



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

UISEU

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:  
Giulia Catalano

Viseu, 2020





**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

UISEU

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:  
Giulia Catalano

Orientador: Prof. Doutor Miguel Agostinho Beco Pinto Cardoso  
Coorientador: Mestre Ana Sara Rodrigues Paixão

Viseu, 2020



Alla perseveranza di mio padre  
Al calore di mia madre  
All'infallibilità di mia sorella.

## **Agradecimentos**

Ringrazio mio padre, senza il quale non avrei mai raggiunto questo traguardo.

Grazie perché la tua forza è diventata la mia, i tuoi sacrifici la mia felicità, la tua sofferenza il mio miglioramento.

Grazie perché le maggiori difficoltà della vita sono apparse, accanto a te, come le più grandi banalità.

Grazie perché nonostante le visioni di vita diverse, attraverso il tuo esempio, saprò sempre cosa sarà più giusto, soprattutto nei momenti di sconforto e oscurità.

Grazie per essere sempre “giovane”, per essere rimasto un semplice ragazzo che suonava la batteria e ascoltava i Pink Floyd.

Grazie per emozionarti insieme a me di fronte ad un concerto o ad una canzone.

Grazie per incarnare perfettamente l'estro delle arti e la ragionevolezza delle scienze.

Grazie per il nostro rapporto conflittuale perché è anche attraverso le incomprensioni, i litigi, le discussioni ed i silenzi che sono diventata quel che sono.

Grazie per avermi fatto viaggiare e scoprire le tante realtà che animano il mondo, in fondo, sono esattamente quello che tu hai dentro.

Grazie perché basta solo guardarti in viso per capire quanto prezioso sei.

Ti ringrazio per essere stato capace di sopportare il peso di tutte le rughe che t'hanno accompagnato negli anni, ai miei occhi sono sempre sembrate come i tuoi personalissimi scalini al podio della vita.

Grazie per avermi fatto assistere alla trasformazione della tua vita da “normale” in straordinaria.

Grazie per gli abbracci lievi e gli occhi lucidi ad ogni mia partenza.

Ad ogni modo, ti ringrazio per tutte le volte in cui ti sei preoccupato per me.

Grazie per tutti i “mi raccomando, copriti bene”, sarà la frase che mi accompagnerà per il resto della mia vita.

Grazie a mia madre, per essere la persona che più amo al mondo, per avermi cresciuta con straordinario amore, per avermi sempre spronato a fare meglio, giorno dopo giorno.

Grazie per riempirmi di gioia ogni volta che ti sento, quando guardo il tuo sorriso e quando mi riscaldi unicamente con il tuo calore materno.

Grazie per farmi innervosire e ridere tanto, per il tuo essere buffa, la dedizione alla famiglia e l'ineguagliabile forza nei momenti di maggiore difficoltà.

Ti ringrazio per tutte le critiche quotidiane, gli accesi scontri e diverbi.

Ti ringrazio per la tua semplicità, per il rigore, la solarità.

Grazie perché, nei momenti più oscuri, m'hai risollevato e mostrato la retta via senza mai farmi troppo sognare.

Grazie perchè sai essere l'alfa e l'omega.

Grazie perchè rimarrai sempre una "dolce Venere di Rimmel", proprio come canta De Gregori.

Grazie per avermi regalato gli abbracci più belli della mia vita, non li dimenticherò mai.

Ringrazio mia sorella, parte di me e musa ispiratrice durante questi lunghi 25 anni.

Grazie per essere indissolubilmente cresciute insieme, per tutti i pomeriggi estivi a guardare Beverly Hills, Dowson Creek, gli Intoccabili, Chiedimi se sono felice e Il Ciclone, scoppiando puntualmente a ridere su "tappami Levante, tappami se tu mi vo' bene!".

Ti ringrazio per darmi la certezza di poter contare sempre su di te, sul tuo aiuto ed appoggio, per il fatto che avrò sempre la tua presenza nella mia vita.

Grazie per le mostre a Roma, l'amore per l'arte ed i quadri, i letti condivisi ed i litigi, la poca pazienza, le urla e le tante botte.

Grazie per la bellezza dei viaggi che abbiamo fatto insieme, passo dopo passo, in capo al mondo.

Grazie per costituire, io e te, le due facce della stessa medaglia, quella di mamma e papà.

Grazie per la tua infallibilità, cultura, curiosità, puntualità, voglia di fare, generosità e altruismo. Non avrei potuto desiderare altra sorella maggiore, se non te!

Ti amo!

Ringrazio mia nonna e mia zia Luisa che sono state balsamo per le ferite create dalla distanza, per le delusioni che ho ricevuto nel corso del tempo e grande ristoro quando mi sentivo sola. Ho sempre saputo quanto voi foste importanti per me, dalla mia nascita fino ad oggi. Vi voglio bene!

Ringrazio Giulia per l'amicizia che ci lega dai tempi dell'asilo, per le notti a vedere film horror ridendo a crepapelle, per le canzoni urlate in macchina, per la tua scarsissima puntualità e per le albe d'estate in spiaggia a ballare insieme.

Grazie per la tua maniera di chiedere il conto ai ristoranti, per l'autoironia e per il tuo spiccato senso organizzativo.

Grazie per le follie a Panarea, le discoteche e le colazioni a Gallipoli, i prosciocchi di troppo e le notti a parlare della vita.

Grazie per i 200 km/h in Mini una notte d'estate alla tonnara sfiorando la morte, per quella notte a San Lorenzo in cui abbracciate cercavamo di cantare "La donna cannone" non ricordando le parole, ma soprattutto grazie per l'autenticità e per l'essere profondamente te stessa, ovunque tu vada.

Ti ringrazio per gli errori e i silenzi, le urla, il sushi a Roma e i concerti.

Grazie per la complicità e la sincerità.

Grazie per avermi regalato sorrisi, incondizionatamente.

Grazie per le lunghe chiamate di confessioni e consigli, per i viaggi organizzati insieme, grazie perché riesci sempre ad imporre le tue idee, da vera bulla quale sei!

Grazie per l'affetto, gli abbracci, le lacrime, la nostalgia e le malinconie, il tuo essere un falso toro ed il mio essere un vero pesci.

Ancora una volta, grazie per rendermi felice ogni volta che ripenso alle cose fatte insieme.

Per te, ci sarò sempre.

Ringrazio Aldo per il suo essere intraprendente, per tutti gli anni di scuola insieme, per i passaggi in moto andando alle mangiate di classe, per le attese degli autobus al ritorno da scuola, i tanti pomeriggi a studiare insieme, le estati al mare, gli abbracci e gli scambi d'opinione.

Ti ringrazio per essere stato presente da quando sono nata fino ad oggi, per aver cantato insieme a squarcia gola "Colpa d'Alfredo" in macchina, ogni estate!

Grazie per le prese in giro, i consigli e per quello che avverrà...

Sono certa che tra 30 anni potremo ancora contare su questa splendida amicizia.

Grazie per essere cresciuti insieme, uno a fianco dell'altro, come solo due veri amici riescono a fare.

Grazie Aldo perchè, in fondo, siamo come fratello e sorella.

Sarò per sempre la tua “the last wheel”!

Ringrazio Luana per la sua presenza ed il supporto.

Grazie per aver sognato insieme grandi viaggi, per tutte le prese in giro, i pigiama party, le lacrime e le litigate.

Grazie per le risate inspiegabili nel letto di Amsterdam, per il pronto soccorso a Gallipoli, le zanzare alle 4 di notte a Lipari, per tutti gli orecchini che t’ho strappato e perso, gli abbracci da ubriaca, l’affetto intramontabile, le grandi feste.

Grazie per aver tollerato tutti i “ti giuro” che non avrei mai dovuto dire, per aver urlato cantando insieme in macchina, per avermi protetta quando non sapevo cosa dire, per aver intuito le mie fragilità, per aver capito insieme che i giudizi e i pregiudizi non hanno poi così tanta importanza, per il nostro animo poetico, la tua indole da manager, il tuo essere teatrale, per le nostre gioie ed euforie, ansie e abissi della vita.

Ti ringrazio per aver condiviso tante avventure, per esserci sfogate reciprocamente, per la tua bontà, per il tuo senso di ospitalità, più unico che raro.

Grazie per avermi dato la sicurezza che al termine di ogni nostra avventura ce ne sarebbe stata subito un’altra.

Ringrazio Domenico per il suo essere taciturno e tenero allo stesso tempo, per il vento in moto, le sdraio condivise, le prese in giro e le urla contro.

Grazie per farmi innervosire come solo tu sai fare, litigare e poi presentarti sotto casa per fare pace.

Ti ringrazio per tutti i tramonti a mare, le discussioni, le cene estive, il vino, le mancate chiamate e i grandi sorrisi, il mio compleanno ad Amsterdam, le foto scattate insieme, le tue critiche e i miei ritardi.

Ti ho sempre detto che sei molto di più di quello che esterni, forse il tuo segreto risiede proprio in questo.

Sei un grande confidente e fedele amico, dall’animo mite e genuino ed è per questo che tutte le volte in cui litighiamo non perdo mai le speranze con te.

Sarò presente ogni volta che vorrai, memore del fatto che anche tu lo farai con me.

Ti voglio bene!

Ringrazio Rosanna, per l’allegria contagiosa, il vivere la vita a modo suo e l’essere sempre schietta, nonostante tutto e tutti. Grazie per i tuoi occhi sempre vivi, le continue

lamentele ed i passaggi in macchina fumando al volante 300 sigarette, rigorosamente.  
Grazie per tutte le volte che ci confidavamo e, alla fine, dai pianti si passava alle risate.  
Con te, la vita sembra tutta più allegra!  
Ti voglio bene, Rosannuzza!

Ringrazio Ale Bonny per aver condiviso cinque lunghi anni al Pizi e per l'indimenticabile periodo messinese, breve ma intenso, fatto di pause con riti yoga e sveglie incredibilmente non sentite.  
Ti ringrazio per essere una passionaria, col tuo spirito vincente, per l'aver una valida risposta da dare a tutti e la battuta sempre pronta!  
Grazie per il tuo essere incasinata e persa sempre chissà dove.  
Grazie per i lunghi discorsi le notti d'estate, sui perché e per come dell'amore, tra consigli, urla e vere risate.  
Grazie per le grandi feste fatte insieme, per le tue immancabili battute penose ai microfoni, per la musica fino all'alba, ogni fine Agosto d'estate.  
Grazie per aver condiviso un meritatissimo penultimo posto alla caccia al tesoro, non dimenticherò mai "IENE NE PALADINI", la chiesa del Carmine di Palmi.  
Grazie ancora per le notti a Lipari e Panarea, la felicità.  
Sarai sempre la mia campanara del cuore, più di una semplice compagna di classe.  
Ti voglio bene!

Ringrazio Manu, il ragazzo più elegante che io conosca, all'apparenza timido ma di grande simpatia e disponibilità.  
Grazie per usare il profumo più buono al mondo, per i consigli in merito a tecnologia, per le risate sui racconti di Cosenza, per tutte le volte che m'hai fatto ridere con le tue battute, per le feste insieme e le vacanze.  
Ti ringrazio perché anche tu, a distanza, m'hai dato la forza di andare avanti!  
Ti voglio bene, Manuzzo!

Ringrazio Cristiano, per essere un grande amico, persona speciale, brillante e irriverente. Grazie per essere sempre stato al mio fianco quando ne avevo bisogno,

per avermi fatto ridere e sorridere, per avermi arricchito col tuo sapere, per condividere tanti interessi, per le discussioni costruttive, per la tua bontà.

Grazie ancora per quella notte in macchina a cantare Caparezza e non riuscire ad uscire dal Piano delle fosse, grazie per le tante chiacchierate a notte fonda sotto casa mia fino alle 04:00, grazie per il fatto che potrò sempre contare su un amico come pochi.

Ti voglio bene!

Ringrazio Selene, compagna di vita e di università.

Tantissime sono state le difficoltà, lo sconforto ed i pianti ma altrettante sono state le risate, i confronti e le complicità.

Ti ringrazio per i consigli, la pazienza e le spiegazioni in materia.

Abbiamo affrontato questo percorso unite nella diversità, potendo contare l'una sull'altra, anche quando pazienza e tranquillità non erano proprio all'ordine del giorno!

Ti ringrazio per aver sfiorato la rissa e le botte in un qualsiasi pomeriggio di Gennaio, quando i calcoli di DDM E DDD non mi erano del tutto chiari, anche alla dodicesima spiegazione, francamente ho temuto per la mia incolumità!

Per me, sei stata amica e confidente.

Grazie per aver condiviso viaggi della speranza, gioie, studio di esami, nervosismo e tensione.

Grazie per il tuo essere sempre capace di sorprendere e reinventarti.

Grazie per il pragmatismo, l'immediatezza, la tua complessità, la vivacità.

Una canzone di De Gregori dice: << due buoni compagni di viaggio non dovrebbero lasciarsi mai. Potranno scegliere imbarchi diversi, saranno sempre due marinai.>>

Ecco, mi auguro che tra noi avvenga esattamente questo, per il resto della nostra vita.

Ti voglio bene.

Ringrazio Erika, per le tante serate Romane, i notturni aspettati a Trastevere, i sabati finiti a dormire a casa sua, le quattro fermate di metro a dividerci, perché l'amicizia è andata avanti nonostante tutto e tutti, per i concerti e le passeggiate ai Fori Imperiali.

Grazie perché ti sento vicina anche a chilometri di distanza, perché basta rivederci un giorno e capire che è tutto rimasto come prima.

Infine, ringrazio me stessa.

Grazie a me perchè, in fondo, l'ho sempre saputo.

Agradeço ao meu orientador, o Prof. Doutor Miguel Cardoso pela disponibilidade e profissionalismo que me transmitiu.

Agradeço à Mestre Ana Sara Paixão como coorientadora pela ajuda e motivação na realização deste projeto.

Agradeço à Professora Doutora Filomena Capucho para o especial apoio pessoal e didático, desde quando cheguei até ao final deste longo percurso.

Agradeço ao Professor Irving Padin pelos conselhos transmitidos, profissionalismo, simpatia e constante apoio.

Agradeço ao Professor Felipe Araújo, à Prof. Doutora Patrícia Fonseca, à Prof. Doutora Patrícia Couto, ao Prof. Doutor André Correia que tive o prazer de conhecer e que me deram motivação e força para seguir em frente, quando tudo parecia difícil. À minha binómia Olga, pelas dificuldades enfrentadas juntas e pelos momentos mais felizes.

À Diana, pessoa fantástica, sempre gentil e disponível. Gosto muito de ti, foi um prazer ter-te conhecido.

À Joana que, ao longo do tempo, tornou-se uma grande amiga que me deu tanto carinho.

À Alice, por todos os momentos em que me apoiou, pelas gargalhadas e pela simpatia.

Ao Francisco Sanches que foi o meu segundo binómio e se revelou um rapaz incrível. Um agradecimento a todos os meus colegas que me acompanharam durante os 5 anos.

## Resumo

**Introdução:** Ao longo do tempo, a ciência da Medicina Dentária, juntamente com outras áreas da saúde envolvidas na cura das patologias orais, demonstrou ter maior relevância na vida de cada indivíduo, principalmente pelo facto que o progresso da sociedade contemporânea, quer em termos tecnológicos quer educacionais, tem ação direta sobre os hábitos, desejos e tendências estéticas, saúde geral. Ela permitiu ainda melhorar significativamente a qualidade de vida, bem como a função do sistema estomatognático. Cada vez mais, os cuidados de higiene oral e o planeamento de reabilitações complexas são prioridade dos pacientes. Na Universidade Católica Portuguesa de Viseu os fundamentos teóricos e o ensino prático na Clínica Universitária estão na base da formação completa do aluno e na obtenção do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. A elaboração de um correto diagnóstico e tipo de tratamento é o resultado de uma componente multidisciplinar entre diversas áreas clínicas, como a Cirurgia Oral, a Dentisteria Operatória, a Endodontia, a Medicina Oral, a Oclusão, a Odontopediatria, a Ortodontia, a Periodontologia, a Prostodontia Fixa ou a Prostodontia Removível.

**Atividade Clínica:** o presente relatório consta de uma introdução geral da Medicina Dentária, de uma análise estatística descritiva de todos os dados recolhidos durante o atendimento dos pacientes nas consultas realizadas pelo binómio 73 e, por último, da descrição de três casos clínicos diferenciados atinentes às áreas da Medicina Oral e Prostodontia Removível, dando maior enfoque às técnicas usadas, ao plano de tratamento e ao *follow-up* final.

**Casos clínicos:** o primeiro caso trata da remoção de um mucocelo no lábio inferior, através de bisturi tradicional para sua exérese. O segundo caso, é a confeção de uma sobredentadura implantossuportada com *attachment* tipo *Locator*<sup>®</sup>. O terceiro caso é o planeamento multidisciplinar para reabilitação protética removível, envolvendo as disciplinas de Endodontia, Dentisteria Operatória e Cirurgia Oral.

**Palavras-Chave:** Caso Clínico, Diagnóstico, Medicina Dentária, Medicina Oral, Prostodontia Removível

## **Abstract**

**Introduction:** Over time, the science of Dentistry, along with other areas of health involved in the cure of oral pathologies, has shown to be more relevant in the life of each individual, mainly due to the fact that the progress of contemporary society, both in technological and educational terms, has direct action on aesthetic habits, desires and tendencies, general health. It has also significantly improved the quality of life, as well as the function of the stomatognathic system. Increasingly, oral hygiene care and complex rehabilitation planning are a priority for patients; therefore, at the Universidade Católica Portuguesa de Viseu, the theoretical foundations and practical teaching at the Clínica Universitária are the basis for obtaining the Integrated Master in Dental Medicine, for the complete education of the student, whose elaboration of a correct diagnosis and type of treatment is the result of a multidisciplinary component between several clinical areas, such as Oral Surgery, Operative Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontology, Fixed Prosthodontics and Removable Prosthodontics.

**Clinical activity:** This report consists of a general introduction to Dentistry, a descriptive statistical analysis of all the data collected during patient care in consultations carried out by binomial 73 and, finally, the presentation and description of three different clinical cases related to the areas Oral Medicine and Removable Prosthodontics, giving greater focus to the techniques used, the treatment plan and the final follow-up.

**Differentiated clinical cases:** the first case deals with the removal of a mucocele on the lower lip, using a traditional scalpel for its excision. The second case present is the making of an implant-supported overdenture with Locator<sup>®</sup> type attachment. The third case is a multidisciplinary planning for removable prosthetic rehabilitation, involving the disciplines of Endodontics, Operative Dentistry and Oral Surgery.

**Keywords:** Clinical Case, Dentistry, Diagnosis, Oral Medicine, Removable Prosthodontics

## Índice

Introdução .....	1
Atividade Clínica .....	4
Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar .....	8
1. Endodontia .....	10
2. Cirurgia Oral .....	12
3. Dentisteria Operatória .....	15
4. Medicina Oral .....	19
5. Ortodontia.....	21
6. Prostodontia fixa.....	23
7. Periodontologia.....	26
8. Prostodontia removível.....	29
9. Oclusão .....	32
10. Odontopediatria .....	35
Casos Clínicos Diferenciados .....	37
Caso Clínico I – Mucocelo no Lábio inferior .....	37
Caso clínico II - Sobredentadura mandibular implanto-suportada com sistema de retenção do tipo Locator® .....	43
Caso clínico III – Caso clínico multidisciplinar .....	54
Referências bibliográficas .....	70

## Índice dos gráficos

Gráfico 1 - Número de consultas como assistente e operador.....	5
Gráfico 2 - Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento. .....	5
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por sexo. ....	6
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por idade.....	6
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores. ....	7
Gráfico 6 - Número de doenças pelo número total de pacientes. ....	7
Gráfico 7 - Distribuição do número de consultas por área disciplinar. ....	8
Gráfico 8 - Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas.....	9
Gráfico 9 - Distribuição do número de desmarcações e faltas por área disciplinar....	9
Gráfico 10 - Número de consultas como operador e assistente em Endodontia.....	11
Gráfico 11 - Atos clínicos como operador realizados em Endodontia. ....	11
Gráfico 12 - Número de consultas como assistente e operador em Cirurgia Oral. ..	13
Gráfico 13 - Atos realizados em Cirurgia Oral.....	13
Gráfico 14 - Tipo de atos clínicos como operador em Cirurgia Oral.....	14
Gráfico 15 - Número de consultas como assistente e operador em Dentisteria Operatória. ....	16
Gráfico 16 - Motivos de consulta em Dentisteria Operatória. ....	16
Gráfico 17 - Número de atos clínicos segundo o procedimento realizado. ....	17
Gráfico 18 - Número de atos clínicos segundo o material utilizado.....	17
Gráfico 19 - Tipo de atos clínicos como operador em Dentisteria Operatória.....	18
Gráfico 20 - Número de consultas como operador e assistente em Medicina Oral..	20
Gráfico 21 - Número de consultas como operador assistente em Ortodontia.....	22
Gráfico 22 - Tipos de consultas em Ortodontia. ....	22
Gráfico 23 - Número de consultas como operador e assistente em Prostodontia Fixa. .....	24
Gráfico 24 - Tipos de consulta em Prostodontia Fixa.....	24
Gráfico 25 - Tipo de atos clínicos como operador em Prostodontia Fixa. ....	25
Gráfico 26 - Número de consultas como assistente e operador em Periodontologia. .....	27
Gráfico 27 - Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia. ....	27

Gráfico 28 - Tipo de atos clínicos como operador em Periodontologia. ....	28
Gráfico 29 - Número de consultas como assistente e operador em Prostodontia Removível. ....	30
Gráfico 30 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Removível. ....	30
Gráfico 31 - Tipo de atos clínicos como operador em Prostodontia Removível. ....	31
Gráfico 32 - Número de consultas como assistente e operador em Oclusão.....	33
Gráfico 33 - Tipos de consulta em Oclusão. ....	33
Gráfico 34 - Tipo de atos clínicos, como operador em Oclusão.....	34
Gráfico 35 - Número de consultas como assistente e operador em Odontopediatria. ....	36
Gráfico 36 - Tipos de tratamento realizados em Odontopediatria.....	36

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Fotografia intraoral .....	38
<b>Figura 2</b> - Medição da lesão com sonda milimetrada .....	38
<b>Figura 3</b> - Exérese da lesão .....	39
<b>Figura 4</b> - Síntese dos tecidos .....	39
<b>Figura 5</b> - Peça cirúrgica .....	39
<b>Figura 6</b> - Peça cirúrgica em formol 10% .....	40
<b>Figura 7</b> - Controlo após 1 mês .....	40
<b>Figura 8</b> - Ortopantomografia .....	44
<b>Figura 9</b> - Radiografia periapical 3.3.....	45
<b>Figura 10</b> - Radiografia periapical 4.3 (verificou-se a ausência de um parafuso de cicatrização) .....	45
<b>Figura 11</b> - Foto intraoral com parafusos de cicatrização.....	45
<b>Figura 12</b> - Pilares de impressão.....	46
<b>Figura 13</b> - Férula com resina acrílica .....	46
<b>Figura 14</b> - Moldeira individual .....	47
<b>Figura 15</b> - Impressão definitiva .....	47
<b>Figura 16</b> - Medição DVO .....	48
<b>Figura 17</b> - Registo intermaxilar finalizado .....	48
<b>Figura 18</b> - Escolha da cor dos dentes .....	48
<b>Figura 19</b> - Seleção do pilar 3.3 .....	49
<b>Figura 20</b> - Seleção do pilar 4.3 .....	49
<b>Figura 21</b> - Aperto do pilar 3.3.....	50
<b>Figura 22</b> - Attachments Locator®.....	50
<b>Figura 23</b> - Pick-up com acrílico Tokuyama® REBASE II Fast .....	50
<b>Figura 24</b> - Remoção dispositivos de polietileno preto de baixa densidade .....	50
<b>Figura 25</b> - Colocação borrachas de Nylon azuis de retenção ultra-suave 1,5 lb....	51
<b>Figura 26</b> - Prótese definitiva (vista frontal) .....	51
<b>Figura 27</b> - Ortopantomografia .....	56
<b>Figura 28</b> - Radiografia periapical dente 3.4 e 3.5.....	56
<b>Figura 29</b> - Radiografia periapical dente 4.3 e 4.4.....	56
<b>Figura 30</b> - Radiografia periapical dente 3.7.....	57
<b>Figura 31</b> - Fotografia intraoral maxilar.....	57
<b>Figura 32</b> - Fotografia intraoral mandibular .....	57

<b>Figura 33</b> - Desenho de prótese .....	58
<b>Figura 34</b> - Confirmação da odontometria de trabalho .....	59
<b>Figura 35</b> - Confirmação da conometria canal MV e ML .....	60
<b>Figura 36</b> - Confirmação da conometria do canal D .....	60
<b>Figura 37</b> - Obturação .....	61
<b>Figura 38</b> - Restauração definitiva.....	61
<b>Figura 39</b> - Fotografia intraoral (vista lateral esquerda).....	62
<b>Figura 40</b> - Peça cirúrgica pós-extracional .....	62
<b>Figura 41</b> - Impressão de arrasto .....	63
<b>Figura 42</b> - Esqueleto para prova + cera de registo maxilo mandibular .....	64
<b>Figura 43</b> - Escolha de cor B4 .....	64
<b>Figura 44</b> - Prova de dentes com marcação de pontos de contacto .....	64
<b>Figura 45</b> - Prova de dentes com marcação de pontos de contacto (vista intraoral).....	65
<b>Figura 46</b> - Prótese parcial removível esquelética.....	65
<b>Figura 47</b> - Prótese superior rebasada e com marcação dos pontos de contato ....	65
<b>Figura 48</b> - Inserção da prótese definitiva .....	66
<b>Figura 49</b> - Fotografia intraoral (vista lateral esquerda).....	66
<b>Figura 50</b> - Fotografia intraoral (vista lateral direita).....	66
<b>Figura 51</b> - Fotografia extra oral (vista frontal) .....	66
<b>Figura 52</b> - Fotografia extra oral (vista lateral).....	67

## **Abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

DTM - Disfunção temporomandibular

UE – União Europeia

GBD - *Global Burden of Disease*

CEP - Classificação do Edentulismo Parcial

CDED - Classificação de Dentes Extensamente Destruídos

RDC/DTM - *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

DVO - Dimensão Vertical de Oclusão

ODM - Odontometria

ODMt - Odontometria de trabalho

MV – Mesiovestibular

ML – Mesiolingual

D – Distal

## **Introdução**

Na Medicina Dentária, a saúde oral não pode ser tratada de uma forma isolada, sendo necessário abordá-la através das várias áreas que a constituem. Como refere Patrick Hescot, a FDI World Dental Federation afirma que a ausência de patologias orais não é o mero resultado do ato de cuidar dos dentes e tecidos moles do indivíduo, mas também do seu bem-estar psíquico, o que resulta numa visão mais ampla e multidimensional da medicina dentária(1). Em geral, o papel do médico dentista deve ter como finalidade a formulação de um correto diagnóstico das patologias que afetam as componentes da cavidade oral, nomeadamente articulação temporomandibular, ossos maxilares, tecidos moles, gengiva, mucosas jugais, língua, músculos da mastigação e, por fim, dentes e esmalte, dentina, polpa, cemento e ligamento periodontal. Segundo o mesmo artigo, as vertentes fundamentais na execução de cada tratamento dentário são a estética e a função. Será, portanto, imperativo oferecer aos pacientes harmonia e simetria no sorriso, bem como capacidade de falar, mastigar, beber e deglutir sem ter dificuldades(1). Desde a década passada, a promoção da saúde oral, a sua educação e adequadas medidas de prevenção são parte integrante do serviço prestado pelos dentistas durante o atendimento ao público, por meio de informações básicas de saúde ou normal reforço da higiene oral(1). Estabelecer uma boa comunicação médico-paciente e ter a capacidade de ouvir as necessidades e queixas do paciente são aspetos essenciais no sucesso de qualquer tipo de tratamento, auxiliando assim o controlo das duas principais doenças orais: cárie dentária e doença periodontal(2). Perante quadros clínicos complicados, o grande desafio colocado aos profissionais não é só identificar a etiologia e impedir o desenvolvimento das causas, mas também explicar os benefícios obtidos com uma apropriada escovagem de dentes, gengiva e língua, coadjuvada com o uso do fio dentário, colutório e uma dieta balanceada, limitando o consumo de hidratos de carbono(3). Ao longo do século XIX e durante o século XX, a evolução da Medicina Dentária teve o seu pico de crescimento devido ao avanço nas investigações e inovação tecnológica, contribuindo para o aperfeiçoamento do indivíduo na sociedade. Cada vez mais, tem havido descobertas em termos de tratamento da doença periodontal, da integração de implantes no osso alveolar, do desenvolvimento de guias para a realização de cirurgias protéticas, para além do facto que vários

estudos analisarem a influência do comprometimento das vias aéreas no padrão da respiração, crescimento craniofacial adverso, maloclusões dentárias, distúrbios do sono, sintomas semelhantes ao da disfunção temporomandibular(4). O aumento da esperança média de vida fez com que o número de pacientes com comorbilidades e polimedicação seja nitidamente mais elevado, obrigando o profissional a adotar precauções antes de iniciar qualquer procedimento dentário(5). Um estudo de 2015, que comparou os gastos económicos relativos às várias doenças nos 28 estados membros da União Europeia (UE), revelou que as doenças cardiovasculares, diabetes e doenças dentárias eram as mais dispendiosas; de facto, alguns tipos de tratamentos dentários podem revelar-se bastante dispendiosos. Existem custos diretos, isto é, os gastos com tratamentos de rotina, bem como os custos indiretos, por exemplo, a redução da produtividade pela falta de trabalho ou de outras atividades, e custos intangíveis, ou seja, a presença de sintomas ou dificuldade na mastigação e fala. A Organização Mundial da Saúde, OMS, define que a condição socioeconómica pode influenciar a saúde geral e o bem-estar psicológico de cada indivíduo. É, portanto, fundamental dar um maior apoio por meio dos serviços de saúde para reduzir o risco de doenças sistémicas e incidência de cárie dentária. De acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (GBD) de 2015, cerca de 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo têm cárie não tratada, quer em dentição decídua quer em dentição permanente, além de doença periodontal grave, edentulismo e carcinoma. Como refere a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer, os tumores de lábio e cavidade oral figuraram dentro dos quinze cancros mais comuns do mundo em 2018(6). Em 2010, a cárie não tratada em dentes decíduos afetava 9,0% das crianças da população global, cuja prevalência continuou constante entre 1990 e 2010(6). Entre 2010 e 2015, a patologia mais prevalente em indivíduos adultos foi lesão cariiosa não tratada, atingindo 35% da população global. Para além disso, vários estudos observaram que a doença periodontal grave é a sexta condição de saúde mais prevalente, afetando 10,8% das pessoas no mundo. No que diz respeito à perda de peças dentárias, dados recolhidos entre os últimos anos '90 e a primeira década de 2000 atestaram que 2,3% da população global se encontrava desdentada mas, hoje em dia, com o aumento dos cuidados orais, a prevalência reduziu, passando de 4,4% para 2,4%(6). Segundo o estudo de Melo, Marques e Silva, 97,6% da população Portuguesa escova os dentes pelo menos uma vez por dia. No mesmo artigo, em relação à perda de dentes permanentes, cerca de 70,3% refere-se à perda de pelo

menos um dente e 32,5% à perda de mais de seis dentes. Além disso, quase 50% da população relatou não ir ao dentista há mais de um ano, devido à crise económica, custos elevados e falta de perceção da importância dos controlos médicos. De uma forma geral, os hábitos portugueses estão de acordo com a média europeia, sendo que apenas pessoas de classe social mais baixa e idosos têm mais problemas dentários e dificuldade no acesso aos serviços de saúde oral(3).

Na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, os alunos adquirem, durante o decorrer das aulas, conhecimentos teóricos e práticos através do atendimento público dos pacientes, dividindo os tratamentos por áreas disciplinares. O presente relatório foi elaborado para apresentar a análise estatística descritiva dos dados referentes aos atos clínicos realizados pelo binómio 73, desde o dia 17 de setembro de 2019 até ao dia 13 de março de 2020, bem como a descrição de três casos clínicos diferenciados.

## **Atividade Clínica**

Na elaboração do presente relatório, as bases de dados PubMed e SciELO, e o motor de busca Google Scholar foram usados para fazer uma revisão da literatura científica sobre cada área da Medicina Dentária, incluindo livros e artigos científicos mais pertinentes. No que diz respeito à organização e citação das referências bibliográficas, foi usado o sistema de gestão de referências bibliográficas, desenvolvido pela Elsevier, designado Mendeley. Para a edição do texto foi utilizado o programa Microsoft Corporation Word®, versão 15.30, e para a elaboração da análise estatística descritiva o programa Microsoft Corporation Excel® 2019 (16.0).

Com base na atividade clínica desenvolvida pelo binómio 73 na Clínica Dentária Universitária da UCP, do Centro Regional de Viseu, desde o dia 17 de Setembro de 2019 até ao dia 13 de Março de 2020, efetuou-se a contabilização de todas as consultas realizadas, a sua identificação por operador e assistente e a análise dos dados sociodemográficos dos pacientes. A recolha dos dados para formulação da análise estatística sofreu uma interrupção, no início do segundo semestre, por causa do desenvolvimento da pandemia da Covid-19 e isso fez com que não houvesse aulas presenciais e atendimento aos pacientes na Clínica Universitária, tendo os alunos apenas aulas teóricas online e seminários por videoconferência, retomando a prática clínica condicionada a 15 de Junho. Foi ainda realizada uma análise dos dados por área disciplinar, com a respetiva distribuição e análise do número de consultas, diagnóstico e procedimento realizado. Os dados foram obtidos por via do programa eletrónico de gestão das fichas individuais dos pacientes, Imaginsoft Newsoft DS® e dos programas eletrónicos imagiológicos, Planmeca Romexis® e Planmeca Dimaxis®. Para a documentação fotográfica dos casos clínicos diferenciados, usou-se uma máquina Canon EOS Rebel T6 EF-S 18-55mm, utilizando as definições ISO 100, F 22, V 1/200, para as fotografias intraorais e ISO 400, F 13, V 1/60, para as fotografias extraorais.

Nesta secção serão expostos a análise estatística dos dados recolhidos durante toda a atividade clínica desenvolvida pelo binómio 73, ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Dentária Universitária da UCP. Em cada consulta das várias áreas disciplinares, efetuou-se anamnese, história clínica, diagnóstico e tratamento. No total, foram realizadas 88 consultas, das quais 43 como operadora e 45 como assistente, sendo 5 primeiras consultas de avaliação e recolha de dados e 38 consultas de continuação de tratamento, conforme se pode observar nos Gráficos 1 e 2.

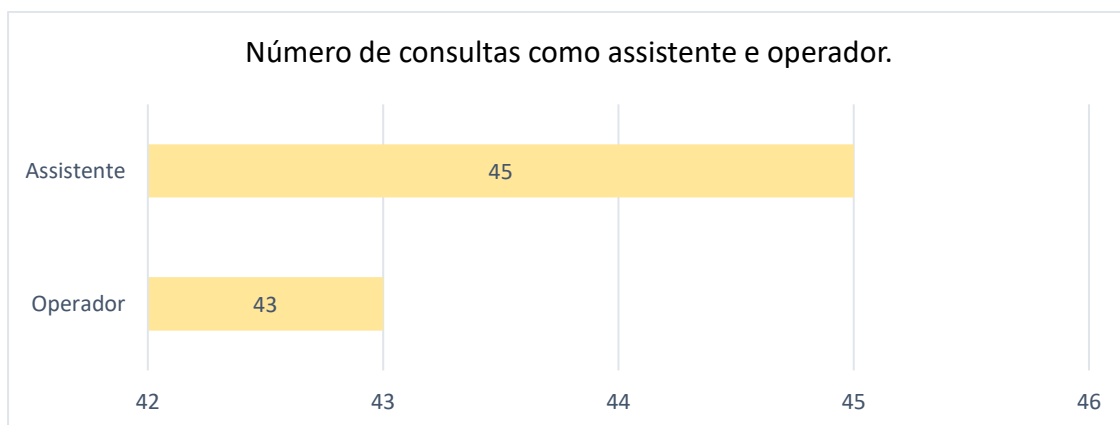


Gráfico 1 - Número de consultas como assistente e operador.

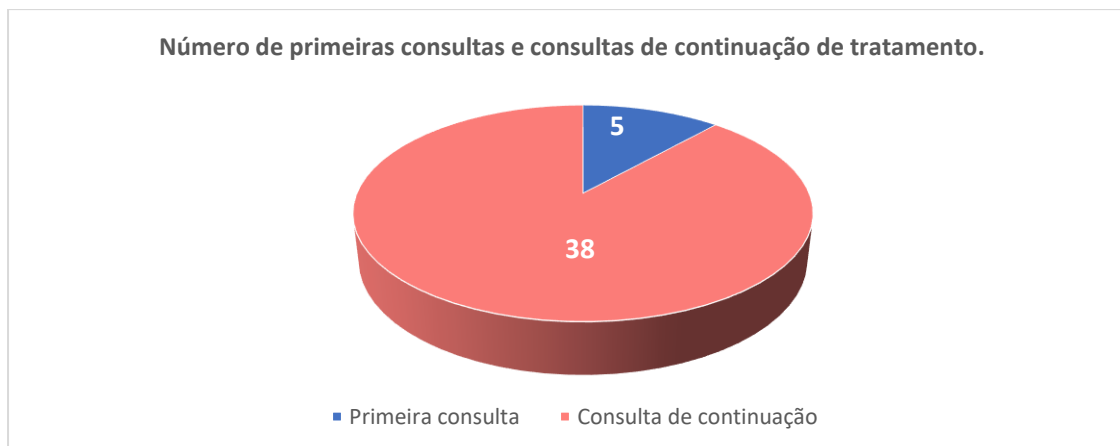


Gráfico 2 - Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento.

No decorrer do atendimento de todos os pacientes, foram atendidos 24 pacientes de sexo feminino e 19 pacientes de sexo masculino, como se pode ver no Gráfico 3.

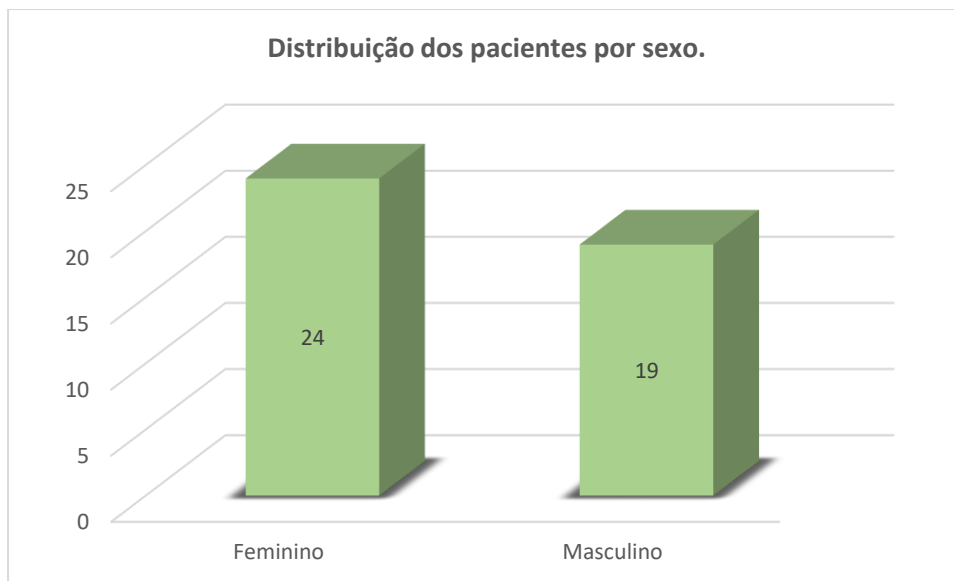


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por sexo.

Relativamente à idade dos pacientes, foi realizada uma divisão por intervalos etários, entre os quais o mais predominante foi o intervalo dos 50-59 anos, como se pode verificar no Gráfico 4.

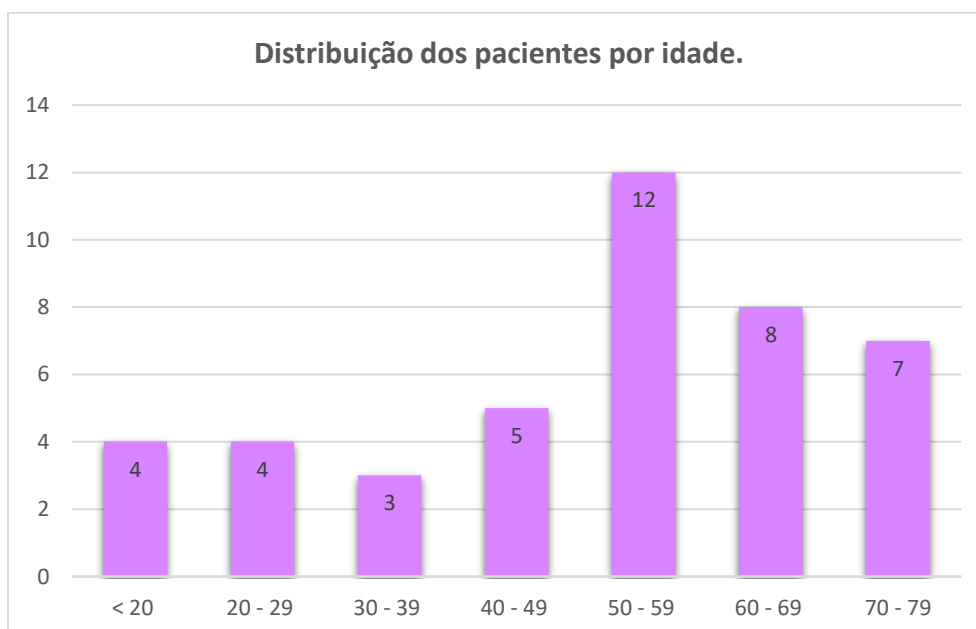


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por idade.

No que diz respeito aos hábitos tabágicos dos pacientes, foram atendidos 9 fumadores e 34 não fumadores, como se pode ver no Gráfico 5.

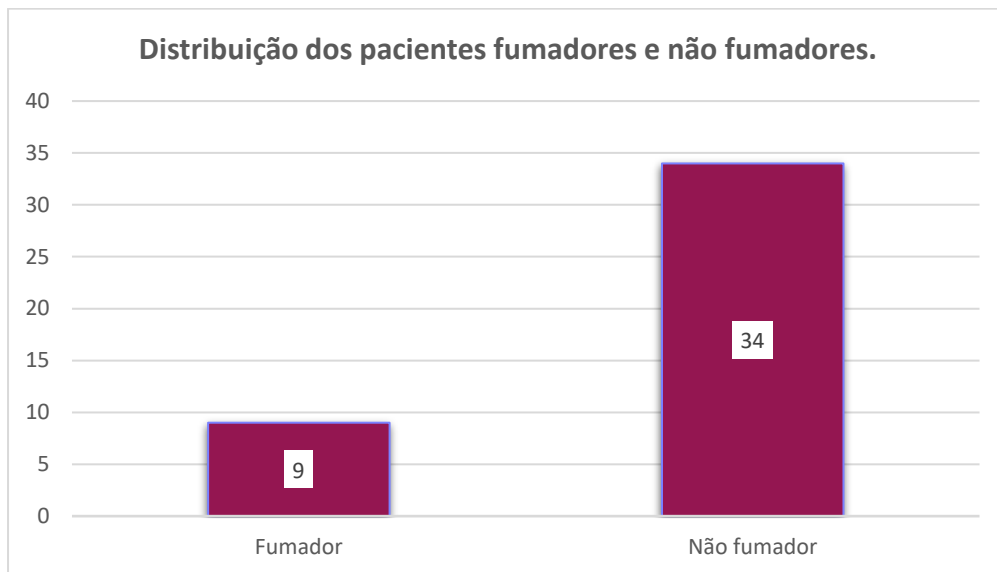


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores.

Quanto ao número total de doenças comparativamente ao número total de pacientes, pode-se ver pelo gráfico 6 que a doença mais prevalente é a hipertensão, sendo a epilepsia e a sinusite as doenças menos comuns. Como é óbvio, muitos pacientes da amostra apresentavam comorbidade dentro destas doenças.

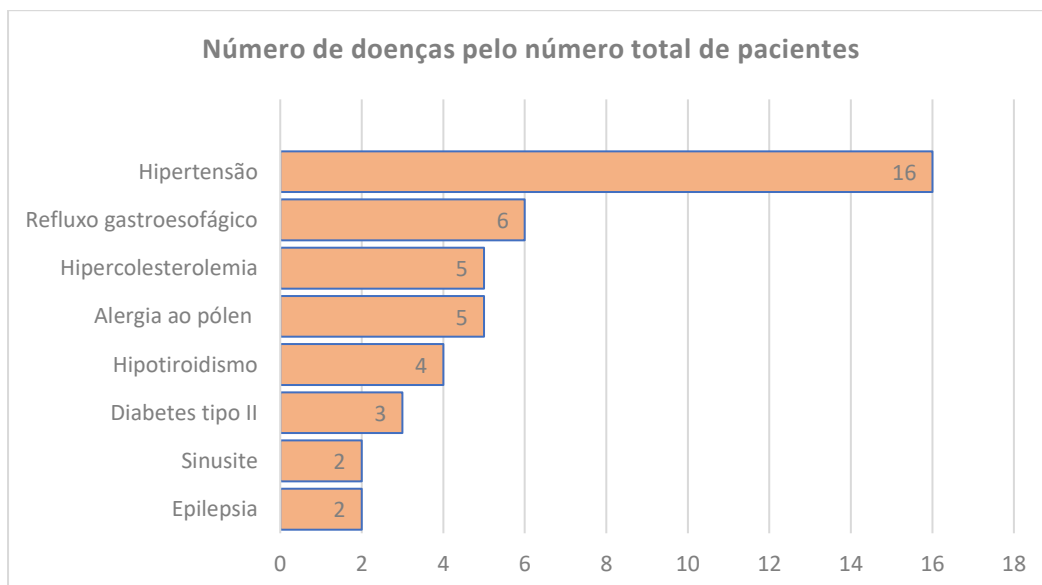


Gráfico 6 - Número de doenças pelo número total de pacientes.

## Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar

Nesta secção irá ser apresentada a distribuição do número de consultas e respetivos procedimentos clínicos efetuados em cada área disciplinar. No Gráfico 7, é possível verificar que foi efetuado um maior número de consultas na área disciplinar de Prostodontia Removível, com um total de 19 consultas realizadas, enquanto que, na área disciplinar de Ortodontia, se registou o menor número com 2 consultas realizadas.



Gráfico 7 - Distribuição do número de consultas por área disciplinar.

Relativamente ao número de desmarcações e faltas, por parte dos pacientes, como podemos visualizar no Gráfico 8 foram contabilizadas 10 desmarcações e 4 faltas no total das consultas realizadas.



Gráfico 8 - Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas.

No que diz respeito ao número de desmarcações ou faltas por área disciplinar, podemos ver no Gráfico 9 que a área disciplinar onde ocorreram mais faltas ou desmarcações foi a área de Prostodontia Removível com 2 desmarcações e 1 falta.

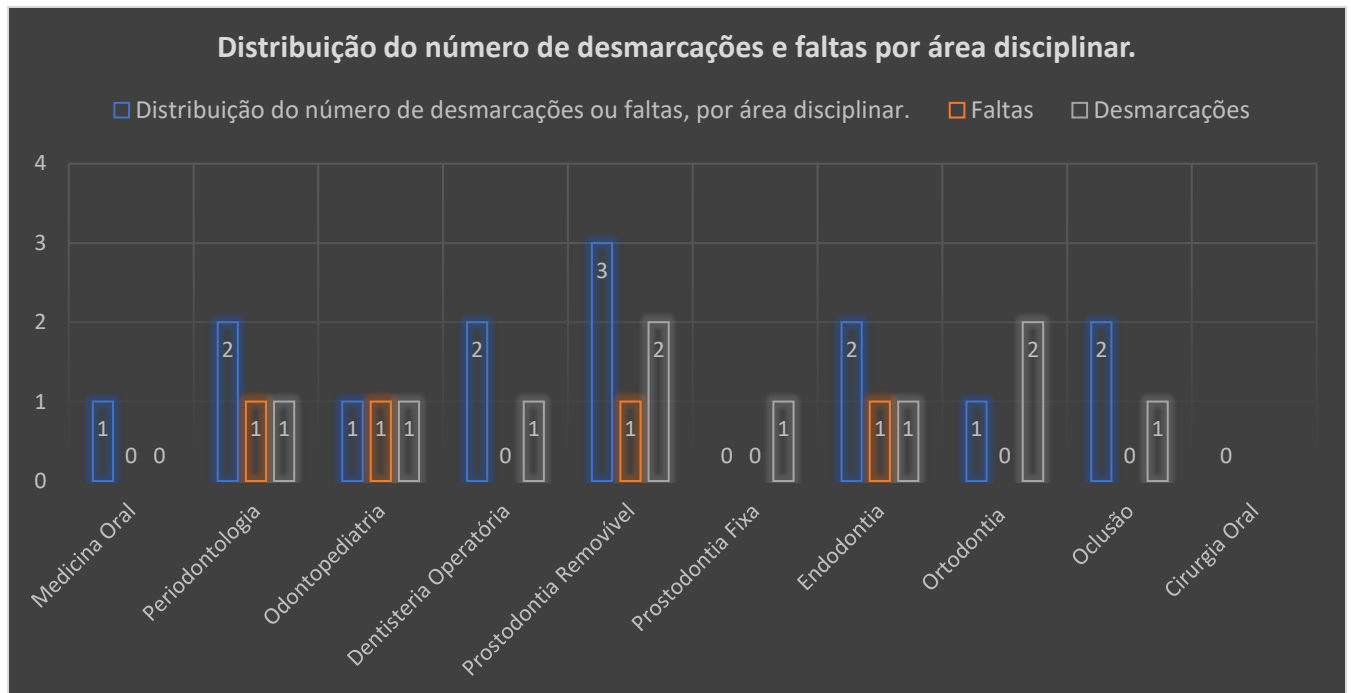


Gráfico 9 - Distribuição do número de desmarcações e faltas por área disciplinar.

## **1. Endodontia**

### **Enquadramento teórico**

A Endodontia, uma das áreas da Medicina Dentária, tem como objetivo o estudo da morfologia canalar e radicular, da função e vitalidade pulpar, bem como das patologias que podem surgir no interior e na região perirradicular, visando a prevenção e o seu tratamento(7). A principal doença é a periodontite apical de origem infecciosa; portanto, é fundamental executar uma detalhada história clínica e verificar a presença de sintomatologia através de testes de diagnóstico, nomeadamente palpação, teste de sensibilidade e mobilidade, percussão, exame periodontal, registo radiográfico e, por fim, elaboração do diagnóstico diferencial. Relativamente ao tratamento endodôntico, deve-se realizar perante quadros clínicos de inflamação irreversível da polpa, necrose ou fraturas dentárias significativamente extensas com envolvimento total do tecido pulpar(7).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas decorrem uma vez por semana, durante três horas, em que os tratamentos endodônticos são realizados nos pacientes, após terem sido feitos o exame clínico e avaliação radiográfica.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram realizadas 14 consultas, das quais 6 como operador e 8 como assistente, como se pode observar no Gráfico 10.

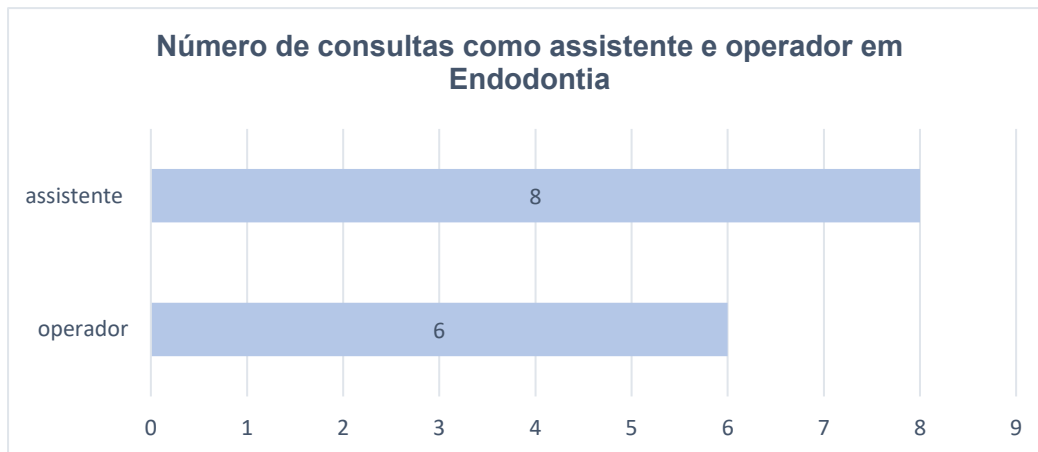


Gráfico 10 - Número de consultas como operador e assistente em Endodontia.

Quanto ao tipo de atos clínicos como operadora, foram feitas 2 consultas para realização de cavidade de acesso e 2 consultas de preparação químico-mecânica no dente 1.4, 2 consultas de obturação nos dentes 1.4 e 2.2, como se pode ver no Gráfico 11.

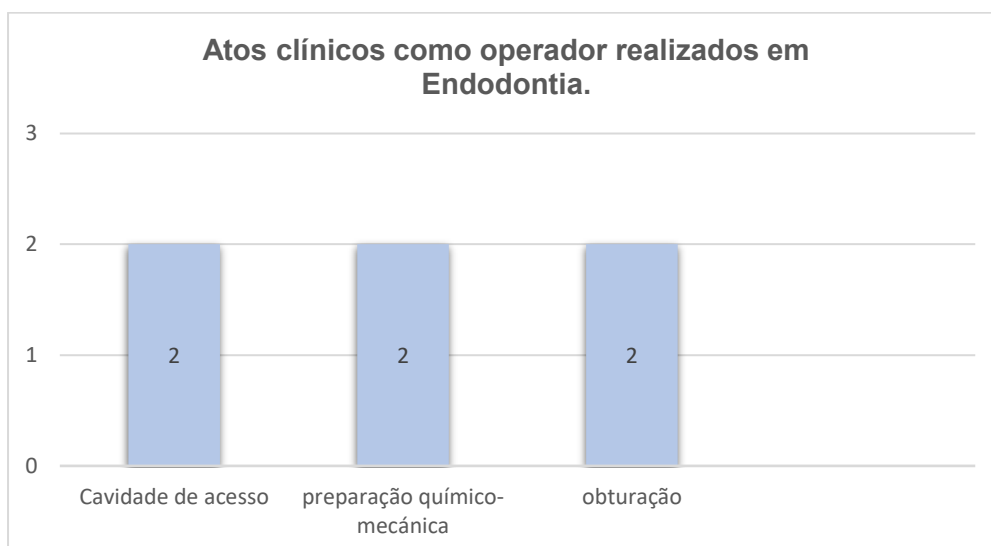


Gráfico 11 - Atos clínicos como operador realizados em Endodontia.

## **2. Cirurgia Oral**

### **Enquadramento Teórico**

A Cirurgia Oral, é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico das patologias, lesões e defeitos que danificam tecidos duros e moles, envolvendo dentes, boca, maxilares e estruturas associadas(8). Antes da realização de qualquer tipo de cirurgia oral, deve ser feita a anamnese, questionando a queixa principal e os antecedentes pessoais, nomeadamente a presença de doenças sistémicas e toma de medicamentos, como anticoagulantes e bifosfonatos, assim como a história clínica dentária e exames complementares de diagnóstico, por exemplo ortopantomografia e/ou radiografia periapical. A maioria dos tratamentos executados são extrações simples ou complexas de dentes erupcionados ou inclusos, remoção de remanescentes radiculares, quistos e tumores dos maxilares, colocação de implantes, regeneração óssea com enxerto de tecido conjuntivo, tratamento da dor facial e dos distúrbios temporomandibulares(8).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Cirurgia Oral decorrem uma vez por semana com duração de duas horas, onde são efetuadas extrações de dentes mono ou multirradiculares e restos radiculares, recorrendo a vários tipos de técnicas, entre as quais a técnica fechada ou a técnica aberta.

## Exposição de Dados

Nesta área disciplinar, foram executadas 8 consultas, das quais 4 como operador e 4 como assistente, conforme se pode verificar no Gráfico 12.

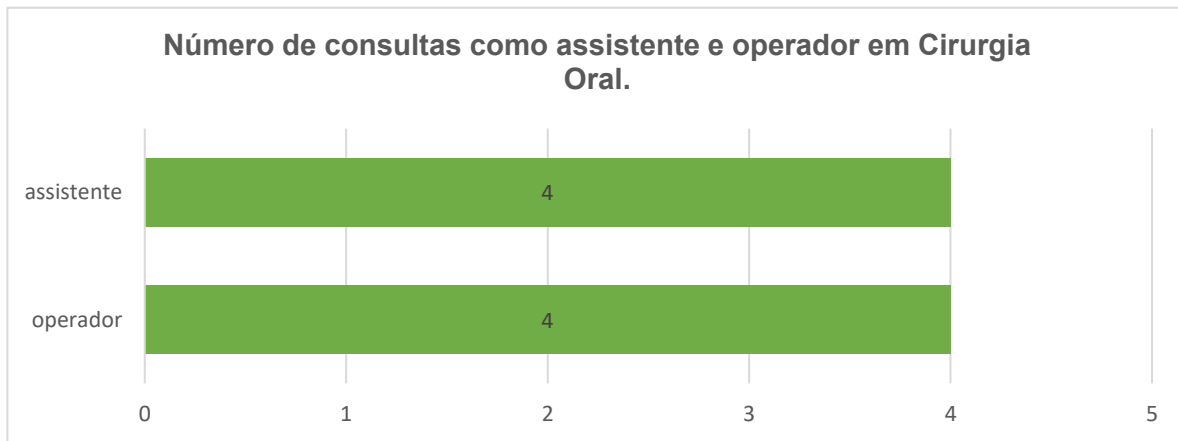


Gráfico 12 - Número de consultas como assistente e operador em Cirurgia Oral.

No total das consultas foram feitas 7 extrações dentárias por técnica fechada e 1 consulta de controlo, como se pode ver no Gráfico 13.



Gráfico 13 - Atos realizados em Cirurgia Oral.

Quanto ao tipo de atos clínicos como operadora, foram feitas 3 exodontias por técnica fechada dos dentes 2.8, 2.5, 1.8. Apenas foi realizada uma consulta de controlo, como se pode observar no Gráfico 14.

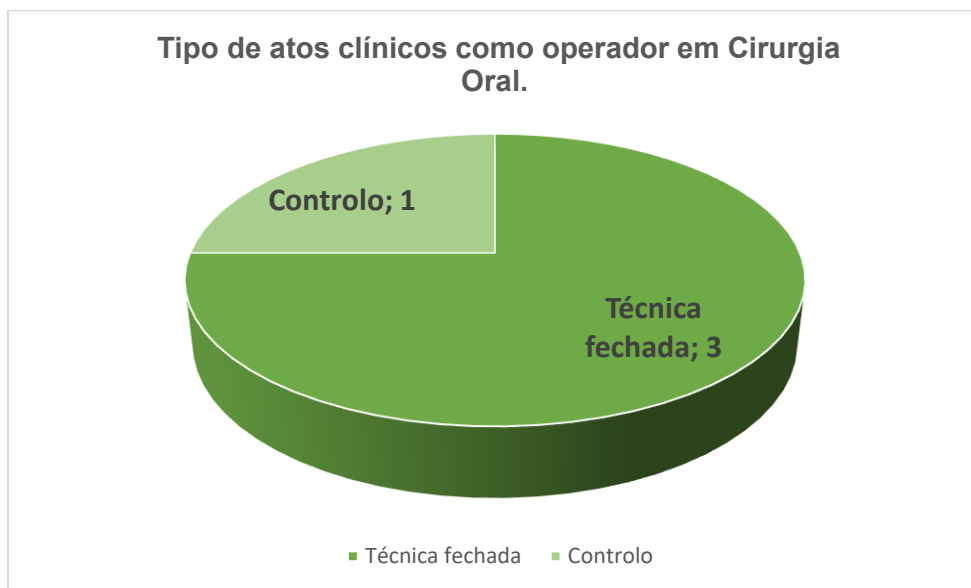


Gráfico 14 - Tipo de atos clínicos como operador em Cirurgia Oral.

### **3. Dentisteria Operatória**

#### **Enquadramento teórico**

A Dentisteria Operatória, é uma área da Medicina Dentária que visa reparar e restaurar dentes com lesões cariosas e não cariosas, como erosão, abrasão, abfração e atrição(9), ou com lesões devido a fraturas. Ainda, esta disciplina tem como finalidade o melhoramento de alterações estéticas dentárias, entre as quais anomalias de cor e forma, nomeadamente no setor anterior. A cárie dentária é a doença crónica, multifatorial com a maior prevalência mundial, cujo desenvolvimento está associado a processos de desmineralização e remineralização dos tecidos duros com libertação de ácidos produzidos pelas bactérias presentes na cavidade oral(10). Os sinais e sintomas mais comuns são aparecimento de manchas brancas nas diferentes faces dentárias, inflamação pulpar, dor e desconforto despertados por estímulos externos e radiotransparência na imagem radiográfica nos locais afetados. Existem dois tipos de cárie: ativa, caracterizada pela aparência opaca e rugosa, e inativa, caracterizada pela cor clara e aspeto liso e brilhante. Além disso, pode ocorrer perda de minerais dentários, o que leva à formação de cavitações, cor mais escura, bordos bem definidos e consistência endurecida(11). Portanto, é indispensável a deteção precoce destas lesões, a realização de um correto diagnóstico e a escolha do tratamento mais eficaz que, por vezes, pode ser de espera ou definitivo, consoante o nível de comprometimento pulpar(10).

As consultas de Dentisteria Operatória na Clínica Dentária Universitária são executadas durante três horas, uma vez por semana, nas quais é feita a avaliação intra-oral, testes de sensibilidade, interpretação de registo radiográfico, elaboração de diagnóstico e plano de tratamento.

## Exposição de Dados

Nesta área disciplinar, foram realizadas 12 consultas, das quais 8 como operador e 4 como assistente, conforme se pode observar no Gráfico 15.

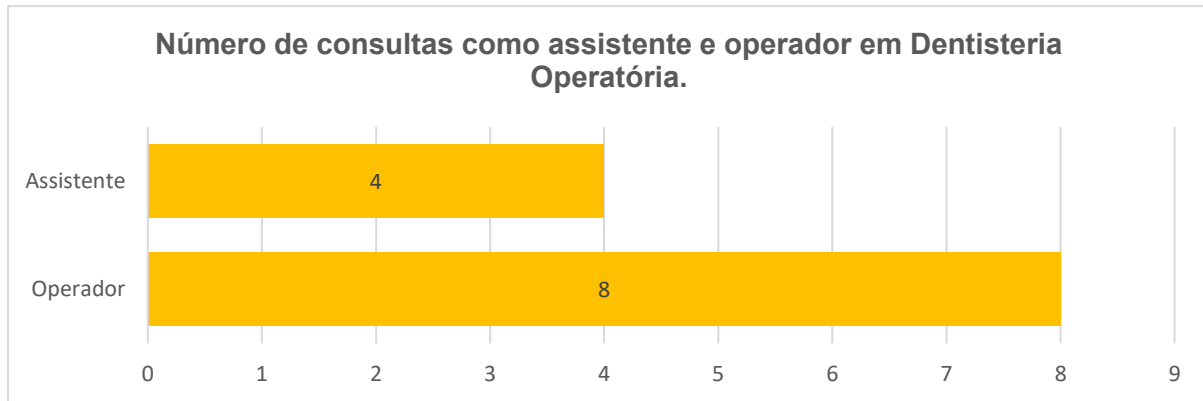


Gráfico 15 - Número de consultas como assistente e operador em Dentisteria Operatória.

No que diz respeito aos motivos de consulta em Dentisteria Operatória, verificou-se que a cárie dentária foi o principal motivo de consulta, como se pode observar no Gráfico 16. Para além disso, foram realizadas 3 consultas para lesões de abfração, 1 consulta por motivos estéticos, 1 consulta para restauração pós-endodontia e 3 consultas de controlo.

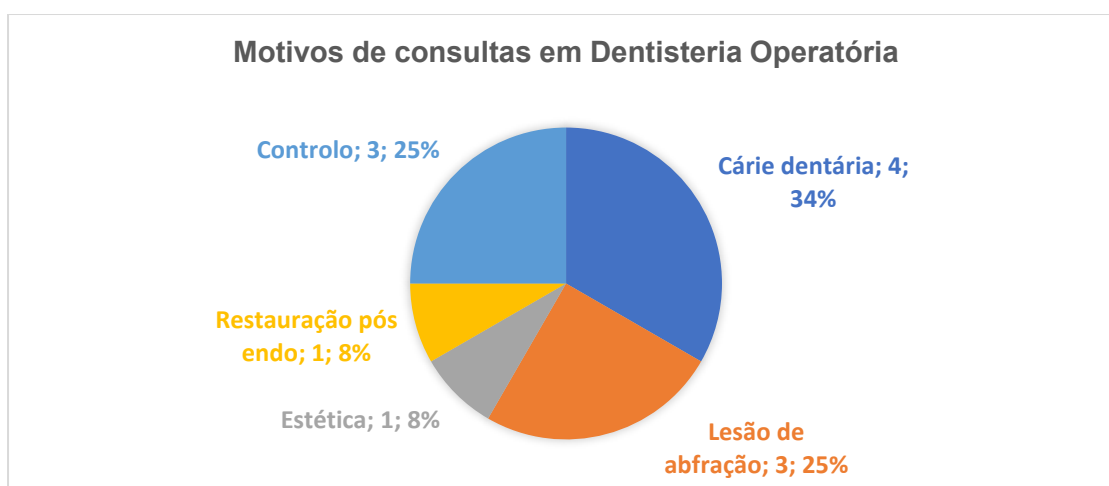


Gráfico 16 - Motivos de consulta em Dentisteria Operatória.

Relativamente ao tipo de preparo cavitário executado, foram realizadas 2 Classe I, 2 Classe II, 1 Classe III, 2 Classe V e 1 aplicação tópica de flúor, como se pode verificar no Gráfico 17.

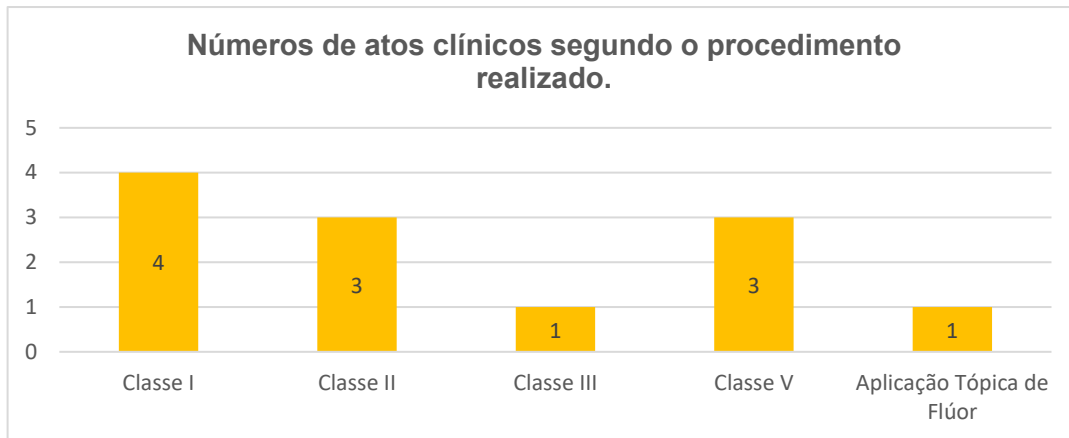


Gráfico 17 - Número de atos clínicos segundo o procedimento realizado.

Quanto ao material de restauração, na maioria das restaurações foi utilizada resina composta Synergy® D6 (Coltène); foi realizada 1 restauração provisória à base de óxido de zinco eugenol reforçado IRM®, e para concluir, foi realizada 1 aplicação de verniz de flúor Profluorid Voco®, como se pode observar no Gráfico 18.

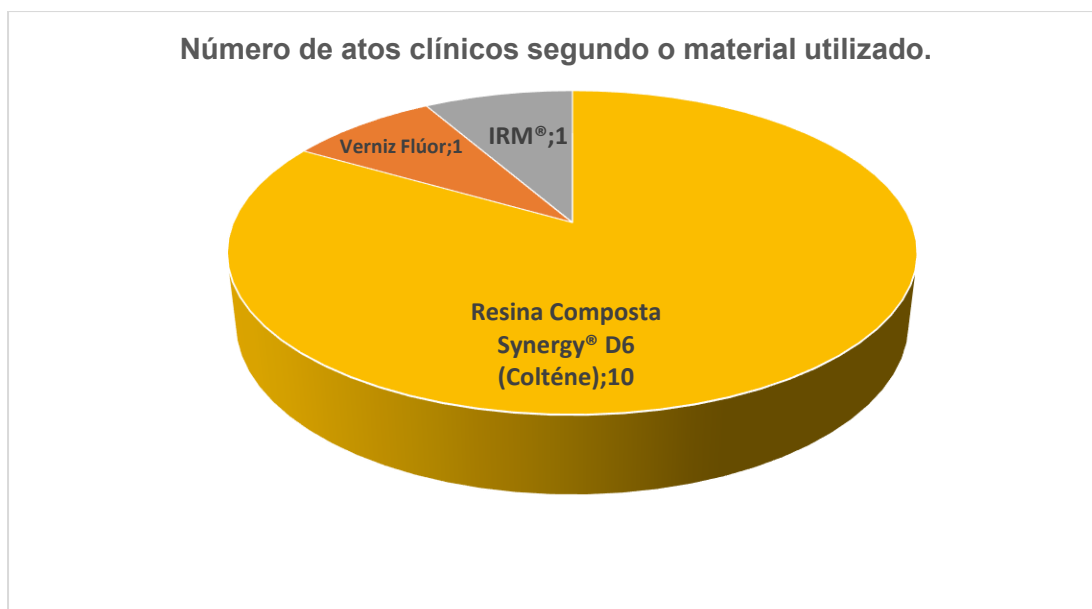


Gráfico 18 - Número de atos clínicos segundo o material utilizado.

Relativamente ao tipo de atos clínicos como operadora, foram feitas 4 Classe I, 1 Classe III, 3 Classe V, como se pode verificar no Gráfico 19.

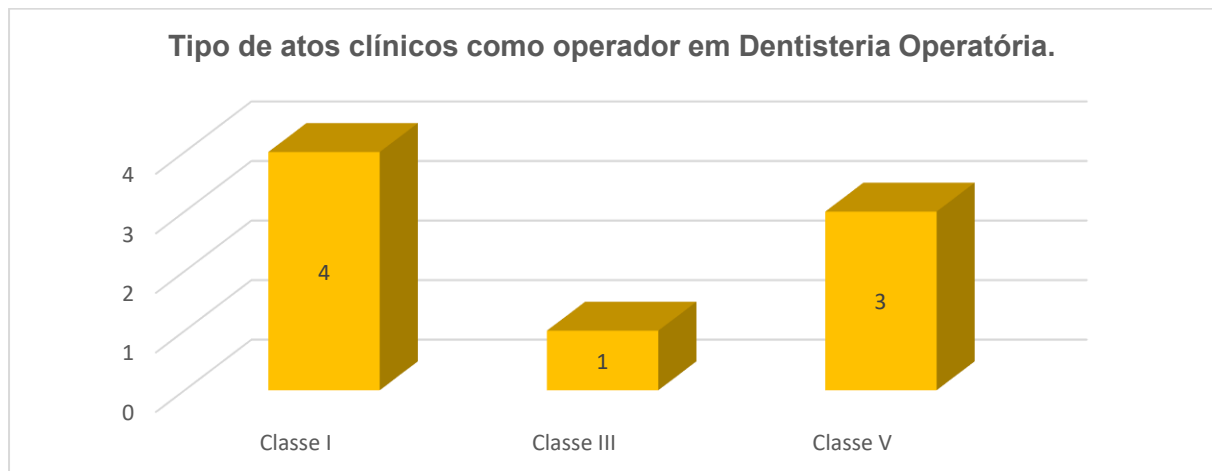


Gráfico 19 - Tipo de atos clínicos como operador em Dentisteria Operatória.

## **4. Medicina Oral**

### **Enquadramento teórico**

A área da Medicina Oral, destina-se ao estudo de patologias que afetam a cavidade oral, relacionando conceitos básicos de múltiplas ciências como anatomia, microbiologia, fisiologia e patologia para a elaboração do diagnóstico(12). Sendo assim, é importante fazer exames complementares juntamente com avaliação intra e extra oral, com o intuito de examinar os locais de maior risco de transformação maligna, entre os quais mucosa jugal, dorso e ventre da língua, trígono retromolar, pavimento da boca, lábios, gengiva e palato(13). O escopo desta área é identificar lesões benignas, pré-malignas e malignas, eliminar os fatores etiológicos, por exemplo consumo de tabaco e álcool, má higiene oral ou agentes traumáticos, formular o diagnóstico diferencial para excluir outras doenças e determinar o plano de tratamento mais efetivo. Nos casos mais graves, deve-se acompanhar o paciente com controlos de observação e é recomendável fazer análise histopatológica(14).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas decorrem uma vez por semana durante duas horas, onde se realizam maioritariamente consultas de triagem, com anamnese, exame físico intra e extra oral, diagnóstico, plano de tratamento e encaminhamento para as várias áreas disciplinares. Nos casos mais complexos, é possível efetuar biópsias para obter análise histopatológica de lesões suspeitas.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram efetuadas 7 consultas, das quais 3 como operador e 4 como assistente, como se pode verificar no Gráfico 20. No decorrer das consultas foi realizada uma detalhada história clínica, anamnese, diagnóstico e plano de tratamento.

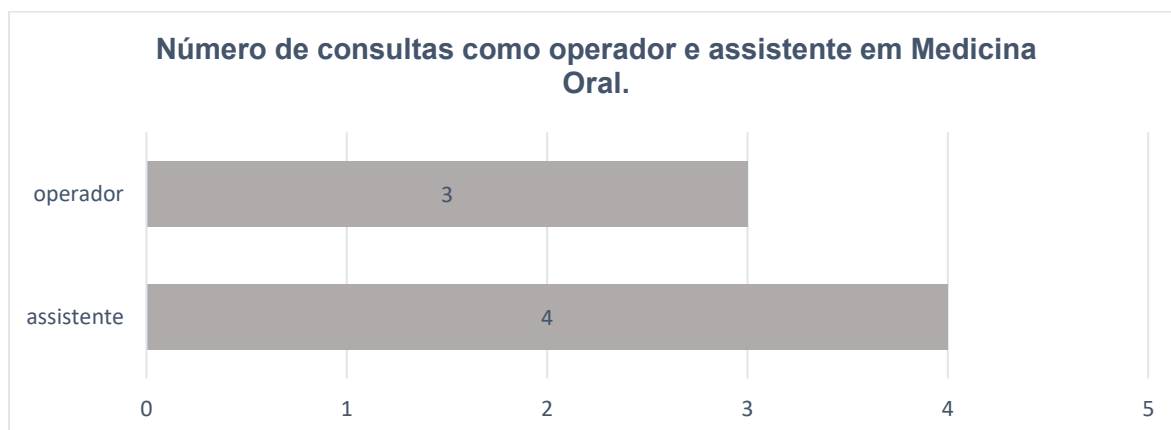


Gráfico 20 - Número de consultas como operador e assistente em Medicina Oral.

## 5. Ortodontia

### Enquadramento teórico

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária que se ocupa do diagnóstico, tratamento e prevenção de maloclusões dentárias, anomalias dentoalveolares e deformidades dentofaciais. Após a realização de um correto diagnóstico, para obter o sucesso do tratamento ortodôntico deve-se ter em conta a forma dos arcos dentários, a posição da mandíbula, sua altura anterior e a correta oclusão entre as cúspides dos dentes superiores com as fossas dos dentes inferiores, respeitando sempre os limites biológicos periodontais. O conjunto destes objetivos terá um grande impacto no resultado final da estética facial e do sorriso, nas funções orofaciais e na estabilidade de dentes e ossos(15). Se o movimento dentário ortodôntico não for suficiente, de acordo com a gravidade do caso, pode-se optar para uma abordagem mais invasiva, tal como a cirurgia ortognática(16). Na última década de 1800, Angle formulou uma classificação dos principais tipos de maloclusões, que hoje em dia continua a ser utilizada para a elaboração do diagnóstico ortodôntico: Classe I ou normocclusão, Classe II ou distocclusão, Classe III ou mesiocclusão(17). Na Clínica Universitária, a maioria dos tratamentos são intercetivos, sendo estes indicados na dentição primária ou mista. Os objetivos fundamentais deste tipo de tratamento são vários: eliminação de fatores etiológicos primários, isto é, hábitos de sucção, deglutição atípica, interposição labial, respiração oral, e correção de problemas transversais, como mordida cruzada anterior e posterior, mordida aberta anterior e perda dentária precoce(18).

As consultas de Ortodontia, na Clínica Universitária, têm duração de duas horas, uma vez por semana, em que é executada a recolha de dados para o estudo ortodôntico, constituído por impressões preliminares, confeção de modelos de estudo, análise fotográfica intra e extra oral, realização de ortopantomografia e telerradiografia de perfil e, no fim, análise cefalométrica do paciente.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram executadas 2 consultas, das quais ambas como operador, conforme se pode observar no Gráfico 21.

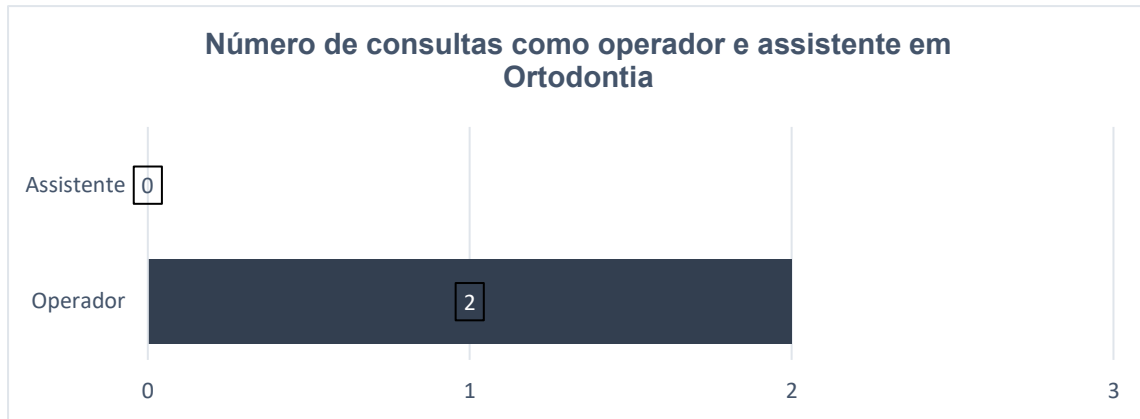


Gráfico 21 - Número de consultas como operador assistente em Ortodontia.

Quanto aos tipos de consulta em Ortodontia, foram realizadas 1 consulta de avaliação ortodôntica e 1 de apresentação de estudo, como se pode ver no Gráfico 22.



Gráfico 22 - Tipos de consultas em Ortodontia.

## **6. Prostodontia fixa**

### **Enquadramento teórico**

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária que restaura os dentes, cuja integridade está parcialmente ou totalmente prejudicada, através de infraestruturas metálicas, metalocerâmicas ou cerâmicas, que não podem ser removidas pelo paciente. Além disso, permite reabilitar espaços edêntulos, restabelecendo função e estética(19). Estas próteses podem ser unitárias ou múltiplas, consoante a dimensão do espaço a reabilitar, e podem ter diferentes tipos de composição, sendo esta escolha baseada no valor estético a devolver, altura e largura do remanescente dentário, custos e benefícios para o sucesso do caso(19). Atualmente, os materiais mais usados são o metal e a cerâmica, sendo que a união dos mesmos resulta numa maior taxa de sobrevivência, em comparação com outros materiais, e permite ter boas propriedades mecânicas, isto é, menor risco de fratura, alta resistência à tração e às forças oclusais, menor índice de degradação química e elevada estética. A cerâmica é um material obtido a partir do processo de sinterização, que se encontra em constante evolução para o melhoramento das suas propriedades estéticas e mecânicas: daí, a introdução de vitrocerâmicas, cerâmicas reforçadas com dissilicato de lítio e cerâmicas de óxido de alumina ou zircónia. A partir dos anos 80 foi desenvolvido o novo sistema CAD / CAM para a fabricação de cerâmica promovendo uma revolução em termos quantitativos e qualitativos do fluxo de trabalho dos médicos dentistas nesta área(20).

Na Clínica Dentária Universitária, a disciplina de Prostodontia Fixa decorre uma vez por semana com duração de quatro horas. Para fazer uma reabilitação dentária com prótese fixa é necessário efetuar uma primeira consulta de avaliação com recolha de dados dos pacientes, análise fotográfica, modelos preliminares, preenchimento de Classificação do Edentulismo Parcial (CEP) e a Classificação de Dentes Extensamente Destruídos (CDED). Posto isto, os alunos formulam o planeamento do caso com o tipo de tratamento mais adequado.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram efetuadas 8 consultas, das quais 2 como operador e 6 como assistente, como se pode observar no Gráfico 23.

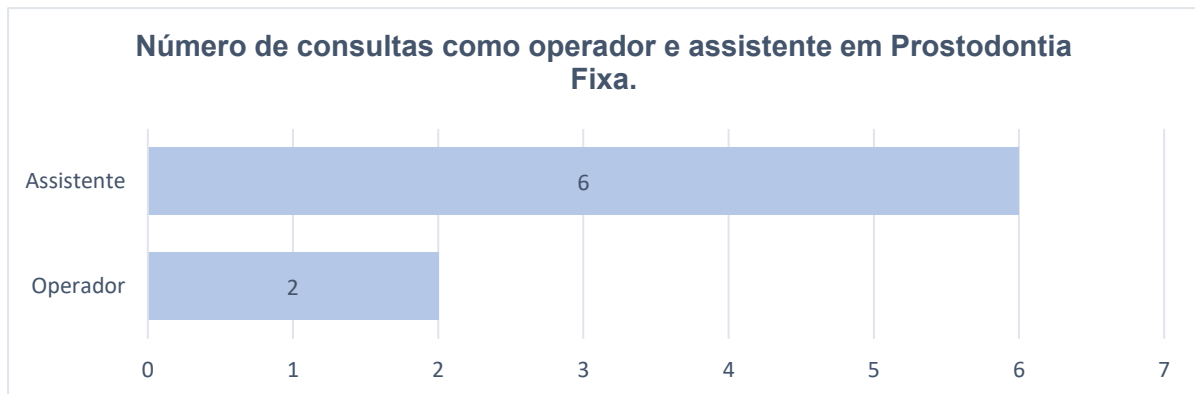


Gráfico 23 - Número de consultas como operador e assistente em Prostodontia Fixa.

Relativamente ao tipo de consultas realizadas, é possível verificar pelo Gráfico 24 que foram efetuadas 4 consultas de avaliação, 1 consulta de controlo e 3 consultas de cimentação.

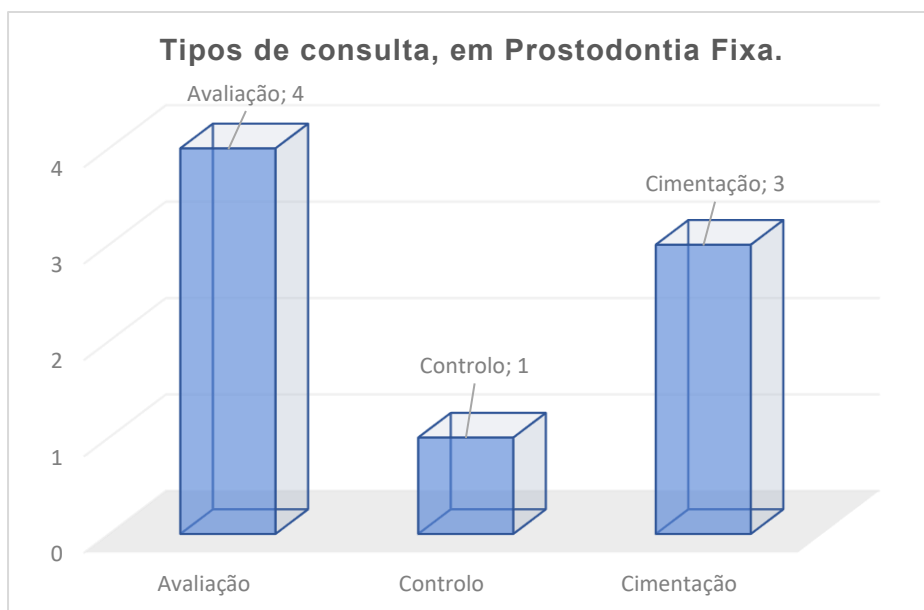


Gráfico 24 - Tipos de consulta em Prostodontia Fixa.

Relativamente ao tipo de atos clínicos como operadora, foi feita 1 consulta de cimentação de provisório e uma consulta de controlo, como se pode verificar no Gráfico 25.

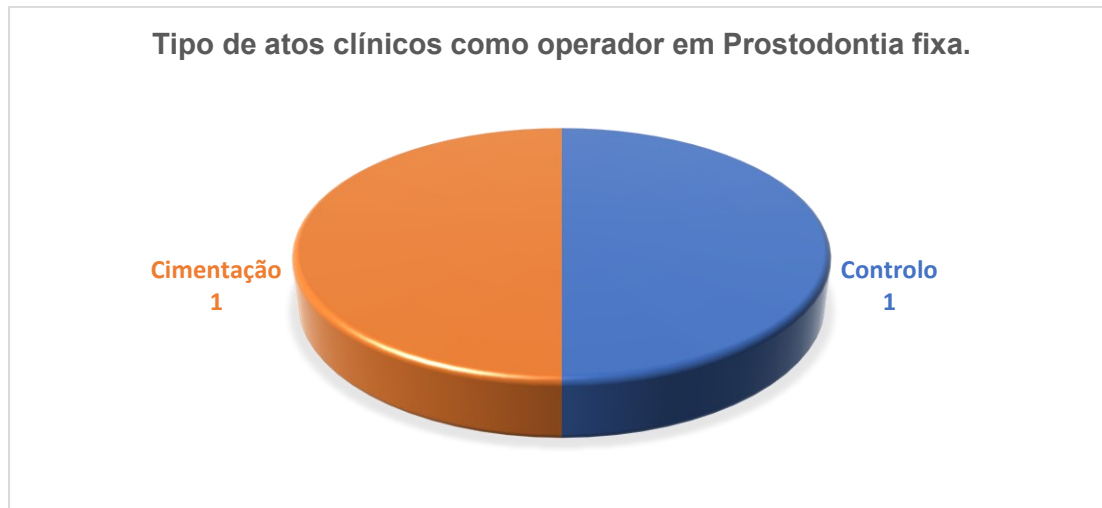


Gráfico 25 - Tipo de atos clínicos como operador em Prostodontia Fixa.

## **7. Periodontologia**

### **Enquadramento teórico**

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que trata da manutenção do periodonto, das componentes que o constituem e das patologias associadas. As principais doenças periodontais são a gengivite, que é uma inflamação reversível dos tecidos moles, onde pode ocorrer sangramento e hiperplasia papilar, e a periodontite, que é uma inflamação irreversível associada à perda de inserção clínica e osso alveolar. Embora esta doença seja multifatorial, o maior fator etiológico é a falta de higiene oral, exacerbada pelo tabagismo, embora esta doença seja multifatorial. Pode estar presente em pacientes com outros problemas sistémicos, nomeadamente diabetes, doenças cardiovasculares e demência. É essencial ressaltar a importância de uma boa relação médico-paciente, fazer controlos de rotina e reforçar a motivação da higiene oral para diminuir o risco de perda dentária e aumentar a qualidade de vida(6). Em 2018, foi publicada a nova classificação de doenças e condições periodontais e peri-Implantares, segundo a qual existem duas distintas áreas: estado periodontal e estado peri-implantar. A primeira é repartida em saúde periodontal, condições e doenças gengivais, periodontite e outras condições que afetam o periodonto; a segunda é constituída por saúde peri-implantar, mucosite peri-implantar, peri-implantite e deficiências nos tecidos peri-implantares moles e duros(21).

Na Clínica Dentária Universitária, a disciplina de Periodontologia tem consultas apenas uma vez por semana, com duração de duas horas, nas quais se realiza a avaliação do estado periodontal do paciente. Cada consulta é constituída por uma fase de diagnóstico, cujo objetivo é o preenchimento da história clínica e periograma, registo radiográfico, medição das bolsas periodontais e recessões gengivais, avaliação do grau de mobilidade, envolvimento da furca, índice de sangramento e presença de placa bacteriana, e uma fase higiénica, na qual são executadas destartarização ou raspagem e alisamento radicular, consoante o diagnóstico obtido, acabamento e polimento.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram realizadas 9 consultas, das quais 4 como operador e 5 como assistente, conforme se pode ver no Gráfico 26.

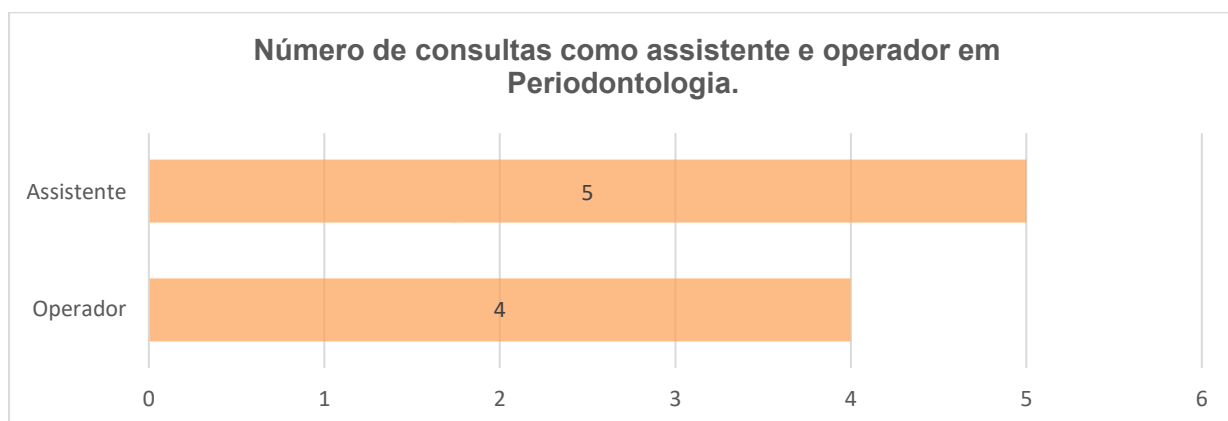


Gráfico 26 - Número de consultas como assistente e operador em Periodontologia.

No que diz respeito aos diagnósticos obtidos, foram evidenciados 3 casos com diagnóstico de gengivite induzida por placa e 4 casos com diagnóstico de periodontite Estágio III, Grau B, como se pode ver no Gráfico 27.

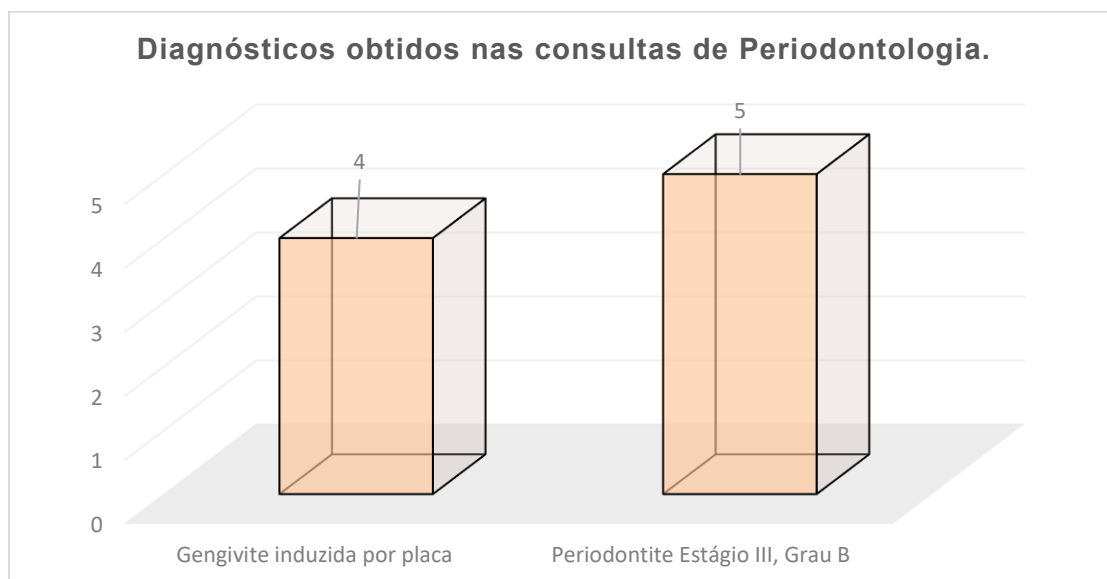


Gráfico 27 - Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia.

Relativamente ao tipo de atos clínicos como operadora, foram executadas 2 consultas de destartarização e polimento, 1 consulta de raspagem e alisamento radicular e 1 controlo, como se pode observar no gráfico 28;

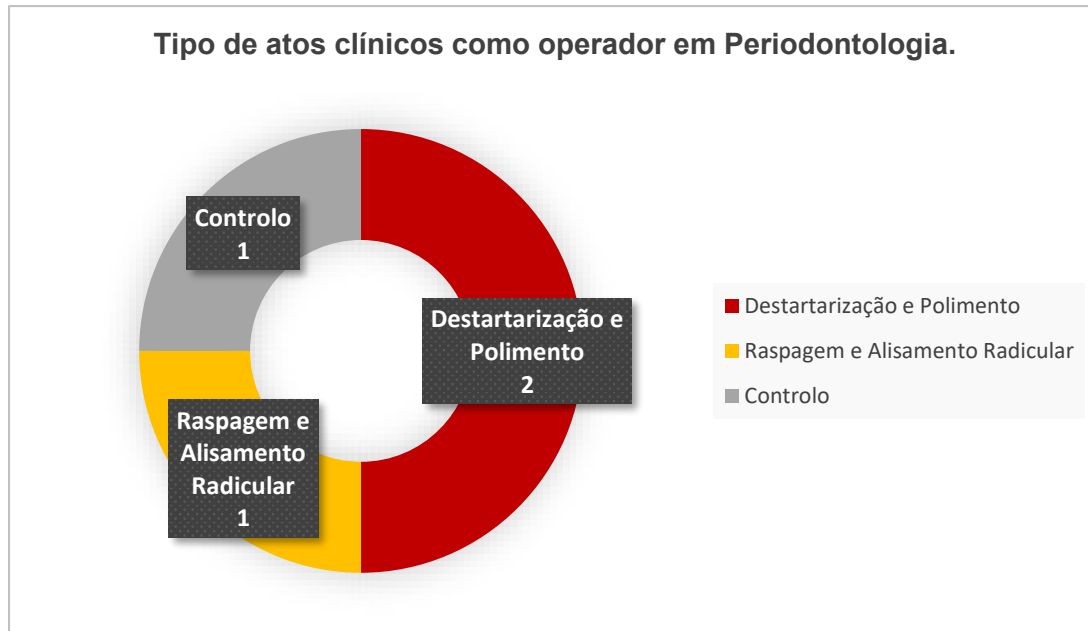


Gráfico 28 - Tipo de atos clínicos como operador em Periodontologia.

## **8. Prostodontia removível**

### **Enquadramento teórico**

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária que visa restabelecer a função junto com a estética e conforto do paciente mediante uso de prótese parcial esquelética e/ou total acrílica, apoiadas nos dentes pilares e tecidos de suporte(22). Durante o planeamento de casos, existem várias classificações para o edentulismo parcial e total, por exemplo a classificação de Kennedy, a regra de Applegate e Índice de Diagnóstico Prostodôntico que ajudam no diagnóstico e desenho da prótese. Este tipo de reabilitação, em comparação com outras alternativas, é uma opção minimamente invasiva, acessível em termos financeiros e com boa taxa de sobrevivência a longo prazo, embora sejam fundamentais uma contínua manutenção dos tecidos e da infraestrutura, e uma rigorosa higiene oral dos dentes pilares e periodonto, impedindo o desenvolvimento de cárie, doença periodontal e progressiva reabsorção da crista residual(23). Os princípios básicos da Prostodontia Removível nos quais se baseia a fabricação de uma prótese são múltiplos, entre os quais ausência de prematuridade ou interferência nos movimentos funcionais do paciente, fala, mastigação e deglutição, correta oclusão entre os dentes naturais e artificiais, boa estabilidade e adaptação, estética satisfatória e adequada composição da prótese no respeito das estruturas orais e periorais(22).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Prostodontia Removível decorrem uma vez por semana, durante quatro horas. As reabilitações orais com prótese parcial removível ou totais acrílicas são realizadas através de várias etapas, sendo estas: avaliação pré-protética com elaboração de diagnóstico e impressões preliminares, preparação pré-protética através de nichos nos dentes pilares, impressões definitivas com moldeira individual, prova de esqueleto e registo intermaxilar, prova de dentes, inserção da prótese e controlo.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram realizadas 19 consultas, das quais 11 como operador e 8 como assistente, conforme se pode verificar no Gráfico 29.

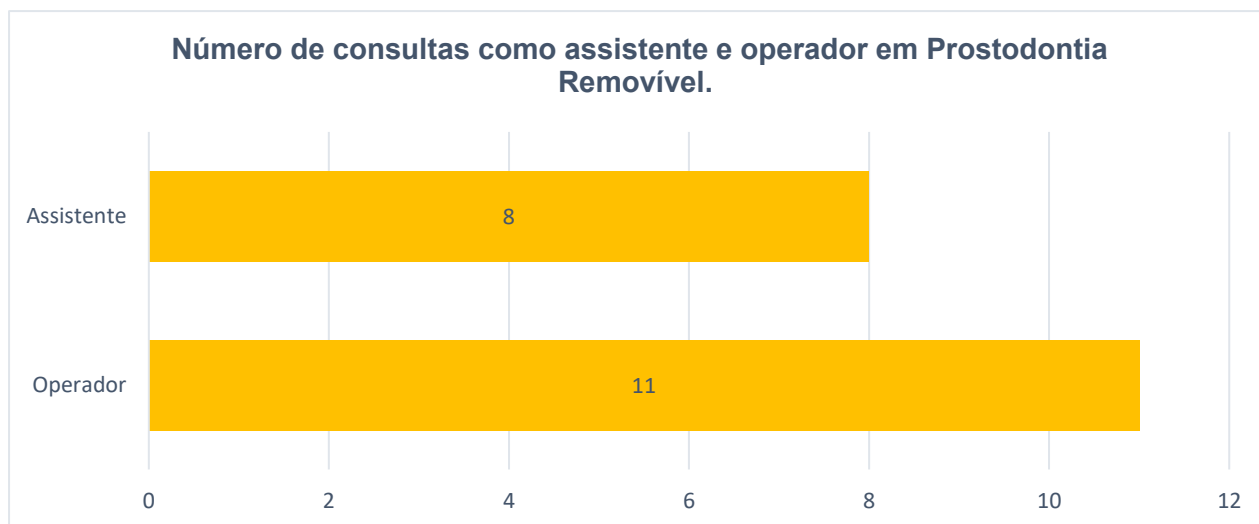


Gráfico 29 - Número de consultas como assistente e operador em Prostodontia Removível.

Quanto aos tipos de consulta em Prostodontia Removível, foram efetuadas 3 consultas de avaliação, 1 consulta de apresentação de orçamento, 4 consultas de impressão definitiva, 1 consulta de registo intermaxilar, 1 consulta de prova de dentes, 2 consulta de inserção de prótese, 5 consultas de controlo, 1 consulta de rebasamento e 1 consulta de acrescento de dente, conforme se pode observar no Gráfico 30.

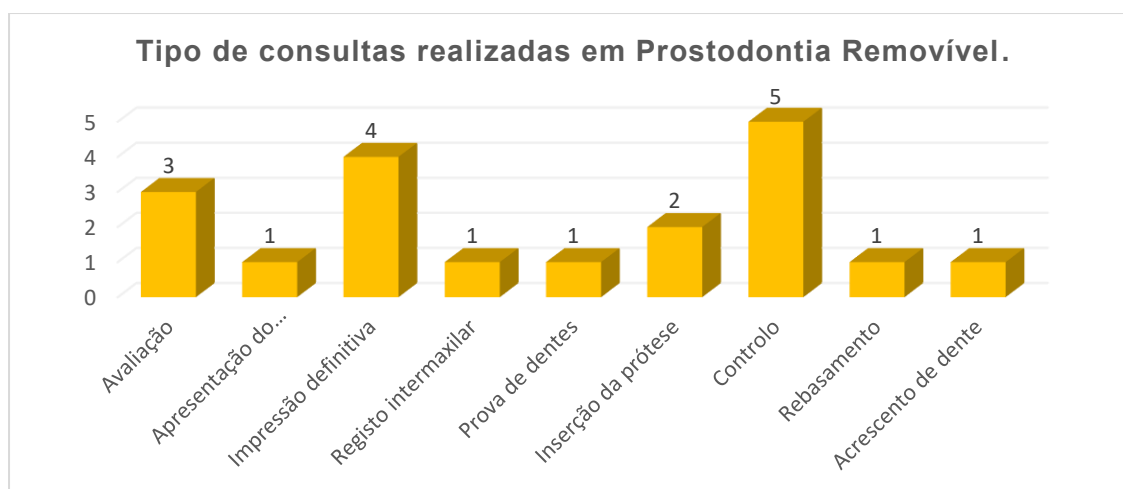


Gráfico 30 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Removível.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas 1 consulta de avaliação, 2 consultas de impressão definitiva, uma consulta de prova de dentes, 1 consulta de inserção de prótese, 5 consultas de controlo e 1 consulta de acrescento de dentes, como se pode verificar no gráfico 31.

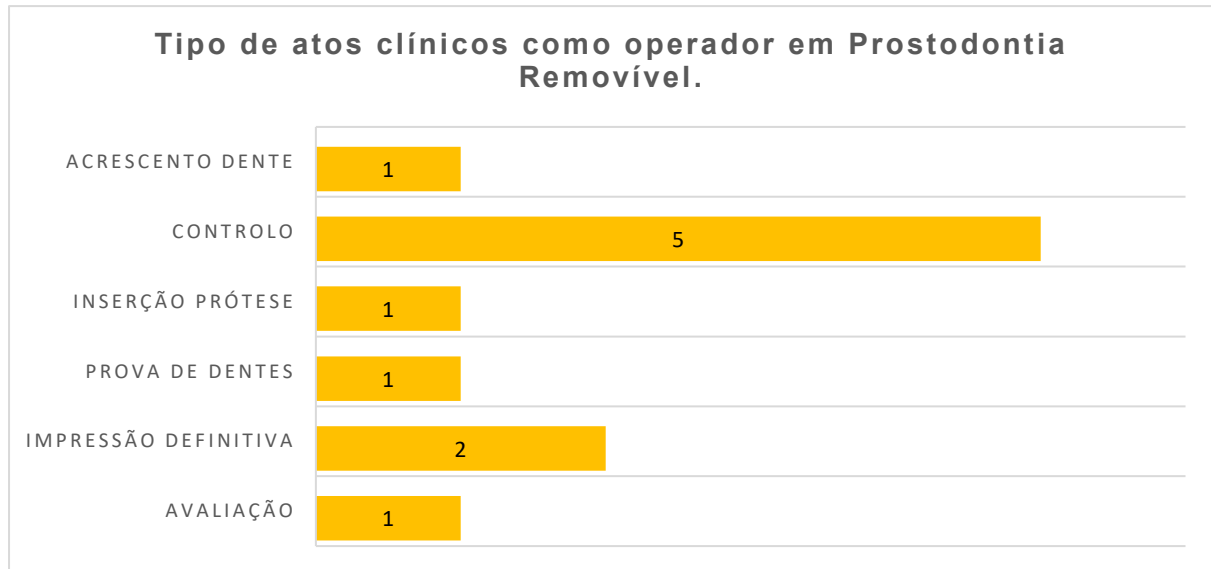


Gráfico 31 - Tipo de atos clínicos como operador em Prostodontia Removível.

## 9. Oclusão

### Enquadramento teórico

A Oclusão é a área da Medicina Dentária que avalia a relação entre articulação temporomandibular, músculos da mastigação, dentes e periodonto, seus distúrbios, diagnóstico e tipo de tratamento. Segundo o Glossário de Prótese Dentária, a oclusão é definida como a relação estática das faces mastigatórias dos dentes naturais ou artificiais. Durante os movimentos funcionais, os dentes podem encontrar-se em várias posições: intercuspidação máxima, quando há o maior número de dentes em contacto, ou relação cêntrica, quando os côndilos se localizam anteriormente e superiormente nas fossas glenóides(24). Os DTM's afetam a articulação temporomandibular, encontram-se principalmente em pacientes jovens e são desencadeados por vários fatores, como trauma ou hábitos parafuncionais, entre os quais bruxismo, interposição do lábio e postura anormal da mandíbula. De uma forma geral, os sinais e sintomas mais recorrentes são dor, desconforto, hipertrofia dos músculos elevadores da mandíbula, desgaste oclusal, sons articulares, limitação nos movimentos e desvio no padrão de abertura e fecho. O diagnóstico é obtido a partir da história clínica, exame intra e extraoral e preenchimento do questionário de RDC/DTM (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). Quanto ao tratamento, existem abordagens conservadoras: terapia comportamental, fisioterapia, terapêutica farmacológica, goteiras de oclusão em relação cêntrica e adjuvantes. Nos casos em que não se consiga obter alívio, deve-se ponderar o tratamento cirúrgico, apesar de ser mais invasivo e com uma maior taxa de complicações(25).

A área disciplinar de Oclusão tem uma periodicidade de 3 horas, uma vez por semana, para obtenção de um correto diagnóstico de disfunções temporomandibulares e tratamento com uso de goteira de relaxamento. É necessário fazer o preenchimento do RDC/DTM, registo fotográfico intra e extra oral, impressões às arcadas, modelos de estudo e montagem em articulador previamente individualizado.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram efetuadas 8 consultas, das quais 4 como operador e 4 como assistente, como se pode ver no Gráfico 32.

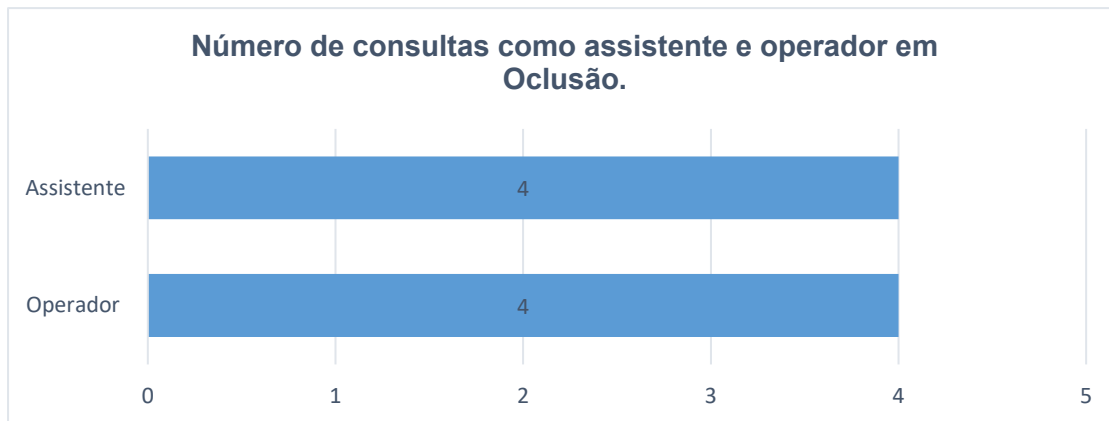


Gráfico 32 - Número de consultas como assistente e operador em Oclusão.

Quanto aos tipos de consulta em Oclusão, foram realizadas 2 consultas de avaliação com preenchimento de RDC-TMD, 1 consulta de apresentação de orçamento, 3 consultas de montagem em articulador, 1 consulta de inserção de goteira de relaxamento e 1 consulta de conserto de goteira, como se pode ver no Gráfico 33.

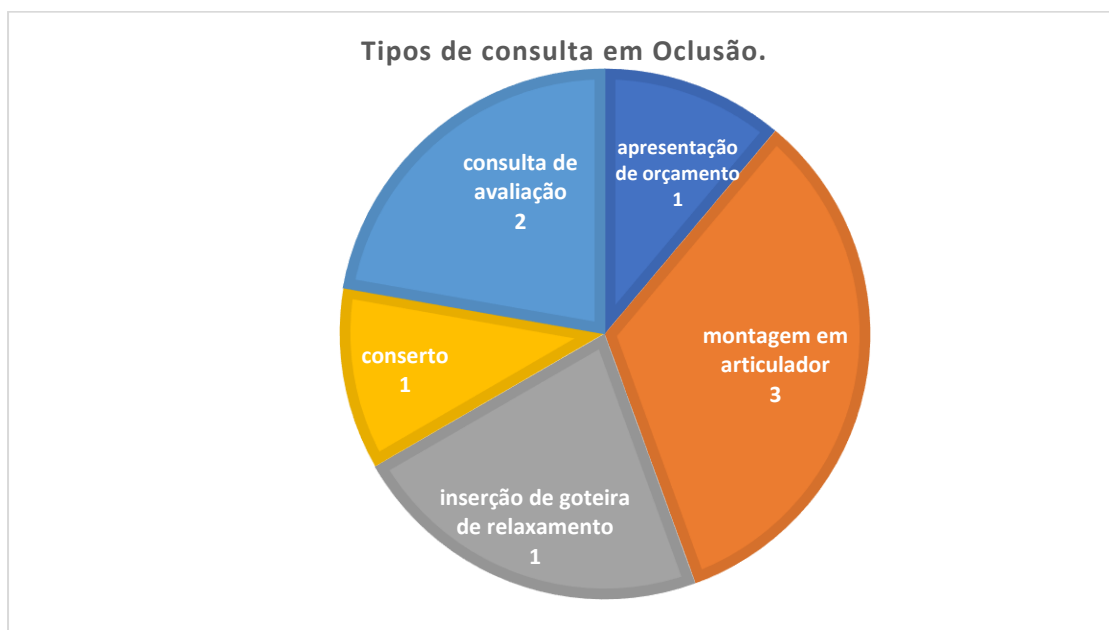


Gráfico 33 - Tipos de consulta em Oclusão.

No que diz respeito ao tipo de atos clínicos como operadora, foi executada 1 consulta de avaliação com preenchimento de RDC-TMD, 1 consulta de montagem em articulador, 1 consulta de inserção de goteira e 1 consulta de conserto de goteira, conforme se pode observar no Gráfico 34.

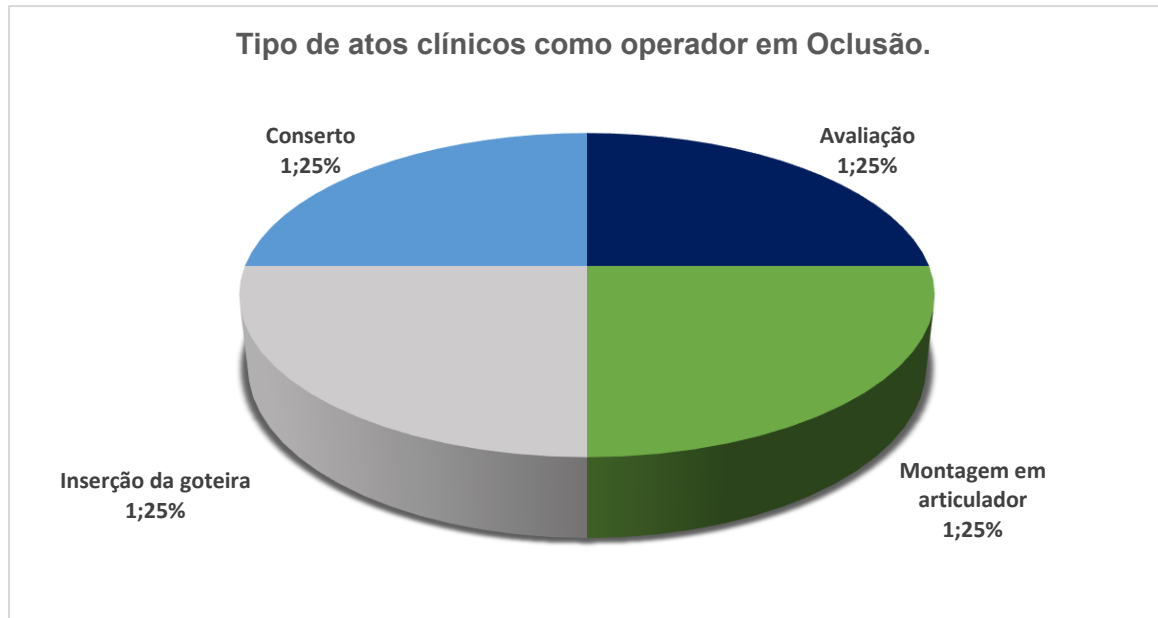


Gráfico 34 - Tipo de atos clínicos, como operador em Oclusão.

## **10. Odontopediatria**

### **Enquadramento teórico**

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que se dedica à saúde oral de crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade. A função do odontopediatra não é apenas intervir antecipadamente contra as principais doenças dentárias, como cárie precoce de infância, gengivite e doenças periodontais, mas também detetar alterações na cronologia de erupção, anomalias no desenvolvimento dentário, lesões traumáticas e condições patológicas que podem levar a defeitos na dentição permanente. Durante uma consulta de Odontopediatria é essencial gerir a perceção da dor, ter o pleno controlo sobre medo ou ansiedade do paciente. É importante aprimorar as vantagens de uma adequada higiene oral com controlos de rotina, onde se devem realizar exames complementares radiográficos e exame clínico completo. Tomar medidas preventivas, quer em dentição decídua quer em dentição mista, é um dos critérios básicos para um bom desenvolvimento dentário(26).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Odontopediatria decorrem apenas uma vez por semana, com uma duração de 2 horas, nas quais são atendidos pacientes desde 0 até 18 anos de idade. De uma forma geral, os mesmos são acompanhados pelos pais ou cuidadores aos quais se deve transmitir toda a informação relativamente ao diagnóstico e tratamento.

## Exposição de dados

Nesta área disciplinar, foram efetuadas 3 consultas, das quais 2 como operador e 1 como assistente, como se pode observar no Gráfico 35.

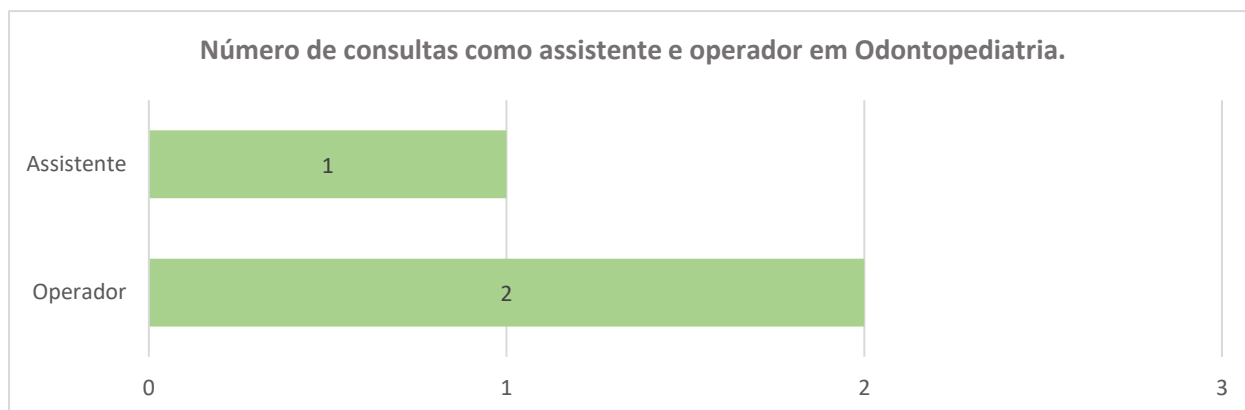


Gráfico 35 - Número de consultas como assistente e operador em Odontopediatria.

Quanto aos tipos de tratamento realizados em Odontopediatria, foram executadas 1 exodontia simples, 1 aplicação tópica de flúor e 1 restauração provisória para tratamento de espera, conforme se pode verificar no Gráfico 36.

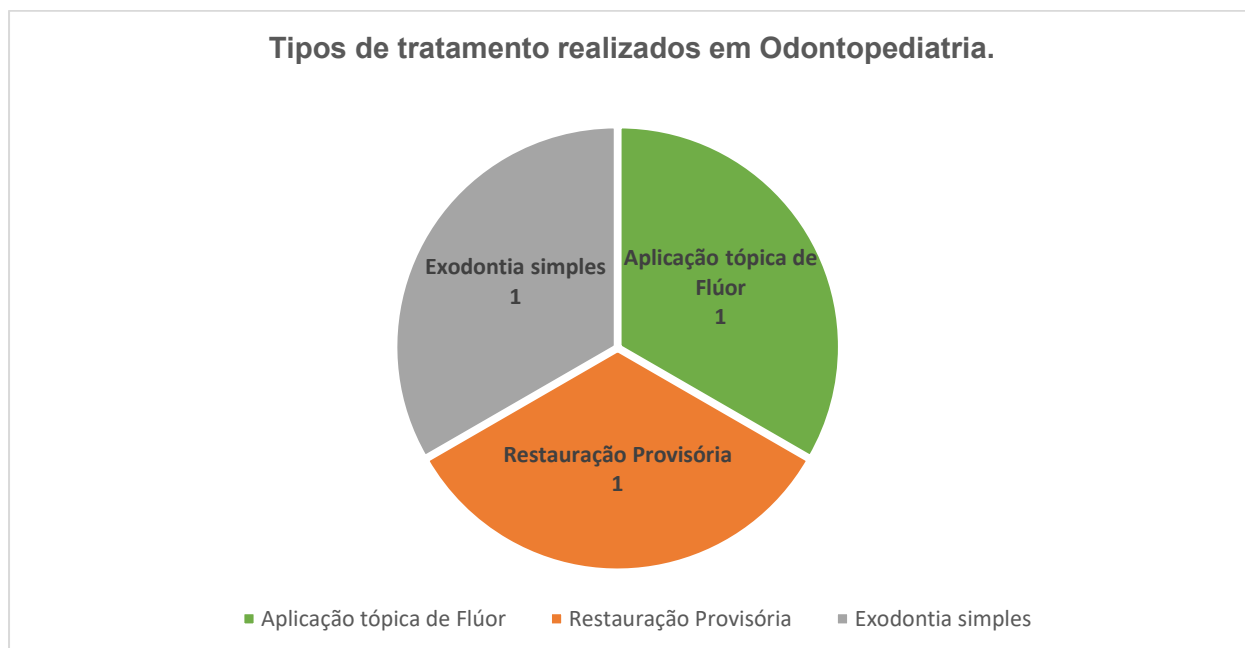


Gráfico 36 - Tipos de tratamento realizados em Odontopediatria.

## **Casos Clínicos Diferenciados**

### **Caso Clínico I – Mucocelo no Lábio inferior**

#### **Introdução**

Inúmeras são as lesões recorrentes na cavidade oral, sendo estas benignas ou malignas. Como referem Atsushi Abe, Kenichi Kurita, Hiroki Hayashi, Masashi Minagawa, o mucocelo é o quisto mais frequente que ocorre nos tecidos moles da cavidade oral(27). De uma forma geral, é descrito como uma lesão oral benigna causada pela acumulação de mucina nos tecidos moles, por retenção ou extravasamento. Este último, o mais comum, ocorre principalmente após trauma mecânico, que resulta em alteração do ducto da glândula salivar associada(28). O desenvolvimento do mucocelo não acarreta sintomatologia e acomete maioritariamente as glândulas salivares menores do lábio inferior, por ser a área mais suscetível ao impacto das cúspides dos dentes superiores(29). Por norma, o mucocelo desenvolve-se como uma lesão solitária e apenas alguns casos de múltiplas lesões tem sido relatados, ressaltando as potenciais alterações estéticas e funcionais na região afetada(27). Clinicamente, esta lesão tem várias características, entre as quais aspeto nodular, forma oval e superfície lisa. Pode ter contornos bem definidos, consistência flutuante se superficial, ou fibrosa se mais profunda(29). A sua coloração varia entre rosa e azulada, quando a pressão exercida sobre a membrana é elevada, leva ao escurecimento do mucocelo devido ao efeito cianótico(30). O diagnóstico é feito através do exame histopatológico e no que toca às opções de tratamento, muitos estudos evidenciaram que a exérese cirúrgica com bisturi tradicional é o tratamento de eleição, embora sejam válidas alternativas como o uso de laser, a crioterapia e de forma mais recente as injeções intralesionais com OK432(28).

### **Caso clínico**

Paciente, EADS, 17 anos de idade, sexo masculino e raça caucasiana, apresentou-se à Clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu com o intuito de fazer um controlo de rotina. No que diz respeito aos antecedentes pessoais, o paciente encontrava-se com ocasionais episódios de asma, em estado controlado. Após ter realizada a anamnese e os exames radiográficos, ao exame clínico verificou-se a presença de uma lesão, de tamanho aproximado de 10 x 10 mm, em formato oval, uniloculada, de base séssil, localizada no interior da mucosa de revestimento do lábio inferior. Relativamente ao crescimento da lesão, o paciente referiu progressiva evolução sem sintomatologia, existindo há mais de seis meses. À palpação a consistência era flutuante, apresentava superfície lisa e coloração rosa de acordo com o tecido adjacente (Figura 1 e 2). Mediante as características clínicas encontradas, o diagnóstico clínico provável da lesão foi determinado como mucocele. Portanto, foi exposto ao paciente o diagnóstico provável e o plano de tratamento.



**Figura 1** – Fotografia intraoral



**Figura 2** - Medição da lesão com sonda milimetrada

Antes de começar o ato cirúrgico, foram realizados procedimentos de assepsia e antisepsia intraoral com Eludril® (solução de Clorohexidina 0.1% e Clorobutanol 0.05%), extraoral com Betadine® (solução cutânea de Iodopovidona 100mg/ml) e colocação de panos estéreis para o isolamento do campo operatório. Foi executada

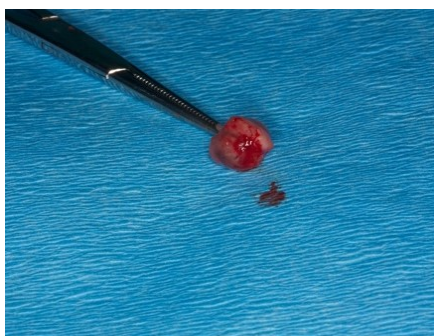
a administração local de anestesia infiltrativa (Xilonibsa® 1:80000 1.8ml) ao redor da lesão, seguida de incisão elítica e dissecação por planos para exérese da lesão com retirada da glândula salivar acessória envolvida (Figura 3). Avançou-se com a síntese dos tecidos, por primeira intenção, usando um fio de sutura de seda (Silkam® 4/0), não reabsorvível (Figura 4). No final, a peça cirúrgica foi conservada em formol 10% e enviada para o laboratório de análise histopatológica (Figura 5 e 6). Ao paciente foram dadas as indicações pós-operatórias e foi aconselhado a realização de consultas de controlo para a remoção dos pontos de sutura e *follow-up* final.



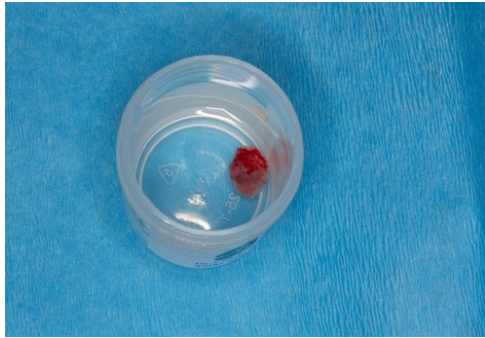
**Figura 3** - Exérese da lesão



**Figura 4** - Síntese dos tecidos



**Figura 5** - Peça cirúrgica



**Figura 6** - Peça cirúrgica em formol 10%

A análise histopatológica evidenciou características clínicas de acordo com o diagnóstico efetuado de mucocelo, relatando acantose irregular e erosão focal no epitélio pavimentoso estratificado da peça operatória. No córion foi encontrado um quisto uniloculado de parede interior revestida por tecido conjuntivo, edema e macrófagos. Para concluir, identificou-se tecido de glândula salivar menor com manutenção da arquitetura lobular e padrão citológico, de tipo seromucinoso, sem displasia. Durante a remoção da sutura, foi possível verificar a ausência de processos inflamatórios e dor, boa cicatrização e manutenção da ferida, completa adaptação dos tecidos, formação de fibrina e fibronectina, além da neoformação vascular (Figura 7).



**Figura 7** - Controle após 1 mês

## Discussão e Conclusões

Perante este quadro clínico, tornou-se mandatário efetuar o exame histopatológico para excluir qualquer tipo de suspeita de outras lesões, nomeadamente lesões vesiculo-bolhosas e neoplásicas(29). Na elaboração do tratamento, várias eram as alternativas que podiam ter sido aplicadas, tal como abordagem cirúrgica ou não cirúrgica. De facto, evidências científicas sugerem uma maior taxa de sucesso a longo prazo na realização de exérese cirúrgica com bisturi tradicional(28), principalmente em presença de quistos por extravasamento, cuja recidiva tem alta taxa de incidência(31), como no caso descrito anteriormente. Por esse motivo, opções de tratamento menos invasivas como marsupialização, ablação com laser de dióxido de carbono, criocirurgia e injeção intralesional OK-432, foram consideradas insuficientes, para além de existir ainda a necessidade de mais investigações acerca da eficácia destas técnicas no tratamento do mucocelo(28). A escolha do método de tratamento depende também do tamanho da lesão, de acordo com o autor Woltmann(29), segundo o qual a marsupialização deve ser efetuada para lesões de grandes dimensões, uma vez que a excisão cirúrgica pode danificar ramificações do nervo mentoniano e, portanto, é maioritariamente usada em casos de mucocelo de menores dimensões(29). Além disso, a literatura propõe como alternativa de tratamento a criocirurgia, em que a lesão envolvida sofre isquemia e apoptose através do efeito de nitrogénio líquido, sem ter hemorragia, dor e com baixo risco de aparecimento de processos infecciosos. Contudo, a indicação para a aplicação de criocirurgia e marsupialização é apenas em casos em que não é mandatária a confirmação do diagnóstico mediante análise histopatológica, o que não se podia verificar no caso clínico descrito(28). Ainda, relatos de casos clínicos demonstram que o uso de laser de dióxido de carbono para o tratamento do mucocelo pode tornar-se vantajoso, devido à redução de sangramento e parestesia(28), bem como menor tempo de cadeira. Todavia, algumas são as desvantagens que este método evidencia, sendo estas elevado custo do equipamento e exigência de contínua manutenção e formação por parte dos profissionais e paciente(32). A opção de tratamento com laser de dióxido de carbono tornou-se inviável, pelo facto de a demanda de consultas na Clínica Universitária ter sido feita por parte de uma faixa populacional média-baixa que não pode enfrentar custos elevados de tratamento. Além disso, existem estudos que examinaram os efeitos no tratamento do mucocelo das injeções intralesionais

com OK-432, que é uma preparação de streptococcus liofilizados, elaborada como agente antineoplásico. Quando é administrada, uma reação inflamatória local é provocada, com conseqüente proliferação de citocinas, o que gera a perfuração da membrana quística e conseqüente disseminação do conteúdo mucinoso. Durante a realização desta técnica, o médico dentista e o paciente podem constatar a diminuição de complicações, entre as quais ausência de ferida ou cicatriz na região envolvida, ausência de infiltração anestésica local e da hospitalização do paciente. É indicada em crianças e pacientes ansiosos, sendo indolor(32). No caso clínico apresentado não se optou por este tipo de tratamento devido à falta de preparação de streptococcus liofilizados na Clínica Universitária e porque a literatura mais recente ainda relata carência de resultados comprovados com esta abordagem não cirúrgica(28). No final, no caso clínico descrito foi realizada, com bisturi tradicional, exérese cirúrgica, devido ao tamanho do mucocelo e à boa aceitação por parte do paciente, mas também devido à sua grande vantagem que é a obtenção de uma peça cirúrgica para exame histopatológico e a possibilidade de efetuar a confirmação do diagnóstico clínico.

## Caso clínico II - Sobredentadura mandibular implanto-suportada com sistema de retenção do tipo Locator®

### Introdução

Antigamente, tratamentos extensos de reabilitações protéticas eram desenvolvidos apenas em casos de edentulismo total ou frente a elevadas exigências estéticas e funcionais por parte do paciente, quando surgiam dificuldades na mastigação, deglutição e fala(33). Hoje em dia, com o avanço da idade média de vida e a maior procura dos cuidados de saúde oral, é frequente efetuar procedimentos reabilitadores em indivíduos parcialmente ou totalmente desdentados(33). Face a casos com comprometimento dentário grave, a confecção de uma prótese total convencional pode revelar-se uma boa opção de tratamento, se bem que este tratamento apresenta algumas limitações. De facto, a reabilitação protética da arcada mandibular edentula tornou-se um grande desafio para os médicos dentistas, cujo objetivo era reduzir a eventual desadaptação da prótese pela progressiva perda óssea. Para além disso, outros fatores como a extensão da base da prótese inferior e, por isso, maior braço de alavanca, menor contato com a crista alveolar, e invasão da região sublingual devem ser ponderados. Neste contexto a colocação de implantes para reter e suportar sobredentaduras demonstrou-se uma solução terapêutica eficaz(33). A tal propósito, a literatura descreve vários tipos de *attachments*, sendo os mais comuns os do tipo bola, em barra, magnéticos, entre outros sistemas comerciais específicos. Para a resolução deste caso clínico, foi selecionado o sistema de *attachments* tipo Locator® para implantes da marca Dentsply®.

No início dos anos 2000, a Zest Anchors Company® foi a primeira a introduzir no mercado este tipo de conexão, sendo um sistema de dupla retenção, interna e externa que emprega forças mecânicas e de fricção durante todos os movimentos(34). É um sistema individual, dividido em duas partes, isto é, macho e fêmea, e é constituído por uma esfera em titânio e uma borracha de nylon com múltiplos valores de retenção(34). Dentro deste mecanismo, a força de retenção é classificada com um código de cor, nomeadamente azul, rosa e transparente, que caracteriza a componente de Nylon(33). Por norma, o macho de substituição de retenção suave de

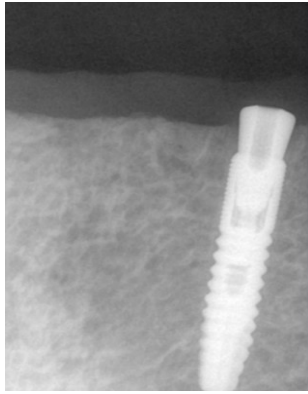
3,0 lb é de cor rosa, o macho de substituição de cor azul favorece uma retenção ultrasuave de 1,5 lb, o macho de substituição de cor transparente tem uma retenção de 5 lb. O sistema de *attachment* tipo *Locator*® foi desenvolvido para solucionar casos em pacientes em que a dimensão vertical de oclusão se encontrava enormemente reduzida, com alto risco de fratura dos dentes da prótese e quando era possível obter o maior índice de paralelismo na colocação dos implantes na arcada mandibular. Contudo, o tipo de conexão *Locator*® não deve ser destinada apenas para sobredentaduras suportadas por dois implantes na arcada inferior, mas pode ser considerada também para próteses totais removíveis maxilares retidas por quatro ou seis implantes(35).

### **Caso clínico**

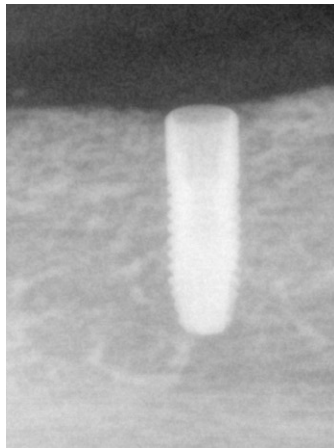
Paciente, MDEM, do género feminino e 71 anos de idade, raça caucasiana, portadora de prótese total-removível superior e prótese total-removível (provisória) inferior. Foi reencaminhada à consulta de Prostodontia Removível pela pós-graduação de Cirurgia Oral, para realizar uma sobredentadura implantossuportada na arcada inferior. Sem antecedentes médicos pessoais relevantes, procedeu-se ao exame clínico e radiográfico (Figura 8,9 e 10) onde foi possível constatar a presença de dois implantes intraósseos Astra Tech Implant System, Dentsply® na região dos caninos mandibulares 3.3 e 4.3. Após ter feito a recolha de dados e registo fotográfico (Figura 11) intra e extra oral, foi estabelecido um plano de tratamento que foi aceite pela paciente através do orçamento apresentado. Portanto, começou-se a reabilitação no decorrer de várias consultas:



**Figura 8 - Ortopantomografia**



**Figura 9** - Radiografia periapical 3.3



**Figura 10** - Radiografia periapical 4.3 (verificou-se a ausência de um parafuso de cicatrização)



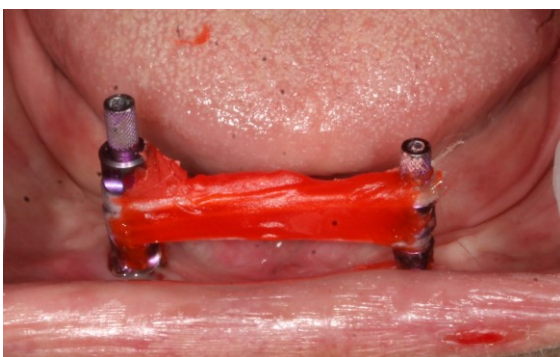
**Figura 11** - Foto intraoral com parafusos de cicatrização

Durante a primeira consulta, foi executada a toma de impressão em alginato Zhermack® Orthoprint, com moldeira *standard* da arcada mandibular, para confecção de moldeira individual inferior com resina acrílica fotopolimerizável rosa Schmidt®. A mesma foi usada na realização da impressão definitiva com silicone Provil® novo Putty regular set, previamente embebida em adesivo Coltène VPS Tray Adhesive.

Uma semana após a primeira consulta, foram colocados os pilares de impressão Astra Tech Implant System, Locator® Abutment 3.5/4.0 – 4mm na cavidade oral (Figura 12), que de seguida foram ferulizados com o uso de fio dentário e resina acrílica Reliance® DuraLay Inlay Pattern Resin (Figura 13). O objetivo dessa “férula” seria permitir uma impressão mais fidedigna e garantir a fixação e posição dos pilares de impressão. Na moldeira individual foram realizados dois orifícios, com auxílio de uma peça de mão reta e broca esférica, no local onde se encontravam os pilares de impressão (Figura 14). A impressão definitiva foi feita em dupla mistura usando o polivinilsiloxano em duas consistências (silicone Provil® novo Putty regular set), base e catalisador, e silicone auto misturável Provil® novo Light regular set) (Figura 15). No final, desapertaram-se os pilares de impressão, foi retirada a moldeira e recolocados os parafusos de cicatrização. Esta técnica de impressão é vulgarmente conhecida como técnica de impressão por moldeira aberta. Conforme os protocolos de desinfecção indicam, a impressão foi desinfetada em solução MD 520 Dürr Dental®, durante 5 minutos e enviada para o laboratório.



**Figura 12** - Pilares de impressão



**Figura 13** - Férula com resina acrílica

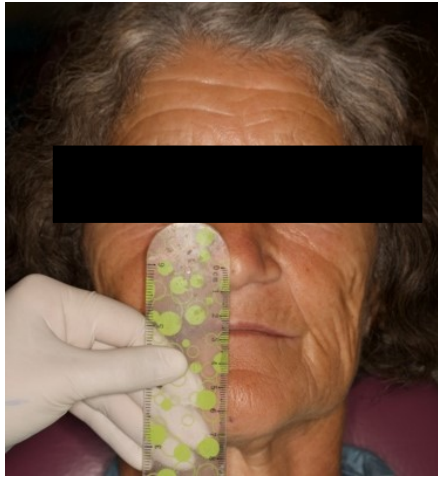


**Figura 14** - Moldeira individual

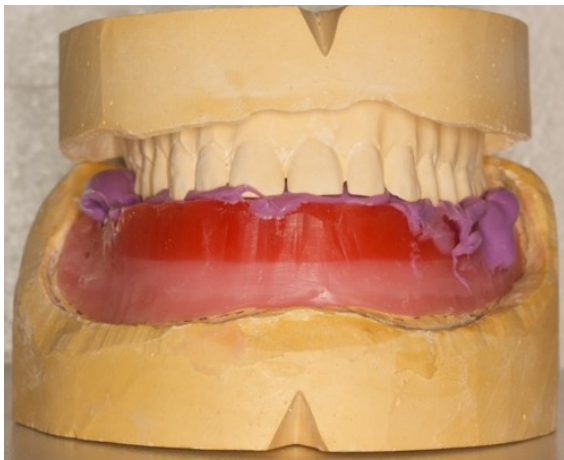


**Figura 15** - Impressão definitiva

A terceira consulta foi dedicada ao registo maxilo-mandibular. Para tal procedeu-se à medição da DVO (Dimensão Vertical de Oclusão), usando uma régua milimétrica (Figura 16). Em posição de repouso foi obtido o valor de 70 mm, em intercuspidação máxima 66 mm e, a seguir, foi avaliado o espaço livre funcional. O bloco de cera mandibular foi trabalhado até estar pronto para o registo com silicone Oclufast Rock Zarmack® e, fixou-se o registo intermaxilar (Figura 17). A seleção de cor foi efetuada através da Escala VITA Classical. Foi selecionada a cor A3 para os dentes da prótese definitiva (Figura 18) A mesma cor foi comprovada sob iluminação artificial e natural.



**Figura 16** - Medição DVO



**Figura 17** - Registo intermaxilar finalizado



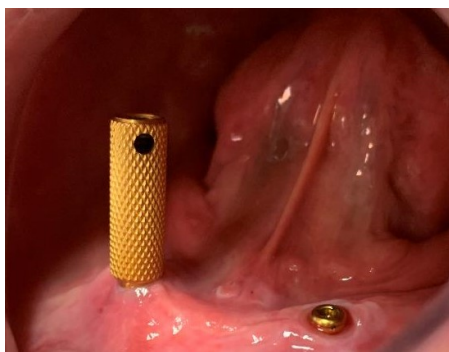
**Figura 18** - Escolha da cor dos dentes

Passados sete dias, a paciente voltou à Clínica Universitária para fazer a confirmação de forma e cor dos dentes. Além disso, avaliou-se a oclusão, devendo-se verificar contactos bilaterais e simultâneos entre as duas arcadas, com uso de papel articular Henry Schein® de 40 $\mu$ . Ainda, foi necessário fazer ajustes nos flancos, retirando os excessos com uma faca de cera *Lessman*, EXOMED®. No final da consulta, enviou-

se para o laboratório a prótese inferior, com o objetivo de ser acrilizada. Na consulta seguinte, foram selecionados os pilares (*attachments*) tipo Locator® para os implantes Astra Tech Implant System: nomeadamente, para o implante 3.3 foi escolhido um pilar com altura de 4 mm (Figura 19) e para o implante 4.3 de 2 mm (Figura 20), em função da altura gengival da paciente. Esta altura está relacionada com a altura da gengiva versus profundidade do implante. Estes pilares foram aparafusados com uma força de 30 N-cm através de uma chave dinamométrica (Figura 21). Avançou-se com a colocação dos espaçadores tipo anel, de borracha de silicone branca e cápsulas de titânio junto ao dispositivo de retenção de polietileno de baixa densidade para o trabalho laboratorial (Figura 22), também designadas de nylons de processamento. Com os espaços para os componentes feitos na prótese definitiva, realizou-se o *pick-up* dos mesmos, isto é, a captura em boca com acrílico. Foi utilizado acrílico Tokuyama® REBASE II Fast (Figura 23) durante 8 minutos, exercendo alguma pressão contra a mucosa da arcada mandibular. Realizada a captura, foram removidos os dispositivos de polietileno preto e colocadas as borrachas de Nylon azuis (retenção ultra-suave de 1,5 lb(Figura 24 e 25). Efetuaram-se ainda ajustes oclusais antes da inserção da prótese definitiva (Figura 26). Por fim, foram dadas as indicações de higienização e manutenção da prótese.



**Figura 19** - Seleção do pilar 3.3



**Figura 20** - Seleção do pilar 4.3



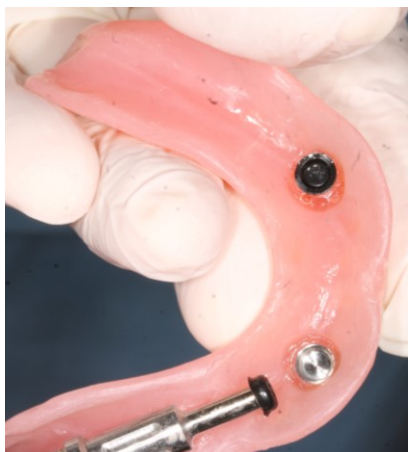
**Figura 21 - Aperto do pilar 3.3**



**Figura 22 - Attachments Locator®**



**Figura 23 - Pick-up com acrílico Tokuyama® REBASE II Fast**



**Figura 24 - Remoção dispositivos de polietileno preto de baixa densidade**



**Figura 25** - Colocação borrachas de Nylon azuis de retenção ultra-suave 1,5 lb



**Figura 26** - Prótese definitiva (vista frontal)

Ao fazer a primeira consulta de controlo, a paciente referiu o deslocamento de uma capsula metálica. Portanto, uma nova captura do mesmo com o acrílico de rebasamento TOKUYAMA REBASE II Fast foi feita. Avaliou-se novamente a oclusão juntamente com alguns alívios no bordo vestibular esquerdo e consequente troca de macho de substituição de retenção suave de 3,0 lb, rosa. No fim da consulta, foi agendado um controlo depois de uma semana, onde se averiguou a presença de úlceras na zona vestibular e lingual do 4.3 e só por lingual na área do 3.3. Por isso, foram realizados alívios mediante peça de mão e houve nova troca das borrachas rosa por umas mais retentivas, transparentes. Para concluir, foi colocado na base da prótese um silicone de condensação Coltene® PSI Pressure Spot indicator para verificar eventuais zonas de pressão e trauma na mucosa.

## Discussão e Conclusões

No caso clínico previamente descrito, a seleção de *attachments* do tipo *Locator*<sup>®</sup> foi amplamente debatida entre profissionais e alunos que executaram a reabilitação protética da arcada inferior. É evidente que na elaboração do planeamento do caso, devem ter-se em consideração vários elementos, tais como os procedimentos cirúrgicos pré-protéticos, a escolha de encaixe, o tipo de retenção, o valor de DVO e espaço livre funcional, a altura óssea remanescente, as exigências estéticas e condições financeiras do paciente. As principais razões que levaram à escolha deste *attachment* foram a altura reduzida do encaixe comparativamente ao encaixe em barra ou bola, o custo de processamento mais barato (relativamente a uma barra), a existência de menores complicações (e facilmente reparáveis) deste tipo de encaixe quando comparado com uma barra por exemplo. Neste caso convém lembrar o facto da paciente ter uma Dimensão Vertical de Oclusão diminuída, o favorável número de implantes presentes para a realização de uma sobredentadura mandibular(36), bem como a possibilidade de diferentes níveis de retenção consoante um próprio código de cor. Posto isto, será recomendável usar borrachas de Nylon retentivas azuis, a seguir, as rosas e, no fim, as transparentes, tal como foi feito neste caso clínico, para aumentar o grau de adaptação e satisfação da paciente(33). Todavia, existem algumas desvantagens que irão influenciar o completo sucesso do tratamento, como a necessidade de mais marcações para consultas de controlo, o maior risco de deformação ou deslocamento da componente retentiva em Nylon, afrouxamento de pilar e necessidade da cooperação do paciente em termos de higiene(34), uma vez que a conformação do encaixe *Locator*<sup>®</sup> é suficientemente favorável à acumulação de restos alimentares e placa bacteriana, embora os *attachments* do tipo barra tenham uma maior propensão a retenção de placa bacteriana(37). Por Guédât(38) uma das complicações do sistema *Locator*<sup>®</sup> é, por exemplo, a saída da capsula em metal (38), o que, na prática, se verificou também no caso anteriormente descrito, sendo que na primeira consulta de controlo foi relatado pela paciente o deslocamento da mesma.

Hoje em dia, vários estudos atestam a eficácia das sobredentaduras implantossuportadas com sistema *Locator*<sup>®</sup>, uma vez que sistemas de conexão em barra ou bola mostram ter mais desvantagens, como o tamanho maior, a necessidade

de mais espaço no sentido vertical e horizontal, maior tendência à invasão da região sublingual e aumento de volume gengival. Com base nisso, o sistema *Locator*<sup>®</sup> parece ter mais benefícios no resultado final do tratamento(39). Conforme descrito por Elsyad(35)um bom sistema de conexão deve oferecer adequada retenção e deve ser capaz de reduzir o impacto sobre o corpo dos implantes, atrasando o fracasso da reabilitação protética(35). Portanto, perante quadros clínicos com arcadas desdentadas a reabilitar, a opção de usar um sistema de retenção do tipo *Locator*<sup>®</sup> pode ser uma opção eficaz no processo de reabilitação. Comparando ainda este tipo de sistema de retenção e o sistema de retenção fornecido por uma barra, podemos dizer que este sistema apresenta uma retenção média/moderada, enquanto uma barra garante um sistema de retenção mais “forte”, mas também por vezes mais complexo e propício a complicações mecânicas.

Durante os procedimentos do tratamento, houve falhas no que respeita à individualização do caso, sendo que deveria ter sido feita a montagem em articulador com modelos de estudo, de acordo como o descrito na literatura em casos de desdentação bimaxilar total.

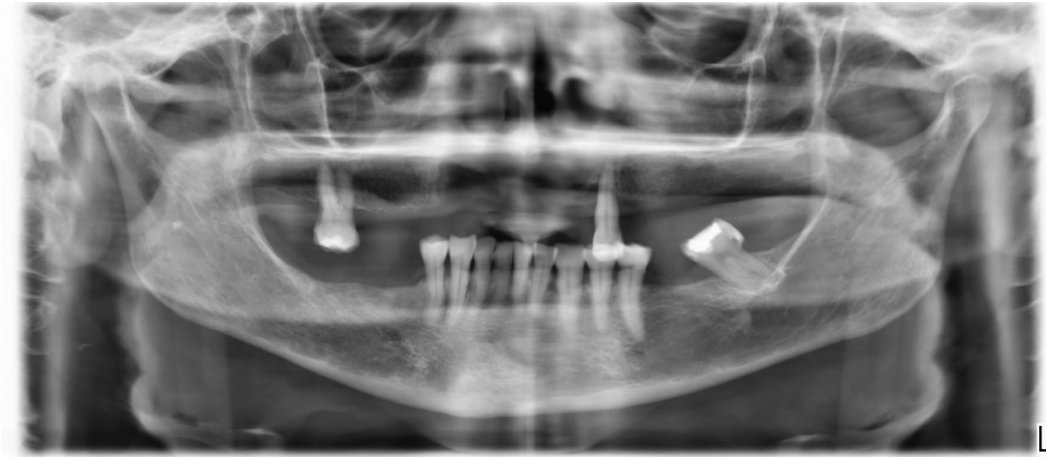
## **Caso clínico III – Caso clínico multidisciplinar**

### **Introdução**

O edentulismo parcial é definido como a redução do número de peças dentárias em uma ou ambas as arcadas(40). A perda dentária pode estar associada a cárie, doença periodontal e traumatismos, por isso se considera multifatorial em que diferentes tipos de abordagens podem ser aplicadas(23). Com a progressiva ausência de dentes na cavidade oral, as funções de fala e mastigação, tal como a aparência estética, sofrem alterações com repercussões ao nível da qualidade de vida, da autoestima e com consequências sociais. Por estes motivos, o paciente vai à procura de uma melhor qualidade de vida, através da reabilitação oral(41). Assim, abordagens de reabilitação oral fixa ou removível continuarão a ser amplamente aplicadas na prática dentária. De uma forma geral, as reabilitações fixas têm sido consideradas a melhor opção de tratamento do edentulismo parcial, no entanto muitas vezes, e por várias razões a reabilitação fixa não é de todo possível e assim a reabilitação com prótese parcial removível poderá ser uma alternativa viável. Requer um cuidadoso planeamento e uma articulação em equipa entre médico dentista, e técnico de prótese dentária. De facto, é essencial elaborar um correto diagnóstico e planeamento, que por vezes necessita da execução de tratamentos pré-protéticos, envolvendo outras áreas da Medicina Dentária, além da elaboração do desenho de infraestrutura, limitando o acúmulo de placa bacteriana e promovendo apropriados princípios biomecânicos. Vários componentes devem ser incluídos no desenho da prótese, como os conectores maiores, cuja função é tornar efetivos os elementos da infraestrutura, os conectores menores, que têm o papel de interligar o conector maior às restantes partes, os apoios oclusais que transmitem as forças verticais ao longo eixo dos dentes pilares, os retentores diretos e indiretos que oferecem retenção e contrariam os movimentos distais, e por fim, as selas que unem a base da prótese ao conector maior(23). Entre as indicações para prótese parcial removível, há também a substituição de tecidos moles ausentes ou diminuídos(42). Hoje em dia, materiais não metálicos foram desenvolvidos para a composição da infraestrutura, incluindo resinas termoplásticas e acrílicas, embora algumas limitações estejam ainda presentes(23).

## Caso clínico

Paciente, MJDMS, sexo feminino, 63 anos de idade e raça caucasiana. Chegou à Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa para realizar uma prótese parcial esquelética inferior. O motivo da consulta foi “estou totalmente insatisfeita com a antiga prótese que fiz há alguns anos”. Como antecedentes gerais apresentava história de hipertensão em estado controlado, episódios de epilepsia e ansiedade, cirurgia à bexiga e ao Síndrome do túnel cárpico, reumatismo e cancro do útero. Durante um ano fez radioterapia e quimioterapia. Fumadora de mais de dez cigarros por dia. No que diz respeito aos antecedentes dentários, a paciente apresenta um quisto residual no setor ântero-superior e é portadora de uma prótese parcial acrílica superior, que se encontrava desadaptada, apesar de a paciente não referir insatisfação com isso. Durante o estudo do caso, ambas as arcadas foram definidas como Classe II div. 1, segundo a classificação de Kennedy. Ao exame clínico, identificou-se a presença de hiperémia localizada no palato devido à falta de descanso noturno dos tecidos moles, desgaste oclusal, hiperpigmentação, sensibilidade do dente 3.7 aos estímulos externos, mobilidade de grau 2 do dente 2.3, doença periodontal crónica generalizada grave, segundo a nova classificação estágio IV, grau C. Após terem sido feitos os exames radiográficos ( Figura 27 a 30) e o registo fotográfico intra e extraoral (Figura 31 e 32) foi possível observar uma moderada taxa de reabsorção da crista alveolar, como também espessamento do ligamento periodontal e processo periapical associado ao dente 3.7. Posto isto, foi estabelecido um plano de tratamento que compreendia a extração do canino do segundo quadrante, o tratamento endodôntico radical do segundo molar do terceiro quadrante, o rebasamento da base da prótese parcial acrílica superior, o acrescento do dente 1.3 que já não se encontrava na arcada e do dente 2.3 e, por fim, a confecção de prótese parcial esquelética removível inferior. O mesmo foi aceite pela paciente através de entrega do relativo orçamento.



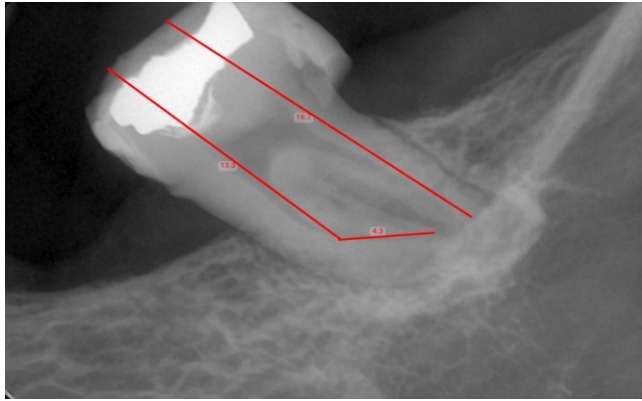
**Figura 27 - Ortopantomografia**



**Figura 28 - Radiografia periapical dente 3.4 e 3.5**



**Figura 29 - Radiografia periapical dente 4.3 e 4.4**



**Figura 30** - Radiografia periapical dente 3.7

Assim sendo, avançou-se com a realização dos tratamentos necessários antes da reabilitação protética.

Durante a primeira consulta foi efetuada a recolha de dados juntamente com as impressões preliminares maxilar e mandibular mediante uso de alginato Zhermack® Orthoprint, com moldeiras standard, cujo objetivo era criar o modelo de estudo para depois ser realizada a moldeira individual em resina fotopolimerizável rosa Schmidt® para a arcada inferior (Figura 31, 32).

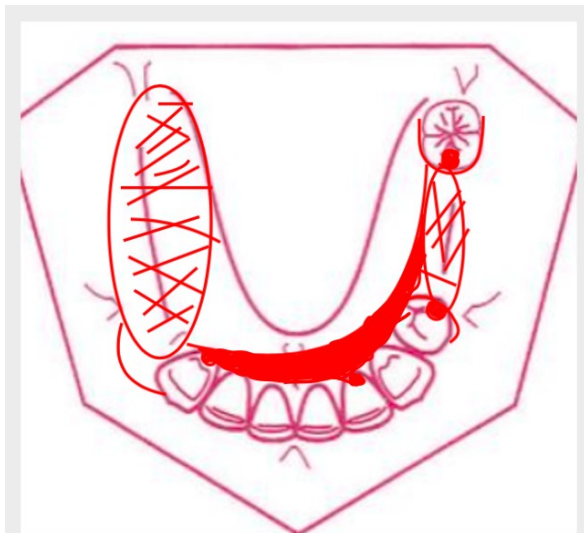


**Figura 31** - Fotografia intraoral maxilar



**Figura 32** - Fotografia intraoral mandibular

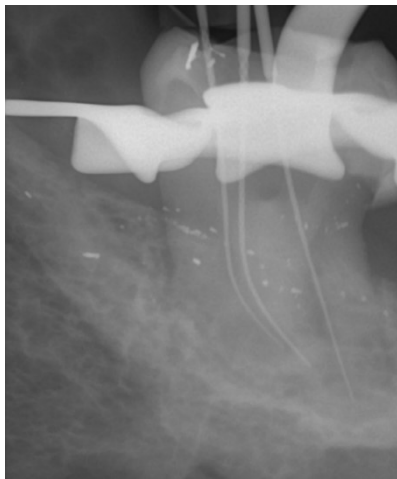
Usou-se o paralelómetro para determinar o eixo de inserção da prótese, tendo o dente 3.7 uma inclinação para mesial. Com uma ponta analisadora foram marcados três pontos, nomeadamente no bordo incisal dos incisivos superiores e inferiores, na fossa mesial do dente 3.7 e na crista marginal mesial do dente 4.4, no mesmo plano horizontal. Além disso, identificaram-se as áreas mais retentivas para a colocação dos ganchos nos dentes pilares através de uso de uma ponta de grafite posta em paralelo a todas as faces dentárias. Consequentemente, foi elaborado o desenho da prótese (Figura 33) com envolvimento de uma Barra Lingual como conector maior, foram colocados também conectores menores em mesial do dente 3.7, mesial e distal do dente 4.4 e distal do dente 3.5. Foram escolhidos como retentores maiores um gancho RPI no dente 4.4 e dois ganchos de Ackers nos dentes 3.5 e 3.7, uma vez que se situou o retentor indireto na face cingular do dente 3.3. Por fim, os apoios oclusais ficaram em distal do dente 3.5, mesial do dente 3.7, ocluso - mesial do dente 4.4 e no cingulo do dente 3.3.



**Figura 33** - Desenho de prótese

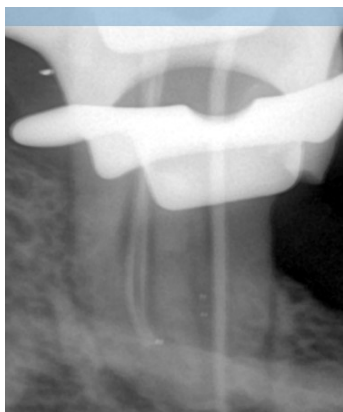
Antes de mais, foi necessário executar o tratamento endodôntico radical do dente 3.7, por se encontrar em estado de necrose e com processo periapical associado. Portanto, com uma turbina de alta rotação NSK® PANA-MAX PAX – TU M4 foi realizada a cavidade de acesso, em forma trapezoidal de base mesial, à câmara pulpar e à entrada dos canais. Começou-se na fossa principal da face oclusal com uma inclinação da broca para distal, devido à câmara pulpar ser mais volumosa nesse sentido, realizando no final desgastes compensatórios para obter uma melhor visualização dos canais. Para remover o teto da câmara pulpar, usou-se uma broca

Endo - Z<sup>®</sup> 25mm – FG Dentsply Sirona. Avançou-se com a colocação de isolamento absoluto, com o auxílio de dique de borracha DE Healthcare Products Dental Dam<sup>®</sup> Latex Puro e grampo para molar 14A. Através de exames radiográficos periapicais, fez-se a medição de odontometria, (ODM), 18 mm para o canal mesiolingual e mesiovestibular, e 21 mm para o canal distal. De seguida determinou-se a odontometria de trabalho (ODMt) pela técnica de Ingle, sendo que o valor de odontometria de trabalho, ODMt, foi 17 mm nos três canais, cujas referências anatômicas foram a cúspide MV, ML e D do dente (Figura 34).

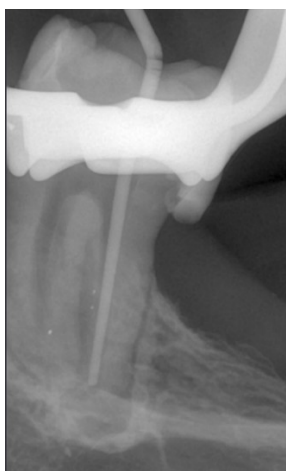


**Figura 34** - Confirmação da odontometria de trabalho

Em todos os canais foi usada uma técnica de preparação telescópica. A instrumentação manual foi realizada com limas K-file, desde a lima K10 até a lima K50. Durante todo o procedimento, realizou-se a desinfecção com solução de Hipoclorito de sódio 2.5%, solução de Dakin, Alifar<sup>®</sup>. Realizou-se a secagem canalicular com cones de papel absorvente. De seguida, efetuou-se a conometria dos canais por meio de cones mestre guta-percha previamente selecionados: cone 25 para os canais mesiovestibular e mesiolingual, cone 55 para o canal distal (Figura 35 e 36).



**Figura 35** - Confirmação da conometria canal MV e ML



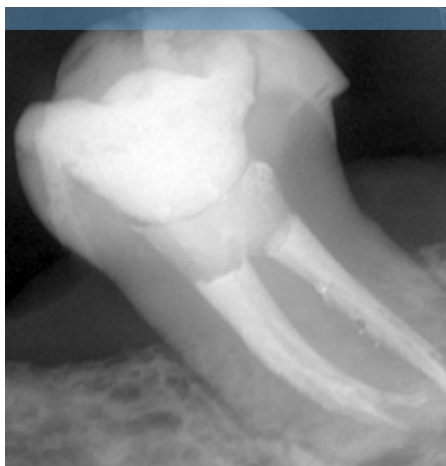
**Figura 36** - Confirmação da conometria do canal D

O tratamento endodôntico radicular foi concluído com a obturação dos canais através de técnica de compactação lateral e vertical de gutta percha. Portanto, depois de ter colocado o cone mestre embebido em pasta Dentsply Sirona AH plus<sup>®</sup>, fez-se a compactação lateral contra as paredes dos canais com um Hand Spreader<sup>®</sup> Dentsply Maillefer, adicionando-se posteriormente cones acessórios. No final, com o uso de um Heat-Carrier Plugger<sup>®</sup> Dentsply Maillefer foi feita a compactação vertical do material obturador, até 1mm abaixo da linha amelo-cementaria juntamente com o corte coronal dos cones (Figura 37).



**Figura 37 - Obturação**

Na mesma consulta, executou-se a restauração provisória com IRM® Dentsply Sirona e, após sete dias, foi feita a restauração definitiva com compósito Synergy® D6 Enamel Universal. Este procedimento foi realizado com isolamento relativo, isto é, colocando rolos de algodão por vestibular e lingual do dente e mantendo uma boa aspiração. Foi usada uma matriz metálica com o auxílio de um porta-matriz Tofflemire® e cunhas de madeira. Este tratamento fez-se durante o atendimento da disciplina de Dentisteria Operatória (Figura 38).



**Figura 38 - Restauração definitiva**

De seguida, procedeu-se à extração do dente 2.3 (Figura 39 e 40). Para isso, foi promovida antissepsia intraoral com elixir Eludril® e efetuou-se a administração local de anestesia infiltrativa (Xilonibsa® 1:80000 1.8ml) no nervo alveolar superior anterior, para a mucosa vestibular dos dentes incisivos e canino, seguida pela administração

local de anestesia infiltrativa no nervo nasopalatino para a mucosa palatina dos mesmos dentes. Por vestibular, a referência anatômica de injeção anestésica foi a Raiz do dente 2.3 e por palatino, a referência anatômica foi a papila inter-incisiva. De seguida, foi executada com um sindesmótomo reto a sindesmotomia, isto é, a desinserção das fibras periodontais ao redor do canino, o que provocou a rotura entre o ligamento periodontal e a gengiva aderida. Posteriormente, foi efetuada a luxação dentária mediante colocação de alavanca reta em mesio-vestibular, exercendo movimentos no sentido vestibulo-palatino. Através de um boticão, posicionado abaixo da junção amelo-cementaria para manter a integridade da coroa dentária, foi realizada a exodontia do dente com movimentos de pressão apical, rotação e tração. Por fim, realizou-se a curetagem do alvéolo, suturou-se com fio de sutura de seda não reabsorvível Silkam® 4/0, realizando-se um ponto simples. No fim, foram dadas as indicações pós-operatórias.



**Figura 39** - Fotografia intraoral (vista lateral esquerda)



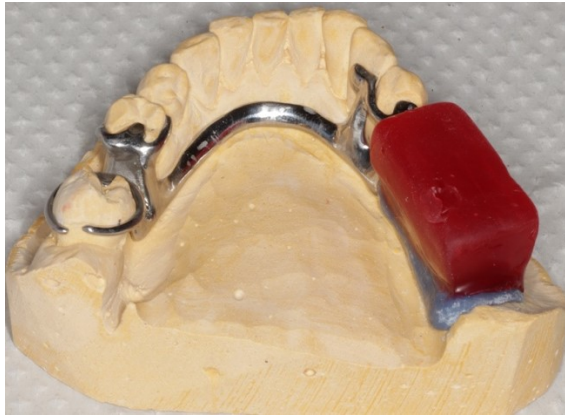
**Figura 40** - Peça cirúrgica pós-extracional

Na mesma consulta, foi feita uma impressão de arrasto com moldeira *standard* e alginato Zhermack® Orthoprint, incluindo a prótese parcial acrílica superior de forma a conseguir o rebasamento da base da prótese e o acrescento dos dois caninos maxilares (Figura 41).



**Figura 41** - Impressão de arrasto

Na consulta seguinte, foi feita a preparação pré-protética com a realização de nichos nos dentes pilares, usando uma turbina de alta rotação NSK® PANA - MAX PAX – TU M4 e sonda milimetrada para medir a profundidade. Os nichos oclusais nos dentes 3.5, 3.7 e 4.4 tinham formato de triângulo arredondado, com uma profundidade maior no centro da face oclusal do que na área das cristas marginais. O nicho cingular feito no dente 4.3 tinha forma em V arredondada, cuja orientação ficou para incisal. Avançou-se com a impressão definitiva da arcada inferior, onde foi usada a moldeira individual em resina acrílica fotopolimerizável rosa Schmidt® e alginato Zhermack® Orthoprint. Nos locais dos nichos, antes da toma de impressão definitiva, foi colocado alginato Zhermack® Orthoprint através de uma seringa descartável. Na consulta seguinte foi feita a prova de esqueleto em boca com marcação de placa base em cera para o registo intermaxilar (Figura 42). O objetivo desta consulta foi averiguar a boa adaptação do esqueleto e a com as ceras de registo fazer o registo maxilo-mandibular. Para finalizar, foi escolhida a cor dos dentes, nomeadamente B4, de acordo com Escala VITA Classical – cores A1 – D4, tendo em consideração a opinião da paciente. A mesma foi comprovada sob iluminação artificial e natural (Figura 43).

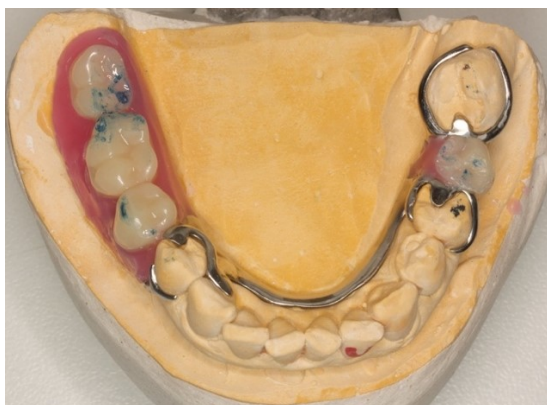


**Figura 42** - Esqueleto para prova + cera de registo maxilo mandibular



**Figura 43** - Escolha de cor B4

Depois, foi executada a prova de dentes, onde foi avaliada a oclusão com papel articular Henry Schein® de 40 $\mu$  e, por isso, foi verificada a presença de um esquema oclusal bibalanceado (Figura 44 e 45). Além disso, foram feitos testes fonéticos e avaliação estética (facial e labial) para confirmar a DVO. Pediu-se à paciente para fazer movimentos de lateralidade e protrusão, bem como abertura e fecho. As próteses foram enviadas para acrilização em laboratório.

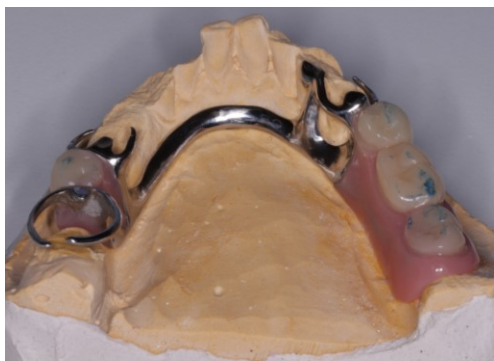


**Figura 44** - Prova de dentes com marcação de pontos de contacto



**Figura 45** - Prova de dentes com marcação de pontos de contacto (vista intraoral)

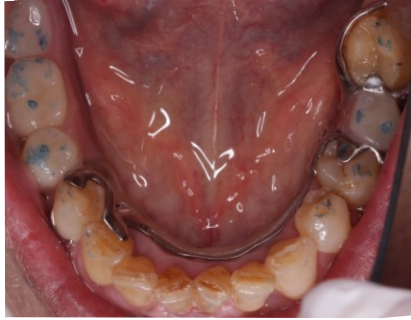
Para concluir, foi realizada a inserção da prótese parcial removível (Figura 46 a 52). Verificou-se a estabilidade, retenção e adaptação dos componentes da prótese, bem como ausência de prematuridades ou interferências na oclusão. Foram dadas todas as instruções para uma correta manutenção, e recomendou-se a marcação de consultas de controlo. Após uma semana, na primeira consulta de controlo, a paciente não referiu dor ou desconforto muscular, nem dificuldade nos movimentos mastigatórios e de fala, o que levou à completa satisfação da paciente, quer em termos estéticos quer em termos funcionais.



**Figura 46** - Prótese parcial removível esquelética



**Figura 47** - Prótese superior rebasada e com marcação dos pontos de contato



**Figura 48** - Inserção da prótese definitiva



**Figura 49** - Fotografia intraoral (vista lateral esquerda)



**Figura 50** - Fotografia intraoral (vista lateral direita)



**Figura 51** - Fotografia extra oral (vista frontal)



**Figura 52** - Fotografia extra oral (vista lateral)

### **Discussão e Conclusões**

A desdentação parcial pode afetar pacientes jovens e idosos, sendo a Classe III e IV de Kennedy mais frequente em jovens, e a classe I e II nos pacientes idosos(40). Alguns estudos(40)(23) relatam uma maior tendência do gênero feminino em procurar tratamentos reabilitadores de dentes perdidos, devido as alterações estéticas decorrentes, o que se verificou no caso clínico anteriormente descrito. De um modo geral, as características mais comuns dos pacientes desdentados parciais, são a inclinação de dentes posteriores adjacentes ao espaço edentulo, extrusão de dentes antagonistas, distúrbios temporo-mandibulares e alterações na estética facial e labial(40). Da mesma forma, estas características foram encontradas no caso descrito, ocorrendo uma mesio-inclinação do dente 3.7 pela falta do primeiro molar inferior, e sobre erupção do dente 2.3, que foi extraído e substituído na prótese superior.

A realização de uma ponte fixa de três elementos no setor posterior do terceiro quadrante ou a colocação de um implante foram opções de tratamento descartadas pela paciente, devido ao fator económico, tempo de cadeira mais longo e ansiedade relativa a tratamentos mais invasivos. A realização de prótese parcial removível é o tratamento de eleição pelos pacientes mais preocupados com tratamentos

dentários(23), pelo que a paciente demonstrou boa aceitação perante esta escolha de tratamento.

No entanto, a literatura indica que a realização de uma prótese removível pode ter também algumas desvantagens, como menor estética, reações alérgicas, maior desgaste nos dentes pilares e impossibilidade de reparação, caso ocorram fraturas(43). Por outro lado, uma reabilitação deste tipo implica maior cooperação por parte do paciente e um maior número de consultas de controlo para reduzir a probabilidade de complicações(43).

Neste caso, durante a confeção da infraestrutura da prótese, o conector maior escolhido foi uma barra lingual, sendo que a altura entre a crista gengival e o fundo do vestíbulo resultou ser suficiente (8 mm). A preparação pré-protética com a realização de nichos para os apoios oclusais foi feita de forma a propagar o stress oclusal ao longo eixo dos dentes pilares, sobretudo pela presença do molar mesioinclinado, o que poderia ter alterado o eixo de inserção da prótese, caso não tivessem sido feitos planos guia através do estudo com o paralelómetro.

Além disso, evidências científicas(23) demonstram uma alta taxa de sucesso nas reabilitações protéticas, cuja retenção indireta é favorecida pelos apoios cingulares nos dentes com uma proeminência acentuada, tal como foi feito neste caso (dente 3.3).

Após a preparação pré-protética, foi usada uma moldeira individual que minimizou a deformação do material com uma espessura de alginato mais uniforme e maior conforto para a paciente. O rebasamento da prótese superior foi realizado porque, ao longo do tempo, ocorreram alterações dimensionais ao nível dos tecidos duros e moles, além de redução da DVO, o que levou à menor retenção e estabilidade da prótese que a paciente já tinha. Este procedimento implicou a captura dos tecidos orais e a base da prótese, cujo objetivo foi criar o “negativo” destes elementos, nos quais uma resina acrílica foi aplicada para processar o análogo funcional.

Durante a toma de impressão de arrasto para o rebasamento da base da prótese superior e o acrescento dos caninos 1.3 e 2.3 houve um erro, tendo sido escolhida uma moldeira de plástico, não rígida, que poderá ter resultado numa flexão das paredes laterais e distorção da impressão durante a desinserção da moldeira. A exodontia do dente 2.3 foi realizada por causa da mobilidade de grau 2 que o dente apresentava, tendo cuidado com eventuais lesões da eminência canina que poderiam

influenciar o contorno labial e a estética facial, levando a menor sucesso da reabilitação planejada(44).

Entretanto, o tratamento endodôntico radical no dente 3.7 foi planejado e executado para preservar a integridade dentária e também porque, sendo a prótese inferior dentomucossuportada, tornou-se útil manter o molar inferior que auxiliou na colocação de um dos retentores diretos (gancho de Ackers) para prever movimentos de deslocamento da prótese e garantir maior estabilidade. Ainda, na elaboração deste caso clínico, devia ter sido feita a montagem dos modelos em articulador, de forma a obter maior exatidão na oclusão em relação cêntrica e nos movimentos de protrusão e lateralidade.

Contudo, a presença dos dentes 1.8 e 2.3 na arcada superior juntamente com os dentes mandibulares permitiu estabelecer o valor da Dimensão Vertical de Oclusão, bem como a relação intermaxilar, o que não tornou a montagem do arco facial em articulador um procedimento indispensável à reabilitação.

Reconhece-se a falta de documentação fotográfica relativamente ao *follow-up* final da paciente devido à interrupção da atividade clínica na Clínica Universitária. Assim que sejam retomadas as aulas presenciais, irá ser realizada uma consulta de controlo para verificar o estado da prótese e dos tecidos moles adjacentes.

## Referências bibliográficas

1. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. A Review of Approaches for Dental Practice Teams for Promoting Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016;44(4):313–30.
2. Cohen LK, Dahlen G, Escobar A, Causa H, Fejerskov O, Johnson NW, et al. Dentistry's Future. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(9):752-753.
3. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese Self-Reported Oral-Hygiene Habits and Oral Status. *Int Dent J.* 2017;67(3):139-147.
4. Wilkerson DWC. Dentistry's Great Awakening. *Cranio - J Craniomandib Pract.* 2018;36(3):139-140.
5. Veiga D, Oliveira R, Carvalho J, Mourão J. Emergências Médicas Em Medicina Dentária: Prevalência e Experiência Dos Médicos Dentistas. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2012;53(2):77–82.
6. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral Diseases: A Global Public Health Challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-260.
7. Löst C. Quality Guidelines for Endodontic Treatment: Consensus Report of the European Society of Endodontology. *Int Endod J.* 2006;39(12):921–30.
8. Hupp, James R, Ellis, Edward, Iii, Tucker, et al. *Cirurgía Oral y Maxilofacial Contemporánea.* Hupp 6a Edición. 2009.
9. Correia A, Bresciani E, Borges A, Pereira D, Maia L, Caneppele T. Do Tooth- and Cavity-Related Aspects of Noncarious Cervical Lesions Affect the Retention of Resin Composite Restorations in Adults? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Oper Dent.* 2020;45(3):E124–40.
10. Urquhart O, Tampi MP, Pilcher L, Slayton RL, Araujo MWB, Fontana M, et al. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Dent Res.* 2019;98(1):14–26.
11. Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry. *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry.* 2019.
12. Arya Rajendran BS. *Shafer's Textbook of Oral Pathology.* Elsevier Health Sciences. 2014.
13. Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, Porporatti AL, Warnakulasuriya S, Guerra ENS, et al. Prevalence of Oral Potentially Malignant Disorders: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *J Oral Pathol Med*. 2018;47(7):633–40.
14. Starzyńska A, Pawłowska A, Renkielska D, Michajłowski I, Sobjanek M, Błazewicz I. Oral Premalignant Lesions: Epidemiological and Clinical Analysis in the Northern Polish Population. *Postep Dermatologii i Alergol*. 2014;31(6):341–50.
  15. Tremont TJ, Posnick JC. Selected Orthodontic Principles for Management of Cranio-Maxillofacial Deformities. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2020;32(2):321–38.
  16. Hosseinzadeh Nik T, Gholamrezaei E, Keshvad MA. Facial Asymmetry Correction: From Conventional Orthognathic Treatment to Surgery-First Approach. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2019;13(4):311–20.
  17. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodoncia Contemporánea- 5ª Edición*. Contemporary Orthodontics. 2012.
  18. Kerosuo H. The Role of Prevention and Simple Interceptive Measures in Reducing the Need for Orthodontic Treatment. *Med Princ Pract*. 2002;11(1):16–21.
  19. Herbert T. Shillingburg, Jr D, David A. Sather D, Edwin L. Wilson, Jr, DDS Me, Joseph R. Cain, DDS M, Donald L. Mitchell, DDS M, Luis J. Blanco, DMD M, et al. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*. Quintessence Publishing Co, Inc. 2012.
  20. Saeed F, Muhammad N, Khan AS, Sharif F, Rahim A, Ahmad P, et al. *Prosthodontics Dental Materials: From Conventional to Unconventional*. *Mater Sci Eng C*. 2020;106:110167.
  21. Steffens JP, Marcantonio RAC. *Classificação Das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares 2018: Guia Prático e Pontos-Chave*. *Rev Odontol da UNESP*. 2018;47(4):189–97.
  22. Carr AB, Brown DT. *McCracken’s Removable Partial Prosthodontics: Twelfth Edition*. McCracken’s Removable Partial Prosthodontics: Twelfth Edition. 2010.
  23. Kim JJ. Revisiting the Removable Partial Denture. *Dent Clin North Am*. 2019;63(2):263-278.
  24. Amin K, Vere J, Thanabalan N, Elmougy A. Occlusal Concepts and Considerations in Fixed Prosthodontics. *Prim Dent J*. 2019;8(3):20–7.
  25. Chang CL, Wang DH, Yang MC, Hsu WE, Hsu ML. Functional Disorders of the Temporomandibular Joints: Internal Derangement of the Temporomandibular

- Joint. Kaohsiung J Med Sci. 2018;34(4):223-230.
26. Principles and Practice of Pedodontics. Principles and Practice of Pedodontics. 2012.
  27. Abe A, Kurita K, Hayashi H, Minagawa M. Multiple Mucoceles of the Lower Lip: A Case Report. Clin Case Reports. 2019;7(7):1388–90.
  28. Kanehira BTB, Oliveira GS, Pinheiro TN, Motta JUNIOR J, Martins VB, Fayad FT, et al. SURGICAL TREATMENT OF ATYPICAL SIZE MUCOCELE IN THE LOWER LIP: A CASE REPORT. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017;17(3):17-20.
  29. Woltmann M, Frech M, Santos FE, Kalluf GH, Cé PDS. Mucocelo Do Lábio Inferior: Relato de Caso Atípico. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac. 2008;49(3):165–9.
  30. Baumash HD. Mucoceles and Ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(3):369–78.
  31. Bezerra TMM, Monteiro BV de B, Henriques ÁCG, de Vasconcelos Carvalho M, Nonaka CFW, da Costa Miguel MC. Epidemiological Survey of Mucus Extravasation Phenomenon at an Oral Pathology Referral Center during a 43 Year Period. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82(5):536-542.
  32. Ohta N, Fukase S, Suzuki Y, Aoyagi M. Treatment of Salivary Mucocele of the Lower Lip by OK-432. 2011;38(2):240–3.
  33. Liu W, Zhang X, Qing H, Wang J. Effect of LOCATOR Attachments with Different Retentive Forces on the Stability of 2-Implant-Retained Mandibular Overdenture. J Prosthet Dent. 2019;S0022-3913(18):30993-4.
  34. Miler AMQP, Correia ARM, Rocha JM de C, Campos JCR, da Silva MHGF. Locator® Attachment System for Implant Overdentures: A Systematic Review. 2017;19(4):124-129.
  35. ELsyad MA, Elhaddad AA, Khirallah AS. Retentive Properties of O-Ring and Locator Attachments for Implant-Retained Maxillary Overdentures: An In Vitro Study. J Prosthodont. 2018;27(6):568-576.
  36. Baba NZ, Al-Harbi FA, AlRumaih HS, AlShehri A. A Novel Extended Range Attachment System to Retain Implant Overdentures: A Clinical Report. J Prosthodont. 2019;28(1):3-9.
  37. Nagy U, Guédat C, Giannopoulou C, Schimmel M, Müller F, Srinivasan M. Microbiological Evaluation of LOCATOR® Legacy Attachments: A Cross-

- Sectional Clinical Study. Clin Exp Dent Res. 2019;5(5):476-484.
38. Guédat C, Nagy U, Schimmel M, Müller F, Srinivasan M. Clinical Performance of LOCATOR® Attachments: A Retrospective Study with 1–8 Years of Follow-Up. Clin Exp Dent Res. 2018;27(4):132-145.
  39. Anas El-Wegoud M, Fayyad A, Kaddah A, Nabhan A. Bar versus Ball Attachments for Implant-Supported Overdentures in Complete Edentulism: A Systematic Review. Clin Implant Dent Relat Res. 2018;20(2):243-250.
  40. Jeyapalan V, Krishnan CS. Partial Edentulism and Its Correlation to Age, Gender, Socio-Economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes—a Literature Review. J Clin Diagnostic Res. 2015;9(6):ZE14-7.
  41. Xie Q, Ding T, Yang G. Rehabilitation of Oral Function with Removable Dentures - Still an Option? J Oral Rehabil. 2015;42(3):234-242.
  42. Moldovan O, Rudolph H, Luthardt RG. Clinical Performance of Removable Dental Prosthesis in the Moderately Reduced Dentition: A Systematic Literature Review. Clin Oral Investig. 2016;20(7):1435-37.
  43. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Hyde TP, Nattress B, Pavitt SH, et al. Removable Partial Dentures: The Clinical Need for Innovation. J Prosthet Dent. 2017;118(3):273-280.
  44. Aytés LB, Gay Escoda C. Cosme Gay Escoda. Tratado de cirugía bucal Tomo I. 2015. 230-231. p.