distal e 48 por mesial e distal. Foi também realizada uma impressão a alginato da arcada inferior de modo a imprimir os nichos realizados para a confeção da prótese.

Em seguida, foi realizada a prova do esqueleto da prótese superior e inferior, verificando-se o registo intermaxilar, linha média, sorriso. A cera de registo do esqueleto estava ligeiramente mais elevada relativamente à estrutura metálica que preenchia os dentes anteriores superior. Desta forma, ao ocluir verificou-se o aumento da DVO que se pretendia. Nesta mesma consulta foi também

escolhida a cor A3 da escala *vita* tradicional (Figura 24, 25, 26, 27). Na consulta seguinte, realizou-se a prova de dentes de ambas as arcadas, com verificação da oclusão, o paciente sentia-se bem com o aumento da DVO realizado, e da cor escolhida (Figura 31, 33).

Após as provas necessárias, as próteses foram confeccionadas, sendo colocadas em boca. Para a colocação da prótese superior foi necessário primeiramente a cimentação definitiva com Ketac Cem 3M® dos encaixes suprarradiculares de bola nos respetivos canais. Os encaixes foram revestidos de modo a estarem isolados e evitar o extravasamento de cimento para a prótese quando colocada em boca para assim manter os encaixes na sua correta posição enquanto o cimento ganhava presa. (Figura 32) Posteriormente a colocação da prótese superior, foi colocada a prótese inferior, sendo apenas necessário um ajuste no nicho distal do dente 35. (Figura 32) Nesta última consulta foram dadas recomendações ao paciente, tais como, fazer o descanso noturno da prótese inferior, mas o mesmo não se aplica à prótese superior. Fazer o descanso desta, mas apenas de dia durante, aproximadamente, uma hora para evitar o desgaste dos encaixes. Higienizar devidamente as próteses, e principalmente os remanescentes dentários superiores.

A primeira semana após terem sido colocadas as próteses realizou-se a 1ª consulta de controlo. Relativamente à prótese superior, o paciente não apresentava queixas. No entanto, no que concerne à prótese inferior, este queixava-se na zona desdentada do terceiro quadrante, coincidente com uma ligeira úlcera traumática. Desta forma, foi desgastada a prótese nesta zona, aliviando a pressão, e foi prescrito ao paciente elugel para colocar de manhã e ao deitar. Nas duas semanas seguintes a este primeiro controlo, o paciente dirigiu-se à consulta com queixas relativamente à prótese inferior, sendo que desta vez encontra-se com ligeiras úlceras traumáticas na zona desdentada do quarto quadrante. Foram aliviadas as respetivas zonas, e verificou-se a oclusão nesta zona, aliviando-se contactos existentes mais fortes. Novamente foi indicado ao paciente a colocação de elugel para ajudar na cicatrização das úlceras.



Figura 16 - Desobturação dos dentes 13 e 23



Figura 17 - Vista oclusal da Impressão dos canais radiculares dos dentes 13 e 23



Figura 18 - Impressão em silicone dos canais



Figura 20 - Dentes 1.3 e 2.3 após o desgaste até à margem gengival



Figura 19 – Vista frontal e oclusal dos encaixes suprarradiculares de bola



Figura 22 - Encaixes suprarradiculares de bola em boca



Figura 21 - Vista oclusal da impressão de arrasto dos encaixes



Figura 23 - Vista oclusal do esqueleto da prótese superior



Figura 24 - Vista frontal da prova de esqueleto



Figura 25 - Vista oclusal do esqueleto da prótese inferior



Figura 26 - Escolha da cor



Figura 27 - Vista oclusal do esqueleto da prótese inferior em boca



Figura 28 - Vista frontal do esqueleto em modelo de gesso



Figura 29 - Vista oclusal da prótese superior com os dentes



Figura 30 - Vista oclusal da prótese inferior com os dentes



Figura 31 - Vista frontal da prova de dentes em boca



Figura 32 - Vista oclusal da cimentação dos encaixes suprarradiculares



Figura 33 - Vista frontal final



Figura 34 - Fotografia pré e pós-reabilitação vista frontal



Figura 35 - Fotografia pré e pós-reabilitação vista lateral

3.2.6. Discussão

A opção de tratamento que foi escolhida para este caso clínico demonstrou ser um método bastante conservador, e que conseguiu aliar uma estética aceitável com uma reabilitação funcional. (31)

Esta é uma técnica algo esquecida por parte dos Médicos Dentista, mas comprovou ter o seu potencial mesmo quando equiparada com formas mais usuais de fazer reabilitações, sobretudo com o recurso a coroas e implantes. Embora tenha algumas vantagens, este tratamento também possui desvantagens, e até mesmo inconvenientes como por exemplo, quando o paciente retira a prótese maxilar a estética fica comprometida e não é propriamente confortável tendo em conta a existência dos encaixes suprarradiculares de bola sobre os dentes caninos.

Outra desvantagem é, a médio prazo, o possível comprometimento dos dentes pilares, no caso os caninos, tanto a nível de surgimento de cárie dentária como também a nível periodontal, com uma eventual progressão da doença periodontal e visto já existir pode tornar-se um risco real.

Sendo este um caso compatível com bruxismo excêntrico, é de extrema importância que ao finalizar o tratamento fosse feita uma goteira, pois esta pode tem como finalidade prevenir o desgaste dentário, faz uma gestão da disfunção mandibular (reduzindo a dor), e protege as novas restaurações, que no caso são a nova prótese da parafunção (bruxismo). (35)

3.2.7. Conclusão

Segundo a literatura, não há um consenso quanto aos casos de desgaste dentário, mas a ideia geral que fica é que é sempre preferível “prevenir do que remediar”, para isso acontecer convém a patologia ser diagnosticada numa fase precoce para que as consequências não sejam tão graves e a intervenção não tenha de ser tão evidente.

Este tratamento mereceu por parte dos estudantes e da equipa de Prótese Removível uma cuidada avaliação dos riscos e benefícios e custos para o paciente.

Por fim, o tratamento efetuado neste caso, com recurso a ORPD, mostrou ser uma alternativa viável, conservadora, pouco invasiva e sobretudo a um preço acessível tendo em conta as outras soluções apresentadas.

As pretensões do paciente foram atingidas e até mesmo as suas expectativas quanto ao resultado final foram superadas.

3.3. Caso Clínico – Ponte metalocerâmica antero-superior de 6 elementos

3.3.1. Introdução

Paciente apresenta-se na consulta de Prostodontia Fixa da Clínica Universitária no dia 20 de setembro de 2017, reencaminhada da consulta externa com o objetivo de avaliar as duas coroas dos incisivos centrais superiores (11 e 21). As coroas presentes eram acrílicas unitárias, ambas com espigão metálico fundido e com os respectivos remanescentes dentários endodunciados. Após ser elaborada a anamnese, a única queixa da paciente era referente à falta de retenção da coroa do dente 21.

A literatura apresenta uma taxa de sucesso elevada em dentes endodunciados posteriormente reabilitados com recurso a espigão fundido, embora esta taxa seja baseada num período a curto-médio prazo (até 6 anos). (36) Segundo o que foi apurado durante a anamnese as coroas já estavam em boca há quase trinta anos, e após serem retiradas foi possível observar que os remanescentes dentários estavam totalmente cariados.

Existem algumas complicações transversais na Medicina Dentária, e, a prótese fixa, não é exceção. Fatores como a cárie dentária, perda de retenção, doença periodontal, necessidade de tratamento endodôntico, fratura da prótese, fratura do remanescente dentário. (37) Após exame clínico intra-oral dos remanescentes dentários (Figura 38) e da avaliação radiográfica (Figura 37), conclui-se que a única solução para os remanescentes era a sua extração, esse dado teve extrema importância na elaboração de um plano de tratamento, sempre de acordo com as pretensões da paciente, que se prendiam sobretudo com a questão estética.



Figura 36 - Fotografia Inicial em sorriso



Figura 37 - Radiografia Panorâmica



Figura 38 - Vista frontal da condição clínica inicial intra-oral em intercuspidação máxima

3.3.2. Caso Clínico

Mulher, de 51 anos, saudável, apresentou-se na consulta da Clínica Universitária para substituição de duas coroas acrílicas dos dentes 21 e 11, feitas há cerca de 30 anos.

A recolha de dados envolveu: anamnese, exame clínico intra e extra oral, *status* radiográfico, fotografias intra e extra orais e obtenção de modelos de estudo que posteriormente foram montados em articulador semi-ajustável.

O plano de tratamento elaborado tentou ir ao encontro das pretensões da paciente, que no caso, rejeitou a opção dos implantes alegando o motivo financeiro como entrave, e a solução removível apresentada não fazia parte das hipóteses da paciente, embora fosse vantajoso em termos monetários, mas o fato de ter uma prótese removível numa zona estética foi suficiente para fazer a paciente abdicar deste tratamento.

A última solução apresentada foi do agrado da paciente, pois dava garantia de estética (ponto crucial após conversa com a paciente), robustez, longevidade e a nível financeiro não houve qualquer obstáculo.

A proposta foi uma ponte metalocerâmica antero-superior de 6 elementos com pilares a serem os dentes 12; 13; 22; e 23, com aumento da DVO de 2mm, pois a oclusão não era estável e caso isto não fosse garantido, poderia pôr em risco a futura reabilitação.



Figura 39 - Vista frontal após serem retiradas as coroas as coroas



Figura 40 - Radiografia dos dentes 11; 12; 13; 21; 22; 23

3.3.3. Diagnóstico

Paciente apresenta duas coroas acrílicas com espigão metálico nos dentes 11 e 21, com perda de retenção e com os remanescentes dentários indicados para extração.

3.3.4. Opções de tratamento

1. Colocação de dois implantes nos incisivos centrais (após exodontia dos cotos dos dentes 11 e 21) e posterior reabilitação com coroas em cerâmica monolítica ou zircônia.

A literatura diz-nos que a reabilitação implanto-suportada é hoje uma possibilidade terapêutica com uma elevada taxa de sucesso e duração, no entanto apresenta algumas limitações estéticas quando comparadas à reabilitação em dentes naturais. (38) Essas limitações prendem-se sobretudo com o acompanhamento da margem gengival numa reabilitação com implantes, pode não ficar estético e ficar um “gap” entre a coroa e a margem gengival.

Uma reabilitação num setor como este tem obrigatoriamente de privilegiar ao máximo a estética, e a função. (38)

2. Prótese Removível Acrílica, classe IV curta de Kennedy no setor anterior para substituição das coroas dos incisivos centrais.

A literatura não descreve qualquer caso deste género tratado com recurso a prótese parcial removível, apenas é consensual que as classes IV de Kennedy são as menos utilizadas. (39) Esta opção foi posta de parte pois a paciente fez questão de referir que queria uma solução fixa.

3. Reabilitação do setor anterior superior com recurso a prótese fixa, nomeadamente uma ponte metalocerâmica de 6 elementos cujos os pilares seriam os dentes caninos e incisivos laterais (1.2; 1.3; 2.2; 2.3). Aumento de DVO de 2mm.

As próteses fixas metalocerâmicas são das mais usadas na reabilitação oral, isto porque têm uma enorme versatilidade aliada a uma estética e resistência muito satisfatórias. Este tipo de tratamento requer por parte do clínico uma experiência e minúcia em todas as fases do tratamento, desde o diagnóstico, plano de tratamento e até mesmo à cimentação da ponte. (40)

Uma outra hipótese de tratamento semelhante a esta, poderia ser uma ponte apenas em cerâmica, mas tendo em conta que a paciente tem alguma musculatura que pressupõe uma mordida forte, e em discussão com os Docentes da Área de Prostodontia Fixa, optou-se por não apresentar esta solução.

3.3.5. Plano de tratamento

Numa primeira consulta foram realizadas impressões a alginato e moldeira nº4 para modelos de estudo, fotografias intra e extra-orais, e montagem de arco facial para posterior colocação em articulador semi-ajustável uma vez que poderia ser possível modificar a oclusão da paciente.

Após a entrega do orçamento, aceite pela paciente, o caso foi estudado minuciosamente em conjunto com o laboratório. Foram realizados uns modelos em que os dentes, de canino a canino, superiores foram substituídos por dentes de prótese para assim ter uma ideia mais clara de como poderia ficar a prótese. Nesta fase foi também aumentada a DVO, encerando-se uns blocos em cera na face palatina dos dentes de prótese (12,13,22,23). Depois deste modelo estar pronto, foi realizada uma matriz de policarboxilato, servindo de guia aquando a realização dos preparos.

Numa consulta seguinte, realizaram-se as extrações dos remanescentes dos dentes 11 e 21, que teve a particularidade de não ser utilizado sindesmótomo para uma melhor preservação das papilas e, posteriormente, realizaram-se os preparos nos dentes pilares 12, 13, 22, 23 (Figura 41) e confeccionou-se o provisório com base na matriz de policarboxilato previamente feita. O material

utilizado para a confecção da ponte provisória foi o Acrílico TRIM® Bosworth (Figura 41).

Devido ao facto de o provisório estar constantemente a fraturar na zona do preparo do dente 13, foi necessário retificar os preparos por falta de redução. Para além disso, o paralelismo entre preparos não estava totalmente correto, o que também foi melhorado através da retificação dos mesmos. Foi feita uma técnica de impressão de dupla mistura, colocando e adaptando silicone putty (Provil®) numa moldeira nº2, e por cima deste foi colocado silicone light (Provil®) na região anterior (de canino a canino). Desta forma realizou-se assim a impressão definitiva da arcada superior, para posterior confecção dos modelos de gesso com o fim de enviar ao laboratório. Foi, assim, pedido ao laboratório que realizasse umas coifas nos dentes em questão para ser possível realizar uns enceramentos em bloco na face palatina, onde a paciente iria ocluir. Estes enceramentos foram feitos com cera estética e cera proveniente do laboratório. Posteriormente foi enviado ao laboratório para assim confeccionarem a estrutura metálica com base nas coifas e enceramentos feitos.

Após a realização da infraestrutura metálica foi feita a prova da mesma em boca, verificando-se que, para a sua inserção, era necessário primeiro adaptar nos preparos do segundo quadrante e só depois nos do primeiro, relevando alguma falha no paralelismo entre preparos. Depois de se adaptar a infraestrutura, foi retificada a sua adaptação marginal, tanto em vestibular como palatino, a qual se encontrava correta. Também se verificaram os contactos oclusais, chegando à conclusão de que estavam corretos. Desta forma, foi decidido que se poderia avançar para a prova de cerâmica. A escolha da cor foi efetuada em conjunto com a paciente e, uma vez que a mesma queria uns dentes mais brancos do que os seus dentes naturais, optou-se pela cor A1 da escala vita tradicional. (Figura 44, 45, 46, 47)

Na consulta seguinte, colocou-se a infraestrutura em boca e verificou-se que havia exposição metálica na região das ameias, e que os incisivos centrais tinham uma distância mesio-distal mais pequena comparativamente com os incisivos laterais, o que não é natural. Sendo assim, em conversa com a protésica, foi pedido para que aumentassem a distância medio-distal dos incisivos centrais e diminuir a dos incisivos laterais, bem como vestibularizar

ligeiramente os dentes de forma a mascarar o metal exposto. No que toca a cor foi pedido a colocação de um tom um pouco cinzento. Relativamente à oclusão continuava tudo correto. (Figura 49, 50, 51)

Para a cimentação definitiva da ponte, numa primeira fase da consulta limpou-se os preparos com destartarizador para remover os restos de cimento provisório. Colocou-se a estrutura em boca de forma a verificar se as alterações pedidas ao laboratório estavam corretas, verificando-se que sim. Desta forma, procedeu-se à cimentação definitiva da ponte de seis elementos com Ketac Cem 3M®, removeu-se os excessos e verificou-se a oclusão que continuava correta. Realizaram-se de fotografias intra e extra orais para possível comparação do pré e do pós tratamento. (Figura 52, 53, 54)



Figura 41 - Vista oclusal dos preparos dentários



Figura 42 - Vista frontal da 1ª ponte provisória



Figura 43 - Vista frontal da ponte provisória após 1 mês



Figura 44 - Vista frontal da infraestrutura montada em articulador semi-ajustável



Figura 45 - Vista oclusal da infraestrutura



Figura 46 - Vista oclusal da prova da infraestrutura em boca



Figura 47 - Escolha da cor



Figura 48 - Vista oclusal da prova de cerâmica montada em articulador semi-ajustável



Figura 51 - Vista frontal da prova de cerâmica montada em articulador semiajustável



Figura 50 – Vista frontal da prova de cerâmica em boca



Figura 49 - Vista oclusal da prova de cerâmica em boca



Figura 52 - Vista frontal da ponte cimentada



Figura 53 - Vista oclusal da ponte cimentada



Figura 54 - Fotografia da situação inicial e final

3.3.5. Discussão

A opção de tratamento escolhida para a reabilitação deste caso clínico não foi consensual entre os docentes da área disciplinar. É um caso de dificuldade clínica elevada para ser reabilitado no pré-graduação e que envolve princípios estéticos, fonéticos e oclusais ainda em aprendizagem pelos alunos. Pelos motivos apresentados, a reabilitação demorou mais do que seria expectável (cerca de 9 meses) e os alunos sentiram-se com poucos conhecimentos, teóricos e práticos, para a sua realização.

Inicialmente, a opção de tratamento sugerida à paciente, na consulta externa, foi a colocação de dois implantes nas zonas dos dentes 11 e 21 mas, por motivos financeiros, a mesma não aceitou e foi reencaminhada para a consulta de Prostodontia Fixa para que os alunos avaliassem e dessem uma alternativa para reabilitar.

Uma das mais valias desta reabilitação passou por promover novos contatos anteriores apoiados na infraestrutura metálica o que consequentemente originou um aumento da DVO, tornando a oclusão da paciente melhor do que o estado inicial. No fim, acabou por se conseguir obter uma solução fixa e esteticamente melhor comparativamente com a situação inicial observada na consulta de diagnóstico.

A principal desvantagem passou pela necessidade dos alunos pelo auxílio permanente dos docentes, uma vez que ainda não têm experiência suficiente para a realização de um caso tão complexo como este. Consequentemente, a resolução terapêutica do caso acabou por ser arrastada, resultando num plano de tratamento com uma duração aproximada de nove meses. Sendo assim, os alunos terminaram o caso com a sensação de pouca aprendizagem, devido à sua elevada complexidade aliada à inexperiência dos alunos.

3.3.6. Conclusão

Após a resolução do caso clínico, os alunos sentiram um relativo desânimo, uma vez que, devido ao nível elevado de complexidade do plano de tratamento, acabaram por aprender menos, comparativamente a outros colegas que, estando a iniciar a prática clínica na cadeira de Prostodontia Fixa, iniciaram casos clínicos mais simples, sendo capazes de os resolver de forma mais autónoma. Tal não aconteceu na realização deste plano de tratamento.

A aprendizagem que o autor retirou deste caso para o futuro é que é necessária sensatez aquando da tomada de decisão para iniciar casos de complexidade tão elevada, sendo necessária uma preparação e conhecimento prévios de todos os procedimentos efetuados neste processo.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

1. Slavkin HC. Evolution of the scientific basis for dentistry and its impact on dental education: past, present, and future. *J Dent Educ.* 2012;76(1):28–35.
2. Kamran A, Bakhteyar K, Heydari H, Lotfi A, Heydari Z. Survey of Oral Hygiene Behaviors , Knowledge and Attitude among School Children : A Cross-Sectional Study from Iran. *Int J Health Sci (Qassim).* 2014;2(2):83–95.
3. Li X, Kolltveit M, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev.* 2000;13(4):547–58.
4. Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011; Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS
5. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, Despacho nº686/2014. *Diário da República, 2ª série.* 2014;10:1242.
6. Cancro Oral. Ordem dos Médicos Dentistas. Available from: <https://www.omb.pt/publico/cancro-oral/>
7. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional De Saúde 2011-2016. *Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar.* Direcção-Geral da Saúde. 2010;28. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omb.pdf>
8. Ordem dos Médicos Dentistas. *Os Números da Ordem 2017.* 2017. p. 44.
9. Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. *Manual of Dental Practice.* Council of European Dentists. 2015; 1–420.
10. Associação Empresarial de Portugal. *Atlas de Oportunidade|Ficha de País|Holanda.* *Heal Port.* 2013;1–30.

11. Rietrae BT. Dental care in the Netherlands - A basic overview. 2016.
12. Discover the world's top universities that specialise in Dentistry with the QS World University Rankings by Subject 2017. QS Top Univ. Available from: <https://www.topuniversities.com/university-rankings/university-subject-rankings/2017/dentistry>
13. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da Saúde Oral. 2017;
14. Dental care in the Netherland. Expatica. Available from: https://www.expatica.com/nl/healthcare/Dental-care-in-the-Netherlands_104612.html
15. Almeida IF. Determinantes de Saúde Oral Evidência para Portugal. Tese para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária apresentada à Universidade Lisboa. 2016;
16. Peterson L, Ellis E, Hupp J TM. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea 4ªedição. 2005.
17. American Academy of Pediatric. Definitions and Scope of Pediatric Dentistry. 2011. 33 (6): 2-349.
18. Okeson JP. Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão 7ªEdição. 2000.
19. Shillenburg J, Herbert T, *et al.* Fundamentos de Prótese Fixa, Quintessence, 4th Edition. 2007.
20. Van Der Velden U. The Dutch periodontal screening index validation and its application in the Netherlands. J Clin Periodontol. 2009;36(12):1018–24.
21. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. Periodontol 2000. 2012;58(1):10–25.
22. Chambrone L, Chambrone LA, Frias EGV, Antonio M, Gonzalez S, Mancini E, *et al.* Evidence-Based Periodontal and Peri-Implant Plastic Surgery. 2015. 45-145 p.
23. Akram Z, Khawaja NA, Rashid H, Vohra F. Sub-epithelial connective

- tissue graft and enamel matrix derivative in the management of a localized gingival recession defect: A case report. *Saudi J Dent Res* [Internet]. 2016;7(2):147–52.
24. Satisha TS, Malali VV., Jha AK, Chopra SS, Rath SK. Interdisciplinary management of gingival recession associated with traumatic anterior malocclusion with orthodontics and periodontal plastic surgery. *Med J Armed Forces India* XXX. 2012;71:1-3.
 26. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011;31(6):653–60.
 27. Reddy Professor Head S, MGS Reader Reader P, Bhowmik Sr Lecturer N, Singh Sr Lecturer S, Rashid Pandit H, Post Graduate Student VS, et al. Vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA) with platelet rich fibrin (PRF) and connective tissue graft (CTG) in the management of multiple gingival recession-A case series. *Int J Appl Dent Sci IJADS*. 2016;2(24):34–7.
 28. Zuhr O, Bäumer D, Hürzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: Critical elements in design and execution. *J Clin Periodontol*. 2014;41:S123–42.
 29. Anirban Chatterjee, Ena Sharma, Gayatri Gundanavar SKS. Treatment of multiple gingival recessions with vista technique: A case series. *J Indian Soc Periodontolgy*. 2015;19(2):232–5.
 30. Abdullah E, Idris A, Saparon A. Papr reduction using scs-slm technique in stfbc mimo-ofdm. *ARPJ J Eng Appl Sci*. 2017;12(10):3218–21.
 31. Alveolar H, Maintenance S. *Continuing Education* 1. 2011;33:14–24.
 32. Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2000;83(3):392–5.
 33. Lopes AC, Rezende CEE, Fernandes M dos S, Weinfeld I. Infiltração

- bacteriana na interface implante/pilar: considerações ao implantodontista. *Rev Gaucha Odontologia*. 2010;58(2):239–42.
34. Prodócimo T, Dallanora LJ, Rebelatto C, Varela RF. Considerações no tratamento reabilitador implantossuportado em bruxômanos. XI Semana Acadêmica de Odontologia 2014.
 35. Capp NJ. Occlusion and splint therapy. *Br Dent J*. 1999;186(5):217–22.
 36. Mauricio P, Reis J. Tendências na reabilitação de dentes com tratamento endodôntico em prótese fixa. *Rev da Ordem dos Médicos Dent*. 2014;20:2–6.
 37. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JYK. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent*. 2003;90(1):31–41.
 38. Chen A, Real-Dias MC, Caramês J. Reabilitação implanto-suportada dos 4 incisivos superiores: Quantidade, estética e função - fatores de decisão. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2011;52(4):225–34.
 39. Curtis DA, Curtis TA, Wagnild GW, Finzen FC. Incidence of various classes of removable partial dentures. *J Prosthet Dent*. 1992;67(5):664–7.
 40. Morandi LB, Neto SBR. Reabilitação Oral: Prótese fixa matelocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia. Relato de caso clínico. *Arq Bras Odontol*. 2007;3(1):38–43.

ANEXOS



CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE



15

Recobrimento de Recessão: VISTA e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial

Mendes, M. N., Martins, G. N., Lopes, G. N., Tago, M. N., Barreira, G. N., Alves, G. N.

Introdução

A manifestação clínica da recessão gengival é o deslocamento apical dos tecidos gengivais, tendo como referência a linha amelocementária (LAC), com consequente exposição da superfície radicular ao meio oral. A técnica VISTA em conjunto com um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido descrita, ao longo da última década, como um procedimento de cirurgia plástica periodontal eficaz tanto no recobrimento de recessões gengivais unilaterais, como em recessões gengivais múltiplas adjacentes, classes I e II de Miller.

Resultados

Dados Clínicos:

Sexo masculino, 21 anos, ASA I, não fumador. Motivo da consulta: Defeito estético, no dente 41.

Diagnóstico Periodontal:

Gingivite leve ou inicial induzida por placa (PI= 12,3 % e BOP= 3,5%)
Recessão classe III de Miller, de 4 mm, em vestibular, no dente 41.

Protocolo cirúrgico:

Fase higiênica, condicionamento radicular com tetraciclina e Cirurgia Periodontal Plástica: VISTA e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial (Remoção do enxerto de tecido conjuntivo e estabilização do enxerto).

Descrição da Técnica VISTA:

- Início de acesso mesial à recessão a ser tratada.
- Criação de um túnel subperiósteo através da incisão.
- Extensão do túnel um a dois dentes para além do dente 41, que requer recobrimento radicular (mobilizar margens gengivais e facilitar o reposicionamento coronal).
- Segundo Zucchell et al obtém-se um enxerto gengival livre, do palato duro, que foi posteriormente desepitelizado.
- Retalho e complexo mucogengival avançados coronalmente e estabilizados na sua nova posição com uma técnica de sutura ancorada nas coroas dentárias.
- Complexo mucogengival é avançado e estabilizado com uma técnica de sutura ancorada coronalmente.

Cuidados pós cirúrgicos:

- Analgésico (Paracetamol) + Anti-inflamatório (Ibuprofeno)
- Dole bochechos d'águas com clorexidina, durante três semanas.
- O paciente foi submetido a um controlo periodontal regular, por 6 meses.

Discussão e Conclusão

Pensa-se que o uso de aparelho ortodôntico (fixo), associado a um biótipo gengival fino, poderá ter sido o fator etiológico da recessão. A técnica VISTA parece melhorar o biótipo gengival, tratar com sucesso as recessões gengivais (neste caso unilátera - recobrimento radicular total no dente 41), sem formação de cicatrizes, evitando-se algumas das possíveis complicações das técnicas de tunelização intrasulcular.

Bibliografia

1. Szejnert, M. (2014). *Tratado de cirurgia periodontal*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier.

2. Miller, F. (1985). *Recessão gengival*. São Paulo: Elsevier.

3. Zucchell, G. (2000). *Tratado de cirurgia periodontal*. São Paulo: Elsevier.



Imagem 1
Situação pré-operatória



Imagem 2
Situação pós-operatória



Imagem 3
Situação pós-operatória (controlo de 3 meses)



Imagem 4
Situação pós-operatória (controlo de 6 meses)

