



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:

Cátia Filipa Galrinho Rodrigues

Viseu, 2016



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:
Cátia Filipa Galrinho Rodrigues

Orientador: Mestre Tiago Marques

Viseu, 2016

Agradecimentos

Ao Mestre Tiago Marques,

orientador deste projeto, pela sábia orientação, pela ajuda em tudo que necessitei, pela motivação na realização deste trabalho e por ser um exemplo de profissionalismo.

Aos meus pais, Manuel e Lurdes,

pelo amor, carinho, apoio incondicional e transmissão de valores pelos quais dirijo a minha vida enquanto mulher e profissional. Obrigada pela vida que me proporcionaram.

À minha irmã, Patrícia,

pelo amor incondicional, pelos momentos que partilhamos juntas, por nunca me ter deixado desistir e pela influência que teve na pessoa que sou hoje. Obrigada por seres a minha companheira em todos os momentos.

Ao Virgílio,

pelo amor, carinho, apoio absoluto, pela ajuda no meu desenvolvimento pessoal e profissional e por estar presente nos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos meus amigos e família,

pela amizade, apoio e partilha constante, mas acima de tudo pelas marcantes lembranças.

Aos meus colegas,

por uma vida académica repleta de bons momentos.

A todos os professores, assistentes e funcionários,

com quem tive o prazer de me cruzar durante estes cinco anos, agradecendo todo o conhecimento transmitido.

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no domínio da atividade clínica e destina-se a relatar experiências obtidas na Universidade Católica Portuguesa de Viseu durante o ano letivo de 2015/2016. As situações aqui expostas descrevem a atividade clínica realizada nas diferentes áreas disciplinares, desde o estabelecimento de um correto diagnóstico e plano de tratamento, até à descrição dos tratamentos efetuados, ilustrando todos os casos a nível epidemiológico do total de pacientes observados. A contabilização de atos clínicos do binómio 8 será também um ponto a abordar, com distinção de atos presenciados como operador e assistente. Durante o presente relatório irão ser reunidos os casos realizados nas diferentes áreas disciplinares que compõem o Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

A metodologia aplicada é baseada em todos os dados adquiridos durante os dois semestres do ano letivo de 2015/2016, unicamente em doentes da clínica universitária, que foram analisados numa base de dados do *software* Microsoft Office Excel® 2013. A realização da caracterização geral da amostra, e a análise dos pacientes por área disciplinar é realizada sem critérios de exclusão, dado que limitaria o número de casos observados.

Toda a atividade prática vivenciada em ambiente clínico no curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária é fundamental sendo que permite o desenvolvimento de capacidades profissionais, a aquisição de valores e conhecimentos. É importante realçar a constante influência instrutiva dos docentes de cada área disciplinar que auxiliaram no desenvolvimento da conduta académica e da aprendizagem profissional.

Palavras-Chave: Atividade Clínica, Medicina Dentária, Diagnóstico, Pacientes

Abstract

This report was developed in the field of clinical activity and is intended to describe experiences obtained in the Portuguese Catholic University of Viseu during the school year of 2015/2016. The exposed situations describe clinical activity performed in the different areas since the establishment of a correct diagnosis and treatment plan, to the description of the treatment used, illustrating all cases in the epidemiological level of all observed patients. Number of clinical acts of binomial 8 will also be a point to discuss, with the distinction between the ones attended as an operator and assistant. In this report the cases performed in the different subjects that take part in the Master of Dental Medicine will be gathered.

The methodology is based on all the data acquired during the two semesters of the academic year 2015/2016, only from the patients of the university clinic, and was analyzed with Microsoft Office Excel® 2013. The general characterization of the sample and the analysis of patients by area are performed without exclusion criteria, as it would limit the number of observed cases.

Every practical activity experienced in the clinical environment of the Master in Dentistry is essential, because it enables the development of professional skills, the acquisition of values and knowledge. Likewise, it's important to notice the constant instructive influence of teachers in each area who helped in the development of academic and professional conduct.

Keywords: Clinical Activity, Dentistry, Diagnosis, Patients

Índice

1.	Introdução	2
2.	Atividade Clínica	8
2.1.	Caracterização geral da amostra.....	8
2.2.	Caracterização da amostra de acordo com cada Área Disciplinar	11
2.2.1.	Área de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora	11
2.2.1.1.	Dentisteria Operatória	11
2.2.1.2.	Endodontia	13
2.2.1.3.	Odontopediatria.....	14
2.2.2.	Áreas Médico-Dentárias Cirúrgicas	16
2.2.2.1.	Cirurgia Oral	16
2.2.2.2.	Periodontologia	18
2.2.2.3.	Medicina Oral.....	19
2.2.3.	Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática	21
2.2.3.1.	Prótese Removível.....	21
2.2.3.2.	Prótese Fixa.....	22
2.2.3.3.	Oclusão.....	24
2.2.3.4.	Ortodontia.....	25
3.	Casos Diferenciados.....	28
3.1.1.	Caso Clínico I- Odontoma Complexo	28
3.1.1.1.	Introdução.....	28
3.1.1.2.	Descrição do Caso Clínico	28
3.1.1.3.	Procedimento.....	29
3.1.1.4.	Discussão e Conclusão	30
3.1.1.5.	Registo Fotográfico	31
3.1.2.	Caso Clínico II- Osteonecrose induzida por bifosfonatos	36
3.1.2.1.	Introdução.....	36
3.1.2.2.	Descrição do Caso Clínico	36
3.1.2.3.	Procedimento.....	37
3.1.2.4.	Discussão e Conclusão	37
3.1.2.5.	Registo Fotográfico	38
3.1.3.	Caso Clínico III- Recobrimento de Recessão Gengival com enxerto de tecido conjuntivo	42
3.1.3.1.	Introdução.....	42
3.1.3.2.	Descrição do Caso Clínico	42
3.1.3.3.	Procedimento.....	44

3.1.3.4.	Discussão e Conclusão	44
3.1.3.5.	Registo Fotográfico	45
3.1.4.	Caso Clínico IV- Prostodontia Fixa.....	52
3.1.4.1.	Introdução.....	52
3.1.4.2.	Descrição do Caso Clínico	52
3.1.4.3.	Procedimento.....	53
3.1.4.4.	Discussão e Conclusão	54
3.1.4.5.	Registo Fotográfico	55
4.	Referências Bibliográficas	64
5.	Anexos	70

Índice de Tabelas

Tabela 1: Género dos doentes atendidos pelo binómio 8

Tabela 2: Número de atos realizados, como operadora e assistente

Tabela 3: Número de atos realizados por área disciplinar

Tabela 4: Tratamentos realizados em Dentisteria Operatória

Tabela 5: Tratamentos realizados em Endodontia

Tabela 6: Tratamentos realizados em Odontopediatria

Tabela 7: Tratamentos realizados em Cirurgia Oral

Tabela 8: Tratamentos realizados em Periodontologia

Tabela 9: Tratamentos realizados em Medicina Oral

Tabela 10: Tratamentos realizados em Prótese Removível

Tabela 11: Tratamentos realizados em Prótese Fixa

Tabela 12: Tratamentos realizados em Oclusão

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Género dos doentes atendidos pelo binómio 8

Gráfico 2: Distribuição da idade dos pacientes da amostra

Gráfico 3: Percentagem de atos realizados de acordo com área disciplinar

Gráfico 4: Tratamentos realizados em Dentisteria Operatória

Gráfico 5: Materiais utilizados em Dentisteria Operatória

Gráfico 6: Distribuição das consultas realizadas em Endodontia enquanto operador e enquanto assistente

Gráfico 7: Tratamento realizados em Endodontia.

Gráfico 8: Tratamento realizados em Odontopediatria.

Gráfico 9: Tratamentos realizados em Cirurgia Oral

Gráfico 10: Distribuição das consultas realizadas em Cirurgia Oral enquanto operador e enquanto assistente

Gráfico 11: Tratamentos realizados em Periodontologia

Gráfico 12: Distribuição dos tratamentos realizados em Periodontologia enquanto operador

Gráfico 13: Distribuição dos tratamentos realizados em Medicina Oral enquanto operador

Gráfico 14: Tratamentos realizados em Prótese Removível

Gráfico 15: Distribuição dos tratamentos realizados em Prótese Removível enquanto operador

Gráfico 16: Tratamentos realizados em Prótese Fixa

Gráfico 17: Tratamentos realizados em Oclusão

Índice de Figuras

Figura 1: Ortopantomografia Inicial

Figura 2: Fotografia inicial dente 2.8 submucoso

Figura 3: Loca cirúrgica após extração do dente 2.8

Figura 4: Localização do odontoma através da loca cirúrgica do dente 2.8

Figura 5: Dente 2.8

Figura 6: Odontoma

Figura 7: Exame Histológico: Dentina de configuração irregular e escassos retalhos de cimento ou esmalte descalcificado (aumento de 4x)

Figura 8: Exame Histológico: Dentina de configuração irregular e escassos retalhos de cimento ou esmalte descalcificado (aumento de 10x)

Figura 9: Região necrótica da porção anterior da mandíbula

Figura 10: Região necrótica da porção posterior da mandíbula

Figura 11: Desbridamento da região necrótica na zona posterior da mandíbula

Figura 12: Sutura após desbridamento na zona posterior da mandíbula

Figura 13: Desbridamento da região necrótica na zona anterior da mandíbula

Figura 14: Sutura após desbridamento na zona anterior da mandíbula

Figura 15: *Follow-up* de 1 mês

Figura 16: *Follow-up* de 1 mês

Figura 17: Ortopantomografia antes da reabilitação protética fixa

Figura 18: Periodontograma

Figura 19: Fotografia intra-oral frontal

Figura 20: Fotografia intra-oral lateral direita

Figura 21: Fotografia intra-oral lateral esquerda

Figura 22: Fotografia intra-oral lateral esquerda com espelho lateral

Figura 23: Incisão sulcular no 2º quadrante

Figura 24: Recolha no palato de um enxerto gengival livre posteriormente desepitelizado

Figura 25: Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial retirado do palato

Figura 26: Colocação do enxerto no interior do túnel subepitelial

Figura 27: Reposicionamento coronal do enxerto

Figura 28: Sutura

Figura 29: Aplicação de *PeryAcryl* na zona dadora, palato

- Figura 30: Aspeto final pós-cirurgia
- Figura 31: *Follow-up* 5 semanas
- Figura 32: Periapical do dente 13
- Figura 33: Periapical do dente 16
- Figura 34: Fotografia inicial frontal
- Figura 35: Fotografia inicial lateral direita
- Figura 36: Fotografia inicial lateral esquerda
- Figura 37: Fotografia inicial oclusal superior
- Figura 38: Fotografia inicial oclusal inferior
- Figura 39: Fotografia após redução dentária
- Figura 40: Dente 1.3 após redução dentária
- Figura 41: Dente 1.6 após redução dentária
- Figura 42: Infraestrutura no modelo de gesso
- Figura 43: Prova de Infraestrutura
- Figura 44: Prova de dentes
- Figura 45: Resultado final após cimentação definitiva

Lista de Abreviaturas

OMS: Organização Mundial de Saúde

ASA: *American Society of Anesthesiologist*

PCL: Periodontite Crónica Leve

PCM: Periodontite Crónica Moderada

PCA: Periodontite Crónica Avançada

BOP: *Bleeding on Probing*

IP: Índice de Placa

Raio-x: Radiografia

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde oral consiste na inexistência de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perda de dentes e outros distúrbios que afetam a cavidade oral [1].

Na atualidade, as doenças orais mais comuns são a cárie dentária e a doença periodontal, sendo que cada uma destas patologias afeta, respetivamente, 60-90% em crianças em idade escolar e 5-20% dos adultos de meia-idade [1].

O Médico Dentista possui, atualmente, um papel fulcral na manutenção da saúde oral na sociedade e na prevenção, e muitas vezes diagnóstico, de patologias que poderão ser letais. O exercício clínico está ajustado não apenas a aspetos científicos mas também a questões de ordem educacional, económica, política e social, estando deste modo condicionada, diretamente, através destes fatores [2]. O exponencial crescimento tecnológico que se tem verificado nos últimos anos e a crescente preocupação com a saúde oral fazem que a prática clínica em Medicina Dentária esteja, inequivocamente, em mudança [2].

No curso de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu para além da componente teórica lecionada, que consolida matéria científica essencial à compreensão e desenvolvimento de componentes práticas, apresenta também uma vertente prática de atividade clínica, que permite apurar diagnósticos, identificar patologias, delinear planos de tratamento e por em prática procedimentos, obtendo resultados de tratamento que perspetivam o crescimento pessoal a nível profissional.

Durante o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, pretende-se em cada unidade curricular a obtenção de conhecimentos e competências, que permitam a prática da Medicina Dentária suportada em bases científicas sólidas. Toda a prática clínica vivenciada na Clínica Universitária tornou-se essencial, na medida em que, permitiu o desenvolvimento de competências valorativas, aquisição de conhecimentos e uma construção consistente da relação médico-paciente, base fundamental à formação de um profissional de saúde.

A prática clínica engloba as distintas áreas da Medicina Dentária, sendo elas as seguintes: Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Periodontologia, Odontopediatria, Ortodontia, Oclusão e Prostodontia Fixa e

Removível. Cada uma das unidades curriculares é constituída por um corpo de docentes especializados nas diferentes áreas, sendo também importante a existência de diferentes cargas horárias de acordo com as necessidades pedagógicas de cada uma das unidades.

A Cirurgia Oral é o ramo da Medicina Dentária responsável pela exodontia de peças dentárias, tratamento de quistos, drenagem de infeções, colocação de implantes dentários, exérese de lesões benignas e malignas, É também adjuvante no tratamento de lesões e defeitos que envolvem tanto aspetos funcionais como estéticos dos tecidos duros e moles da região oral e maxilofacial [3].

Em todas as áreas mas particularmente em Cirurgia Oral é primordial ter conhecimentos anatómicos consolidados da cabeça e pescoço, tanto para uma correta prática do procedimento cirúrgico como também para uma eficaz técnica anestésica. O enquadramento da anamnese nesta área é de extrema importância na medida que possam existir discrasias sanguíneas, interações medicamentosas ou patologias do foro cardíaco que influenciam o plano de tratamento, o procedimento e os cuidados pré e pós-operatórios.

Ao longo deste relatório são referidos diversos casos onde foi necessária a intervenção da Cirurgia Oral, tais como indicações para a realização das mesmas, que, segundo Peterson, são as seguintes: cáries extensas em dentes que não podem ser restaurados, necrose pulpar não tratável em endodontia, doença periodontal severa (excessiva perda óssea e mobilidade dentária), motivos ortodônticos, dentes mal posicionados (que não podem ser tratados ortodonticamente e/ou traumatizam tecidos moles), dentes fraturados não tratáveis, extrações pré-protéticas, dentes impactados, supranumerários ou associados a lesões patológicas, motivos estéticos ou económicos [3].

A Dentisteria Operatória relaciona-se com o tratamento conservador, preventivo e/ou restaurador direto de tecidos duros do dente, nomeadamente daqueles que são afetados por lesões de cárie. A substituição de restaurações deficientes, a modificação da anatomia, forma e cor são objetivos inerentes a esta disciplina [3].

Atualmente, as resinas compostas são o material restaurador de eleição para restaurações de dentes anteriores e posteriores de forma direta e constitui o procedimento mais realizado durante a prática clínica [3].

A Endodontia é a especialidade que tem como objetivo a preservação do dente por meio de prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controlo das alterações da polpa dentária e dos tecidos peri-radiculares [3].

As lesões na polpa dentária podem ter origem em traumatismos, fraturas ou cáries profundas [4].

Para além de eliminar a patologia pulpar, um correto tratamento endodôntico associado a uma abordagem restauradora da peça dentária permitem restituir a função mastigatória e por vezes oclusal ao dente [4].

A Medicina Oral é uma área que se foca no diagnóstico e tratamento de lesões da cavidade oral, muitas vezes, potencialmente malignas. Patologias complexas, distúrbios da mucosa oral e glândulas salivares são áreas abordadas nesta disciplina e que são de extrema importância para existência de saúde física.

Na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, esta é uma área que dá ênfase à elaboração de uma completa história clínica, através da anamnese e recolha exaustiva de dados, onde existe uma observação geral do paciente, sendo este posteriormente encaminhado para as distintas áreas, ou, sendo o caso, executado um diagnóstico e plano de tratamento na área de Medicina Oral.

A Periodontologia é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças periodontais. Nesta área pretende-se restabelecer a saúde periodontal e evitar a progressão da doença através da remoção dos fatores etiológicos, como cálculos dentários e placa bacteriana, mas também por meio da prevenção da doença periodontal elaborando planos de higienização, com consultas periódicas consoante a gravidade da condição, dando sempre motivação e instruções de higiene oral ao paciente [5].

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária limitada por uma faixa etária dirigida a lactentes e crianças até à adolescência, também como a indivíduos com necessidades especiais. A Odontopediatria visa o tratamento mas principalmente a prevenção e promoção da saúde oral através de tratamentos profiláticos e a instrução de hábitos de higiene oral [6].

A Ortodontia é a especialidade da Medicina Dentária que se relaciona com a prevenção, intercetação e correção de más-oclusões dentárias e das discrepâncias

esqueléticas. Esta estuda os posicionamentos funcionais e estéticos incorretos que poderá ser consequência de um desenvolvimento inadequado, perda de dentes ou crescimento anormal dos ossos maxilares [7].

A Oclusão é o ramo da Medicina Dentária que estuda, diagnóstica e trata disfunções tempero-mandibulares e (re)estabelece a harmonia oclusal entre as arcadas.

A área de Prostodontia Removível e Fixa dedica-se à substituição das peças dentárias perdidas através de próteses amovíveis ou de soluções protéticas fixas aos excedentes dentários existentes. A reabilitação, manutenção da função oral, conforto, estética e aparência são parâmetros englobados nestas áreas.

2.ATIVIDADE CLÍNICA

2. Atividade Clínica

2.1. Caracterização geral da amostra

No âmbito da realização do relatório de atividade clínica, procedeu-se à recolha de dados referente aos atos clínicos realizados na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu desde o dia 7 de Setembro de 2016 e 27 de Maio de 2016.

Na tabela 1 é possível verificar o género de doentes atendidos pelo binómio 8, sendo que existe um total de 129 pacientes, onde 55 pacientes são do género feminino e 74 pacientes são do género masculino.

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	55	42,63%
Masculino	74	57,36%
Total	129	100%

Tabela 1- Género dos doentes atendidos pelo binómio 8

No gráfico 1 pode-se observar a percentagem dos géneros observados pelo binómio 8 no ano letivo de 2015/2016. Da amostra recolhida, 43% são do género feminino sendo que 57% são do género masculino.

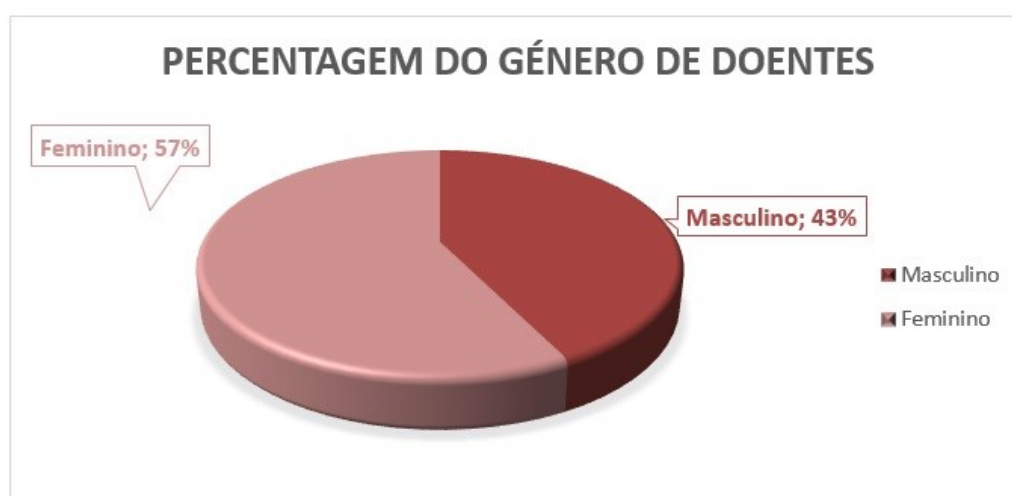


Gráfico 1- Género dos doentes atendidos pelo binómio 8

No gráfico 2 pode-se visualizar a distribuição de pacientes de acordo com as suas idades num total de 129 pacientes.

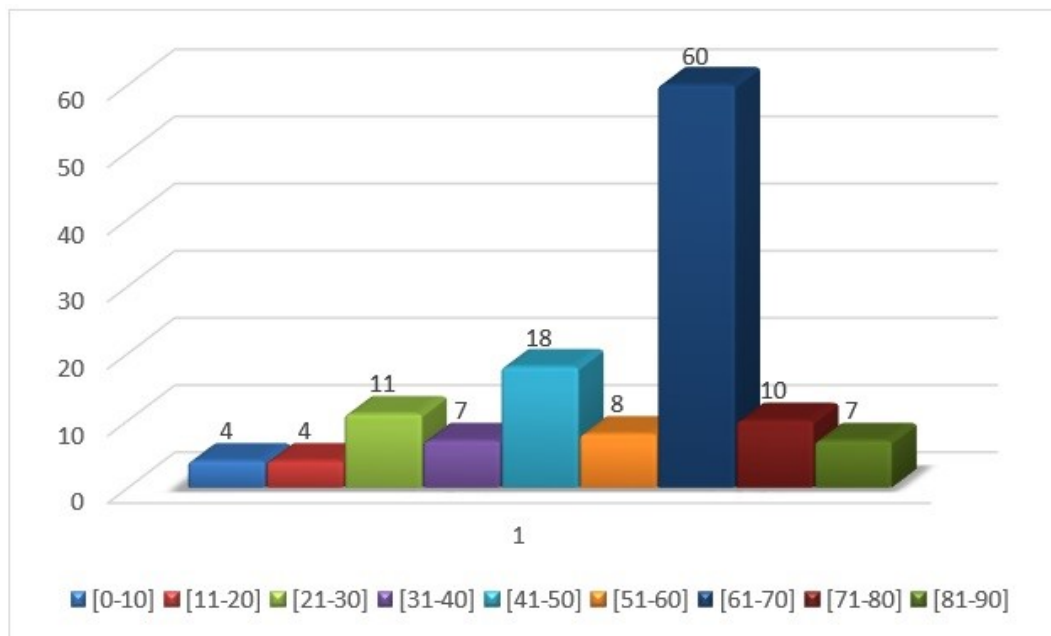


Gráfico 2- Distribuição da idade dos pacientes da amostra

Na tabela 2 pode-se verificar a contabilização de atos enquanto operadora e o número de atos como assistente nos 129 atos na Clínica Universitária.

Função	Frequência	Porcentagem
Operadora	68	52,71%
Assistente	61	47,28%
Total	129	100%

Tabela 2- Número de atos realizados, como operadora e assistente

Na tabela 3 estão retratados os atos clínicos do binómio 8 de acordo com as distintas áreas disciplinares. A área onde se realizou mais atos clínicos foi Prótese Removível, seguindo Dentisteria Operatória, depois Periodontologia, de seguida com o

mesmo número de atos Medicina Oral e Prótese Fixa, seguindo Endodontia, depois Cirurgia Oral, Oclusão e Odontopediatria em ordem decrescente e por último com nenhum ato clínico até ao dia 27 de Maio de 2016 encontra-se Ortodontia.

Área Disciplinar	Frequência	Percentagem
Prótese Removível	23	17,82%
Dentisteria Operatória	22	17,05%
Periodontologia	18	13,95%
Medicina Oral	16	12,40%
Prótese Fixa	16	12,40%
Endodontia	12	9,30%
Cirurgia Oral	10	7,75%
Oclusão	8	6,20%
Odontopediatria	4	3,10%
Ortodontia	0	0%
Total	129	100%

Tabela 3- Número de atos realizados por área disciplinar.

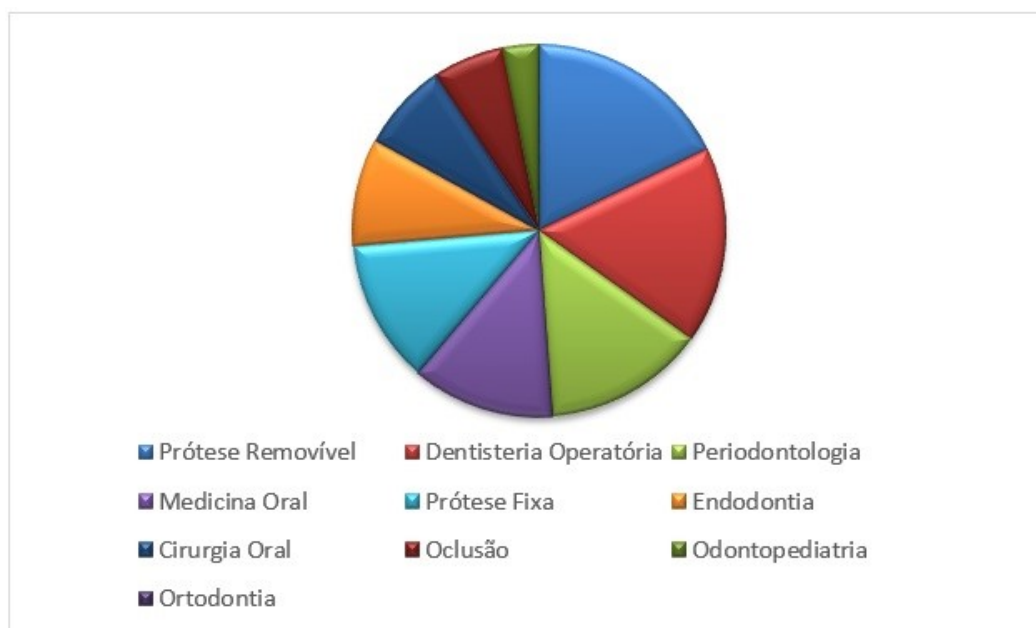


Gráfico 3- Percentagem de atos realizados de acordo com área disciplinar

2.2. Caracterização da amostra de acordo com cada Área Disciplinar

2.2.1. Área de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora

2.2.1.1. Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é a área disciplinar responsável pela restauração direta dos tecidos duros de dentes com lesões de cárie, alteração da forma dentária, dentes com traumatismo e substituição de restaurações insatisfatórias, sendo que ocorre uma vez por semana com duração de três horas.

Nesta disciplina existiram no total 22 atos clínicos, sendo que o autor foi operador em 12 atos e assistente nos restantes 10 atos clínicos.

Durante os 22 atos clínicos foram realizadas 4 classes I, 4 classes II, 5 classes III, 4 classes IV e 5 classes V.

Na tabela 4 pode-se visualizar os diferentes tratamentos efetuados em Dentisteria Operatória, sendo que no gráfico 6 estão distribuídos por cortes percentuais.

Tratamentos em Dentisteria Operatória	Frequência	Percentagem
Restaurações Classe I	4	18,18%
Restaurações em Classe II	4	18,18%
Restaurações em Classe III	5	22,72%
Restaurações em Classe IV	4	18,18%
Restaurações em Classe V	5	22,72%
Total	22	100%

Tabela 4- Tratamentos realizados em Dentisteria Operatória.

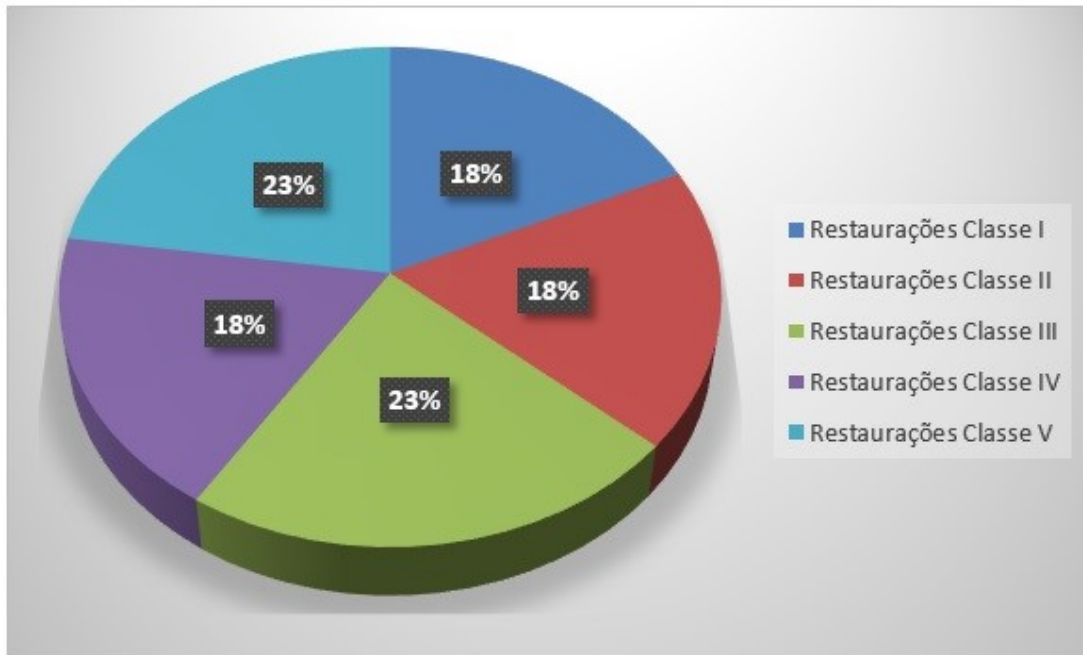


Gráfico 4- Tratamentos realizados em Dentisteria Operatória

Nos atos clínicos onde o foi operador, num total de 12 atos, em 7 casos foi utilizado resina composta como material restaurador, em 3 casos foi usada amálgama de prata e em 2 casos foi utilizado IRM por se tratarem de restaurações provisórias.

No gráfico 5 estão presentes as percentagens da utilização dos diferentes materiais restauradores.

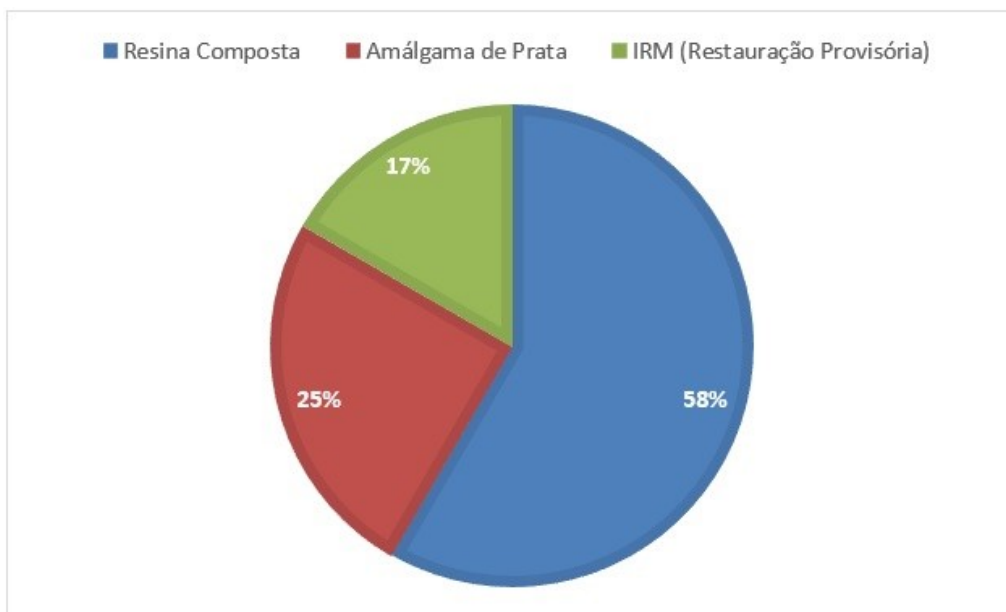


Gráfico 5- Materiais utilizados em Dentisteria Operatória

2.2.1.2. Endodontia

Na Endodontia são tratadas todas as peças dentárias que por cárie extensa, traumatismo, fraturas dentárias e/ou doença periodontal perderam a vitalidade pulpar. Deste modo a Endodontia é a área que remove a polpa dentária que se encontra infetada por bactérias. Após um correto diagnóstico da existência ou não de vitalidade pulpar é ainda necessário saber qual a técnica de preparo e obturação mais adequados.

Nesta disciplina existiram 12 atos clínicos, em que o autor foi operador em 6 casos e assistente nos restantes 6 atos.

No gráfico 6 é possível ver a percentagem dos atos clínicos em que o autor foi operador e assistente em Endodontia.

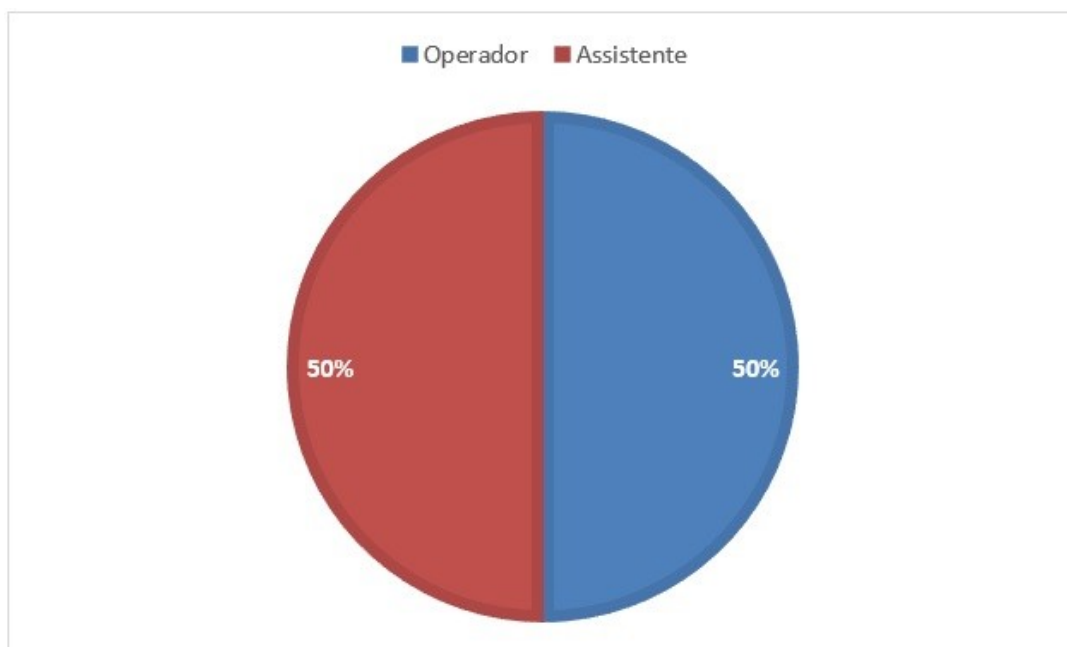


Gráfico 6- Distribuição das consultas realizadas em Endodontia enquanto operador e enquanto assistente

Na tabela 5 é possível verificar os diferentes tipos de tratamento executados em Endodontia, sendo que 8 dentes eram pluricanalares, 2 dentes monocalares, 1 dentes foi executado restauração provisória e foi realizado um retratamento endodôntico em 1 dente.

No gráfico 7 está descrito os diferentes tipos de tratamento de modo quantitativo.

Tratamentos em Endodontia	Frequência	Porcentagem
Dentes Monocanales	2	16,16%
Dentes Pluricanales	8	66,66%
Restauração Provisória	1	8,33%
Retratamento Endodôntico	1	8,33%
Total	12	100%

Tabela 5- Tratamentos realizados em Endodontia.

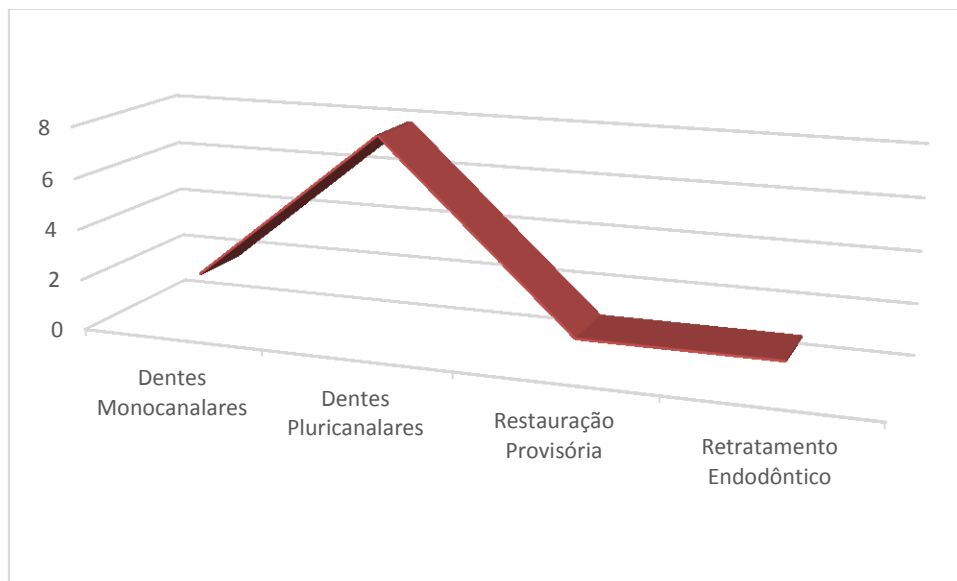


Gráfico 7- Tratamento realizados em Endodontia.

2.2.1.3.Odontopediatria

Na área de Odontopediatria existe uma população-alvo delimitada por indivíduos recém-nascidos até adolescentes com 16 anos de idade. Esta área intervém principalmente na prevenção e na motivação a cuidados de saúde oral, todavia são realizados todos os tipos de procedimentos dentários necessários consoante o estado de saúde oral do paciente.

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

- Grau I: colocação de selante de fissuras, extração de um dente decíduo com mobilidade, restaurações de classe I;

- Grau II: restauração de classe II extensa, extração de dente decíduo com raízes longas e finas, extração de dente permanente;

- Grau III: pulpotomias, pulpectomias, colocação de coroas pré- formadas, procedimentos difíceis ou com crianças com comportamento por vezes difícil de prever ou controlar.

Nesta disciplina existiram apenas 3 atos clínicos, sendo o autor operador em apenas um deles, assistindo os outros dois.

Na tabela 6 é possível verificar o tipo de tratamentos efetuados em Odontopediatria.

Tratamentos em Odontopediatria	Frequência	Percentagem
Restauração com resina composta	1	33,33%
Extração de peça dentária	1	33,33%
Colocação de selante de fissuras	1	33,33%
Total	3	100%

Tabela 6- Tratamentos realizados em Odontopediatria.

O gráfico 8 descreve percentualmente a ocorrência dos diversos tipos de procedimentos efetuados em Odontopediatria.



Gráfico 8- Tratamento realizados em Odontopediatria.

2.2.2. Áreas Médico-Dentárias Cirúrgicas

2.2.2.1. Cirurgia Oral

A curva de intervenção em Cirurgia Oral é alargada, desde extrações simples a remoção de lesões orais. Todavia, na Clínica Universitária esta é mais baseada em extrações simples ou cirurgias diferenciadas (como remoção de terceiros molares inclusos) e cirurgias pré-protéticas.

Na tabela 7 é visível a distribuição consoante o tipo de cirurgias efetuadas pelo binómio 8. Num total de 10 cirurgias, 8 foram extrações de dentes multirradiculares, 6 desses dentes tiveram a necessidade de ser odontoseccionados, sendo que apenas existiu uma cirurgia de um dente monorradicular e uma cirurgia complexa.

Tratamentos Cirúrgicos	Frequência	Percentagem
Extração de Multirradiculares	2	20%
Extração de Monorradiculares	1	10%
Extração de Multirradiculares com odontosecção	6	60%
Cirurgias Complexas	1	10%
Total	10	100%

Tabela 7- Tratamentos realizados em Cirurgia Oral.

No gráfico 8 é possível verificar a percentagem dos diferentes tratamentos realizados em Cirurgia Oral, sendo que as extrações de dentes multirradiculares com recorrência a odontosecção é o que possui maior percentagem de ocorrência. Esta circunstância, pode dever-se ao facto de muitas vezes serem dentes intensamente destruídos, com perda total ou parcial da coroa e que por vezes a odontecção das raízes é o metodo mais simples para extração das mesmas.

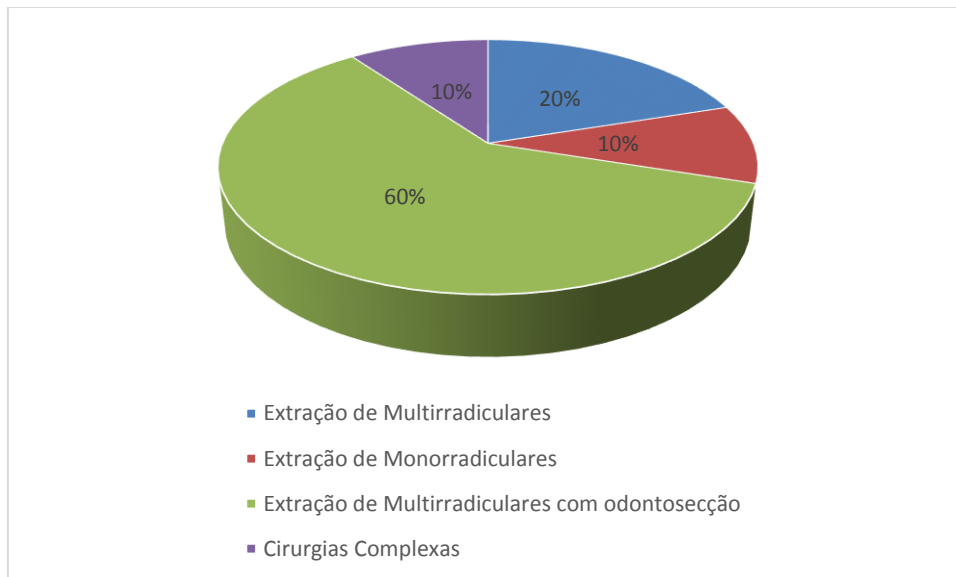


Gráfico 9- Tratamentos realizados em Cirurgia Oral

No gráfico 9 é possível ver a percentagem de atos clínicos enquanto operadora e assistente. Num total de 10 atos clínicos em Cirurgia Oral, existiram 6 atos nos quais fui operadora, 5 deles em Cirurgias Simples e 1 em Cirurgias Complexas, sendo assistente nos restantes 4 atos clínicos.

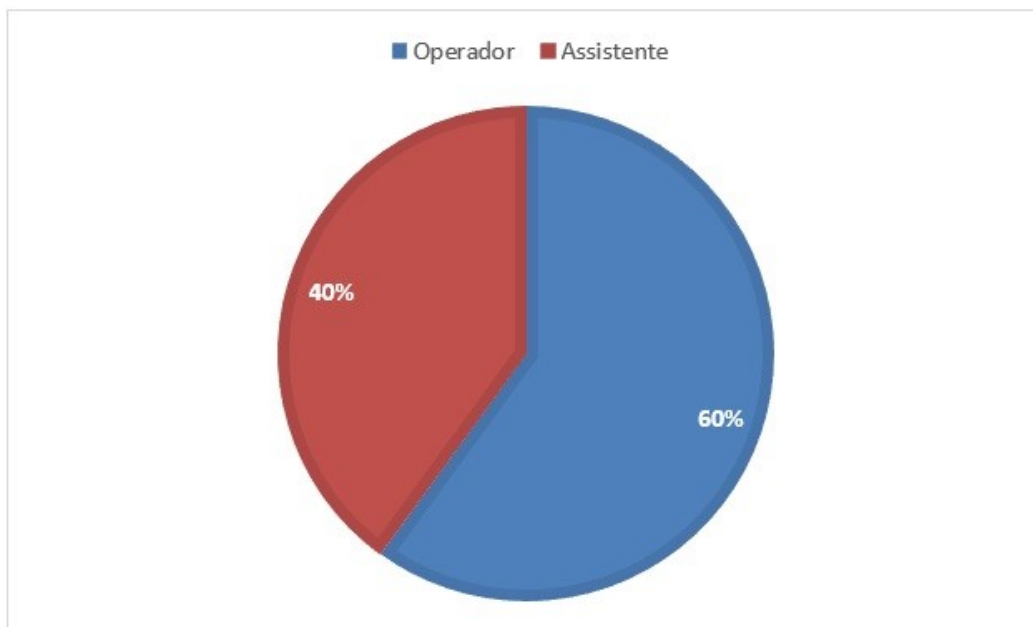


Gráfico 10- Distribuição das consultas realizadas em Cirurgia Oral enquanto operador e enquanto assistente

2.2.2.2. Periodontologia

Área disciplinar direcionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias que afetam o tecido periodontal pela presença de espécies patogénicas.

Atualmente, para além da cárie dentária, esta é a patologia que mais afeta a sociedade, começando pela inflamação gengival (Gengivite) até ao extremo de perda dentária por destruição total dos tecidos de suporte (Periodontite).

Nesta área disciplinar foram executados 18 atos clínicos, sendo o autor operador em 10 atos e os restantes 8 como assistente. Durante este período foram tratadas 1 gengivite, 3 periodontites crónicas leves (PCL), 5 periodontites crónicas moderadas (PCM), 4 periodontites crónicas avançadas (PCA), 2 raspagens de alisamento radicular (RAR) e 1 cirurgia periodontal.

Na tabela 8 estão descritos os tipos de tratamentos executados em Periodontologia, sendo que o autor, enquanto operador, tratou 2 periodontites crónicas leves, 4 periodontites crónicas moderadas, 2 periodontites crónicas avançadas, 1 raspagem de alisamento radicular e 1 cirurgia periodontal (gráfico 11).

Tratamentos Periodontologia	Frequência	Percentagem
Gengivite	1	5,55%
Periodontite Crónica Leve	3	16,66%
Periodontite Crónica Moderada	6	33,33%
Periodontite Crónica Avançada	5	27,77%
Raspagem de Alisamento Radicular	2	11,11%
Cirurgia Periodontal	1	5,55%
Total	18	100%

Tabela 8- Tratamentos realizados em Periodontologia.

O seguinte gráfico 10 refere-se aos tipos de tratamento realizados em Periodontologia e as suas percentagens de ocorrência.

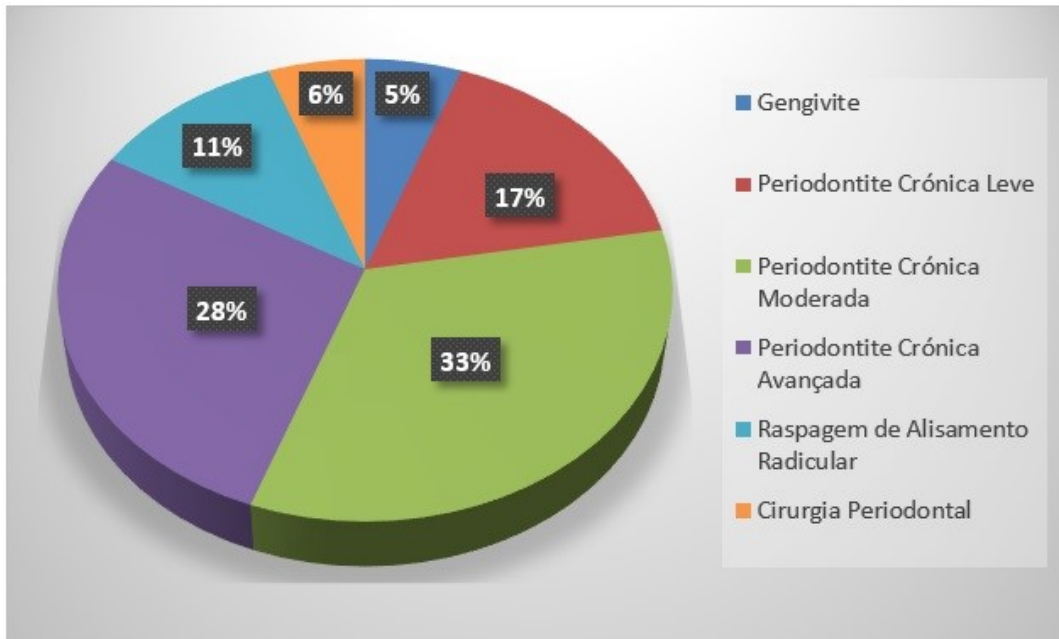


Gráfico 11- Tratamentos realizados em Periodontologia

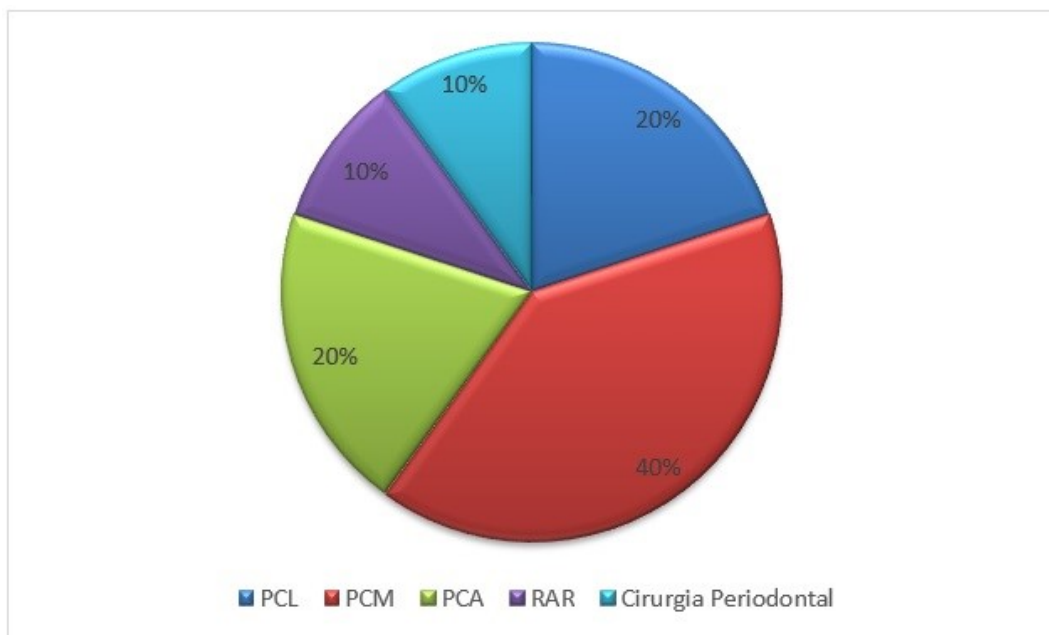


Gráfico 12- Distribuição dos tratamentos realizados em Periodontologia enquanto operador

2.2.2.3. Medicina Oral

Área disciplinar responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias da cavidade oral e das regiões maxilo e cervicofaciais.

Nesta consulta é efetuado o preenchimento das histórias clínicas, incluindo antecedentes médicos gerais e antecedentes médico-dentários, de cada paciente bem como o exame clínico intra e extra-oral, com o preenchimento do odontograma. De acordo com os diagnósticos e estado de saúde geral do paciente é realizado um plano de tratamentos individualizado. Assim, não descorando a relevância de todas as outras, esta disciplina é de elevada notoriedade por permitir o desenvolvimento de competências no reconhecimento de estruturas anatômicas, de patologias orais, de patologias sistêmicas com repercussão na cavidade oral, de terapêuticas medicamentosas e todas as suas interações e manifestações na cavidade oral.

Nesta área existiram 16 atos clínicos, sendo que o autor foi operador em 9 casos e assistente em 7 atos.

Tal como refere a tabela 9 existiram 7 consultas de controlo e 9 primeiras consultas. O autor, como operador, realizou 5 consultas de controlo e 4 primeiras consultas (gráfico 12).

Tratamentos Medicina Oral	Frequência	Percentagem
Consulta de Controlo	7	43,75%
Primeira Consulta	9	56,25%
Total	16	100%

Tabela 9- Tratamentos realizados em Medicina Oral.

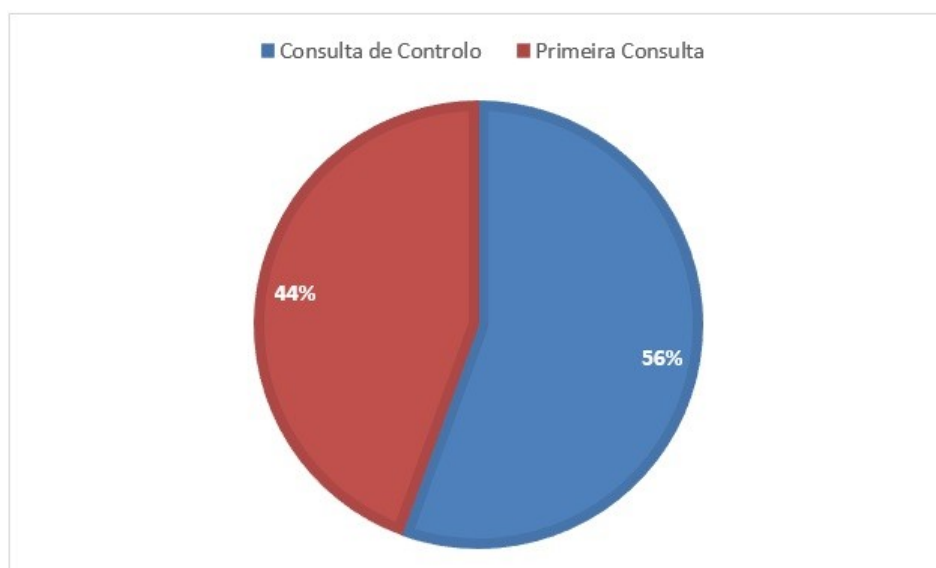


Gráfico 13- Distribuição dos tratamentos realizados em Medicina Oral enquanto operador

2.2.3. Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática

2.2.3.1. Prótese Removível

Esta área da Medicina Dentária proporciona o restabelecimento do complexo maxilomandibular através de próteses, sejam elas, totais ou parciais, esqueléticas ou acrílicas.

Cada caso de reabilitação oral compreende, no mínimo, seis consultas: avaliação pré-protética/diagnóstico, preparação pré-protética e impressões definitivas com moldeira individual, prova de esqueleto e registo maxilo-mandibular, prova de dentes, inserção da prótese e controlo.

Além da elaboração de próteses removíveis, é inerente o tratamento de pacientes já portadores de próteses removíveis que sintam desconforto ou dor.

Durante o ano letivo de 2015/2016 foram contabilizados 23 atos clínicos, sendo que o autor executou 12 como operador e 11 atos como assistente.

No total foram realizadas 2 próteses removíveis, uma prótese parcial esquelética e uma prótese total acrílica, foram realizados 9 consultas de controlo, 6 rebasamentos, 3 acrescentos de dente e 4 consertos de prótese (tabela 10).

O autor enquanto operador realizou 1 prótese parcial esquelética superior, 4 consultas de controlo, 3 rebasamentos, 1 acrescento de dente e 3 consertos de prótese (gráfico 14).

Tratamentos Prótese Removível	Frequência	Percentagem
Consulta de Controlo	9	39,13%
Elaboração de Próteses	2	8,69%
Acrescento de Dentes	3	13,04%
Rebasamentos	6	26,08%
Conserto de Prótese	4	17,39%
Total	23	100%

Tabela 10- Tratamentos realizados em Prótese Removível.

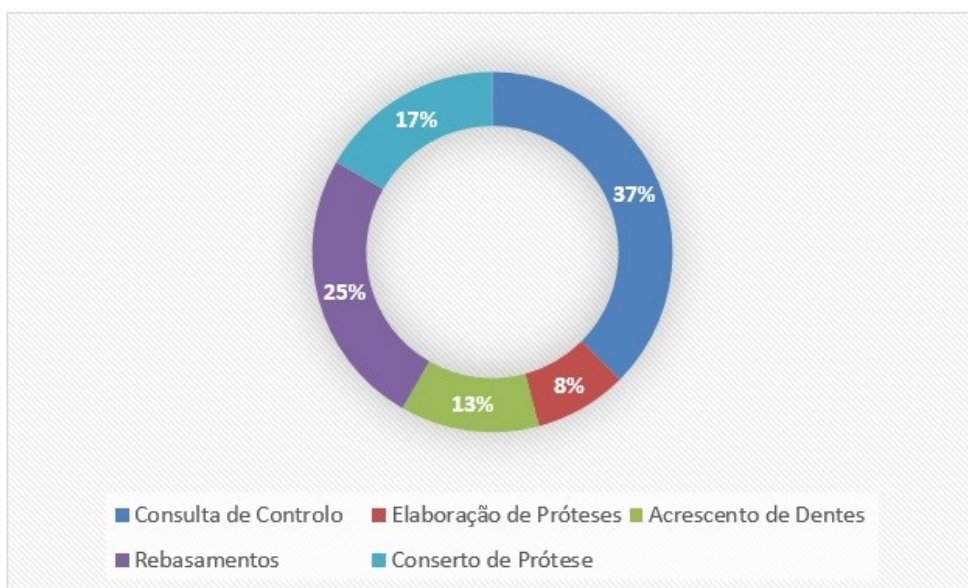


Gráfico 14- Tratamentos realizados em Prótese Removível.

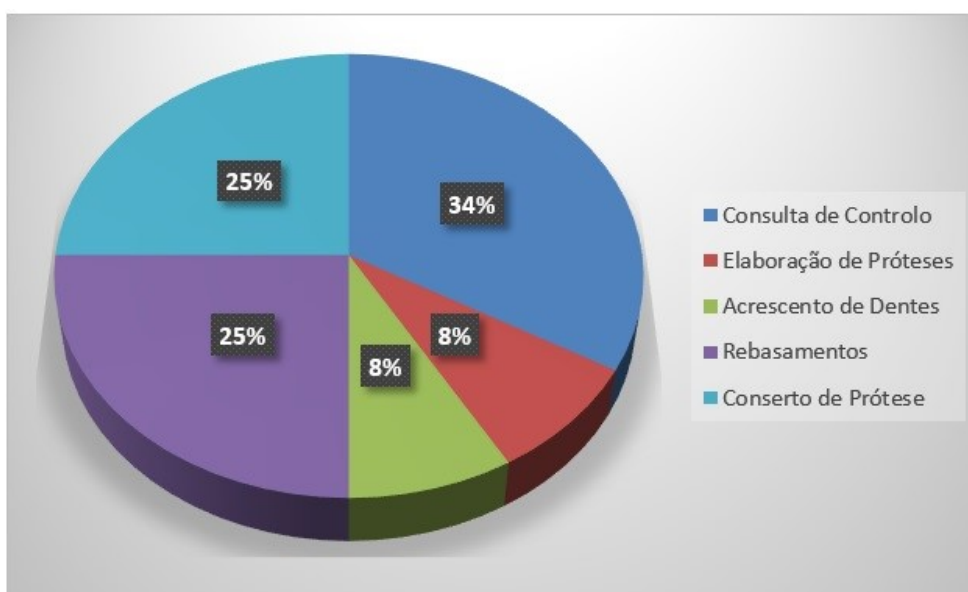


Gráfico 15- Distribuição dos tratamentos realizados em Prótese Removível enquanto operador

2.2.3.2. Prótese Fixa

A Prótese Fixa é a área que visa a reabilitação através de próteses dentárias fixas, podendo incluir coroas unitárias em dentes extensamente destruídos, pontes para reabilitação de espaços edêntulos ou facetas que permitem a alteração da cor e/ou forma da peça dentária.

Para a realização de uma prótese fixa são normalmente necessárias seis consultas, sendo elas as seguintes: avaliação pré-protética com recolha de dados do paciente, realização dos preparos dentários e das coroas/pontes provisórias, impressões definitivas dos preparos, prova de infraestrutura, prova de cerâmica (se necessário, cimentação definitiva e controlo.

Durante o decorrente ano letivo foram realizados 16 atos clínicos, sendo o autor operador em 8 atos e em 8 como assistente. Do total de atos clínicos, 7 foram consultas de avaliação e 9 consultas de controlo de coroas unitárias ou pontes (tabela 11).

No gráfico 15 está discriminado percentualmente os tipos de tratamento realizados em Prótese Fixa.

Tratamentos Prótese Fixa	Frequência	Percentagem
Consulta de Controlo	9	56,25%
Consultas de Avaliação	7	43,75%
Total	16	100%

Tabela 11- Tratamentos realizados em Prótese Fixa.

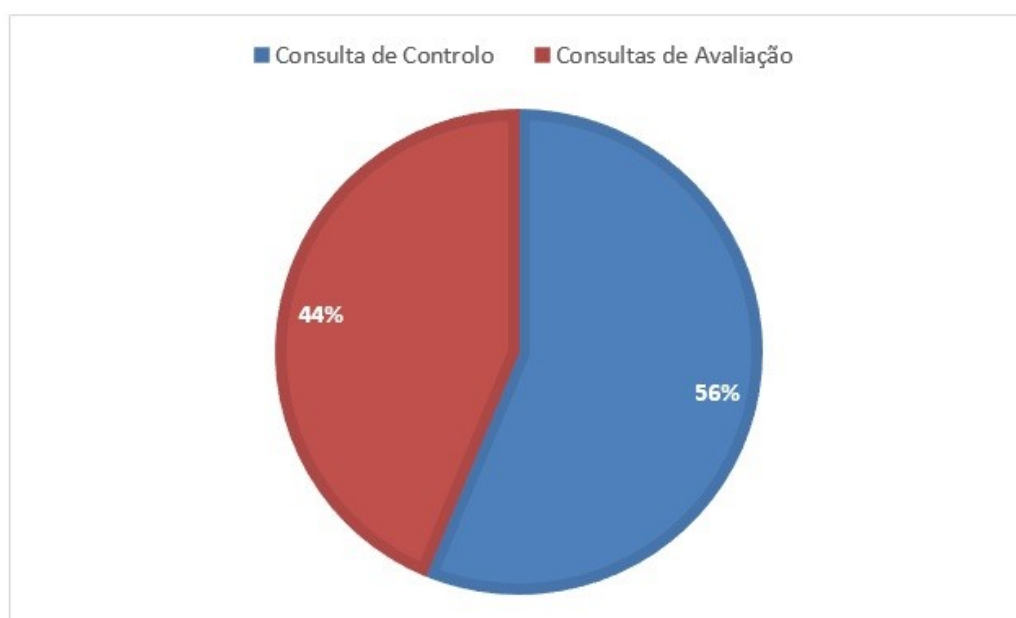


Gráfico 16- Tratamentos realizados em Prótese Fixa.

2.2.3.3.Oclusão

A disciplina de Oclusão tem por objetivo o diagnóstico de disfunções temporomandibulares e musculares e tratamento com medidas terapêuticas adequadas. Além disso, esta área tem também como objetivo desenvolver competências técnicas de montagem de articulador semi-ajustável.

Nesta disciplina foram contabilizados 8 atos clínicos, sendo que 5 foram executados pelo autor como operador e 3 como assistente. No total de atos existiram 4 urgências, 2 consultas para elaboração de modelos de gesso do paciente e 2 consultas para montagem em articulador semi-ajustável dos mesmos pacientes, números contabilizados na tabela 12.

Tratamentos em Oclusão	Frequência	Porcentagem
Urgências	4	50%
Modelos de gesso	2	25%
Montagem em articulador	2	25%
Total	8	100%

Tabela 12- Tratamentos realizados em Oclusão.

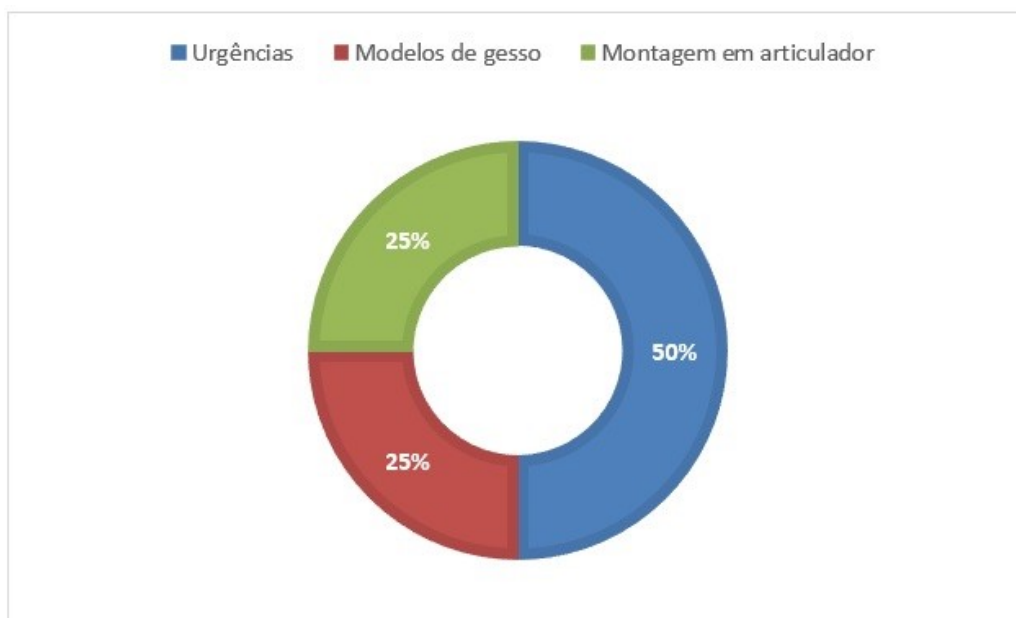


Gráfico 17- Tratamentos realizados em Oclusão.

2.2.3.4.Ortodontia

Especialidade dentária direccionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações dentárias, como posicionamento incorreto dos dentes ou alterações esqueléticas. Durante estas consultas na Clínica Universitária é possível somente colocar aparatologia removível para tratamento interceptivo de mordidas cruzadas anteriores e posteriores. Exemplo desses aparelhos removíveis são disjuntores de ação lenta ou de ação rápida e respetivo controlo.

Nesta área disciplinar, até à data de 27 de Maio de 2016, o binómio 8 não teve nenhum ato clínico, facto que se deve ao número reduzido de pacientes em Ortodontia na Clínica Universitária.

3.CASOS DIFERENCIADOS

3. Casos Diferenciados

3.1.1. Caso Clínico I- Odontoma Complexo

3.1.1.1. Introdução

Odontoma é o tipo mais comum de tumores da cavidade oral, representando até 70% de todos os tumores orais encontrados [8].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificam-se em dois tipos principais: complexo e composto. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentários estão representados de uma maneira organizada, formando estruturas semelhantes a dentes. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentários representados estão desordenados, ou seja, morfológicamente não remetem à forma de dentes [9].

Histopatologicamente, o odontoma composto consiste em formações que se assemelham a pequenos dentes unirradiculares no interior de uma matriz fibrosa. Já os odontomas complexos são constituídos por uma grande quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que continham esmalte maduro, removido durante a descalcificação [8].

Quanto às suas características clínicas, os odontomas normalmente são assintomáticos, estando associados a retenção de dentes decíduos, de dentes permanentes não erupcionados, dor, expansão da cortical óssea e a deslocamento dentário [8].

3.1.1.2. Descrição do Caso Clínico

Paciente, do sexo feminino, 21 anos de idade. Na anamnese foi constatado estado de saúde geral ASA I (classificação da *American Society of Anesthesiology*). Radiograficamente, observou-se uma imagem radiopaca bem definida no 2º quadrante. Perante os aspetos clínicos e radiográficos, a hipótese de diagnóstico foi de odontoma complexo. Programou-se a excisão cirúrgica da lesão.



Figura 1- Ortopantomografia Inicial

3.1.1.3. Procedimento

Paciente foi anestesiada bloqueando o nervo alveolar superior e nervo palatino maior. Numa primeira abordagem foi executada a extração do dente 2.8. Posteriormente foi realizada uma incisão linear com uma descarga em distal da lesão. Através da local cirúrgica do dente 2.8 foi possível identificar a localização do odontoma, assim sendo não foi necessário a realização de osteotomia, sendo feito só um retalho para aumento do campo de visão dado ser uma região posterior o que dificulta a visão direta. Foi efetuado o descolamento do retalho e a remoção da lesão foi executada sem intercorrências. A ferida cirúrgica foi encerrada com três pontos simples. A peça foi encaminhada ao exame anatomopatológico, o qual confirmou o diagnóstico de odontoma complexo, sendo a descrição histológica a seguinte: “O fragmento de consistência dura foi submetido a descalcificação; este e o segundo fragmento foram estudados por meio de cortes seriados; são constituídos, no primeiro, por dentina de configuração irregular delimitada por muito escassos retalhos de tecido mais basófilo parecendo cimento ou esmalte descalcificado e raras células anucleadas, eosinófilas; o segundo fragmento está ocupado na totalidade por estroma mixoide, com celularidade moderada; as células presentes são pequenas, fusiformes ou em estrela, de citoplasma pouco distinto, sem atividade mitótica visível. No seu conjunto as características enquadram-se em odontoma (complexo). “

Foi prescrito Ibuprofeno 600mg 8h/8h durante 3 a 5 dias e Paracetamol 1g em caso de dor. Foram dadas algumas recomendações pós-operatórias como a colocação de gelo nas primeiras horas para evitar o edema; e instrução para não realizar atividades físicas, evitar alimentos quentes e basear a sua alimentação em alimentos mais líquidos. Manter a higiene oral e iniciar bochechos com clorhexidina 0,2% após as primeiras 48h.

A consulta de controlo a 8 dias revelou que a ferida cirúrgica cicatrizou bem e a paciente não padeceu de um pós-cirúrgico doloroso.

3.1.1.4. Discussão e Conclusão

Neste caso foi realizada a excisão cirúrgica de um odontoma complexo numa paciente do sexo feminino, o que difere da literatura que indica uma maior prevalência destas lesões em pacientes do sexo masculino [10].

Como os odontomas são tumores benignos e assintomáticos, podem chegar a grandes proporções até que o paciente os perceba. Exames radiográficos de rotina, dentes não erupcionados, atrasos na esfoliação de dentes decíduos ou posição ectópica de dentes permanentes podem fornecer sinais para a investigação do odontoma [11].

O tratamento conservador é o recomendado, sendo indicado o mesmo protocolo para os dentes inclusos. Após o tratamento, o prognóstico é favorável com pouca incidência de recidiva, pois o odontoma complexo não possui potencial de malignidade [12].

Este caso clínico foi apresentado em forma de póster (Anexo IV) na XI Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu nos dias 20 e 21 de Maio, em Viseu, Portugal

3.1.1.5.Registo Fotográfico



Figura 2- Fotografia inicial dente 2.8 submucoso

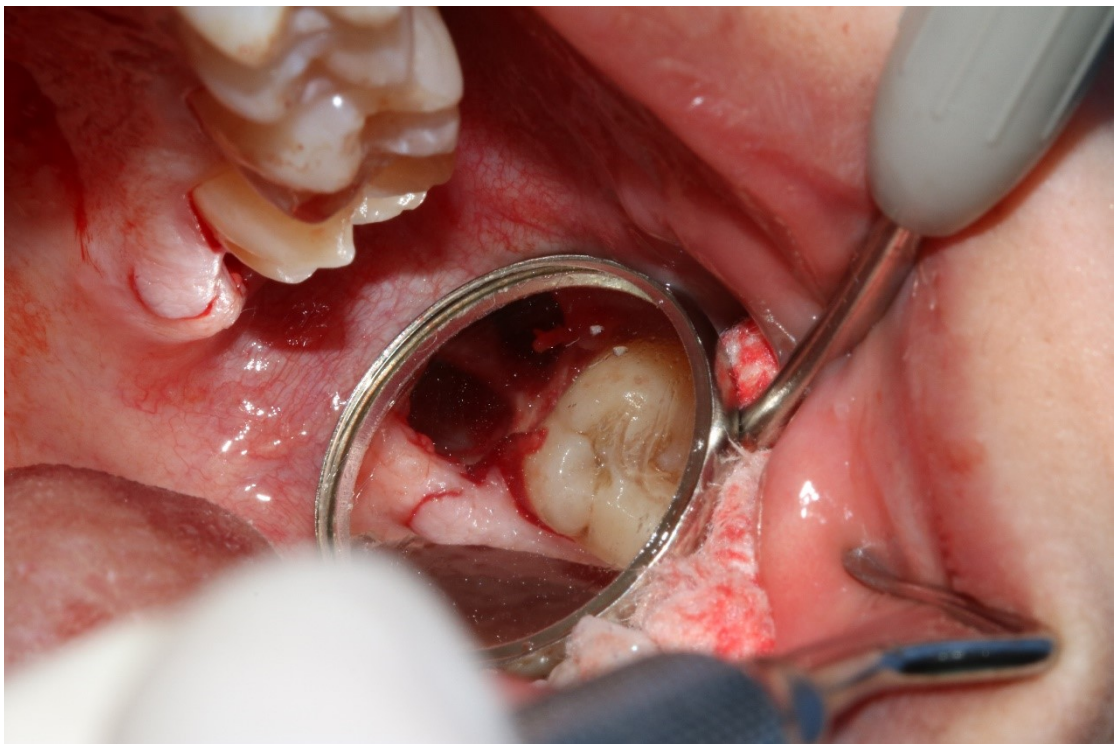


Figura 3- Loca cirúrgica após extração do dente 2.8

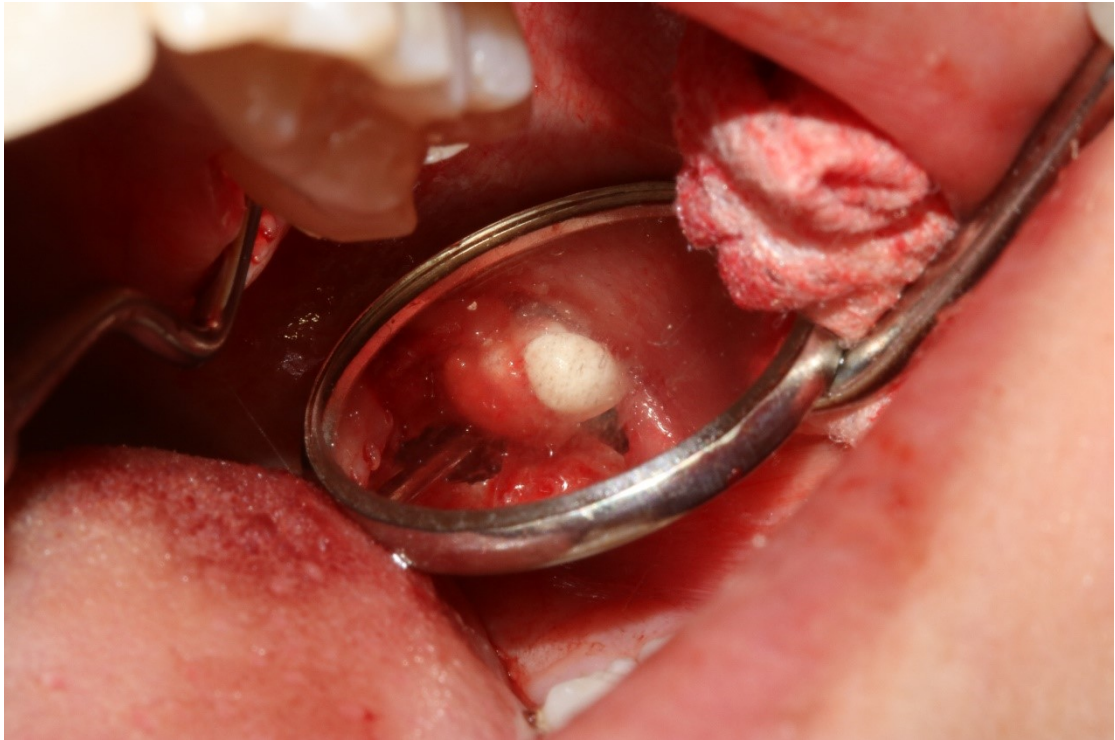


Figura 4- Localização do odontoma através da loca cirúrgica do dente 2.8



Figura 5- Dente 2.8



Figura 6- Odontoma

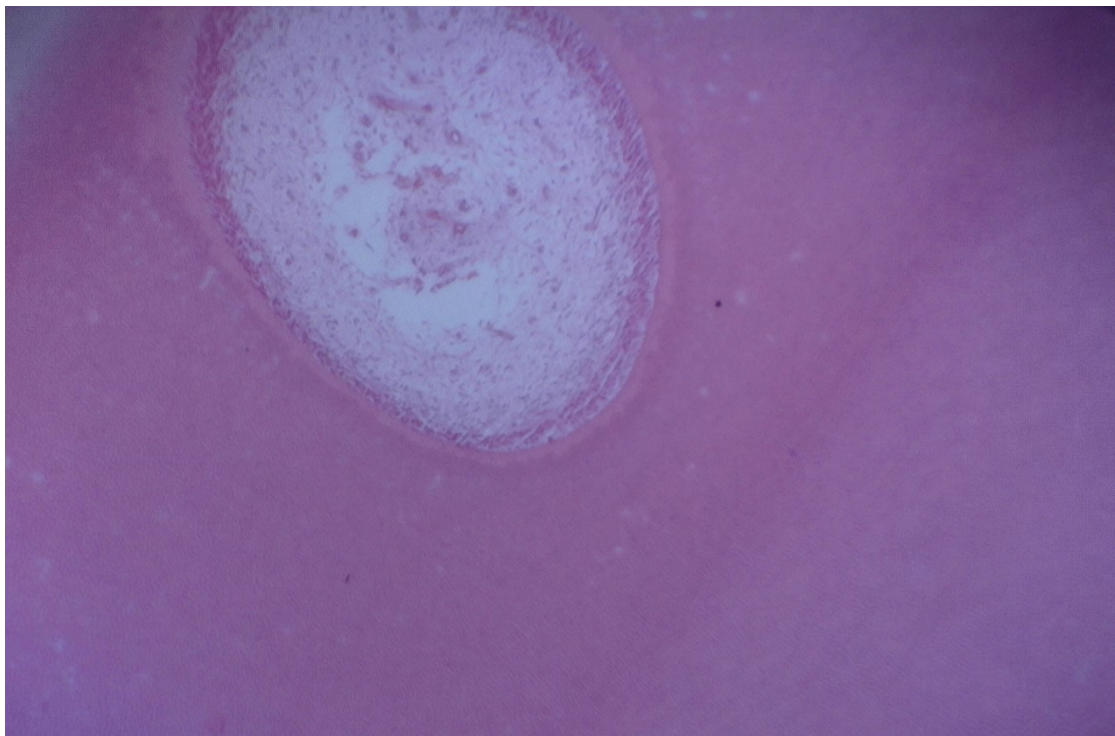


Figura 7- Exame Histológico: Dentina de configuração irregular e escassos retalhos de cimento ou esmalte descalcificado (aumento de 4x)

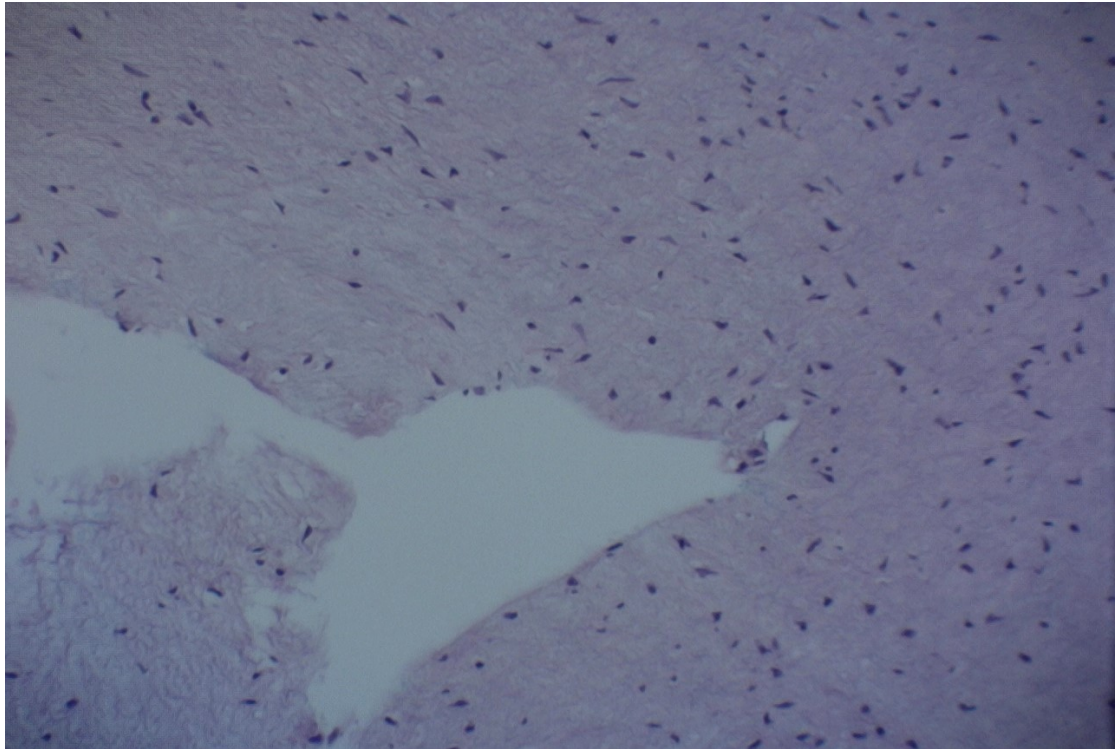


Figura 8- Exame Histológico: Dentina de configuração irregular e escassos retalhos de cimento ou esmalte descalcificado (aumento de 10x)

3.1.2. Caso Clínico II- Osteonecrose induzida por bifosfonatos

3.1.2.1. Introdução

Os bifosfonatos são fármacos sintéticos análogos do pirofosfato usados no tratamento de doenças oncológicas, são exemplos dos mesmos o zoledronato, alendronato, tiludronato, entre outros [13]. Os bifosfonatos inibem os osteoclastos e, pela diminuição da reabsorção óssea são usados no tratamento de doenças em que ocorre remodelação óssea [14]. Todavia são associados à osteonecrose dos maxilares quando conjugados a intervenções cirúrgicas como é o caso de extrações dentárias. A osteonecrose maxilar resulta da cicatrização defeituosa óssea irreversível espontaneamente, deixando uma cavidade exposta (sequestro) na cavidade oral [15]. São considerados portadores de osteonecrose associada ao uso de bifosfonatos quando os pacientes apresentarem osteonecrose na região por mais de oito semanas e inexistência de radioterapia nos maxilares. A osteonecrose induzida por bifosfonatos pode ser classificada segundo os seguintes estádios [16]:

- Estadio 1: osso exposto e assintomático. Sem infecção dos tecidos moles.
- Estadio 2: osso exposto e dor associada. Infecção óssea e/ou tecidos moles.
- Estadio 3: fratura patológica e exposição óssea. Infecção dos tecidos moles resistentes aos antibióticos.

Uma das mais consensuais hipóteses de tratamento da osteonecrose passa por bochechos de soluções de clorhexidina 0,12%, antibioterapia oral e desbridamento cirúrgico da ferida, sendo este último com auxílio de anestesia sem vasoconstritor, uma vez que se contrapõe à vasodilatação por eles induzida e, sem recurso a instrumentos rotatórios pela produção de calor provocada [15].

3.1.2.2. Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, com 74 anos de idade, em tratamento quimioterápico para cancro de próstata, com metástases ósseas. Na anamnese ficou constatado estado de saúde geral ASA III (classificação da *American Society of Anesthesiology*). Nos últimos 8 anos, foi submetido a prostatectomia, radioterapia continuamente e a administração de bifosfonatos por injeção intravenosa. Durante o tratamento foram realizadas extrações dentárias no 4º quadrante (região do 4.4 ao 4.8), que após exame

clínico demonstrou áreas de exposição óssea intraoral de evidente aparência necrótica mandibular.

3.1.2.3. Procedimento

Os tecidos moles ao redor das exposições ósseas apresentavam bordas eritematosas e de alta sensibilidade ao toque. Efetuou-se cirurgia para desbridamento do tecido necrótico e prescreveu-se amoxicilina 1000mg, de 12 em 12 horas, durante 8 dias e aplicação tópica de soluções de clorhexidina para promover epitelização.

3.1.2.4. Discussão e Conclusão

A osteonecrose mandibular após o uso de bifosfonatos é um problema crescente para médicos-dentistas. Em comparação com outros ossos, os ossos mandibulares retêm uma maior concentração de bifosfonatos porque são áreas de bom suprimento sanguíneo e sofrem, portanto, maior risco de osteonecrose.

Através dos dados disponíveis de casos reportados, a osteonecrose ocorre em maior frequência (até sete vezes mais) em doentes a que recebem bifosfonatos sob a forma de injeção intravenosa, embora também com o uso de qualquer bifosfonato contendo azoto [16].

Autores como Ruggiero advogam que em relação à terapia recomendada para pacientes com pequenas áreas de osteonecrose a antibioterapia após desbridamento passa pela administração de amoxicilina 875mg + ácido clavulânico 125mg, ou amoxicilina 1000mg [17].

Uma intervenção preventiva é fundamental para a prevenção desta patologia, sendo que procedimentos cirúrgicos e invasivos devem ser antecipados ou adiados após a terapêutica com bifosfonatos. Apesar da intervenção cirúrgica, através do desbridamento, promover a epitelização dos tecidos, é possível que a situação seja irreversível dada a permanente submissão do paciente a tratamentos com bifosfonatos.

Este caso clínico foi apresentado em forma de póster (Anexo VI) na XI Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu nos dias 20 e 21 de Maio, em Viseu, Portugal

3.1.2.5.Registo Fotográfico



Figura 9- Região necrótica da porção anterior da mandíbula



Figura 10- Região necrótica da porção posterior da mandíbula



Figura 11- Desbridamento da região necrótica na zona posterior da mandíbula

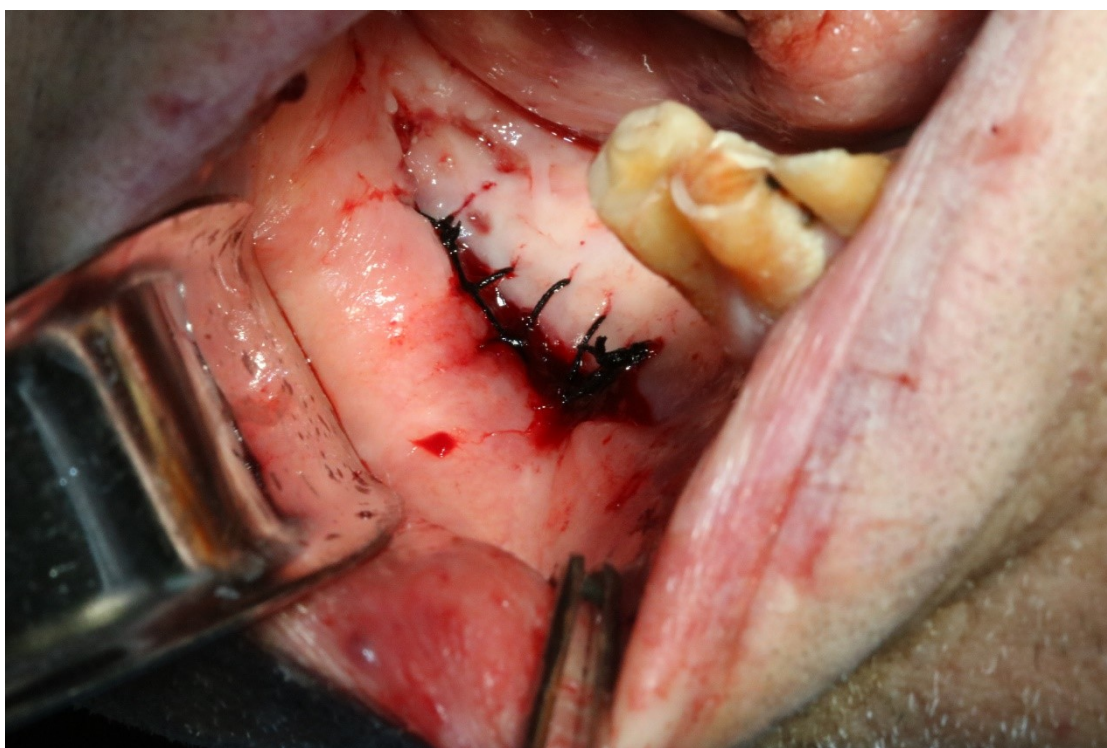


Figura 12- Sutura após desbridamento na zona posterior da mandíbula

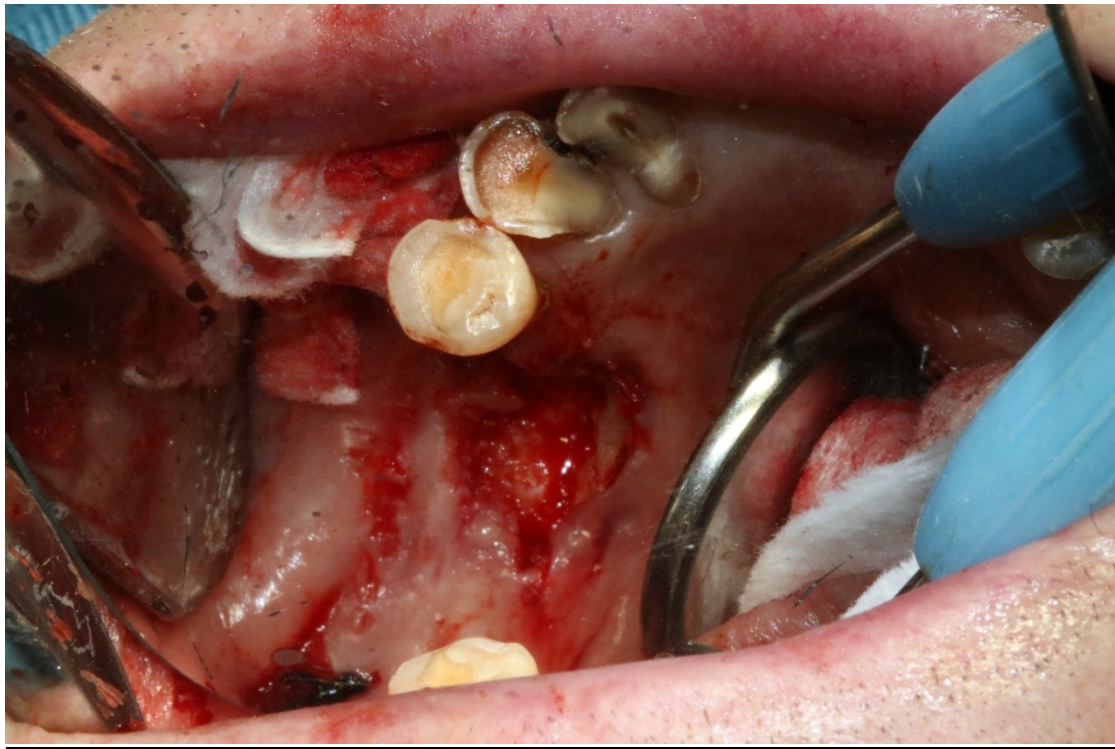


Figura 13- Desbridamento da região necrótica na zona anterior da mandíbula

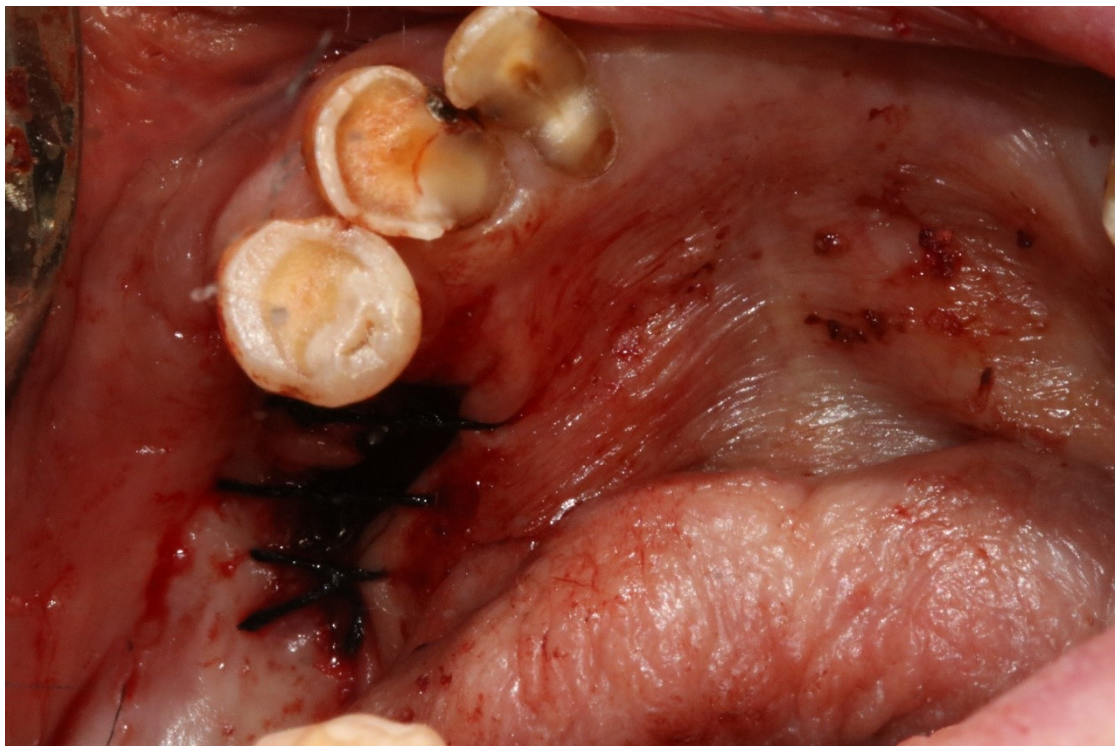


Figura 14- Sutura após desbridamento na zona anterior da mandíbula



Figura 15- *Follow-up* de 1 mês



Figura 16- *Follow-up* de 1 mês

3.1.3. Caso Clínico III- Recobrimento de Recessão Gengival com enxerto de tecido conjuntivo

3.1.3.1. Introdução

A recessão gengival é caracterizada como a condição em que a margem gengival está localizada apicalmente à linha amelocementária. Assim sendo, a recessão do tecido marginal caracteriza uma perda de inserção do periodonto, pois todos os seus tecidos e não somente a gengiva se deslocam na direção apical, além do comprometimento estético, pode resultar em abrasões, cáries e hipersensibilidade da superfície radicular [18].

Existem vários procedimentos cirúrgicos para impedir a progressão da recessão gengival e alcançar as expectativas estéticas do paciente. O enxerto de tecido conjuntivo é uma das técnicas mais utilizadas para recobrimento de recessões gengivais [18].

O enxerto de tecido conjuntivo foi introduzido pela primeira vez como uma técnica de aumento gengival, posteriormente, esta técnica foi utilizado para recobrimento radicular e aumento da crista alveolar. Os dois tipos de enxerto para aumento de gengiva aderida são: enxerto de tecido gengival livre e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial [19].

O enxerto de tecido conjuntivo consiste na transferência de uma porção da mucosa oral do tamanho da zona recetora, onde o palato é a zona dadora mais utilizada. O enxerto é de espessura parcial e é constituído por uma fina camada de tecido conjuntivo [19].

3.1.3.2. Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, com 64 anos de idade, saudável, colaborante, não fumador, índice de placa de 28,5% e BOP (bleeding on probing) = 6,5%, apresentava como diagnóstico Periodontite Crônica Moderada. Após exame clínico, sondagem periodontal e realização de exames complementares de diagnóstico como Ortopantomografia e raio-x periapical, verificou-se a existência de recessão gengival Classe II de Miller no dente 2.4, pilar de uma ponte de 3 elementos para substituição do espaço edêntulo do dente 2.5.



Figura 17- Ortopantomografia antes da reabilitação protética fixa.

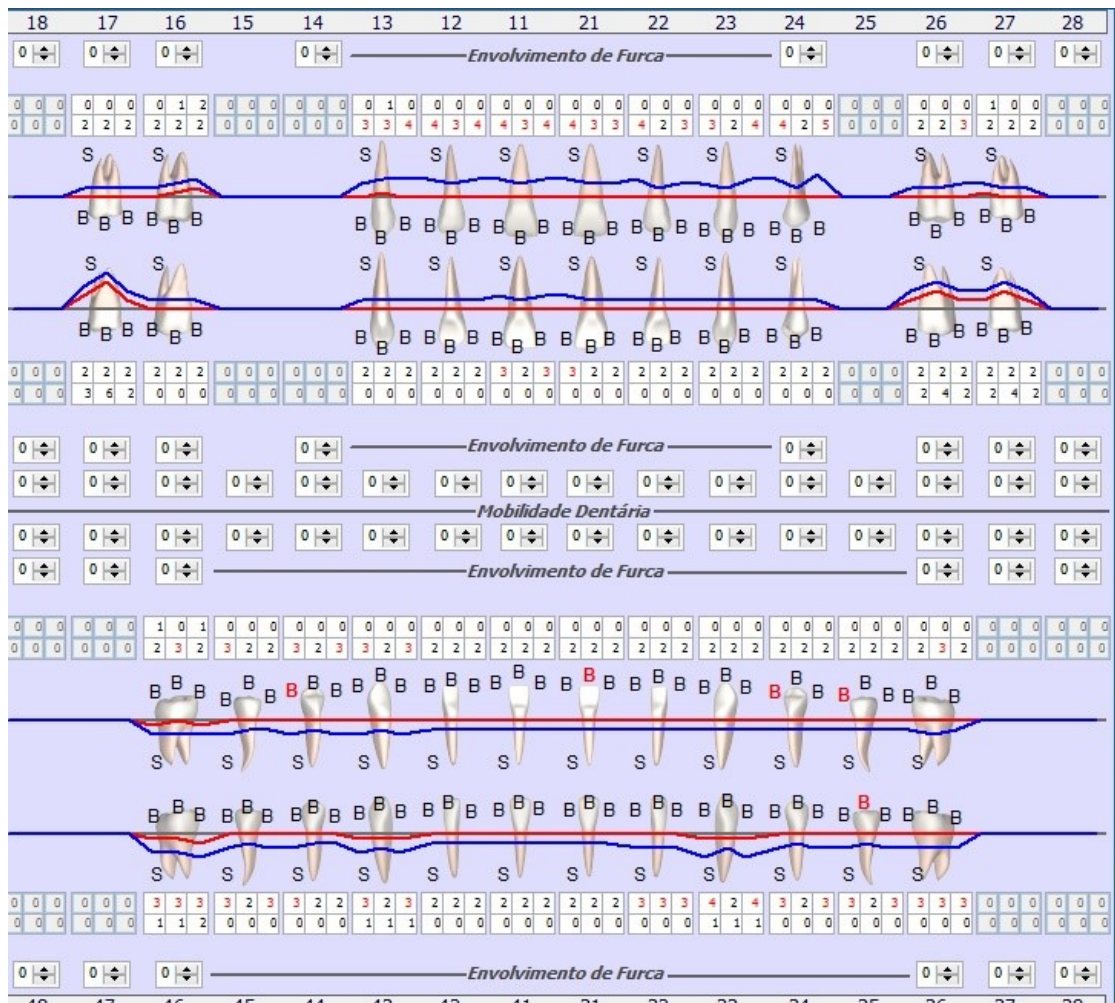


Figura 18- Periodontograma

3.1.3.3.Procedimento

Para recobrimento de recessão gengival procedeu-se à cirurgia periodontal plástica com a técnica de enxerto de tecido conjuntivo desepitelizado.

Foi administrada anestesia infiltrativa no palato e no vestíbulo, de seguida foram realizadas incisões sulculares nos dentes envolvidos, mantendo as papilas intactas, criando um túnel subperioste. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronalmente à base das papilas. Do palato foi recolhido um enxerto gengival livre com espessura de 1 a 1,5mm, posteriormente desepitelizado, tendo este tamanho suficiente para cobrir a zona com defeito. Relativamente à remoção do enxerto de tecido conjuntivo determinou-se no palato as dimensões e a localização do enxerto a remover, de seguida, para assegurar que é removido um enxerto com o tamanho suficiente da área doadora, uma guia cirúrgica metálica é preparada na área recetora, sendo esta guia transferida para a área doadora. De seguida são realizadas as incisões e remoção do enxerto de tecido conjuntivo correspondente ao padrão pretendido e por fim colocou-se Periacryl 90 para controlo da hemorragia e melhoria da cicatrização. O enxerto foi colocado no túnel subperioste e suturado de forma a estabilizar o enxerto no retalho gengival, com fio de sutura Nylon 6-0.

Foram dadas indicações pós-operatórias e prescrito ao paciente Ibuprofeno 600mg 8h/8h durante 3 a 5 dias e Paracetamol 1g em caso de dor.

3.1.3.4.Discussão e Conclusão

Com o planeamento pré-cirúrgico, colaboração do paciente e técnica cirúrgica cuidada todo o procedimento ocorreu sem complicações pré e pós-operatórias. Na consulta de controlo de 8 dias verificou-se a necrose numa porção mínima em distal do enxerto tendo como consequência o não recobrimento completo da recessão como se verifica no *follow-up* de 5 semanas. Assim sendo terá de ser ponderada uma nova intervenção para recobrimento total.

Tendo em conta os resultados geralmente satisfatórios, existem desvantagens como a necessidade de realizar uma ferida no palato de dimensões consideráveis o que causa algum desconforto ao paciente, como também a diferença de tonalidade existente entre a gengiva do local recetor com o enxerto do local dador [20]. A sutura realizada minimiza o movimento do enxerto o que permite maior viabilidade do tratamento [20].

Esta técnica continua a ser uma das mais utilizadas e continua a satisfazer as exigências estéticas que os pacientes expectam [21].

Para Zucchelli, entre as técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular o enxerto de tecido conjuntivo epitelial destaca-se de todas as outras, fornecendo uma maior previsibilidade de sucesso [22] .

Este caso clínico foi apresentado em forma de póster (Anexo V) na XI Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu nos dias 20 e 21 de Maio, em Viseu, Portugal

3.1.3.5.Registo Fotográfico



Figura 19- Fotografia intra-oral frontal



Figura 20- Fotografia intra-oral lateral direita



Figura 21- Fotografia intra-oral lateral esquerda



Figura 22- Fotografia intra-oral lateral esquerda com espelho lateral



Figura 23- Incisão sulcular no 2º quadrante

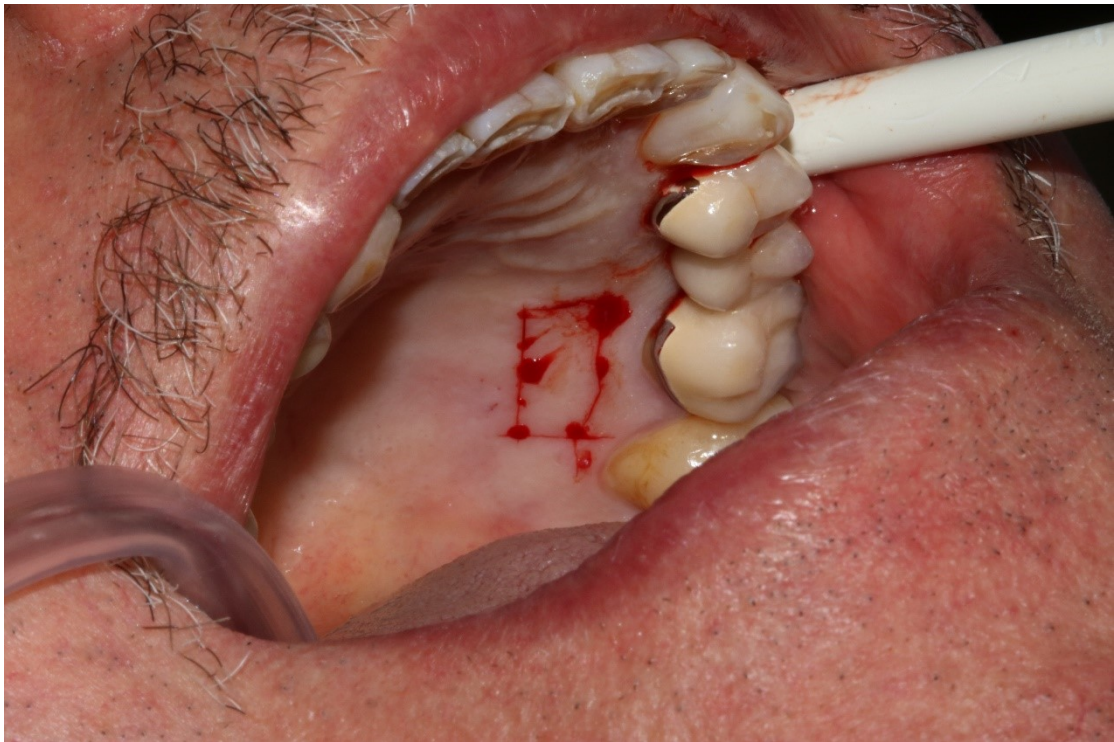


Figura 24- Recolha no palato de um enxerto gengival livre posteriormente desepitelizado

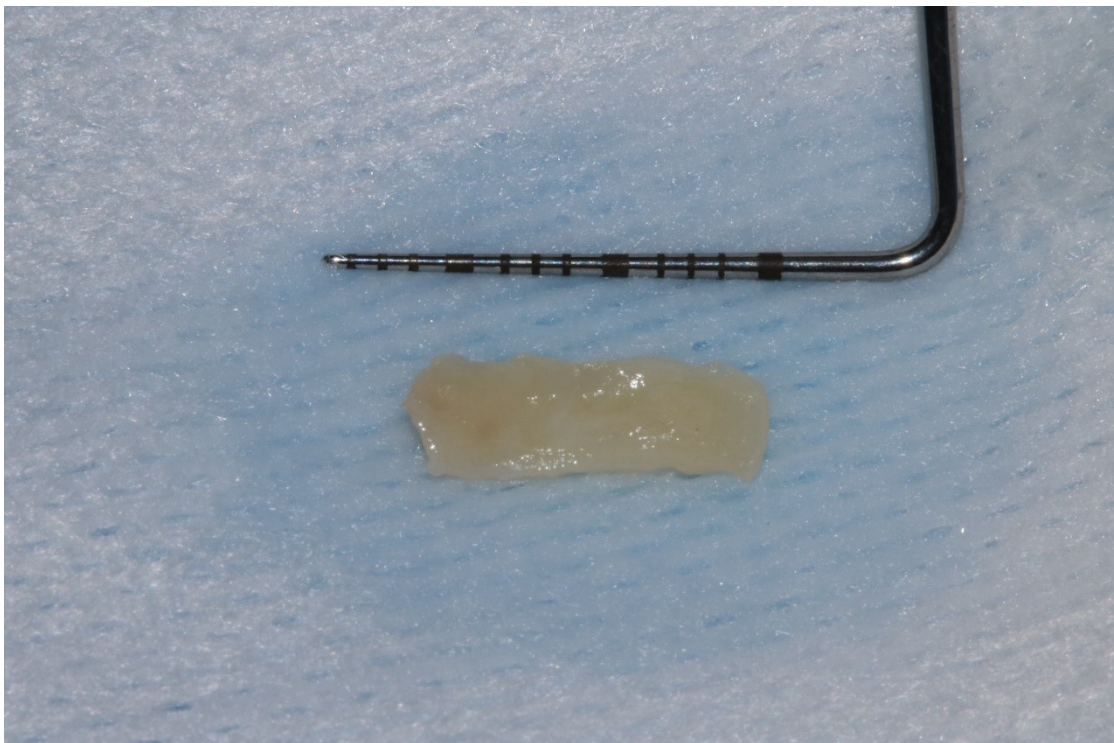


Figura 25- Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial retirado do palato



Figura 26- Colocação do enxerto no interior do túnel subepitelial

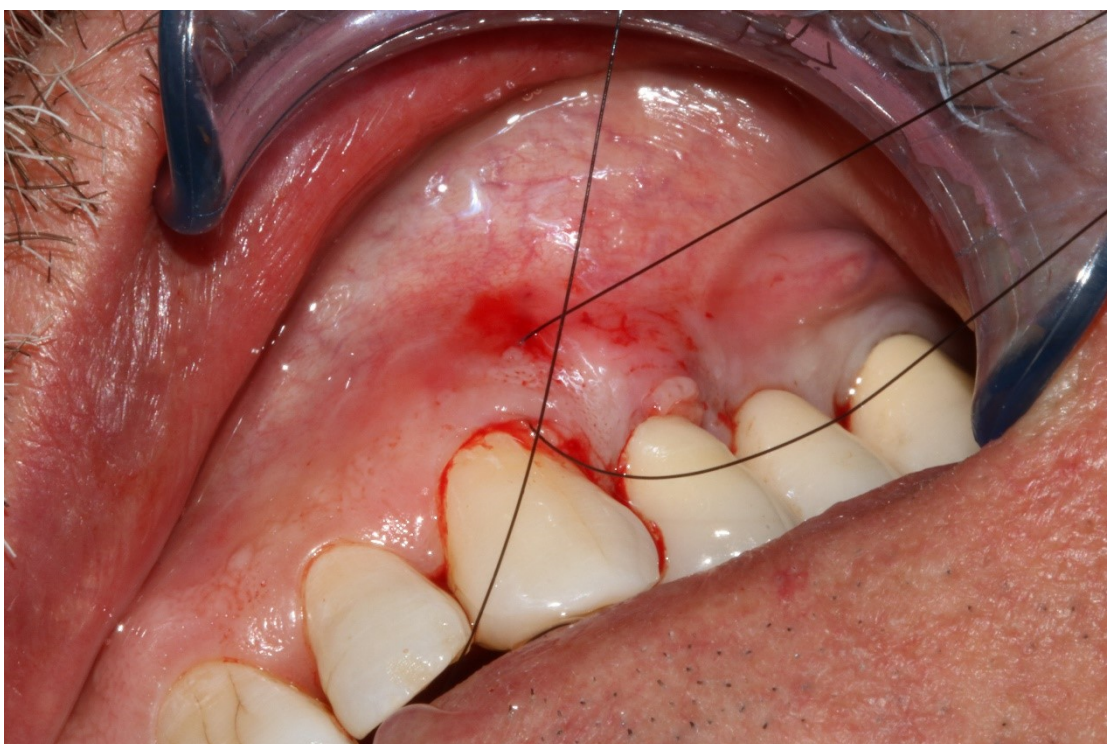


Figura 27- Reposicionamento coronal do enxerto



Figura 28- Sutura



Figura 29- Aplicação de *PeryAcryl* na zona dadora, palato



Figura 30- Aspecto final pós-cirurgia



Figura 31- *Follow-up* 5 semanas

3.1.4. Caso Clínico IV- Prostodontia Fixa

3.1.4.1.Introdução

A reabilitação de espaços edêntulos ou de dentes com a sua estrutura dentária comprometida leva ao restabelecimento da sua função e da estética [23].

Segundo Shillingburg *et al* (2007) a realização de uma anamnese que avalie o estado de saúde geral do paciente, a execução de um exame extra-oral e intra-oral e a necessidade de realização e avaliação de um exame radiográfico são parâmetros fulcrais para a correta escolha de um plano de tratamento [23].

Após o delineamento do plano de tratamento e desde início dos preparos dentários até à colocação da restauração definitiva, as restaurações provisórias surgem como um guia para a primeira impressão que o paciente tem da sua prótese final. Estas desempenham um importante papel na proteção da polpa dos dentes preparados de irritações térmicas e químicas, vão desempenhar uma função relevante na estabilidade posicional através do estabelecimento de contactos oclusais e proximais adequados e vão dar uma informação útil quanto à melhor forma e disposição dos dentes na arcada na restauração final [23].

Segundo Shillingburg *et al* (2007) o pilar ideal é um dente vital e a sua relação entre o tamanho da sua coroa e o tamanho da sua raiz deve ser de 2:3, respetivamente. A forma das raízes dos dentes pilares e a área do ligamento periodontal são outros parâmetros que devem ser avaliados na avaliação e escolha da solução reabilitadora [23].

3.1.4.2.Descrição do Caso Clínico

Homem, 64 anos, casado, com risco ASA II (Sofre de hipertensão, sofre ou sofreu de doença hepática e já desmaiou durante um tratamento dentário). Veio a consulta para realização de prótese fixa desde o dente 1.3 ao dente 1.6, para reabilitação dos espaços edêntulos do dente 1.4 e 1.5. Já possui uma ponte de 3 elementos para substituição do dente 25. IP 28,5% e BOP= 6,5%

- Dente 13:**
- Bolsa < 3mm
 - Recessão com profundidade de 3 mm
 - S/ mobilidade
 - Vital



Figura 32- Periapical do dente 13



Figura 33- Periapical do dente 16

- Dente 16:**
- Bolsa < 3mm
 - Recessão com profundidade de 1 mm
 - S/ mobilidade
 - Vital

3.1.4.3.Procedimento

Para realização de ponte metálo-cerâmica de 4 elementos procedeu-se ao seguinte plano de tratamento e protocolo clínico:

- 1ª Consulta: controlo do índice de placa (IP), impressões preliminares, fotografias intra-orais e extra-orais, radiografia periapical e análise da história clínica;
- 2ª Consulta: preparo dos dentes 1.3 e 1.6 e ponte provisória;
- 3ª Consulta: retificação dos preparos (se necessário) e impressões definitivas;
- 4ª Consulta: prova da infra-estrutura;
- 5ª Consulta: cimentação;
- 6ª Consulta: controlo.

Após o delineamento do plano de tratamento passou-se à fase seguinte de procedimentos:

- Realização de enceramento dos espaços a reabilitar (dente 1.4 e 1.5) para impressão em silicone no modelo (para realização do provisório);
- Realização de duas matrizes em silicone (uma para cortar que serve para controlar a quantidade de redução e outra para realização do provisório);
- Anestesia infiltrativa;

- Marcação do nível das margens do preparo com marcador;
- Marcação do eixo do preparo;
- Preparo dentário dos dentes 1.3 e 1.6;
- Realização da restauração provisória e cimentação da mesma;

Nas seguintes consultas não foi necessário retificar os preparos e somente se fez a prova de infraestrutura e posteriormente a cimentação da restauração definitiva. Na consulta de controlo verificou-se que o paciente não padecia de sintomatologia dolorosa e não tinha os tecidos gengivais inflamados e/ou ulcerados.

3.1.4.4. Discussão e Conclusão

No estudo prévio deste caso os dentes pilares foram avaliados tendo em conta o seu tamanho méso-distal do espaço desdentado, cumprimento da Lei de Ante, proporção coroa-raiz. Após se verificar o abalo positivo de todos estes critérios, decidiu-se que seriam efetuadas reduções para uma ponte de 4 elementos metálo-cerâmica (1,2mm) [23].

A Prosthodontia Fixa envolve também implantes dentários, todavia por motivos económicos e/ou por ser um método menos invasivo que uma cirurgia, a colocação de coroas unitárias e pontes continua ainda a ser uma alternativa à colocação de implantes. Segundos alguns autores, este método, quando bem executado, pode perdurar no tempo, principalmente quando existe cumprimento dos princípios biológicos e mecânicos dos preparos dentários e da reabilitação [23].

3.1.4.5.Registo Fotográfico



Figura 34- Fotografia inicial frontal



Figura 35- Fotografia inicial lateral direita



Figura 36- Fotografía inicial lateral izquierda



Figura 37- Fotografía inicial oclusal superior



Figura 38- Fotografia inicial oclusal inferior



Figura 39- Fotografia após redução dentária



Figura 40- Dente 1.3 após redução dentária



Figura 41- Dente 1.6 após redução dentária



Figura 42- Infraestrutura no modelo de gesso



Figura 43- Prova de Infraestrutura



Figura 44- Prova de dentes



Figura 45- Resultado final após cimentação definitiva

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. Referências Bibliográficas

- [1] C. Barata, N. Veiga, C. Mendes, F. Araújo, O. Ribeiro, and I. Coelho, “Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde,” *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. e Cir. Maxilofac.*, vol. 54, no. 1, pp. 27–32, 2013.
- [2] A. D. Mata, D. Marques, J. Silveira, and J. Marques, “Medicina dentária baseada na evidência: Uovas opções para velhas práticas,” *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. e Cir. Maxilofac.*, vol. 49, no. 1, pp. 31–37, 2008.
- [3] Organização Mundial da Saúde (OMS), “Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca,” OMS, 2008. [Online]. Available: http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf.
- [4] B.-N. Lee, J.-W. Moon, H.-S. Chang, I.-N. Hwang, W.-M. Oh, Y.-C. Hwang, L. BN, M. JW, C. HS, H. IN, O. WM, and H. YC, “A review of the regenerative endodontic treatment procedure.,” *Restor Dent Endod*, vol. 40 , no. 3, pp. 179–187, 2015.
- [5] A. . Fallis, *carranza’s clinical periodontology 11th edition*, vol. 53, no. 9. 2013.
- [6] A. C. G. Dias, S. Raslan, and A. P. Scherma, “Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância,” *ClipeOdonto - Unitau*, vol. 3, no. 1, pp. 37–44, 2011.
- [7] P. Tortolini and E. F. Bodereau, “Ortodoncia y periodoncia,” *Av. en ...*, vol. 27, pp. 197–206, 2011.
- [8] U. Teruhisa, J. Murakami, M. Hisatomi, Y. Yanagi, and J. Asaumi, “A Case of Unerupted Lower Primary Second Molar Associated with Compound Odontoma,” *Open Dent. J.*, vol. 3, pp. 173–176, 2009.
- [9] O. H. Sánchez, M. I. L. Berrocal, and J. M. M. González, “Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas,” *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, vol. 13, no. 11. 2008.
- [10] M. Vengal, H. Arora, S. Ghosh, and K. M. Pai, “Large erupting complex odontoma: A case report,” *J. Can. Dent. Assoc. (Tor).*, vol. 73, no. 2, pp. 169–172, 2007.
- [11] S. Amado Cuesta, J. Gargallo Albiol, L. Berini Aytes, and C. Gay Escoda, “Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma,” *Med. Oral*, vol. 8, pp. 366–373, 2003.

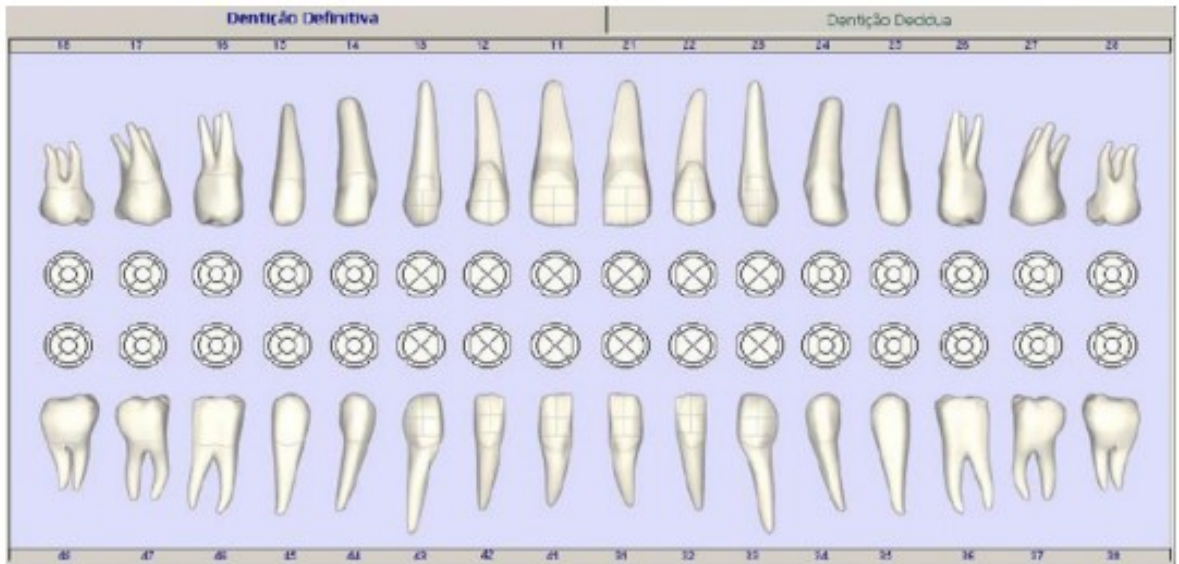
- [12] J. Biode, D. Macan, D. Brajdic, S. Manojlovic, L. Butorac-Rakvin, and J. Hat, "Large erupting complex odontoma in a dentigerous cyst removed by a piecemeal resection," *Pediatr. Dent.*, vol. 32, no. 3, pp. 255–259, 2010.
- [13] J. Zekria, M. Mansour, and S. M. Karim, "The anti-tumour effects of zoledronic acid," *Journal of Bone Oncology*, vol. 3, no. 1. pp. 25–35, 2014.
- [14] C. Madrid and M. Sanz, "What impact do systemically administrated bisphosphonates have on oral implant therapy? A systematic review," *Clinical Oral Implants Research*, vol. 20, no. SUPPL. 4. pp. 87–95, 2009.
- [15] S. N. Picardo, S. A. Rodriguez Genta, and E. Rey, "Osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos en pacientes osteoporóticos," *Rev. Esp. Cir. Oral y Maxilofac.*, vol. 37, no. 2, pp. 103–107, 2015.
- [16] B. Mehrotra and S. Ruggiero, "Bisphosphonate complications including osteonecrosis of the jaw.," *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program*, pp. 356–360, 2006.
- [17] S. L. Ruggiero and B. Mehrotra, "Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: diagnosis, prevention, and management.," *Annu. Rev. Med.*, vol. 60, pp. 85–96, 2009.
- [18] K. Jepsen, S. Jepsen, G. Zucchelli, M. Stefanini, M. De Sanctis, N. Baldini, B. Greven, B. Heinz, J. Wennström, B. Cassel, F. Vignoletti, and M. Sanz, "Treatment of gingival recession defects with a coronally advanced flap and a xenogeneic collagen matrix: A multicenter randomized clinical trial," *J. Clin. Periodontol.*, vol. 40, no. 1, pp. 82–89, 2013.
- [19] M. M. Kassab and R. E. Cohen, "The etiology and prevalence of gingival recession," *J Am Dent Assoc*, vol. 134, no. 2, pp. 220–225, 2003.
- [20] L. Chambrone, C. M. Faggion, C. M. Pannuti, and L. A. Chambrone, "Evidence-based periodontal plastic surgery: An assessment of quality of systematic reviews in the treatment of recession-type defects," *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 37, no. 12. pp. 1110–1118, 2010.
- [21] I. Zabalegui, a Sicilia, J. Cambra, J. Gil, and M. Sanz, "Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report.," *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, vol. 19, no. 2, pp. 199–206, 1999.
- [22] G. Zucchelli and I. Mounssif, "Periodontal plastic surgery," *Periodontol. 2000*, vol. 68, no. 1, pp. 333–368, 2015.

- [23] H. Shillingburg, S. Hobo, L. Whitsett, R. Jacobi, and S. Brackett, *Fundamentos de Prótese Fixa. 4th ed.* 2007.

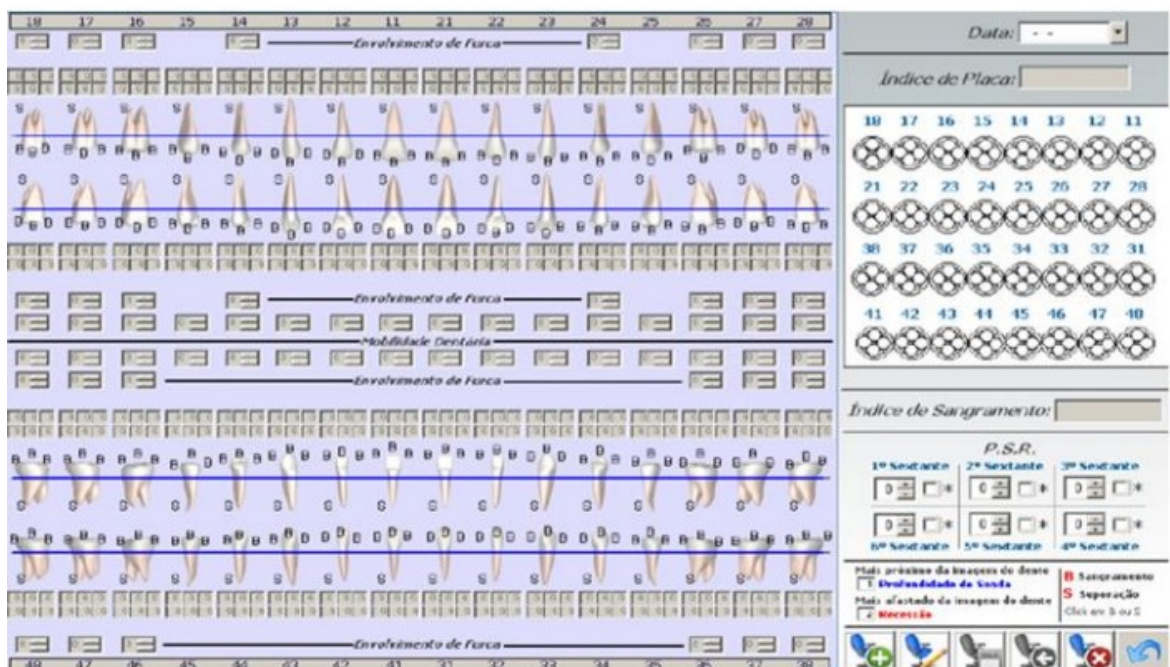
5. ANEXOS

5. Anexos

Anexo I- Odontograma



Anexo II- Periodontograma



Anexo III- História Clínica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA
Resposta Médica

1. ANAMNESE (HISTÓRIA CLÍNICA)

1.1. Motivo de Consulta

1.2. História de Doença Atual

Data (aproximada) de início dos sintomas:

Localização:

Intensidade:

Duração (dias, horas, minutos):

Características: Foco Multifocal Foco Múltiplos Focos

Frequência:

Módo: Súbito Lento Intermitente Per Susto

Evolução: Aguda Crónica Recidivante

Outras Sintomas:

1.3. História Antecedente

1.4. História Precedente

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Inspeção

Face:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Coragem:	<input type="text"/>	Olhos:	<input type="text"/>
Neck:	<input type="text"/>	Carotídeos:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>

2.2. Ausculta

Coragem:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>

2.3. Percussão

Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>

2.4. Palpação

Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>
Inspeção:	<input type="text"/>	Inspeção:	<input type="text"/>

2.2. SINTOMAS

2.2.1. SINTOMAS

2.2.2. SINTOMAS

2.2.3. SINTOMAS

2.2.4. SINTOMAS

2.2.5. SINTOMAS

2.2.6. SINTOMAS

2.2.7. SINTOMAS

2.2.8. SINTOMAS

2.2.9. SINTOMAS

2.2.10. SINTOMAS

2.2.11. SINTOMAS

2.2.12. SINTOMAS

2.2.13. SINTOMAS

2.2.14. SINTOMAS

2.2.15. SINTOMAS

2.2.16. SINTOMAS

2.2.17. SINTOMAS

2.2.18. SINTOMAS

2.2.19. SINTOMAS

2.2.20. SINTOMAS

2.2.21. SINTOMAS

2.2.22. SINTOMAS

2.2.23. SINTOMAS

2.2.24. SINTOMAS

2.2.25. SINTOMAS

2.2.26. SINTOMAS

2.2.27. SINTOMAS

2.2.28. SINTOMAS

2.2.29. SINTOMAS

2.2.30. SINTOMAS

2.2.31. SINTOMAS

2.2.32. SINTOMAS

2.2.33. SINTOMAS

2.2.34. SINTOMAS

2.2.35. SINTOMAS

2.2.36. SINTOMAS

2.2.37. SINTOMAS

2.2.38. SINTOMAS

2.2.39. SINTOMAS

2.2.40. SINTOMAS

2.2.41. SINTOMAS

2.2.42. SINTOMAS

2.2.43. SINTOMAS

2.2.44. SINTOMAS

2.2.45. SINTOMAS

2.2.46. SINTOMAS

2.2.47. SINTOMAS

2.2.48. SINTOMAS

2.2.49. SINTOMAS

2.2.50. SINTOMAS

2.2.51. SINTOMAS

2.2.52. SINTOMAS

2.2.53. SINTOMAS

2.2.54. SINTOMAS

2.2.55. SINTOMAS

2.2.56. SINTOMAS

2.2.57. SINTOMAS

2.2.58. SINTOMAS

2.2.59. SINTOMAS

2.2.60. SINTOMAS

2.2.61. SINTOMAS

2.2.62. SINTOMAS

2.2.63. SINTOMAS

2.2.64. SINTOMAS

2.2.65. SINTOMAS

2.2.66. SINTOMAS

2.2.67. SINTOMAS

2.2.68. SINTOMAS

2.2.69. SINTOMAS

2.2.70. SINTOMAS

2.2.71. SINTOMAS

2.2.72. SINTOMAS

2.2.73. SINTOMAS

2.2.74. SINTOMAS

2.2.75. SINTOMAS

2.2.76. SINTOMAS

2.2.77. SINTOMAS

2.2.78. SINTOMAS

2.2.79. SINTOMAS

2.2.80. SINTOMAS

2.2.81. SINTOMAS

2.2.82. SINTOMAS

2.2.83. SINTOMAS

2.2.84. SINTOMAS

2.2.85. SINTOMAS

2.2.86. SINTOMAS

2.2.87. SINTOMAS

2.2.88. SINTOMAS

2.2.89. SINTOMAS

2.2.90. SINTOMAS

2.2.91. SINTOMAS

2.2.92. SINTOMAS

2.2.93. SINTOMAS

2.2.94. SINTOMAS

2.2.95. SINTOMAS

2.2.96. SINTOMAS

2.2.97. SINTOMAS

2.2.98. SINTOMAS

2.2.99. SINTOMAS

2.2.100. SINTOMAS

2.2.101. SINTOMAS

2.2.102. SINTOMAS

2.2.103. SINTOMAS

2.2.104. SINTOMAS

2.2.105. SINTOMAS

2.2.106. SINTOMAS

2.2.107. SINTOMAS

2.2.108. SINTOMAS

2.2.109. SINTOMAS

2.2.110. SINTOMAS

2.2.111. SINTOMAS

2.2.112. SINTOMAS

2.2.113. SINTOMAS

2.2.114. SINTOMAS

2.2.115. SINTOMAS

2.2.116. SINTOMAS

2.2.117. SINTOMAS

2.2.118. SINTOMAS

2.2.119. SINTOMAS

2.2.120. SINTOMAS

2.2.121. SINTOMAS

2.2.122. SINTOMAS

2.2.123. SINTOMAS

2.2.124. SINTOMAS

2.2.125. SINTOMAS

2.2.126. SINTOMAS

2.2.127. SINTOMAS

2.2.128. SINTOMAS

2.2.129. SINTOMAS

2.2.130. SINTOMAS

2.2.131. SINTOMAS

2.2.132. SINTOMAS

2.2.133. SINTOMAS

2.2.134. SINTOMAS

2.2.135. SINTOMAS

2.2.136. SINTOMAS

2.2.137. SINTOMAS

2.2.138. SINTOMAS

2.2.139. SINTOMAS

2.2.140. SINTOMAS

2.2.141. SINTOMAS

2.2.142. SINTOMAS

2.2.143. SINTOMAS

2.2.144. SINTOMAS

2.2.145. SINTOMAS

2.2.146. SINTOMAS

2.2.147. SINTOMAS

2.2.148. SINTOMAS

2.2.149. SINTOMAS

2.2.150. SINTOMAS

2.2.151. SINTOMAS

2.2.152. SINTOMAS

2.2.153. SINTOMAS

2.2.154. SINTOMAS

2.2.155. SINTOMAS

2.2.156. SINTOMAS

2.2.157. SINTOMAS

2.2.158. SINTOMAS

2.2.159. SINTOMAS

2.2.160. SINTOMAS

2.2.161. SINTOMAS

2.2.162. SINTOMAS

2.2.163. SINTOMAS

2.2.164. SINTOMAS

2.2.165. SINTOMAS

2.2.166. SINTOMAS

2.2.167. SINTOMAS

2.2.168. SINTOMAS

2.2.169. SINTOMAS

2.2.170. SINTOMAS

2.2.171. SINTOMAS

2.2.172. SINTOMAS

2.2.173. SINTOMAS

2.2.174. SINTOMAS

2.2.175. SINTOMAS

2.2.176. SINTOMAS

2.2.177. SINTOMAS

2.2.178. SINTOMAS

2.2.179. SINTOMAS

2.2.180. SINTOMAS

2.2.181. SINTOMAS

2.2.182. SINTOMAS

2.2.183. SINTOMAS

2.2.184. SINTOMAS

2.2.185. SINTOMAS

2.2.186. SINTOMAS

2.2.187. SINTOMAS

2.2.188. SINTOMAS

2.2.189. SINTOMAS

2.2.190. SINTOMAS

2.2.191. SINTOMAS

2.2.192. SINTOMAS

2.2.193. SINTOMAS

2.2.194. SINTOMAS

2.2.195. SINTOMAS

2.2.196. SINTOMAS

2.2.197. SINTOMAS

2.2.198. SINTOMAS

2.2.199. SINTOMAS

2.2.200. SINTOMAS



Odontoma Complexo- Case Report

Rodrigues C.¹, Rios M.¹, Leitão B.², Pereira M.², Borges T.², Marques T.²

¹ Aluna finalista do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras
² Professor Assistente convidado de Medicina Oral do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

Odontoma é o tipo mais comum de tumores da cavidade oral, representando até 70% de todos os tumores orais encontrados. Histopatologicamente, os odontomas complexos são constituídos por uma grande quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que continham esmalte maduro, removido durante a descalcificação. Quanto às suas características clínicas, os odontomas normalmente são assintomáticos, estando associados a retenção de dentes decíduos, de dentes permanentes não erupcionados, dor, expansão da cortical óssea e a deslocamento dentário.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente, do sexo feminino, 21 anos de idade. Radiograficamente, observou-se uma imagem radiopaca bem definida no 2º quadrante. Perante os aspetos clínicos e radiográficos, a hipótese de diagnóstico foi de odontoma complexo. Programou-se a excisão cirúrgica da lesão. Paciente foi anestesiada bloqueando o nervo alveolar superior e nervo palatino maior, foi realizada uma incisão linear com uma descarga em distal da lesão. Foi efetuado o descolamento do retalho e a remoção da lesão foi executada sem intercorrências, não existindo necessidade de realizar osteotomia. A peça foi encaminhada ao exame anatomopatológico, o qual confirmou o diagnóstico de odontoma complexo.



Fig. 1- Ortopantomografia inicial

APRESENTAÇÃO CASO CLÍNICO



Fig. 2- Dente 2.8



Fig. 3- Loca cirúrgica do dente 2.8

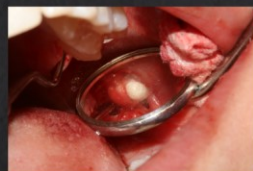


Fig. 4- Visualização do odontoma



Fig. 5- Amostra do odontoma



Fig. 6- Dente 2.8



Fig. 7- Odontoma e dente 2.8

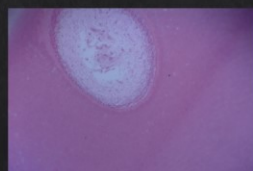


Fig. 8 e Fig. 9 - Dentina de configuração irregular e escassos retalhos de cimento ou esmalte descalcificado (aumento de 4x e 10x, respetivamente)



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste caso foi realizada a excisão cirúrgica de um odontoma complexo numa paciente do sexo feminino, o que difere da literatura que indica uma maior prevalência destas lesões em pacientes do sexo masculino.

Como os odontomas são tumores benignos e assintomáticos, podem chegar a grandes proporções até que o paciente os perceba. Exames radiográficos de rotina, dentes não erupcionados, atrasos na esfoliação de dentes decíduos ou posição ectópica de dentes permanentes podem fornecer sinais para a investigação do odontoma. O tratamento conservador é o recomendado, sendo indicado o mesmo protocolo para os dentes inclusos.

Após o tratamento, o prognóstico é favorável com pouca incidência de recidiva, pois o odontoma complexo não possui potencial de malignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Teruhisa, J., Murakami, M., Hisatomi, Y., Yanagi, J., Asaumi, A. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *Open Dent J.* (2009), pp. 173-176
Sánchez M., Berrocal J., González P. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* (2008), pp. 730-734



Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessão Gingival com Enxerto de Tecido Conjuntivo- Case Report

Rodrigues C.¹, Rios M.¹, Santos N.², Marques T.², Sousa M.³

¹ Aluna finalista do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras

² Professor Assistente convidado de Periodontologia do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

³ Professor regente da área disciplinar de Periodontologia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A recessão gengival é caracterizada como a condição em que a margem gengival está localizada apicalmente à linha amelocementária. Existem vários procedimentos cirúrgicos para impedir a progressão da recessão gengival e alcançar as expectativas estéticas do paciente. O enxerto de tecido conjuntivo é uma das técnicas mais utilizadas para recobrimento de recessões gengivais.

O enxerto de tecido conjuntivo consiste na transferência de uma porção da mucosa oral queratinizada do tamanho da zona recetora, onde o palato é normalmente a zona dadora. O enxerto é de espessura parcial e é constituído por uma fina camada de tecido conjuntivo.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Dados Clínicos:

- Homem, 64 anos de idade, não fumador, IP= 28,5%, BOP= 5%

Diagnóstico Periodontal:

- Periodontite Crónica Moderada
- Recessão gengival Classe II de Miller no dente 2.4, pilar de uma ponte de 3 elementos para substituição do espaço edêntulo do dente 2.5.

Plano de Tratamento:

- Para recobrimento de recessão gengival procedeu-se à cirurgia periodontal plástica com a técnica de enxerto de tecido conjuntivo.

APRESENTAÇÃO CASO CLÍNICO



Ilustração 1: Procedimento Cirúrgico

Ilustração 2: Follow-up 5 semanas

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados previsivelmente satisfatórios, existem desvantagens como a necessidade de realizar uma ferida no palato de dimensões consideráveis o que causa algum desconforto ao paciente, como também a diferença de tonalidade existente entre a gengiva do local recetor com o enxerto do local dador. A sutura realizada minimiza o movimento do enxerto o que permite maior viabilidade do tratamento. Esta técnica continua a ser uma das mais utilizadas e continua a satisfazer as exigências estéticas que os pacientes expectam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jepsen, K., et al. (2012). Treatment of Gingival Recession Defects with a Coronally Advanced Flap and a Xenogenic Collagen Matrix: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*, 40, pp. 82-89.
- Kassab, M. e Cohen, R. (2003). The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of American Dental Association*, 134, pp. 220-225.

X
I
J
O
R
N
A
D
A
S
M
E
D
I
C
I
N
A
D
E
N
T
Á
R
I
A






18

Osteonecrose induzida por bifosfonatos: relato de um caso clínico

Rios M.¹, Rodrigues C.¹, Bexiga F.², Pereira M.², Tinoco J.³

¹ Aluna finalista do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras
² Professor Assistente convidado de Medicina Oral do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa
³ Professor regente de medicina oral do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa



Ilustração 1: Região osteonecrótica precedente à cirurgia



Ilustração 2: Intervenção cirúrgica na região posterior



Ilustração 3: Intervenção cirúrgica na região anterior



Ilustração 4: Controlo pós cirúrgico após 1 mês.

Introdução

Os bifosfonatos são fármacos sintéticos análogos do pirofosfato (zoledronato, alendronato, tiludronato...) usados no tratamento de doenças oncológicas, por inibição dos osteoclastos e, pela diminuição da reabsorção óssea.

Todavia são associados à osteonecrose maxilar quando aliados a intervenções cirúrgicas como é o caso de extrações dentárias, resultando em cicatrização óssea defeituosa irreversível espontaneamente, deixando uma área de osso necrosado exposto (sequestro) na cavidade oral.

O tratamento da osteonecrose passa pela utilização de colutórios de clorhexidina 0,12%, antibioterapia oral e desbridamento cirúrgico da ferida (com anestesia sem vasoconstritor, e sem recurso a instrumentos rotatórios para evitar produção de calor por eles provocada).

Caso clínico

74 anos de idade, sexo masculino, em tratamento quimioterápico para cancro de próstata, com metástases ósseas.

Nos últimos 8 anos, foi submetido a prostatectomia, radioterapia, quimioterapia e a administração de bifosfonatos por injeção intravenosa. Durante o tratamento foram realizadas extrações dentárias no 4º quadrante (região do 4.4 ao 4.8), que conduziu ao aparecimento de sequestros acompanhados por bordos eritematosos e de alta sensibilidade dolorosa ao toque.

Efetuou-se cirurgia para desbridamento do tecido necrótico e prescreveu-se amoxicilina 1000mg, de 12 em 12 horas, durante 8 dias e aplicação tópica de soluções de clorhexidina para promover epiteliação.

Discussão e conclusão

A osteonecrose maxilo/mandibular após o uso de bifosfonatos é um problema crescente para médicos-dentistas. Uma intervenção preventiva é fundamental para evitar que esta patologia se manifeste.

Através dos dados disponíveis de casos reportados, a osteonecrose ocorre em maior frequência (até sete vezes mais) em doentes a que recebem bifosfonatos sob a forma de injeção intravenosa, embora também com o uso de qualquer bifosfonato contendo azoto.

Apesar da intervenção cirúrgica, através do desbridamento e promovendo a epiteliação dos tecidos, é possível que a situação seja irreversível, sobretudo em doentes oncológicos em que os benefícios do tratamento com bifosfonatos são importantes na sua sobrevivência.

Bibliografia
 1. Zeki J, Mansour M, Karim SM. The anti-tumour effects of zoledronic acid. *Journal of bone oncology*. 2014;3(1):25-35. 2. Madrid C, Sanz M. What impact do systemically administered bisphosphonates have on oral implant therapy? A systematic review. *Clinical oral implants research*. 2009;20(4):87-95. 3. Picardo SN, Rodriguez Genta SA, Rey E. Osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos en pacientes osteoporóticos. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2015;37(2):103-7. 4. Sartori P, Rajpovich G, Taborda N, Salente Diaz MC, Nally C. Osteonecrosis del maxilar inferior por bifosfonatos. Presentación de caso. *Revista Argentina de Radiología*. 2015;79(1):40-6. 5. Richards D. Guidelines for bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw. *Evidence-based dentistry*. 2008;9(4):101-2. 6. Oliver R. Bisphosphonates and oral surgery. *Oral Surgery*. 2009;2(2):56-63. 7. Marković G, Mečković FR, Čurina WJ, Hisković WS. Bisphosphonate osteonecrosis: a protocol for surgical management. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 2009;47(4):294-7.