



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Pedro Francisco Moreira Rabaça de Mendonça Andrade

Viseu, 2018



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Pedro Francisco Moreira Rabaça de Mendonça Andrade

Orientador: Professora Doutora Patrícia Fonseca

Coorientador: Professor Doutor J. Tinoco Torres Lopes

Resumo

O presente relatório tem como objetivo apresentar a atividade clínica realizada nas diferentes Áreas Disciplinares do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Para a sua elaboração, foram recolhidos dados clínicos sobre os pacientes atendidos pelo aluno, Pedro Andrade, durante o 5º ano do curso. Os dados foram, seguidamente, objeto de análise e distribuídos de acordo com as diferentes Áreas Disciplinares.

Os dados recolhidos e a esquematização dos trabalhos desenvolvidos, basearam-se em atos clínicos realizados nas áreas disciplinares de: Medicina Oral, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prostodontia Fixa, Prostodontia Removível, Oclusão, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria e Ortodontia, onde foi possível consolidar conhecimentos teóricos e adquirir competências práticas.

O número de pacientes e atos clínicos superou as expectativas, contribuindo indubitavelmente para um enriquecimento de competências teórico-práticas e promovendo um maior contacto com diferentes casos clínicos.

Foram também recolhidos dados clínicos sobre casos diferenciados escolhidos pelo autor com base no seu interesse científico-prático e feita uma descrição e análise mais aprofundada destes.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Clínica Universitária, Atividade Clínica, Casos Clínicos.

Abstract

This report aim's to bringing forward the clinical experience from all the different fields covered at the 5th grade of the Integrated Master's degree in Dentistry of the "Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu."

For its drafting, clinical data of all patients was collected, exposed and discussed. All patients were attended by student Pedro Andrade during the completion of his 5th grade.

All data is arranged according to the clinical acts performed on areas where it was possible to gather and consolidate knowledge and acquire good practical skills, such as Oral Medicine, Oral Surgery, Periodontology, Fixed Prosthodontics, Removable Prosthodontics, Occlusion, Operative Dentistry, Endodontics, Pediatric Dentistry and Orthodontics.

The number of acts and patients exceeded expectations. This was of great advantage for the student since it enabled contact with a broader set of clinical cases.

The author chose three acts to which he devoted special attention with a deeper analysis in the second half of the report.

Keywords: Dental Medicine; University Clinic; Clinical Activity, Clinical Cases.

Índice

1. Introdução	3
2. Resultados	7
2.1 <i>Dados Gerais dos Atos Clínicos</i>	7
2.2 <i>Atividade clínica por área disciplinar</i>	15
2.2.1 <i>Medicina Oral</i>	15
2.2.2 <i>Oclusão</i>	16
2.2.3 <i>Periodontologia</i>	17
2.2.4 <i>Cirurgia Oral</i>	19
2.2.5 <i>Dentisteria</i>	20
2.2.6 <i>Endodontia</i>	21
2.2.7 <i>Odontopediatria</i>	22
2.2.8 <i>Ortodontia</i>	23
2.2.9 <i>Prostodontia Fixa</i>	24
2.2.10 <i>Prostodontia Removível</i>	26
2.3 <i>Análise Crítica</i>	29
3. Casos Clínicos Diferenciados	33
3.1 <i>Caso Clínico I: Reabilitação com Coroa Metalto-Cerâmica de um dente extensamente destruído</i>	33
3.1.1 <i>Introdução ao Caso Clínico I</i>	33
3.1.2 <i>Descrição Geral do Caso Clínico I</i>	34
3.1.3 <i>Discussão e Conclusão do Caso Clínico I</i>	42
3.2 <i>Caso Clínico II: Biópsia de um Mucocele</i>	45
3.2.1 <i>Introdução ao Caso Clínico II</i>	45
3.2.2 <i>Descrição Geral do Caso Clínico II</i>	46
3.2.3 <i>Discussão e Conclusão do Caso Clínico II</i>	53
3.3 <i>Caso Clínico III: Acesso cirúrgico para restauração de lesões cariosas cervicais infragengivais com aumento de coroa clínica</i>	55
3.3.1 <i>Introdução ao Caso Clínico III</i>	55
3.3.2 <i>Descrição Geral do Caso Clínico III</i>	56
3.3.3 <i>Discussão e Conclusão do Caso Clínico III</i>	65
4. Conclusão	66
5. Bibliografia	70

Índice de Quadros

Gráfico 1 - Percentagem de pacientes por género.....	7
Gráfico 2 - Distribuição do número de pacientes por faixas etárias.....	8
Gráfico 3 - Percentagem de trabalho realizado como operador e assistente	8
Gráfico 4 - Distribuição de indivíduos segundo a classificação ASA.....	10
Gráfico 5 - Frequência das patologias sistémicas.....	11
Gráfico 6 - Frequência das patologias orais.....	11
Gráfico 7 - Frequência da escovagem dos dentes.....	12
Gráfico 8 - Hábitos tabágicos	13
Gráfico 9 - Atos de Medicina Oral.....	16
Gráfico 10 - Atos de Oclusão.....	17
Gráfico 11 - Atos de Periodontologia.....	18
Gráfico 12 - Atos de Cirurgia Oral	20
Gráfico 13 - Atos de Dentisteria.....	21
Gráfico 14 - Atos de Endodontia.....	22
Gráfico 15 - Atos de Odontopediatria.....	23
Gráfico 16 - Atos de Ortodontia	24
Gráfico 17 - Atos de Prostodontia Fixa	26
Gráfico 18 - Atos de Prostodontia Removível.....	28

Índice de Figuras

Fig. 1 - Ortopantomografia do Caso Clínico I.....	34
Fig. 2 - Radiografia periapical do dente 36	35
Fig. 3 - Quadro de medições antes e após preparo dentário.....	36
Fig. 4 - Estado inicial do dente 36	39
Fig. 5 - Dente após remoção de cárie	39
Fig. 6 - Preparo feito em <i>DuraLay</i>	39
Fig. 7 - Preparo do dente 36	39
Fig. 8 - Preparo do dente 36 (vista mesio-oclusal)	39
Fig. 9 - Coroa provisória	39
Fig. 10 - Coroa provisória (vista meso-oclusal)	40
Fig. 11 - Impressões definitivas	40
Fig. 12 - Prova de infraestrutura	40
Fig. 13 - Prova de infraestrutura (margem lingual)	40
Fig. 14 - Registo de mordida	40
Fig. 15 - Radiografia Final	40
Fig. 16 - Coroa definitiva (Oclusal)	41
Fig. 17 - Coroa definitiva (Vestibular)	41
Fig. 18 - Coroa definitiva (Lingual)	41
Fig. 19 - Radiografia de controlo	41
Fig. 20 - Ortopantomografia do Caso Clínico II	46
Fig. 21 - Fotografia 1 da lesão	47
Fig. 22 - Fotografia 2 da lesão	47
Fig. 23 - Material utilizado no Caso Clínico II	48
Fig. 24 - Pinça de pontas rectas	49
Fig. 25 - Pinça de <i>Desmarres</i>	49
Fig. 26 - Fio de sutura reabsorvível 5-0	49

Fig. 27 - Anestesia do nervo Mentoniano	51
Fig. 28 - Lesão com a pinça de <i>Desmarres</i>	51
Fig. 29 - Incisão	51
Fig. 30 - Lesão após incisão	51
Fig. 31 - Divulsão dos tecidos	51
Fig. 32 - Lesão após divulsão	51
Fig. 33 - Excisão da glândula associada	52
Fig. 34 - Excisão das glândulas anexas	52
Fig. 35 - Tecido glandular anexo removido	52
Fig. 36 - Sutura	52
Fig. 37 - Lábio após sutura	52
Fig. 38 - Tecido excisado em Formaldeído	52
Fig. 39 - Follow-up (Fotografia 1)	53
Fig. 40 - Follow-up (Fotografia 2)	53
Fig. 41 - Ortopantomografia do Caso Clínico III	56
Fig. 42 - Status Radiográfico do Caso Clínico III	57
Fig. 43 - Periograma do Caso Clínico III	57
Fig. 44 - Lesões cervicais dos dentes 12, 13 e 14	58
Fig. 45 - Foto pré-operatória de sorriso	62
Fig. 46 - Profundidade da lesão	62
Fig. 47 - Isolamento absoluto	62
Fig. 48 - Limpeza do tecido cariado	62
Fig. 49 - Condicionamento ácido	63
Fig. 50 - Restauração a Ionómero de vidro	63
Fig. 51 - Remoção do isolamento e lavagem da área cirúrgica	63
Fig. 52 - Sutura do retalho	63

Lista de Siglas

ATM – Articulação Temporomandibular

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

ICS UCP – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

ASA – American Society of Anesthesiology

RDC – Research Diagnostic Criteria

BOP – Bleeding On Probe

RAR – Raspagem e Alisamento Radicular

INR – Razão Normalizada Internacional

IRM – Intermediate Restorative Material

TER – Tratamento Endodóntico Radical

PMMA – Polimetilmetacrilato

EMRRH – European Medical Risk Related History

Introdução

1. Introdução

A saúde oral é parte integrante da saúde geral e mantê-la é uma prioridade. Não há saúde, de uma forma geral, sem saúde oral, sendo o inverso igualmente verdadeiro. (1)

As doenças orais são das doenças mais prevalentes na atualidade e o seu impacto, tanto a nível individual como a nível coletivo, é de grande importância por afetar gravemente a qualidade de vida. (2)

Na ótica da *American Dental Association*, a Medicina Dentária é o ramo da medicina que estuda, mantém e trata a saúde oral. A saúde oral é a saúde da cavidade oral que compreende várias estruturas como os dentes, o osso alveolar, a gengiva e mucosa oral, a língua, o palato, os lábios, a musculatura adjacente envolvida na mastigação e deglutição, a ATM (Articulação Temporomandibular), os ossos maxilar e mandibular e os ligamentos faciais. (3)

Nesse sentido, o Médico Dentista é o profissional de saúde que se ocupa da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das patologias associadas à cavidade oral. (4)

De uma forma geral, o Médico Dentista demonstra menos interesse na prevenção e promoção da saúde oral do que no tratamento e reabilitação das consequências das patologias. Porém, a maior parte destas patologias são suscetíveis de ser evitadas através de intervenções preventivas. (2) Por essa razão, é importante que o Médico Dentista esclareça a população acerca do processo saúde-doença oral, com ênfase na possibilidade de intervenções precoces e de controlo dos problemas de saúde de forma a evitar ou minimizar os tratamentos restauradores e reabilitadores, uma vez que estes não são capazes de restituir completamente e plenamente a saúde oral. (5)

Em Portugal, a entidade reguladora da Medicina Dentária é a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

A Medicina Dentária é uma atividade multidisciplinar que engloba as áreas: Medicina Oral, Oclusão, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prostodontia Fixa e

Removível, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria, Ortodontia e Implantologia.

Atualmente, reconhecidas como especialidade pela OMD são: a Ortodontia, a Cirurgia Oral, a Periodontologia e mais recentemente, a Odontopediatria.

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) existe no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu (ICS UCP Viseu) desde de 2002, bem como a Clínica Dentária Universitária. O curso engloba uma formação com a duração de cinco anos sendo os primeiros três parte de uma Licenciatura e os restantes dois de um Mestrado Integrado. Os primeiros anos têm uma maior componente teórica, passando para aulas em pré-clínico onde se dá o primeiro contacto com a parte prática em Medicina Dentária. Nos anos subsequentes a componente prática vai aumentando nunca abandonando as aulas teóricas até ao último ano, onde a formação clínica é praticamente a tempo inteiro e onde a divisão por áreas disciplinares coincide com os diferentes ramos da Medicina Dentária.

O presente relatório apresenta o resumo da atividade clínica realizada durante o 5º ano do curso de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa de Viseu. São apresentadas as diferentes Áreas Disciplinares com uma breve introdução de conteúdos e protocolos de acordo com a experiência do autor; o número de atos clínicos realizados, na qualidade de operador e de assistente, bem como alguma descrição breve destes. Na segunda parte do relatório são apresentados os casos clínicos diferenciados escolhidos utilizando uma descrição mais detalhada do paciente, do diagnóstico e do respectivo procedimento.

O objetivo deste relatório é a análise e a apresentação de uma visão crítica do trabalho realizado nas diferentes Áreas Disciplinares com componente clínico, no decurso do 5º ano do MIMD.

Resultados

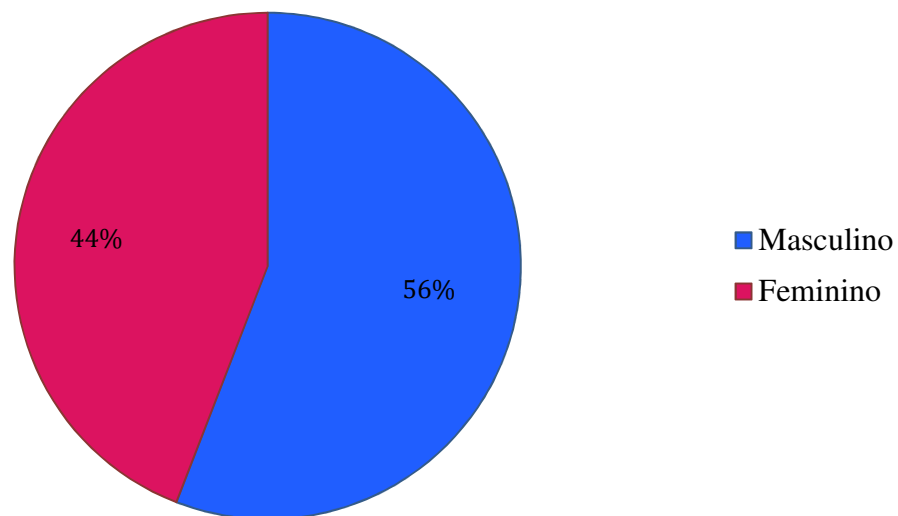
2. Resultados

2.1 Dados Gerais dos Atos Clínicos

Relativamente aos atos clínicos realizados é importante salientar que trabalhei em trinómio e que este se encontrava dividido em dois binómios, o 24 e o 32, o que justifica o número relativamente elevado de pacientes e de atos clínicos.

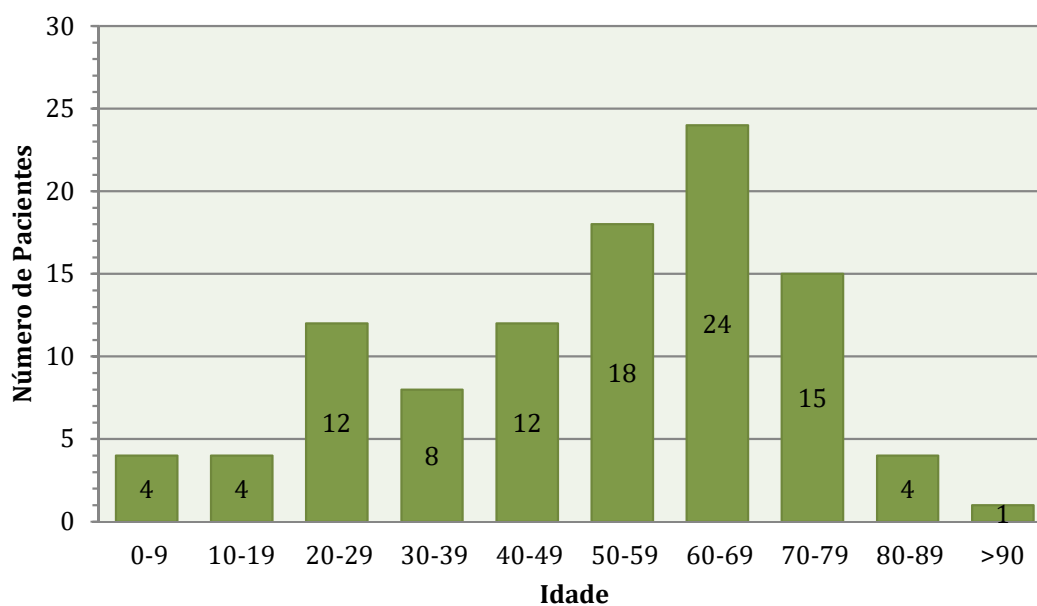
Ao longo do ano letivo de 2016/2017 correspondente ao 5º ano do MIMD foram contabilizados um total de 102 pacientes, dos quais 57 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino. Podemos observar a distribuição dos pacientes relativamente ao sexo no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por género (%)



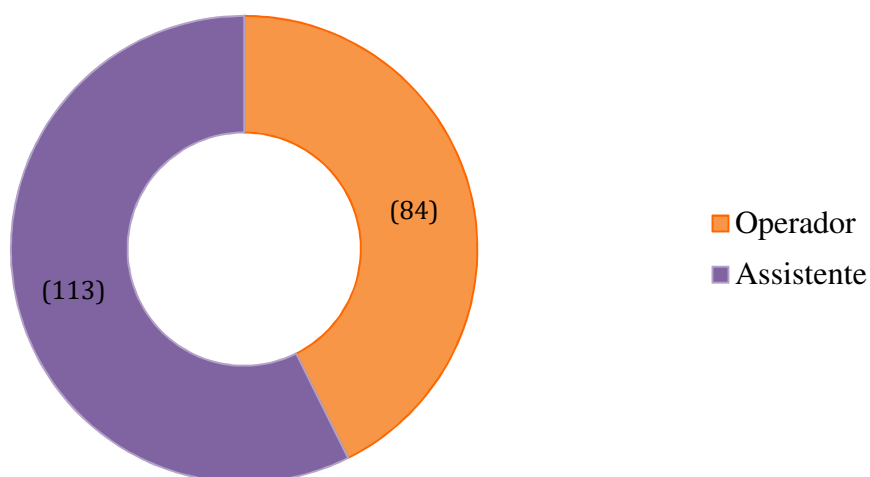
A faixa etária dos pacientes observados encontrava-se entre os 4 e 90 anos, sendo que a maioria dos pacientes se encontrava inserido no grupo cuja idade ia dos 60 aos 69 e a minoria dos pacientes estava no grupo dos maiores de 90 anos. O seguinte gráfico de barras (Gráfico 2) mostra a distribuição dos pacientes de acordo com a idade:

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por faixas etárias



Durante o ano lectivo 2016/17, foram realizados 197 atos clínicos. O autor realizou 84 atos como operador e 113 atos como assistente. Esta relação é expressa no gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição do trabalho realizado como operador e como assistente (%)



Em relação ao nível de risco do paciente, este é avaliado de acordo com a classificação da ASA (*American Society of Anesthesiology*).

O nível de risco ASA I é considerado um paciente sem risco, saudável, sem toma diária de qualquer tipo de medicação. Neste paciente pode ser realizado qualquer procedimento pelo profissional.

Um paciente de nível de risco ASA II, apresenta uma doença sistêmica leve, sem que esta limite a sua atividade. Os pacientes que encaixam nesta classificação possuem apenas uma das seguintes patologias: Obesidade, Diabetes Mellitus controlada, Hipertensão Arterial controlada, Doença Pulmonar Leve, Hábitos Tabágicos, Hábitos Alcoólicos Moderados ou Gravidez.

Na classificação ASA III o paciente tem uma doença sistêmica moderada ou grave que limita a sua atividade sem ser incapacitante. Neste nível da classificação estão incluídos os pacientes com: Diabetes Mellitus não controlada, Hipertensão Arterial não controlada, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Hepatite, Alcoolismo, história distante de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Insuficiência Renal.

Um paciente classificado como ASA IV representa um paciente com doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça à sua vida. Nesta classificação inserem-se os pacientes com episódios recentes de Enfarte Agudo do Miocárdio ou AVC, bem como pacientes com insuficiência respiratória aguda, isquemia do miocárdio, coagulação intravascular disseminada ou doença renal terminal.

Um paciente ASA V é classificado com este nível quando necessita de cirurgia para a sua sobrevivência.

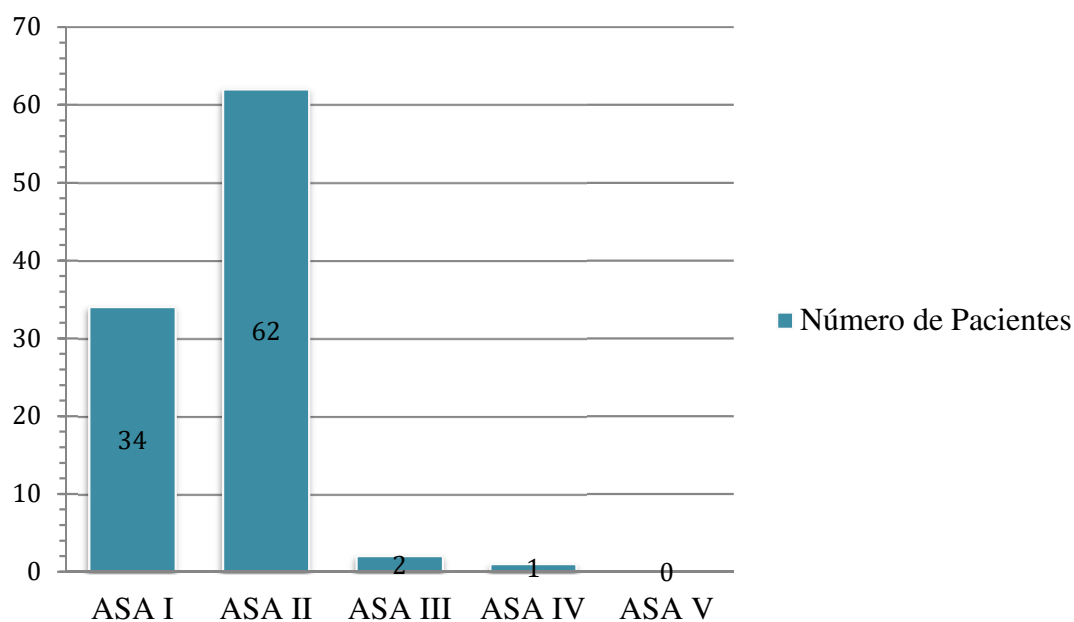
O último nível de classificação, ASA VI, representa um paciente diagnosticado de morte cerebral.

A maioria dos pacientes apresenta uma classificação ASA II, com sessenta e dois pacientes (61%), seguido da classificação ASA I, com trinta e quatro (33%). A classificação ASA III apenas define dois pacientes (1,9%) e a classificação ASA IV apenas um paciente (0,9%). Não foi atribuída a classificação ASA V a nenhum

paciente e não existem informações suficientes acerca de três pacientes, não sendo possível chegar a conclusões em relação à classificação ASA (2,9%).

A distribuição de pacientes segundo esta classificação encontra-se no gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição de indivíduos segundo a classificação ASA

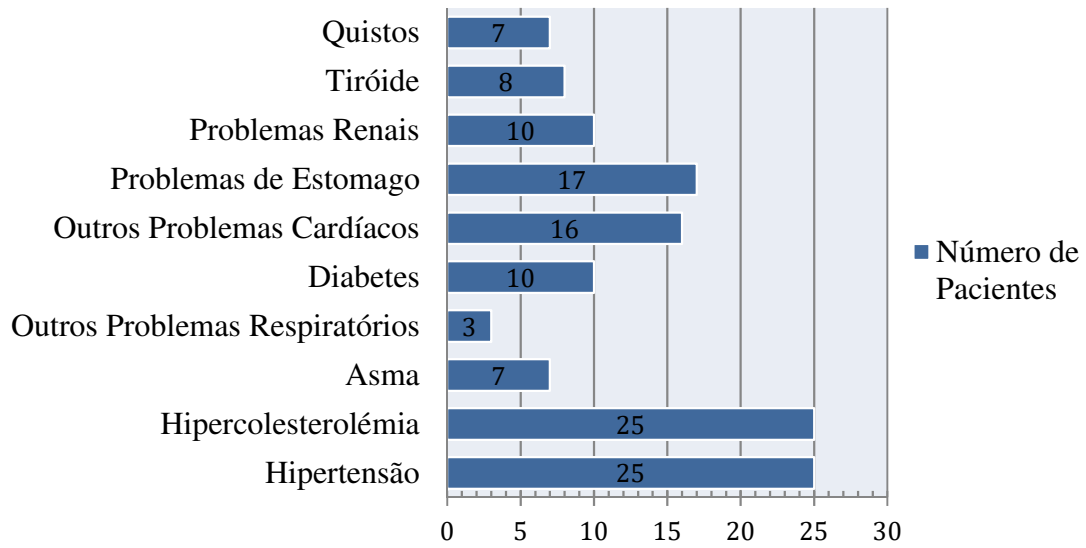


Relativamente às patologias sistêmicas, as mais enunciadas foram as seguintes: colesterol, hipertensão, patologias associadas ao sistema digestivo e patologias associadas ao sistema cardíaco.

Destes pacientes, 30 foram referenciados como saudáveis e, relativamente a 3, a informação sobre o seu estado de saúde foi insuficiente ou inconclusiva.

A distribuição das patologias sistêmicas e da sua frequência entre os pacientes pode observar-se no gráfico 5.

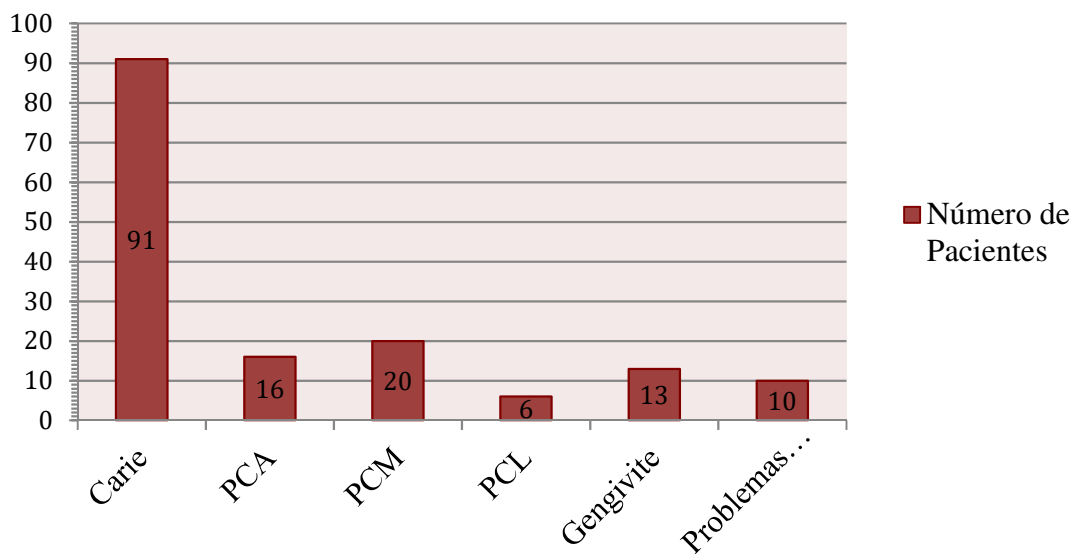
Gráfico 5 - Frequência das patologias sistêmicas



Relativamente às patologias orais, verificou-se que aquelas encontradas com maior frequência foram a cárie na grande maioria, periodontite nos seus diversos graus, gengivite e problemas oclusais. Quatro pacientes não tinham informação suficiente e nenhum paciente estava completamente saudável.

A frequência das patologias orais entre os pacientes observados pode ser lida no gráfico 6.

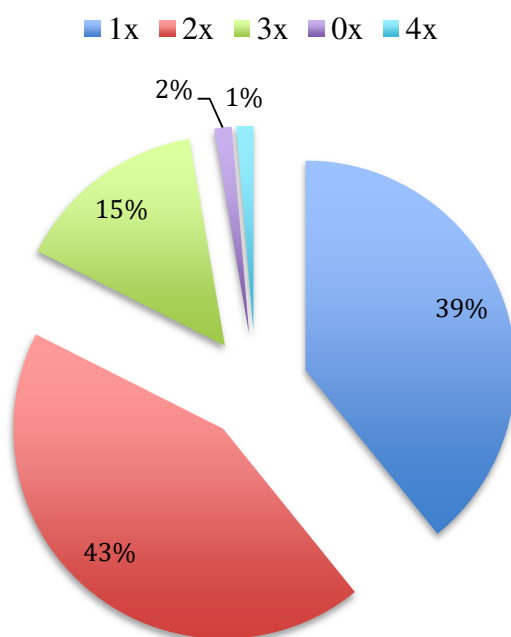
Gráfico 6 - Frequência das patologias orais



Foram também recolhidos dados sobre os hábitos de higiene oral que demonstraram que 15% dos pacientes escova os dentes 3 vezes ao dia, 43% dos pacientes escova os dentes apenas 2 vezes ao dia, 39% escova os dentes uma vez. Apenas um paciente disse escovar 0 vezes ao dia e apenas um disse escovar 4 vezes.

A frequência em percentagem da escovagem dos dentes pode ser observada no gráfico 7.

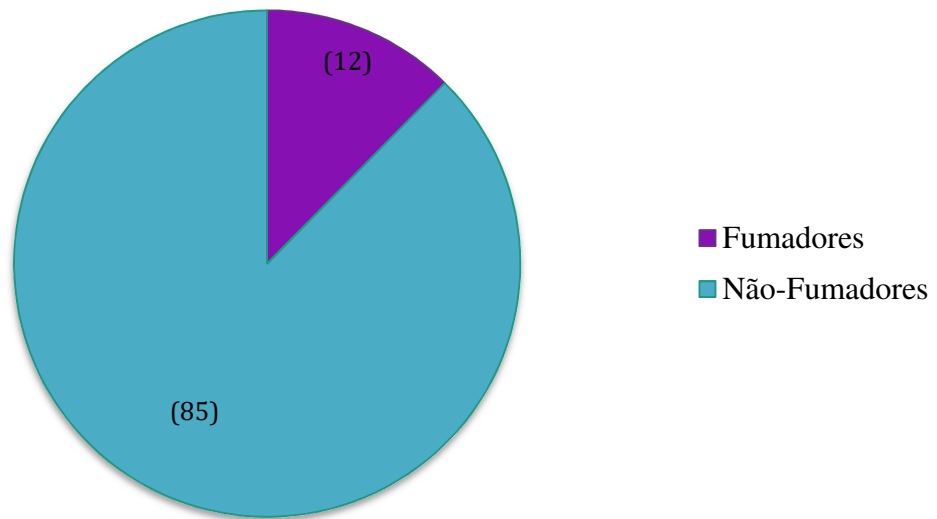
Gráfico 7 - Frequência da escovagem dos dentes



Relativamente aos hábitos tabágicos, foi verificado que 12% dos pacientes eram fumadores, sendo que o número de cigarros fumados por dia ia dos 1 aos 60, e 88% dos pacientes eram não fumadores. Destes pacientes 5 não apresentavam informação sobre este parâmetro.

Esta percentagem encontra-se ilustrada no gráfico 8.

Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes de acordo com os seus hábitos tabágicos



2.2 Atividade clínica por área disciplinar

Como seria expectável, o número de atos clínicos variou significativamente entre as diversas áreas da Medicina Dentária. Uma vez que a cárie dentária é a doença crónica com maior incidência no mundo (6) e a grande maioria dos pacientes atendidos se encontravam entre os 50 e os 79 anos, a maior afluência de intervenções verificou-se na disciplina de Prótese Removível seguida de Dentisteria. A área que contou com menor solicitação foi Odontopediatria, seguida por Ortodontia.

2.2.1 Medicina Oral

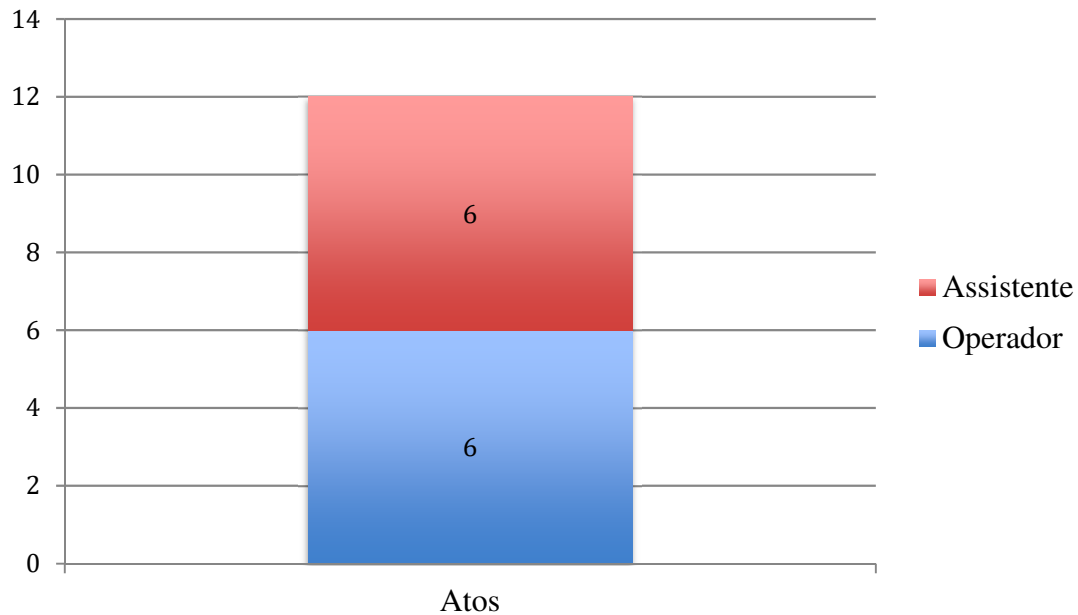
A consulta de Medicina Oral pode funcionar de duas maneiras distintas com objetivos diferentes:

1. Numa primeira consulta, em que o paciente, passando pelo protocolo de primeira consulta, engloba o preenchimento da anamnese, a realização de radiografias e de um exame extra e intra-oral com foco nas diversas estruturas da cavidade oral e anexos.
2. A consulta pode também ser utilizada para a realização de biopsias e diagnóstico de lesões orais cuja suspeita poderá ter partido de um ato clínico numa área diferente.

O ano letivo contou com 12 atos no total, 6 como operador e 6 como assistente, sendo um dos atos a biopsia excisional de um mucocelo do lábio inferior com confirmação de diagnóstico por parte do departamento de anatomia patológica do Hospital São Teotónio de Viseu.

O número de atos desta área disciplinar encontra-se ilustrado no gráfico 9.

Gráfico 9 - Atos de Medicina Oral



2.2.2 Oclusão

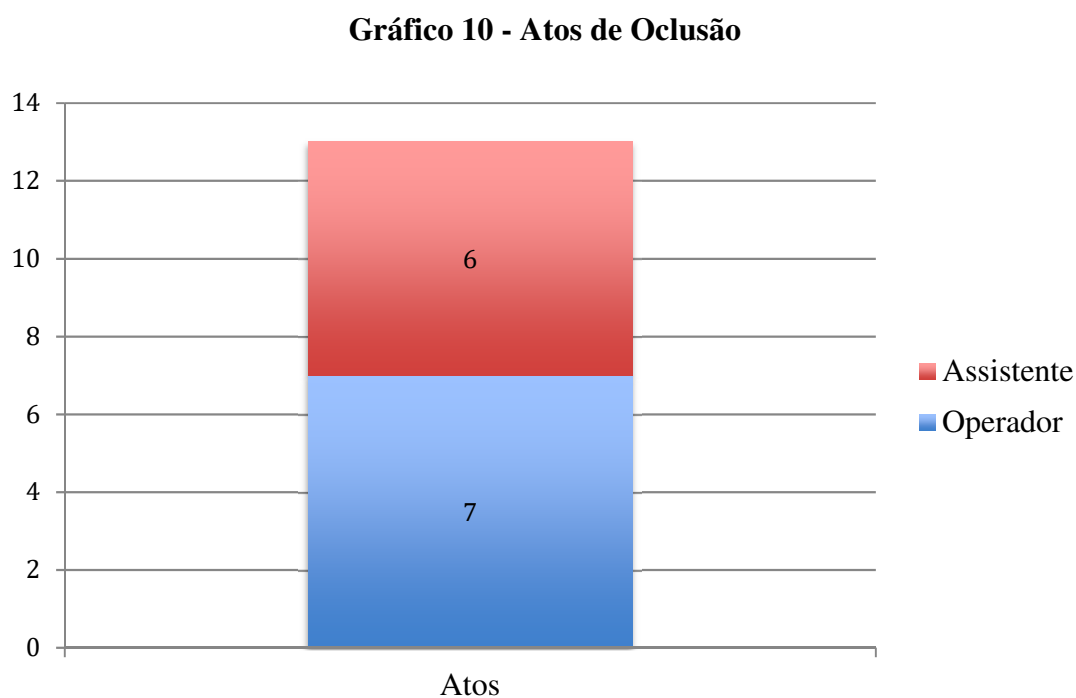
Na disciplina de oclusão é feito um exame à articulação temporomandibular (ATM) bem como aos músculos da cabeça e pescoço, envolvidos na sua função, e a outras estruturas anexas. Através da palpação e auscultação, neste exame é feita a pesquisa de dor orofacial ou sons articulares no âmbito de diagnosticar possíveis desordens ou patologias.

Para auxiliar o profissional neste diagnóstico é feito também o preenchimento do questionário RDC (*Research Diagnostic Criteria*) geralmente durante a primeira consulta.

Posteriormente, através da realização de modelos de estudo e ceras de mordida do paciente (cêntrica, protrusiva e lateralidades) é feita uma montagem em articulador semi-ajustável, que mimetiza a articulação temporomandibular e auxilia tanto no diagnóstico como no plano de tratamento. Um tratamento comum realizado na clínica universitária é a realização de goteiras, no qual é essencial esta montagem.

Na qualidade de operador, foram administrados dois questionários RDC e duas montagens em articulador e, no total, foram atendidos 3 pacientes diferentes com um total de 13 atos clínicos.

O gráfico 10 expressa o número de atos desta disciplina.



2.2.3 Periodontologia

O objetivo da consulta de periodontologia é o diagnóstico, tratamento e controlo de doenças periodontais.

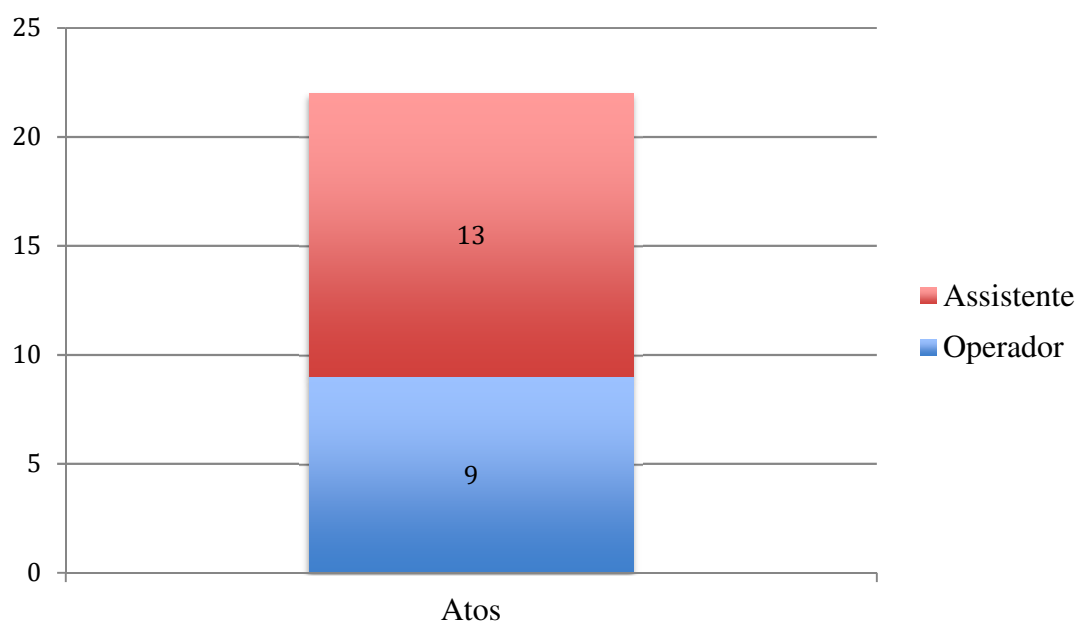
Para a obtenção do diagnóstico é feita a recolha de informação através de sondagem de bolsas periodontais e observação de radiografias. Durante a sondagem é importante avaliar as recessões gengivais, a profundidade das bolsas e as lesões de furca. Na radiografia, que pode ser uma ortopantomografia ou um *status* radiográfico, é importante averiguar a perda de suporte ósseo. Para além destes parâmetros outros importantes são a percentagem de BOP (*Bleeding On Probe*), o índice de placa e a mobilidade dentária.

Após a obtenção do diagnóstico correto é efectuado o plano de tratamento que pode passar por destarização e polimento, RAR (raspagem e alisamento radicular) ou cirurgias.

No total, foram realizados 22 atos clínicos, dos quais 9 foram atendidos como operador e 13 como assistente. Foram encontrados casos de periodontite crónica leve, periodontite crónica moderada e periodontite crónica avançada bem como de gengivite leve induzida por placa. Foram, igualmente, realizadas duas cirurgias periodontais, uma de enxerto gengival livre e uma de aumento da coroa clínica.

O número de atos realizados nesta disciplina durante o ano letivo encontra-se no gráfico 11.

Gráfico 11 - Atos de Periodontologia



2.2.4 Cirurgia Oral

A disciplina de cirurgia oral foca-se na realização de cirurgias dento-alveolares.

Conhecimentos teóricos sobre assepsia, fisiologia, anatomia e terapêutica ganham especial relevância nesta área. Principal ramo onde a técnica anestésica é essencial, assegurar um procedimento indolor é uma das chaves do seu sucesso.

Para o procedimento ser o mais seguro possível, é de extrema importância ter como base a anamnese realizada na clínica universitária. Durante este questionário é possível identificar pacientes cuja medicação é incompatível com um tratamento dentário em cirurgia oral. Ainda neste parâmetro é muito importante avaliar as patologias sistêmicas do paciente especialmente aquelas relacionadas com o sistema cardiovascular e com a coagulação. Em pacientes com coagulopatias é necessário avaliar o seu INR (*Razão Normalizada Internacional*) e verificar se esta se encontra em valores seguros para a realização de cirurgias.

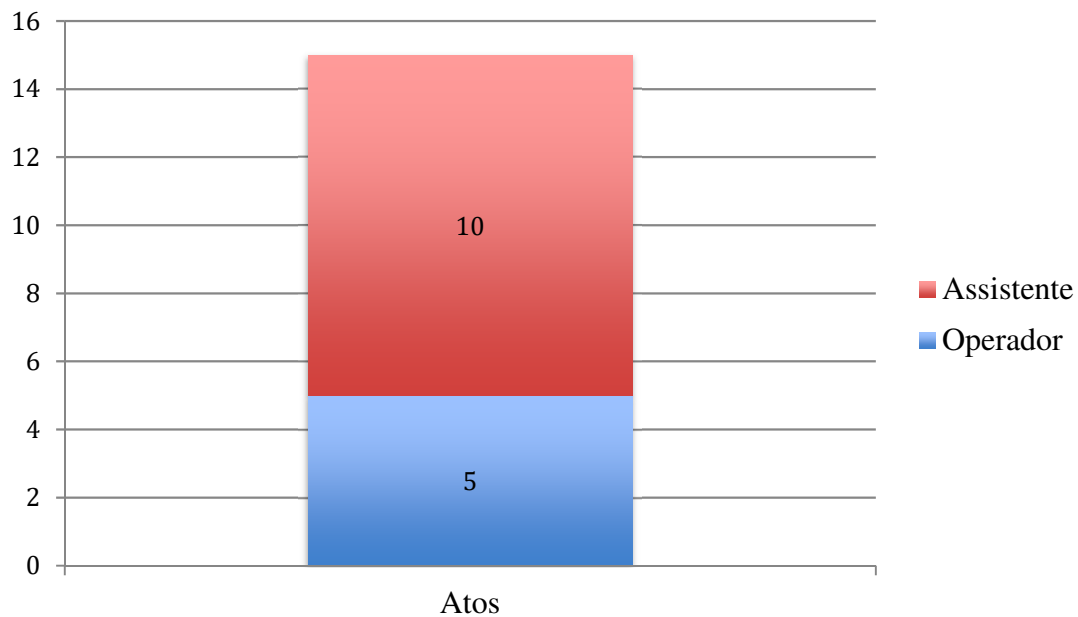
O protocolo é rígido, iniciando-se pelo exame intra-oral inicial e radiográfico, anestesia dos nervos envolvidos, passa por uma sindesmotomia para descolamento dos tecidos seguindo-se a luxação por alavanca para facilitar o procedimento seguinte, avulsão com boticão removendo a maior parte do tecido dentário, curetagem para remover fragmentos ou lesões que possam ter ficado no interior do alvéolo e promoção do coágulo e por vezes, sutura para melhor cicatrização.

Pode ser necessário a realização de incisões até mesmo osteotomia dependendo da dificuldade cirúrgica do caso em questão.

Como operador, ao longo de 5 atos, foram realizadas extrações de pré-molares, molares e segundos molares e, como assistente, foram realizados 10 atos clínicos num total de 15 atos clínicos na área de cirurgia. Um dos pacientes manifestou perda dos sentidos devido a uma síncope vasovagal.

O número de atos durante o ano letivo encontra-se no gráfico 12.

Gráfico 12 - Atos de Cirurgia Oral



2.2.5 Dentisteria

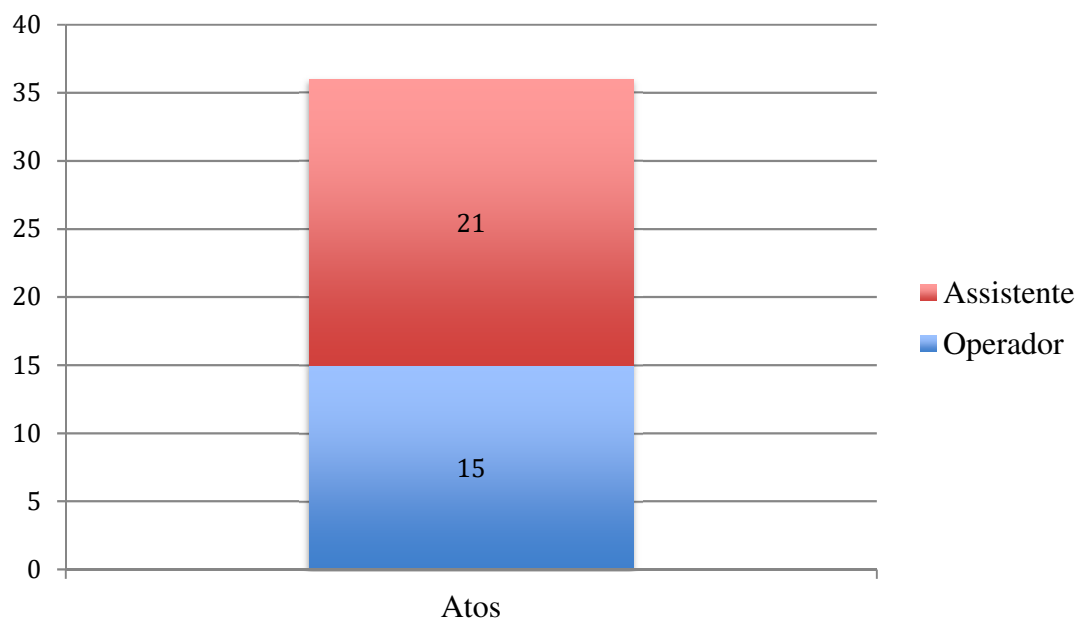
A dentisteria tem como o principal objetivo a restauração da estrutura dentária à sua melhor forma anatômica, funcional e estética possível.

Devido à grande incidência, as lesões cariosas são as maiores candidatas para tratamento nesta área. O diagnóstico serve-se de meios variados como exame clínico intra-oral com inspeção visual e com o uso de sonda exploradora, testes térmicos, percussão vertical, teste de cavidade e exames radiográficos. O tratamento destas pode ser preventivo, através de selantes ou flúor, mas é o tratamento intercetivo que é realizado mais frequentemente. Este último serve-se de material restaurador definitivo, como amálgama ou compósito, ou provisório, como IRM (*Intermediate Restorative Material*) para preenchimento da cavidade que deve ser o menos invasiva possível.

Dentisteria foi uma das disciplinas com maior número de atos clínicos contando com várias restaurações definitivas, mas também algumas provisórias como tratamento de espera. Como operador, foram realizados 15 atos clínicos e como assistente 21, somando um total de 36 atos.

O número de atos realizados nesta área encontra-se no gráfico 13.

Gráfico 13 - Atos de Dentisteria



2.2.6 Endodontia

A endodontia é a área que trata a região pulpar do dente assim como da sua zona apical. É necessária nos casos em que a dentisteria dificilmente recuperaria a integridade pulpar, porém alguma estrutura pode ser aproveitada não partindo assim para a extração do dente em cirurgia oral. Os diagnósticos que se enquadram são a pulpite irreversível e a necrose pulpar. Em casos de traumatismo em que a polpa tenha sido exposta este é também o tratamento de escolha.

Nesta disciplina são executados TER (Tratamentos Endodônticos Radicais).

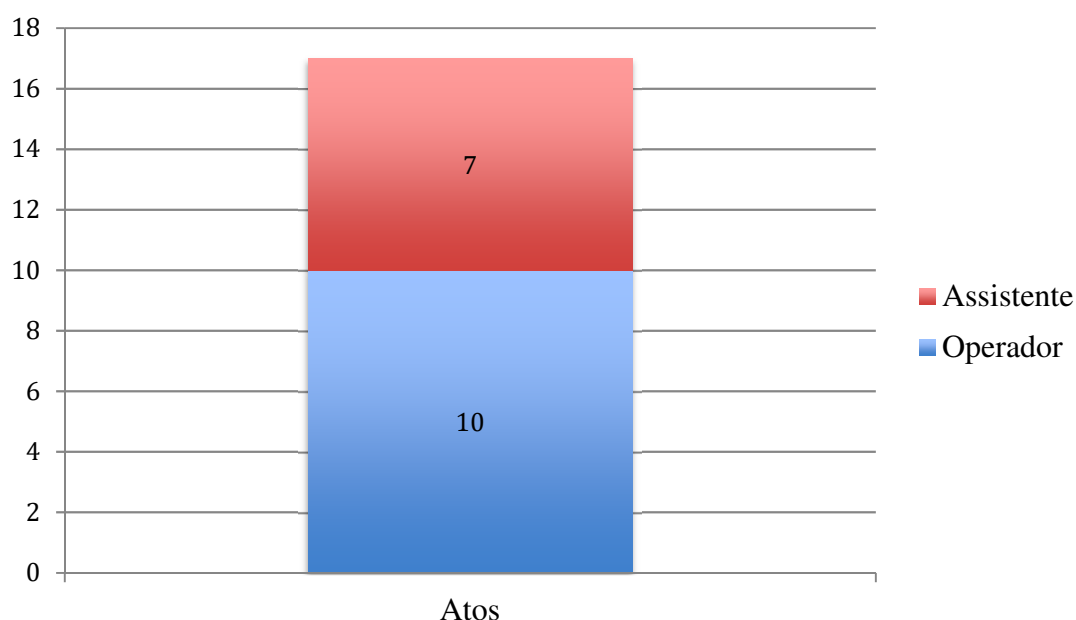
O tratamento é dividido em, pelo menos, duas consultas. Dependendo da vitalidade dentária, o procedimento é realizado com ou sem anestesia. Isolamento absoluto com dique de borracha é essencial, para garantir assepsia canal e impedir a deglutição de instrumentos e líquidos de irrigação. Segue-se a abertura camarál, tendo em consideração a anatomia dentária. Posteriormente, o cateterismo através de limas com o objetivo de pesquisa de canais, a instrumentação canal, mecânica ou manual,

para alargamento do canal com irrigação intercalar e o selamento utilizando cones de guta – obturação. Entre consultas é feito um selamento provisório. A realização de radiográficas é imprescindível ao processo.

Como operador realizei TER em Molares e Pré-molares num total de 17 ao longo do 5º ano, 10 como operador e 7 como assistente.

O número de atos realizados na área disciplinar encontra-se no gráfico 14.

Gráfico 14 - Atos de Endodontia



2.2.7 Odontopediatria

Odontopediatria ocupa-se de atos clínicos realizados em pacientes, cuja idade não ultrapassa os 16 anos. É de registar que alguns pacientes com síndromes ou incapacitações de crescimento são encaminhados para este ramo.

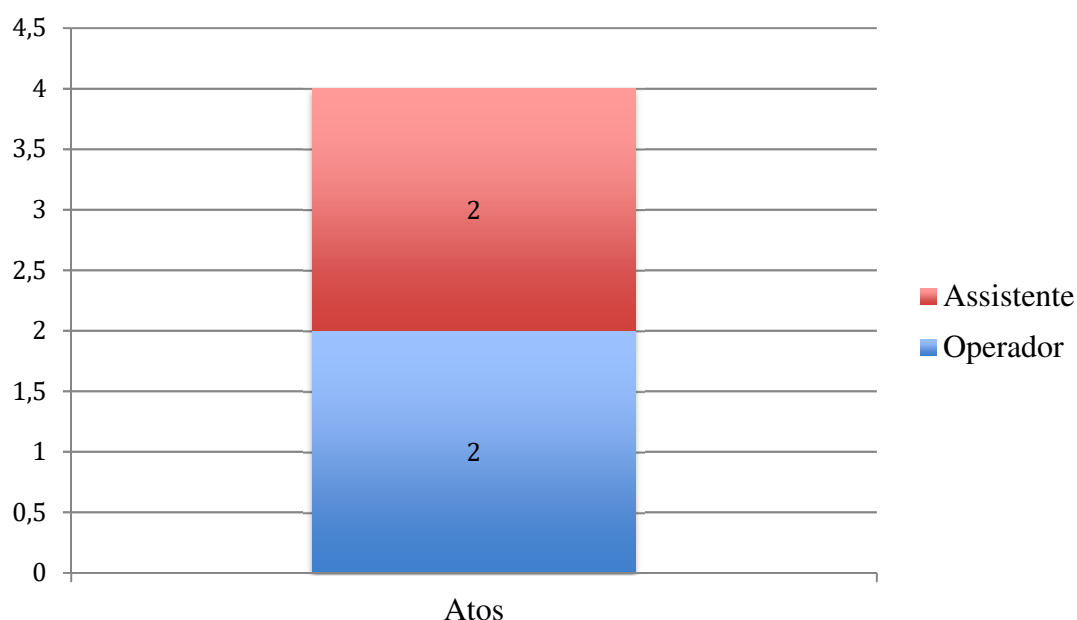
Nesta disciplina é feita a história clínica, diagnóstico e tratamento de bebês, crianças e adolescentes. Os tratamentos mais comuns são preventivos, como a colocação de selantes, muitas vezes de acordo com o cheque dentista, a exodontia de dentes decíduos e os tratamentos de cárie precoce. Alguns traumatismos e técnicas de manutenção de espaço são também encontrados e tratados na clínica universitária.

Apesar de ser a área com menor atendimento no presente relatório, o ato clínico destacou-se pelo seu interesse. Contou com a colocação de facetas num caso de amelogenese imperfeita.

Num total de 4 atos clínicos realizados ao longo do 5º ano, 2 foram realizados como operador e os restantes 2 como assistente.

O número de atos clínicos encontra-se no gráfico 15.

Gráfico 15 - Atos de Odontopediatria



2.2.8 Ortodontia

O objetivo desta disciplina é o diagnóstico de problemas ortodônticos e da elaboração de um plano de tratamento que pode ser preventivo ou interceetivo consoante a idade do paciente.

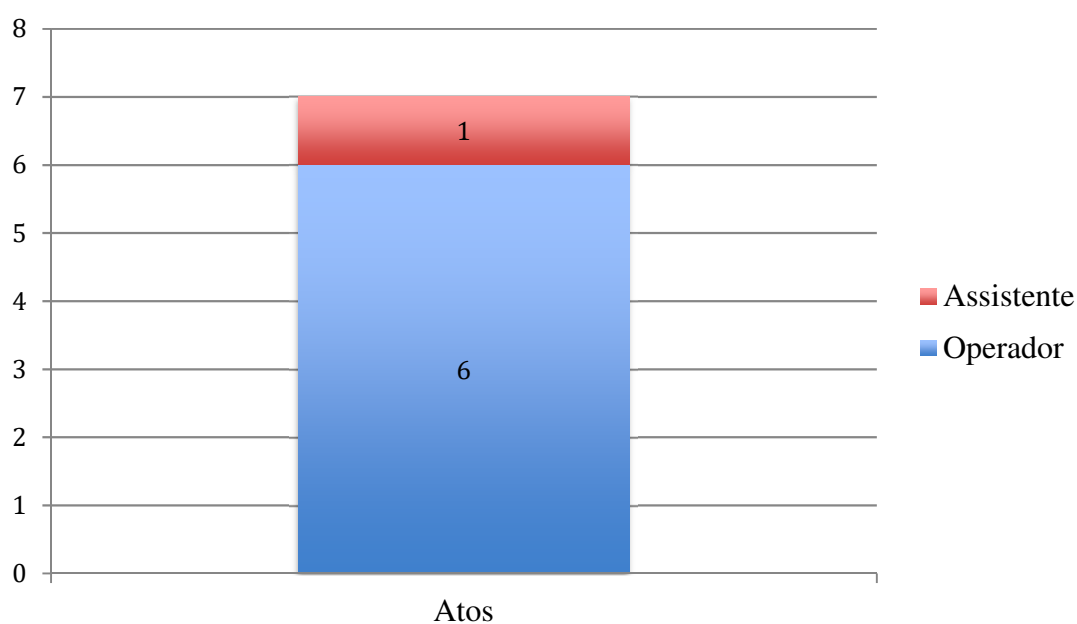
O diagnóstico é feito com base nos meios auxiliares de diagnóstico como fotografias intra e extra-orais, ortopantomografia, modelos de gesso e telerradiografia lateral. Nesta última é feita a análise cefalométrica de Ricketts com o objetivo de determinar a origem da má oclusão bem como a classe esquelética e dentária do paciente e o seu biótipo facial. Nos modelos calculam-se discrepâncias entre o

tamanho dos dentes e maxilares para prever problemas oriundos da falta ou excesso de espaço dentário. É também possível ter uma melhor perspectiva de desvios, rotações e classes molares e caninas através dos modelos.

Podem ser realizados controlos de tratamentos realizados na clínica universitária.

No 5º ano foram atendidos dois pacientes com um total de 7 atos clínicos, 6 como operador e 1 como assistente. Apesar de um dos casos ter sido um controlo de uma placa de Hawley, para ambos foram feitos os respectivos diagnósticos e planos de tratamento com consultas de obtenção de dados e meios auxiliares de diagnóstico.

Gráfico 16 - Atos de Ortodontia



2.2.9 Prostodontia Fixa

A prática clínica de prótese fixa utiliza meios de reabilitação protética fixos, daí a sua designação, tais como coroas unitárias, pontes, *inlays* e *onlays*. Estes servem para restaurar dentes extensamente destruídos, ou cuja lesão permita a confeção de um preparo, e também espaços edêntulos pouco extensos e com bom suporte periodontal nos dentes pilares.

Para este resultado é feita uma extensa recolha inicial de dados como anamnese, fotografias intra e extra-orais, radiografias dos dentes pilares e diagnóstico do estado periodontal destes com medição de bolsas, impressões e respectivos modelos, e preenchimento de questionários de avaliação do(s) dentes pilar e do espaço edêntulo no caso de ponte.

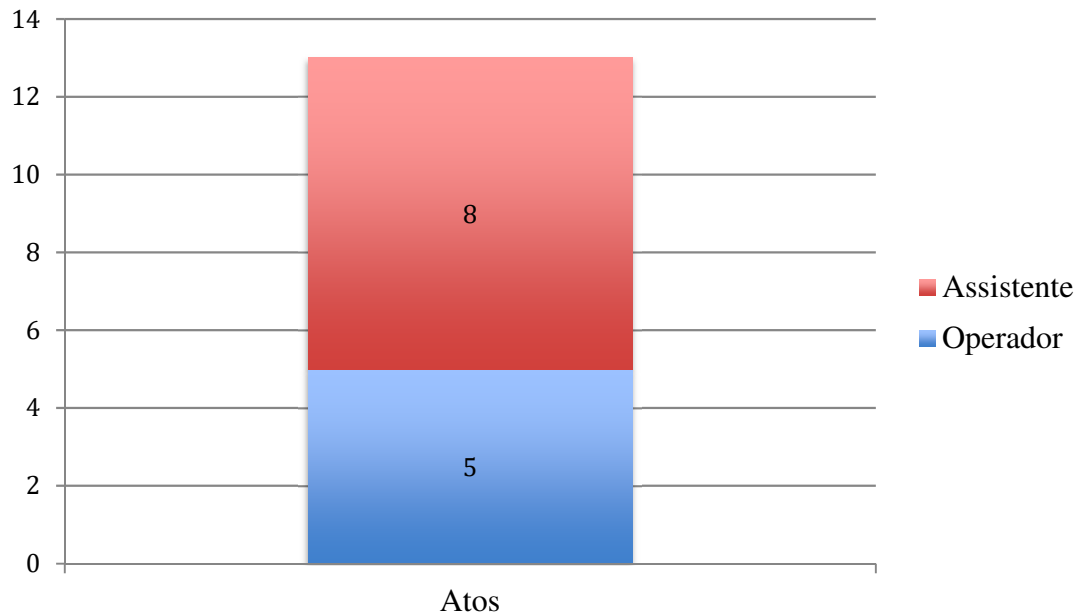
Após estabelecido o plano de tratamento são realizados os preparos dentários que podem prescindir de mais ou menos estrutura dentária consoante a extensão da lesão, a orientação do dente e o tipo de prótese usada na reabilitação. Na consulta que é feito o preparo é também necessário a sua cobertura com uma coroa provisória até à próxima consulta.

Nesta área é preciso ter especial atenção à estética (se anterior ou se o paciente manifestar elevada exigência neste campo), à oclusão, à estabilidade com bons pontos de contacto e à higiene do paciente.

Foram atendidos dois pacientes num total de 13 atos, 5 como operador e 8 como assistente. Um dos pacientes foi acompanhado do início ao fim do seu tratamento como operador e contava com um molar extensamente destruído com reabilitação através de uma coroa metalo-cerâmica. O outro paciente foi também igualmente acompanhado do início ao fim, mas já na qualidade de assistente.

O número de atos realizados na cadeira de Prostodontia Fixa encontra-se no gráfico 17.

Gráfico 17 - Atos de Prosthodontia Fixa



2.2.10 Prosthodontia Removível

A Prosthodontia Removível trata desdentações parciais e totais. desdentações estas que não podem ser tratadas pela Protése Fixa ou desdentações mais numerosas ou simplesmente por preferência do paciente sob qualquer motivação.

Como tratamento é feita a colocação de uma prótese removível que se pode definir como qualquer prótese dentária a qual substitui alguns ou todos os dentes e pode ser facilmente removida e repostada na cavidade oral. (7)

A reabilitação por meio da prótese removível tem por objetivos a eliminação da doença, a preservação, restauração, manutenção da saúde dos dentes remanescentes e tecidos circundantes de forma a restaurar a função perdida e a forma facial, assim como o restabelecimento da estética dentária, da fonética e da correta deglutição. (8,9,10)

A escolha dos dentes pilares, a escolha da cor, os conectores e um desenho adequado da prótese são factores essenciais no sucesso da reabilitação.

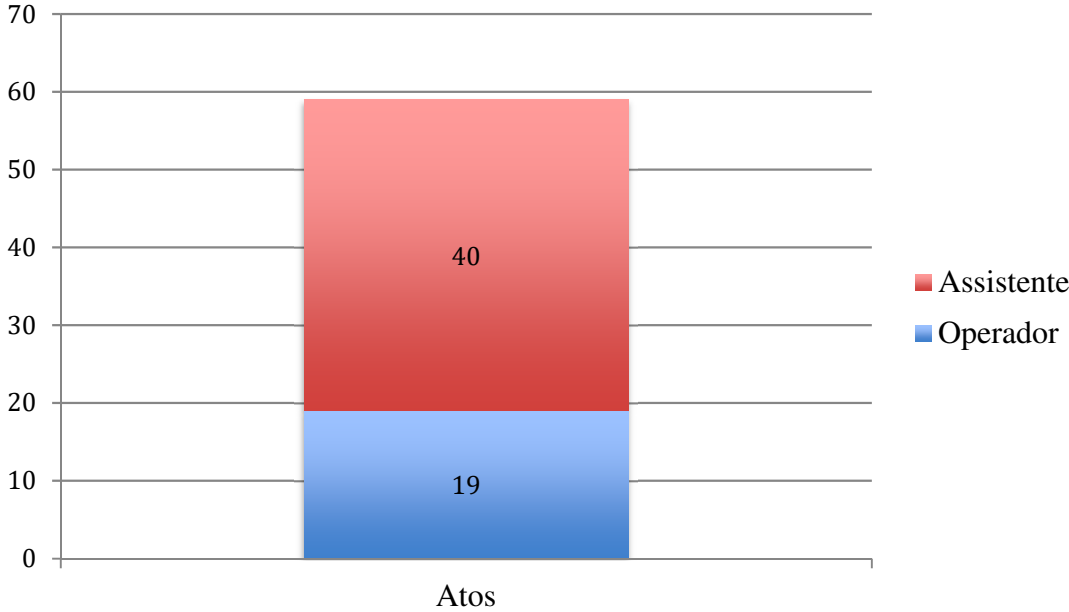
Existem dois tipos de prótese, as acrílicas e as esqueléticas. As acrílicas usam polimetilmetacrilato (PMMA) na grande maioria do seu desenho e são mais utilizadas em desdentações totais. As esqueléticas utilizam mais metal e são usadas nas desdentações parciais.

O operador nesta área tem como objetivo a confecção de um desenho de prótese a partir de modelos previamente realizados e enviar este, juntamente com os modelos e dados relevantes, para o técnico de laboratório protético, onde a prótese tomará finalmente forma. Entre esta fase e a finalização, são feitas várias provas, onde é testada a adequação da prótese, bem como o grau da satisfação do paciente. Estabilidade e harmonia oclusal é tida sempre em conta.

Após a realização e finalização deste processo, o paciente realiza algumas consultas de controlo com o intuito de verificar a adaptação ou resolver complicações que possam, eventualmente, surgir a longo prazo como lesões ou falta de retenção e estabilidade. O tratamento pode passar por rebasamento, remoção de pontas afiadas de acrílico, desgaste dos dentes e aperto dos ganchos.

Foi na disciplina de Prótese Removível que se verificou o maior número de pacientes, tanto como operador e como assistente. Não só pela grande quantidade de pacientes reabilitados previamente a necessitar de consultas de controlo, como de uma elevada procura de reabilitação com esta solução. No 5º ano atendi um total de 59 atos clínicos, 19 como operador e 40 como assistente. Foram encontrados casos tratados tanto com prótese esquelética como com prótese acrílica e vários controlos.

Gráfico 18 - Atos de Prostodontia Removível



2.3 Análise Crítica

A importância da quantidade de casos clínicos que o aluno, tanto na qualidade de operador como de assistente, realiza é diretamente proporcional à sua capacidade de relacionar conhecimentos teóricos com as realidades da prática clínica, à sua destreza manual necessária para a maior parte dos atos de reabilitação realizados diretamente na cavidade oral, à sua capacidade de reconhecer padrões frequentes e chegar a conclusões de forma mais rápida e à sua confiança para diagnosticar e tratar casos posteriormente à finalização do mestrado integrado.

Apesar de na generalidade os atos clínicos apresentarem números elevados, existem áreas disciplinares onde a formação e preparação prática se pode ter considerado apenas satisfatória e muito provavelmente beneficiariam se o número de pacientes atendidos tivesse sido maior.

O facto de terem existido áreas disciplinares em que o atendimento em trinómio foi uma necessidade (devido à existência de um número total ímpar de alunos a frequentar a disciplina prática) possibilitou, de facto, um aumento do número de pacientes atendidos, como foi o caso de Prostodontia Removível e Dentisteria Operatória. Porém, como seria de esperar, a maior parte destes casos foi acompanhada sob a qualidade de assistente e apesar de não servir como um exercício da destreza, contribuiu para um aprofundamento de conhecimentos e visualização novos casos e técnicas.

Casos Clínicos Diferenciados

3. Casos Clínicos Diferenciados

3.1 Caso Clínico I: Reabilitação com Coroa Metallo-Cerâmica de um dente extensamente destruído

3.1.1 Introdução ao Caso Clínico I

As lesões de cárie extensas são de difícil decisão quanto ao melhor procedimento de reabilitação. A indicação da utilização de compósitos e o emprego de métodos indiretos de restauração envolve vários fatores estéticos, anatômicos, biomecânicos e financeiros. (11)

O tratamento em Protopontia Fixa envolve a substituição e restauração de dentes por substitutos artificiais que não podem ser prontamente removidos.

As coroas metallo-cerâmicas consistem numa coroa de interior metálico com cerâmica no seu exterior para mimetizar a aparência do dente natural. O objetivo desta é combinar um material mais frágil mas mais estético com a estrutura do metal mais forte. Estas coroas representam uma opção de tratamento com características de alta resistência e de grande durabilidade mas apresentam como uma desvantagem a falta de estética da margem metálica. (12)

3.1.2 Descrição Geral do Caso Clínico I

Descrição do paciente

Paciente do sexo masculino, 24 anos de idade, com nível de risco classificado de ASA II, encaminhado pelo binómio 32 em prótese fixa para avaliação da possibilidade de reabilitação do 36, extensamente destruído.

Fumador moderado (3 três cigarros por dia), afirma escovar os dentes duas vezes por dia sem uso de colutório ou fio dentário.

A nível das patologias sistémicas o doente sofre de asma mas não toma qualquer medicação nem para esta nem de outro tipo de patologia.

A nível dentário o paciente apresenta uma mordida aberta anterior (devido a hábitos de sucção nocturna) causadora de problemas a nível oclusal, já realizou na clínica consultas de dentisteria (restauração dente 14), medicina oral, cirurgia (exodontia do dente 28 e 38), endodontia (dente 15 – durante a consulta de prótese fixa em que este dente foi avaliado, ao remover a cárie foi feita uma exposição pulpar e de seguida fez-se evicção e reencaminhou-se para endodontia).



Fig. 1 - Ortopantomografia do Caso Clínico I



Fig. 2 - Radiografia periapical do dente 36

Descrição do Tratamento

Optou-se pela reabilitação do dente com uma coroa metalo-cerâmica.

Consulta 1:

Na primeira consulta foi feita uma avaliação em prótese fixa para avaliar a possibilidade de reabilitar o dente 36.

Nesta consulta foram realizadas fotografias extra e intra-orais, impressões em alginato, modelos de estudo e radiografias do dente pilar. Foi feito o preenchimento do periograma, o preenchimento da ficha de avaliação de risco (EMRRH), o preenchimento da ficha de classificação do edentulismo parcial e o preenchimento da ficha de pré-reabilitação. Os primeiros modelos em gesso realizados nesta consulta serviram como guia da superfície externa da coroa para enceramentos posteriores. Após remoção do tecido cariado com uma broca esférica diamantada de turbina e escavador, foram feitas impressões do remanescente. Desta última impressão resultou um modelo em *Duralay* onde foi ensaiado o preparo dentário de 1 mm na face vestibular, 0.6 mm em lingual e 1.5 mm em oclusal.

Consulta 2:

Nesta consulta foram efetuados os preparos com posterior colocação do provisório. O preparo efetuado foi baseado no preparo previamente efetuado em *Duralay*.

O tratamento começou pela anestesia infiltrativa do nervo alveolar inferior esquerdo e das papilas inter-dentárias, para assegurar a analgesia do 36.

Iniciou-se a preparação dentárias no dente 36. Reduziu-se para uma coroa metálo-cerâmica. Iniciou-se pela face oclusal, e recorrendo a uma broca cilíndrica, reduziram-se as cúspides 1,5 mm. Com a broca tronco-cónica, a face vestibular foi reduzida em 1mm; a face lingual em 0,6-1mm; e inter-proximal em 1mm.

Em seguida, utilizando uma matriz previamente realizada a partir dos modelos em gesso encerados da consulta anterior, realizou-se o provisório. O provisório foi colocado em boca e verificou-se a necessidade de realizar alguns ajustes de modo a que este ficasse bem adaptado e com os contactos oclusais corretos. De seguida, foi espatulado cimento *Tempbond* para proceder à cimentação provisória. Por último, foram realizados os ajustes finais e o polimento do provisório.

Distâncias	Local da medição	Antes preparação	Após Preparação
Mesiodistal	Máxima da coroa (equador)	12mm	7mm
	Colo	8mm	6mm
	Zona mais coronal	10	8mm
Vestíbulo- Lingual (Palatina)	Máxima da coroa (equador)	10mm	8mm
	Colo – Junto à hipotética margem	10mm	8mm
	Zona mais coronal	10mm	8mm

Fig. 3 - Quadro de medições antes e após preparo dentário

Consulta 3:

Nesta consulta foram realizadas as impressões definitivas do preparo dentário do dente 36 e 1.6 para posterior prova de infra-estrutura de uma coroa metalo-cerâmica do dente 36. O paciente chegou à consulta sem queixas de dor nem sensibilidade nem foi verificada qualquer inflamação gengival.

Para a realização das impressões definitivas foi usada a técnica de impressão bifásica. Uma vez que algumas margens do preparo são justa-gengivais, colocou-se fio de retração gengival.

Numa moldeira número 3 foi colocado silicone *Putty* e colocada em boca com alguma pressão. Após presa do silicone, a moldeira foi retirada e com a ajuda de um bisturi retiraram-se todas as possíveis retenções da impressão. Foi feito o teste em boca para verificar a sua retenção e colocado silicone *Light* em cima do preparo e dentro da moldeira sem levantar a ponta. Foi levado à boca e após presa verificou-se a obtenção de uma boa impressão.

Por último, a impressão definitiva foi desinfetada e enviada para o laboratório juntamente com o modelo antagonista e foi pedida a prova de infra-estrutura metálica para a coroa metalo-cerâmica do dente 36.

Depois foi colocado o provisório e foi realizado o ajuste da oclusão e polimento.

Consulta 4:

Após a realização das impressões definitivas na consulta anterior, procedeu-se à prova de infraestrutura no dente 36 para verificar a sua adaptação ao preparo.

A coroa provisória foi removida seguindo-se a limpeza do preparo, de forma a que não existissem restos de cimento nem na superfície do preparo nem na superfície interna da coroa provisória. A infraestrutura enviada pelo laboratório foi colocada em boca para testar a sua adaptação e retenção. Uma vez que esta se encontrava perfeitamente adaptada realizou-se o registo oclusal com silicone com a infraestrutura em boca. Fez-se a cimentação do provisório e enviou-se o registo de mordida com o modelo oponente para o laboratório de forma a ajudar na confecção de uma coroa com correta oclusão.

Consulta 5:

Nesta consulta foi feita a cimentação definitiva da coroa metalocerâmica. A coroa foi cimentada com fosfato de zinco. Após a colocação do cimento foi feita uma pressão cuidadosa mas firme em cima do preparo no alinhamento correto e posteriormente foi pedido ao paciente que trincasse um rolo de algodão durante alguns minutos, para que o selamento e assentamento fossem mais eficazes. Em seguida foram retirados os excessos com a ajuda de uma sonda e foram feitos os ajustes oclusais necessários com o auxílio de papel articular e papel de prata para averiguar a presença de contactos prematuros.

Consulta 6:

Nesta consulta foi feito um controlo da coroa uma semana após a sua colocação e verificou-se boa oclusão com algum desconforto natural dos primeiros dias mas satisfação no geral.

Consulta 7:

Nesta consulta foi feito o controlo da coroa metalocerâmica do dente 36 três meses após a sua colocação. Para além do exame clínico intra-oral, foram preenchidos questionários de satisfação e questionários da avaliação pós-reabilitação bem como a realização de fotografias intra-orais (figuras 16, 17 e 18) e radiografia periapical (figura 19).



Fig. 4 - Estado inicial do dente 36.



Fig. 5 - Dente após remoção de cárie.



Fig. 6 - Preparo feito em *Duralay*.



Fig. 7 - Preparo do dente 36.



Fig. 8 - Preparo do dente 36 (vista mesio-oclusal).



Fig. 9 - Coroa provisória.



Fig. 10 – Coroa provisória (vista meso-oclusal).



Fig. 11 – Impressões definitivas.



Fig. 12 – Prova de infraestrutura.



Fig. 13 – Prova de infraestrutura (margem lingual).



Fig. 14 – Registo de mordida.

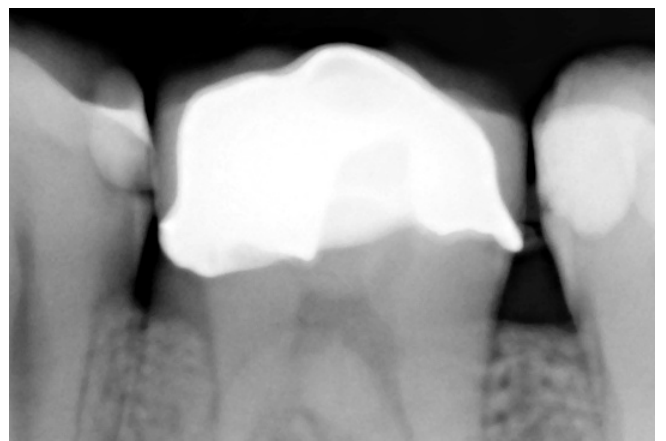


Fig. 15 – Radiografia final.



Fig. 16 – Coroa definitiva (Oclusal).



Fig. 17 – Coroa definitiva (Vestibular).



Fig. 18 – Coroa definitiva (Lingual).

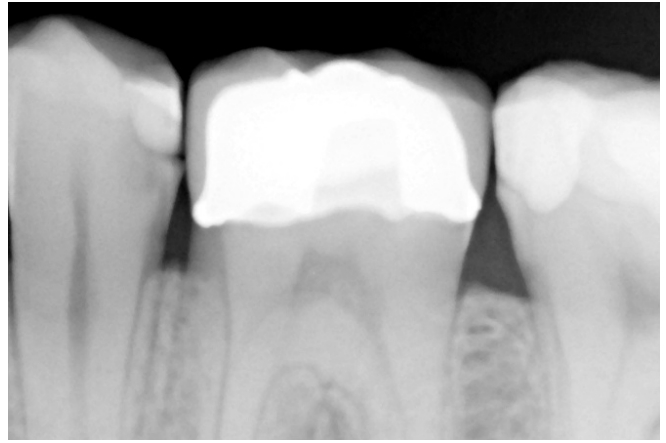


Fig. 19 – Radiografia de controlo.

3.1.3 Discussão e Conclusão do Caso Clínico I

Para o caso em questão, existiam outros métodos de tratamento diferentes do escolhido pelo operador.

O dente poderia ter sido restaurado diretamente a resina composta com grandes vantagens estéticas sem necessitar de um preparo prévio do dente resultando num tratamento mais conservador. Porém, tem algumas limitações a nível da resistência, um factor importante uma vez que se trata de um dente posterior sujeito a grandes cargas oclusais, e pode existir contração de polimerização que poderia levar a infiltração e recidiva. O dente poderia ter sido restaurado diretamente a amálgama que iria conferir a resistência necessária porém, comprometendo a estética que uma coroa cerâmica iria assegurar. Além disso, a amálgama necessita de uma técnica que pode ser difícil, resultando em mau contorno e oclusão comprometida.

Dentro das restaurações indiretas poderiam ter sido utilizadas tanto coroas totalmente cerâmicas e ou coroas metálicas em vez do híbrido metalo-cerâmico. As cerâmicas apesar da estética mais satisfatória, apresentam uma resistência relativa menor e um fraca adaptação marginal. As metálicas resolvem o problema da resistência mas comprometem a estética e por isso optou-se pela reabilitação com coroa metalo-cerâmica. (13)

Inicialmente o preparo foi feito para um onlay mas após a remoção da cárie percebeu-se que a quantidade de tecido remanescente era insuficiente para garantir a resistência e a estética. Optou-se então por planear o preparo previamente à consulta com o objetivo de prever a possibilidade de criar forma de resistência sem perder retenção nem estrutura dentária em excesso. No entanto foi possível a realização de um preparo pouco invasivo e com retenção sem necessidade de desvitalização do dente. (14) Em consultas de controlo imediatamente a seguir à colocação da coroa em boca, o paciente mostrou algum desconforto devido à proximidade pulpar. Porém, este desconforto foi diminuindo ao longo do tempo até desaparecer e por esta razão podemos afirmar que o tratamento tem um bom prognóstico.

Existe, no centro da coroa, uma pequena área descoberta de cerâmica onde se pode ver o metal. Isto foi possível devido à baixa exigência estética do paciente e da

zona a reabilitar em si e confere resistência extra à coroa. Devido à mordida cruzada, grande parte da carga oclusal do paciente é reunida no setor posterior onde o dente tratado se encontra e assim prevenir a fratura prematura de cerâmica. A cor da cerâmica poderia ter sido mais parecida, no entanto o paciente não se mostrou descontente.

O aluno, Pedro Andrade, teve a oportunidade de acompanhar este caso desde o início ao fim como operador. Isto permitiu ao aluno aplicar uma maior amplitude de conteúdos teóricos na prática clínica tanto ao nível do planeamento como do tratamento.

3.2 Caso Clínico II: Biópsia de um Mucocelo

3.2.1 Introdução ao Caso Clínico II

Mucocelo, é a nomenclatura comumente dada à manifestação clínica de lesões de retenção de saliva benignas que afetam as glândulas salivares, geralmente as *minor*. (15)

Estas lesões manifestam-se de duas maneiras diferentes: Como mucocelo de extravasamento de muco ou do tipo quisto de retenção mucoso. A distinção entre estes dois tipos é maioritariamente verificada a nível histológico sendo semelhantes em termos de aspecto clínico bem como no seu tratamento e prognóstico. (15,16)

O aspecto clínico destas lesões é de uma elevação superficial, indolor e assintomática coberta por mucosa podendo ultrapassar os 10 mm de diâmetro. Pode ter coloração diferente consoante a sua profundidade na mucosa, sendo o mais superficial de cor azulada, devido ao seu conteúdo, e o mais profundo da cor normal do tecido adjacente. É uma lesão flutuante, sendo a superficial de uma flutuação mais circunscrita. (16,17)

É uma lesão causada por traumatismo mecânico, como a mordedura inadvertida do lábio, causando uma obstrução do ducto secretor de glândulas salivares *minor*. Uma vez que a produção de saliva não cessa, o próprio ducto expande devido à retenção desta provocando o inchaço flutuante. (17)

Ocorre em vários locais da cavidade oral onde o epitélio é menos queratinizado como o ventre anterior da língua, alguma mucosa jugal, mas principalmente, na mucosa labial inferior. (17)

A duração destas lesões varia entre dias até vários anos, podendo ou não romper espontaneamente sem mais episódios embora a recidiva destas lesões ser muito frequente. Quando o mucocelo é superficial, não é incomum o extravasamento de saliva de maior consistência acompanhado por uma diminuição de tamanho da lesão seguida por um aumento. (16)

3.2.2 Descrição Geral do Caso Clínico II

Descrição do paciente

Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, com nível de risco classificado de ASA I, vem à consulta de Medicina Oral no dia 15 de janeiro de 2018 depois de ter notado um inchaço no lábio inferior com início em finais de Novembro do ano anterior.

A paciente não apresenta hábitos tabágicos ou alcoólicos e a sua higiene oral passa por 3 escovagens diárias com uso pontual de colutório.

A nível das patologias sistémicas a doente encontra-se completamente saudável, com análises em dia sem valores anormais.

A nível dentário a paciente apresenta restaurações nos dentes 12, 14, 16, 17, 21, 22, 44, 45, 46 e 47; tratamento endodôntico nos dentes 11, 14 e 15, e uma coroa com falso coto no dente 11; Implante no dente 24 e ausência dos dentes 36 e 37 devido a exodontia.



Fig. 20 – Ortopantomografia do Caso Clínico II.

Descrição da Lesão

Ao exame clínico intra-oral verificou-se que se tratava de uma lesão papular móvel no lábio inferior com forma oval e consistência flutuante. A lesão apresentava alguma coloração azulada mas por se encontrar muito profunda, o azul era bastante tênue e a acabava por ter a coloração do tecido adjacente. O diagnóstico era compatível com mucocelo labial.



Fig. 21 – Fotografia 1 da lesão.



Fig. 22 – Fotografia 2 da lesão.

Material Utilizado

- Espelho Intraoral
- Carpule e anestubos de Lidocaína
- Cabo de Bisturi
- Pinça hemostática

- Fio de sutura reabsorvível, *Surgicryl*[®] PGA 3-0 e 5-0
- Pinça de pontas retas
- Pinça de *Desmarres*
- Tesoura *Mayo* curva



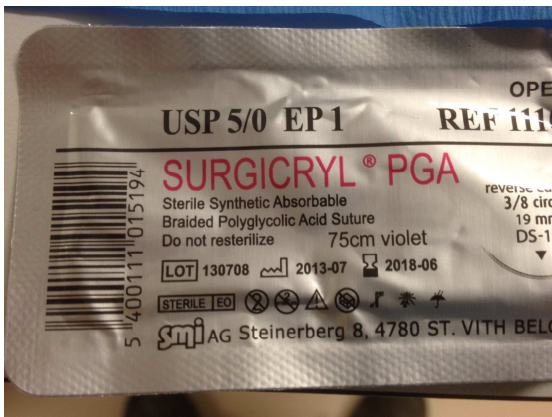
Fig. 23 – Material utilizado no Caso Clínico II.



Fig. 24 – Pinça de pontas rectas.



Fig. 25 – Pinça de Desmarres.



**Fig. 26 – Fio de sutura reabsorvível
5-0.**

Descrição do Tratamento

Neste caso foi apenas feita uma consulta. Após reunir o material necessário, foi iniciado o procedimento cirúrgico. O tratamento de escolha foi a cirurgia de enucleação que consiste na excisão completa da lesão onde se inclui a glândula associada bem como o tecido glandular anexo. Utilizou-se esta técnica por ser aquela que apresenta menos recidiva e porque a preservação do conteúdo da lesão contribui para o seu diagnóstico, apesar de não ter sido possível e a lesão ter extravasado.

O protocolo utilizado foi o seguinte:

1. Bloqueio total do nervo mentoniano do lado esquerdo (4º Quadrante), pois a lesão encontrava-se do lado esquerdo do lábio inferior.
2. Esperou-se pelo efeito anestésico e circundou-se a lesão utilizando a pinça de *Desmarres* para o controlo da hemorragia bem como para facilitar a incisão.
3. Realizou-se uma incisão semilunar com o bisturi em cima da lesão, o mais superficial possível para a expor sem causar o seu extravasamento.
4. Seguiu-se a divulsão dos tecidos e a excisão da lesão bem como da glândula associada com a tesoura curva de forma a separar esta dos tecidos saudáveis.
5. A inspeção do tecido circundante e da remoção das glândulas salivares minor anexas foi feita.
6. Finalmente, foi feita a sutura da incisão através de vários pontos simples com fio mononylon 5-0 *Surgicryl*® *PGA* e removida a pinça.

O tecido excisado foi colocado em Formaldeído 4% e enviado para o laboratório de anatomia patológica do Hospital São Teotónio para confirmar o diagnóstico feito na clínica.

Três semanas após a cirurgia foi feita uma consulta de controlo na qual a paciente referiu uma discreta parestesia no lábio na zona do *vermillion* inferior que tem vindo a diminuir com o tempo.

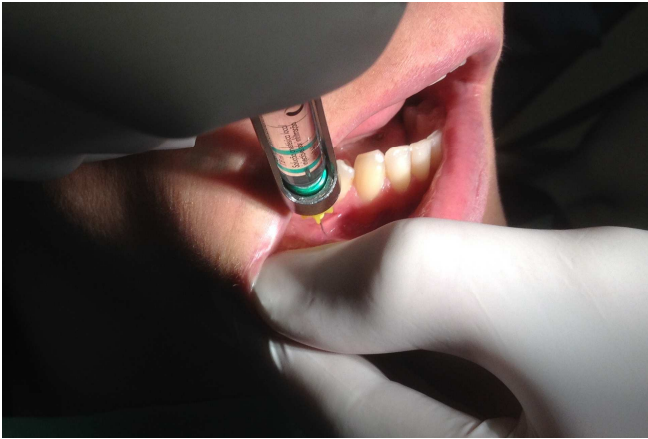


Fig. 27 – Anestesia do nervo Mentoniano.



Fig. 28 – Lesão com a pinça de *Desmarres*.



Fig. 29 – Incisão.



Fig. 30 – Lesão após incisão.



Fig. 31 – Divulsão dos tecidos.



Fig. 32 – Lesão após divulsão.

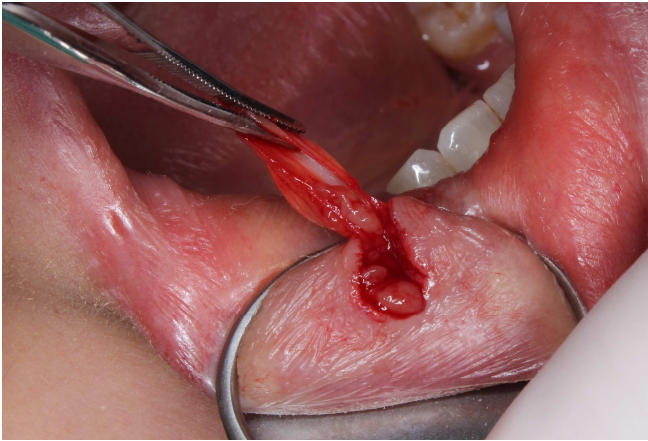


Fig. 33 – Excisão da glândula associada.

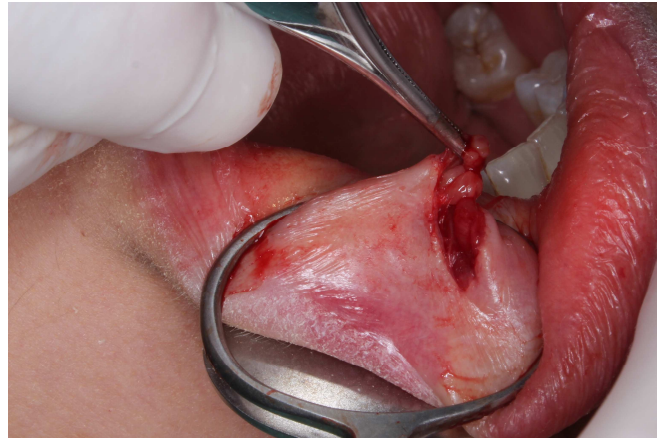


Fig. 34 – Excisão das glândulas anexas.

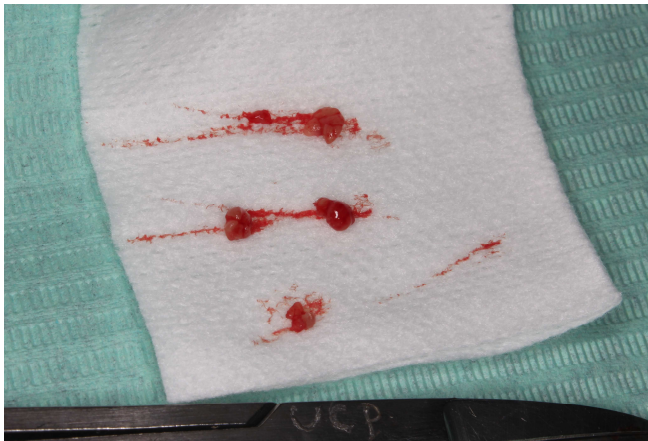


Fig. 35 – Tecido glandular anexo removido.



Fig. 36 – Sutura.



Fig. 37 – Lábio após sutura.

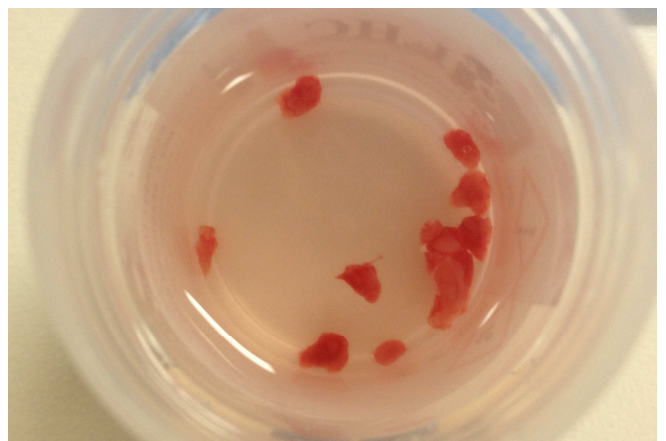


Fig. 38 – Tecido excisado em Formaldeído.



Fig. 39 – Follow-up (Fotografia 1)



Fig. 40 – Follow-up (Fotografia 2)

3.2.3 Discussão e Conclusão do Caso Clínico II

Relativamente ao caso em questão é possível apontar dois momentos que alteraria:

- Uma etapa de um protocolo de diagnóstico correto em Medicina Oral não foi cumprida: A medição da lesão.
- Durante a divulsão dos tecidos, o conteúdo da lesão foi acidentalmente aspirado. Idealmente, o conteúdo deveria ter sido preservado no interior da lesão para ajudar na confirmação do diagnóstico pelo laboratório de anatomia patológica.

Contudo, nenhum destes pontos é de extremo interesse para o procedimento e prognóstico. A lesão em questão é facilmente identificável através do exame clínico feito na consulta e o conteúdo enviado para o laboratório foi suficiente para confirmar o diagnóstico.

A técnica de preferência para grandes lesões é a técnica de marsupialização, que consiste no trespasse de um fio de sutura na região central da lesão com consequente extravasamento. (18)

No entanto esta técnica apresenta grande incidência de recidiva e como tal a técnica escolhida para o caso em questão foi uma simples cirurgia de enucleação geralmente utilizada em lesões mais pequenas. É importante remover o tecido glandular anexo, para além do diretamente associado, para diminuir a probabilidade de recidiva. (18)

Outro possível tratamento seria a vaporização com laser de dióxido de carbono. Este tratamento tem a vantagem de não necessitar de qualquer tipo de sutura, de conseguir um procedimento livre de sangramento e com melhor cicatrização. (17) Porém, seria necessário equipamento específico que a clínica universitária não possui.

3.3 Caso Clínico III: Acesso cirúrgico para restauração de lesões cariosas cervicais infragengivais com aumento de coroa clínica

3.3.1 Introdução ao Caso Clínico III

O espaço biológico é a distância entre a parte mais coronal do epitélio juncional e a crista do osso alveolar. (19)

A cárie dentária é a patologia que invade o espaço biológico mais comum na prática clínica, especialmente lesões de cárie que obriguem a uma restauração classe V ou classe II extensa. (20)

As regiões cervicais vestibulares e linguais são muito propícias ao desenvolvimento de cárie devido à sua anatomia e dificuldade de higienização. (21) Isto leva ao aparecimento de cáries infragengivais e cáries radiculares que obrigam a um bom planejamento para que todas as estruturas e funções periodontais sejam mantidas. (20)

A dificuldade da inspeção visual das áreas interproximais, as distorções das imagens radiográficas, a ausência de acesso, a dificuldade de isolamento absoluto, a dificuldade de adaptação da matriz e/ou da cunha interproximal bem como a impossibilidade ou dificuldade de contorno e acabamento adequado da margem das restaurações são factores que levam a erros durante a realização de procedimentos restauradores. Estes são prejudiciais para o periodonto por propiciarem o seu trauma mecânico e a retenção e proliferação de bactérias periodontopatogénicas. (22)

Para reduzir a ocorrência destes factores utilizam-se técnicas cirúrgicas periodontais como o aumento de coroa clínica. (22)

As indicações para o aumento de coroa clínica referem-se a procedimentos de cariz restaurador nos quais a margem pode violar o espaço biológico. Entre estes procedimentos encontra-se a restauração de cáries infragengivais que não sejam demasiado profundas, como é o caso. (23)

3.3.2 Descrição Geral do Caso Clínico III

Descrição do paciente

Paciente do sexo masculino, 68 anos de idade, com nível de risco classificado de ASA II, vem à consulta de Periodontologia no dia 27 de fevereiro de 2017 para realizar uma cirurgia periodontal de forma a expor lesões cáries cervicais infragengivais para melhor reabilitação das mesmas através de restaurações diretas e reposicionar os tecidos gengivais.

O paciente não apresentava hábitos tabágicos ou alcoólicos e a sua higiene oral é apenas satisfatória.

A nível dentário o paciente apresenta ausentes os dentes: 16, 17, 18, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47 e 48; restaurações nos dentes 14, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 43, 44 e 45; tratamento endodôntico nos dentes 11, 14 e 15, e uma ponte do dente 11 ao dente 22.



Fig. 41 – Ortopantomografia do Caso Clínico III.

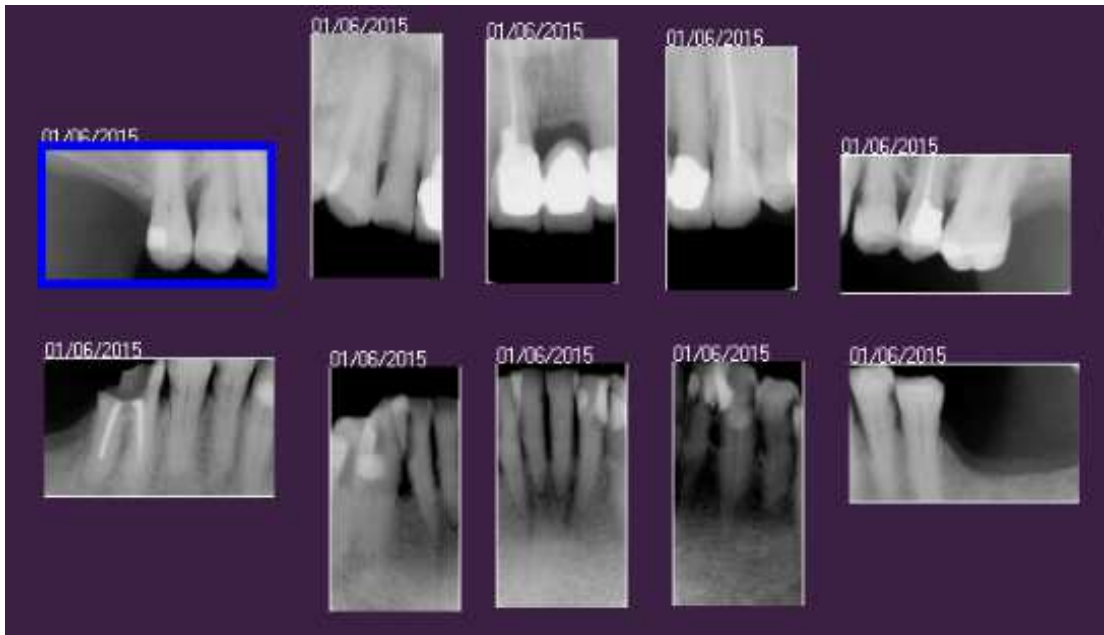


Fig. 42 – Status Radiográfico do Caso Clínico III.

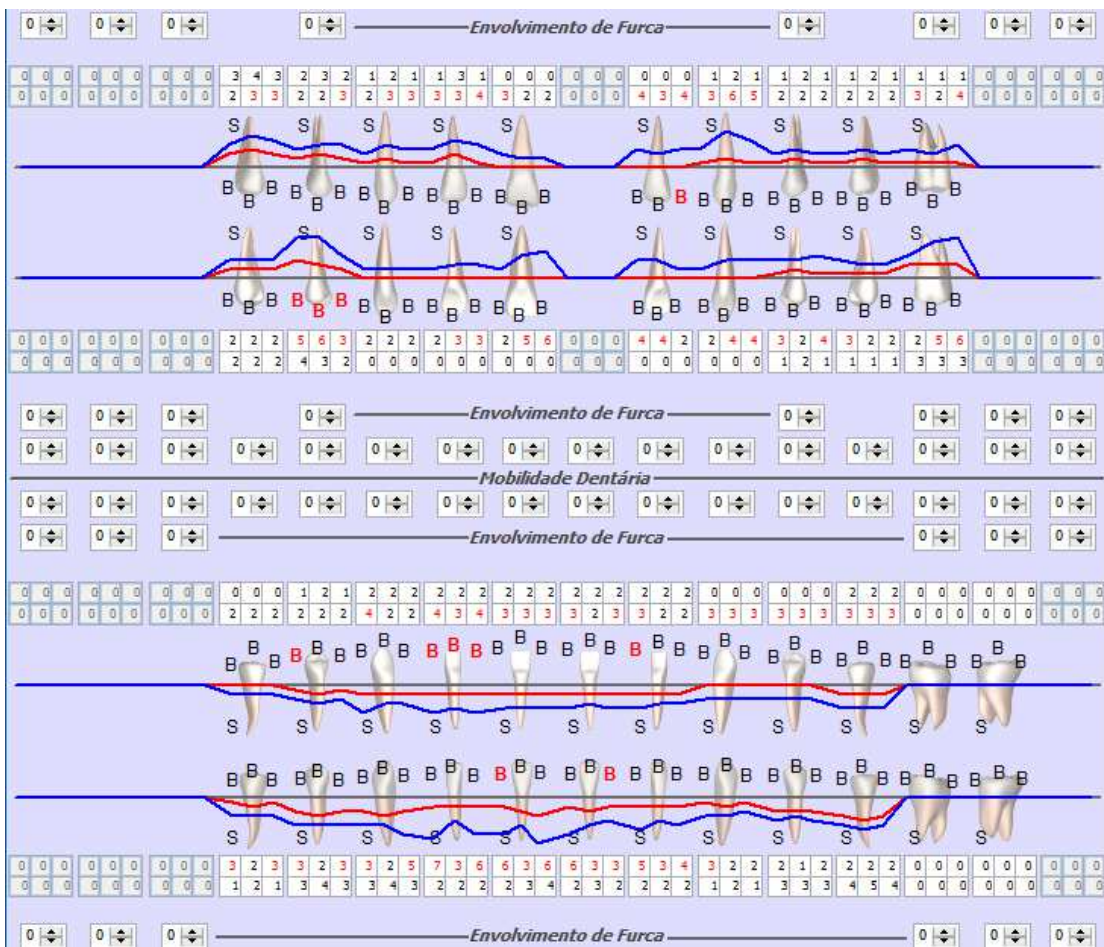


Fig. 43 – Periograma do Caso Clínico III.

Outros dados relevantes para o caso:

- Índice de Placa: 61,36 %
- Índice de Sangramento: 8,33 %
- Periodontite Crónica Avançada

Descrição da Lesão

O paciente apresenta lesões cariosas que se estendem para infra-gengival nos dentes 12, 13 e 14.

As caries cervicais apresentam um caracter multifactorial. Os termos de erosão, abrasão e abfração são frequentemente utilizados para designar lesões cervicais não cariosas, no entanto, no âmbito da Dentistaria Operatória estas definições correspondem a situações clínicas diferenciadas e, devido ao tipo de tratamento que melhor se adapta a cada uma, é indispensável saber diagnosticá-la.

Para além da origem cariosa óbvia da lesão, durante a anamnese o paciente mencionou hábitos de escovagem incorretos o que pode indicar lesões de abrasão visto que as lesões são vestibulares e em forma de “U”.

O facto destas lesões se encontrarem infragengivais impede que se realize a sua restauração direta pois o risco de infiltração é maior e o contacto direto da saliva com o compósito pré-fotopolimerizado reduz a adesão do último. (24)



Fig. 44 – Lesões cervicais dos dentes 12, 13 e 14.

Optou-se por fazer uma cirurgia de descolamento para ter acesso as zonas cervicais dos dentes do primeiro quadrante anterior superior.

Material Utilizado

Para o acesso cirúrgico:

- Elevadores de papilas
- Porta-agulha
- Fio de sutura mononylon 5-0 e 6-0 *Surgicryl*[®]
- Pinça para tecido
- Descolador do tipo *Molt*
- Cabo de bisturi circular
- Sonda milimetrada do tipo *Williams*
- Compressa e gaze estéril
- Carpule
- Agulha hipodérmica
- Anestubos de Lidocaína
- Lâmina de bisturi 15C

Para a restauração:

- Grampos e dique de borracha para o isolamento absoluto
- Turbina
- Broqueiro de Dentisteria Operatória
- Ácido fosfórico a 35%
- Ionómero de vidro
- Barreira gengival (Top Dam®)
- Broca de *Arkansas*
- Tiras de lixa interproximais
- Sutura mononylon 5-0 *Surgicryl*®

Descrição do tratamento

O protocolo utilizado foi o seguinte:

1. Isolamento do campo operatório com compressa e gaze estéril.
2. Anestesia do nervo Nasopalatino e Palatino maior.

3. Incisão com descarga a distal do Segundo Pré-molar Superior (dente 15) seguida de incisão sulcular até ao Incisivo Central Superior (dente 11).
4. Descolamento do retalho utilizando um descolador de *Molt*.
5. Isolamento absoluto com colocação de dique de borracha, grampos e barreira gengival Top Dam®.
6. Limpeza das cavidades cariosas com turbina e broca esférica diamantada.
7. Limpeza da cavidade com bola de algodão embebida em Clorexidina.
8. Realização do condicionamento ácido da cavidade durante 15 segundos com Ácido Fosfórico a 35%.
9. Restauração das lesões cariosas com Ionómero de vidro Ketac™ Universal Aplicap™.
10. Remoção do isolamento absoluto e polimento das restaurações com broca de *Arkansas* e lixas interproximais.
11. Sutura com pontos simples interpapilares com fio mononylon 5-0 *Surgicryl*®.

Foi prescrita medicação pós-operatória de um anti-inflamatório e recomendou-se bochechos de clorexidina (antisséptico) 3 vezes ao dia.

Foi também feita uma avaliação pós-operatória 8 dias depois que demonstrou resultados positivos e boa recuperação.

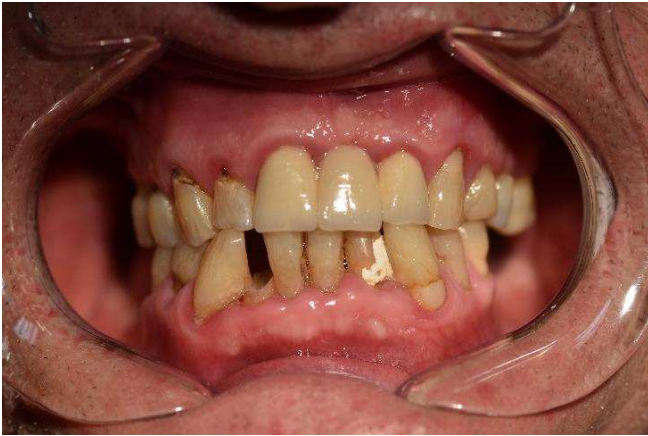


Fig. 45 – Foto pré-operatória de sorriso.



Fig. 46 – Profundidade da lesão.



Fig. 47 – Isolamento absoluto.



Fig. 48 – Limpeza do tecido cariado.



Fig. 49 - Condicionamento ácido.



Fig. 50 - Restauração a Ionómero de vidro.



Fig. 51 - Remoção do isolamento e lavagem da área cirúrgica.



Fig. 52 - Sutura do retalho.

3.3.3 Discussão e Conclusão do Caso Clínico III

A manutenção de estruturas periodontais saudáveis frente às restaurações dentárias deve ser um objectivo da Dentisteria. Aquando do tratamento restaurador é então necessário que o médico dentista tenha em mente que deve seguir todos os cuidados para que a restauração não atue de forma iatrogénica nos tecidos periodontais. Para isto é de grande importância o conhecimento das estruturas anatómicas, do seu funcionamento, dos componentes do periodonto e a possível acção bacteriana. (25)

Este tratamento poderia ter sido realizado em duas consultas separadas, sendo que na primeira decorreria a cirurgia gengival e só depois a restauração das cavidades cervicais. No entanto, isto implicaria grande tempo de espera entre as duas consultas ao qual o paciente em questão não estava disposto e portanto foi realizado numa só consulta.

Inicialmente pensou-se em restaurar a cavidade utilizando resina composta mas para obtenção de uma melhor biocompatibilidade, em troca de estética, optou-se por restaurar a Ionómero de vidro.

Não foi possível a realização de “Follow-up” deste caso.

Este caso mostra como os tratamentos mais completos e com melhor prognóstico em Medicina Dentária são multidisciplinares.

4. Conclusão

Ao longo do percurso académico foram adquiridos conhecimentos teóricos e práticos que foram desenvolvidos numa atividade clínica que culminou com a redação do presente relatório. A experiência é apenas tanta quanto esta atividade permitiu. A disparidade entre o número de pacientes e métodos de avaliação poderá traduzir-se numa maior capacidade para desempenhar umas tarefas com melhores resultados e autoconfiança que outras.

Pode concluir-se que a cárie ainda é uma patologia com grande incidência e prevalência na nossa sociedade e que devido à situação socioeconómica do país, os tratamentos proporcionados ao paciente nem sempre são os mais adequados à sua condição. O melhor “tratamento” destas lesões seria a sua prevenção. Porém, é importante investir-se em áreas disciplinares com menor afluência como a Medicina Oral, onde o diagnóstico precoce de lesões é quase sempre a chave do sucesso. Ao desconhecer a existência de certas lesões não é possível a sua identificação.

Para a presente e futura aprendizagem revelou-se de particular importância implementar o registo fotográfico regular na prática clínica de forma a permitir perceção e compreensão dos eventuais erros e falhas, a posterior correção destes e o acompanhamento da progressão pessoal e profissional. Também é do interesse do paciente uma vez que este registo contribui para um enriquecimento da sua história clínica e do planeamento de futuros tratamentos. De certa forma, esta recolha de informação mais detalhada permite criar uma melhor relação médico-paciente na medida em que o profissional pode associar rostos aos diferentes planeamentos, tratamentos e história clínica, personificando as patologias e estruturas dentárias e relembrando um propósito maior na sua elaboração.

Referências Bibliográficas

5. Bibliografia

1. Areias C, Macho V, Bulhosa FJ, Guimarães H, Andrade C. Saúde Oral em Pediatria. Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2009 Julho/Setembro; 40(3): p. 126-132.
2. Sala EC, García PB. Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones. 4th ed.: MASSON; 2013.
3. American Dental Association. [Online].; 2018 [cited 2018 January 5. Available from: <http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-ter>.
4. Rolo SM. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. [Online].; 2014 [cited 2017 Novembro 3. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14522/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Silvia%20Rolo.pdf>.
5. Lawder AdC, Mendes YBE, Silva LCd, Andrade DK, Rocha LM, Rogalla TM, et al. Sistema Eletrônico de Revistas - UEPB. [Online].; 2009 [cited 2017 11 24. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/447/257>.
6. Petersen PE, Burgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The Global Burden of Oral Diseases and Risks to Oral Health. 83rd ed. Organization BWH, editor.: Epub; 2005 Sep 30.
7. Abdel-Rahman HK, Tahir CD, Saleh MM. Incidence of partial edentulism and it's relation with age and gender. Journal of Medical Science. 2013; 17(2): p. 463-470.
8. Carr AB, Brown DT. Removable Partial Prosthodontics. 12th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011.
9. Hundal CM, Madan BR. Comparative Clinical Evaluation of Removable Partial Dentures Made of Two Different Materials in Kennedy Applegate Class II Partially Edentulous Situationn. Medical Journal Armed Forces India. 2015 December; 71.
10. Montero J, López JF, Galindo MP, Vincente P, Bravo M. Impact of prosthodontic status on oral wellbeing: A cross-sectional cohort study. Journal of Oral Rehabilitation. 2009 August; 36(8): p. 592-600.
11. Soares CJ. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. [Online].; 2003 [cited 2018 January 18. Available from: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/288939/1/Soares_CarlosJose_D.pdf.
12. Tavares VG. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [Online]. Porto; 2012

- . [cited 2018 Janeiro 26. Available from: <http://hdl.handle.net/10216/87811>.
- 13 Rosenstiel SF, Land F, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics. Fifth Edition . ed.: Elsevier; 2016.
- 14 Bassani GF. Lume. [Online].; 2016 [cited 2018 January 29. Available from: . <http://hdl.handle.net/10183/147205>.
- 15 Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan R. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 7th . ed. Saunders , editor. San Francisco: Elsevier; 2015.
- 16 Manfro AR, Manfro R, Bortoluzzi MC. Mucocele em lábio inferior - Relato de caso . clínico. Unoesc & Ciência - ACBS. 2010 Julho/Dezembro;; p. 135-140.
- 17 Santos FM, Corrêa FN, Corrêa MS. Mucocele em lábio inferior de adolescente: relato . de caso. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2013 Julho; 67(3): p. 230-233.
- 18 Woltmann M, French M, Santos FE, Kalluf GH. Mucocele do Lábio Inferior: Relato de . Caso Atípico. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2008 July-September; 49(3): p. 165-169.
- 19 Gargiulo. Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. . Journal of Clinical Periodontology. 1961; 32(2): p. 261-267.
- 20 Fernandes JVD. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. . [Online].; 2017 [cited 2018 January 30. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/6152>.
- 21 Baratieri LN, Sylvio Monteiro Junior. Odontologia Restauradora - Fundamentos e . Possibilidades. 2nd ed. Chile: Santos; 2015.
- 22 Brandini DA, Sonoda CK, Panzarini SR, Pedrini D, Poi WR, Amaral MF. Prevalence of . the Relationship of Periodontal Surgical Procedures and the Restorative Dentistry. Revista Odontológica de Araçatuba. 2015 Janeiro/Junho; 36(1): p. 09-13.
- 23 Rolo T, Baptista IP, Matos S, Martins O. Clínica de Medicina Dentária de Esgueira. . [Online].; 2014 [cited 2018 January 30. Available from: https://clinicadeesgueira.com/clinica/wp-content/uploads/2014/09/artigo_cirurgia_de_aumento_de_coroa_clinica.pdf.
- 24 Chung CWM, Yiu CKY, King NM, Hiraishi N, Tay FR. Effect of saliva contamination on . bond strength of resin luting cements to dentin. Journal of Dentistry. 2009 December; 37(12): p. 923-931.
- 25 Conceição EN. Dentística: Saúde e Estética. 2nd ed. São Paulo: Artmed; 2007.

