



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Por: Joana Isabel Vaz Veiga

Viseu, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo:
Por: Joana Isabel Vaz Veiga

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo
Coorientador: Professora Doutora Mariana Seabra

Viseu, 2019

“O sucesso normalmente vem para quem está ocupado demais para procurar por ele”
Henry David Thoreau

Agradecimentos

A realização desta dissertação representa o final de uma etapa, a vida acadêmica, e o início de outra, a vida profissional.

Quero agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Andreia Figueiredo, pelo apoio e perseverança que me transmitiu ao longo deste projeto e por toda a paciência que teve comigo. À minha coorientadora a Professora Doutora Mariana Seabra por me ajudar a manter os pés assentes na Terra, por ser uma mediadora do meu percurso e por me ajudar a tomar as escolhas certas através da sua honestidade e frontalidade.

À Daniela agradeço o companheirismo, a lealdade e a amizade em todas as etapas deste capítulo. Ao Ricardo a acessibilidade e disponibilidade ao longo da realização desta dissertação.

Agradeço aos meus pais por acreditarem sempre em mim e por tornarem este sonho real. Ao meu irmão por ser um exemplo de luta, positivismo, superação, e por ser, para sempre o meu porto seguro. A toda a minha família, em particular ao meu padrinho, à tia Lurdes e ao Diogo por estarem presentes, em todos os momentos da minha vida, por me ajudarem a vencer e celebrar as vitórias em todas as batalhas da vida.

Ao Rúben por ouvir as mesmas histórias, vezes e vezes sem conta sempre com a mesma atenção e o mesmo carinho e por nunca deixar de acreditar num mundo melhor.

À Patrícia por tornar um cantinho da cidade Viseu um segundo lar e um lugar seguro, por me ouvir e aconselhar todos os dias ao longo destes 5 anos.

Não podia deixar de mencionar os meus amigos de longa data que fizeram deste percurso um verdadeiro livro de aventuras.

Resumo

A Medicina Dentária é uma área multidisciplinar.

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu são colocadas em prática, diariamente, as seguintes áreas disciplinares: Medicina Oral, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prostodontia Fixa, Prostodontia Removível, Oclusão, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria e Ortodontia.

Este relatório divide-se em duas partes. Na primeira parte caracteriza-se a população tratada na Clínica Dentária Universitária, desde o dia 17 de setembro de 2018 ao dia 24 de maio de 2019, utilizando a análise estatística descritiva dos dados de atividade clínica recolhidos ao longo do quinto ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Na segunda parte apresentam-se, detalhadamente, três casos clínicos diferenciados pertencentes às áreas de Endodontia, Cirurgia Oral e Medicina Oral.

Palavras-Chave: Saúde Oral, Endodontia, Cirurgia Oral e Medicina Oral.

Abstract

Dentistry is a multidisciplinary area.

Universidade Católica Portuguesa de Viseu's Dental Clinic offers the following medical specialities: Oral Medicine, Oral Surgery, Periodontology, Endodontics, Restorative Dentistry, Removable Prosthodontics, Occlusion, Fixed Prosthodontics, Paediatric Dentistry and Orthodontics.

This report is divided in two parts. The first part characterises the population treated at the University Clinic, using a descriptive statistical analysis of the data gathered from the clinical activities performed during the fifth year of the Master degree in Dentistry. The second part presents three distinctive clinical cases, in the areas of Endodontics, Oral Surgery and Oral Medicine.

Key Words: Oral Health, Endodontics, Oral Surgery and Oral Medicine.

Índice

Introdução.....	0
Material e métodos.....	3
Resultados: dados da atividade clínica	6
Medicina oral.....	13
Periodontologia.....	14
Endodontia.....	16
Cirurgia oral	19
Odontopediatria	21
Ortodontia.....	22
Prostodontia removível	23
Prostodontia fixa.....	25
Dentisteria operatória.....	27
Oclusão.....	29
Casos clínicos diferenciados	32
Caso clínico I: tratamento endodôntico de um 2º molar inferior com um sistema de canais radiculares em forma de “C”	34
Apresentação do caso clínico	36
Caso clínico II: penfigoide bolhoso	43
Apresentação do caso clínico	46
Caso clínico III: cirurgia oral: extração de um canino maxilar incluso.....	53
Trabalho científico.....	66
Conclusão	69
Bibliografia.....	72

Abreviaturas

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNPSO: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CBCT: Tomografia Computorizada de Feixe Cônico

LASER: Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation)

CO₂: Dióxido de Carbono

Nd: YAG: *Neodymium Yttrium Aluminum Garnet*

Er: YAG: *Erbium Yttrium Aluminum Garnet*

CT: Tomografia Computadorizada

AAP: Sociedade Americana de Periodontologia

EFP: Federação Europeia de Periodontologia

INR: *International Normalized Ratio*

RDC-TMD: *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

DTM: Disfunção temporomandibular

Introdução

A saúde oral é multifacetada. Comporta as habilidades de falar, sorrir, saborear, mastigar e engolir. Inclui a transmissão com confiança de emoções através de expressões faciais sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial. Outras características da saúde oral são: revelar-se uma componente fundamental do bem-estar físico e mental; desenvolver detalhes fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais para a qualidade de vida; promover experiências, percepções e capacidade de mudança da pessoa para se adaptar às circunstâncias (1–3).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a medicina dentária não deve focalizar apenas o tratamento da doença, mas abordar os cuidados e apoios para a saúde oral como parte integrante da saúde geral do indivíduo (1,2).

A cárie dentária é considerada um problema de saúde pública devido à sua prevalência, severidade, individualidade e impacto na sociedade. Conforme os dados publicados pela OMS aproximadamente 60% a 90% das crianças e 100% dos adultos têm lesões de cárie. A cárie dentária não tratada é a condição mais prevalente no mundo e a periodontite severa é a sexta doença mais prevalente. Na população com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, 30% já não usufrui de dentes naturais (4–6).

A mesma entidade expõe a necessidade de educar a população para a saúde oral (7). Desta forma, a Organização Mundial de Saúde recomenda direcionar os sistemas de saúde oral para os cuidados preventivos primários satisfazendo particularmente os grupos populacionais de um nível socioeconómico mais baixo (8). “Em Portugal, pelo menos quatro em cada cinco pessoas atestam ter necessidades não satisfeitas em termos de saúde oral (Eurostat, 2016a)” (6).

Uma má higiene oral é um fator predisponente para a doença periodontal. Escovar os dentes diariamente, duas vezes por dia com pasta fluoretada, é o método preventivo primário para manter uma boa higiene oral. No entanto, existem outras medidas preventivas igualmente importantes como o uso de fio dentário, as aplicações de flúor em consultório e as visitas regulares ao médico dentista. Infelizmente, estas medidas adicionais não são implementadas em várias partes do mundo. A mudança para atitudes e práticas saudáveis pode ser conseguida através do acesso à informação adequada (9).

Neste contexto, em 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) tratou de fazer reajustes nas medidas preventivas. Em 2008 implementou-se a cobertura do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao recurso a prestadores privados. Atualmente o PNPSO tem um acordo com o SNS e atribui cheques-dentista, que permitem os abrangidos recorrer a médicos dentistas do setor privado, nomeadamente: a

grávidas em vigilância pré-natal, a idosos com complemento solidário, a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, a portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a jovens de 18 anos que finalizaram o plano de tratamentos aos 16 anos neste projeto, a utentes infetados com o vírus de SIDA incluídos pelo PNPSO que, por sua vez, não realizam tratamentos há mais de 24 meses e a crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21. O Despacho nº 8591-B/2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, implementou as consultas de medicina dentária nos cuidados de saúde primários também na extensão do PNPSO faseadamente, através de 13 experiências-piloto. Atualmente há em funcionamento consultas de medicina dentária em mais de 50 centros de saúde. Até ao fim da legislatura objetivo é haver no mínimo um consultório de saúde oral por agrupamento de centros de saúde de modo a os portugueses serem consultados pelo médico dentista no Serviço Nacional de Saúde (10).

Os objetivos deste relatório são a análise estatística descritiva dos dados referentes aos atos clínicos efetuados pelo binómio constituído pelas alunas Joana Isabel Vaz Veiga e Inês Raquel de Almeida Martins, desde o dia 17 de setembro de 2018 ao dia 24 de maio de 2019 e a apresentação de três casos clínicos diferenciados.

Material e métodos

Na elaboração desta dissertação foi realizada uma revisão da literatura científica alusiva a todas as áreas disciplinares clínicas da Medicina Dentária. Foi utilizada para tal a base de dados *PubMed*[®], o motor de busca *Google Scholar*[®] e ainda se recorreu a livros exclusivos de cada uma das áreas clínicas. A procura, planeamento e citação das referências bibliográficas que sustentam este relatório, foram efetuadas no sistema de gestão de referências bibliográficas, desenvolvido pela Elsevier[®], o *Mendeley*[®] seguindo as normas de *Vancouver*.

A recolha de dados e análise estatística descritiva foi realizada no *Microsoft Excel*[®] e abrange os pacientes atendidos por este binómio desde o dia 17 de setembro de 2018 até ao dia 24 de maio de 2019. Procedeu-se ao cálculo do número total de consultas realizadas e calculou-se individualmente o número de consultas enquanto operador e assistente. Adicionalmente, foi calculado o mesmo para os dados clínicos referentes a cada área disciplinar.

Numa segunda fase foi então realizada a descrição detalhada dos casos clínicos, com recurso a fotografias referente aos casos clínicos diferenciados.

Resultados: dados da atividade clínica

Esta secção apresenta a análise estatística dos dados clínicos correspondentes à atividade clínica concretizada pelo binómio constituído pelas alunas Joana Isabel Vaz Veiga e Inês Raquel de Almeida Martins, durante o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, desde o dia desde o dia 17 de setembro de 2018 até ao dia ao dia 24 de maio de 2019.

Foram realizadas um total de 129 consultas, das quais 75 enquanto operador e 54 como assistente (Gráfico 1).

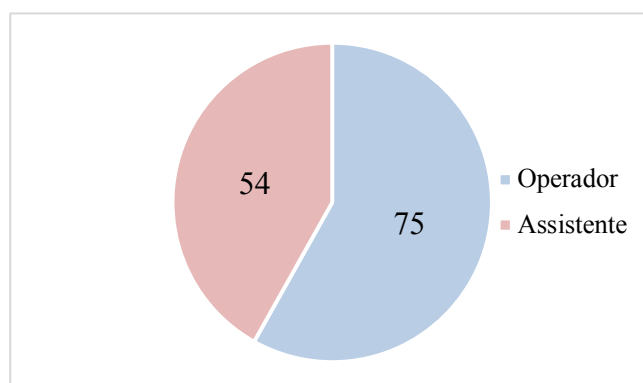


Gráfico 1: Número de atos clínicos enquanto assistente e operador.

No decorrer das 129 consultas foram atendidos 48 pacientes diferentes, dos quais 26 do género masculino e 22 do género feminino, tal como se verifica no Gráfico 2.

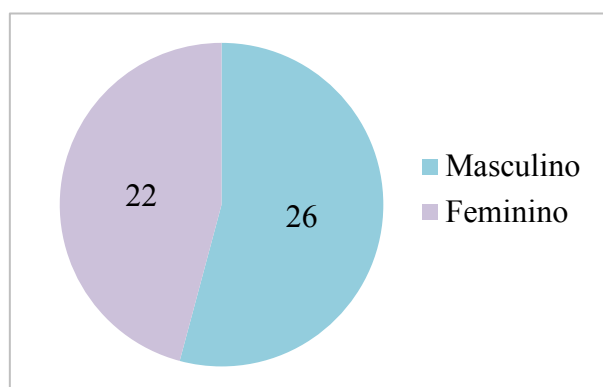


Gráfico 2: Número de pacientes por género.

Relativamente às idades dos pacientes, realizou-se a divisão por intervalos etários, sendo o intervalo mais prevalente dos 60 aos 70 anos, tal como se verifica no Gráfico 3. A média dos pacientes atendidos é de 49 anos sendo a idade mínima 8 anos e a máxima 81 anos.

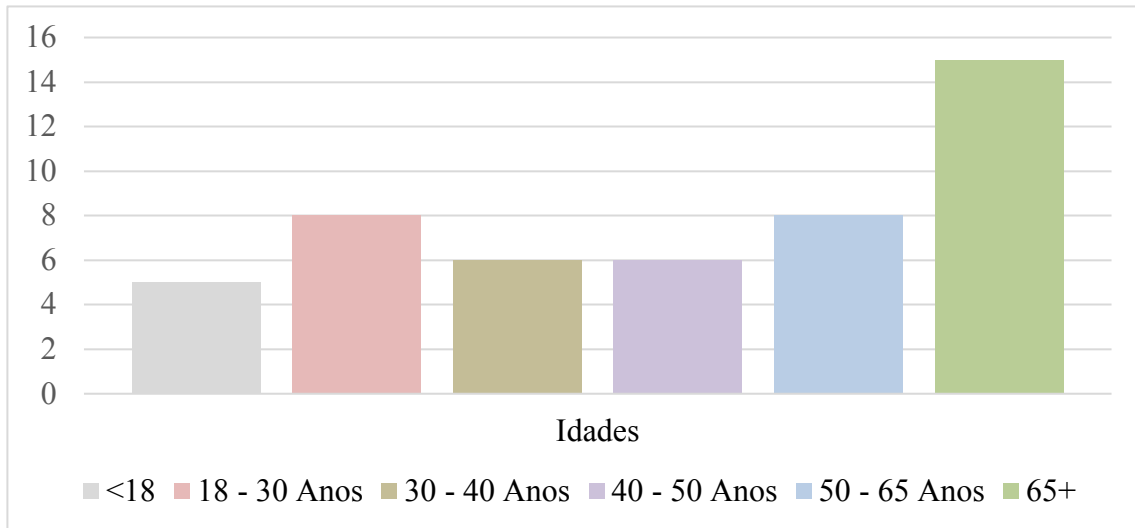


Gráfico 3: Intervalos de idades dos pacientes atendidos.

Segundo a OMS o tabagismo é classificado como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, interferindo de diferentes formas na saúde dos tecidos da cavidade oral (11). Por este motivo procedeu-se à contabilização do número de pacientes fumadores e não fumadores como se pode observar no Gráfico 4.

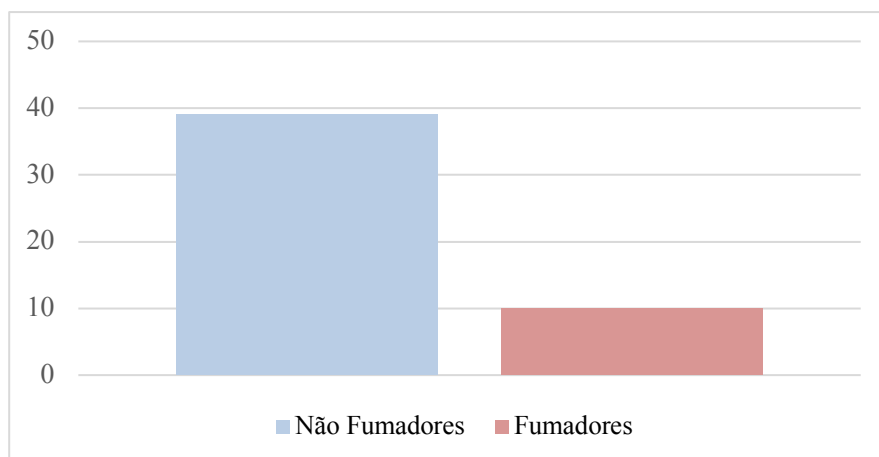


Gráfico 4: Número de pacientes fumadores e não fumadores.

A prática de uma boa higiene oral é essencial na manutenção e obtenção de uma boa saúde oral e a escovagem diária é o cuidado preventivo primário para manter uma correta higiene oral (12). Por este motivo fez-se a contabilização do número de escovagens diárias de cada paciente, segundo o que foi reportado pelos mesmos, sendo mais frequente a escovagem diária duas vezes por dia, como se verifica no Gráfico 5.

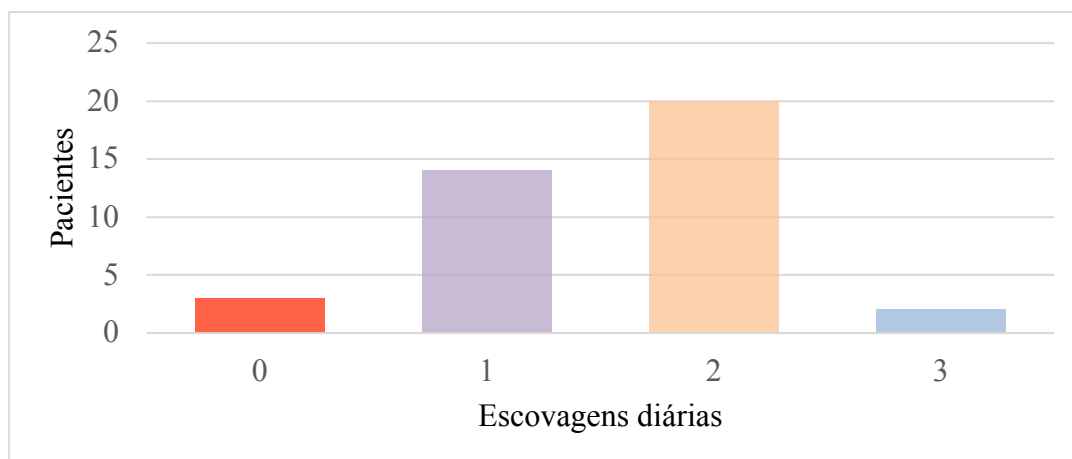


Gráfico 5: Número de escovagens diárias por paciente.

Dados da atividade clínica por área disciplinar

Relativamente ao número de consultas efetuadas, por área disciplinar, verificou-se um maior número de consultas nas áreas de protodontia removível (31), periodontologia (18) e protodontia fixa (18). No gráfico que se segue, observa-se o número total de consultas realizadas por cada área disciplinar, assim como o mesmo número enquanto operador e enquanto assistente no período já referido.

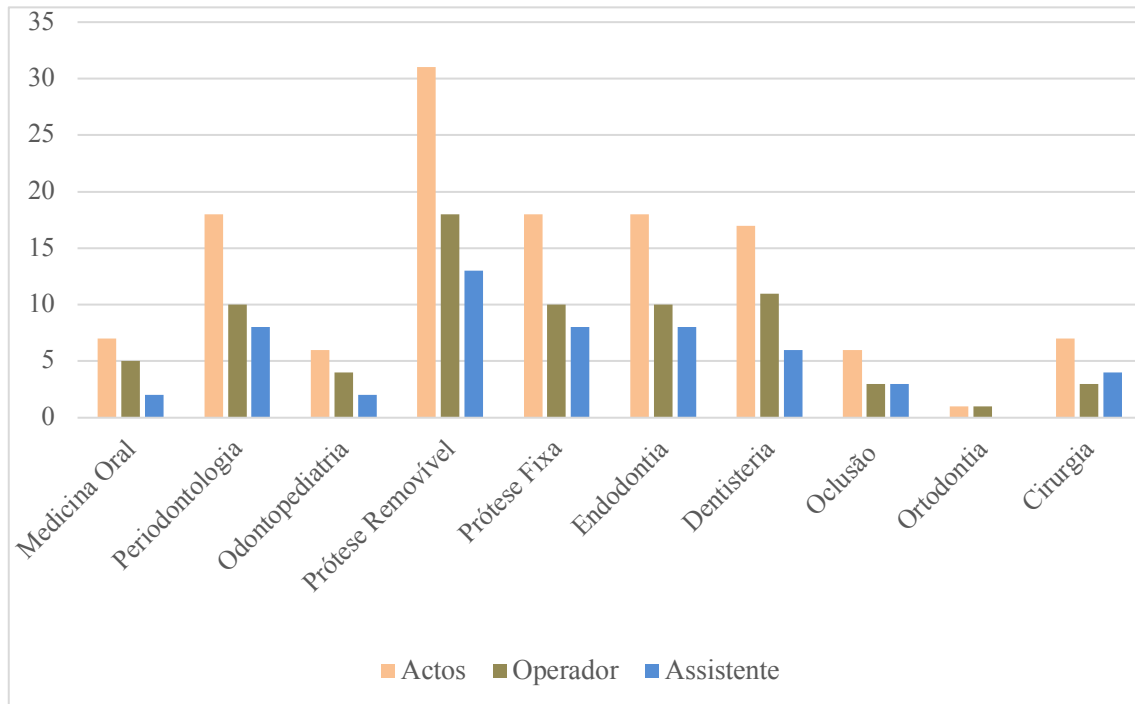


Gráfico 6: Número de atos realizados por área disciplinar total, como assistente e como operador.

As faltas e desmarcações fazem parte do cotidiano em medicina dentária. No Gráfico 7 estão representadas as faltas e desmarcações que ocorreram ao longo deste ano letivo.

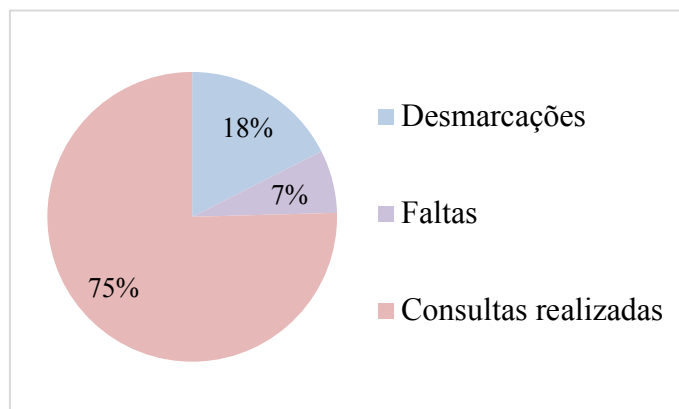


Gráfico 7: Percentagem consultas realizadas, faltas e desmarcações.

O Gráfico 8 representa, no universo de 30 desmarcações e 12 faltas observadas, a percentagem relativa a cada unidade curricular. Por exemplo, 5% das desmarcações do ano letivo correspondem a protodontia removível e dos 7% total de faltas, 1% corresponde à mesma unidade curricular.

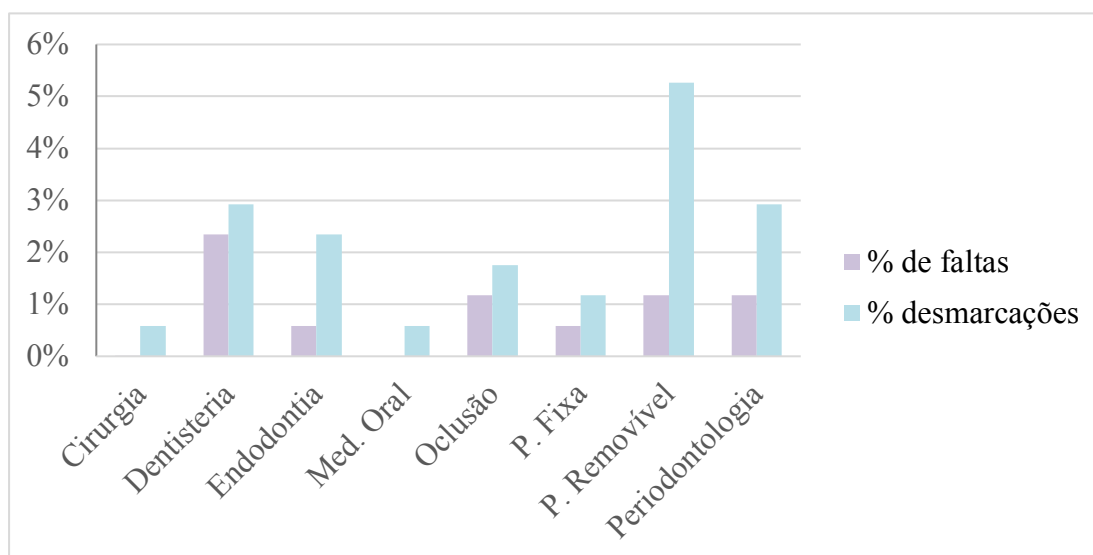


Gráfico 8: Percentagem de faltas e desmarcações por unidade curricular de acordo com a percentagem total das mesmas.

Medicina oral

Enquadramento teórico

A medicina oral é a especialidade de medicina dentária que determina a natureza, identificação e tratamento de doenças que afetam a cavidade oral e zona maxilofacial. Diagnostica pacientes com patologias crónicas e recorrentes e lesões médicas da cavidade oral e zona maxilofacial (13). Pode, inclusivamente, sugerir-se que a medicina oral é a área de estudo de interceção entre a medicina e a medicina dentária. Esta é a disciplina de medicina dentária que aborda a saúde oral de pacientes comprometidos de uma forma complexa, incluindo o diagnóstico e indicação de tratamentos primários não cirúrgicos e aborda condições médicas que afetam a cavidade oral e região maxilofacial (14).

Na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu é em medicina oral que se faz a triagem dos pacientes. Na mesma consulta realiza-se a história médica e dentária completa de todos os pacientes, o exame físico, o diagnóstico diferencial das patologias existentes, os exames complementares necessários e elabora-se o plano de tratamento. Posteriormente, encaminha-se o paciente para as respetivas áreas de intervenção de acordo com as suas necessidades.

Exposição de dados

Foram realizadas 7 consultas, 5 enquanto operadora e 2 como assistente respetivamente, tal como se verifica no Gráfico 9. Nesta unidade curricular encontrou-se um caso diferenciado de penfigoide bolhoso que será descrito à frente.

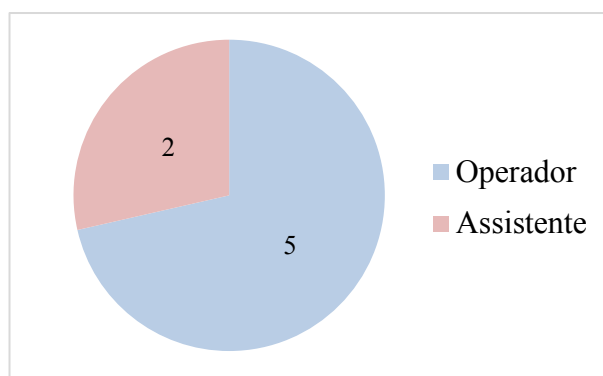


Gráfico 9: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de medicina oral

Periodontologia

Enquadramento teórico

A periodontologia é a ciência que estuda o periodonto saudável e não saudável (15).

A classificação de doenças e condições periodontais e peri-implantares é essencial para os médicos dentistas diagnosticarem e tratarem os seus pacientes, assim como para os cientistas investigarem a etiologia, patogenia e tratamento das mesmas condições e doenças.

A Sociedade Americana de Periodontologia (SAP) e a Federação Europeia de Periodontologia (FEP), em novembro de 2017, atualizaram a classificação de 1999 de doenças e condições periodontais e desenvolveram um esquema para doenças e condições peri-implantares (16,17).

Dependendo do estado do periodonto há quatro níveis de saúde periodontal nomeadamente: saúde periodontal sem qualquer alteração, com um periodonto estruturalmente sólido e não inflamado; saúde periodontal clínica bem conservada, com um periodonto estrutural e clinicamente intacto; doença periodontal estável, com redução do periodonto e remissão ou controlo da doença periodontal, com redução do periodonto (18).

As condições e doenças periodontais dividem-se em três grupos:

1. Saúde periodontal, doenças e condições gengivais, subdividido em: saúde periodontal e saúde gengival; gengivite induzida por biofilme dentário; doenças gengivais não induzidas por biofilme (19).
2. Periodontite, subdividido em: doenças periodontais necrosantes; periodontite; periodontite como manifestação de doenças sistémicas (20).
3. Outras condições que afetam o periodonto, subdividido em: manifestações periodontais de doenças ou condições sistémicas; abscessos periodontais e lesões endoperiodontais; condições e deformidades mucogengivais (21); forças oclusais traumáticas; fatores relacionados com o dente e próteses (16).

A mucosa peri-implantar saudável é composta por um núcleo de tecido conjuntivo, coberto por um epitélio queratinizado ou por epitélio não queratinizado. A maioria da parte intra-óssea do implante está em contacto com osso mineralizado, enquanto a porção restante está em contacto com a medula óssea, com as estruturas vasculares ou com o tecido fibroso. É essencial a ausência de sinais de inflamação clínica para concluir que existe saúde peri-implantar (22).

As condições peri-implantares dividem-se em:

1. Saúde peri-implantar (23);
2. Mucosite peri-implantar (16);
3. Peri-implantite (17);
4. Deficiências nos tecidos peri-implantares moles e duros (17);

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu na consulta de periodontologia é realizado em primeiro lugar o diagnóstico do paciente e em segundo lugar a fase higiénica I (destartarização supra-gengival). No diagnóstico em periodontologia, para além dos exames complementares de diagnóstico (ortopantomografia, radiografia periapical ou status radiográfico) recorre-se aos dados obtidos através do preenchimento do periodontograma, que tem em consideração os seguintes fatores: a profundidade de sondagem, a medição das recessões; o grau de mobilidade dentária; o envolvimento de furca; o índice de sangramento; o índice de placa e o preenchimento do “*periodontal screening and recording (PSR)*”. Na fase higiénica I dão-se instruções e motivação de higiene oral e faz-se a destartarização supra-gengival e o polimento. No caso de pacientes saudáveis realizam-se marcações de seis em seis meses para a realização de consultas de controlo. No entanto, no caso de pacientes com o diagnóstico de periodontite faz-se a fase higiénica I, após duas semanas a fase higiénica II que consiste na raspagem e alisamento radicular e um controlo de três em três meses.

Exposição de dados

Foram concretizadas dezoito consultas no total, enquanto operadora dez e assistente oito respetivamente, tal como se verifica no Gráfico 10. Dos dez atos clínicos como operadora, oito constam na fase higiénica I e dois na fase higiénica II.

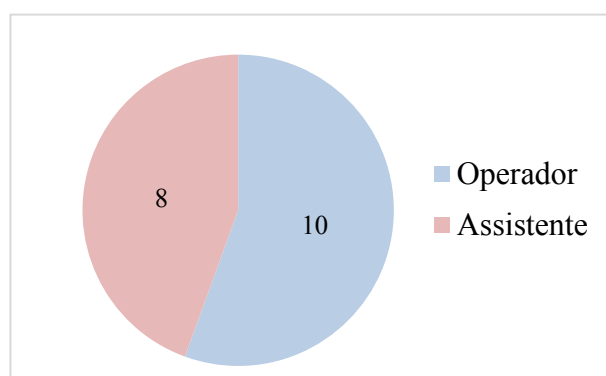


Gráfico 10: Número de atos clínicos como operadora e assistente na área disciplinar de periodontologia.

Endodontia

Enquadramento teórico

A endodontia é a ciência que estuda a etiologia, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das patologias pulpares dentárias e as suas repercussões na região periapical e concludentemente no organismo (24).

A polpa é um tecido conectivo enervado e vascularizado. A polpa saudável caracteriza-se pela ausência de dor espontânea, a resposta positiva aos testes de sensibilidade pulpar (a dor cessa assim que o estímulo deixa de atuar) e há um atraso na resposta ao calor (25).

O tecido pulpar tem diferentes funções, tais como: a nutritiva, a sensorial, a defensiva, a reguladora do aporte sanguíneo e a formativa. A função formativa é responsável pela formação de dentina por odontoblastos. Para este fim existe a dentina primária (dentina circumpulpar produzida durante a formação do dente até à sua erupção), a dentina secundária (produzida após a formação do dente e ao longo da vida, deposita-se em redor do espaço pulpar, principalmente no teto da câmara pulpar) e a dentina terciária (só é produzida nas zonas de irritação externa substituindo a dentina cariada) que é o principal mecanismo de defesa e reparação do órgão dentino-pulpar. A função defensiva cria um processo inflamatório em resposta à ação de estímulos como a dor, a hipercalcificação tubular e a formação de dentina terciária. A função reguladora do aporte sanguíneo permite a remoção das substâncias agressivas do tecido pulpar (26,27).

As alterações pulpares podem ser de origem inflamatória, infecciosa ou degenerativa (25). As lesões pulpares classificam-se como hiperémia, lesão pulpar reversível e lesão pulpar irreversível de acordo com a sua gravidade. Nos casos de hiperémia pulpar e pulpíte reversível (surge quando os agentes causadores da hiperémica pulpar se mantêm sem tratamento), o tratamento é a remoção da causa. As dores são provocadas por agentes como o frio, doces ou ácido e cessam com o estímulo, ou seja, há ausência de dor espontânea. Na pulpíte irreversível é essencial o tratamento endodôntico radical. Neste caso existe normalmente dor espontânea e exacerbada pelo calor (25).

Além das alterações pulpares existem ainda as alterações periapicais. Estas resultam do efeito direto ou indireto de bactérias. Quando a agressão é persistente e os mecanismos de defesa do organismo não conseguem dar resposta, instala-se um processo crónico. A patologia periapical divide-se em aguda ou crónica de acordo com a sua evolução. De evolução aguda existe a periodontite apical aguda, o abscesso alveolar agudo e o abscesso

de Pheonix. A patologia periapical de evolução crónica divide-se em abscesso apical crónico, periodontite apical crónica (granuloma), no quisto apical e na osteíte condensante (27).

As etapas do tratamento endodôntico radical são: o diagnóstico, a abertura coronária, a cavidade de acesso, a preparação biomecânica, a obturação, a restauração e a preservação (28).

O objetivo do tratamento endodôntico é a remoção do maior número de microrganismos patogénicos possível e selar o canal de forma a prevenir a reinfeção. Isso deve ser feito sem comprometer a função do dente a longo prazo. O preparo do canal radicular permite que a limpeza seja realizada de forma mais eficaz, além de favorecer a obturação do sistema (29).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, nas consultas de endodontia faz-se a confirmação do diagnóstico endodôntico previamente efetuado. Nesta área disciplinar os pacientes são reencaminhados de outras especialidades. O diagnóstico é confirmado através da história clínica, testes de sensibilidade térmicos e pelo exame radiológico. A técnica mais usada é a técnica telescópica, com recurso à instrumentação manual, com limas K-file e a obturação com recurso à técnica de condensação lateral de *gutta-percha*. Normalmente, o tratamento endodôntico divide-se em três consultas, na primeira consulta faz-se o diagnóstico e a cavidade de acesso, após o raio X periapical inicial, na segunda consulta procede-se à instrumentação e preparação canal, com conometria verificada no raio X periapical de conometria, e na terceira consulta realiza-se a obturação canal e o raio X periapical final.

Exposição de dados

Foram executadas um total de dezoito consultas, dez como operadora e oito como assistente respectivamente, tal como se verifica no Gráfico 11.

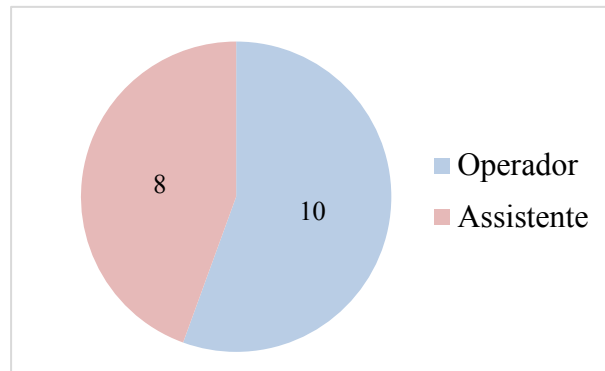


Gráfico 11: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de endodontia.

Cirurgia oral

Enquadramento teórico

Segundo a Associação Americana de Medicina Dentária a cirurgia oral e maxilofacial é a especialidade da medicina dentária que inclui o diagnóstico, o tratamento cirúrgico e adjuvante de doenças, lesões e defeitos envolvendo ambos os aspetos, funcionais e estéticos, dos tecidos duros e moles da região oral (30).

Os princípios básicos da cirurgia geral e o conhecimento profundo de anatomia são indispensáveis na cirurgia oral (31).

A intervenção cirúrgica consiste em três períodos diferentes: o período pré-operatório, o peri-operatório e o período pós-operatório. O período pré-operatório começa com a realização da anamnese, de estudos radiológicos e complementares essenciais para realizar um diagnóstico correto. Inclui a informação, inteligível do paciente, das circunstâncias que motivam a indicação da intervenção cirúrgica e as suas possíveis repercussões imediatas e/ou diferidas, a sua preparação psicológica, ou a prescrição de uma certa medicação adequada em cada caso em particular. O período peri-operatório consta no ato cirúrgico em si e abrange todas as etapas preparatórias do campo cirúrgico, a técnica cirúrgica indicada em cada caso, e o reparo tecidual. O pós-operatório compreende o tempo entre o final da intervenção cirúrgica e o tempo a partir do qual se considera que o paciente recuperou o seu estado normal. Embora este período de tempo seja dependente do tipo de cirurgia realizada, pode admitir-se que geralmente está entre 3 a 7 dias (31).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, nas consultas de cirurgia oral faz-se questão de enfatizar a necessidade de uma excelente anamnese, exames físicos e radiológicos de modo a obter um correto diagnóstico e consecutivamente, tratamento. Principalmente nos casos de pacientes sujeitos a terapêutica anticoagulante e anti-agregante, por motivos de segurança, não se realiza qualquer procedimento sem ter o valor do tempo de protrombina, o *INR* (*International Normalized Ratio*). No caso deste valor estar superior a 3, o paciente é hipocoagulado pelo que se adia a cirurgia. Para esta se realizar o valor *INR* deve estar entre 2 e 3.

Exposição de dados

No âmbito da área disciplinar de cirurgia oral, foram realizados sete atos clínicos no total, três enquanto operador e quatro enquanto assistente. Todos consistiram em extrações simples com sutura, dos dentes 18, 48, 11 e um 21.

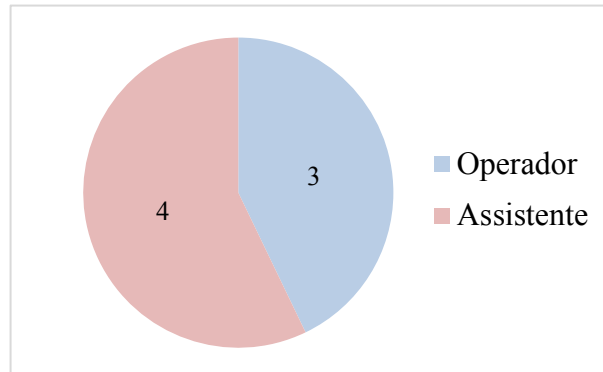


Gráfico 12: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de cirurgia oral.

Odontopediatria

Enquadramento teórico

A odontopediatria é a especialidade de medicina dentária que providencia cuidados primários abrangendo também cuidados preventivos e terapêutica oral a bebés, crianças e adolescentes incluindo pessoas com necessidades especiais (30).

Esta especialidade compreende todos os aspetos dos distúrbios de desenvolvimento dentário e oclusal, lesões traumáticas nos dentes, condições periodontais, condições patológicas orais, controlo da dor, e tratamento de indivíduos com deficiência e crianças medicamente comprometidas. A odontopediatria aplica princípios de outras disciplinas clínicas, médicas, comportamentais e adapta-as às necessidades especiais do crescimento e desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento, infância até o final da adolescência (32).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu está em vigor o projeto “Pequenos Grandes Sorrisos”, iniciado a 28 de fevereiro de 2018, com o objetivo de consultar todas as crianças e jovens institucionalizados e acompanhados pela Comissão De Proteção De Crianças E Jovens de Viseu. Nesta área disciplinar faz-se o diagnóstico e tratamento destas crianças.

Exposição de dados

Foram realizados 6 atos clínicos na área disciplinar de odontopediatria, dos quais enquanto operador 4 e 2 como assistente. Dos 4 atos como operador foi realizada uma destarização e aplicação tópica de flúor, uma restauração direta de 2 faces de um 16, uma aplicação de selante de fissuras e a colocação de um espigão em fibra de vidro num dente 21 com devida restauração estética.

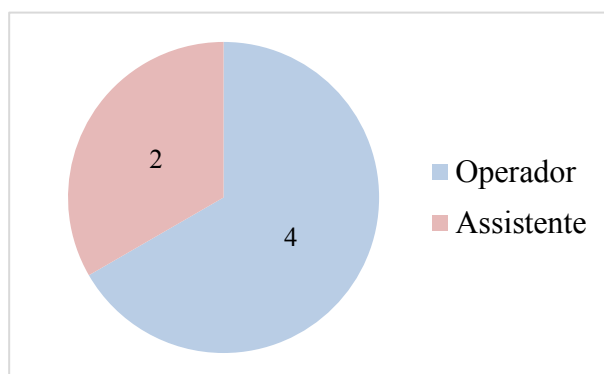


Gráfico 13: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de odontopediatria.

Ortodontia

Enquadramento teórico

A ortodontia é a especialidade da medicina dentária que inclui o diagnóstico, a prevenção e a interceção da má oclusão, bem como as doenças neuromusculares e anomalias esqueléticas das estruturas orofaciais em desenvolvimento ou adultas (30).

O diagnóstico ortodôntico compreende dois aspetos diferenciados, nomeadamente o clínico e o cefalométrico e a fusão de ambos é a base para a planificação do tratamento. O estudo clínico envolve todos os procedimentos que permitem descrever, analisar e medir o problema maxilofacial e dentário nos seus aspetos morfológicos e funcionais mediante manobras clínicas realizadas sobre o paciente de forma direta com o auxílio de alguns elementos complementares diretos (anamnese, exploração visual e palpação manual e instrumental) e indiretos (fotografias, radiografias panorâmicas, oclusais e periapicais, modelos de estudo e modelos montados em articulador) (33).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu a cada binómio é atribuído um caso clínico este é responsável pelo estudo e apresentação do caso perante todos os alunos do 5º ano e respetivos docentes para posteriormente se discutir e realizar a melhor opção de tratamento.

Exposição de dados

Na área disciplinar de ortodontia foi realizado 1 ato clínico e este concretizado enquanto operador, consulta de avaliação ortodôntica.

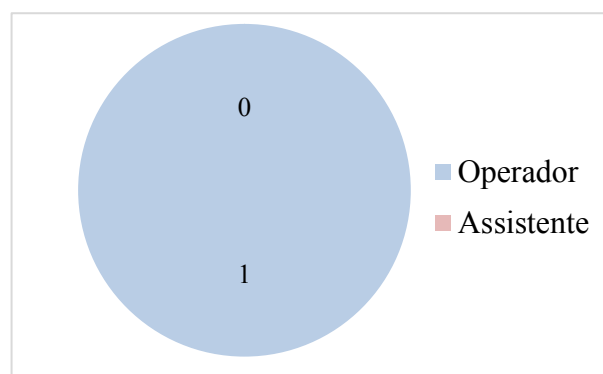


Gráfico 14: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de ortodontia.

Prostodontia removível

Enquadramento teórico

A prostodontia é a especialidade da medicina dentária referente ao diagnóstico, planeamento de tratamento, reabilitação e manutenção da função oral, conforto, aparência e saúde de pacientes com condições clínicas associadas à perda de dentes e tecidos maxilofaciais utilizando substitutos biocompatíveis (30). Tudo isto substituindo os dentes e tecidos maxilofaciais por substitutos artificiais. Estas podem ser próteses totais, reabilitando toda a arcada ou próteses parciais, reabilitando parte da arcada (34).

Uma prótese parcial removível de modo a estar bem adaptada deve responder aos seguintes princípios biomecânicos: retenção (resistência às forças cervico-oclusais); suporte (resistência às forças ocluso-cervicais); estabilidade (resistência às forças horizontais) (35).

As principais razões que levam os indivíduos a usar prótese parcial removível são: a procura de melhorar a capacidade mastigatória e consequentemente a qualidade de vida e satisfação pessoal e o facto de serem a forma mais económica de reabilitação oral. As razões mais mencionadas enquanto desvantagens das mesmas não os danos nas estruturas dentárias, como a cárie dentária e a doença periodontal (36).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu a prostodontia removível organiza-se em seis consultas distintas. Na primeira consulta faz-se a avaliação do paciente, com exames complementares de diagnóstico, exame clínico e impressões para posterior realização do modelo de estudo. Na segunda consulta apresenta-se o orçamento ao paciente, previamente assinado e aceite pelo docente da disciplina, e caso este aceite procede-se às impressões definitivas. Na terceira consulta faz-se o registo intermaxilar e na consulta seguinte faz-se a prova de dentes. Na quinta consulta insere-se a prótese e na sexta semana faz-se o primeiro controlo.

Exposição de dados

Na prótese removível realizou-se um total de 31 atos clínicos, 18 exercendo a função de operador e 13 de assistente. No total foram feitas três próteses completas, uma prótese total bimaxilar e uma prótese total superior.

Tabela 1: Tipo e número de consultas correspondentes realizadas na área disciplinar de prostodontia removível.

Tipo de consulta	Número de consultas
Avaliação	2
Apresentação de orçamento e impressões definitivas	1
Registo intermaxilar	1
Prova de dentes	4
Inserção de prótese	2
Rebasamento	1
Controlo	7

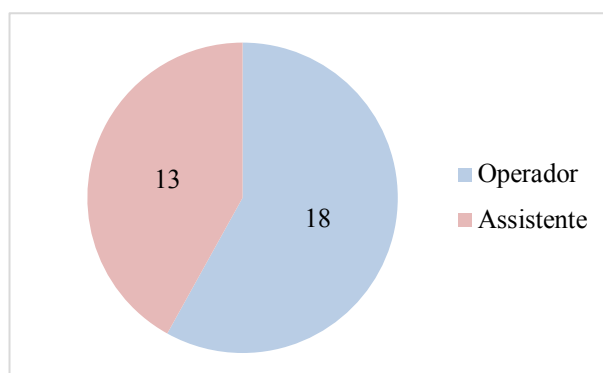


Gráfico 15: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de prostodontia removível.

Prostodontia fixa

Enquadramento teórico

Os objetivos da prostodontia fixa vão desde a reabilitação de uma peça dentária à reabilitação de toda a oclusão através de coroas metálicas, metalo-cerâmicas ou apenas cerâmicas, apoiadas em dentes naturais ou implantes. Dentes ausentes podem ser substituídos através da prostodontia fixa restabelecendo o conforto e a habilidade mastigatória, mantendo a saúde e integridade da arcada dentário, e em vários casos melhorando a autoestima do paciente. Também é possível através desta área disciplinar, alcançar uma oclusão ideal restituindo a estabilidade ortopédica da articulação temporomandibular. É fundamental no diagnóstico de um paciente ter em consideração a quantidade de remanescente dentário presente e a exigência estética porque o material restaurador é escolhido em concordância com este fator (37).

A técnica de preparação de um dente para prótese fixa consta no uso de uma sequência de seis brocas e divide-se em quatro fases. Em primeiro lugar faz-se a redução axial, em segundo lugar segue-se a redução incisal ou oclusal, dependendo do facto de ser um dente anterior ou posterior. Em terceiro lugar faz-se a linha de término e no final o aperfeiçoamento da superfície (38). Durante este procedimento é essencial saber que a forma de resistência, a retenção e a estabilidade dimensional vão ditar o sucesso da prótese fixa (37).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu a prostodontia fixa, divide-se em procedimentos da área disciplinar específica, devidamente discriminados, e em outros tratamentos. Enquanto procedimentos da área disciplinar entende-se a consulta de diagnóstico, consulta de preparação dentária, elaboração de padrão direto, cimentação de falso coto fundido e respetiva preparação dentária, restaurações provisórias, impressões definitivas, prova de infraestrutura, cimentação definitiva e consultas de controlo. Outros tratamentos referem-se a qualquer ato clínico não referido anteriormente alusivo a outra unidade curricular.

Exposição de dados

Realizou-se um total de 18 atos clínicos destes, 10 enquanto operador e 8 como assistente.

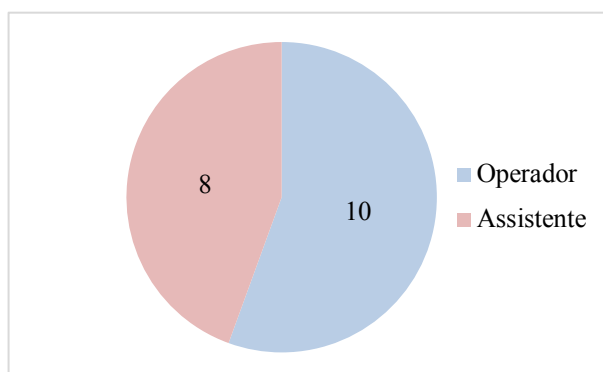


Gráfico 16: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de protodontia removível.

Tabela 2: Tipo e número de consultas correspondentes realizadas área disciplinar de protodontia fixa.

Tipo de consulta	Número de consultas
Consulta de diagnóstico	3
Cimentação definitiva	1
Apresentação de orçamento	1
Prova de infraestrutura	1
Consulta de controlo	3
Outros procedimentos	9

Dentisteria operatória

Enquadramento teórico

Nesta unidade curricular realizam-se métodos e técnicas preventivas ou restauradoras, essencialmente, de lesões de cárie. Na consulta de dentisteria operatória faz-se o diagnóstico do paciente com o respetivo plano de tratamento e efetivamente o procedimento clínico previamente estabelecido. Restabelece-se assim a forma, função e estética dos dentes cariados, fraturados ou com malformações.

A cárie dentária é a doença crónica mais prevalente em todo o mundo. É uma doença infecciosa de etiologia multifatorial e evolução lenta que leva à destruição dos tecidos duros dentários (39).

O exame clínico em dentisteria visa observar: a existência de cárie; a probabilidade de cárie e de placa, a sensibilidade dentária, a necessidade de substituir restaurações, a oclusão e a presença de lesões físicas e fraturas. Para realizar o exame clínico em dentisteria podemos recorrer a diversos métodos tais como o teste de inspeção clínica (visual), o teste de palpação, o teste de percussão, o teste de transiluminação; o teste térmico, o teste anestésico, o teste de fissuras/fraturas nos dentes e o teste de cavidade (40).

O exame radiográfico é indispensável no diagnóstico do estado pulpar, situação do estado dentário e das condições periodontais. Radiograficamente, podemos detetar: calcificações pulpares, reabsorções internas, lesões de cárie, a presença de abscessos periodontais, quistos e/ou granulomas. Este é um método não invasivo que permite observar o desenvolvimento de uma lesão de cárie, identificar lesões de cárie em sítios de difícil acesso (zonas interproximais e cavidades sub-gengivais), mostrar a profundidade e extensão do processo carioso e é essencial na escolha do melhor tratamento (40).

Exposição de dados

Realizaram-se no total 17 atos clínicos dos quais 11 na função de operador e 6 na de assistente.

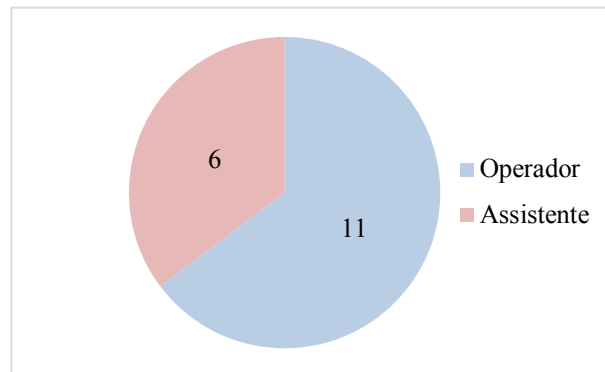


Gráfico 17: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de dentisteria operatória.

Oclusão

Enquadramento teórico

A oclusão é a relação de todos os componentes do sistema mastigatório em função normal. Tem especial referência à posição e contato dos dentes maxilares e mandibulares para maior eficiência durante os movimentos excursivos da mandíbula que são essenciais para a mastigação.(41) Na prática geral de medicina dentária enfrentam-se regularmente problemas de dor e desgaste dentário, dor mandibular, distúrbios articulares e dor orofacial. A real compreensão da oclusão é importante para a previsibilidade e a longevidade de todas as restaurações e alcança-la requer uma abordagem multidisciplinar (42).

A oclusão dentária é a forma como os dentes superiores se articulam nos dentes inferiores nas diferentes posições e movimentos mandibulares. Resulta da interligação dos dentes, periodonto, maxilares, articulação temporomandibular e músculos depressores e elevadores da mandíbula sob o controlo neuromuscular (43).

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu a consulta de oclusão segue o preenchimento de um *RDC-TMD: Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*. Este tem o objetivo de diagnosticar a disfunção temporomandibular, no seu interior contém índices, questionários, protocolos, escalas e critérios de diagnóstico. O RDC divide-se, respetivamente, em duas partes. Na primeira parte há dois índices clínicos e três questionários, anamnésicos e funcionais. Na segunda parte preenche-se um questionário funcional e dois grupos de critérios de diagnóstico. Os índices conjugam a avaliação de sinais e sintomas, através da de pontuações. Os questionários são mais elucidativos no que respeita as consequências da DTM no quotidiano do paciente (44). Obtido o diagnóstico, o plano de tratamento é devidamente debatido e executado.

Exposição de dados

Foram realizados 6 atos clínicos no total, 3 como operador e 3 como assistente. Os atos clínicos no cargo de operador constam na realização de dois RDC-TMD e uma montagem em articulador. Na unidade curricular de oclusão a nível laboratorial realizou-se uma goteira.

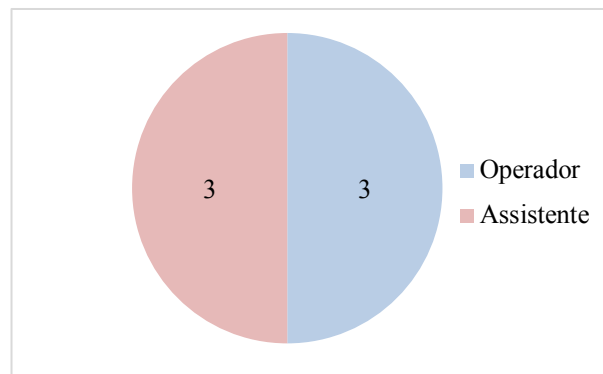


Gráfico 18: Número de atos clínicos como operador e assistente na área disciplinar de oclusão.

Casos clínicos diferenciados

Caso clínico I: tratamento endodôntico de um 2º molar inferior com um sistema de canais radiculares em forma de “C”

Enquadramento teórico

O conhecimento da anatomia pulpar, no que respeita aos formatos mais frequentes e possíveis variações da sua morfologia é fundamental para o sucesso de um tratamento endodôntico radical (45–47).

O canal em forma de “C” revela-se uma configuração anatómica radicular que dificulta o tratamento endodôntico. Este tipo de canais foi documentado, pela primeira vez na literatura, por Cooke e Cox em 1979 e é assim denominado devido à morfologia transversal da raiz e do canal. A câmara pulpar neste caso apresenta conformação em fenda, semelhante a um “C”. Esta fenda tem a forma de um arco de 180° ou mais, que em molares mandibulares, começa na zona mesio-lingual e segue por vestibular até ao final da porção distal da câmara pulpar (45–47).

Os dentes com canais em forma de “C” podem entre si divergir anatomicamente, na parte externa (raiz) ou interna (canais). Melton em 1991 clarificou três categorias (Figura 1) (45,47):

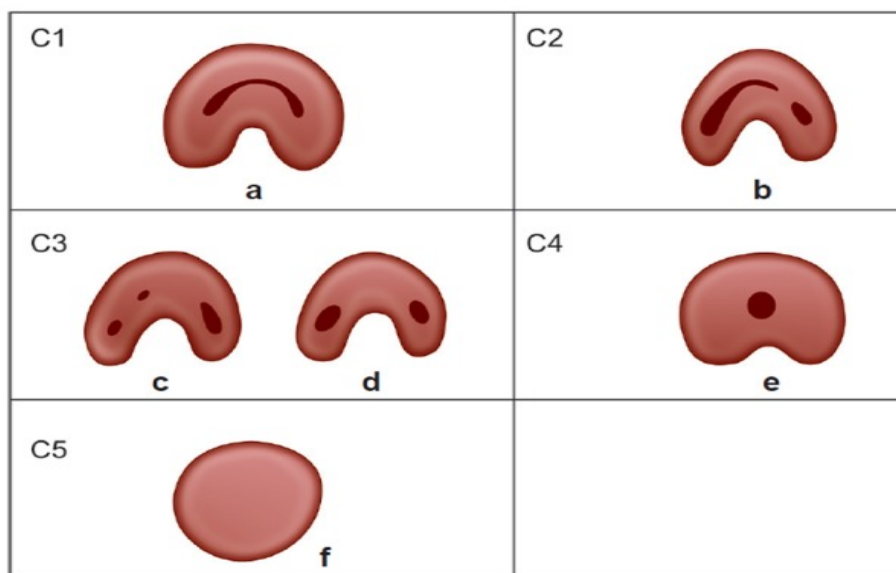


Figura 1: Classificação do canal em forma de "C" (Adaptado de Raisingani D, Gupta S, Mital P, Khullar P. *Anatomic and Diagnostic Challenges of C-Shaped Root Canal System*) (47).

1. a existência de um canal radicular em forma de “C” contínuo, sem qualquer separação;
2. um canal em forma de “C” em vestibular ou lingual, que resulta da junção do canal distal com o mesiovestibular ou com o mesiolingual e um canal diferente, separado por uma parede de dentina;
3. uma separação por dentina dos três canais, aparentemente como um molar inferior habitual, no entanto, a separação não é necessariamente em todo o comprimento dos canais;

O tratamento de dentes com este tipo de anatomia pode apresentar algumas dificuldades, tais como: uma maior probabilidade de não se remover o tecido pulpar na sua totalidade, a obturação ficar com espaços vazios.

É crucial o devido planejamento do tratamento com uma análise radiográfica precisa, sendo que o recurso à Tomografia Computorizada de Feixe Cônico (CBCT) é fundamental para de uma forma mais precisa analisar a anatomia radicular e adequar o modo de preparação canalar. Neste tipo de conformação canalar o uso de uma obturação termoplástica torna-se uma mais valia na medida em que nos permite uma obturação mais hermética (45,48).

Apresentação do caso clínico

Paciente CF, do género masculino, de 42 anos é colaborante, não fumador e higieniza a cavidade oral duas vezes por dia.

História médica: ASA I, não toma qualquer medicação.

História médico-dentária: O paciente apresenta ausência dos dentes 16, 26, 36 e 38. O dente 14 apresenta uma restauração em distal. O dente 23 tem uma lesão de cárie e o dente 24 está restaurado. O dente 46 apresenta uma cárie a superfície distal e tem um tratamento endodôntico radical mal-executado. O dente 47 apresenta uma restauração com lesão de cárie em mesial (Figura 2).

Motivo da consulta: Apresentou-se na consulta de endodontia da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu com dor espontânea no dente 4.7.



Figura 2: Ortopantomografia

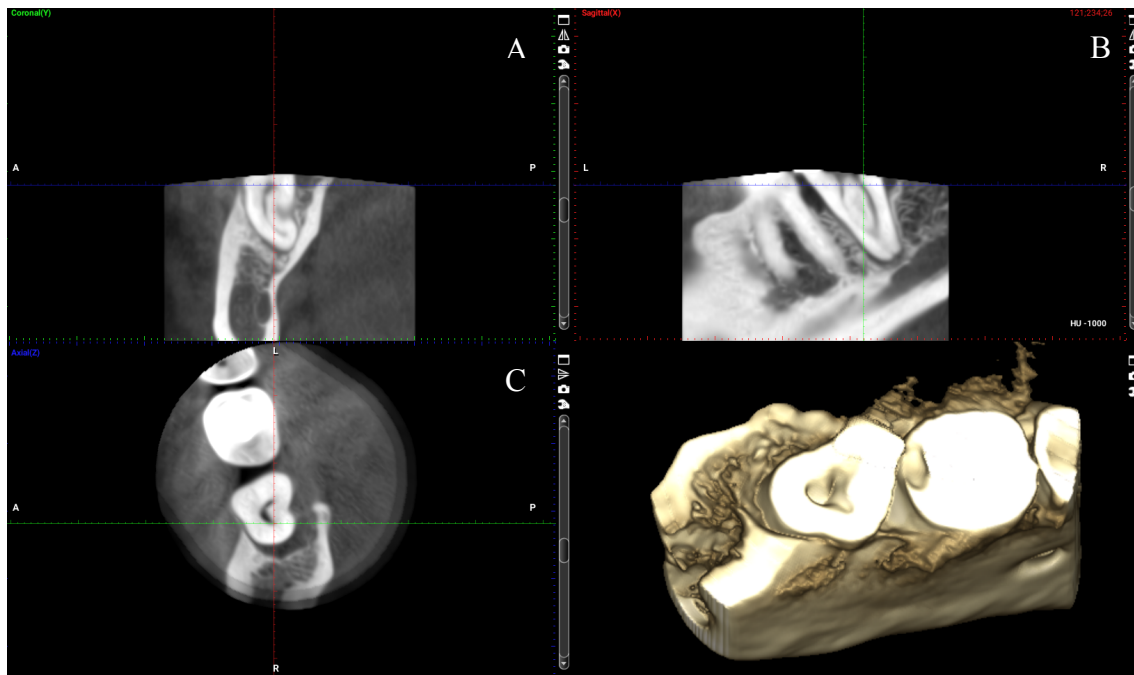


Figura 3: CBCT (A: corte coronal; B: corte sagital; C: corte axial, D: Imagem em 3D)

No raio X inicial do dente 47 (Figura 4) apresenta uma restauração classe I justapulpal, com dor à precursão vertical, o que sugere a presença de um processo periapical. Foram realizados os testes de sensibilidade verificando-se dor exacerbada pelo calor que diminuía com o frio.

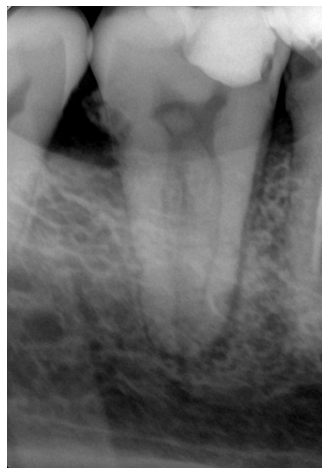


Figura 4: Raio X inicial

Radiograficamente verifica-se a existência de uma restauração com recidiva de cárie dentária, existe ainda uma raiz em mesial separada de duas raízes distais que se fusionam no final (neste raio X não se consegue ter essa percepção). Estas características são indicativas de um canal em “C”. O dente foi diagnosticado com pulpite irreversível.

O tratamento endodôntico foi planejado e explicado ao paciente. Após realização da anestesia e isolamento absoluto. Fez-se a cavidade de acesso e removeu-se a totalidade

do teto da câmara pulpar verificando-se assim a configuração do pavimento da câmara. Com o recurso a limas de baixo calibre, lima 10 K-file, foi possível uma melhor caracterização do canal. Esta informação foi posteriormente confirmada com o recurso à Tomografia Computorizada de Feixe Cónico, nesta viu-se um canal em “C” tipo C₂ segundo a classificação de Melton, um canal independente separado do canal em C (Figura 5) (47).

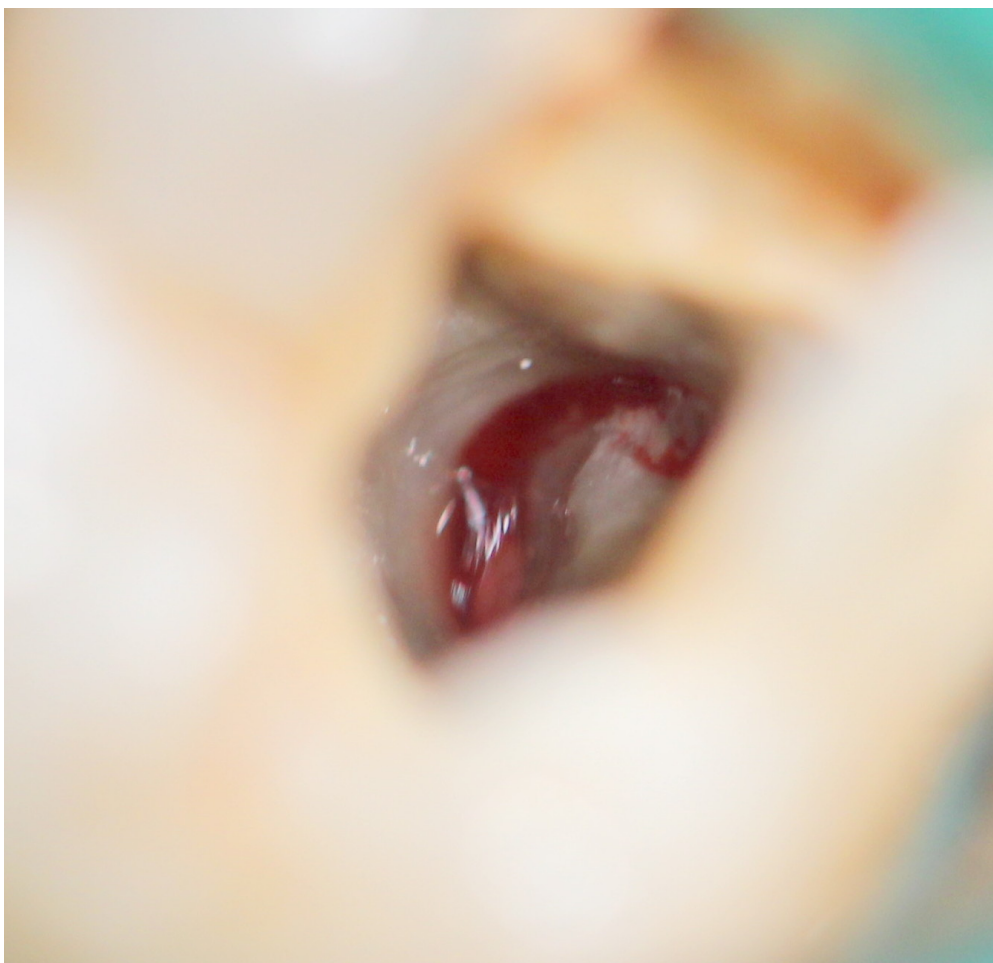


Figura 5: Configuração em "C"

Realizou-se a permeabilização do canal e posteriormente a instrumentação mecanizada com recurso ao sistema *Protaper Universal* (Dentsply,Maillefer®). O comprimento de trabalho foi definido com a ajuda do localizador apical (Morita root zx 500 Dentsply®) e confirmado com raio X de odontometria. No canal mesio-lingual foi realizada a instrumentação até à lima F3 a 21mm usando como referência a cúspide mesio-vestibular (Figura 6), no canal em “C” foi realizada a instrumentação até à lima F4 irrigando-se sempre com o hipoclorito de sódio a 5,25% entre cada instrumento.



Figura 6:
Odontometria de trabalho.

Existe um maior risco de perfuração na fina parede lingual do canal em “C” durante a fase de instrumentação do canal. Nestes casos é recomendada a obturação termoplástica e condensação vertical aquecida (49).

Para a obturação usou-se material termoplástico, sistema *Beefill* (VDW®), onda contínua. Esta técnica divide-se em duas partes: (50,51)

1. *Down-packing*: obturação do terço apical (200 °C)
2. *Backfill*: obturação dos restantes dois terços coronários (100 °C)

Na primeira parte usou-se um *plugger* aquecido para termoplastizar e compactar a *gutta-percha* no terço apical. Fez-se a calibragem do canal e confirmou-se, com uma lima K, a geometria do canal. De seguida, calibrou-se o cone principal que, por sua vez, tinha o mesmo calibre que o *plugger* selecionado, esta ponta condensadora termoplastificadora ficou a 4mm do comprimento de trabalho. Assinalou-se na unidade central uma temperatura de 200°C e introduziu-se no canal o *plugger* com calor ativo. Seguidamente, desativou-se o calor e realizaram-se movimentos de adaptação laterais e pressão apical durante cerca de 5 a 10 segundos, depois, reativou-se o calor e removeu-

se o *plugger* de modo a este soltar a *gutta-percha*. Por fim fez-se a condensação vertical aquecida.

Na segunda parte, fez-se uma técnica de injeção termoplástica, depositou-se *gutta-percha* termoplastificada e compactou-se verticalmente com *pluggers* possibilitando a injeção de *gutta-percha* termoplástica incremental até à entrada do canal radicular. Termina com a condensação vertical final a frio (Figura 7) (50,51).



Figura 7: Raio X final

Discussão

Este caso revela variações consideráveis no número de canais e respetiva morfologia de segundos molares mandibulares pelo que os médicos dentistas têm que ter sempre presente o facto destes dentes não terem sempre duas raízes e três canais. Os canais em “C” apresentam variações anatómicas entre si, logo perceptíveis durante a preparação biomecânica e obturação do sistema canalar. Adicionalmente, o CBCT é uma ferramenta essencial no planeamento clínico e tratamento destes dentes com uma anatomia complexa (conformação em fenda) (52,53).

Embora a técnica de condensação lateral, seja a mais utilizada na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, por ser mais simples de executar, de baixo custo e permitir a colocação de *gutta-percha*, neste caso optou-se pela obturação termoplástica, com a técnica de onda contínua de calor porque o cimento e a *gutta-percha*, deste modo, ficam completamente ajustados à anatomia do canal, evitando irregularidades e espaços por preencher que existiriam no caso da condensação lateral para além de reduzir o tempo operatório (54,55).

Os resultados foram os expectáveis sendo que houve um selamento endodôntico homogéneo, com um preenchimento ideal do canal em todo o seu comprimento de trabalho e não houve complicações.

Caso clínico II: penfigoide bolhoso

Enquadramento teórico

As doenças vesiculo-bolhosas são um grupo de desordens orais caracterizadas pela formação de vesículas ou bolhas. É pouco comum ver no exame intra-oral vesículas ou bolhas porque estas sofrem rotura com facilidade, deixando lesões erosivas ou úlceras. Este grupo inclui doenças virais, mucocutâneas autoimunes e doenças genéticas. O diagnóstico de doenças vesiculo-bolhosas deve ser feito clinicamente, histologicamente e imunologicamente (56).

O pênfigo vulgar é uma doença mucocutânea autoimune crónica que se manifesta inicialmente na forma de lesões bolhosas intra-orais que se espalham para outras membranas mucosas e para a pele. A etiologia do pênfigo vulgar é desconhecida (57). Há quatro variedades na classificação de pênfigo reconhecidas: pênfigo vulgar, foliáceo, vegetante e eritematoso. O pênfigo vulgar é a forma de pênfigo mais comum, representando cerca de 90 a 95% dos casos documentados, destes mais de 70% têm envolvimento na cavidade oral (56). O pênfigo vegetante é uma variante do pênfigo vulgar, no entanto após o desaparecimento das bolhas verificam-se massas verrucóides vegetantes (tecido de granulação hipertrófico). Embora seja uma doença cutânea, o pênfigo vegetante, na fase inicial envolve o vermelhão dos lábios e a mucosa oral. O pênfigo foliáceo é uma doença característica da América do Sul, sem predileção por género ou idade e a maioria dos indivíduos afetados é subnutrido. Em primeiro lugar manifestam-se manchas eritematosas na pele, de seguida nas mesmas áreas surgem lesões bolhosas que sofrem rotura facilmente. As porções abrangidas em primeiro lugar são a face e o tórax. Assim que as bolhas rompem surgem zonas de eritematosas com um odor fétido. O pênfigo foliáceo não apresenta quaisquer manifestações bolhosas ou ulcerativas nas mucosas. O pênfigo eritematoso (síndrome de Senear-Usher) é semelhante ao pênfigo foliáceo. Clinicamente verificam-se bolhas e/ou eritemas na região da face, esternal e média dorsal. É de evolução lenta, a sintomatologia não é significativa e não há comprometimento do estado geral do paciente (56,58).

As manifestações iniciais de pênfigo envolvem a mucosa oral, tipicamente em adultos. A média de idade do diagnóstico desta patologia é aos 50 anos de idade, apenas raramente é vista em crianças e não tem incidência de género. Os pacientes queixam-se de inflamação oral e o exame clínico revela lesões de erosão irregulares e ulceração na cavidade oral. Estas podem afetar qualquer localização na mucosa da cavidade oral,

embora o palato, a mucosa labial, o ventre da língua e a gengiva sejam mais frequentemente envolvidos. Os pacientes raramente reportam a formação de vesículas ou bolhas intraorais, e estas lesões raramente são verificadas pelo médico dentista provavelmente porque estas sofrem a rotura precoce das lesões bolhosas. Cerca de mais de 50% dos pacientes apresentam lesões na mucosa oral até um ano antes das lesões cutâneas surgirem. As lesões cutâneas aparecem na forma de vesículas e bolhas flácidas, de rotura rápida e fácil deixando uma superfície eritematosa. Também pode acontecer o envolvimento ocular, embora raramente, usualmente sob a forma de conjuntivite bilateral. Sem o devido tratamento as lesões cutâneas e orais tendem a persistir e progredir envolvendo áreas cada vez maiores. Uma característica identificativa do pênfigo vulgar é o sinal positivo de Nikolsky. Este consta na realização de pressão na pele aparentemente normal, próxima à lesão que induz ao descolamento epidérmico (13).

O termo penfigoide é usado porque clinicamente é semelhante ao pênfigo. No entanto, o prognóstico é diferente. O penfigoide pode ser cicatricial ou bolhoso. O penfigoide cicatricial ou penfigoide da membrana mucosa representa um grupo de doenças autoimunes, mucocutâneas, crônicas e bolhosas de origem heterogênea. Esta patologia afeta tendencialmente indivíduos com idades entre os 50 e os 60 anos de idade, tem preferência pelo género feminino. As lesões mais prevalentes são orais, no entanto podem surgir lesões em locais como as conjuntivas, na laringe ou a pele. As lesões orais de penfigoide começam como vesículas ou bolhas que podem ocasionalmente ser identificadas clinicamente. Em contraste, pacientes com pênfigo raramente são vistos com lesões bolhosas. A melhor explicação para esta diferença é o facto dos blisters do penfigoide se formarem sub-epitelialmente, produzindo uma camada mais espessa que a intra-epitelial do pênfigo. Eventualmente as bolhas orais rompem, deixando grandes áreas da mucosa superficial ulcerada. Estas lesões são normalmente dolorosas e persistem durante semanas ou meses se não são tratadas. Usualmente este processo é difuso na cavidade oral, mas mais incidente na gengiva. O envolvimento gengival cria uma aparência de gengivite descamativa facto também se verificado no líquen plano erosivo ou no pênfigo vulgar (13,59). O penfigoide bolhoso é semelhante ao penfigoide cicatricial, embora neste caso as lesões bolhosas sejam em áreas mais limitadas. Esta é uma patologia incidente entre os 60 e 80 anos de idade. Não tem incidência de género ou racial. Existe a formação de múltiplas bolhas na pele com uma sensação de prurido prévia. Estas lesões rompem após alguns dias, mas curam rapidamente sem cicatrizes. A mucosa

oral raramente é atingida. As lesões orais como as da pele iniciam como bolhas mas rapidamente sofrem rotura e deixam uma ampla lesão eritmatosa (13).

Apresentação do caso clínico

Paciente VS, do género feminino, de 36 anos é colaborante, não fumador e higieniza a cavidade oral duas vezes por dia.

História médica: ASA I, não toma medicação.

História médico-dentária: O paciente apresenta restaurações nos dentes 16, 36, 35 e 46 (Figura 8).

Motivo da consulta: Apresentou-se na consulta de medicina oral da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu com a seguinte queixa: “Tenho a gengiva vermelha, começa por uma bolha que rebenta e fica tudo vermelho por baixo e arde sempre. Muda de sítio na boca, mas acontece o mesmo. Já estou assim há um mês. Fui ao médico e disseram-me que não era nada.”

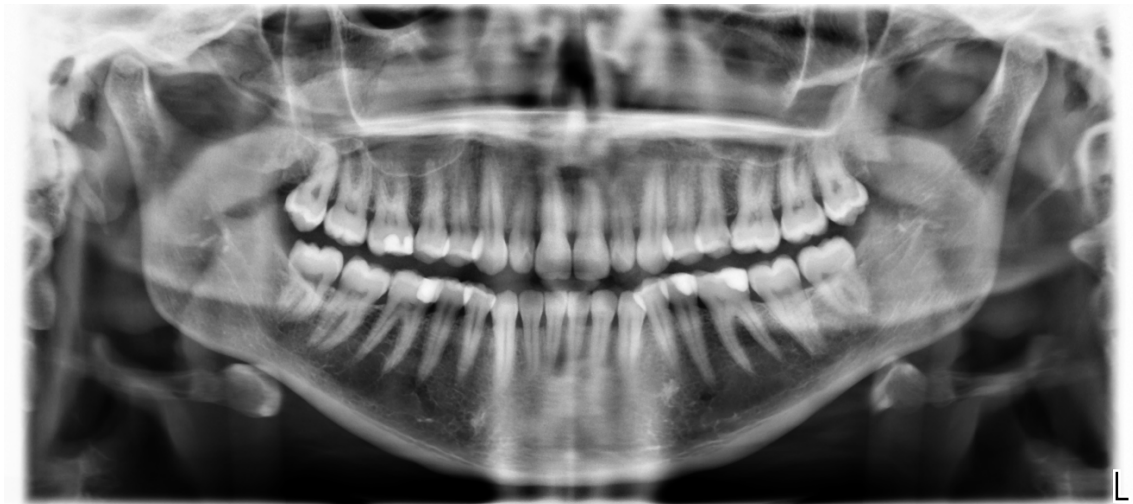


Figura 8: Ortopantomografia

A paciente apresentou-se na consulta com as seguintes fotografias tiradas pela própria durante o último mês, para provar a existência de fases diferentes da patologia.



Figura 9: Sequência de fotografias apresentadas pela paciente no dia da consulta.



Figura 10: Fotografia apresentada pela paciente no dia da consulta.

Realizou-se a consulta de medicina oral, com a história médica e médica dentária da paciente e não se notou nenhuma alteração relevante.

No exame clínico verificou-se que as lesões apareciam disseminadas na mucosa gengival (queratinizada e não-queratinizada). Esta tinha tamanhos diferentes, com bordos irregulares e que após a fase bolhosa a mucosa ficava eritematosa com halos esbranquiçados, sendo este epitélio muito friável e descamativo ao toque e à pressão lateral respectivamente (possível sinal de Nikolsky). Não se conferiu o sinal de Asboe-Hansen pois a paciente não apresentava lesões na fase bolhosa.



Figura 11: Fotografia intraoral, revelando eritema na gengiva.



Figura 12: Fotografia intraoral revelando o início da descamação do epitélio.

A paciente apresentava ainda dificuldade de fonação, deglutição e mastigação. Devido às características clínicas colocou-se como hipótese de diagnóstico o líquen plano erosivo, penfigoide da membrana mucosa ou pênfigo vulgar. A lesão presente tinha o aspeto e características de líquen plano erosivo pois este manifesta-se mais frequentemente na gengiva e sob a forma de gengivite descamativa (Figura 11). Esta desordem tem como características a dor e o eritema localizado. O penfigoide da membrana mucosa é uma doença auto-imune bolhosa, crónica e inflamatória. Esta manifesta-se em primeira instancia na mucosa da cavidade bucal e provoca a descamação do epitélio, eritema, erosões dolorosas ou ulceração, quadro característico de gengivite descamativa. O diagnóstico é obtido recorrendo à história clínica, biópsia e/ou imunofluorescência direta (13,59).

A hipótese de líquen plano erosivo foi descartada após a visualização das fotografias que a paciente apresentou na consulta (Figuras 9 e 10) onde é possível confirmar a existência de uma lesão bolhosa prévia (Figura 9A) à superfície eritematosa (Figura 9C).

De modo a confirmar o diagnóstico fez-se uma biópsia incisional em vários locais cujo resultado confirmando o diagnóstico de penfigoide bolhoso (Figura 13).



Produto: B. Mucosa Oral **Exames anteriores:**
Diagnóstico Clínico: Ver relatório anátomo-patológico.

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Dados Clínicos: Lesão vesiculo-bolhosa, eritematosa após rebentar bolha. Sinal de Nikolsky positivo? **Diagnóstico provisório clínico:** penfigoide da membrana mucosa ou pénfigo vulgar. Mucosa oral vestibular maxilar e mandibular.

Descrição Macroscópica:

Três fragmentos com 0,8 cm, 0,8 cm e 0,5 cm de maiores eixos.

Descrição Histológica:

Tecido constituído por epitélio pavimentoso estratificado sem córion ou epitélio pavimentoso estratificado com córion.

O fragmento que tem córion, tem muito focalmente e na extremidade, fenda subepitelial; tem densificação do córion e infiltrado inflamatório linfohistiocítico, plasmocítico e polimorfonuclear neutrófilo disperso, sem evidência de vasculite, com focal permeação do epitélio por células inflamatórias.

O epitélio sem córion tem maturação mantida para a superfície sem alterações de queratinização e manutenção da camada basal.

A existência de fenda subepitelial e a manutenção da estrutura do epitélio é mais favorável ao diagnóstico de penfigoide bolhoso (e não de pénfigo).

O estudo de imunoglobulinas deverá ser feito por técnica de imunofluorescência em biópsia de tecido colhido e enviado em meio de transporte específico para este efeito e laboratório competente para esta técnica.

Data de saída: 31-05-2019

Assinatura



Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Figura 13: Resultado relatório anatomopatológico.

Tratamento: Prescreveu-se à paciente o *Dermovate*®, creme (clobetasol 0,5mg/g), com a indicação de ser aplicado pela 3 vezes por dia. Foi enviada uma carta para o médico de família (Figura 14) da paciente com os seguintes dados: a descrição do exame clínico, o procedimento da consulta, o medicamento receitado e o pedido de análises clínicas e acompanhamento médico da paciente.

A paciente iniciou um quadro caracterizado por lesões intra-orais vesículo-bolhosas com posterior erosão do epitélio mucoso desde há 3 meses, sem melhoria após aplicação de antivirais e antibacterianos prescritos previamente por outros colegas.

Recorreu por isso à minha consulta em 21/05/2019, onde pude constatar ao exame objetivo que as lesões apareciam disseminadas na mucosa gengival (queratinizada e não-queratinizada), com tamanhos diversos, com bordos não regulares e que posteriormente à fase bolhosa a mucosa ficava eritematosa com halos esbranquiçados, sendo este epitélio muito friável e descamativo ao toque e à pressão lateral respetivamente (possível sinal de Nikolsky). Não verifiquei o sinal de Asboe-Hansen pois em todas as ocasiões em que tive contacto com a paciente, a mesma não apresentava lesões na fase bolhosa. Devido às características clínicas coloquei como **hipótese diagnósticas Pênfigo vulgar vs Penfigoide da membrana Mucosa (PMM)**. Mediquei empiricamente com Clobetasol tópico, tendo obtido uma melhoria marcada no estado clínico da paciente. Perante este resultado, pude concluir que a etiologia das lesões era possivelmente autoimune, reforçando ainda mais o diagnóstico clínico.

Efetuei biópsia incisional em vários locais cujo **resultado é sugestivo de Penfigoide da membrana mucosa (PMM)**. O relatório anatomopatológico segue em anexo.

Posto isto, agradecia encarecidamente que desse continuidade ao acompanhamento clínico da paciente, bem como ao seu diagnóstico analítico definitivo, nomeadamente através de doseamento de anticorpos antinucleares (ANA), de anticorpos anticitoplasma dos Neutrófilos (ANCA) e, se necessário, outros testes de imunofluorescência e imunoenzimáticos.

Agradecia também a avaliação de Consulta Hospitalar de Dermatologia para melhor controlo da doença em causa.

Figura 14: Carta enviada ao médico de família.

Discussão

A abordagem do paciente com penfigoide bolhoso consiste na terapia sistémica com imunossupressores. Doses moderadas de predenisona sistémica normalmente controlam a condição. É essencial o controlo sintomático com o mínimo possível de efeitos adversos (13,60).

O prognóstico desta doença é bom, sendo que os pacientes apresentam remissão depois de 2 a 3 anos (13).

Segundo a OMS a qualidade de vida de um indivíduo é a sua perceção relativamente à sua posição na vida de acordo com a cultura e valores pelos quais se rege e com a os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Os fatores que influenciam a qualidade de vida destes pacientes são a severidade da doença, a ansiedade e depressão associadas (61,62).

Caso clínico III: cirurgia oral: extração de um canino maxilar incluído

Enquadramento teórico

Um dente é definido como incluído ou impactado no caso de ter a sua formação radicular totalmente completa sem qualquer potencial eruptivo (63). O canino maxilar tem um trajeto de erupção diferente dos outros dentes porque se forma lateralmente à fossa piriforme (64) e erupciona por volta dos 11-12 anos (65) de idade pelo que é o último dente anterior a erupcionar. Imediatamente a seguir ao terceiro molar, o canino é o dente que mais frequentemente permanece incluído. Estes são mais prevalentes no género feminino e a retenção é mais comum que a do mandibular (66). A inclusão pode ser unilateral ou bilateral e dentro deste parâmetro o dente pode estar posicionado em palatino, vestibular ou numa posição transalveolar, ou seja, com a coroa rodada para um dos lados, sendo mais prevalente a retenção unilateral e a posição retroalveolar (67–70)

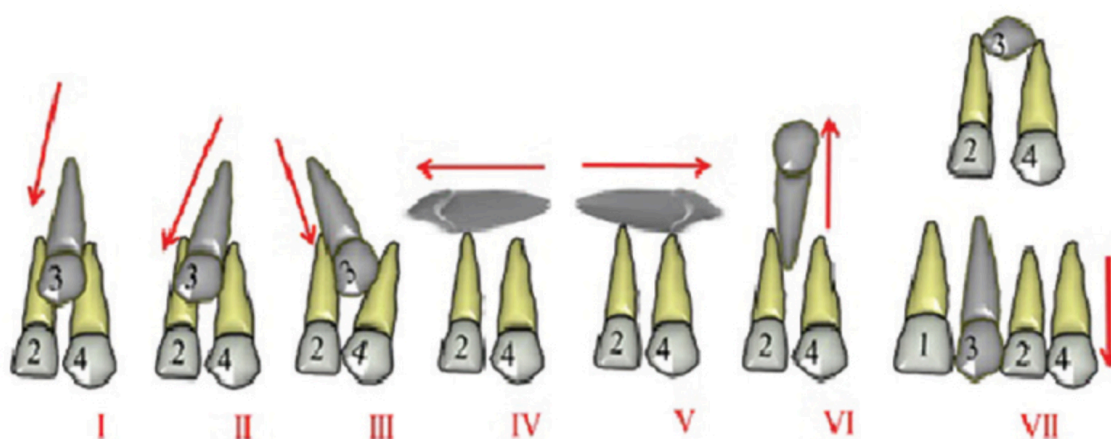


Figura 15: Representação esquemática do sistema de classificação de impactação canina maxilar. Há sete tipos diferentes com base na relação anatómica dos caninos impactados. O dente 3 representa o canino maxilar; os dentes 2 e 4 representam respetivamente o incisivo lateral e o primeiro pré-molar. (adaptado de *Al-Zoubi H, Alharbi AA, Ferguson DJ, Zafar MS. Frequency of impacted teeth and categorization of impacted canines: A retrospective radiographic study using orthopantomograms*) (81).

Na etiologia do canino incluído podem estar fatores tais como: a perda do canino decíduo, tanto prematura como tardia, o comprimento insuficiente do arco, a existência de alterações patológicas na região, o comprimento desproporcional do dente, o exagerado tamanho da coroa, a existência de uma dilaceração radicular ou anquilose (67).

Para o diagnóstico da inclusão do canino são imprescindíveis os exames complementares de diagnóstico, sendo que é sempre necessário fazer uma boa anamnese e exame clínico. Esta inclusão é em cerca de 80% dos casos assintomática, ou seja, é um achado radiológico. Para ser sintomático, como é o caso dos restantes 20%, tem que estar associada a complicações mecânicas, infecciosas, neurológicas, quistos foliculares ou tumores(71).

Os exames radiológicos são conclusivos no diagnóstico do canino incluso indicando a sua relação com as estruturas circundantes (63,72). A Técnica de Clark pode ser utilizada para determinar a posição vestibulo-lingual do canino, sendo que se tiram dois raios X periapicais com angulações horizontais diferentes do cone. Com o raio X oclusal é possível averiguar a posição relativa da coroa e do ápice em relação aos dentes adjacentes, sendo que quando os caninos inclusos estão em palatino conseguem diagnosticar-se, em 90% dos casos, através desta imagem (73). No entanto, a introdução das técnicas radiográficas tridimensionais, Tomografia Computadorizada (CT) e a Tomografia Computadorizada de Cone Beam, permitiram essencialmente obter a localização anatômica em três planos do espaço, fator fundamental no planeamento do tratamento e conseqüentemente no prognóstico. De salientar que estes exames se usam em complementaridade (63,72).

Como em qualquer cirurgia podem surgir complicações peri e pós-operatórias. Durante a cirurgia pode ocorrer a perfuração da fibromucosa palatina durante o descolamento, a perfuração do seio maxilar ou da base da fossa nasal. No entanto a mais frequente é a lesão dos dentes adjacentes no ato cirúrgico. Após a cirurgia as complicações mais comuns são de origem infecciosa com origem, na maioria das vezes, na osteotomia sem refrigeração suficiente provocando osteonecrose (71).

Apresentação do caso clínico

Paciente JB, do género masculino, de 69 anos, colaborante, higieniza a cavidade oral uma vez por dia e não é fumador.

História médica: ASA III, está medicado para a hipertensão, colesterol e diabetes.

História médico-dentária: Exodontias múltiplas por cárie dentária e tem periodontite generalizada avançada.

Motivo da consulta: Apresentou-se na consulta de medicina oral da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu para “pôr dentes novos” (intuito de realizar uma reabilitação protética).

O paciente foi reencaminhado para a consulta de avaliação em prostodontia removível, onde se concluiu que era necessário realizar um plano de tratamento multidisciplinar. Realizou-se então, de seguida, a consulta de periodontologia onde foram realizadas as fases higiénicas I e II e, posteriormente, procedeu-se às exodontias dos dentes 15, 21, 22 e 23 e 28 na consulta de cirurgia oral. O presente relatório aborda a intervenção cirúrgica dos dentes 22 e 23 (Figura 16).



Figura 16: Ortopantomografia

Segundo uma adaptação da Classificação de Winter para terceiros molares, nos exames complementares de diagnóstico (Figuras: 16, 17, 18 e 19), verifica-se que a posição do canino era palatino e horizontal, ou seja, o longo eixo do dente 23 encontrava-se perpendicular ao longo eixo do dente 22 (74).



Figura 17: Raio X periapical dos dentes 21 e 22

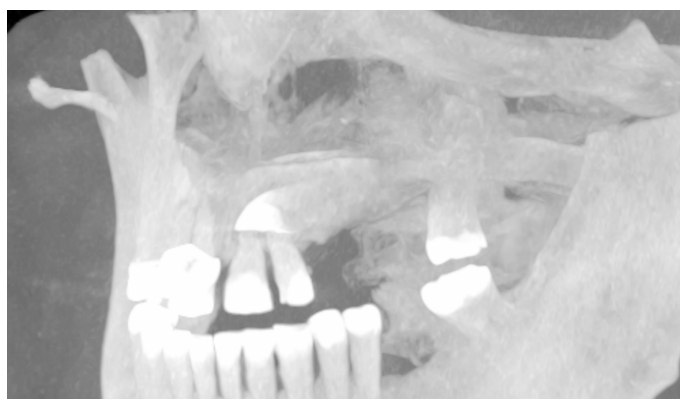


Figura 18: CBCT

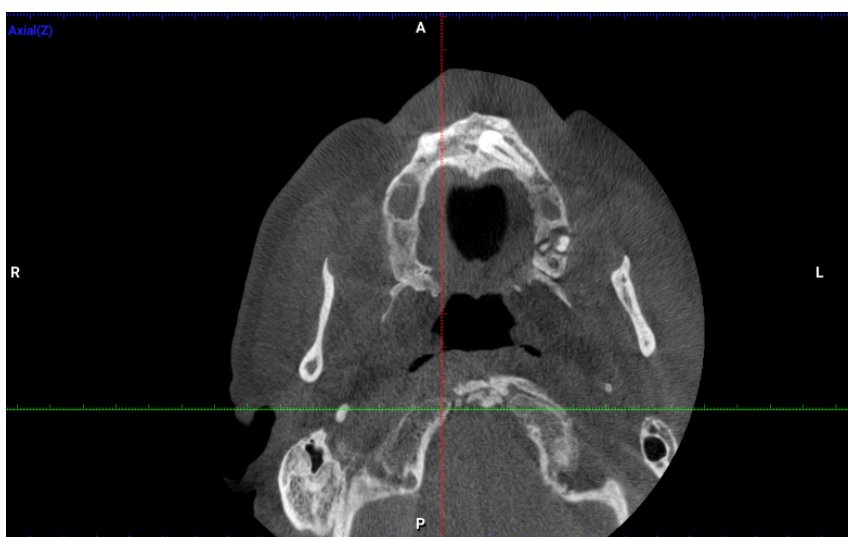


Figura 19: CBCT: corte axial

Procedimento cirúrgico:

Colocou-se o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em hiperextensão. Numa primeira instância deu-se a anestesia infiltrativa (Figura 20), articaína 1/200 000, com uma agulha 30G. Anestesiaram-se os ramos terminais do nervo infraorbitário e alveolar superior anterior e médio esquerdos, nasopalatino e o nervo palatino anterior esquerdo (71).



Figura 20: Fotografia inicial após anestesia

Numa segunda etapa realizou-se uma incisão (cabo de bisturi nº3 e lâmina nº15) supracrestal na zona edêntula e festonada palatina na zona dentada, de espessura total mucoperiosteia, cuja extensão foi do 1º molar do lado correspondente (dente 26) até ao canino contralateral (dente 13). Uma particularidade deste caso foi o facto de o dente 21 e ter sido recentemente extraído e alterou-se a incisão de modo a não expor osso ainda em processo de cicatrização (Figura 21).

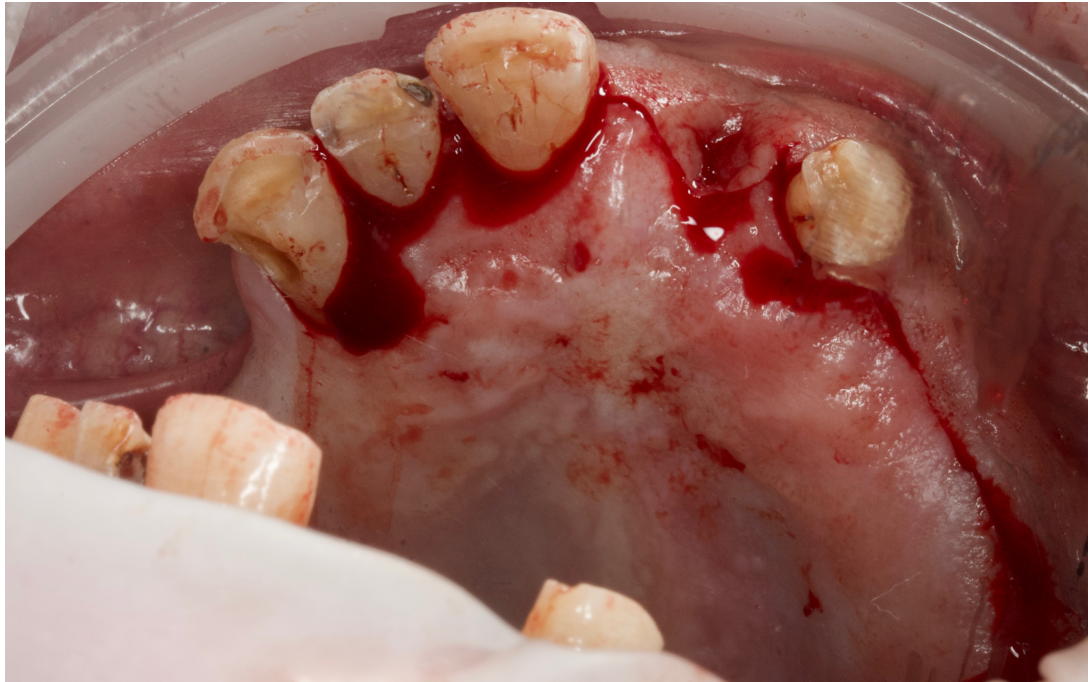


Figura 21: Fotografia após a incisão

O terceiro passo foi o descolamento do retalho, realizado com o descolador de Buser, para permitir o acesso cirúrgico. De notar que, nesta etapa é crucial que a força seja sempre aplicada contra o osso de modo a não haver nenhum movimento involuntário do descolador, danificando a fibromucosa fortemente aderida ao osso da apófise palatina (71). Sabendo que o dente 22 tinha indicação de extração, para a reabilitação protética, foi extraído nesta fase da intervenção cirúrgica, extração simples (Figura 22).

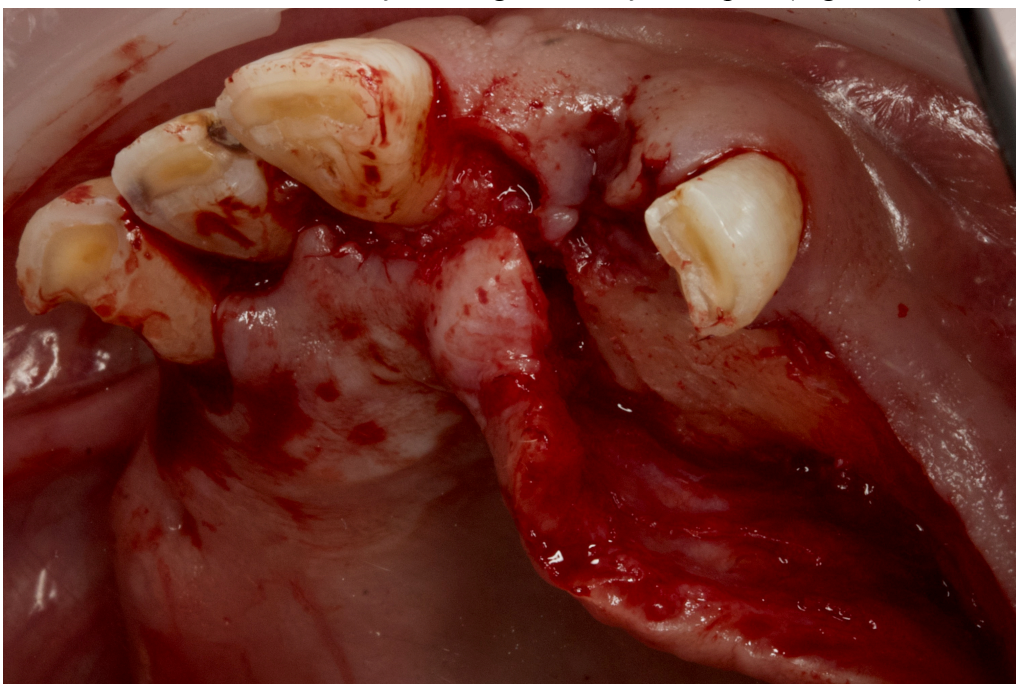


Figura 22: Fotografia após descolamento do retalho

Em quarto lugar procedeu-se à osteotomia, de forma a expor a peça dentária e eliminar a resistência à extração criando uma via de saída, realizada com peça de mão reta e broca de osso esférica de 2mm de diâmetro laminada. Foi utilizado um motor cirúrgico que permitiu irrigação contínua com soro fisiológico, de modo a refrigerar a broca e manter a zona sempre limpa, facilitar a visão do campo cirúrgico e evita lesões iatrogénicas (Figura 23) (71).

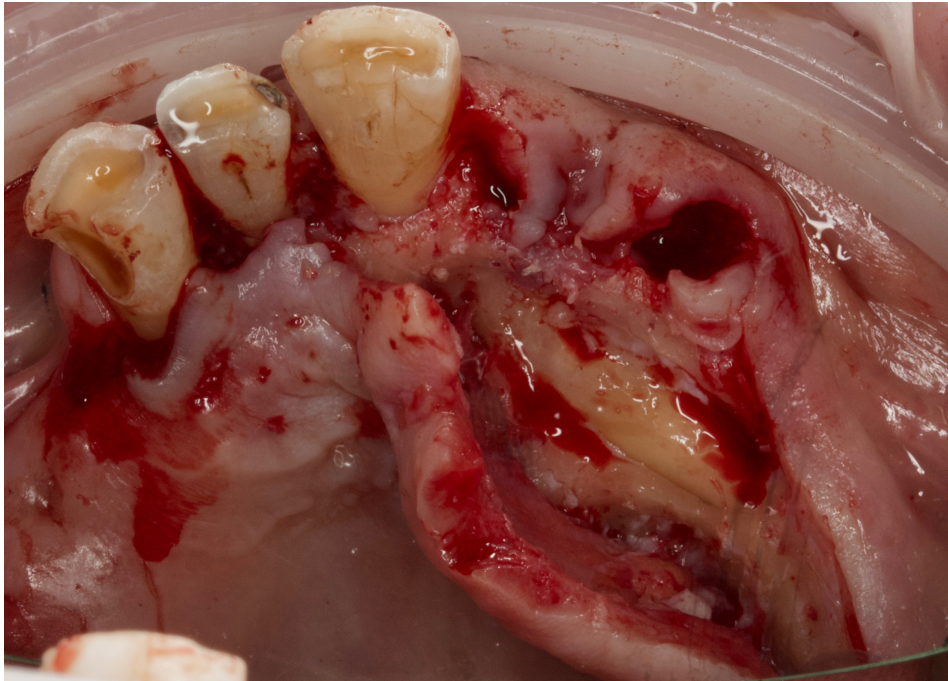


Figura 23: Fotografia após extração do dente 22 e osteotomia

Principalmente, nos casos de dentes inclusos que se encontram na horizontal, como este, é comum seccionar o dente várias vezes. Após a exposição da linha amelocementária do dente 23, fez-se a odontosseção. Percebendo a resistência à exodontia foi realizada uma nova secção em posição mais apical do que a anterior para remoção de um fragmento médio do dente, libertando o trajeto para a remoção do fragmento coronal e apical. A odontosseção nunca deve ser realizada em toda a espessura do dente, deixando sempre cerca de 1mm de estrutura dentária proximal ao osso e depois recorrer à alavanca para separar os fragmentos. Utilizou-se uma turbina com cabeça angulada a 45° e broca apropriada, esta permite uma redução do risco de enfizema assim que o retalho está descolado pois evitam a entrada de ar para o local cirúrgico (Figura 24) (71).

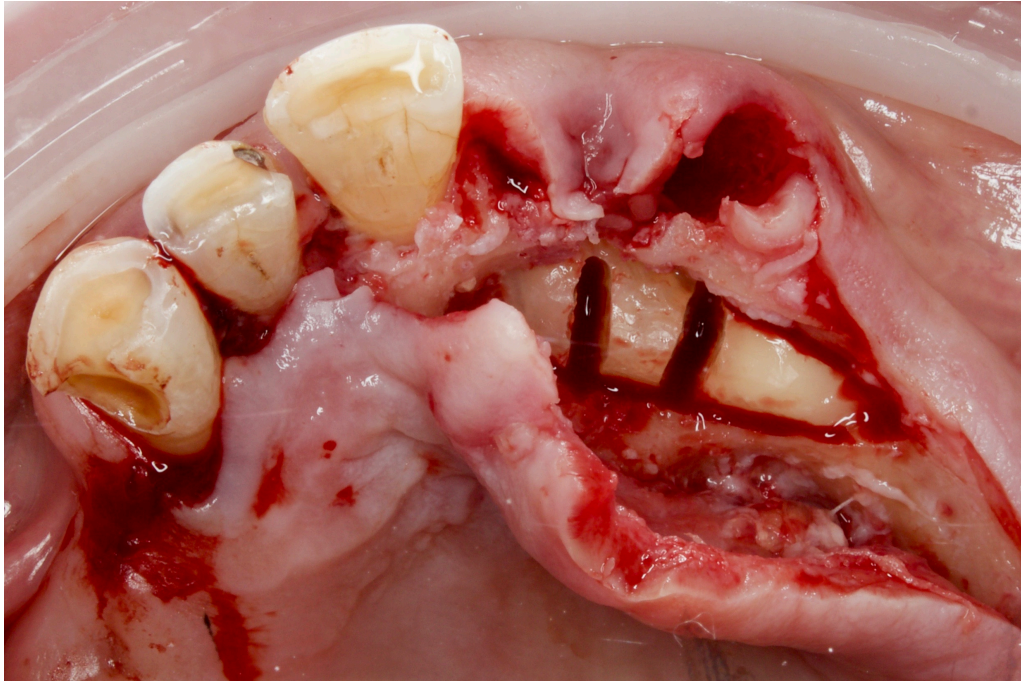


Figura 24: Fotografia após odontosseção no terço médio da raiz

Após a luxação, com alavanca, removeram-se as porções radicular e coronal do dente incluso. Nas fotografias que se seguem, (Figuras 25 e 26) é possível verificar que não existe qualquer fragmento dentário por remover. Procedeu-se, então, à regularização óssea e irrigação abundante com soro fisiológico do local cirúrgico (Figura 27).

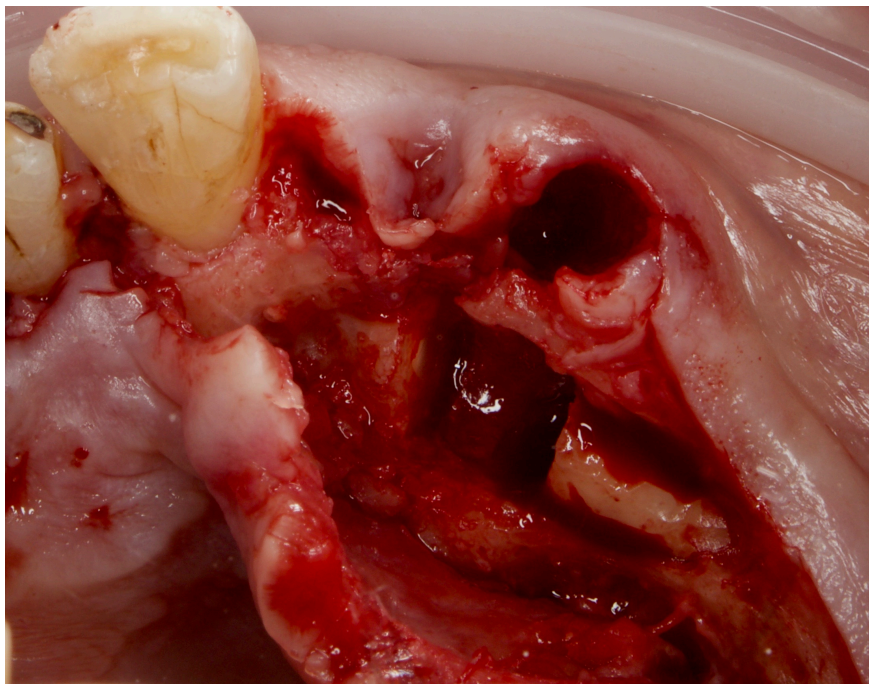


Figura 25: Fotografia após remoção da porção média do dente

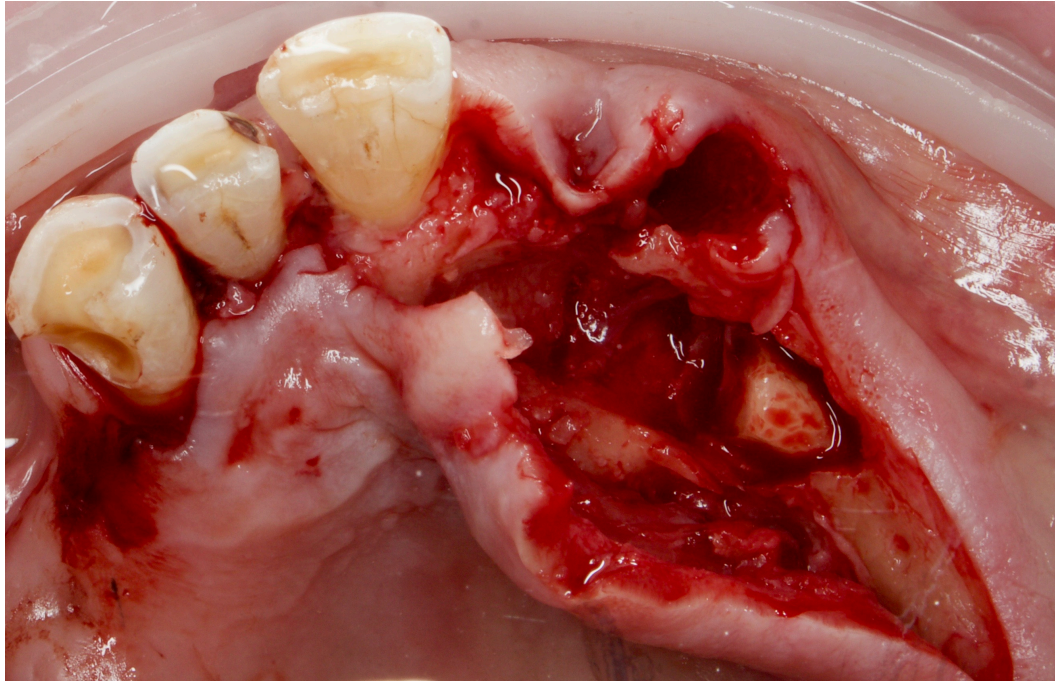


Figura 26: Fotografia após remoção das porções coronal e média do dente incluído

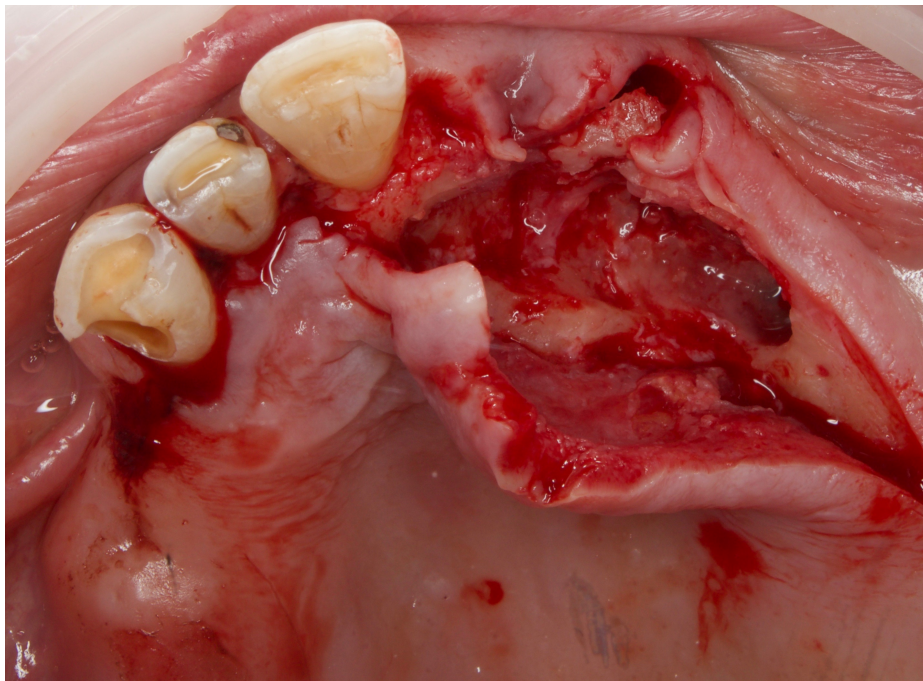


Figura 27: Fotografia após remoção de toda a estrutura dentária e regularização óssea.

Para finalizar a cirurgia suturou-se com fio de Nylon 5/0. Realizaram-se pontos simples de modo a coaptar os bordos da ferida cirúrgica e conseguir uma cicatrização por primeira intenção (Figura 28).

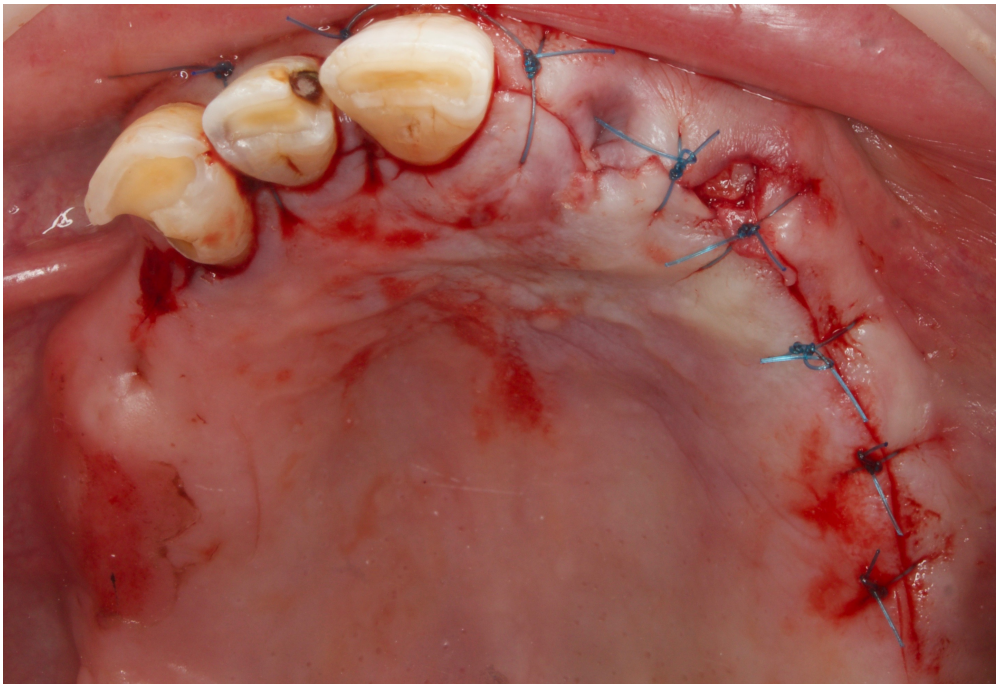


Figura 28: Fotografia após sutura com fio de Nylon 5/0

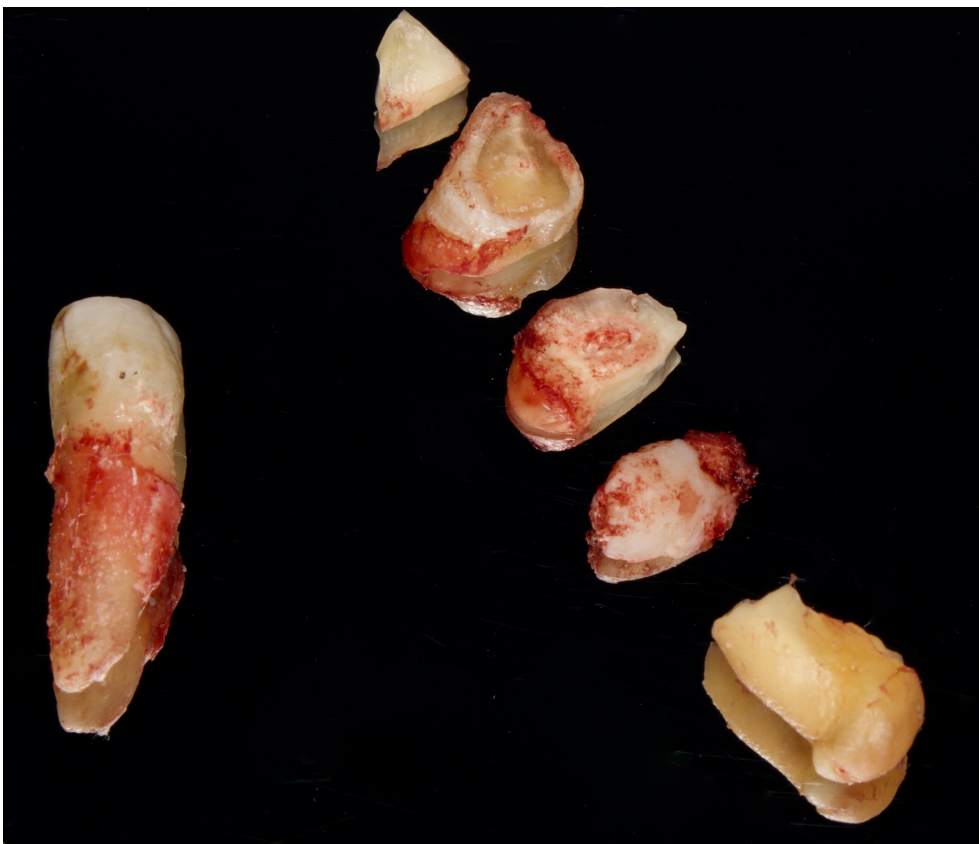


Figura 29: Fotografia do total de segmentos removidos do dente 23 e da estrutura dentária completa 22

Discussão

A cirurgia decorreu sem qualquer complicação.

A inclusão dentária é um fenómeno relativamente frequente (75). As opções de tratamento para o canino incluído dependem da idade do paciente, do estágio de desenvolvimento dentário, da posição do dente, da existência de reabsorção dos incisivos definitivos, a compreensão do paciente e da sua disponibilidade para o tratamento (76).

São hipóteses de tratamento a exposição cirúrgica e tratamento ortodôntico para colocar o dente em oclusão, transplante autógeno, exodontia do dente e posterior movimentação ortodôntica dos pré-molares ou fazer apenas o acompanhamento radiográfico contínuo do caso (73).

Neste caso, após considerar a idade do paciente em conjunto com a sua saúde e hábitos de higiene oral, a posição do canino, a motivação e desejo do paciente e as contraindicações assim como indicações da cirurgia, decidiu-se, em conjunto com o mesmo e com os docentes de prótese removível, a realização da extração dentária para posterior reabilitação protética de modo a evitar complicações futuras (77).

A extração do canino incluído é realizada em situações tais como casos de reabsorção de dentes adjacentes, anquilose, reabsorção radicular dos dentes confinantes e da coroa do canino, infeções repetidas, alterações nervosas, mecânicas e sensoriais, inviabilidade de tração ortodôntica ou autotransplante, a idade do paciente ultrapassa o período de possibilidade de intercepção, o paciente não aceita outro tratamento, existência de contato entre o incisivo lateral e o primeiro pré-molar sendo que o paciente consente o tratamento ortodôntico posterior ou em casos de reabilitação protética (71,78).

Trabalho científico



CATOLICA
CIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
(CIBMA, FCTAS, FODU)



Endodontia de um 2º molar inferior com um canal em forma de "C"

Veiga J¹, Noites R², Cardoso M³.

¹Aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto de Ciências da Saúde de Viseu, Universidade Católica Portuguesa. Email.: joanaivv@gmail.com
²Professora Auxiliar Convidada, Instituto de Ciências da Saúde de Viseu, Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica Portuguesa
³Professor Auxiliar Convidado, Instituto de Ciências da Saúde de Viseu, Universidade Católica Portuguesa



Descrição do caso clínico

Paciente do sexo masculino 42 anos, ASA I, apresentou-se na consulta de endodontia da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa com dor espontânea no dente 4.7, tendo sido diagnosticado como pulpite irreversível. Fez-se a cavidade de acesso e removeu-se o teto da câmara pulpar verificando-se a configuração do pavimento da câmara com anatomia em "C". Com o recurso a limas de baixo calibre, lima 10 K-file, foi possível uma melhor caracterização do canal, posteriormente confirmado com o recurso à Tomografia Computorizada de Feixe Cónico. A preparação biomecânica foi realizada recorrendo-se ao sistema *Protaper Universal* (Densply, Maillifer®) e irrigação com hipoclorido de sódio 5, 25%. No canal mesio-lingual foi realizada a instrumentação até à lima F3, no canal em "C" foi realizada a instrumentação até à lima F4. Para a obturação usou-se material termoplástico, sistema *Beefill* (VDW®), onda contínua.



Figura 1: RaioX Inicial



Figura 2: Configuração em "C"



Figura 3: RaioX odontometria de trabalho



Figura 4: CBCT (A: corte Coronal; B: corte sagital; C: corte axial)



Figura 5: RaioX final

Discussão e conclusão

O tratamento endodôntico de dentes com esta alteração anatómica apresenta dificuldades, como maior probabilidade de não se remover o tecido pulpar na totalidade, a obturação ficar com espaços vazios e haver uma maior probabilidade de perfuração de furca. É crucial o planeamento do tratamento com uma análise radiográfica precisa. O recurso à Tomografia Computorizada de Feixe Cónico foi uma mais valia para uma melhor percepção da anatomia do canal e adequar o modo de preparação canalar. A obturação com o sistema *Beefill*, onda contínua permitiu uma obturação mais hermética do sistema de canais radiculares.

68

Conclusão

A Medicina Dentária tem como objetivos o diagnóstico e o tratamento de patologias que afetam os dentes, as gengivas e a mucosa oral. Foca-se, adicionalmente em repor ou aperfeiçoar a estética do sorriso de cada indivíduo. É uma área multidisciplinar e todas as valências se complementam. A Medicina Dentária tem por base um balanço entre o restabelecimento da forma e função dos dentes e dos tecidos periodontais (79).

O correto diagnóstico do paciente é essencial. Para o alcançar é fulcral realizar a história médica e médica dentária do paciente. Esta avaliação verifica a presença (ou ausência) de hábitos deletérios e antecedentes patológicos e hereditários. De seguida procede-se ao exame clínico e à análise da sua sintomatologia de forma a obter um diagnóstico. Define-se um plano de tratamento e finalmente procede-se ao tratamento.

A eficácia do tratamento depende do envolvimento do paciente nas decisões tomadas e do equilíbrio entre o que o médico dentista considera necessário e as ideias do paciente (80).

No que respeita a análise estatística descritiva do último ano letivo do Mestrado Integrado em Medicina Dentária verifica-se a existência de um elevado número de faltas e desmarcações dos pacientes que influenciam negativamente a aprendizagem do aluno.

Outro fator a destacar é a incapacidade financeira dos pacientes para aceitar os planos de tratamento sugeridos em primeira instância (facto independente do reconhecimento da importância do tratamento). Em consequência é necessário propor um plano alternativo, financeiramente menos exigente, que satisfaça as expectativas (funcionais e/ou estéticas) do paciente.

O presente relatório reflete a atividade clínica efetivada ao longo do ano letivo, compreendendo a análise pormenorizada de três casos clínicos com o respetivo procedimento realizado e possíveis alternativas ao mesmo.

Bibliografia

1. Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *chinese J Dent Res*. 2017;20:189–92.
2. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J*. 2016;221(12):792–3.
3. World Health Organization. Constitution of WHO: principles. World Health Organization. 1946.
4. Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W, Kassebaum NJ. Global burden of severe Periodontitis in 1990-2010: A systematic review and Meta- regression. *J Dent Res*. 2014;93(11):1045–53.
5. Costa JSD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública”? *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):144–51.
6. Pinto TAS. Impacto da Introdução de um Sistema de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde Português. Universidade do Porto; 2016.
7. Ojahanon PI, Akionbare O, Umoh AO. The oral hygiene status of institution dwelling orphans in Benin City, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2013;16(1):41–4.
8. Lourenço, Alexandre, Pita Barros P. Cuidados de Saúde Oral. Universidade Nova de Lisboa; 2016.
9. Shanbhog R, Raju V, Nandlal B. Correlation of oral health status of socially handicapped children with their oral health knowledge, attitude, and practices from India. *J Nat Sci Biol Med*. 2014;5(1):101–7.
10. Despacho nº8591-B/2016, Diário da República, 2ª série, nº 125, 1 de julho de 2016.
11. Alberto Oliveira dos Santos C, Mariana Cavalcanti Lacerda I, Emanuela Carolaine Teixeira Lima I, Isabella Lima Arrais Ribeiro II. O Tabagismo e suas implicações na saúde pulpar e periodontal. *Rev Cubana Estomatol*. 2017;54(3):1–11.
12. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. 2008. 45–56 p.
13. Neville B, Damm D, Allen C, Bonquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Company WBS, editor. 2002.
14. Sollecito TP, Rogers H, Prescott-Clements L, Felix DH, Kerr AR, Wray D, et al. Oral medicine: Defining an emerging specialty in the United States. *J Dent Educ*. 2013;77(4).
15. Bannister S, Dixon C, Dixon D, Barnes J, Bisch F, Campbell C, et al. Glossary of Periodontal Terms. In American Academy of Periodontology; 2001.

16. G. Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, S. Kornman K, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S1–8.
17. Steffens J, Marcantonio R. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri - implantares 2018 : guia Prático e Pontos-Chave. *Rev Odontol da UNESP.* 2018;47(4):189–97.
18. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S9–16.
19. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque–induced gingival conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S17–27.
20. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018;89:S159–72.
21. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S190–8.
22. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S230–6.
23. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S246–66.
24. Leonardo MR. Endodontia: tratamento de canais radiculares – princípios técnicos e biológicos. 2ª. MEDICAS A, editor. 2004. 1–20 p.
25. Leonardi D, Giovanini A, Almeida S, Schramm C, Baratto-Filho F. Alterações pulpare e periapicais. *Tópicos Odontol.* 2011;8(4):47–61.
26. Zhang W, Yelick PC. Vital Pulp Therapy—Current Progress of Dental Pulp Regeneration and Revascularization. *Int J Dent.* 2010;2010:1–9.
27. Torabinejade P, Walton R. Endodontia principios e prática. 4th ed. Elsevier, editor. 2010.
28. Goldberg F, Soares I. Endodontia técnica e fundamentos.
29. Saunders W. Latest concepts in root canal treatment. *Br Dent J.* 2005;198(8):515–6.
30. Specialty Definitions. Natl Comm Recognit Dent Spec Certifying Boards. 2019;
31. Andersson L, Kahnberg K, Pogrel M. Oral and maxillofacial surgery. Wiley-Blackwell, editor. 2010.
32. Koch G, Poulsen S. Pediatric Dentistry: A Clinical Approach. 2nd ed. Koch G,

- Poulsen S, editors. Munksgaard, Copenhagen; 2009. 1–5 p.
33. Gregoret J, Tuber E, Escobar L, Fonseca A. Ortodoncia Y Cirugia Ortognática. Espaxs. 1997. 1–15 p.
 34. Parvizi A, Lindquist T, Schneider R, Williamson D, Boyer D, Dawson D V. Comparison of the dimensional accuracy of injection-molded denture base materials to that of conventional pressure-pack acrylic resin. Vol. 13, Journal of Prosthodontics. 2004. 83–89 p.
 35. Carr A, Brown D. McCracken’s Removable Partial Prosthodontics. 12th ed. Canada: Elsevier; 2011.
 36. Shillingburg H, Sather D, E W, Cain J, Mitchell L, Blanco L, et al. Indications for removable partial dentures: a literature review. Vol. 200, The Journal of Prosthetic Dentistry. 2006. 70 p.
 37. “David A. Sather, Ddwin L. Wilson, Jr, DDS Me, Joseph R. Cain, DDS M, Donald L. Mitchell, DDS M, Luis J. Blanco, DMD M, James C. Kessler D. Fundamentals of Fixed Prosthodontics. 4th ed. Huffman L, editor.
 38. Rosella D, Rosella G, Papi P, Piccoli L, Pompa G. A tooth preparation technique in fixed prosthodontics for students and neophyte dentists. Ann Stomatol (Roma). 2016;3(5):104–9.
 39. Veiga N, Aires D, Pereira M, Vaz A, Rama L, Silva M, et al. Dental Caries : A Review. Dent Oral Heal. 2016;2(5):2–4.
 40. Mondelli J. Fundamentos de dentística operatória. Editora Sa. 2006.
 41. Jablonski. Dictionary of Dentistry. In 1992. p. 576, 472.
 42. Shenoy R. Occlusion: The gateway to success. J Interdiscip Dent. 2013;2(3):228.
 43. Hassan R, Rahimah A. Occlusion, malocclusion and method of measurements-an overview. Arch Orofac Sci. 2007;2:3–9.
 44. Chaves TC, Oliveira AS De, Grossi DB. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular , parte II : critérios diagnósticos ; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa Main instruments for assessing temporomandibular disorders , part II : diagnostic criteria ; Fisioter e Pesqui. 2008;15(1):101–6.
 45. Silva K, Soares RG, Melo T. Tratamento endodôntico em molar em forma de “C.” Rev Sul-Brasileira Odontol. 2009;7(1):100–4.
 46. Gomes F, Santos R, Ferreira C, Guimarães N, Vitoriano M. “ C-shape canal ”: uma variação anatômica de interesse clínico. Rev Bras Pesqui em Saúd. 2010;12(2):57–

- 60.
47. Raisingani D, Gupta S, Mital P, Khullar P. Anatomic and Diagnostic Challenges of C-Shaped Root Canal System. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2014;7(April):33–7.
 48. Maria R, Koolwal S. The ‘ C ’ shaped canal in mandibular second molar : A report of four cases . *Endodontology*. :129–33.
 49. Lakinepally A, Sharma S, Samarthy DK, Sinha N. Management of C-shaped root canal configuration in mandibular second molar. *BMJ Case Rep*. 2018;1–2.
 50. Yilmaz Z, Deniz D, Ozcelik B, Sahin C, Cimilli H, Cehreli ZC, et al. Sealing efficiency of BeeFill 2in1 and System B/Obtura II versus single-cone and cold lateral compaction techniques. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2009;108(6):e51–5.
 51. Gençoglu N, Oruçoglu H, Helvacioğlu D. Apical leakage of different gutta-percha techniques: thermafil, js quick-fill, soft core, microseal, system B and lateral condensation with a computerized fluid filtration meter. *Eur J Dent*. 2007;1(2):97–103.
 52. Janani M, Rahimi S, Jafari F, Johari M, Nikniaz S, Ghasemi N. Anatomic features of c-shaped mandibular second molars in a selected iranian population using CBCT. *Iran Endod J*. 2018;13(1):120–5.
 53. Vaz De Azevedo KR, Lopes CB, Andrade RHTLR, Pacheco Da Costa FFN, Gonçalves LS, Dos Santos RM, et al. C-shaped canals in first and second mandibular molars from Brazilian individuals: A prevalence study using cone-beam computed tomography. *PLoS One*. 2019;14(2):1–8.
 54. Cueva-Goig R, Forner-Navarro L, Carmen Llana-Puy M. Microscopic assessment of the sealing ability of three endodontic filling techniques. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(1):e27–31.
 55. Al-Afifi NA, Abdullah M, Al-Amery SM, Abdulmunem M. Comparison between gutta-percha and resin-coated gutta-percha using different obturation techniques. *J Appl Biomater Funct Mater*. 2016;14(3):0–0.
 56. Laskaris G. *Pocket Atlas of Oral Diseases*. 2nd ed. Thieme, editor. 2006. 101–136 p.
 57. Tamgadge S, Tamgadge A, Bhatt D, Bhalerao S, Pereira T. Pemphigus vulgaris. *Contemp Clin Dent*. 2011;2.
 58. Carli JP, Souza P, Westphalen F, Rozza R, Silva S, Linden M, et al. Pênfigo e suas variações. *Odonto*. 2011;19(38):15–29.

59. Menegat K, Gazzola R. Penfigóide da membrana mucosa: um relato de caso. *Congr Pesqui e Extensão da FSG*. 2017;147–9.
60. Simões I, Ferreira O. Penfigoide bolhoso: relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam*. 2018;96–100.
61. Kasperkiewicz M, Ellebrecht CT, Takahashi H, Yamagami J, Zillikens D, Payne AS, et al. Pemphigus. 2011;51(2):295–308.
62. Paradisi A, Sampogna F, Di Pietro C, Cianchini G, Didona B, Ferri R, et al. Quality-of-life assessment in patients with pemphigus using a minimum set of evaluation tools. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(2):261–9.
63. Sousa-santos P, Pinho T, Brito MM. Caninos impactados por palatino: abordagem cirúrgica e tração ortodôntica. *Ciência Pro*. 2014;32–46.
64. Cappellette M, Cappellette Jr. M, Fernandes LCM, Oliveira AP de, Yamamoto LH, Shido FT, et al. Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica: uma sugestão técnica de tratamento. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial*. 2008;13(1):60–73.
65. Garden A. Pubertal growth and development. Vol. 20, *American Academy of Pediatric Dentistry*. 2008.
66. Manne R, Gandikota C, Juvvadi SR, Rama HRM, Anche S. Impacted canines: Etiology, diagnosis, and orthodontic management. *J Pharm Bioallied Sci*. 2012;4(2):234–8.
67. Gaetti-Jardim EC, Faria KM, Junior JFS, Júnior EGJ, Neto MS, Aranega AM, et al. Condutas terapêuticas para caninos inclusos. *J Heal Sci*. 2015;14(1):51–6.
68. Mahoney P. Root growth and dental eruption in modern human deciduous teeth with preliminary observations on great apes. *J Hum Evol*. 2019;129:46–53.
69. Becker A, Chaushu S. Etiology of maxillary canine impaction: A review. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2015;148(4):557–67.
70. Landim F, Freitas G, Rocha N, Caubi A, Vasconcellos R. Avaliação Clínico-Radiográfica dos caninos após o tratamento orto-cirúrgico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2010;10(4):103–10.
71. Escoda CG, Aytés LB. *Tratado De Cirurgia Bucal*. Vol. I. 1999. 341–354 p.
72. Carvalho AAB, Corrêa LAAF, Freitas FF, Dias PC. Importância da tomografia computadorizada de feixe cônico na avaliação de canino incluído na maxila. *Revistas*. 2017;74(2):143–9.
73. Tito MA, Rodrigues R, Guimarães J, Guimarães K. Caninos superiores impactados

- bilateralmente Bilaterally impacted upper canines. *Rev Gaucha Odontol.* 2008;56(2):15–9.
74. Alves EP, Montagner AF, Antonizazzi SP, Oliveira LFD. Prevalência e posição de caninos superiores impactados e sua relação com reabsorção radicular. *Rev da Fac Odontol - UPF.* 2015;19(2):180–4.
75. Cuminetti F, Boutin F, Frapier L. Predictive factors for resorption of teeth adjacent to impacted maxillary canines. *Int Orthod.* 2017;15(1):54–68.
76. Maahs MAP, Berthold TB. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. *Rev Ciências Médicas e Biológicas.* 2004;3(1):130–8.
77. Hiroshi Matsui R, Nakamura Kamitsuji IK, Paulo Ferreira Bellini L, Chelotti A, Lúcia Feijó Ortolani C, Faltin Júnior K. Caninos não irrompidos – alternativas de tratamento. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2007;25(1):75–83.
78. Husain J, Burden D, McSherry P. Management of the Palatally Ectopic Maxillary Canine. RSCeng guidelines. Royal College of Surgeons; 2016.
79. Stanley M, Paz A, Gonçalves C, Miguel I, Mendes D. Reabilitação estética com aplicação de alongamento coronário e da roll flap technique - caso clínico. *J Dent.* 2017;(15):30–3.
80. Röing M, Holmström IK. Involving patients in treatment decisions - a delicate balancing act for Swedish dentists. *Heal Expect.* 2014;17(4):500–10.
81. Al-Zoub H, Alharbi A, Ferguson D, Sohail Zafar M. Frequency of impacted teeth and categorization of impacted canines: A retrospective radiographic study using orthopantomograms. *Eur J Dent.* 2018;12(1):242–6.