



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Mário Miguel dos Anjos Moreira

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Por

Mário Miguel dos Anjos Moreira

Viseu, 2014

Resumo

A preocupação de restaurar a saúde oral data da época neolítica e até aos dias de hoje tem sofrido imensas evoluções técnicas à medida que o conhecimento médico e a ciência em geral o permitem.

No entanto, para que seja restabelecida a saúde doente é necessário ter a capacidade de executar o procedimento com excelência e na situação oportuna, tendo em vista melhorar a qualidade de vida.

A aquisição plena destas competências pressupõe a prática clínica tutelada, pelo que este trabalho terá como objetivo servir de revisão crítica dos procedimentos clínicos efetuados e seus fundamentos teóricos, de forma a possibilitar uma reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem em contexto clínico e melhorar a qualidade dos tratamentos prestados nas diversas Áreas do Conhecimento da Medicina Dentária.

Palavras-chave: saúde, diagnóstico, plano de tratamento, tratamento, ciências orais.

Abstract

The concern of restoring oral health dates from the Neolithic ages and to the present day it has suffered many technical evolutions as the medical knowledge and science in general allow it.

However, to restore one's health it's needed the skill to execute the procedure with excellence in the right situation and at the right time to reach a better life quality.

Because we can only learn this skills training in clinical environment, the goal of this work is to critically revise the theory beyond the clinical procedures to improve the treatment quality in the several areas of Oral Sciences.

Key-words: health, diagnosis, treatment plan, treatment, oral sciences.

Índice

1 Introdução	1
2 Materiais e Métodos	5
2.1 Apresentação dos Materiais e Métodos.....	7
2.2 Cronograma.....	9
3 Resultados	11
3.1 Caracterização Geral da Amostra.....	13
3.2 Medicina Oral	15
3.2.1 Introdução.....	15
3.2.2 Resultados.....	15
3.3 Periodontologia	19
3.3.1 Introdução.....	19
3.3.2 Resultados.....	19
3.4 Dentisteria Operatória	23
3.4.1 Introdução.....	23
3.4.2 Resultados.....	24
3.5 Endodontia	27
3.5.1 Introdução.....	27
3.5.2 Resultados.....	27
3.6 Cirurgia Oral	31
3.6.1 Introdução.....	31
3.6.2 Resultados.....	31
3.7 Prótese Removível	35
3.7.1 Introdução.....	35
3.7.2 Resultados.....	35
3.8 Prótese Fixa	39
3.8.1 Introdução.....	39
3.8.2 Resultados.....	39
3.9 Oclusão	43
3.9.1 Introdução.....	43
3.9.2 Resultados.....	43
3.10 Odontopediatria	45
3.10.1 Introdução.....	45
3.10.2 Resultados.....	45
4 Casos Diferenciados	47
4.1 Cirurgia Plástica Periodontal.....	49
4.2 Extracção dente 38 parcialmente erupcionado.....	53
4.3 Sialolitíase Submandibular.....	57
5 Atividade Científica 2013/2014	61
5.1 Dental and Periodontal complications arising from the use of oral piercing - cases reports.....	63
5.2 Clínica Odontológica de la Universidad Católica Portuguesa - presentación de los casos clínicos.....	65
5.3 Infeção Cruzada na Clínica Dentária Universitária da universidade Católica Portuguesa	69

6	Discussão.....	73
7	Conclusão.....	95
8	Anexos	99
9	Bibliografia	109

Introdução

A Medicina Dentária, tal como a conhecemos hoje, é uma ciência médica que associa os mais variados ramos do conhecimento desde a psicologia até aos infindáveis testes de propriedades mecânicas e biológicas dos materiais utilizados passando pelos conhecimentos da física e radiação para meios auxiliares de diagnóstico, técnicas de microscópica e preparo de tecidos, culturas microbiológicas e análise de sequências genéticas com o objetivo de diagnosticar, prevenir e tratar as patologias afetas à cavidade oral e às estruturas anexas. Mas nem sempre foi assim.

Existem evidências de uma prática rudimentar no período neolítico tendo em vista o tratamento de patologias associadas aos dentes ¹ e em textos sumérios datados de 5000 aC ² relatavam a presença de um microrganismo que estaria na causa destes problemas sendo esta ideia profundamente difundida pelo antigo Egito, Índia e China.

A preocupação ancestral de manter uma dentição relativamente saudável muito provavelmente está relacionada com a capacidade de alimentação do indivíduo que, se não conseguisse mastigar e ingerir alimentos acabaria invariavelmente por enfraquecer e sucumbir. Longos anos passaram até à luz do renascimento e a publicação do primeiro registo científico intitulado "*Le Chirurgien Dentiste*" por Pierre Fauchard em 1728 no qual eram descritas as regiões anatómicas, função, sinais e sintomas da patologia oral bem como técnicas de tratamento dando assim origem à Medicina Dentária moderna através da adaptação de instrumentos, introdução de materiais de obturação e apuramento do conceito de microrganismo dos dentes proposto pelos Sumérios, propondo que derivados de açúcares eram responsáveis pela degradação dentária.

Não querendo fazer uso de loquacidade desmedida nesta contextualização histórica, muitas vezes somos chamados a olhar para trás e a vislumbrar as origens para nos podermos situar na ação presente e definir estratégias e objetivos para o futuro.

A prática clínica atual da Medicina Dentária relaciona-se com o modelo bio-psico-social de saúde sendo uma área que está intimamente conectada não só com a ausência de doença mas também com as preocupações estéticas, sociais e funcionais do doente ³. Tendo isto em conta, bem como todos os aspetos técnicos e científicos que se relacionam com esta prática, o diagnóstico e tratamento devem passar pela educação do doente no que concerne à preservação da sua saúde oral, gestão dos seus receios e expectativas e, fundamentalmente, prestar tratamentos de qualidade e duradouros e que venham de encontro precisamente às necessidades e requerimentos do doente ⁴.

Deste modo torna-se fundamental o diagnóstico ⁵. Há cerca de um século atrás o Dr. Hermann Prinze escreveu que: *"The object of the practice of clinical dentistry (...) is to institute preventive measures, to relieve suffering, and to cure disease. These purposes are not achieved by the haphazard utilization of a few therapeutic formulas or of certain mechanical procedures, but they are based on a thorough knowledge of clinical pathology"* ⁶. Recolher dados científicos não chega para fazer um diagnóstico; o clínico deve ser capaz de recolher, analisar e processar os dados recolhidos enquanto mantém um diálogo ativo com o doente, determinando que informação é relevante e qual é questionável. Como tal, a obtenção de uma história médica detalhada do doente na qual vamos desvendar eventuais comprometimentos sistémicos, patologias associadas e cuidados a ter na nossa prescrição e realização de tratamentos afetos à cavidade oral; este primeiro passo é de especial importância visto ser o primeiro contacto com o doente e transmite profissionalismo e conhecimento da área médica bem como confiança para a realização do plano de tratamento posteriormente definido.

Concomitantemente, a educação do doente em relação à prevenção de doenças orais, quer através da modulação de hábitos nocivos quer através da higiene, assume-se como uma componente importantíssima da prática clínica visto que a manutenção da saúde oral exclui a necessidade de tratamento e contribui para a saúde geral do doente quer seja a nível biológico, psicológico ou social ⁴.

Tendo já analisado a relevância da prevenção e do diagnóstico segue-se o tratamento. Cada clínico tem a sua visão do plano ou planos de tratamento possíveis, das pequenas técnicas e particularidades de cada procedimento que efetua. O tratamento não se substitui à prevenção mas, por sua vez, apresenta uma solução parcial ou total ao diagnóstico obtido e às necessidades dos s que nos confiam a sua saúde e que contam connosco para os ajudar.

Deste modo, a realização de um relatório de atividade clínica para conclusão do Mestrado Integrado em Medicina Dentária assume-se como uma mais-valia na preparação para o futuro, na medida em que possibilita, à luz das evidências científicas que dispomos na atualidade, escrutinar de forma crítica as possibilidades de diagnóstico, os meios adicionais, tanto de diagnóstico, como de tratamento, que podem ser úteis em cada situação específica, os possíveis tratamentos, a sequência correta do plano definido, quando efetuar o procedimento, com que técnica, com que precauções, com que materiais e quais os pontos fundamentais para o sucesso do tratamento. Deste modo, em cada área do conhecimento da Medicina Dentária (Dentisteria, Periodontologia, Endodontia, Cirurgia Oral, Medicina Oral, Odontopediatria, Prótese Fixa e Removível, Oclusão e Ortodontia).

2 - Materiais e Métodos

2.1 – Descrição dos Materiais e Métodos

O presente relatório visa recolher os dados referentes aos doentes atendidos e aos atos clínicos realizados nas variadas Áreas Disciplinares pertencentes ao plano curricular do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, sendo estas áreas: Medicina Oral, Odontopediatria, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Endodontia, Prótese Removível e Fixa, Oclusão e Cirurgia Oral. Os dados foram recolhidos de dia 16 de Setembro de 2013 a 9 de Junho de 2014.

Como tal, cada Área Disciplinar terá uma disposição e exposição própria no relatório, o qual será dividido por Área Disciplinar e estando previamente descrito um enquadramento teórico para cada uma.

Para além dos casos clínicos mais valorizados, será exposta a amostra através de uma configuração gráfica e estatística, tomando partido do programa Microsoft Excel ®. A caracterização da amostra refere-se a todos os doentes referindo-se a distribuição do sexo, idade, hábitos alcoólicos, tabágicos e de higiene, atos clínicos realizados pelo grupo de trabalho e como operador sendo os atos clínicos separados por disciplinas. Será também realizada a contagem dos doentes que não compareceram à consulta.

No que concerne a todas as Áreas Disciplinares, foi realizada a contagem dos doentes diferentes que se apresentaram às consultas, os atos como operador e os atos do grupo de trabalho. Relativamente à Periodontologia serão discriminados os atos por gengivites, periodontites e cirurgias periodontais; recolha dos Índices de Placa (segundo a classificação *Silness & Loe*), do *Bleeding On Probing*, média da profundidade das bolsas periodontais, média de recessões e será calculada perda de *attachment* média para todos os doentes atendidos na Área Disciplinar em causa.

Quanto à área de Dentisteria Operatória a amostra será dividida segundo a classe da restauração ou outro tratamento que não o restaurador direto, o material utilizado para a restauração e número de tratamentos de espera. Em Cirurgia Oral distinguem-se os atos cirúrgicos relativos às cirurgias

abertas e às fechadas, ao tipo de dente extraído (dente mono ou plurirradicular) e faz-se referência às complicações ocorridas pós-cirurgia.

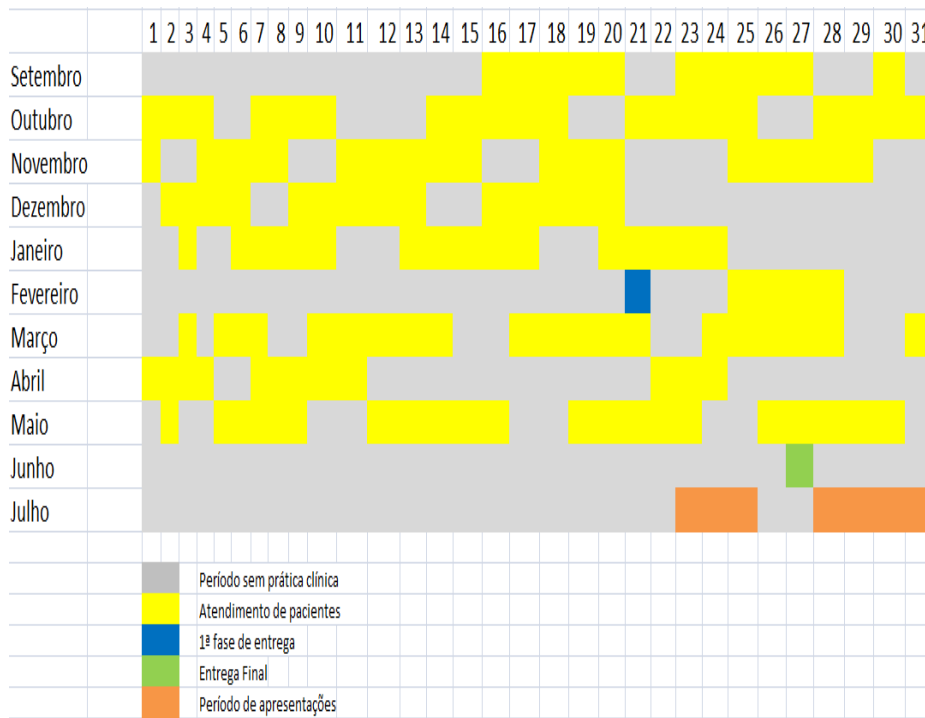
Face à área de Endodontia são evidenciados os dados referentes ao diagnóstico pulpar, à presença ou não de lesão periapical e fístula, a técnica de instrumentação e de obturação e o número de canais obturados por ato clínico. Em relação a Prótese Removível revelam-se os tipos de próteses, diferenciando as acrílicas e as esqueléticas, o número de próteses colocadas e o tipo de procedimento, tanto realizado como operador bem como pelo grupo de trabalho. A Medicina Oral foi caracterizada a amostra segundo a medicação, a história médica e a média de idades dos doentes em questão. A Prótese Fixa, Odontopediatria e Oclusão foram referenciados os atos clínicos realizados, tanto pelo grupo de trabalho ou como operador.

Apresentam-se três casos diferenciados. Estes serão apresentados desde a fase de diagnóstico até ao tratamento e possível *follow-up*, evidenciando as razões pelas quais foi escolhido determinado tratamento em detrimento de outro, como foi realizado o diagnóstico e os meios utilizados para tal. O primeiro caso refere-se a uma Cirurgia Estética Periodontal pela técnica VISTA (Incisão Vestibular Subperiosteal por Tunelização), segue-se um caso de uma cirurgia diferenciada para extração de um dente 38 parcialmente erupcionado e, finalmente um caso clínico de sialolitíase submandibular e a respetiva abordagem e tratamento.

Serão apresentados os trabalhos de revisão bibliográfica realizados, de forma complementar a atividade clínica, durante o tempo letivo programado do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Entre os quais apresenta-se o poster exposto e apresentado no no II Congresso Internacional de Saúde Pública com o título “Dental and Periodontal Complications Arising From the Use of Oral *Piercings* – Cases Reports” e o da II Reunião Ibérica de Odontopediatria intitulado de “Clínica Odontológica de la Universidad Católica Portuguesa – Presentación de Los Casos Clínicos”

2. 2 - Cronograma

O diagrama abaixo atesta a programação realizada para o ano letivo 2013/2014 referente à atividade clínica realizada na clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa. A amarelo estão marcados os dias relativos à recolha de dados deita através do atendimento de doentes nas diversas Áreas Disciplinares, a azul o dia da primeira entrega do relatório, a verde a última entrega e a laranja as datas projetadas para a defesa dos trabalhos.



3- Resultados (Caracterização da amostra)

Resultados

3.1 – Caracterização da amostra geral

No âmbito do Plano Curricular para o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária foram vistos 71 s num total de 146 consultas, tendo participado em 54 como operador, distribuídos da seguinte maneira: 5 atos a Medicina Oral, 9 atos a Periodontologia, 9 atos a Dentisteria, 8 atos a Endodontia, 3 atos a Cirurgia Oral, 13 a Prótese Removível, 3 a Prótese Fixa, 2 a Oclusão e 2 a Odontopediatria.

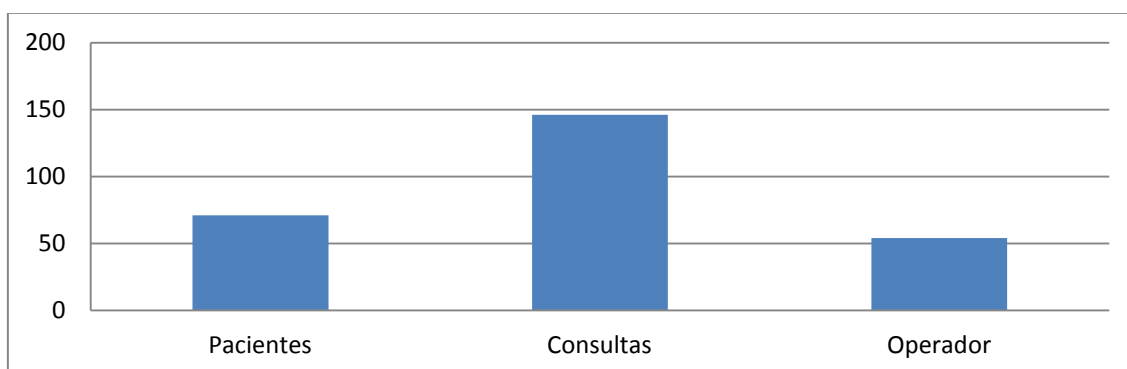


Gráfico 1 Total de doentes e consultas do grupo de trabalho e atos como Operador

Doentes atendidos	71
Total de Consultas	146
Consultas como Operador	54

Tabela 1 Total de doentes, de atos clínicos realizados pelo grupo e total como operador

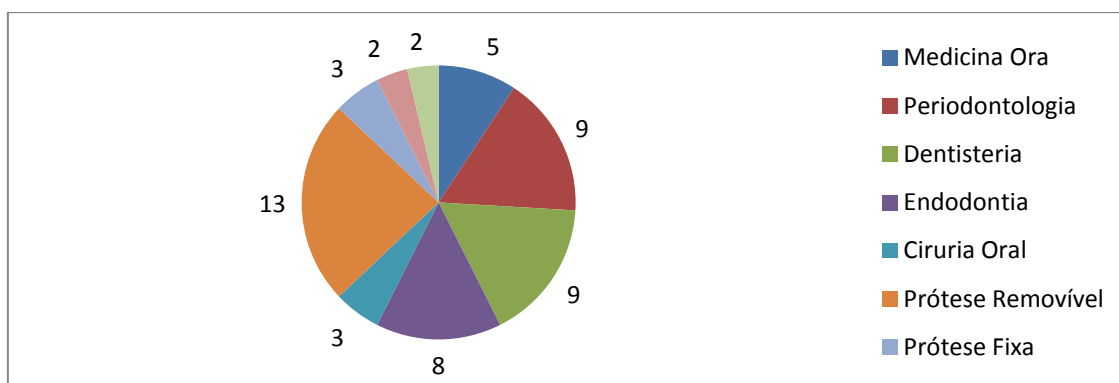


Gráfico 2 Contagem de atos como Operador por Área Disciplinar

Na amostra verificou-se que 56% dos s eram do sexo feminino e 44% do sexo masculinos, sendo a média de idades de 46,8 anos com desvio padrão de 17,4 anos. Nenhum referiu hábitos alcoólicos tendo 28% referido hábitos tabágicos. Quanto à higiene oral a média da frequência de escovagem é de 1,8 vezes por dia e apenas 8% tendo referiram a utilização de fio dentário.

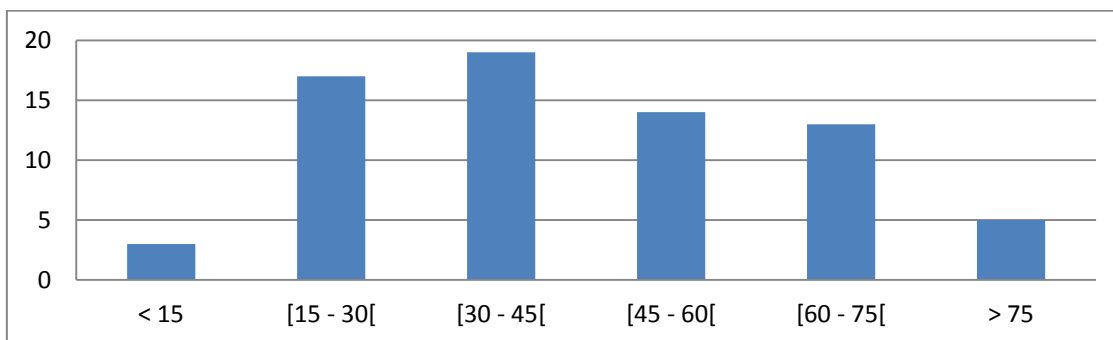


Gráfico 3 Distribuição da idade dos doentes atendidos pelo grupo de trabalho

Quanto às consultas não realizadas, em 41 o doente desistiu e em 20 o doente faltou, resultando num total de 61 consultas não realizadas correspondendo a cerca de 41% das consultas realizadas. As Áreas Disciplinares nas quais esta falta de comparência mais se fez sentir foram Dentisteria, Periodontologia e Prótese Removível.

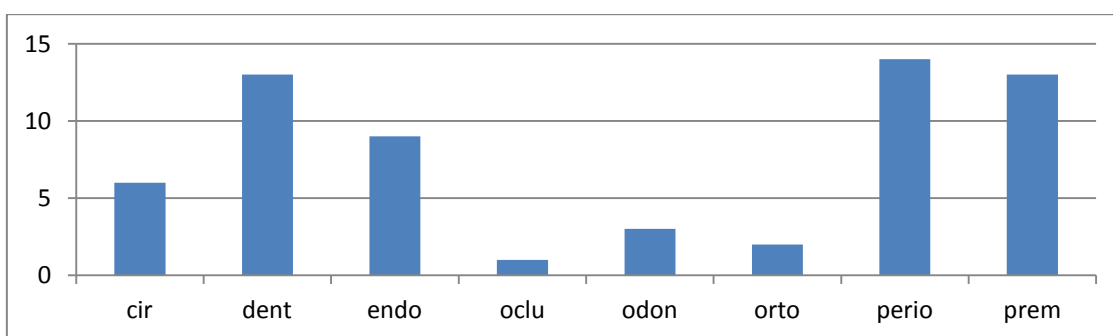


Gráfico 4 Número de consultas não realizadas por Área Disciplinar

3.2 – Caracterização da amostra de Medicina Oral

3.2.1 – Introdução

A Área Disciplinar de Medicina Oral tem como objetivo fazer a inspeção da cavidade oral e estruturas anexas fazendo um exame compreensivo das características médicas e anatómicas individuais do doente bem como observação, controlo e colheita de espécimes de lesões para eventual análise laboratorial. Esta área também se dedica à identificação de pontos relevantes da história médica do doente e a sua importância e/ou condicionante para o tratamento dentário, nomeadamente, na abordagem ao medicamento comprometido. Na Clínica Universitária funciona também como consulta de triagem e elaboração do plano de tratamento adequado bem como uma maneira de conhecer o doente, esclarecer receios e identificar expectativas, contribuindo para uma maior empatia e confiança para os tratamentos a ser realizados

3.2.2 - Resultados

Medicina Oral	Nº
Doentes	9
Consultas	10
Operador	5

Tabela 2 Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

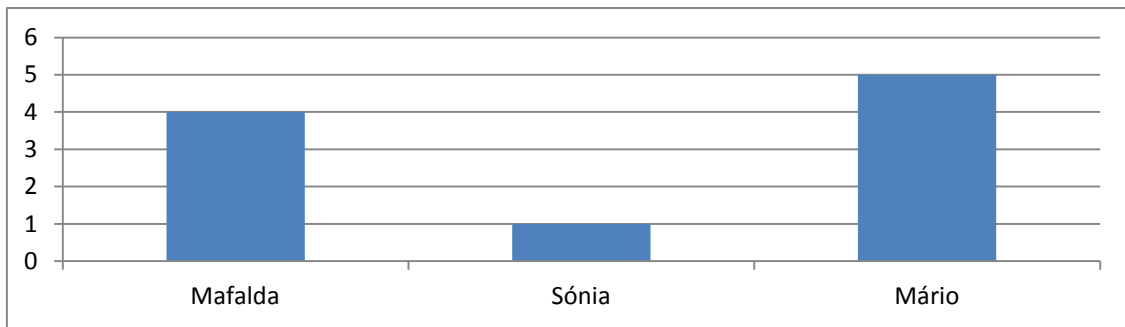


Gráfico 5 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

Neste contexto, foram realizadas 10 consultas em 9 doentes, tendo participado em 5 como operador. A média de idades foi de 28,6 anos e 50% dos doentes eram fumadores. Cinco doentes não estão em regime de medicação regular estando os demais medicados com medicamentos pertencentes aos grupos dos anticoncepcionais, antihipertensores, ansiolíticos, antiagregantes plaquetários e protetores gástricos.

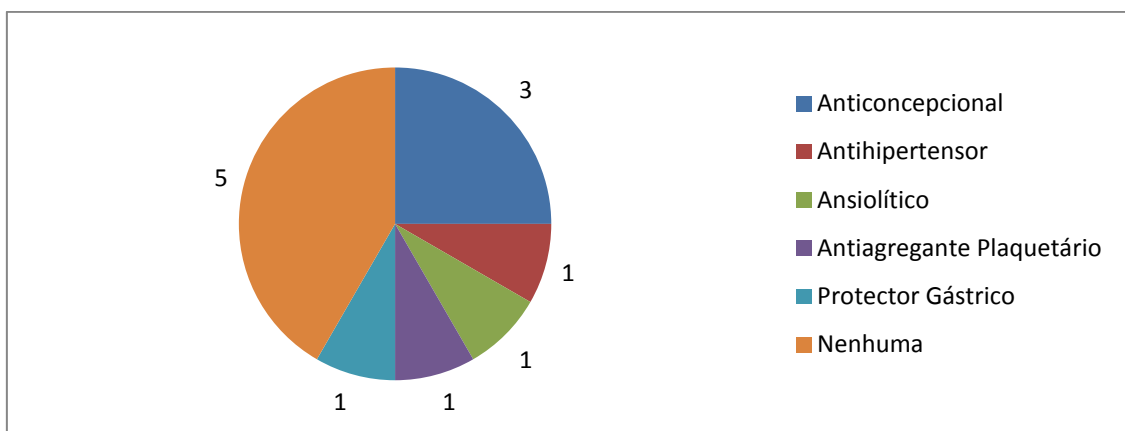


Gráfico 6 Tipo de medicação

Quanto à história médica, três doentes apresentavam problemas cardíacos (dois com hipertensão arterial e um com síndrome coronária aguda) sendo as afeções do foro cardíaco as mais frequentes na consulta de Medicina Oral. Os restantes achados relevantes das histórias clínicas realizadas estão dispostos no gráfico seguinte.

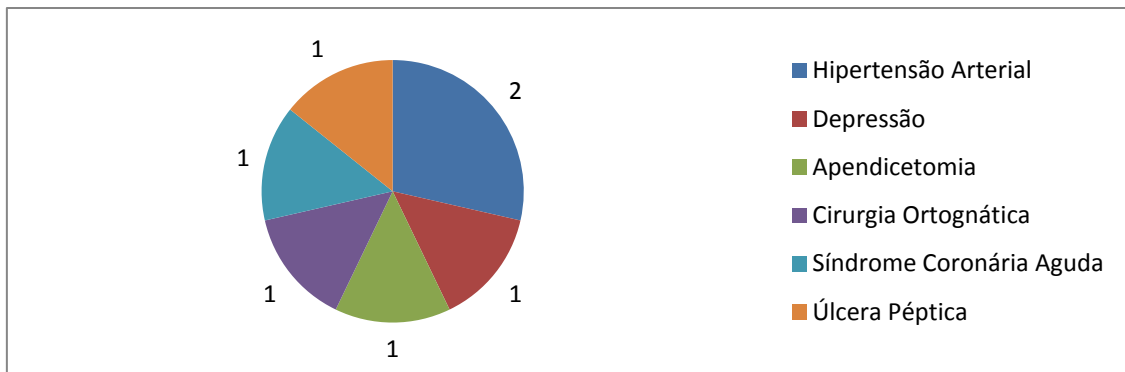


Gráfico 7 História médica

Quanto aos atos como operador foram realizadas quatro histórias clínicas. Foi detetada uma tumefação na zona submandibular de um doente que referia aumento de volume da massa indolor durante e após as refeições. Durante a inspeção intraoral foi identificado um cálculo na extensão proximal do ducto de Warthon que causava obstrução do fluxo salivar. O cálculo foi removido e o doente encontra-se sob observação.



Figura 1 - Vista extraoral

3.3 – Caracterização da amostra de Periodontologia

3.3.1 - Introdução

A Área Disciplinar de Periodontologia relaciona-se com a prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde das estruturas de suporte das peças dentárias sendo estas a gengiva, o cemento, o ligamento periodontal e o osso alveolar. Dada a natureza multifatorial da doença, a terapia mais sensata começa na educação do doente e continua assente num plano de tratamento que inclui procedimentos médico-dentários tanto ao nível de higienização e manutenção como de eventual fase cirúrgica para obter uma recuperação da saúde periodontal.

Cada consulta seguiu a seguinte metodologia: sondagem periodontal (seis pontos de sondagem por dente, sendo três na face vestibular e três na face língua/palatina), *status* radiográfico, obtenção do Índice de Placa, tratamento e polimento. Durante cada consulta o doente foi esclarecido sobre eventuais dúvidas e foram feitas recomendações de higiene oral tais como técnicas de escovagem mais adequadas, meios auxiliares de limpeza (escovilhões, fio dentário) e, quando necessário, utilização de colutórios antissépticos.

Foi também abordada a parte farmacológica transmitindo a capacidade de discernir quando se deve administrar antibiótico, qual e qual a sua posologia.

3.3.2 - Resultados

O grupo de trabalho teve um total de 18 doentes e realizou no total 21 consultas de Periodontologia.

Periodontologia	Nº
Doentes	18
Consultas	21
Operador	8

Tabela 3 - Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

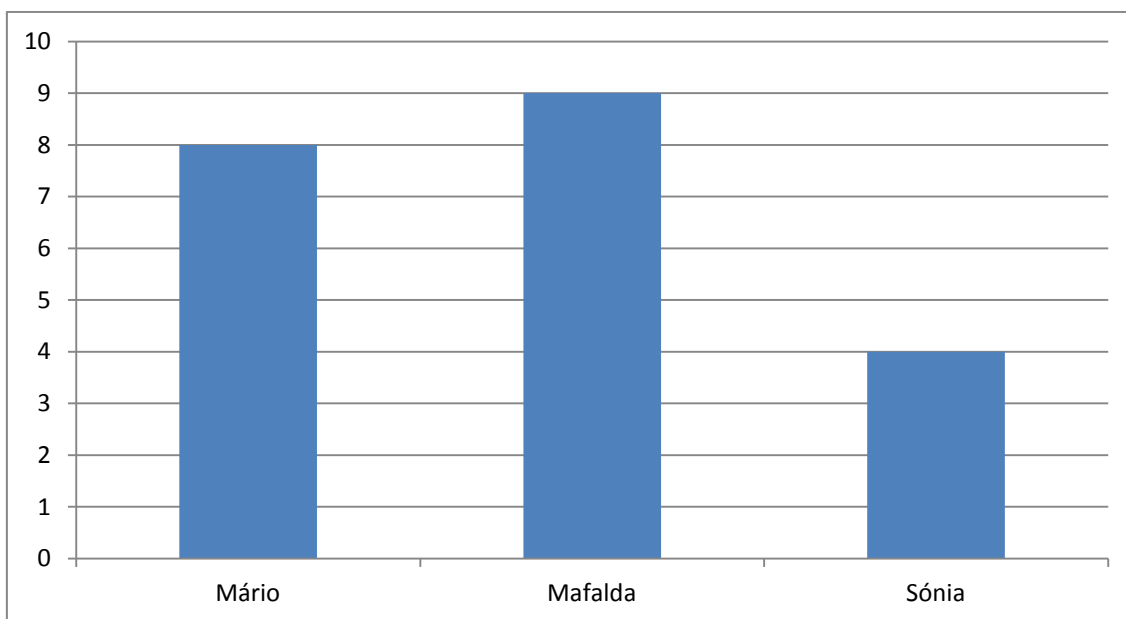


Gráfico 8 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

Na amostra dos 18 doentes que compareceram à consulta de Periodontologia, três foram diagnosticados com Gengivite, dois com PCL, oito com PCM e cinco com PCA.

As médias dos valores de diagnóstico foram: IP de 57,4%; BOP de 21,5%; Sondagem Periodontal 2,6mm; PA de 3mm. Para além da recolha de dados de diagnóstico, o tratamento invariavelmente realizado foi a destartarização.

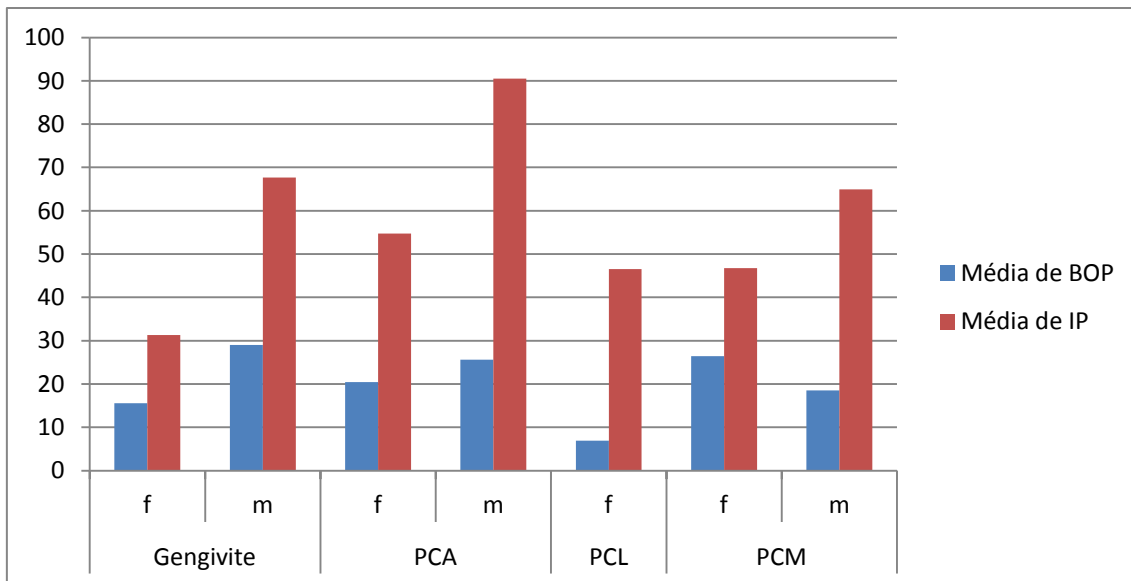


Gráfico 9 Distribuição da média do IP e BOP consoante o diagnóstico e o sexo.

Para todos os diagnósticos obtidos o IP médio no sexo masculino (73%) foi mais elevado que do sexo feminino (47%). O mesmo não se verifica com o BOP que se mantém mais equilibrado para a distribuição por género (23,5 para o sexo masculino e 20,3% sexo feminino).

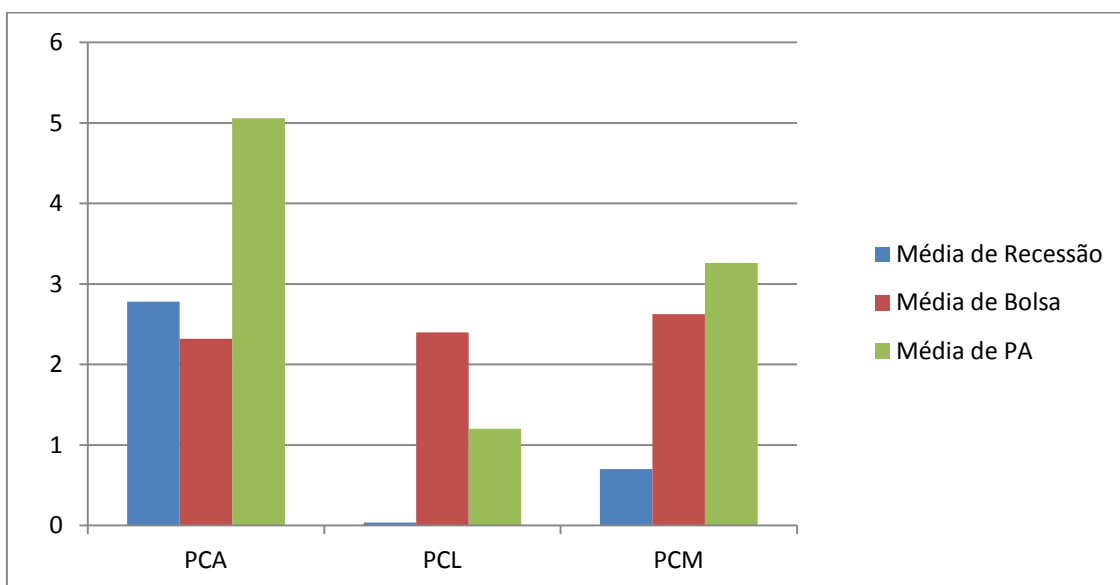


Gráfico 10 Média de recessão, bolsa e PA consoante o diagnóstico.

Nos doentes diagnosticados com periodontite foi registado um valor médio de Sondagem Periodontal relativamente estável de 2,5mm, o que não se

verifica na média dos valores de Recessão e PA que são crescentes de acordo com o grau de severidade da doença (Periodontite Crónica Leve, Moderada ou Avançada).

Do total das consultas realizadas, 8 foram como operador; em 7 consultas o ato clínico realizado foi destartarização bimaxilar. Foi igualmente realizada 1 cirurgia plástica periodontal recorrendo ao enxerto de tecido conjuntivo recolhido da camada subepitelial do palato

3.4 – Dentisteria Operatória

3.4.1 - Introdução

A Área Disciplinar de Dentisteria Operatória relaciona-se com o diagnóstico, prevenção e tratamento de cáries dentárias bem como afeções congénitas ou adquiridas de cor, textura e opacidade da estrutura dentária, tendo sempre em conta as considerações estéticas do doente. A área de intervenção da Dentisteria Operatória é bem mais alargada. Esta permite também alterar a forma e a posição de alguns dentes por coronaplastias.

Como parte integrante também é englobado a identificação e substituição de restaurações infiltradas ou mal adaptadas. Na Dentisteria Operatória também é possível realizar tratamentos pulpares sempre que haja mínima exposição iatrogénica asséptica da polpa ou em dentes com diagnóstico de pulpite transitória nos quais é expectável a recuperação evitando tratamento endodôntico, sendo realizado tratamento de espera e restaurando recorrendo a materiais de restauração provisória. Embora não tendo sido realizada nenhuma, as aplicações tópicas de flúor fazem parte integrante do sistema de controlo e prevenção da cárie dentária mas, obviamente, não substituindo o tratamento nem a participação ativa do doente na higiene oral.

O material mais utilizado atualmente é, sem dúvida, o compósito, apesar disso, na prática clínica da Universidade Católica Portuguesa tem sido incrementada a utilização da amálgama como material de eleição para determinadas situações.

Em cada consulta foi previamente discutido com o doente quais as situações prioritárias a ser abordadas e durante a consulta foram expostas medidas preventivas tais como técnicas de higiene adequadas e utilização de pastas dentífricas e colutórios fluoretados para controlo e prevenção.

3.3.2 - Resultados

No âmbito da Dentisteria Operatória foram atendidos 14 doentes num total de 25 consultas tendo participado como operador em 9

Dentisteria	Nº
Doentes	14
Consultas	25
Operador	9

Tabela 4 - Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

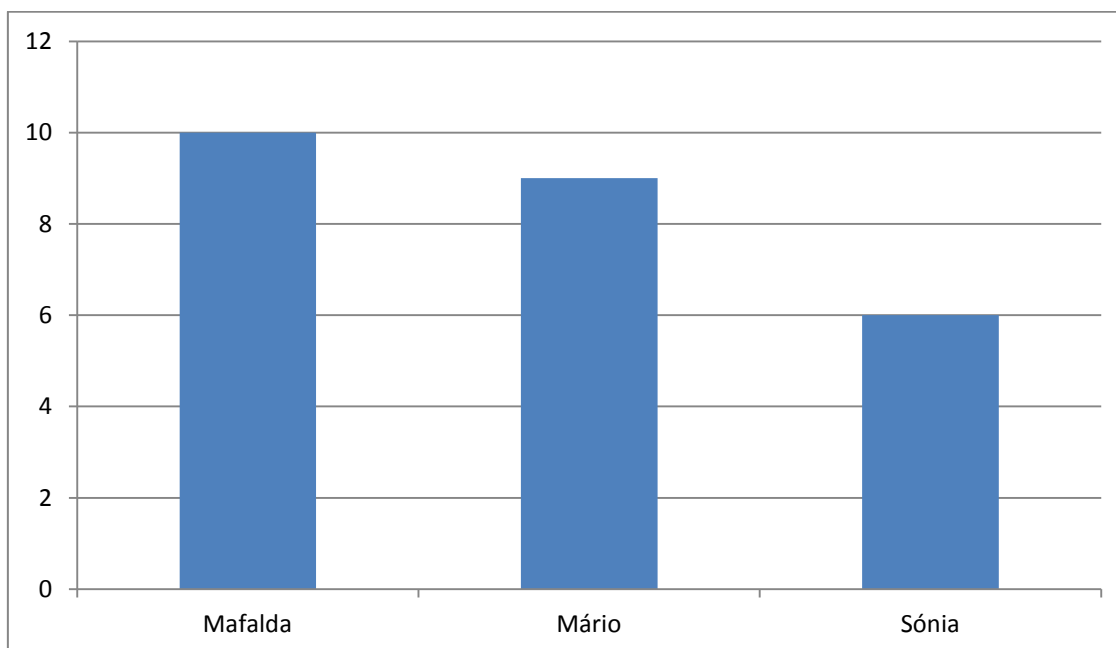


Gráfico 11 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

No total, foram realizadas 14 Classes II e 7 Classes I constituindo estas 84% das restaurações efetuadas. Dentro dos materiais de restauração definitiva o mais utilizado foi o Compósito seguido da Amálgama. Quanto às restaurações provisórias, realizadas com IRM, registaram-se 9, correspondendo estas a situação nas quais foi efetuado tratamento de espera e

consequente reavaliação 45 a 60 dias; nenhum destes nove casos derivou num quadro de pulpite irreversível ou necrose pulpar.

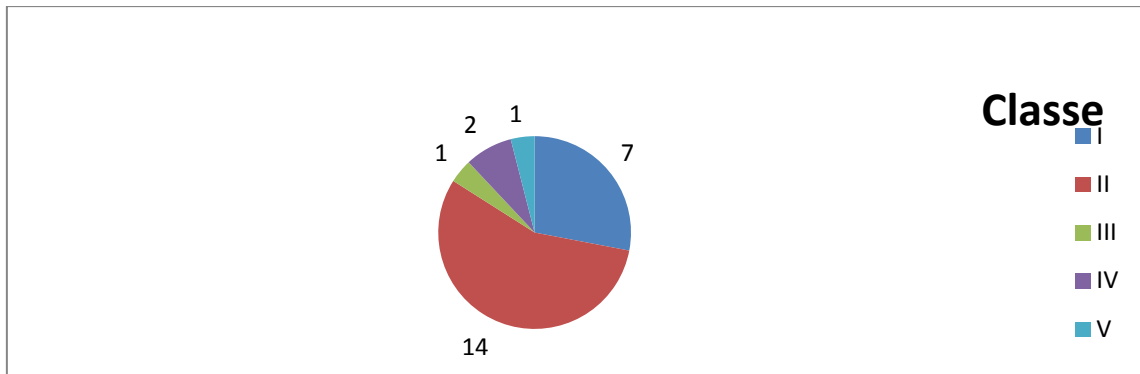


Gráfico 12 Número de classes de restauração realizadas

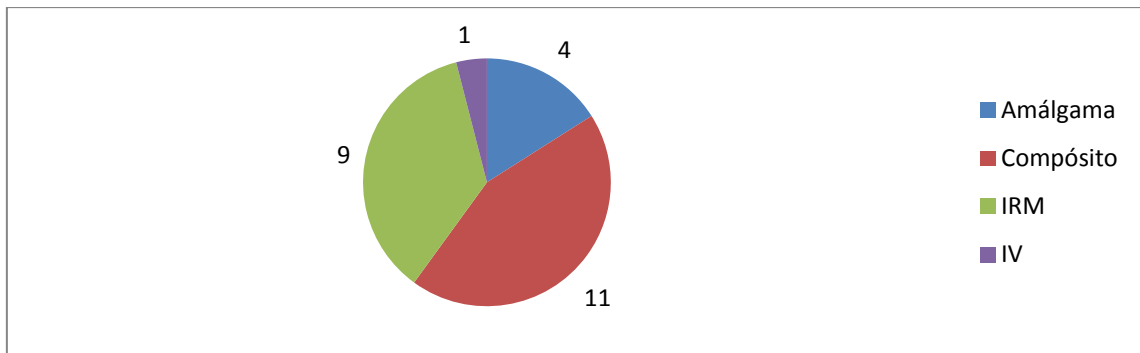


Gráfico 13 Número de restaurações por material utilizado

Considerando os atos realizados como Operador, foram executadas três classes I, cinco classes II e uma classe IV. Os materiais utilizados, bem como a contagem supra citada estão apresentados na tabela seguinte.

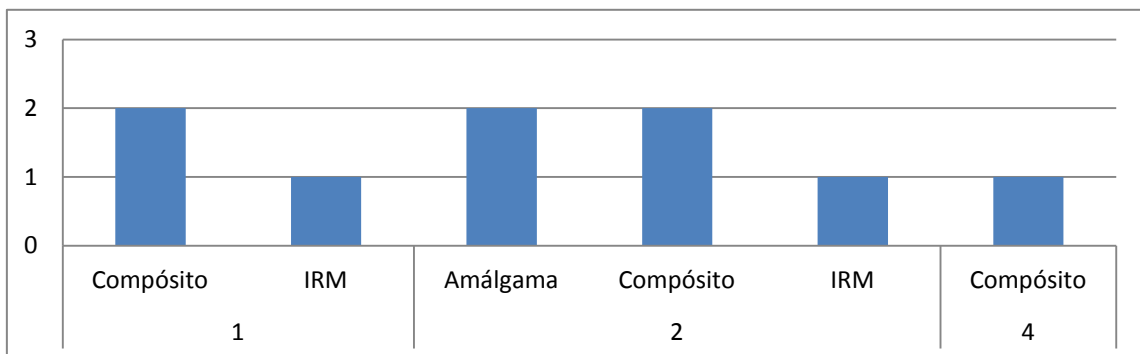


Gráfico 14 Contagem de atos realizados por material restaurador e classe de restauração como operador.

3.5 – Endodontia

3.5.1 - Introdução

A Área Disciplinar de endodontia consiste no diagnóstico e tratamento das afeções pulpares e peri-apicais que, devido à sua localização anatômica e ao carácter infeccioso no sistema canalar, não podem ser geridas de acordo com os parâmetros da Dentisteria Operatória. O tratamento endodôntico tem como objetivo eliminar a infeção intra radicular e selar o interior do dente de forma hermética, proporcionando condições para cicatrização apical e desaparecimento dos sinais e sintomas clinicamente compatíveis com patologia endodôntica e peri-radicular.

Os procedimentos nesta área disciplinar foram distribuídos nas várias consultas por cinco pontos essenciais: 1) raio-x pré-operatório e diagnóstico; 2) cateterismo e mensuração canalar; 3) confirmação do comprimento de trabalho e instrumentação; 4) conometria; 5) raio-x pós-operatório.

O sucesso de cada etapa do tratamento endodôntico está diretamente relacionado com a capacidade do operador de cumprir com os requisitos da etapa precedente, ou seja, não se faz uma boa cavidade de acesso sem conhecer a anatomia do dente em particular, não se instrumenta corretamente se não se tiver um bom acesso e não se obtura de forma eficaz se o preparo resultante da instrumentação não obedecer a determinadas regras e assim em diante. Entre cada consulta foi realizada medicação intra canalar, coadjuvante à instrumentação e irrigação para efetiva desinfeção do sistema de condutos intra radiculares.

3.5.2 – Resultados

Endodontia	Nº
Doentes	9
Consultas	21
Operador	8

Tabela 5 Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

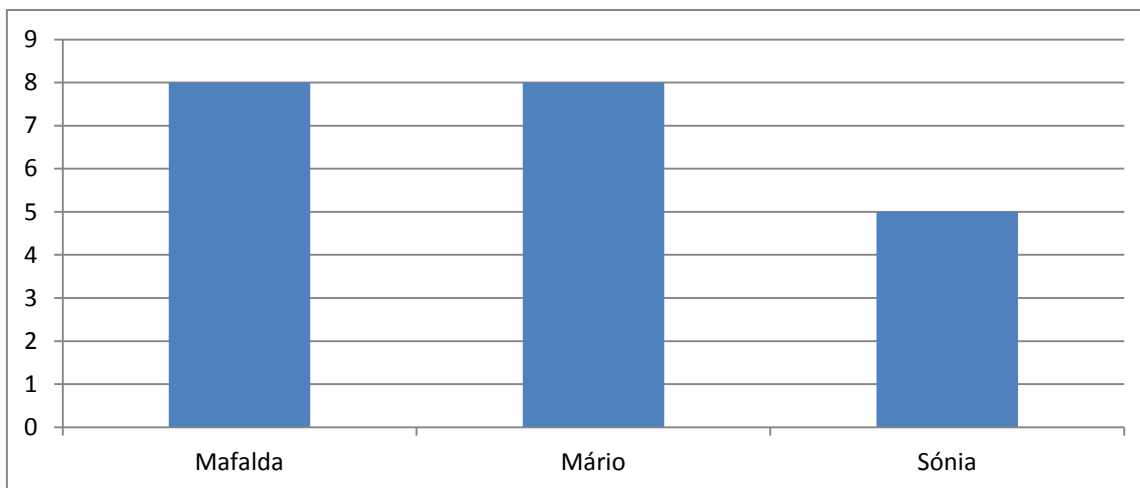


Gráfico 15 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

Dente	Nº de observações
14	1
23	1
26	2
27	1
36	2
37	1
46	1

Tabela 6 - Dentes observados pelo grupo de trabalho a Endodontia

Foram recebidos 9 doentes e realizadas 21 consultas das quais 8 como operador.

Os dentes mais frequentemente observados foram o 26 e 36 e a média de canais por dente foi de 2,6 (cf. Tabela 6).

Quanto ao diagnóstico pulpar, três doentes apresentavam-se com pulpite irreversível e seis diagnosticados com necrose pulpar, dos quais, três apresentavam patologia apical radiograficamente visível. Dos doentes com infeção apical, dois apresentavam fístula intra-oral. Apenas os doentes diagnosticados com pulpite irreversível apresentavam sinais de dor à palpação e/ou percussão e testes térmicos.

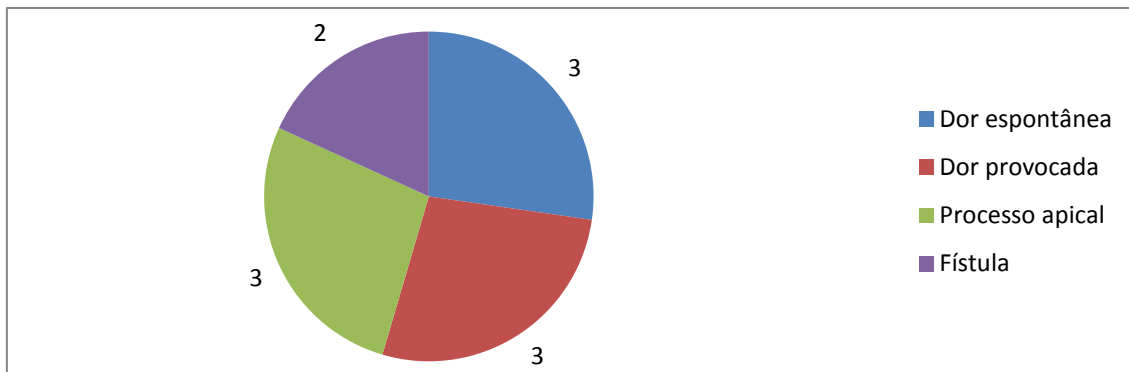


Gráfico 16 Número de casos por sintomatologia identificada

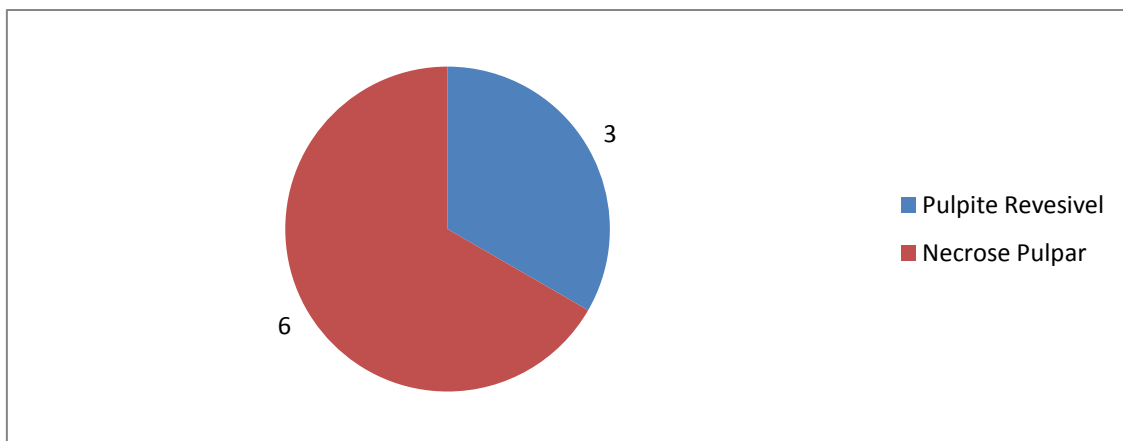


Gráfico 17 Número de dentes por diagnóstico pulpar

As consultas foram divididas conforme o procedimento realizado, relacionando-se com a instrumentação ou com a obturação. As consultas nas quais apenas foi realizado a cavidade de acesso foram contadas como procedimento não realizado.

Todos os dentes foram instrumentados e obturados com técnicas manuais, sendo utilizada a Técnica Semi-telescópica para a instrumentação e a Técnica da Condensação Lateral para obturação. Em dois doentes foi necessário extrair o dente em causa, um devido a fractura vertical e outro devido à calcificação canalar e impossibilidade de acabar o tratamento.

Nos atos como operador foram realizados dois tratamentos endodônticos no dente 23 e no dente 26, ambos diagnosticados com necrose pulpar e radiolucência apical. O dente 23 foi tratado em duas consultas (uma

de instrumentação e outra de obturação) enquanto o dente 26 necessitou de três consultas (duas de instrumentação e uma de obturação).

Nas restantes três consultas, nas quais nenhum destes procedimentos foi executado, foram realizadas todas com o mesmo doente (dente 36) e enquadram-se no âmbito de uma consulta de urgência (diagnóstico de pulpite irreversível) na qual foi apenas removida a cárie e trepanada a câmara; na segunda consulta, foram encontrados e cateterizados dois dos três canais; na terceira consulta verificou-se que o canal mesio-lingal estava calcificado e, na impossibilidade de efectuar o tratamento, optou-se pela extração.



Figura 2- Raio-x pós operatório Endodontia

3.6 – Cirurgia Oral

3.6.1 - Introdução

A prática clínica na Área Disciplinar de Cirurgia Oral, apesar das suas variadas vertentes, foi direcionada para a cirurgia dento-alveolar, tendo como objetivo a remoção de dentes e/ou remanescentes dentários que não tivessem outra viabilidade terapêutica (elevada destruição devido a cárie ou traumatismo, insucesso do tratamento endodôntico, falta de recursos do doente para outro tipo de procedimento restaurador) ou com exodontia indicada por motivos ortodônticos (falta de espaço na arcada) ou protéticos (estado periodontal não adequado a pilar de prótese ou inviabilizante do plano de tratamento protético).

Neste contexto, os procedimentos realizados foram classificados como extração simples e extração diferenciada (incisão, retalho e osteotomia). Não obstante, para ambos os procedimentos, é necessário saber avaliar o grau de risco médico do doente, planejar corretamente a cirurgia, conhecer as estruturas anatómicas, o material no campo cirúrgico, estar familiarizado com as diferentes técnicas e bem como saber reconhecer e atuar nas possíveis complicações intra e pós operatórias.

3.6.2 – Resultados

Cirurgia	Nº
Doentes	16
Consultas	17
Operador	6

Tabela 7 - Total Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

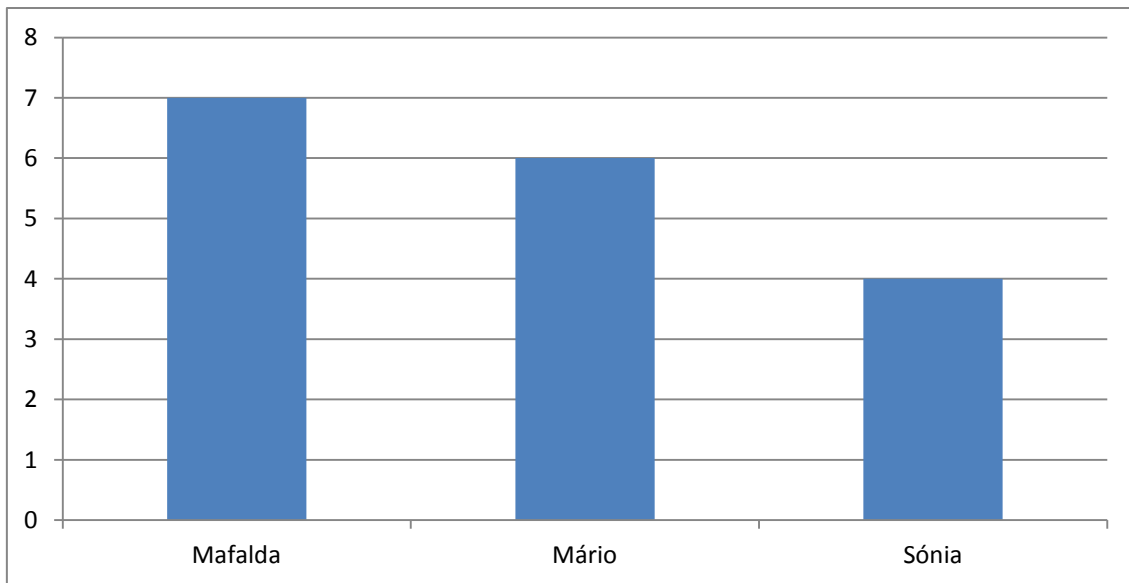


Gráfico 18 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

Foram vistos 16 doentes num total de 17 consultas, tendo participado em 7 como operador.

Foram extraídos 17 dentes com predominância dos molares (68,8%) e sendo sido o dente 36 intervencionado com mais frequência (3 extracções). A média do número de raízes nos dentes extraídos é de 1,9 sendo o desvio padrão de $\pm 0,9$. Em duas das extracções simples foi necessário realizar odontosecção. Foram realizadas duas cirurgias diferenciadas nas quais foram extraídos dois terceiros molares mandibulares sendo um parcialmente erupcionado e outro intraósseo, tendo um destes registos dor, tumefação e trismos no período pós-operatório.

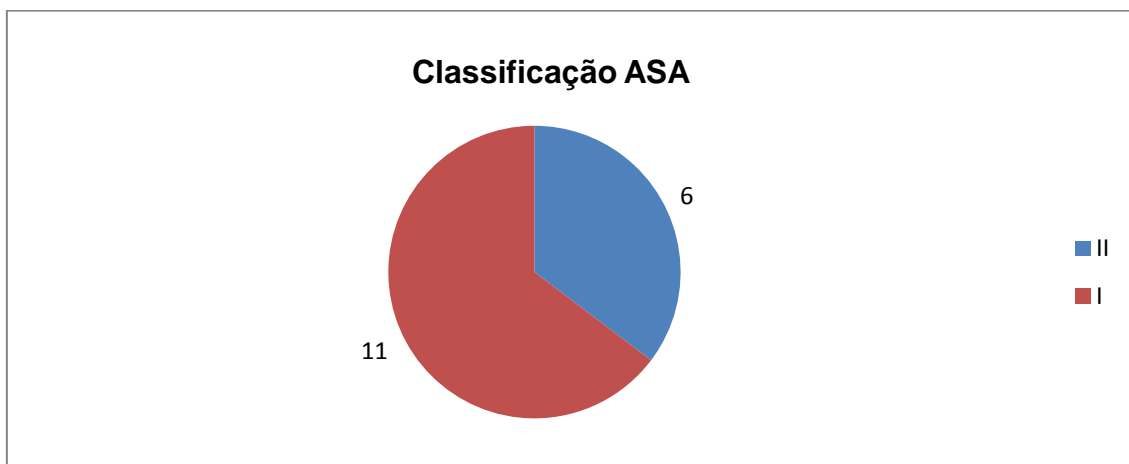


Gráfico 19 Número de atos divididos pela classificação ASA

Os dezassete doentes enquadravam-se dentro das Classes I e II da ASA, sendo saudáveis ou com doença sistémica leve e controlada.

Como Operador foram realizados seis atos: cinco extrações simples (uma delas com recurso a odontosecção) e uma cirurgia diferenciada de um 3º molar inferior parcialmente erupcionado.

3.7 – Prótese Removível

3.7.1 - Introdução

Área Disciplinar de Prótese Removível restabelece a função mastigatória, fonética e estética através de dispositivos médicos removíveis pelo doente. Tendo em vista esta reabilitação as consultas são distribuídas nas seguintes etapas: 1) 1º consulta; 2) apresentação do orçamento; 3) preparação pré-protética e impressões definitivas; 4) registo intermaxilar e prova do esqueleto; 5) prova dos dentes; 6) colocação da prótese e 7) controlo.

Para o sucesso de uma reabilitação com estas características é fundamental identificar e gerir as expectativas do doente bem como a sua educação no sentido dos diversos cuidados de higiene, utilização e controlo.

3.7.2 - Resultados

P. Removível	Nº
Doentes	7
Consultas	34
Operador	13

Tabela 8 - Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

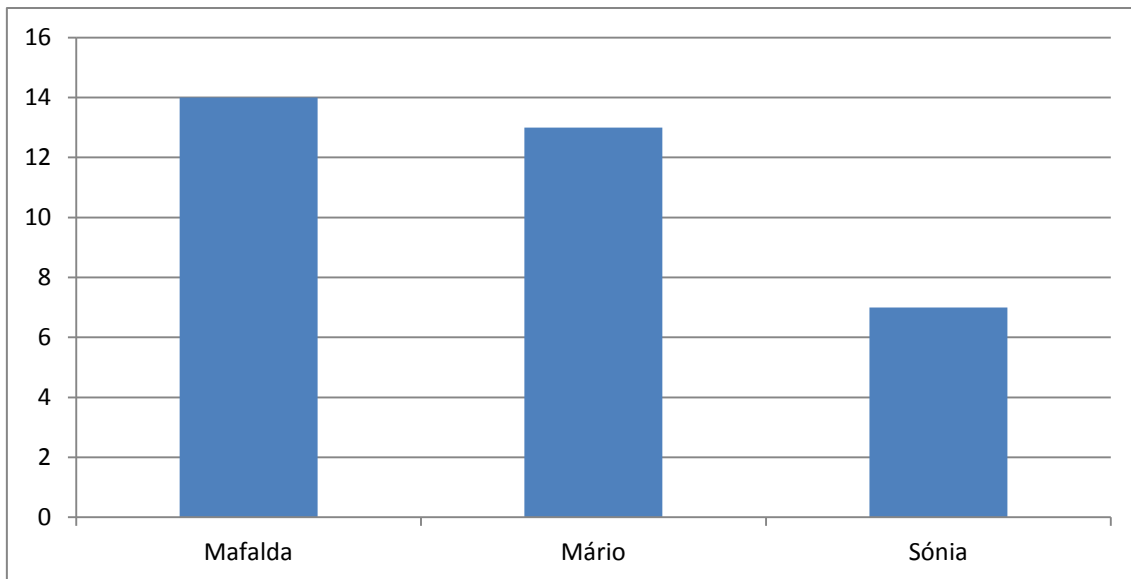


Gráfico 20 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

O grupo de trabalho realizou 34 consultas nas quais foram feitas, em 3 doentes, 5 próteses:

- Três acrílicas superiores
- Duas esqueléticas inferiores

Considerando os sete doentes, quando inquiridos sobre o descanso da prótese/higiene 2 tinham tártaro aderido à prótese e 5 faziam uma higiene satisfatória. Quanto ao descanso da prótese apenas 4 faziam descanso diário.

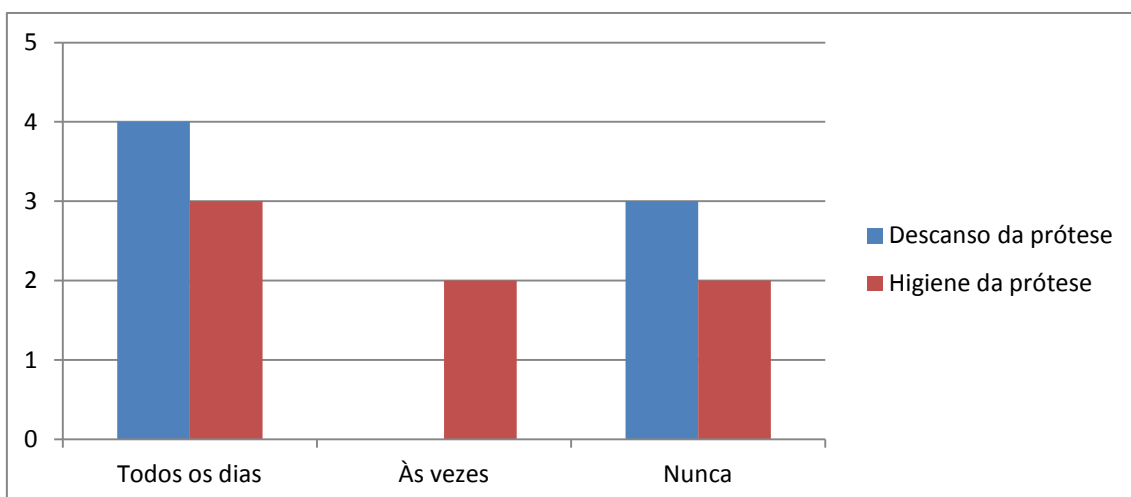


Gráfico 21 Hábitos de higiene e descanso da prótese

Tendo em conta os três doentes aos quais o grupo de trabalho confeccionou próteses, quando realizaram o questionário de satisfação pós-inserção, registaram as seguintes pontuações: 1) prótese acrílica superior e prótese esquelética inferior, 4 pontos em 5; 2) prótese acrílica superior e inferior registou 3 pontos em 5; o terceiro doente (prótese esquelética inferior) registou 1 ponto no mesmo questionário, reportando que não consegue utilizar a prótese mesmo depois dos devidos ajustes efetuados.

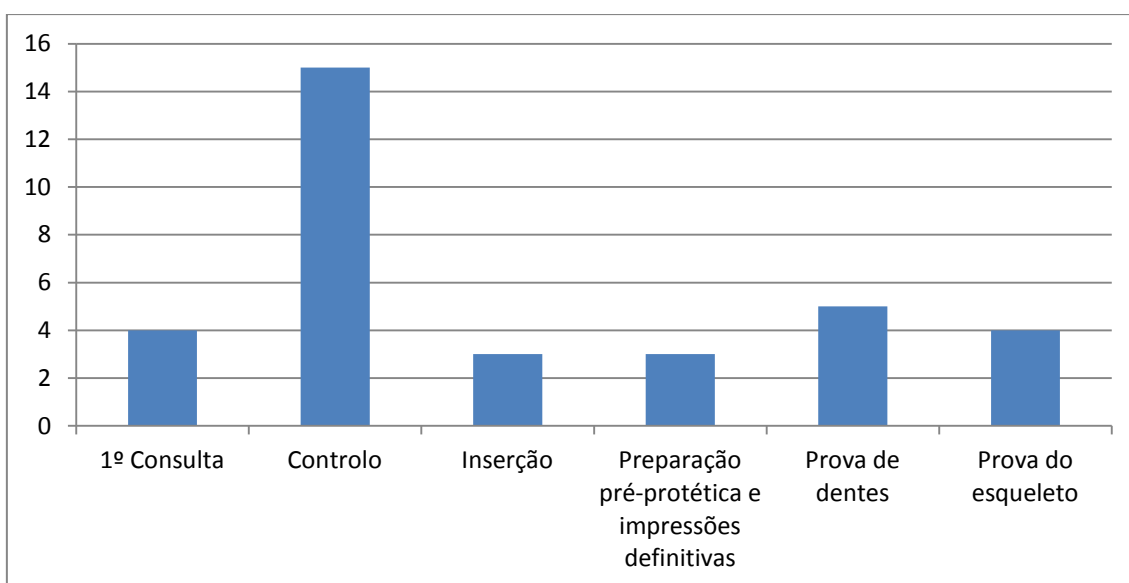


Gráfico 22 Número de consultas realizadas pelo grupo de trabalho diferenciadas por procedimento

Ao nível do procedimento, as consultas de controlo constituem 45% (15 consultas) do total de consultas realizadas. As restantes consultas realizadas incluem primeiras consultas (12%), consultas de reparação pré-protética (9%), prova do esqueleto (12%) prova de dentes (15%) e consulta de inserção (9%), decorrentes do protocolo para elaboração da prótese. No total, sete dentes foram extraídos como parte integrante da preparação pré-protética, um por motivos periodontais e seis por elevado grau de destruição coronário e compromisso periodontal concomitante.

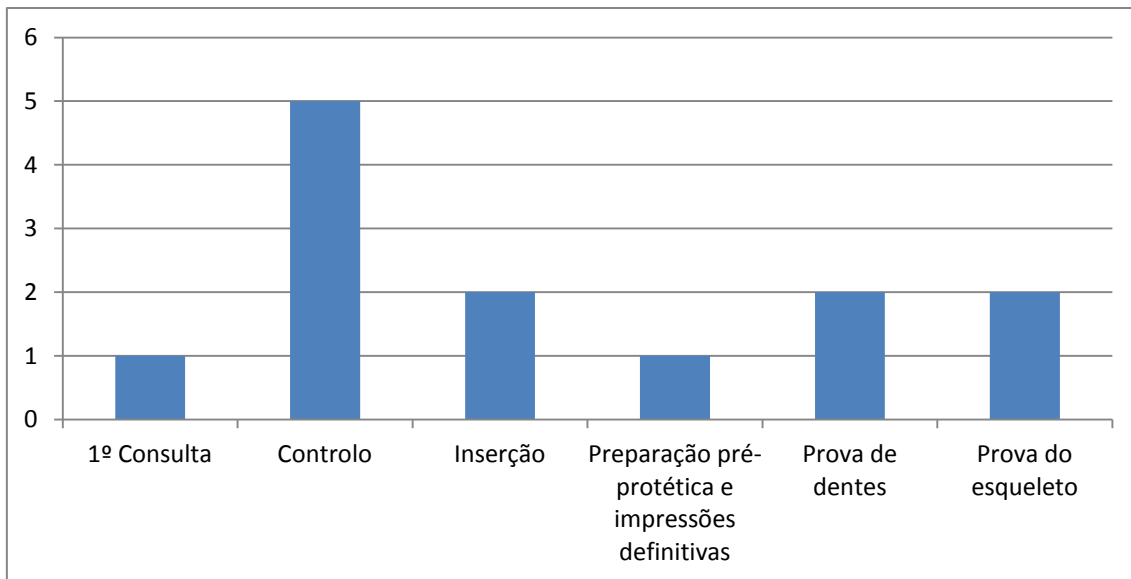


Gráfico 23 Atos como operador diferenciados por procedimento

Como assistente foram realizadas 18 consultas (55% do total de consultas realizadas pelo grupo de trabalho) e como operador foram realizados 13 atos clínicos (39% do total de consultas realizadas pelo grupo de trabalho) dos quais uma primeira consulta, uma preparação pré-protética, duas provas de esqueleto, duas provas de dentes, duas consultas de inserção e cinco de controlo.

Os controlos foram realizados tanto a doentes cuja prótese tinha sido realizada pelo grupo de trabalho (controlo obrigatório a uma semana após inserção) como a doentes que já utilizavam prótese quando compareceram à consulta. Os motivos mais comuns foram: 1) falta de retenção – nos quais foram adaptados os retentores protéticos e/ou avaliação da necessidade de rebasamento; 2) dor – nos quais foram procurados e corrigidos factores traumáticos. Como complicações pós inserção, um doente apresentava, uma úlcera de 3mm sob a sela da prótese parcial removível. Noutra caso, devido a falta de estabilidade da prótese e excluídos os factores relacionados com o processo de acrilização, foi necessário voltar a fundir o esqueleto e repetir todos os passos até completar a prótese, tendo esta ficado estável e completamente ajustada.

3.8 – Prótese Fixa

3.8.1 – Introdução

A Área Disciplinar de Prótese Fixa é uma área da reabilitação oral na qual se recorre a dispositivos fixos para recuperar a função e a estética. Este tipo de reabilitação oferece ao doente conforto, funcionalidade e estética.

Na Clínica Universitária esta disciplina foi vocacionada para dispositivos dento-suportados podendo estes envolver um ou mais elementos dentários. Para efetuar uma reabilitação deste tipo é necessário uma escolha criteriosa do caso: desde a gestão das expectativas do doente passando pela cooperação para uma higiene oral meticulosa e avaliação intraoral pormenorizada. Esta avaliação deve incluir a quantidade de remanescente dentário, o diagnóstico pulpar ou a qualidade da endodontia, a condição periodontal e fatores oclusais. Com base nos dados recolhidos, o doente deve ser informado de quais as opções mais adequadas bem como as vantagens, desvantagens e possíveis complicações.

3.8.2 – Resultados

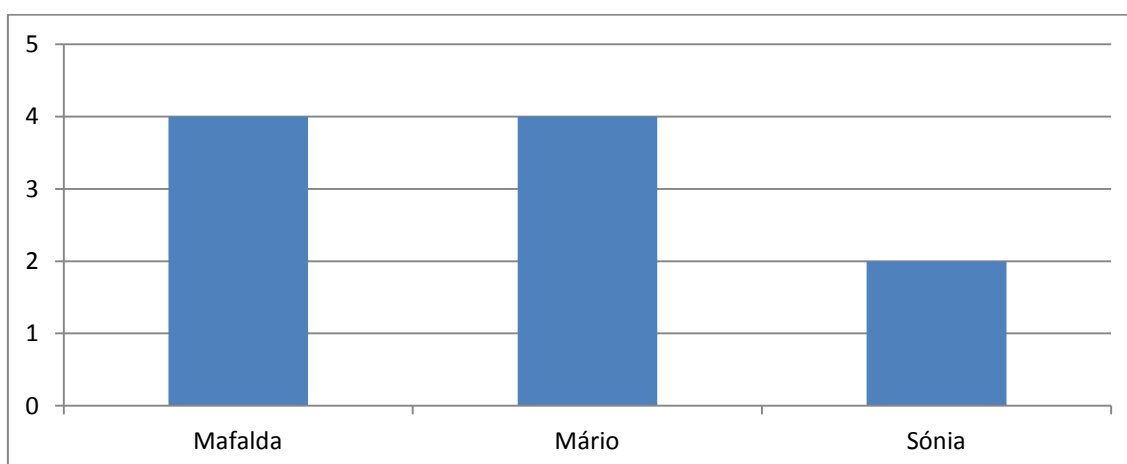


Gráfico 24 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

P. Fixa	Nº
Doentes	8
Consultas	10
Operador	4

Tabela 9 Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

Nesta Área disciplinar foram realizadas dez consultas em oito doentes, nas quais em quatro como operador.

Não tendo sido realizada nenhuma reabilitação com prótese fixa pelo grupo de trabalho, as consultas foram divididas pelos dois tipos de procedimento efetuado: primeira consulta e controlo. Considerara-se também para efeitos de contagem, mesmo não correspondendo a procedimento clínico, duas consultas de apresentação de orçamento.

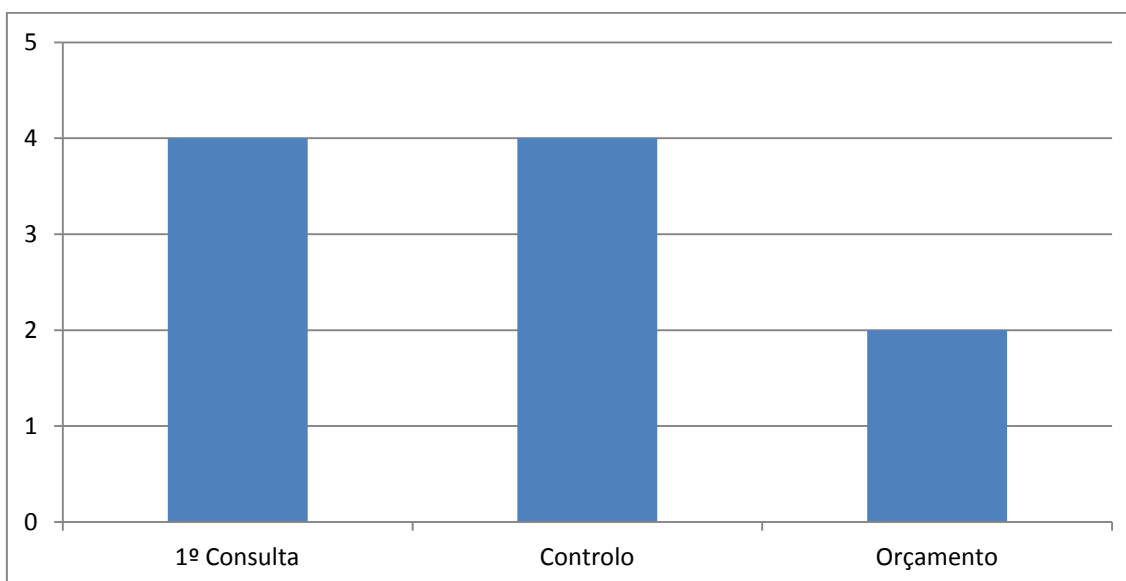


Gráfico 25 Número de consultas realizadas pelo grupo de trabalho diferenciadas por procedimento

Como operador foram realizadas duas primeiras consultas cujo protocolo consistiu na avaliação dos seguintes parâmetros:

- Remanescente dentário (medição direta)
- Condição pulpar ou qualidade da endodontia (testes térmicos e raio-x)
- Periodontal (sondagem e raio-x)

- Higiene oral

Para complementar os dados recolhidos, foram também efetuadas impressões de estudo e posterior montagem em articulador dos modelos obtidos.

Numa primeira situação foi avaliada a substituição de uma restauração com espigão intra radicular no incisivo lateral do segundo quadrante enquanto numa segunda situação foi proposta uma ponte entre o incisivo central e o canino do primeiro quadrante para substituição de um incisivo lateral com elevada destruição coronária e tratamento endodôntico insatisfatório. Ambos os doentes eram do sexo feminino.

Das duas consultas de avaliação resultaram duas consultas para apresentação do orçamento. Nenhum dos doentes aceitou o plano de tratamento proposto alegando indisponibilidade financeira.

Quanto às consultas de controlo foi inspecionada uma prótese unitária sobre implante que substituíra o primeiro pré-molar do terceiro quadrante e uma ponte do quarto quadrante que compreendia o segundo molar e o segundo pré-molar. Nas consultas de controlo foram avaliados os seguintes parâmetros:

- Condição pulpar ou qualidade da endodontia (testes térmicos e raio-x)
- Periodontal (sondagem e raio-x)
- Adaptação da restauração

Com o objetivo de complementar os dados recolhidos foi também preenchido o questionário de satisfação que considera a perceção do doente em relação à estética e função do tratamento realizado.

3.9 – Oclusão

3.9.1 – Introdução

A Área Disciplinar de Oclusão envolve o diagnóstico e tratamento dos distúrbios temporomandibulares de natureza articular e/ou muscular, bem como a abordagem da dor oro-facial. Para tal, efetuamos uma avaliação do sistema estomatognático, com estudo dos movimentos mandibulares englobando desde os pontos de contato dentários até ao sistema nervoso, articular e muscular envolvidos. A harmonia de funcionamento destes sistemas proporciona uma vasta gama de movimentos mandibulares.

Para fins de diagnóstico foi preenchido o formulário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* que compreende a seguinte análise: história de dor facial, padrão de abertura, extensão do movimento vertical, relações incisais, excursões, sons articulares, palpação dos músculos extraorais e cervicais, pesquisa de dor articular, palpação dos músculos intraorais. Nos procedimentos de diagnóstico inclui-se também a obtenção de modelos de estudo e posterior montagem em articular SAM II.

3.9.2 – Resultados

Oclusão	Nº
Doentes	4
Consultas	4
Operador	1

Tabela 10 Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

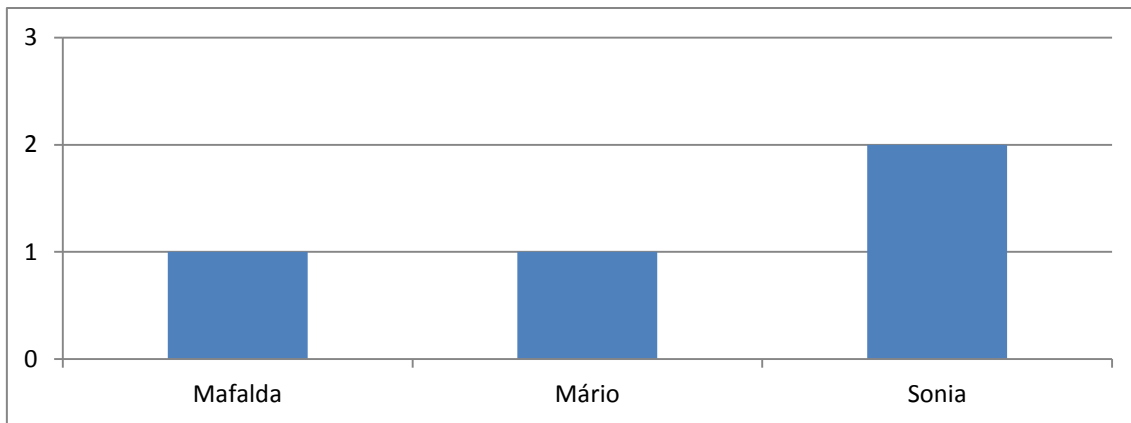


Gráfico 26 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho

Foram realizadas 4 consultas tendo participado em uma como operador. Três foram de diagnóstico e uma foi de diagnóstico e tratamento, tendo-se realizado uma goteira de relaxamento.

No único doente ao qual foi realizado tratamento foi descrita história de dor facial do lado esquerdo. Na análise realizada foi encontrado, do lado esquerdo, um padrão de abertura não corrigido, dor articular na abertura máxima não assistida, dor articular e muscular na abertura máxima assistida, dor articular e muscular nas excursões laterais, estalo e crepitação leve no movimento de abertura, crepitações leves nos movimentos de lateralidade; na palpação muscular, também do lado esquerdo, foi registada dor moderada na origem, corpo e inserção do músculo masséter, dor severa na região posterior da mandíbula, dor suave no pterigoideu lateral e dor moderada no tendão temporal; quanto à palpação articular foi registada, ainda do lado esquerdo, dor moderada no polo lateral e inserção posterior. No lado direito, por sua vez, foi apenas detetado um estalo no movimento de abertura encontrando-se normais os restantes parâmetros analisados.

Considerando os dados recolhidos e conciliando-os com a história clínica, a doente foi diagnosticada com hiperatividade muscular e bruxismo noturno.

3.10 – Odontopediatria

3.10.1 – Introdução

A Área Disciplinar de Odontopediatria revela-se como uma verdadeira área de conhecimento multidisciplinar na qual se torna necessário integrar conhecimentos das mais diversas parcelas do universo Médico-Dentário. A capacidade de integrar uma variedade de aptidões na singularidade da criança é a essência da Odontopediatria. Esta tem em vista a manutenção da saúde oral bem como a implementação de medidas preventivas apropriadas. Neste domínio, a adequação do *timing* do tratamento e da comunicação não só à idade física mas também à idade psicológica revela-se de extrema importância para construir uma relação de confiança e proporcionar tratamentos de qualidade. A capacidade de controlar o comportamento da criança é abordada e devidamente treinada aquando do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, permitindo ter uma perspetiva do comportamento padrão de cada idade, sabendo como intervir. Os meios variam entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas e é dever do Médico Dentista saber adequar a cada caso. Geralmente recorre-se a meios comunicacionais e de reforço positivo/motivação, mas, em casos mais raros, quando a criança não é colaborante e nenhuma das estratégias de controlo do comportamento se revela eficaz, será prudente considerar uma consulta sob sedação consciente.

3.10.2 – Resultados

Odontopediatria	Nº
Doentes	4
Consultas	4
Operador	2

Tabela 11 Número de doentes e consultas realizadas pelo grupo de trabalho. Total de consultas como operador

Foram realizados 5 atos em 4 doentes, tendo participado em 2 como operador.

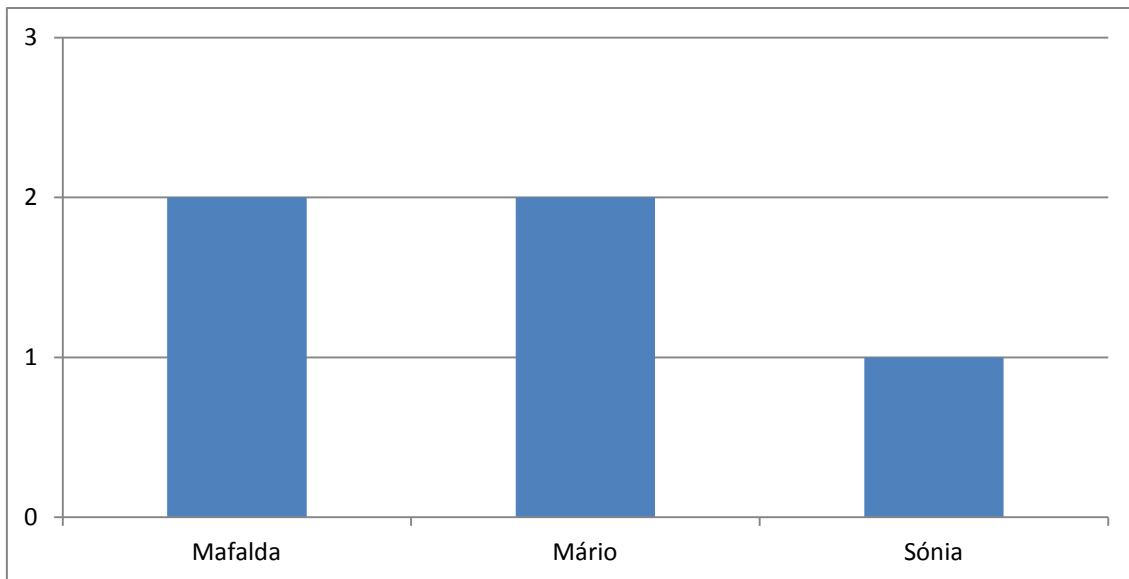


Gráfico 27 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho.

Nesta Área Disciplinar foram realizados dois atos clínicos como operador na mesma doente: CV, 9 anos, colaborante e interessada na sua saúde oral; de momento, encontra-se a fazer tratamento ortodôntico com aparelho removível. Os procedimentos realizados consistiram na exodontia de dois dentes decíduos, 64 e 65, integradas num plano de extrações seriadas proveniente da Área Disciplinar de Ortodontia.

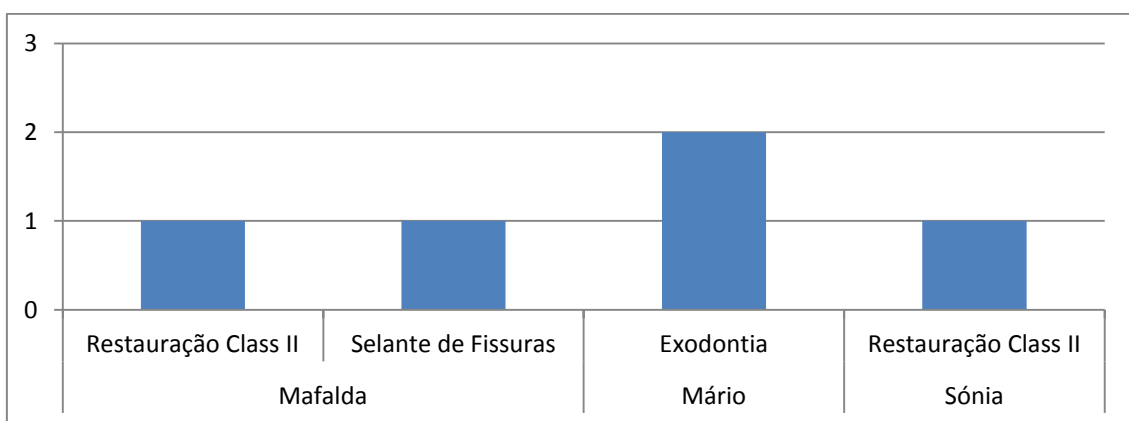


Gráfico 28 Número de atos realizados pelo grupo de trabalho diferenciados por operador e procedimento

Para além dos procedimentos como operador, o grupo de trabalho realizou duas restaurações de classe II e selante de fissuras.

4 – Apresentação dos Casos Diferenciados

4.1 – Cirurgia Plástica Periodontal – Técnica Vista

No decorrer do trabalho “Complicações Dentárias e Periodontais decorrentes da utilização de piercings periorais – *clinical series*” foi identificada uma doente do sexo feminino, 22 anos que, após o diagnóstico de recessão gengival no dente 45 associada ao piercing perioral, decidiu remover o piercing e receber tratamento para esta condição. Como tal, foi realizada uma destartarização para controlo da carga microbiana e inflamação gengival tendo sido realizada a cirurgia plástica periodontal três semanas depois.



Figura 3 - Foto pré-operatória

O procedimento cirúrgico foi dividido em três etapas:

- Preparo do local recetor
- Recolha do enxerto de tecido conjuntivo
- Posicionamento do enxerto e sutura

O preparo do local recetor iniciou-se com o polimento e alisamento da superfície dentária seguida da aplicação tópica de tetraciclina. Foram realizadas duas incisões (uma mesial e outra distal) de espessura total. Começando na incisão mesial, o perióstio entre estas duas incisões é descolado como demonstrado na figura 4 e 5.



Figura 4 - Desinfecção com tetraciclina



Figura 5 - Incisão de acesso vestibular

O preparo do local receptor terminou com a realização de uma incisão intrasulclar sem envolver as papilas nos dentes 14, 15 e 16.

Para a recolha do enxerto foram realizadas três incisões de espessura parcial no palato. Este retalho, levantado tipo alçapão, contém tecido conjuntivo e epitelial sendo necessária a sua dissecação tendo em vista a obtenção de tecido conjuntivo apenas.



Figura 6 - Remoção do enxerto – zona dadora (Palato)

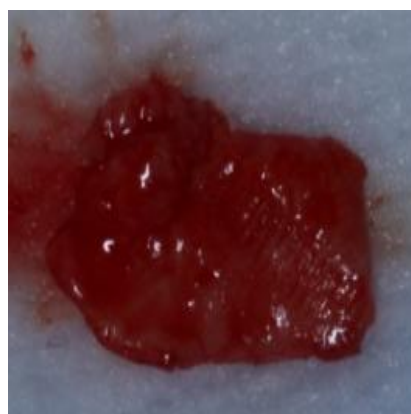


Figura 7 - Enxerto

Após a recolha do enxerto procede-se a colocação deste no local receptor da seguinte maneira: um fio de sutura é colocado na ponta distal do enxerto e passada de seguida pelo túnel criado durante o preparo do local receptor; posto isto, tracionando o fio de sutura, o retalho é colocado no túnel e posicionado com pinça de tecidos. É de notar que se pretende não só aumentar o volume da gengiva queratinizada mas também recobrir a recessão e, como tal, os bordos coronais do enxerto são passados através das incisões intrasulculares criadas na primeira etapa.

Com o enxerto posicionado foram realizadas, primariamente, suturas periosteais e, secundariamente, suturas de aproximação coronária para encerrar a ferida cirúrgica e recobrimento da recessão. Procedeu-se também à sutura do palato.



Figura 8- Passagem do fio de sutura no enxerto



Figura 9 - Colocação do enxerto no local recetor



Figura 10 - Foto pós-operatória



Figura 11 - 1 mês depois



Figura 12 - 3 meses depois

Foram realizados controlos pós-operatórios a uma semana, um mês e três meses.

4.2 – Extração dente 38 parcialmente erupcionado

No decorrer da Disciplina de Cirurgia Oral foi realizada uma cirurgia diferenciada de acordo com o seguinte protocolo:

Protocolo Cirurgia Oral

História Clínica

Doente JPMC, 22 anos, solteiro, nº de processo 21333, ASA II, operado há 20 anos a um rim devido a obstrução congénita, análises clínicas realizadas de 2 em 2 anos, sem qualquer valor alterado).

História Familiar

Nada a assinalar.

História Dentária Pessoal

O odontograma demonstra dentição incompleta tendo sido extraído o dente 46 no dia 21-01-2013, por endodontia insatisfatória. Doença periodontal: Gingivite induzida por placa. Doente possui restaurações em todos os primeiros e segundos molares.

Exame clínico extra-oral

Face oval, existe simetria facial; lábios hidratados; sem edemas e tumefações e sem adenopatias.

Exame clínico intra-oral

--» Dentário: dente 38 com alguma gengiva sobre a face oclusal na zona distal do dente. Distoinclinado.

--» Oral: s/nenhuma lesão a referir, gengivas ligeiramente inflamadas devido a gengivite induzida por placa; língua papilada e com coloração normal.

Uma pequena porção da face ocluso-distal encontra-se recoberta por gengiva sem sinais de pericoronarite

--» ATM: doente relata hábitos parafuncionais noturnos e algumas facetas de desgaste ao nível dos incisivos inferiores. Por vezes, em episódios de stress refere ter dor ao nível articular. Abertura de boca de 35mm

Motivo da Consulta:

Dirigiu-se a uma consulta na Clínica Universitária para a extracção do dente 38

Relato Radiográfico:

--» Ortopantomografia

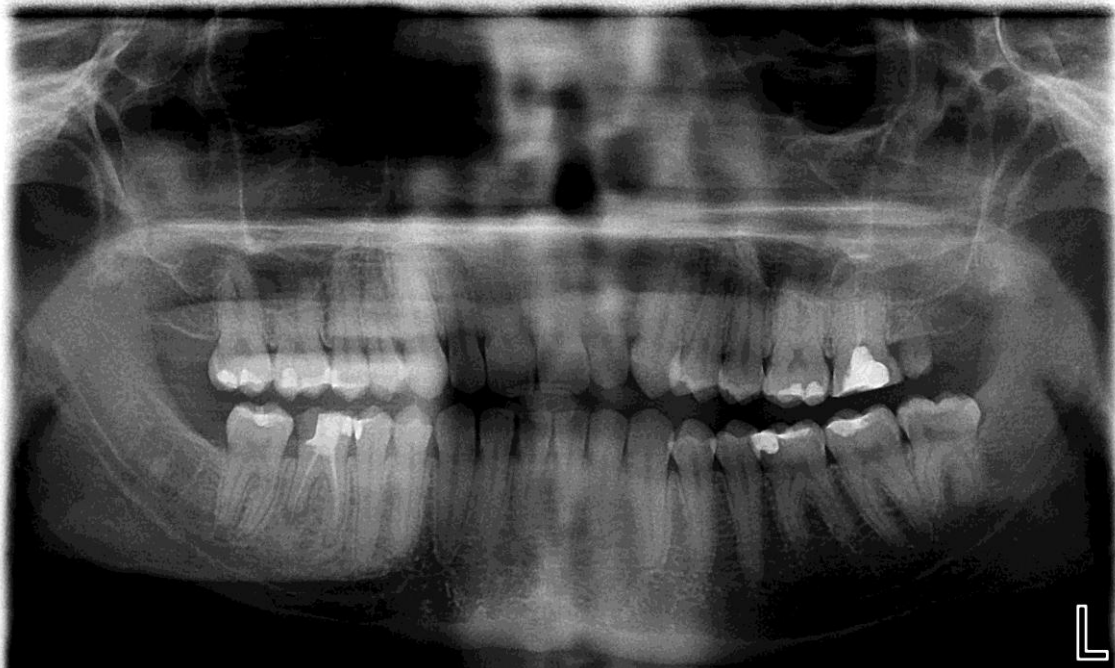


Figura 13 - Ortopantomografia

--» Raio-x Periapical



Figura 14 - Raio-x periapical

Plano de Tratamento:

1 Periodontologia

2 Cirurgia Oral: extracção 38

3 Avaliação em PF para reabilitação do espaço edêntulo (dente 36 previamente extraído)

Protocolo Clínico – Exodontia Aberta do Dente 38

--» Classificação Pell & Gregory 1B

--» Distoangulado

--» Material

Carpule;

Anestubos lidocaína;

Agulha;

Cabo de bisturi e lâmina de bisturi nº 15;

Descolador de Molt nº9;

Afastador de Austin;

Peça de mão;

Broca de osso;

Broca diamantada para odontosecção;

Sindesmótomo;

Alavanca;

Boticão;

Cureta;

Gaze estéril;

Pontas de aspiração de saliva e cirúrgica;

Pinça universal;

Espelho intra-oral;

Fio de sutura e porta-agulha;

Tesoura.

--» Procedimento Cirúrgico

1 Anestesia Troncular do Nervo Alveolar Inferior e nervo lingual;

2 Sindesmotomia (tanto quanto possível afastar o tecido gengival distal para permitir acesso completo ao dente)

3 Odontosecção: com broca diamantada no sentido vestibulo-lingual segundo o longo eixo do dente. Finalização com alavanca

4 Luxação e extração da raiz mesial. Luxação e extração da raiz distal. Poderá verificar-se a necessidade de, nesta fase, fazer osteotomia.

5 Curetagem;

6 Sutura.

--» Recomendações Pós-Operatórias

Fazer gelo nas horas a seguir à cirurgia, alimentação preferencialmente fria e mole, não andar ao sol, dormir com a cabeça levantada, não fazer esforços físicos nos dias a seguir à cirurgia.

- Medicação

AINEs – exemplo Brufen 600mg de 12h/12h durante 2/3 dias;

Higienização da ferida com clorhexidina em gel diariamente durante cerca de uma semana.

Remoção da sutura uma semana após a extração.

4.3 – Sialolitíase submandibular: a propósito de um caso clínico

Introdução

A patologia obstrutiva das glândulas salivares é frequentemente causada pela formação de sialólitos que obstruem o fluxo salivar. A sialolitíase é ocorre em cerca de 1.2% da população, cerca de 80% na região submandiular (1,2,4) podendo os cálculo ser unitário ou múltiplo, localizados na porção proximal ou distal do ducto de Warthon e menos frequentemente no hilo ou intraparenquimal (4). Uma história e exame clínico compreensivo em conjunto com os meios auxiliares de diagnóstico atuais permitem a exata localização da obstrução (2) contribuindo para um correto planeamento cirúrgico e restabelecer o fluxo salivar.

Case Report

Doente do sexo masculino, 20 anos, apresentou-se na Clínica Universitária com motivo “consulta de rotina”. Durante o exame extra oral foi identificada uma tumefação na região submandibular direita. Inquirido sobre esse facto, o doente referiu que aumentos de volume episódicos durante as refeições e que ia diminuindo no período pós-prandial; referiu também que não teve dor e que raramente teve situações de algum desconforto. Esta situação já tinha sido motivo de preocupação há cerca de seis anos tendo realizado uma ecografia da glândula submandibular e uma radiografia fronto-nasal que se revelaram inconclusivas.



Figura 15 - Vista extra-oral

Durante o exame intra-oral, a palpação da glândula submandibular direita revelou-se ligeiramente endurecida e tumefacta tendo sido encontrada uma massa dura e não aderida às estruturas adjacentes no terço anterior do ducto de Warthon direito, compatível com um cálculo salivar.



Figura 16 - Vista intra-oral

Com o intuito de confirmar o diagnóstico, duas radiografias oclusais foram efetuadas tendo revelado uma massa radiopaca de forma redonda e relativamente regular na região submandibular direita. O doente foi remarcado para remoção cirúrgica do cálculo. No *follow-up* a uma semana os tecidos tinham cicatrizado completamente e verificou-se uma diminuição da tumefação submandibular mas uma remissão completa ainda não foi atingida. O doente continua sob fase de controlo durante os próximos 9 meses com consultas trimestrais.

Tratamento

O tratamento consistiu na remoção cirúrgica do cálculo e restabelecer o fluxo salivar no ducto.

O procedimento encontra-se ilustrado nas imagens seguintes.

O início deu-se com a aplicação de anestesia tópica no soalho da boca seguida da infiltração de anestésico nas imediações do cálculo.

Após a anestesia foi passado um fio de sutura na região posterior ao cálculo quer para prevenir que este progredisse para distal durante a remoção quer para obter tensão nos tecidos e realizar uma incisão limpa.

Assim que se procedeu à incisão o cálculo ficou visível e solto no soalho da boca. Não se realizou sutura da ferida cirúrgica.



Figura 17 - Anestesia



Figura 18 - Preensão com fio de sutura



Figura 19 - Incisão



Figura 20 - Cálculo



Figura 21 - Incisão após remoção do cálculo

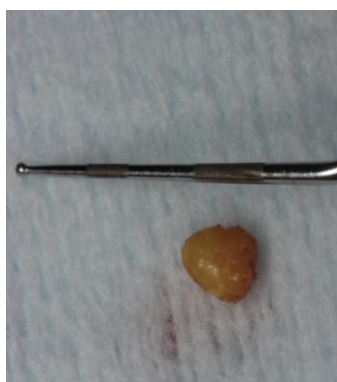


Figura 22 - Cálculo junto a sonda periodontal milimetrada



Figura 23 - Follow-up 1 semana

5 – Atividade científica

(ano letivo 2013/2014)

5.1 - 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA & REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, VOLUME 48, MAY 2014, COM O TÍTULO “DENTAL AND PERIODONTAL COMPLICATIONS ARISING FROM THE USE OF ORAL PIERCINGS – CASES REPORTS”

Moreira M, Rodrigues B, Ribeiro C, Marques T

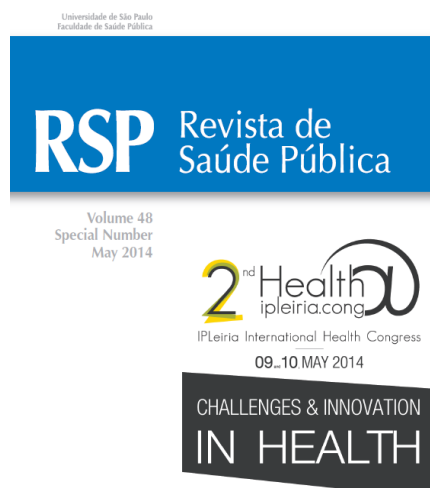
Introduction: The fear of tooth loss is common between patients, especially when they realize that the loss of the periodontal structures is closely linked to individual aesthetic. Besides the concern for appearance is significant that the missing periodontal structure increases mobility, and tooth hypersensitivity exposure which should encourage patients to seek appropriate treatment. This practice of body art has increased over the years and has been directly related to dental and periodontal injuries.

Objective: These reports describe tree cases in which gingival recession, and dental injuries were caused by oral and peri - oral piercings.

Methods: Tree patients´ where evaluated. The clinical evaluation of patient oral health records included periodontal parameters and the presence of tooth injuries.

Results: Clinically where observed in the reporting of these cases an association between the use of oral piercings and dental and gingival trauma. The presence of gingival recession in the anterior lingual mandibular region was associated with the use of piercings, age, male gender and bleeding on probing.

Conclusions: These changes require from the Dentist a detailed clinical evaluation leading to an earlier diagnosis of predictable problems. However, Dentists must be prepared to address their patients´ individual needs with the aim of avoiding or intercepting the course of potential complications and removing the causative agent when required. Despite the prognosis be booked there are several areas of dentistry that allow functional restoration and partially or totally aesthetic.



Key-words: Oral piercing; peri-oral piercing; effects; case report; complications.

5.2 - XXXVI REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE ESPANHOLA DE ODONTOPEDIATRIA, IV REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ODONTOPEDIATRIA E II REUNIÃO IBÉRICA DE ODONTOPEDIATRIA; “CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA PORTUGUESA – PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS”

Agencias dentales en pacientes odontopediátricos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Portuguesa – Presentación de los casos clínicos

Rodríguez B.J, Moreira M. J, Botiga P. J, Seabra M.J, Figueiredo A. J

Introducción - Anomalías de número, forma y estructura pueden coexistir en las distintas etapas de la embriología dental. Las alteraciones numéricas pueden presentarse por defecto y por exceso y atingir la dentición temporal o permanente, siendo esta la más afectada. Los dientes más afectados frecuentemente son el segundo premolar inferior, después el incisivo lateral superior y del segundo premolar superior. Los incisivos centrales, caninos y molares muy difícilmente se encuentran implicados. Las niñas presentan una mayor prevalencia de agenesia. La ausencia congénita de los dientes puede afectar cualquier uno de los 32 dientes permanentes o su totalidad. El agente etiológico predominante es la herencia genética.

Objetivo: Este trabajo tiene intención de presentar radiográficamente situaciones clínicas de agencias múltiples diagnosticadas en la práctica clínica universitaria, con el objetivo de concienciar sobre la importancia del examen clínico y radiográfico con fines de diagnóstico precoz de la entidad en causa.

Metodología: Se analizaron 432 ortopantomografías de niños entre los 6 y los 16 años de edad. Hicimos la suma de agencias por sexo y en la totalidad de los pacientes por una representación gráfica.

Conclusiones: Durante el proceso de la odontogénesis pueden ocurrir errores durante las etapas del desarrollo y pueden afectar las piezas dentales. Las alteraciones numéricas por defecto están evidenciadas radiográficamente en este trabajo. La estadística hecha en la universidad evidencia los datos patrón que hay en la literatura – más niñas afectadas. La ausencia congénita de dientes se puede revelar en un desafío en la Odontopediatría y el plan del tratamiento puede implicar el mantenimiento o el cierre del espacio de lo(s) diente(s) que faltan. A pesar de no ser la queja primordial de la consulta es importante demostrar eficiencia en el diagnóstico clínico y radiográfico que, en dentición temporal y permanente se deberá efectuar lo más prematuramente posible, pudiendo informar los padres y, si el plan de tratamiento indicar una intervención, decidir cual el momento oportuno.

Introducción

Anomalías de número, forma y estructura pueden coexistir en las distintas etapas de la embriología dental. Las alteraciones numéricas se pueden presentar por defecto o por exceso y atingir la dentición temporal o permanente, siendo esta la más afectada. Los dientes más afectados frecuentemente son el segundo premolar inferior, después el incisivo lateral superior y el segundo premolar superior. Los incisivos centrales, caninos y molares muy difícilmente se encuentran implicados. Las niñas presentan una mayor prevalencia de agenesia. La ausencia congénita de los dientes puede afectar cualquier uno de los 32 dientes permanentes o su totalidad. El agente etiológico predominante es la herencia genética.

Los incisivos centrales, caninos y molares muy difícilmente se encuentran implicados. Las niñas presentan una mayor prevalencia de agenesia. La ausencia congénita de los dientes puede afectar cualquier uno de los 32 dientes permanentes o su totalidad. El agente etiológico predominante es la herencia genética.

Objetivos:

Este trabajo tiene intención de presentar radiográficamente situaciones clínicas de agenesias múltiples diagnosticadas en la práctica clínica de Odontopediatría en la Universidad Católica Portuguesa, con el objetivo de concienciar sobre la importancia del examen clínico y radiográfico con fines de diagnóstico precoz de la entidad en causa.

Descripción de los casos clínicos:

- Niña, 11 años, con agenesia de los dientes 47, 45 y 35.
- Niña, 8 años, con agenesia de los dientes 15, 25, 34, 37, 44 y 47
- Niño, 14 años, con agenesia de los dientes 14, 24, 34 y 44.
- Niña, 14 años con agenesia de lo diente 37.
- Niño, 15 años con agenesia de los dientes 35, 45, 18, 28, 38 y 48.
- Niño, 5 años con agenesia de los dientes 12, 22, 35, 31, 41 y 45.
- Niño, 7 años con agenesia de los dientes 53, 73, 83, 33 y 43.

Resultados/Comentarios

La ausencia congénita de los dientes se puede revelar en un desafío en la Odontopediatría y el plan del tratamiento puede implicar el mantenimiento o el cierre del espacio de lo(s) diente(s) que faltan. La observación de los doentes con agenesias dentales determina la necesidad de un diagnóstico precoz, en el sentido de orientar debidamente el tratamiento.

Conclusiones

Durante el proceso de la odontogénesis pueden ocurrir errores durante las etapas del desarrollo y pueden afectar las piezas dentales, las alteraciones numéricas por defecto están evidenciadas radiográficamente en este trabajo. Esta condición no es la queja primordial de la consulta pero es importante demostrar eficiencia en el diagnóstico clínico y radiográfico que, en dentición

temporal y permanente se deberá efectuar lo más prematuramente posible, pudiendo informar los padres, y si el plan de tratamiento indicar una intervención, decidir cual el momento oportuno.

5.3 - INFEÇÃO CRUZADA NA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS

Moreira M. ¹, Costa J. ¹, Rodrigues B. ¹, Amaral Mendes R. ²

¹Alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária - Universidade Católica Portuguesa.

² Professor Regente das cadeiras de Medicina Oral, Oncologia Oral e Cirurgia Oral, Director Clínico da Universidade Católica Portuguesa, Professor Convidado da Universidade do Michigan.

Introdução:

Como é sabido, a cavidade oral contém múltiplos microrganismos, o que torna a profissão de Médico Dentista um risco, sendo aterrorizante quando se considera a prática tão próxima com a entidade em causa: a cavidade oral. A prática de alguns comportamentos arriscados pode levar à transmissão de várias patologias tornando a infeção cruzada uma realidade na prestação de quaisquer cuidados de saúde e, a prática médico-dentária, não é uma exceção. A infeção cruzada apresenta-se com etiologia exógena, cuja transmissão é feita pela disseminação de microrganismos de paciente para Medicina Dentista, de Médico Dentista para paciente, podendo incluir o resto da equipa como assistentes, secretárias, técnicos de prótese, pessoal de limpeza e de laboratório, entre muitos outros. Não esquecer que, a infeção pode ocorrer não só entre os intervenientes mas que por contacto

Sendo o Médico Dentista um dos principais intervenientes, e o que tem maior responsabilidade, é-lhe pertencente o dever de certificar que, ao nível protocolar, a infeção cruzada no ambiente que gere não é de modo algum exequível. Como esta prática cuidadosa fora inculcada aos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e, fazendo ela parte da atividade clínica praticável diariamente, torna-se essencial revelar o estudo em execução no que se refere à infeção cruzada.

A infeção cruzada é causada pela transmissão de microrganismos presentes em ambientes clínicos. Estas entidades podem sobrevir de diversas formas: passar de paciente para paciente, de profissional para profissional, de paciente para médico/assistente, de médico/assistente para paciente ou através de um instrumento contaminado para o paciente/médico/assistente.

Uma questão que não pode ficar indiferente é a preocupação quanto à biossegurança e à proteção referente aos profissionais de saúde, funcionários de ambientes clínicos e pacientes.

Na nossa prática clínica deve constar a proteção pessoal, a desinfecção das superfícies do ambiente de trabalho, da separação correta dos lixos, esterilização do material, para o bem da tríade médico-assistente-paciente. Num ambiente clínico o risco de contaminação por agentes patogénicos existe, podendo levar a um processo de infeção e que é substancial evitar.

Objetivos do estudo:



Quadro 1 - Objetivos do estudo referente à infeção cruzada

Através da realização de um inquérito de 26 questões aos alunos do 3º, 4º e 5º ano da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa pretende-se obter informação referente aos métodos de proteção individuais e à perspetiva geral no que se refere à infeção cruzada em ambiente clínico. Com a recolha e a análise dos dados pretende-se por meio de estatística expor essa informação através de um artigo de revisão científica, no qual se exprime a necessidade dos meios preventivos e quais os mais efetivos, tendo como expectativa que, posteriormente, existam reflexos notórios

das medidas preventivas implementadas na prestação dos serviços de saúde oral na Universidade Católica Portuguesa e pelos profissionais aí formados.

6 – Discussão

Discussão

Medicina Oral

Nas consultas de Medicina Oral verificou-se que os doentes pertenciam a uma faixa etária relativamente jovem sendo a média de idades de 28,6 anos. Apesar da amostra relativamente pequena (9 doentes), foi possível identificar alguns casos pertinentes:

Apesar da idade relativamente reduzida e da maior frequência de doentes do sexo feminino nas consultas de Medicina Oral, quanto à história médica, verificou-se uma maior prevalência de afeções do foro cardíaco (afectam indivíduos mais velhos e predominantemente do sexo masculino), sendo de acordo com os números da WHO em 2009 que constata que as doenças cardiovasculares são as que mais contribuem para a taxa de mortalidade mundial.

Foram relatados dois casos de Hipertensão Arterial e um caso de Síndrome Coronária Aguda. Segundo o relatório “*A Global Brief on Hypertension*” da mesma organização publicado em 2013, a hipertensão é responsável por pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca. Visto que estes doentes com Hipertensão Arterial e/ou história médica de Angina, Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente vascular Cerebral são mais vulneráveis a fenómenos tromboembólicos e que estes tem maior probabilidade de desenvolver em situações de ansiedade, é prudente que o Médico Dentista se certifique que a doença está a ser devidamente acompanhada e controlada bem como adoptar medidas de controlo da azeidade. Em caso de algum dos eventos supracitados ter ocorrido num período inferior a 6 meses qualquer procedimento clínico invasivo deve ser diferido.

É ainda necessário lembrar que muitos destes doentes estarão incluídos em algum tipo de medicação, sendo na nossa amostra mais frequentemente verificados Antiagregantes Plaquetários e Estatinas (redução da probabilidade de fenómeno tromboembólico e controlo da Hipercolesterolémia respectivamente). Relativamente às Estatinas não representam risco para procedimentos invasivos. No caso de o doente estar

medicado com Antiagregantes Plaquetários o clínico deve pesar os riscos de hemorragia intra e pós-operatória (que pode facilmente ser controlada através de meios convencionais de pressão, frio e esponjas hemostáticas) e compará-los com o risco de fenómenos trombóticos que, em caso de suspensão desta medicação, ficam aumentados, pondo-se a situação hipotética de “sangrar ou morrer” (7). Como tal, é aconselhável manter a medicação e tomar medidas adicionais durante e após a cirurgia para minorar a problemática da hemorragia. No entanto, se o doente estiver num regime de Anticoagulantes será cauteloso requerer os valores de INR e assegurar que estão num intervalo inferior a 4 pontos. Estes casos, devem ser assegurados a partir da comunicação com o médico responsável (cardiologista/ médico de família) a suspensão da medicação e troca, por exemplo, por uma heparina de baixo peso molecular.

Foi também encontrado um caso de Úlcera Péptica a propósito da doente referir dispepsia. Este fenómeno também se encontra relacionado com Refluxo Gastroesofágico e, quando prolongado no tempo, pode ter manifestações orais tais como ângulos das superfícies dentárias anormalmente arredondados e sobre saliência de restaurações em relação as faces dentárias circundantes; este efeito ocorre mais comumente nos dentes posteriores.

Na prática clínica médico-dentária, o maior problema que este tipo de situação pode colocar prende-se com a questão medicamentosa, mais precisamente, sobre a prescrição de anti-inflamatórios. Esta classe de medicamentos está contraindicada em situações de história de úlcera péptica e hemorragia gastrointestinal. Com efeito, para minorar os riscos de exacerbação dos sintomas provenientes do tracto gastrointestinal o Médico Dentista deve prescrever um protetor gástrico para os efeitos secundários não serem tao intensos.

Periodontologia

A inflamação e perda óssea são as características fundamentais da doença periodontal(8), sendo esta uma infeção bacteriana complexa nos quais vários fatores estão implicados. Estas bactérias podem provocar dano tecidual de duas maneiras: diretamente, através da invasão dos tecido e libertação de

produtos tóxicos que induzem morte celular; ou indiretamente, através da ativação de células pró-inflamatórias (9).

- Diagnóstico e Plano de Tratamento

Considerando a amostra de 18 doentes que foram vistos nas consultas de Periodontologia, 16% apresentavam um quadro clínico compatível com gengivite e 84% apresentavam periodontite. Não menosprezando os casos e a necessidade de correto diagnóstico e tratamento das gengivites, esta discussão vai ser mais focada na doença periodontal com envolvimento ósseo e perda de attachment, ou seja, periodontite.

A maioria dos doentes atendidos que apresentavam um diagnóstico de periodontite não estavam conscientes que essa situação constituía uma doença nem, tão pouco, percebiam as implicações que a doença tem a nível de saúde oral, podendo contribuir, em casos extremos, para mobilidade exagerada (grau II e grau III) e eventual perda de peças dentárias.

Como tem sido prática corrente durante a atividade clínica, a educação do doente sobre doença que é diagnosticada incute responsabilidade e cooperação sendo estes dois pontos considerados chaves importantes para o sucesso quer no tratamento quer na manutenção da saúde periodontal.

Durante os procedimentos de diagnóstico foi detetada uma média do índice de placa relativamente elevada (média de 57,4%) e uma média do índice de sangramento de 21,5% e que, em conjugação com uma média de profundidade de sondagem de 2,6mm e uma perda de attachment de 3mm dão-nos a imagem de um doente-tipo com as seguintes características:

- Falta de informação ao nível de saúde oral
- Higiene oral insatisfatória
- Sangramento e, conseqüentemente, inflamação ativa e notável
- Recessões gengivais pronunciadas
- Possível envolvimento de furca de grau I ou II
- Diagnóstico de Periodontite Crónica Moderada

Para conseguir reabilitar a condição periodontal deste tipo de doentes é necessário que, para além da informação relativamente à doença, seja também explicado o plano de tratamento e o *timing* de cada procedimento. Após a obtenção do diagnóstico, prognóstico e instrução do doente, procede-se à Fase 1 -Higiénica. Nesta fase é removida a placa e tártaro supra e infra gengival bem como recontorno de restaurações transbordantes . Poderá também ser necessário raspagem e alisamento radicular bem como irrigação infragengival. Após esta fase segue-se um compasso de espera de 6 a 8 semanas até à reavaliação do tratamento.

Durante esta reavaliação é necessário observar se o doente implementou as medidas de higiene recomendadas e fazer uma cuidada análise dos resultados obtidos quer ao nível do índice de placa quer ao nível do índice de sangramento. Doentes que evoluem favoravelmente (redução do IP e BOP) e profundidade de sondagem menor que 5mm são encaminhados ou para nova Fase 1- Higiénica ou para a Fase 3 – Terapia de Suporte que consiste em consultas periódicas espaçadas por mais ou menos tempo consoante o risco e o grau de severidade da doença no caso específico.

Doentes que na consulta de reavaliação apresentam melhoria da higiene e inflamação mas que possuem bolsas superiores a 5mm são possivelmente encaminhados para a Fase 2 – Cirúrgica, sendo, para isso, necessário reunir as seguintes condições:

- Doenças sistémicas controladas
- Índice de Placa < 20%
- Índice de Sangramento < 15%
- Colaborante com medidas preventivas

Na Fase 2 – Cirúrgica, pretende-se reduzir a profundidade de sondagem, aumentar a banda de tecido queratinizado e obter ganho de attachment através das diversas técnicas cirúrgicas adequadas ao objectivo do plano de tratamento. Após esta fase é realizado um intervalo de espera para nova reavaliação dentro de 6 semanas, podendo acontecer uma de três situações: sucesso, sendo o doente reencaminhado para a Fase 3 – Terapia de Suporte; insucesso, nova Fase 1 – Higiénica e reavaliação; sucesso limitado,

cabendo ao clínico decidir qual a fase mais apropriada se repetição da Fase 1 ou 2 ou se implementar um regime de Fase 3.

Dentisteria Operatória

A preservação da integridade estrutural e a estética bem como a preservação da vitalidade pulpar são objetivos fundamentais da Dentisteria Operatória. Como tal, a técnica restauradora e os materiais utilizados tem de ser especificamente adaptados à situação clínica. Tendo sido realizadas 25 actos pelo grupo de trabalho, a Área Disciplinar de Dentisteria Operatória foi a que mais consultas teve.

Cerca de 45% das restaurações foram efetuadas com compósito devido à sua versatilidade que ao nível estético que ao nível funcional. No entanto, nem sempre foi o mais indicado. Tendo isto em conta, em situações em que o risco de cárie do doente era elevado, não existia compromisso estético e existia a impossibilidade do controlo da humidade no campo operatório o material de eleição foi a amálgama de prata, tendo este material sido utilizado em 16% das vezes.

Quanto às classes nas quais foi utilizado, destacam-se duas classes II, uma classe V e uma classe I. Tanto nas classes dois como na classe V não existia compromisso estético e não foi possível o isolamento do campo. É de salientar que a única restauração efetuada com ionómero de vidro se localizava na face oclusal e que este material foi escolhido devido ao seu tamanho reduzido, ao risco de cárie elevado e à opção do doente de não realizar o tratamento com amálgama.

É de salientar ainda que 56% das restaurações foram de classe 2. Este facto estará provavelmente relacionado com hábitos de higiene deficitários nomeadamente em termos de procedimento, ou seja, mesmo que a higiene regular com a escova prevenisse o aparecimento de cáries nas faces oclusais, vestibulares e linguais, a ausência de higienização dos espaços interproximais com recurso a escovilhões e fio dentário não é efectuada pela grande maioria dos doentes (apenas 8% dos doentes inquiridos revelou que faz regularmente este tipo de higienização). O factor da dieta pode também estar implicado mas,

no entanto, este tópico não foi objeto de recolha de dados e posterior estudo e discussão neste relatório.

Com efeito, em cada procedimento realizado foram feitos todos os esforços para que a restauração definitiva ficasse com margens íntegras, bem adaptadas, sem contactos oclusais prematuros e, acima de tudo, proporcionar condições para a manutenção da vitalidade pulpar. Neste sentido, sempre que o prognóstico pulpar foi duvidoso (quer devido à profundidade da cárie quer por exposição iatrogénica), o que aconteceu em 9 casos, optou-se pela realização do tratamento de espera. Este tratamento consiste em fazer um recobrimento pulpar direto (com hidróxido de cálcio) ou indirecto (com óxido de zinco e eugenol) seguido de uma restauração provisória com IRM. Os dentes foram avaliados após um período de 45 a 60 dias, tendo sido repetidos os testes de vitalidade afim de se escolher entre restaurar definitivamente (manutenção da vitalidade pulpar) ou tratamento endodôntico. Em sete destes caso, aquando da reavaliação, a vitalidade pulpar manteve-se e a sensibilidade aos agentes de teste foi reduzida quando comparada com a situação inicial. Os outros dois casos ainda não foram reavaliados.

Endodontia

Os conceitos da Endodontia, quando bem aplicados, são uma ferramenta de valor incalculável visto que possibilitam a manutenção de uma peça dentária em boca quando esta não teria outra alternativa a não ser extracção. A infeção de carácter endodôntico tem origem numa comunicação entra a câmara pulpar e a cavidade oral, possibilitando assim a contaminação e desenvolvimento dos microrganismos comensais da flora oral no interior do dente. As amostras mais frequentemente recolhidas são bactérias Gram-negativas anaeróbicas, *coccus* Gram-positivos anaeróbicos e facultativos, *Streptococcus* Gram-positivos anaeróbios facultativos e *Lactobacilus spp*(10). Sem tratamento, a infeção progride pelos canais radiculares até ao foramen apical onde progride para o osso desta região, formando-se, numa primeira fase, um abcesso apical agudo que, na maioria das vezes, não é radiograficamente detectável. A partir deste ponto a interacção entre as defesas imunitárias do hospedeiro e as bactérias e produtos bacterianos

presentes nesta região vão ditar o curso da infecção. Na amostra disponível, 33% das vezes esta interação resultou em processo apical crónico e 22% das vezes em trajeto de fístula intraoral.

Neste sentido, a seleção dos casos e a avaliação pré-operatória apresentam-se como condição necessária. Como primeiro passo, a vitalidade pulpar deve ser testada. No decorrer da actividade clínica os testes utilizados foram os testes térmicos. No que concerne à vitalidade pulpar, ou falta dela, são dentes indicados para endodontia os seguintes:

- Dentes com lesão apical e/ou fístula
- Dentes com polpa irreversivelmente inflamada
- Dentes nos quais o tratamento de espera não resultou

Contudo, os parâmetros acima mencionados não são estritos, existindo sempre situações de indecisão. Nestes casos, a experiência e a habilidade clínica são fatores decisivos.

Após o correto diagnóstico torna-se fundamental analisar quais são as possibilidades restauradoras viáveis. Muitas das vezes, apesar do tratamento endodôntico ser possível, torna-se contraindicado uma vez que não existe nenhuma possibilidade restauradora. Como tal, torna-se necessário analisar a estrutura dentária remanescente e discutir com o doente eventuais terapêuticas restauradoras ou protéticas.

Tendo em conta a amostra dos doentes de Endodontia, 66% apresentavam-se com diagnóstico de necrose pulpar, enquanto 34% estavam enquadrados em casos de pulpite irreversível. Muitas vezes os doentes só recorrem as consultas quando a dor é realmente insuportável sendo inevitável o tratamento endodôntico. Nos casos de processos apicais crónicos os doente não tem sintomatologia mas recordam-se que aquele dente ou aquela região já doeu há algum tempo mas que eventualmente passou. Muitas vezes, nestes casos, torna-se útil a utilização da radiografia peri-apical ou panorâmica para efetivamente mostrar ao doente que existe algo diferente naquele dente (processo apical) e que realmente necessita de tratamento.

Esta radiografia pode conter informação clinicamente valiosa: tamanho da câmara pulpar, número de raízes, curvaturas, reabsorção óssea, reabsorção radicular, instrumentos fraturados ou tratamento endodôntico prévio. A avaliação cuidadosa destes elementos deverá servir de base para a abordagem ao dente. Depois de obter um bom acesso torna-se fundamental obter uma medição exata e fiável do comprimento de trabalho. Este processo requer pontos de referência bem definidos bem como, preferencialmente, acesso em linha reta de todas as limas que são introduzidas no processo de mensuração. O comprimento de trabalho deve proporcionar o preparo cujo limite apical se deve localizar a 1mm do ápex radiográfico(11). O processo de instrumentação visa atingir os seguintes objetivos: eliminar restos pulpares, eliminar dentina contaminada e obter uma forma canalar cônica e ampla o suficiente para permita uma obturação consistente. A técnica utilizada nas consultas de endodontia foi a técnica semi-telescópica recorrendo a instrumentos manuais. Esta técnica, para além da sua simplicidade, permite a obtenção de preparos canalares de forma cônica e de diâmetro progressivo, possibilitando fácil inserção dos cones de guta, refluxo dos excessos de pasta de obturação e administração de substâncias irrigantes de forma eficaz durante a instrumentação.

Hoje em dia existem poucas dúvidas que a falha de tratamentos endodônticos ser deve maioritariamente à presença de microrganismos (12) e, para complementar os objetivos de assepsia canalar proporcionados pela instrumentação, deve-se recorrer a uma solução irrigante; esta deve providenciar dissolução de tecido necrótico, ter um espectro antimicrobiano largo, inativar endotoxinas e dissolver a *smear layer* produzida durante a instrumentação. Como tal, a solução mais comumente utilizada é o hipoclorito de sódio numa concentração entre 1 e 5,25%. Apesar de esta solução reunir todas as qualidades referidas para ser irrigante endodôntico, alguma polémica tem surgido no sentido em que possui actividade relativamente baixa contra a espécie de *Enterococcus Fecalis* (13), sendo este microrganismo frequentemente encontrado em culturas recolhidas em retratamentos endodônticos (14). Com o objetivo de eliminar esta espécie bacteriana resistente ao hipoclorito de sódio, foi sugerida uma irrigação final com clorhexidina. Esta solução revela-se eficaz contra a espécie *E. Fecallis* mas

apresenta como desvantagem, para além de não dissolver tecidos orgânicos, formar um precipitado quando em contacto com hipoclorito de sódio (15). Este precipitado pode bloquear a entrada dos túbulos dentinários, servir de abrigo para bactérias e alterar a cor do dente. Como tal, sempre que este procedimento for efetuado, será recomendável irrigar abundantemente com solução salina e/ou EDTA tendo em vista a remoção do hipoclorito de sódio presente no canal.

Tendo finalizado a fase de instrumentação e assépsia canal, segue-se a obturação. Existem diversos métodos para este fim mas todos assentam em dois componentes fundamentais: material de core (guta percha) e um selante. A gutta percha em sido utilizada como material standard sendo a pasta variadas composições consoante a finalidade e a preferência clínica; desta, requer-se que seja insolúvel e produza um selamento hermético, seja bacteriostática/bactericida, biocompatível, radiopaca e que confira um efeito unificador entre o material de core e as paredes dentinárias. Desta maneira espera-se do conjunto de materiais obturadores que impossibilitem reinfeção do dente e impeçam o crescimento de bactérias remanescentes.

Os dois dentes tratados no decorrer do ano letivo 2013/2014 estavam necrosados, com processo apicais e assintomáticos. O dente 23 apresentava uma raiz reta até ao terço apical onde ocorria uma curvatura moderada para distal. Durante a instrumentação do terço apical verificou-se um ligeiro transporte do canal, tendo este sido resolvido na etapa de obturação.

O dente 26 apresentava três raízes retas e robustas, sendo os dois canais vestibulares visivelmente mais estreitos que o palatino mas, no entanto, todos se encontravam permeáveis, tendo sido possível realizar um alargamento amplo dos canais radiculares. Na radiografia obtida após a conclusão do tratamento verificou-se uma pequena extrusão de pasta de obturação não sendo esta comprometedor do prognóstico do tratamento uma vez que se trata de um material com base de hidróxido de cálcio e reabsorvível.

No terceiro caso tratado como Operador, o doente chegou com um quadro de pulpíte irreversível e dor espontânea no dente 46 devido a uma cavidade de cárie na parede mesial, estando esta parcialmente infra gengival. Devido à dificuldade em anestésiar, na primeira consulta foi apenas realizada a remoção do tecido cariado e medicação com Cresophéne. Na radiografia inicial

o dente apresentava-se com a câmara pulpar parcialmente obliterada, aparentando uma altura de cerca de 3mm. Na segunda consulta foi possível obter acesso, cateterizar e medir o canal distal e o canal mesio-vestibular, estando o orifício de entrada canal mesio-lingual por localizar. Na terceira consulta conseguiu-se localizar o canal mesio-lingual mas, no entanto, este encontrava-se calcificado na transição do terço coronário para o terço médio. Dada a impossibilidade de prosseguir o tratamento endodôntico com os meios disponíveis, optou-se pela extração.

Cirurgia Oral

Sempre que possível, todos os esforços devem ser feitos tendo em vista a manutenção de um dente em boca a invés de o extrair. Para isso, deve existir uma visão geral do plano de tratamento e saber quais as opções ao dispor para manter o dente em função implicando conhecimentos de outras áreas tais como endodontia, prótese fixa e periodontologia. A vontade do doente, a sua *compliance* para futuros tratamentos e as suas possibilidades económicas também devem ser tomadas em conta mas, não obstante, a remoção de peças dentárias apenas baseadas na vontade do doente e sem indicação médica para tal é eticamente condenável.

Regra geral, quando se extrai um dente, deve existir um bom motivo para isso. As indicações gerais, quando outro tratamento não é viável, são:

- Destrução coronária elevada e restos radiculares
- Doença periodontal severa
- Infeção peri-apical
- Dentes afetados por trauma (fraturas verticais)
- Dentes impactados
- Indicação ortodôntica em casos de falta de espaço
- Dentes compreendidos na área de um tumor

Estando tomada a decisão de extrair o dente em causa, existindo indicação e o estado médico do doente o permita, particular atenção deve ser dada, então, aos aspetos locais para se proceder ao planeamento da cirurgia. Uma das condições que devem ser prontamente observada é o acesso; este

não só varia consoante a localização mais anterior ou posterior do campo operatório mas também com a capacidade de abertura da boca, da manutenção dessa amplitude de movimento durante todo o procedimento, o tamanho da língua e a robustez da musculatura perioral. A possibilidade de poder utilizar o diverso instrumental tendo boas condições de visibilidade e espaço para o fazer pode fazer a diferença em termos de simplicidade de execução do procedimento cirúrgico. Inversamente, extrações aparentemente simples, se mal planeadas, podem tornar-se complicadas se o doente for incapaz de uma abertura ampla e o espaço disponível para operar for mínimo.

Outro fator a ponderar é o remanescente dentário; dentes extraídos por motivos puramente ortodônticos têm, regra geral, a coroa íntegra, oferecendo mais área de apoio para poder tracionar de forma eficaz o dente. Em casos de destruição coronária elevada diminui que a área de apoio para os instrumentos (nomeadamente o boticão) e a resistência da estrutura dentária propiciando à fatura do fragmento coronário, reduzindo ainda mais a estrutura disponível e complicando a cirurgia. Nestes casos, torna-se fundamental a luxação para, na eventualidade de fratura, o fragmento radicular estar já luxado e simplificar a sua extração, diminuindo o trauma e o tempo operatório. Outro ponto importante é o número e forma das raízes; um maior número de raízes aumenta a área de ligamento periodontal e, por sua vez, a ancoragem do dente ao osso. Por outro lado, a forma das raízes, nomeadamente no que concerne a curvaturas pronunciadas, pode interferir com o trajeto de remoção do dente complicando a cirurgia. Nestes casos será recomendável proceder à odontosecção, tal como ocorreu durante a atividade clínica em Cirurgia Oral, evitando utilizar força excessiva e diminuindo o risco de fratura radicular. Ainda quanto à conformação radicular, cuidado deve ser prestado quando existem raízes finas e/ou possibilidade de curvaturas não radiovisíveis pelo mesmo motivo acima mencionado.

Outro aspeto importante a ser considerado são as estruturas anatómicas presentes no campo operatório. Na mandíbula, nomeadamente na extração de terceiros molares, somos confrontados com a possibilidade de dano ao nervo alveolar inferior. Esta possibilidade deve ser identificada através de meios radiográficos e servir de referência ao operador durante o procedimento. Ainda

no tipo de procedimento anteriormente mencionado, encontramos a possibilidade de lesar o nervo lingual. Não tão sujeito a trauma durante extrações dento-alveolares, encontra-se ainda na mandíbula a saída do nervo alveolar inferior na região dos pré-molares, dando origem ao nervo mentoniano. Na maxila, para além do nervo e artéria palatina maior e do nervo nasopalatino que não são tao suscetíveis a injúria durante extrações dento-alveolares, encontramos o seio maxilar. Esta estrutura está em risco quando se verifica pneumatização do seio maxilar e existe relação de proximidade com as raízes dos dentes desta região podendo ocorrer uma comunicação oro-antral que, por sua vez, pode desencadear um processo infeccioso do seio maxilar. É ainda de relembrar que a tuberosidade maxilar está em risco de fratura durante a extração de terceiros molares superiores. Ambos os casos, quer de comunicação oro-antral quer de fratura da tuberosidade maxilar, foram observados e seguidos em atos realizados por outros grupos de trabalho.

Em casos de infeção em fase aguda, nos quais se observa mal-estar geral, linfadenopatia, sintomatologia espontânea e, possivelmente, piroxia, o doente deve ser previamente medicado com antibiótico para controlo da infeção e anti-inflamatórios não esteroides para controlo sintomático e reavaliado no período de uma a duas semanas para se proceder à extração.

Em todas as cirurgias nas quais estejam envolvidos processos infecciosos ou inflamatórios, o tecido inviável deve ser curetado e deve-se proceder à irrigação do alvéolo com soro fisiológico a fim de remover a maior quantidade de restos passíveis de causar complicações. A irrigação deve ser efetuada sempre que sejam realizadas cirurgias com retalho e osteotomia, como no caso dos terceiros molares inclusos, quer para remover restos celulares do folículo dentário (se estiver presente) quer para remover resíduos ósseos, produzidos durante a osteotomia, antes do reposicionamento e sutura do retalho.

Prótese Removível

Considerando a conjuntura económica atual e os meios monetários dos doentes que frequentam a Clínica Universitária, não é de estranhar que a Prótese Removível se apresenta como a opção mais viável para reabilitação de

espaços edêntulos para a maioria das pessoas. Esta foi a Área Disciplinar onde se realizaram mais consultas e para este facto contribuíram com 44% as consultas de controlo. Estas consultas foram maioritariamente realizadas em doentes aos quais o grupo de trabalho confeccionou próteses e serviram, não só para a realização de pequenos ajustes mas também para esclarecer dúvidas e instruir o doente, contribuindo assim para a sua colaboração e motivação para o uso da prótese. As queixas mais frequentes nas consultas de controlo foram a falta de retenção e dor. Nos casos de falta de retenção foram realizadas adaptações nos elementos retentores ou aconselhamento e instrução para o uso de pastas fixadoras; nos casos de dor foi, primariamente, verificado qual era o componente que estava a ter um comportamento traumático para, em seguida, ser realizado o devido ajuste. Normalmente consistiam em zonas de acrílico irregular e que, com o contacto prolongado, davam origem a fenómenos de ulceração que requeriam alívio e polimento. Foram também realizados ajustes oclusais bem como registada uma lesão traumática na língua devido a uma porção cortante na barra lingual.

As consultas decorrentes da construção da prótese (1º Consulta, Preparação pré protética e impressões definitivas, registo intermaxilar e prova do esqueleto, prova de dentes e inserção) contaram para 56% das consultas. Após uma avaliação prévia foi escolhido o tipo e o desenho da prótese dando-se início a confeção da mesma. Não foi incomum os doentes apresentarem-se com reservas quanto à adaptação à prótese e o seu conforto. Neste domínio, a habilidade do clínico esclarecer com sinceridade qual a sua opinião sobre as reservas do doente revelou-se de particular importância na aceitação do plano de tratamento bem como na colaboração para correcta manutenção e efetiva utilização da prótese

Posto isto, dos três doentes aos quais o grupo de trabalho realizou próteses removíveis dois deles adaptaram-se relativamente bem e um revela muitas dificuldades na utilização da prótese. Para se terem obtido estes resultados, pode ter sido factor decisivo a história de utilização de prótese removível previamente a ser confeccionada uma nova, visto que, o único doente que não se adaptou foi o que nunca tinha utilizado este tipo de dispositivo.

Do total de doentes vistos, 42% não fazia o correto descanso da prótese mas, possivelmente devido ao reduzido número da amostra, não foram detetados casos de complicações relacionadas com este facto. Na mesma amostra, 28% (dois doentes) revelaram comportamentos de higiene da prótese que eram notavelmente insatisfatórios, apresentando tártaro aderido em algumas superfícies; no entanto, 72% apresentavam hábitos de higiene de satisfatórios a excelentes.

Os procedimentos em Prótese Removível não são isentos de erros. Num caso, aconteceu que, na consulta de controlo pós inserção, a prótese esquelética mandibular não tinha estabilidade. Existiam alguns contactos oclusais desajustados que foram prontamente resolvidos; na consulta seguinte, a doente reportava a mesma queixa. Posto isto, julgando que seria um problema relacionado com a adaptação das selas, a prótese foi novamente enviada para o laboratório com o objetivo de refazer os componentes de acrílico. Na consulta seguinte o comportamento da prótese mantinha-se igual. Por exclusão de partes, o problema foi encontrado e estava relacionado com o esqueleto metálico, apresentando-se este empenado ao nível do conetor maior e impedindo o correto assentamento da prótese. Tendo encontrado o defeito, todos os processos clínicos (excluindo a 1º consulta e a preparação pré-protética) e laboratoriais tiveram de ser repetidos, tendo a prótese definitiva ficado corretamente assente em boca e resultando num tratamento de sucesso.

Este erro pode ter sido de origem clínica, laboratorial ou de ambos. Fundamentalmente, é necessário saber o que se pode melhorar a nível clínico para este tipo de erros não voltarem a acontecer:

- Verificar a impressão e respetivo modelo de trabalho. Possivelmente, a impressão pode ter distorcido e, conseqüentemente, o procedimento laboratorial ter sido realizado num modelo que não correspondia à arcada do doente
- Verificar o correto assentamento do esqueleto. Com certeza que na prova do esqueleto este não estava a assentar corretamente e era neste ponto que o erro tinha obrigatoriamente de ser detetado.

Nesta situação a falta de experiência foi, certamente, um fator determinante. Mas, felizmente, foi um processo de aprendizagem.

Prótese Fixa

Na área disciplinar de Prótese Fixa, apesar não ter sido possível a familiarização com os procedimentos restauradores propriamente ditos, foi possível a identificação e planeamento de casos passíveis de serem reabilitados através deste meio. Num dos casos foi possível excluir um dente pilar devido a endodontia insatisfatória e conseqüente processo apical. A possibilidade de retratamento foi equacionada mas, o tempo para cicatrização apical e os gastos envolvidos eram demasiado elevados para as possibilidades da doente. Para além dos procedimentos de avaliação e planeamento, foi também possível realizar controlos de próteses fixas.

Num dos casos, foi possível verificar uma coroa unitária, metalocerâmica, implanto-suportada, com dois anos em boca e localizada na região do primeiro pré-molar do terceiro quadrante. Esta apresentava-se com adaptação marginal excelente e sem complicações perimplantares ou relativas ao processo de osteointegração do implante.

Noutro caso, foi possível verificar uma ponte de três elementos, dento-suportada, fabricada em ouro e com cerca de 20 anos em boca. A adaptação marginal não era ideal e verificava-se inflamação e recessão gengival bem como acúmulo de placa bacteriana. Ambas as doentes que realizaram a consulta de controlo, apesar das complicações apresentadas no segundo caso, responderam positivamente no inquérito de satisfação quer ao nível de conforto quer de função e da estética da sua prótese fixa.

Oclusão

Não é raro encontrar doentes com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular nas consultas de Medicina Dentária, é raro encontrar algum que saiba a etiologia do seu problema. Estalidos, cefaleias, mialgias e crepitações são sinais e sintomas comumente referenciados. Normalmente o doente está ciente que eles acontecem mas não sentem nenhum tipo de limitação. Como tal, para obter uma diferenciação dos casos fisiológicos e

patológicos, nas consultas de diagnóstico foi preenchido o formulário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Este questionário permite-nos analisar os vários parâmetros relevantes de forma metódica e sistemática.

Entre os tratamentos possíveis, as goteiras oclusais são uma boa opção para proteger os dentes da atividade parafuncional desenvolvida pelo paciente. As goteiras conseguem modificar a oclusão do doente. A parte músculo-esquelética do sistema estomatognático é igualmente alterada, facultando um relacionamento intermaxilar funcionalmente normal. As goteiras oclusais permitem proteger os dentes de lesões físicas como atrição, diminuir a hiperatividade muscular muitas vezes promovidas por bruxismo. Entre as goteiras oclusais existem as de relaxamento e as de reposicionamento anterior destinadas a diferentes correções mas com o mesmo fim: um correcto dinamismo maxilo-mandibular.

Odontopediatria

Em Odontopediatria os atos clínicos como operador foram todos realizados na mesma doente. CV, 9 anos. Na consulta de Ortodontia e a partir da análise de modelos detetou-se falta de espaço em ambas as arcadas. Posteriormente realizou-se expansão dento-alveolar da arcada superior om aparatologia removível. Durante este processo houve a perda precoce de um canino inferior e não foi realizado mantenedor de espaço. Como tal, houve inclinação para o lado do espaço deixado pelo canino, promovendo o descio das linhas médias dentárias e de todo o setor ântero-inferior. Para tentar aproveitar o espaço de Nance que ainda restava e para tentar corrigir o desvio da linha média dentária inferior, realizou-se a extração do canino do quadrante oposto e esperou-se pela evolução. Como a correção foi pequena e ainda havia falta de espaço procedeu-se a extrações seriadas no âmbito da Odontopediatria. As duas extrações realizadas como operador (dentes 64 e 65) foram simples e bem executadas, visto ser uma doente colaborante e os dentes já se apresentavam com processo avançado de rizálise. A doente continua a ser seguida nas áreas da Ortodontia e Odontopediatria.

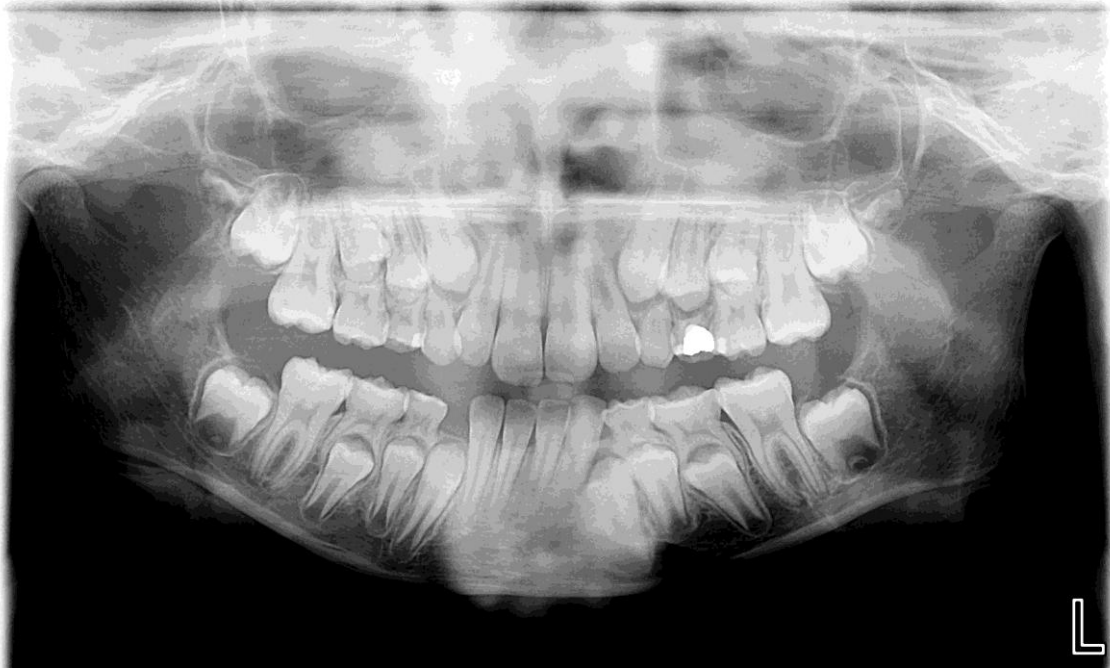


Figura 24 – Ortopantomografia do único doente de Odontopediatria como operador

Casos Clínicos Diferenciados

Cirurgia Periodontal Técnica Vista

A cirurgia correu bem mas o prognóstico era reservado devido à existência de restaurações classe V na zona do 45 e 46. A paciente foi medicada com Amoxicilina + Ácido Clavulânico e com Corticóides. Foi igualmente administrado gel de corhexidina tópico. Passado um dia da cirurgia um dos pontos do palato soltou-se e não se voltou a suturar pois, ao dar a anestesia, podia-se interromper a vascularização, podendo levar à necrose da zona. No pós-operatório de 1 mês já se verificava alguma recidiva e, de facto esta foi mais notória passados três meses. Apesar da pequena recidiva e da impossibilidade de corrigir totalmente as recessões conseguiu-se o aumento da gengiva aderida da zona e a eliminação do fator traumático etiológico: o piercing.

Extração dente 38 parcialmente erupcionado

A cirurgia do dente 38 foi uma pequena amostra da dificuldade da extração de terceiros molares inclusos para quem tem pouca experiência.

Apesar de parte da coroa ser visível através da gengiva, o procedimento foi difícil pelas seguintes razões:

- Dor relacionada com a articulação temporo-mandibular devido ao tempo da consulta. Este facto reduziu também a abertura da boca durante o procedimento e, conseqüentemente, o acesso.
- O dente encontrava-se ligeiramente disto-inclinado
- Curvatura não radiovisível da raiz mesial para vestibular
- Inexperiência do operador

No entanto, este procedimento proporcionou a oportunidade de adquirir experiência na manipulação de tecidos e osteotomia bem como a percepção da dificuldade de remover dentes cujo acesso é difícil. Dos quatro fatores para a dificuldade do caso, apenas um era totalmente imprevisível: a inclinação da raiz para vestibular. Como a inexperiência do operador e a posição do dente já eram previsíveis, devia ter sido tomado maior atenção durante a avaliação pré-operatória no que concerne a distúrbios temporomandibulares e a sua repercussão durante o procedimento cirúrgico.

Dois dias após o período operatório, o doente reportou dor, edema e trismos mas sem sinais nem sintomas de infeção. A sintomatologia dolorosa passou cerca de seis dias depois.

Sialolitísa Submandibular

As glândulas submandibulares surgem à 6ª semana a partir de duas invaginações endodérmicas que se organizam a partir do pavimento da boca primitiva de cada lado do sulco paralingual. A sua atividade secretora inicia-se à 16ª semana. O seu estroma, tal como o da parótida e sublinguais, provém de células da crista neural. São caracterizadas como glândulas túbulo-acinosas compostas na qual existe: a) uma porção secretora composta por ácinos serosos, mucosos e mistos; b) Conjunto de ductos estriados e intercalados que se organizam no interior da glândula para formar confluência com o ducto de Warthon a partir do hilo da glândula.

Localizam-se bilateralmente no triângulo submandibular que é compreendido superiormente pelo músculo milohioideu, anterior e

posteriormente pelo músculo digástrico. A glândula situa-se em relação anatómica com fossa submandibular. O ducto de Warthon inicia-se no hilo glandular e efectua uma pequena projecção com trajeto superior, contornando o bordo livre do músculo milohioideu e progredindo de seguida num trajeto ântero-superior, formando uma curvatura com a designação de área do coma (16), entre este e o músculo hioglosso, passando medialmente à glândula sublingual entre esta e o músculo genioglosso num trajeto total de cerca de 6cm (17) até a papila sublingual que se localiza lateralmente ao freio lingual.

A patologia obstrutiva é responsável por cerca de metade das doenças benignas das glândulas salivares e normalmente atribuída à formação de cálculos (sialólitos) que impedem total ou parcialmente o fluxo salivar. A sialolitíase é das afeções das mais comuns das glândulas salivares ocorrendo em cerca de 1.2% da população, mais frequentemente a partir da terceira década de vida (18), sendo mais raro na população pediátrica sendo que este grupo de doente representa apenas 3% dos casos (19); Em 80 a 90% dos casos a sialolitíase ocorre na glândula submandibular ou no seu ducto, sendo mais frequente na porção posterior do mesmo, e apenas 5 a 10% das vezes na glândula parótida sendo raramente afetadas as glândulas sublinguais e minor (20)

A patogénese da sialolitíase continua desconhecida (21,22), no entanto três fatores parecem estar relacionados com esta condição: estase salivar, existência de um nicho de calcificação e precipitação de sais salivares. Em conformidade, algumas teorias tem sido propostas quanto à etiologia do cálculo salivar tais como: a) existência de micro cálculos intra-celulares medindo cerca de 2 a 8µm que quando excretados para o sistema de ductos se torna num nicho de calcificação (22); b) existência de agregados de muco que intra-ductais que se tornam nichos de posterior precipitação iónica e calcificação (21); c) migração retrógrada de alimentos, resíduos ou bactérias pelo ducto principal formando uma matriz de calcificação (21). Vários factores anatómicos tem sido implicados na alta incidência de sialolitíase particularmente na glândula submandibular tais como a dilatação do hilo (22), maior comprimento e diâmetro (16) bem como a trajectória ascendente do ducto de Warthon (23) fazendo assim com que este seja mais propenso à estase salivar (24).

Alterações qualitativas na composição da saliva tais como o aumento da concentração de íões de cálcio como substância cristalizante e diminuição dos valores de citrato e magnésio como inibidores da cristalização também podem estar envolvidos na etiopatogénese da sialolitíase, no entanto são necessários mais estudos a este respeito para serem obtidas conclusões sólidas (25).

Independentemente das causas, a obstrução do fluxo salivar provoca tumefação recorrente durante as refeições, sendo frequente a existência de sintomas associados a um quadro de sialodente bacteriana (26, 27) provocada pela diminuição do fluxo salivar e conseqüente infeção retrógrada por microrganismos comensais da flora oral. Nestes casos, o doente pode referir dor e mal-estar geral, linfadenopatia submandibular e cervical bem como um aumento da temperatura corporal. No caso do cálculo se localizar numa porção mais anterior do ducto pode ser observada uma assimetria do pavimento - dependente das dimensões do cálculo - da boca que à palpação bimanual revelará uma massa sólida, dura e não aderida às estruturas adjacentes (23).

Na presença de uma história e exame clínico compatíveis com o supracitado, uma radiografia oclusal deve ser efetuada no intuito de verificar a presença de um sialólito; no entanto, o clínico deve estar ciente que a região visualizada tem o seu limite posterior na região dos segundos molares (24). Caso a radiografia oclusal se revele negativa deve ter-se em consideração que nem todos os cálculos são totalmente mineralizados, podendo estar fora do alcance da área visualizada e, pode ser considerado no diagnóstico diferencial, processos patológicos que possam causar compressão do ducto. Neste sentido, estes doentes são indicados para exames complementares de diagnóstico imagiológicos mais conclusivos tais como a ecografia e a TAC para confirmação e localização (28) do processo obstrutivo sendo, no entanto, a sialografia a técnica *standard* para visualização intra e extraglandular do sistema de ductos.

7 - Conclusão

Conclusão

A exposição estatística dos dados recolhidos nas atividades clínicas durante as trinta e quatro semanas correspondentes à prática na Clínica Universitária e a discussão de alguns casos mais relevantes num relatório de atividade clínica permitem refletir relativamente à evolução, às necessidades e dificuldades, aos desafios e avanços futuros que a Medicina Dentária apresenta e como as podemos ou ultrapassar.

A Medicina Dentária Preventiva ocupa um lugar privilegiado no que concerne à redução da ocorrência de doenças orais como a cárie, a doença periodontal e o cancro oral. É através de rastreios, voluntariados, campanhas de sensibilização em diversas idades que desde sempre se tenta precaver as doenças supracitadas.

Atualmente, é possibilitada a recorrência a um número maior de meios de divulgação e maior capacidade de chegar aos doentes e de os enternecer face a estas situações. Apesar da maior capacidade de sensibilização que existe contemporaneamente, é visível que não tem sido suficiente e, invariavelmente, os doentes chegam ao consultório com um quadro de doença evidente, sintomática ou não, exigindo tratamento. Antes de proceder a qualquer tratamento é necessária a realização do diagnóstico e para isso torna-se essencial a destreza das técnicas comunicacionais, da habilidade de inter-relacionar informações e da capacidade de utilizar os meios auxiliares de diagnóstico, cada vez mais evoluídos, dos quais dispomos.

Após um correto diagnóstico é evidente a indispensabilidade de um plano de tratamento adequado às necessidades e possibilidades de cada doente. Deste modo, o plano de tratamento deve ser particularmente individualizado e personalizado. Neste plano de tratamento deve ser incluído o tratamento bem como os meios necessários para o cumprir e efetivar. Torna-se prioritário ter consciência dos utensílios e biomateriais cada vez mais abundantes no mercado e ter um poder crítico face à sua utilização.

Definitivamente, a abordagem clínica possibilitada aos alunos no Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica

Portuguesa, transmite uma perspectiva da prática Médico-Dentária multidisciplinar, incluindo todas as áreas e sub-áreas da Medicina Dentária e contemplando todo o cosmos da Medicina Geral (fisiologia, fisiopatologia, semiologia e anatomia), da Farmacologia como meio de tratamento e das áreas sociais como a Comunicação. É a partir da partilha de conhecimentos que é possível a execução de diagnósticos corretos e efetivar tratamentos adequados. O aumento da qualidade de vida passa também pela preservação e restauração da saúde oral, este é um dever repleto de responsabilidade e que cabe aos Médicos Dentistas.

8 – Anexos

8.1. Consultas de Controlo de Prótese Removível

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
 Área do Conhecimento de Reabilitação Oral
 Unidade Curricular de Prótese Removível
 Raquete: Prof. Doutor André Correia ; Docentes: Mestre Filipe Araújo, Cristina Figueiredo e Ana Margarida Silva



PROSTODONTIA REMOVÍVEL

Consulta de Controlo

A consulta de controlo assume particular importância para o sucesso da reabilitação protética. Esta consulta exige uma observação clínica rigorosa de forma a avaliar e avaliar os factos de suporte da prótese (dentes, gengiva, mucosas...) bem como os aspectos funcionais e condições do próprio aparelho protético. Todas as queixas do paciente deverão ser alvo de cuidadosa análise e eventualmente valorização.

BINÓMIO: _____ / _____ Data da consulta: ___ / ___ / ___
 NOME DO PACIENTE: _____ Processo n.º _____
 IDADE DO PACIENTE _____ Sexo: F M

Nº DE ANOS COMO PORTADOR DE PRÓTESE: _____
 Nº DE PRÓTESES USADAS ANTERIORMENTE: Maxila _____ Mandíbula _____
 DATA DE INSERÇÃO DA ATUAL PRÓTESE REMOVÍVEL: ___ / ___ / ___
 Nº DE CONSULTAS DE CONTROLO REALIZADAS APÓS INSERÇÃO: _____

ARCADA REABILITADA

• Maxila Classe de Kennedy: _____; Mandíbula Classe de Kennedy: _____

TIPO DE PRÓTESE

• Maxila: Esquelética Acrílica Parcial: Total:
 • Mandíbula: Esquelética: Acrílica: Parcial: Total:

ESTADO DA PRÓTESE REMOVÍVEL

	Prótese Superior		Prótese Inferior	
	Boca	Má	Boca	Má
Higiene da prótese	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Degradação dos dentes da prótese	Adaptada	Não adaptada	Adaptada	Não adaptada
Adaptação na base da prótese	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória
Oclusão	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória
Retenção	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória
Estabilidade	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória

OPINIÃO DO PACIENTE

(de 1 a 5, sendo 1 muito mau e 5 muito bom)


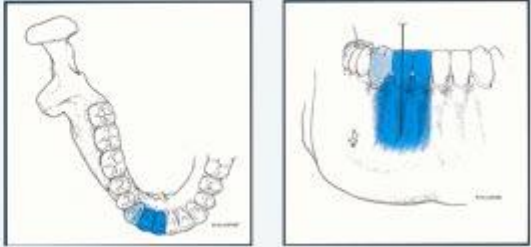
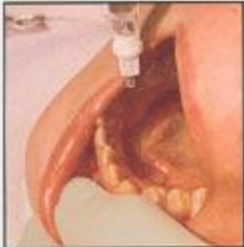

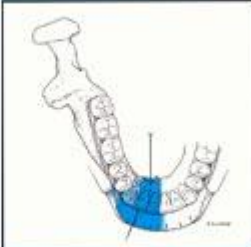




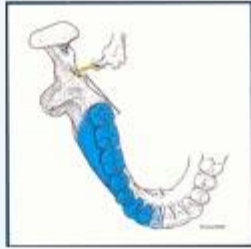



	1	2	3	4	5
De um ponto de vista <u>estético</u> , como considera que está a sua prótese superior? ...e a prótese inferior?					
De um ponto de vista de <u>mastigação</u> , como considera que está a sua prótese superior? ...e a prótese inferior?					
De um ponto de vista <u>fonético</u> , como considera que está a sua prótese superior? ...e a prótese inferior?					

COMPLICAÇÕES PROTÉTICAS

Prótese Superior	Prótese Inferior
Complicações mecânicas	
Inflamação/ ulceração provocada pela prótese <input type="checkbox"/>	Inflamação/ ulceração provocada pela prótese <input type="checkbox"/>
Dente da prótese fraturado ou descolado <input type="checkbox"/>	Dente da prótese fraturado ou descolado <input type="checkbox"/>
Fractura da base da prótese <input type="checkbox"/>	Fractura da base da prótese <input type="checkbox"/>
Fractura de retentores diretos (ganchos) <input type="checkbox"/>	Fractura de retentores diretos (ganchos) <input type="checkbox"/>
Descoloração dos dentes/ gengiva artificiais <input type="checkbox"/>	Descoloração dos dentes/ gengiva artificiais <input type="checkbox"/>
Complicações biológicas	
Estomatite protética <input type="checkbox"/>	Estomatite protética <input type="checkbox"/>
Epulis fissuratum <input type="checkbox"/>	Epulis fissuratum <input type="checkbox"/>
Hiperplasia papilar inflamatória <input type="checkbox"/>	Hiperplasia papilar inflamatória <input type="checkbox"/>
Falta de retenção <input type="checkbox"/>	Falta de retenção <input type="checkbox"/>
Nada a assinalar <input type="checkbox"/>	Nada a assinalar <input type="checkbox"/>

8.2. Anestesia em Medicina Dentária

Techniques of Mandibular Anesthesia – Dentsply Pharmaceutic

Block	Spread of Analgesia	
 <p data-bbox="247 622 359 649">Infiltration</p>		
  <p data-bbox="247 943 734 969">With Supplemental Blocking of Lingual Nerve</p>		
 <p data-bbox="247 1281 462 1308">Mental Nerve Block</p>		
  <p data-bbox="247 1601 539 1628">Direct ("Classical") Method</p>		
  <p data-bbox="247 1901 491 1928">Gow-Gates Technique</p>		

Reference:
Evers, Hans, and Glenn Haegerstam. Handbook of Dental Local Anaesthesia. Denmark: Schultz Medical Information, 1981.

8.3. Infecção cruzada na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica

Portuguesa – fatores de risco e medidas preventivas

Este documento tem como objetivo recolher informação para o estudo “INFECÇÃO CRUZADA NA CLÍNICA DENTÁRIA DA UCP- FACTORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS” para o qual se convida vossa excelência a participar.

A metodologia adotada enquadra-se no desenvolvimento de um estudo de carácter científico na Área de Saúde Pública e Epidemiologia da Universidade Católica Portuguesa e inclui a realização de um questionário e revisão bibliográfica atual no âmbito de infecção cruzada na prática clínica de Medicina Dentária.

Ao decidir participar pode efetuar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento. Em qualquer momento poderá requerer informações sobre os resultados obtidos que lhe serão facultados se assim o desejar. Os dados que constam no questionário serão apenas utilizados pelo grupo de investigação para fins estatísticos, sendo que a informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade e o seu nome codificado tendo apenas o investigador acesso a essa mesma informação.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento informado da participação em qualquer etapa do estudo sem necessidade de fornecer explicações aos seus responsáveis.

Obrigado pela colaboração.

Eu, _____ fui devidamente informado(a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis os alunos Bárbara Rodrigues, João Costa e Mário Moreira bem como o Professor Doutor Rui Amaral Mendes.

Viseu, _____ de _____ de 2014.

QUESTIONÁRIO

1. Ano no curso de Medicina Dentária
 - a. 3º
 - b. 4º
 - c. 5º
2. Idade
 - a. 18-22
 - b. 23-24
 - c. 25-26

- d. 27-28
 - e. 29 ou mais
3. Sexo ____
- a. Masculino
 - b. Feminino
4. Mão dominante ____
- a. Dextro
 - b. Esquerdino
5. Usa farda completa enquanto na clínica (incluindo calçado ou proteção apropriada, calças, camisa)?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
6. Normalmente usa máscaras e luvas para proteção durante o tratamento?
- a. Sim
 - b. Apenas uma das duas
 - c. Não
 - d. Às vezes
7. Normalmente usa óculos de proteção aquando do tratamento de um paciente?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Depende do procedimento efetuado. Especifique: _____
8. Tira as luvas quando usa o rato ou o teclado?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
9. Tira as luvas quando sai da box?
- a. Sempre
 - b. Às vezes
 - c. Raramente
 - d. Nunca

10. Costuma deslocar-se para fora das instalações da clínica com a farda (calçado ou proteção apropriada, calças, camisa)?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
11. Pede ao paciente para bochechar com algum antisséptico (ex: clorohexidina) antes de começar o procedimento?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
12. Quantas vezes consulta o telemóvel ou outro instrumento eletrónico dentro da box durante uma consulta?
 - a. Nenhuma
 - b. 1 a 3
 - c. 4 a 6
 - d. 7 ou mais
13. Usa luvas exclusivamente para manusear o raio-x e os seus componentes?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
14. Utiliza a máquina fotográfica com:
 - a. Luvas novas
 - b. Luvas usadas
 - c. Sem luvas
 - d. Nunca reparei
15. Lava as partes expostas do corpo após cada consulta?
 - a. Sim
 - b. Apenas as mãos
 - c. Não
16. Troca de máscara e luvas entre pacientes?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Às vezes
 - d. Apenas luvas
17. Separa corretamente o lixo nos vários grupos?
 - a. Sempre
 - b. Não
 - c. Normalmente
 - d. Às vezes
18. Faz a desinfecção da box após cada consulta?
 - a. Sim, abrangente (manipulo da luz, do monitor, cuspeira, superfícies de trabalho)
 - b. Sim, aleatória (apenas o que acha relevante de limpar)
 - c. Às vezes
 - d. Não
19. Leu a história clínica do paciente antes de iniciar a consulta?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não tinha

Nota: Exposição ocupacional ocorre durante a atividade profissional podendo colocar o profissional e/ou paciente em risco de infeção. Exposição pode ser definida como contacto entre uma lesão percutânea (picada de agulha ou corte), membrana mucosa ou pele (estando esta não íntegra) com sangue ou outros fluídos aos quais regras universais se aplicam.

20. Desde o começo do curso, quantas exposições ocupacionais já teve (se não ocorreu nenhuma exposição saltar para a pergunta 28)?

21. E nos últimos 6 meses, quantas exposições ocupacionais teve?

22. Quando a exposição ocorreu, estava

- a. Sozinho
- b. A ser assistido
- c. A assistir

23. Qual destas descreve melhor o tipo de exposição ocupacional que sofreu (pode ser seleccionada mais do que uma alínea)

- a. Contacto direto com membrana mucosa
- b. Contacto direto com pele não intacta
- c. Picada (por agulha ou outro objeto cortante), corte ou abrasão
- d. Aerossol/salpicos numa membrana mucosa
- e. Aerossol/salpicos numa pele não intacta
- f. Outro: _____

24. Descreva o procedimento que executava aquando da exposição (pode incluir transporte de material, limpeza da box ou deitar fora material usado)

25. Foram feitas análises ao sangue após a exposição?

- a. Apenas ao aluno
- b. Apenas ao paciente
- c. A ambos
- d. Não

26. A exposição ocupacional necessitou de tratamento

- a. Sim
- b. Não

27. Se tratamento foi procurado, o que foi efetuado

28. Com que regularidade faz análises sanguíneas relacionadas a doenças infetocontagiosas?

- a. 6 em 6 meses
- b. Ano a ano
- c. Raramente

29. Acabou a série de vacinação para a HBV?

- a. Sim, as 3 vacinas

- b. Não, só recebi uma ou duas
- c. Não, nunca comecei

8 – Bibliografia

Bibliografia

- 1 Coppa, A. et al. 2006. Early Neolithic tradition of dentistry. *Nature*. Volume 440. 6 April 2006
- 2 History of Dentistry: Ancient Origins, hosted on the American Dental Association website. Page accessed 9 January 2007
- 3 Pereira, M. A perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: Modelo Interdependente – 2012
- 4 Featherstone JD et al.. The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc*. 2000 Jul; 131(7):887-99.
- 5 Santos, A. Diagnóstico clínico postural – Um Guia Prático; Sammus Editorial, 2001, 124 pg.
- 6 Prinz H: Diseases of the dental pulp. *The Dental Cosmos* 1919;61:308.
- 7 Wahl MJ. et al. Dental surgery and antiplatelet agents: bleed or die. *Am J Med*. 2014 Apr;127(4):260-7
- 8 Cochran DL. et al. *Inflammation and Bone Loss in Periodontal Disease*. *J Periodontol*. 2008 Aug;79(8):1669-76 [Suppl]
- 9 Bascones-Martínez A. et al. Host defence mechanisms against bacterial aggression in periodontal disease: Basic mechanisms *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Dec 1;14(12):e680-5.
- 10 Sundqvist G. et al. *Taxonomy, ecology, and pathogenicity of the root canal flora*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:522–30
- 11 Schaeffer MA. et al. Determining the Optimal Obturation Length: A Meta-Analysis of Literature. *J Endod* 2005;31(4):271-4.
- 12 Zehnder M. Root Canal Irrigants. *JOE*. 2006; 32(5):389-98.
- 13 C. E. Radcliffe; L. Potouridou; R. Qureshi; N. Hababbeh Antimicrobial activity of varying concentrations of sodium hypochlorite on the endodontic microorganisms *Actinomyces israelii*, *A.naeslundii*, *Candida albicans* and *Enterococcus faecalis*. *Int End J*. 2004 Jul;37(7):438-46.
- 14 Stuart CH, Schwartz SA, Beeson TJ, Owatz CB. *Enterococcus Fecalis: its role in root canal treatment failure and current concepts in retreatment*. *J Endod*. 2006 Feb;32(2):93-815 Jin-Woo Kim Precipitate from a combination of sodium hypochlorite and chlorhexidine *Restor Dent Endod*. Aug 2012; 37(3): 185–186.

- 16 Amano O, Mizobe K, Bando Y, Sakiyama K Anatomy and Histology of Rodent and Human Major Salivary Glands *Acta Histochem Cytochem*. 2012 Oct 31;45(5):241-50
- 17 Horsburgh A, Massoud TF. The role of salivary duct morphology in the aetiology of sialadenitis: statistical analysis of sialographic features *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Jan;42(1):124-8.
- 18 Antoniadis D, Mendonidou L, Papanayotou P, Trigonidis G. Clinical study of sialolithiasis. Findings from 100 cases. *Hell Stomatol Chron*. 1989 Oct-Dec;33(4):245-51.
- 19 Beena K.; James B Submandibular sialolithiasis: Report of six cases *J Pharm Bioallied Sci*. 2013 Jul-Sep;5(3): 240–242.
- 20 McGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg*. 2005 Jan;92(1):107-12.
- 21 Marchal F, Kurt AM, Dulguerov P, Lehmann W. Retrograde theory in sialolithiasis formation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Jan;127(1):66-8.
- 22 Zheng LY, Kim E, Yu CQ, Yang C, Park J, Chen ZZ. A retrospective case series illustrating a possible association between a widened hilum and sialolith formation in the submandibular gland. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013 Oct;41(7):648-51.
- 23 Oteri G, Procopio RM, Cicciù M. Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): Report Of Two Cases. *Open Dent J*. 2011;5:90-5.
- 24 Baumash HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Mar;62(3):369-78.
- 25 Su YX, Zhang K, Ke ZF, Zheng GS, Chu M, Liao GQ. Increased calcium and decreased magnesium and citrate concentrations of submandibular/sublingual saliva in sialolithiasis. *Arch Oral Biol*. 2010 Jan;55(1):15-20.
- 26 Marchal F, Kurt AM, Dulguerov P, Becker M, Oedman M, Lehmann W. Histopathology of submandibular glands removed for sialolithiasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001 May;110(5 Pt 1):464-9.
- 27 van den Akker HP, Busemann-Sokole E. Submandibular gland function following transoral sialolithectomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1983 Oct;56(4):351-6.
- 28 Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002 Sep;94(3):320-3.