



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

António Gaspar Teixeira Pimenta

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

António Gaspar Teixeira Pimenta

Orientador: Professor Doutor Miguel Cardoso

Coorientador: Mestre Filipe Araújo

Viseu, 2018

“It does not matter how slowly you go as long as you do not stop.”

Confucius

Agradecimentos

Aos meus modelos de coragem, os meus pais, pelo empenho, dedicação, carinho e por todos os valores que me transmitiram nesta longa e difícil caminhada de 5 anos de Medicina Dentária. Sem eles, não seria de todo possível!

Ao meu orientador, Professor Doutor Miguel Cardoso, pelos conselhos transmitidos, assertividade e profissionalismo demonstrados.

Ao meu coorientador, Mestre Filipe Araújo, pela disponibilidade e companheirismo.

Aos meus amigos, por todos os momentos e aventuras que na impossibilidade de serem documentados, ficarão guardados no meu coração!

À minha namorada, Matilde, pelo carinho e paciência naquelas horas difíceis.

A todos os funcionários da Universidade Católica Portuguesa pelo apoio e simpatia.

Resumo

A visão da Medicina Dentária como uma área multidisciplinar tem sido cada vez mais uma realidade, sendo que na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, a Medicina Dentária exerce-se por áreas disciplinares, que são elas, a Medicina Oral, a Periodontologia, a Odontopediatria, a Dentisteria Operatória, a Prostodontia Removível, a Prostodontia Fixa, a Endodontia, a Ortodontia, a Oclusão e por fim a Cirurgia Oral.

O presente relatório está dividido em duas partes, sendo a primeira parte destinada à caracterização sucinta da população que procura cuidados médico-dentários na Clínica Dentária Universitária, e análise estatística descritiva dos dados de atividade clínica realizada no 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Numa segunda parte, será realizada a apresentação de três casos clínicos diferenciados, referentes às áreas de Medicina Oral/Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória e Prostodontia Fixa.

Em suma, será realizada uma reflexão associada à atividade clínica, confluindo numa análise crítica dos casos clínicos diferenciados.

Palavras-Chave: Saúde Oral, Medicina Oral, Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Prostodontia Fixa

Abstract

The vision of Dental Medicine as a multidisciplinary area has been a reality, and in the Dental Clinic of the Universidade Católica Portuguesa, Dental Medicine is practiced by disciplinary areas, which take part: Oral Medicine, Periodontology, Paediatric Dentistry, Operative Dentistry, Fixed and Removable Prosthodontics, Orthodontics, Occlusion and Oral Surgery.

The present report is divided in two parts. The first part is intended for a brief description of the population that sought clinical care at the University Dental Clinic, and the descriptive statistical analysis of clinical activity data performed in the 5th year of the Integrated Master's in Dental Medicine. On the second part, three differentiated clinical cases will be presented, related to the areas of Oral Medicine/Oral Surgery, Operative Dentistry and Fixed Prosthodontics.

In summary, a reflection associated with clinical activity will be performed, converging in a critical analysis of the differentiated clinical cases.

Key-Words: Oral Health, Oral Medicine, Oral Surgery, Operative Dentistry, Fixed Prosthodontics

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Material e Métodos..... | 5 |
| Resultados | 9 |
| Dados da Atividade Clínica Geral | 9 |
| Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar | 13 |
| 1. Medicina Oral..... | 15 |
| 2. Periodontologia | 16 |
| 3. Dentisteria Operatória | 21 |
| 4. Endodontia..... | 25 |
| 5. Odontopediatria..... | 28 |
| 6. Oclusão..... | 31 |
| 7. Ortodontia | 34 |
| 8. Prostodontia Removível | 37 |
| 9. Prostodontia Fixa | 40 |
| 10. Cirurgia Oral..... | 43 |
| Casos Clínicos Diferenciados..... | 49 |
| Caso Clínico I – Hemostase e Ablação de Lesão Compatível com Hemangioma Lingual, com recurso a Laser Diodo..... | 49 |
| Caso Clínico II – Encerramento de Diastema em Dentes Anteriores com Recurso a Restaurações Diretas a Resina Composta | 57 |
| Caso Clínico III – Cimentação de Falso Coto Fundido e Confeção de Restauração Provisória num Incisivo Central Superior e Posterior Reabilitação com Coroa Metalocerâmica | 65 |
| Trabalhos Científicos..... | 79 |
| Conclusão | 85 |
| Referências Bibliográficas | 89 |

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Número de consultas como assistente e operador..... | 9 |
| Gráfico 2 – Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento..... | 9 |
| Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes por sexo..... | 10 |
| Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes por idade..... | 10 |
| Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores por idade..... | 11 |
| Gráfico 6 – Percentagem de pacientes que escova os dentes 1, 2 ou 3 vezes por dia..... | 12 |
| Gráfico 7 – Distribuição do número de consultas por área disciplinar..... | 13 |
| Gráfico 8 – Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas.. | 14 |
| Gráfico 9 – Distribuição do número de desmarcações ou faltas, por área disciplinar..... | 14 |
| Gráfico 10 – Número de consultas como assistente e operador, em Medicina Oral..... | 15 |
| Gráfico 11 – Número de consultas como assistente e operador, em Periodontologia..... | 19 |
| Gráfico 12 – Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia..... | 19 |
| Gráfico 13 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Periodontologia..... | 20 |
| Gráfico 14 – Número de consultas como assistente e operador, em Dentisteria Operatória..... | 22 |
| Gráfico 15 – Motivos de consulta, em Dentisteria Operatória..... | 22 |
| Gráfico 16 – Número de atos clínicos, segundo o procedimento realizado..... | 23 |
| Gráfico 17 – Número de atos clínicos, segundo o material utilizado..... | 23 |
| Gráfico 18 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Dentisteria Operatória..... | 24 |
| Gráfico 19 – Número de consultas como assistente e operador, em Endodontia..... | 26 |
| Gráfico 20 – Motivos de consulta, em Endodontia..... | 26 |
| Gráfico 21 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Endodontia..... | 27 |
| Gráfico 22 – Número de consultas como assistente e operador, em Odontopediatria..... | 29 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 23 – Tipos de tratamento realizados, em Odontopediatria..... | 29 |
| Gráfico 24 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Odontopediatria..... | 30 |
| Gráfico 25 – Número de consultas como assistente e operador, em Oclusão..... | 32 |
| Gráfico 26 – Tipos de consulta, em Oclusão..... | 32 |
| Gráfico 27 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Oclusão..... | 33 |
| Gráfico 28 – Número de consultas como assistente e operador, em Ortodontia..... | 35 |
| Gráfico 29 – Tipos de consulta, em Ortodontia..... | 35 |
| Gráfico 30 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Ortodontia..... | 36 |
| Gráfico 31 – Número de consultas como assistente e operador, em P. Removível..... | 38 |
| Gráfico 32 – Tipos de consulta, em P. Removível..... | 38 |
| Gráfico 33 – Tipo de atos clínicos, como operador, em P. Removível..... | 39 |
| Gráfico 34 – Número de consultas como assistente e operador, em P. Fixa..... | 41 |
| Gráfico 35 – Tipos de consulta, em P. Fixa..... | 41 |
| Gráfico 36 – Tipo de atos clínicos, como operador, em P. Fixa..... | 42 |
| Gráfico 37 – Número de consultas como assistente e operador em Cirurgia Oral..... | 44 |
| Gráfico 38 – Técnica de exodontia, em Cirurgia Oral..... | 44 |
| Gráfico 39 – Tipo de atos clínicos, em Cirurgia Oral..... | 45 |

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de pacientes que escova os dentes 1, 2 ou 3 vezes por dia.....12

Tabela 2 – Tipo de laser, meio ativo e seu comprimento de onda.....50

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Gengiva normal de um jovem. O pontilhado representa a Gengiva Marginal e as setas representam a Linha Mucogengival..... | 16 |
| Figura 2 – Componentes principais de um laser e principio de funcionamento..... | 50 |
| Figura 3 – Tipos de interação do laser com os tecidos..... | 50 |
| Figura 4 – Absorção de diferentes comprimentos de onda pelos diferentes cromóforos..... | 51 |
| Figura 5 – A) Hemorragia abundante na região anterior da língua. B) Lesão compatível com hemangioma lingual, localizada na superfície dorsal do terço anterior da língua..... | 53 |
| Figura 6 – A) Aspeto final, após tratamento. B) Controlo após a 1ª semana..... | 54 |
| Figura 7 – Recidiva após 2 meses..... | 54 |
| Figura 8 – A) Fotografia Intra-oral Frontal. B) Fotografia Extra-oral Frontal..... | 58 |
| Figura 9 – A) Modelo de gesso obtido a partir do enceramento de diagnóstico. B) Matriz Termoformada para realização de Mock-Up..... | 58 |
| Figura 10 – Desinserção da matriz termoformada..... | 59 |
| Figura 11 – A) Fotografia Intra-oral do Mock-Up B) Fotografia Extra-oral do Mock-Up..... | 59 |
| Figura 12 – Escolha de Cor de acordo com a Escala Vita Clássica..... | 60 |
| Figura 13 – Condicionamento ácido da superfície dentária, com recurso a Ácido Fosfórico a 37%..... | 60 |
| Figura 14 – A) Conformação da resina composta à matriz de silicone putty. B) Face palatina em resina composta, após fotopolimerização de 20 segundos..... | 61 |
| Figura 15 – Resultado obtido após a estratificação de resina composta..... | 61 |
| Figura 16 – Fotografia Intraoral Final..... | 62 |
| Figura 17 – Fotografia Extraoral Final..... | 62 |
| Figura 18 – Fotografia Intraoral de controlo após 1 ano e 7 meses..... | 63 |
| Figura 19 – RX Periapical do Dente 21..... | 66 |

| | |
|--|----|
| Figura 20 – A) Espigão plástico para confecção de padrão em Resina Duralay®. B) Preparo realizado no padrão de Duralay®..... | 67 |
| Figura 21 – Padrão de Duralay® obtido..... | 67 |
| Figura 22 – A) Falso Coto Fundido. B) Criação de pequenas ranhuras..... | 68 |
| Figura 23 – A) Verificação da adaptação. B) Remoção dos excessos de cimento..... | 68 |
| Figura 24 – A) e B) Criação de faceta vestibular com recurso a dente Ivostar®..... | 69 |
| Figura 25 – A) e B) Adaptação da faceta aos limites do preparo e falso coto..... | 69 |
| Figura 26 – Formação da face palatina com resina acrílica Trim®..... | 70 |
| Figura 27 – Remoção de excessos de cimento temporário..... | 70 |
| Figura 28 – Resultado final provisório em sorriso máximo..... | 71 |
| Figura 29 – Resultado final provisório em sorriso..... | 71 |
| Figura 30 – Impressão Definitiva..... | 72 |
| Figura 31 – Prova de Infraestrutura. A) Sem afastadores. B) Com afastadores..... | 72 |
| Figura 32 – Escolha de Cor, 2R da Escala Vita 3D Master®..... | 73 |
| Figura 33 – A) Prova de Cerâmica, vista lateral. B) Prova de Cerâmica, vista frontal..... | 73 |
| Figura 34 – A) e B) Resultado final em sorriso..... | 74 |
| Figura 35 – A) e B) Resultado final em sorriso máximo..... | 74 |

Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

SNS – Sistema Nacional de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DSLR – Digital Single-lens Reflex

ISO – International Organization for Standardization

BOP – Bleeding On Probing

PSR – Periodontal Screening and Recording

PIM – Posição de Intercuspidação Máxima

RC – Relação Cêntrica

RDC-TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

INR – International Normalized Ratio

LASER – Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation

Nd:YAG – Neodymium Yttrium Aluminum Garnet

Er: YAG – Erbium Yttrium Aluminum Garnet

PEMA – Polietil metacrilato

Introdução

Introdução

A Medicina Dentária, segundo a *American Dental Association*, é a área responsável pela avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento de doenças, desordens e/ou condições que afetam a cavidade oral, área maxilofacial e estruturas adjacentes.⁽¹⁾ Deste modo, é uma das áreas responsáveis pela manutenção da saúde geral de cada indivíduo, em complementaridade com as diversas áreas médicas.

Segundo a OMS, a saúde é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças e enfermidades.⁽²⁾ Deste modo, a saúde oral não deverá ser de todo desvalorizada, tendo em conta o papel fundamental que assume no bem-estar geral de cada indivíduo. No entanto, tem-se vindo a constatar que as necessidades de cuidados de saúde oral na população portuguesa estão longe de ser satisfeitas, pois Portugal encontra-se muito abaixo da média europeia no que concerne aos indicadores de saúde oral. Um dos indicadores que reflete o acesso insuficiente aos cuidados de saúde oral, é a percentagem de pacientes com dentição total. Dados do Barómetro de Saúde Oral de 2015, revelou que apenas 28% dos Portugueses possui dentição total, excluindo-se os terceiros molares.⁽³⁾

A cárie dentária e a doença periodontal, continuam a ser condições com elevada prevalência, tal como foi revelado no estudo "*Global Burden of Disease 2015*". Neste estudo, verificou-se que a cárie dentária em dentição permanente é a condição mais prevalente, afetando 2,3 biliões de pessoas em todo o Mundo. Sendo assim, o foco principal de atuação para a melhoria da saúde oral da população será a prevenção.^(4,5)

Em Portugal, a relevância dada à promoção da saúde oral, com foco principal na prevenção, desde cedo se verificou, pois em 1985 começou a ser posto em prática o Programa de Saúde Oral em contexto escolar, dando especial importância à educação alimentar e hábitos de higiene oral dos mais jovens.⁽³⁾

Em 2009, o Sistema Nacional de Saúde alarga a cobertura de atribuição de cheques-dentista a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, que até então era apenas dirigida a grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário.^(3,6)

Até 2015, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), já contava com 4 047 médicos dentistas aderentes para dar resposta às necessidades da população, nomeadamente aos seguintes grupos mais vulneráveis⁽³⁾:

- Mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS
- Idosos beneficiários do Complemento Solidário
- Crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam Ensino Público e IPSS
- Crianças com idades intermédias às anteriormente enunciadas
- Crianças com idade inferior a 7 anos
- Utentes portadores de VIH/SIDA
- Intervenção precoce do cancro oral

Apesar dos esforços desenvolvidos, e a existência de todos os recursos humanos e tecnológicos para dar resposta a todas as questões relacionadas com a saúde oral em Portugal, o principal fator inerente ao cenário de desvalorização da saúde oral continua a relacionar-se com a barreira financeira das famílias portuguesas.⁽³⁾

Na Clínica Dentária Universitária, contactou-se que a maioria da população que procura os cuidados de saúde oral prestados pelos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, depara-se com sérias dificuldades económicas, constituindo uma barreira à execução de determinados tratamentos que envolvam custos mais elevados. O objetivo principal deste relatório, visa a apresentação e respetiva análise estatística descritiva dos dados referentes aos atos clínicos efetuados pelo binómio 34, desde o dia 18 de setembro de 2017 até ao dia 10 de maio de 2018, bem como apresentação de alguns casos clínicos realizados.

Material e Métodos

Material e Métodos

Para a execução deste relatório foi realizada uma breve revisão da literatura científica sobre cada área da Medicina Dentária, na base de dados *PubMed* e motor de busca *Google Scholar*, com apoio, nos livros mais importantes referentes a cada área clínica. A consulta, organização e citação das referências bibliográficas que sustentam este relatório, foram realizadas através do sistema de gestão de referências bibliográficas, desenvolvido pela Elsevier, designado *Mendeley*.

Na recolha de dados para elaboração de análise estatística descritiva no *Excel*, foram incluídos os pacientes atendidos pelo binómio 34, desde o dia 18 de setembro de 2017 até ao dia 10 de maio de 2018. Calculou-se o número total de consultas realizadas, procedendo-se à contabilização do número de consultas como operador e assistente, bem como apresentação dos dados clínicos referentes a cada área disciplinar.

Por fim, foi realizada a seleção da documentação referente aos casos clínicos diferenciados, com vista à exposição com recurso a fotografias e respetiva análise crítica. A recolha fotográfica foi realizada com uma máquina *DSLR – Digital Single-Lens Reflex*, com recurso a uma lente 18-55 mm, utilizando as definições ISO 100, F 22, V 1/200, para as fotografias intraorais e ISO 400, F 13, V 1/60, para as fotografias extraorais.

Resultados: Dados da Atividade Clínica

Resultados

Dados da Atividade Clínica Geral

Nesta secção, será realizada a apresentação e respetiva análise estatística dos dados correspondentes à atividade clínica desenvolvida pelo binómio 34, no decorrer dos dois semestres do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, desde o dia 18 de setembro de 2017 até ao dia 10 de maio de 2018.

No total, foram realizadas 128 consultas, das quais 61 como assistente e 67 como operador, sendo 10 primeiras consultas de avaliação e recolha de dados e 118 consultas de continuação de tratamento, como se pode verificar nos gráficos 1 e 2.

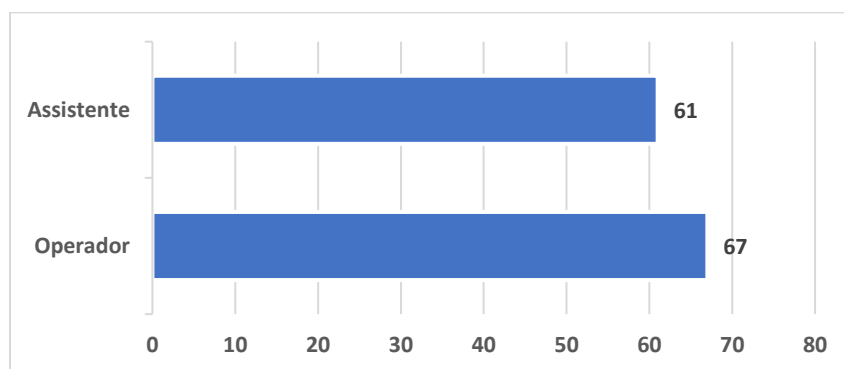


Gráfico 1 – Número de consultas como assistente e operador.

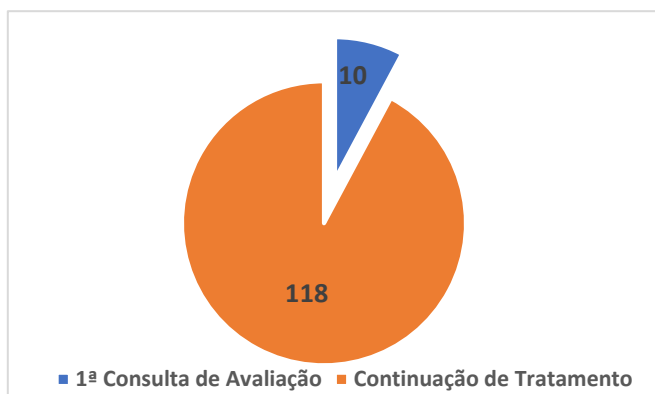


Gráfico 2 – Número de primeiras consultas e consultas de continuação de tratamento.

No decorrer das 128 consultas, foram atendidos 61 pacientes diferentes, dos quais 37 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, tal como se pode observar no gráfico 3.

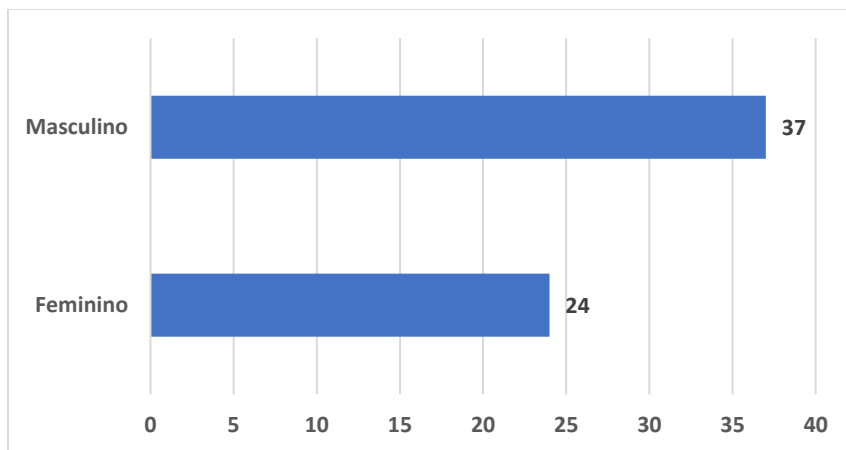


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes por sexo.

Em relação às idades dos pacientes, procedeu-se à divisão por intervalos etários, sendo o intervalo mais prevalente dos 50 aos 60 anos, tal como se pode verificar no gráfico 4.

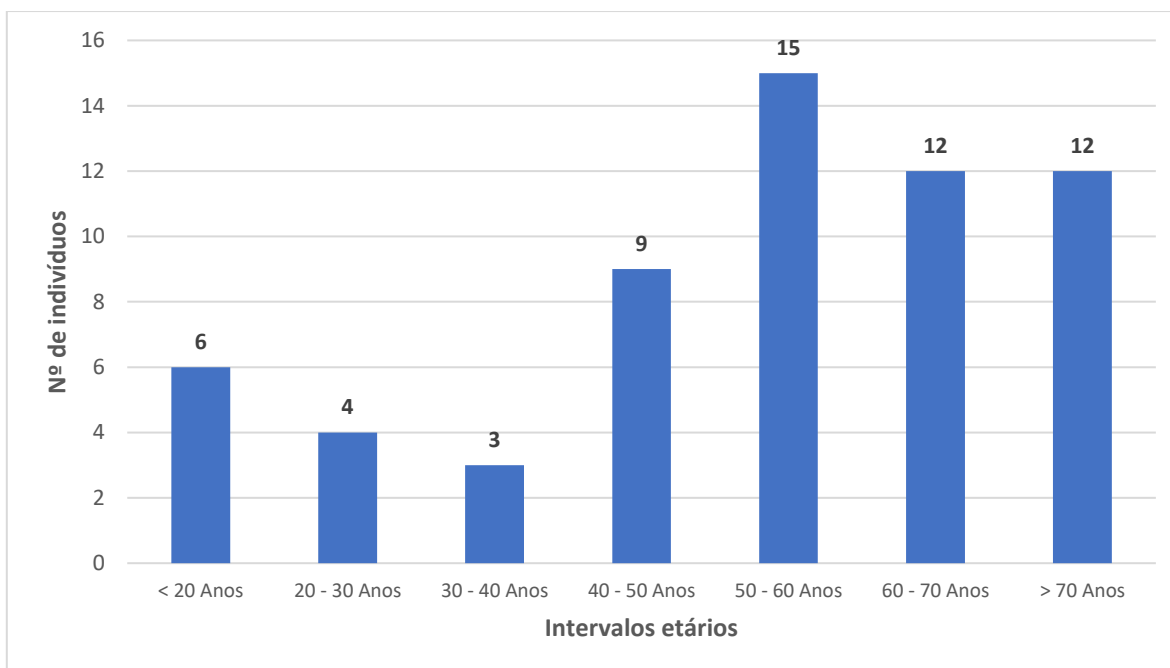


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes por idade.

A média de idades relativa aos pacientes atendidos, situa-se nos 51,97 anos, sendo a idade mínima correspondente a 3 anos e a idade máxima correspondente a 85 anos.

Como se considera que os hábitos tabágicos influenciam negativamente a saúde oral, pois são fatores etiológicos de diversas patologias da cavidade oral, procedeu-se à contabilização do número de pacientes fumadores e não fumadores, bem como a relação com a idade, como se pode observar no gráfico 5. Verificou-se que dos 61 pacientes atendidos, 8 eram fumadores, dos quais 2 pertenciam ao intervalo dos 30 aos 40 anos, 3 pertenciam ao intervalo dos 40 aos 50 anos e os restantes 3 pertenciam ao intervalo dos 50 aos 60 anos.

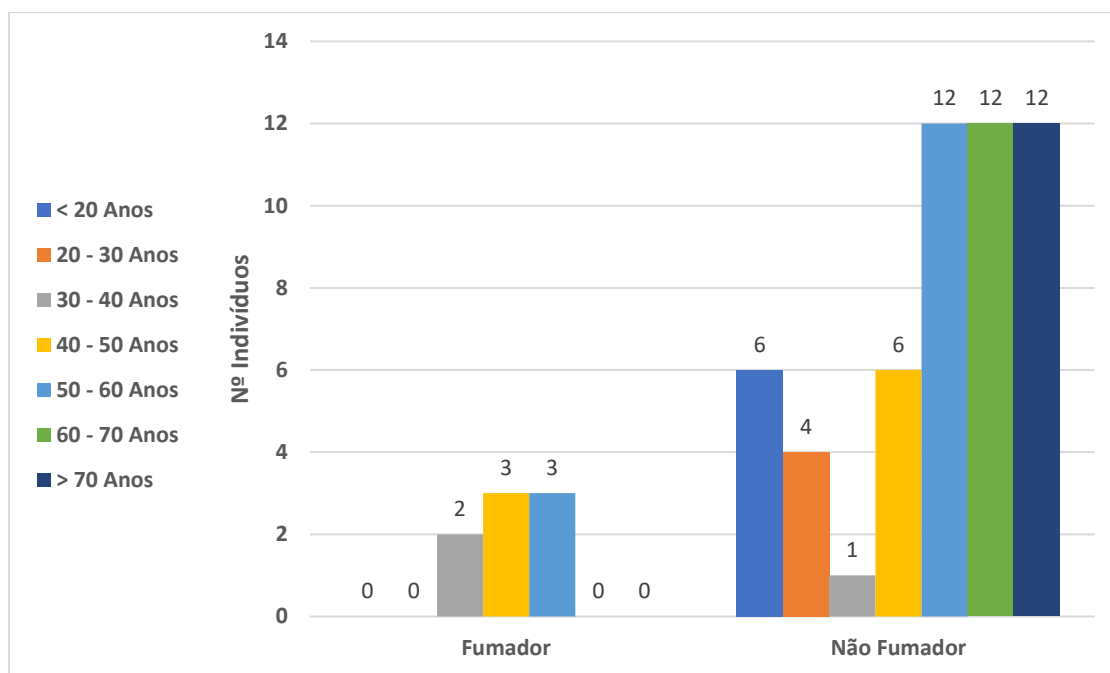


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores, por idade.

Em contrapartida, os hábitos de escovagem dentária diária são de extrema importância para a manutenção da saúde oral. Deste modo, realizou-se a contabilização do número de pacientes que escovam os dentes uma, duas ou três vezes por dia. Verificou-se que a grande maioria dos pacientes escova os dentes uma ou duas vezes por dia, sendo que apenas uma pequena percentagem de pacientes escova os dentes três vezes por dia, como se pode observar na tabela 1 e gráfico 6. Os 5 pacientes restantes correspondem a desdentados totais, pelo que revelaram escovar as próteses pelo menos duas vezes por dia.

Tabela 1 – Número de pacientes que escova os dentes 1, 2 ou 3 vezes por dia.

| Nº Escovagens/dia | Nº Indivíduos |
|-------------------|---------------|
| 1x | 29 |
| 2x | 24 |
| 3x | 3 |
| Total | 56 |

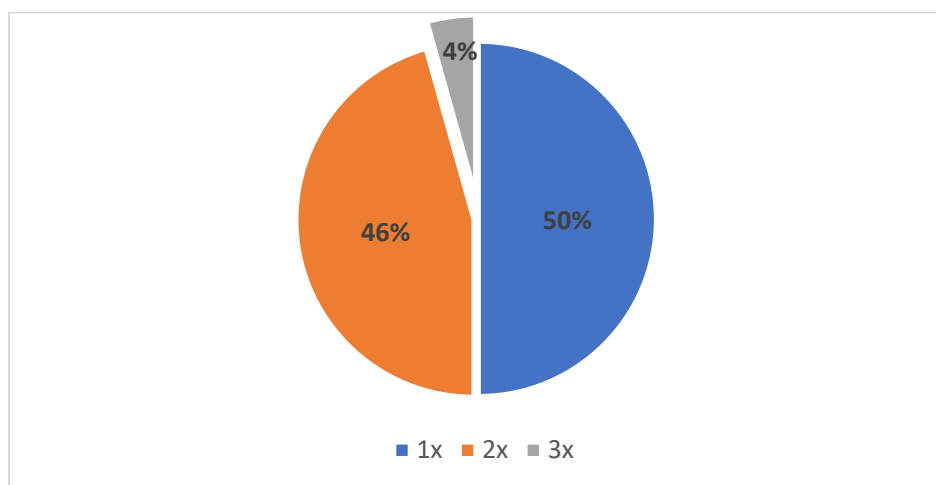


Gráfico 6 – Percentagem de pacientes que escova os dentes 1, 2 ou 3 vezes por dia.

Dados da Atividade Clínica por Área Disciplinar

No que concerne ao número de consultas realizadas, por área disciplinar, verificou-se um maior número de consultas referente às áreas de Prostodontia Removível, Periodontologia e Dentisteria Operatória. No gráfico que se segue, pode-se observar o número de consultas realizadas por cada área disciplinar, desde o dia 18 de setembro de 2017 até ao dia 10 de maio de 2018.

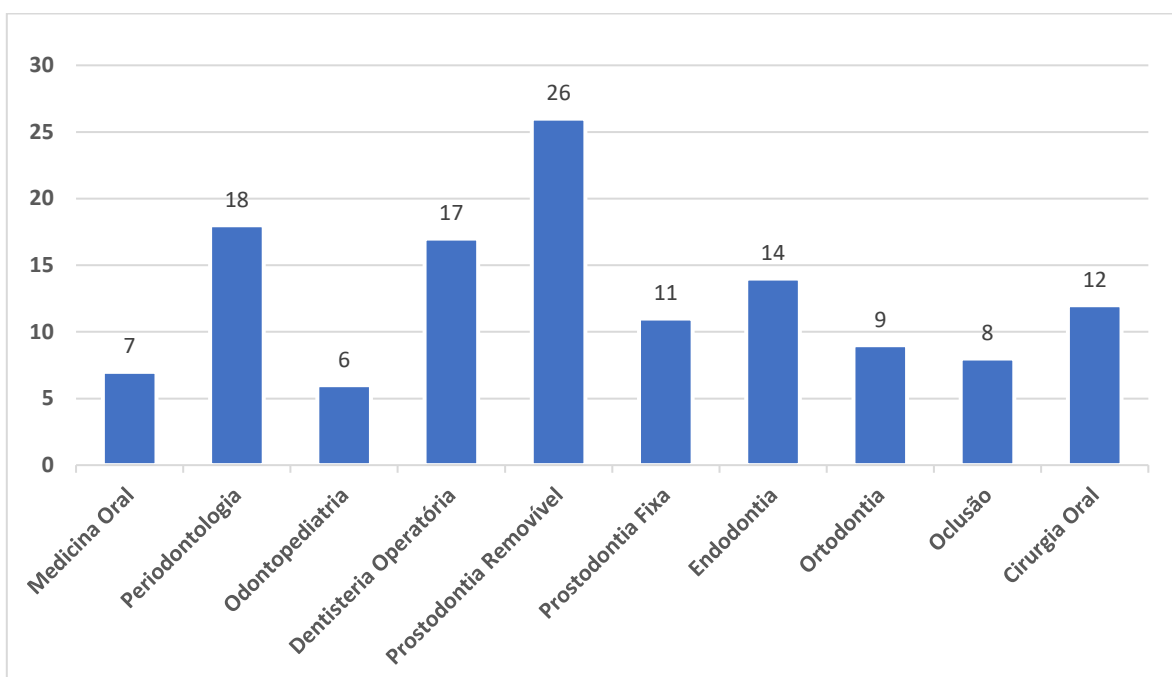


Gráfico 7 – Distribuição do número de consultas por área disciplinar.

Um dos aspetos negativos a apontar no decorrer da atividade clínica, relaciona-se com o número elevado de desmarcações e faltas, por parte dos pacientes, tendo-se contabilizado 36 desmarcações e 9 faltas, às diversas áreas disciplinares. No gráfico 8, pode-se verificar o número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas realizadas e no gráfico 9 pode-se verificar o número de desmarcações ou faltas por cada área disciplinar.

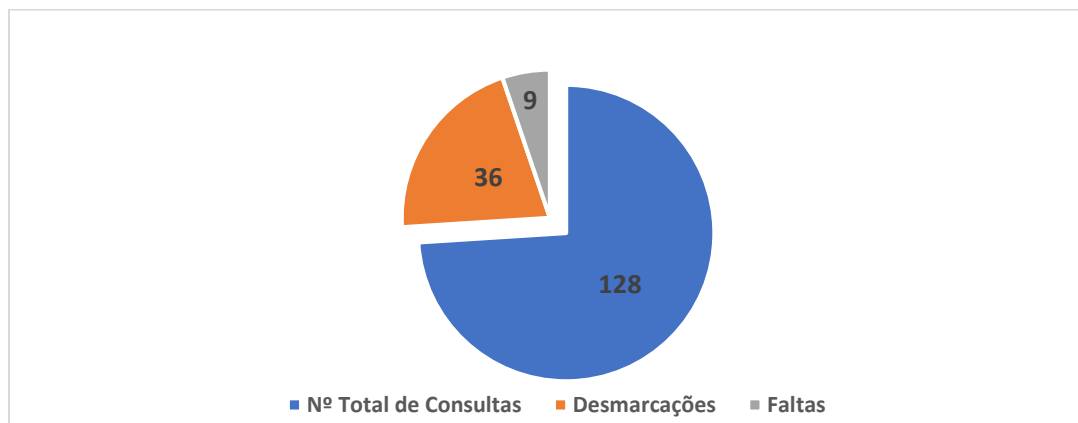


Gráfico 8 – Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas.

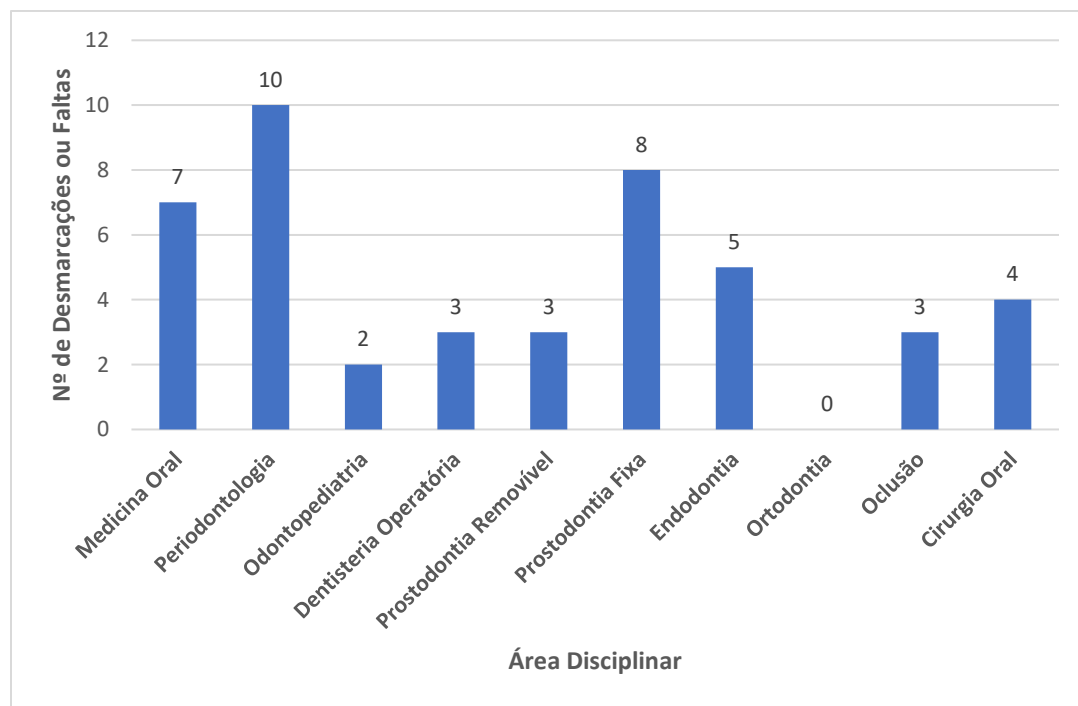


Gráfico 9 – Distribuição do número de desmarcações ou faltas, por área disciplinar.

1. Medicina Oral

Enquadramento teórico

A Medicina Oral, pode ser considerada a área de interseção entre a Medicina e a Medicina Dentária.^(7,8) Segundo a *American Academy of Oral Medicine*, a Medicina Oral é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento não-cirúrgico de desordens ou condições que afetam as regiões oral e maxilofacial, sendo que podem constituir manifestações de doenças sistémicas.^(7,9)

Na Clínica Dentária Universitária, é a área disciplinar responsável pela triagem dos pacientes, ou seja, pela elaboração da história clínica, exame físico, diagnóstico diferencial de patologias existentes, plano de tratamento e orientação do paciente para as áreas clínicas referentes a esse plano. Um Médico Dentista, tem a responsabilidade de obter todos os dados relevantes da história médico-dentária do paciente, bem como saber realizar todas as etapas anteriormente enunciadas, pois são imprescindíveis para a realização de correto diagnóstico e plano de tratamento.⁽¹⁰⁾

Exposição de Dados

Foram realizadas 7 consultas das quais 3 como assistente e 4 como operador, como se pode verificar no gráfico 10. Nas consultas efetuadas, não se encontrou nenhuma patologia relevante, tendo-se apenas realizado diagnóstico e encaminhamento para as áreas clínicas envolvidas no plano de tratamento.

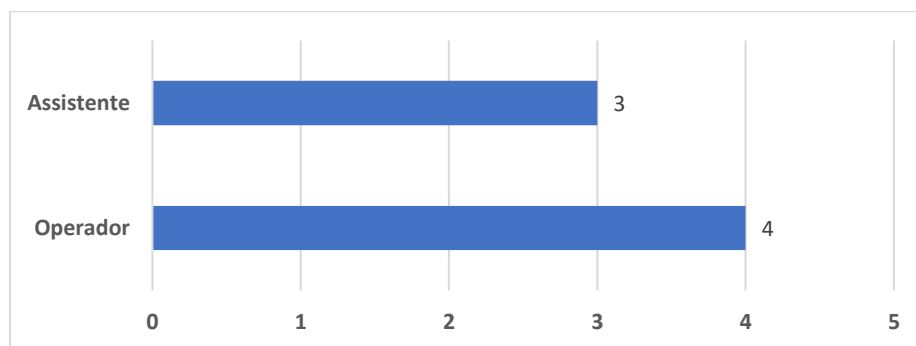


Gráfico 10 – Número de consultas como assistente e operador, em Medicina Oral.

2. Periodontologia

Enquadramento Teórico

A Periodontologia, é a área da Medicina Dentária dedicada ao estudo e manutenção da saúde do periodonto. O periodonto, é responsável por manter os dentes firmemente implantados na maxila e na mandíbula. Apesar de constituir uma unidade biológica e funcional, é composto por quatro componentes: gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. ^(11,12)

A **gengiva**, pertencente à mucosa oral mastigatória, assume a função de recobrimento e proteção do processo alveolar e zona cervical dos dentes. A cor de uma gengiva saudável assemelha-se ao rosa-coral.⁽¹¹⁾ Histologicamente, é composta por duas camadas principais: o epitélio e o tecido conjuntivo. Macroscopicamente, poderá ser dividida em duas partes: gengiva marginal e gengiva aderida.^(11,12) Esta última, situa-se entre a linha mucogengival e a gengiva marginal, como se pode observar na figura 1.

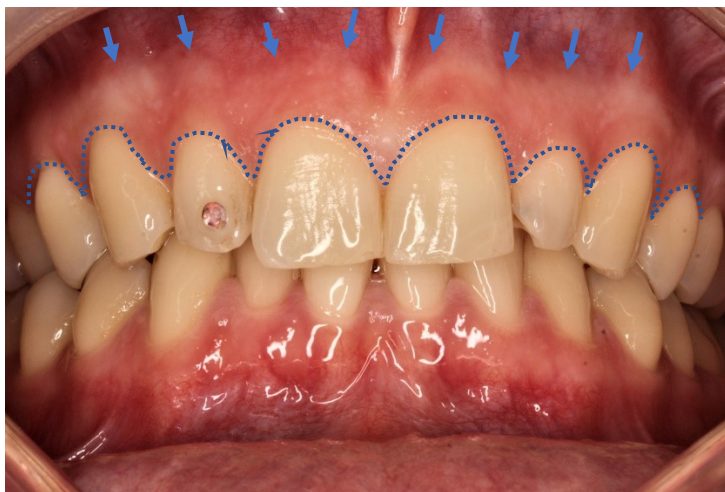


Figura 1 – Gengiva normal de um jovem. O pontilhado representa a Gengiva Marginal e as setas representam a Linha Mucogengival.

O sulco gengival assume forma de V, sendo delimitado por uma parede de tecido duro (dente) e uma parede de tecido mole (gengiva marginal). A profundidade do sulco, é avaliada com recurso a uma sonda periodontal e constitui um importante fator de diagnóstico periodontal. Considera-se que um sulco clinicamente normal possui uma profundidade de 2 a 3 mm, sendo que uma profundidade superior a estes valores poderá evidenciar presença de patologia.⁽¹¹⁾

Na Clínica Dentária Universitária, a avaliação de cada paciente em Periodontologia, assenta geralmente em duas fases: fase de diagnóstico e fase higiénica.

Na **fase de diagnóstico** procede-se à avaliação periodontal, através do preenchimento do Periodontograma, no qual são tidos em conta os seguintes parâmetros: Profundidade de Sondagem, Medida das Recessões (caso existam), Grau de Mobilidade Dentária, Envolvimento de Furca (caso exista), Índice de Sangramento ou "*Bleeding On Probing (BOP)*", Índice de Placa e Preenchimento do "*Periodontal Screening and Recording (PSR)*". Como exames complementares de diagnóstico utilizam-se, quando necessário: a ortopantomografia, a radiografia periapical ou realização de um status radiográfico.

Na **fase higiénica** é realizada a instrução/motivação para a higiene oral, bem como destartarização e polimento, tendo em conta o controlo de placa bacteriana do paciente em questão. Se seguida, as consultas dos pacientes que apresentam periodonto saudável são agendadas de 6 em 6 meses para controlo, enquanto as consultas dos pacientes que possuem doenças periodontais são agendadas para controlo em períodos mais curtos, dependentes da gravidade da patologia.

A classificação das doenças periodontais tem vindo a ser muito debatida, surgindo inúmeras revisões e modificações às classificações mais antigas. A classificação mais consensual foi desenvolvida em 1999, pela *American Academy of Periodontology*.^(11,13)

A classificação da *American Academy of Periodontology* (1999) é a seguinte^(11,13):

1. Gengivites
 - a. Induzida por placa
 - b. Não induzida por placa
2. Periodontite Crónica
 - a. Localizada
 - b. Generalizada
3. Periodontite Agressiva
 - a. Localizada
 - b. Generalizada
4. Periodontite como manifestação de doença sistémica
5. Doença Periodontal Necrotizante
 - a. Gengivite Ulcerativa Necrotizante
 - b. Periodontite Ulcerativa Necrotizante
6. Abscesso Periodontal
7. Periodontite associada a lesões endodônticas
8. Condições de desenvolvimento ou adquiridas

As doenças periodontais mais prevalentes na Clínica Dentária Universitária são a **Gengivite induzida por placa** e a **Periodontite Crónica**, como se poderá verificar na secção de exposição de dados. Apesar de serem ambas situações de inflamação de tecidos periodontais, na Periodontite Crónica, verifica-se perda de inserção (“*attachment*”) e perda de osso alveolar.⁽¹³⁾ Deste modo, a severidade de uma Periodontite Crónica, é caracterizada a partir da perda de inserção, em milímetros^(11–13):

- Leve → Perda de inserção de 1 a 2 mm
- Moderada → Perda de inserção de 3 a 4 mm
- Severa ou Grave → Perda de inserção superior a 5 mm

Em relação, à quantidade de peças dentárias afetadas, a Periodontite Crónica poderá ser classificada em localizada, quando afeta menos de 30% das peças dentárias e generalizada, quando afeta mais de 30% das peças dentárias.⁽¹¹⁾

Exposição de Dados

Foram realizadas 18 consultas das quais 9 como assistente e 9 como operador, como se pode verificar no gráfico 11.

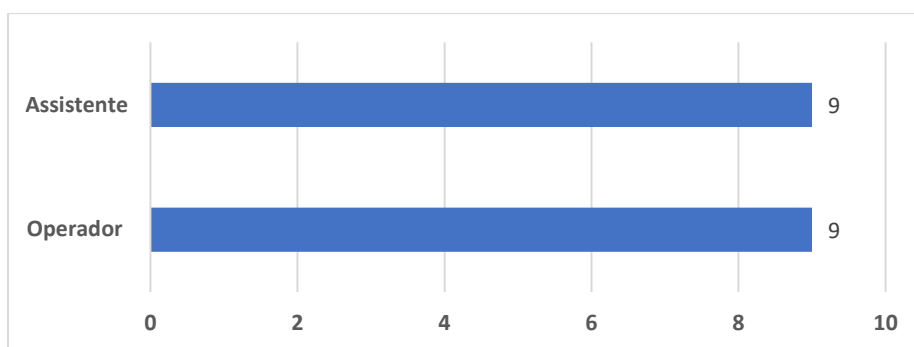


Gráfico 11 – Número de consultas como assistente e operador, em Periodontologia.

Relativamente aos diagnósticos obtidos, verificou-se igual ocorrência de Periodontites Crónicas Leves, Moderada e Grave e um diagnóstico de Gengivite induzida por placa como se pode verificar no gráfico 12.

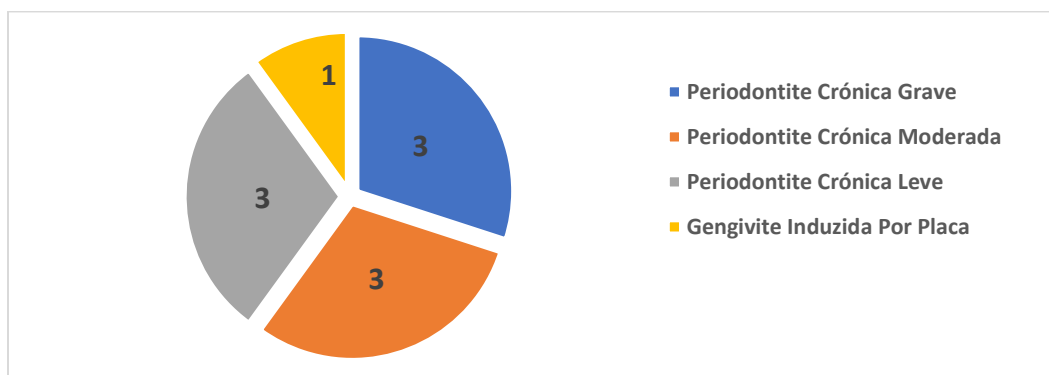


Gráfico 12 – Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas seis consultas de Destartarização e Polimento e três consultas de Raspagem e Alisamento Radicular, como se pode observar no gráfico 13.

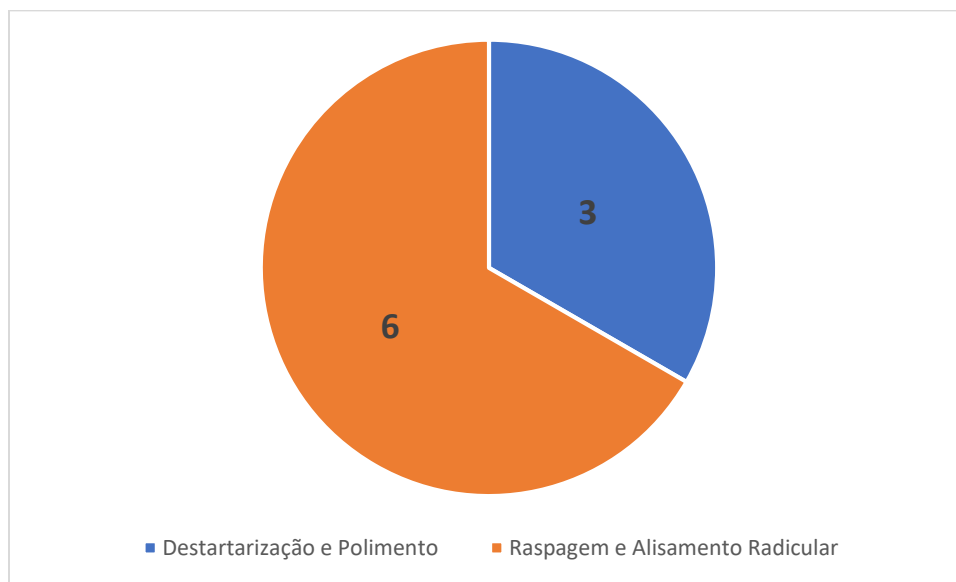


Gráfico 13 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Periodontologia.

3. Dentisteria Operatória

Enquadramento Teórico

A Dentisteria Operatória, é a área da Medicina Dentária responsável pela restauração da forma, função e estética de dentes cariados, fraturados, com malformações ou estética insatisfatória. Na Clínica Dentária Universitária, verificou-se que a dor provocada por cárie dentária, era normalmente o motivo principal de uma consulta de dentisteria operatória, como se poderá verificar na secção de exposição de dados.

A cárie dentária, é caracterizada pela desmineralização acídica dos tecidos duros dentários (esmalte e dentina) e assume uma etiologia multifatorial^(14,15):

- Suscetibilidade do dente (morfologia, textura);
- Dieta;
- Tempo;
- Flora oral.

O complexo dentino-pulpar, reage aos estímulos externos nocivos, quer seja por trauma ou infeção, como é o exemplo de uma cárie dentária. Essa reação pode ser caracterizada por produção de dentina reparadora e inflamação pulpar (pulpite) que irá culminar em sintomatologia dolorosa.⁽¹⁵⁾

A pulpite pode dividir-se em dois tipos principais: reversível e irreversível. Enquanto a pulpite reversível é caracterizada sumariamente por dor provocada, geralmente por estímulos frios, que dura apenas alguns segundos, a pulpite irreversível é caracterizada por dor provocada ou espontânea que pode demorar vários segundos, minutos ou até mesmo horas.^(15,16)

Quando um dente se encontra num estado de pulpite reversível, normalmente, pode efetuar-se o tratamento restaurador definitivo. Contrariamente, quando um dente se encontra num estado de pulpite irreversível, deve optar-se pelo tratamento endodôntico.⁽¹⁶⁾ Um estado de pulpite de transição, pode culminar em

dúvidas no diagnóstico, pelo que habitualmente se opta pela realização de um tratamento de espera no qual se poderá realizar proteção pulpar direta ou indireta.

Exposição de Dados

Foram realizadas 16 consultas das quais 7 como assistente e 9 como operador, como se pode verificar no gráfico 14.

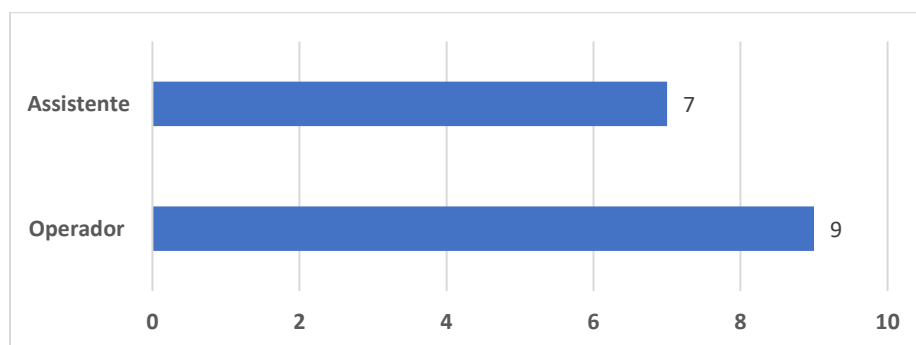


Gráfico 14 – Número de consultas como assistente e operador, em Dentisteria Operatória.

Relativamente aos motivos de consulta em Dentisteria Operatória, das 16 consultas totais, verificou-se que a cárie dentária era o principal motivo de consulta, como se pode observar no gráfico 15. Foram também realizadas duas consultas de avaliação e duas em que o motivo de consulta foi fratura coronária.

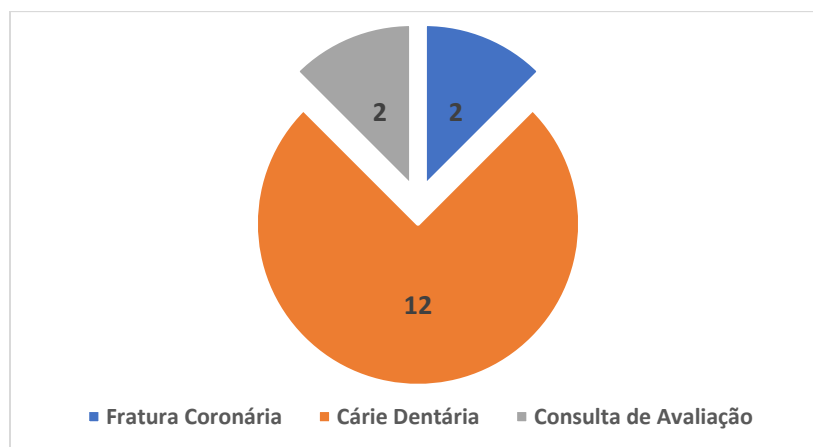


Gráfico 15 – Motivos de consulta, em Dentisteria Operatória.

No que concerne ao tipo de preparo cavitário executado, foram realizadas e restauradas uma Classe I, sete Classe II, duas Classe III, duas Classe IV e uma Classe V. Procedeu-se à aplicação tópica de flúor em três casos.

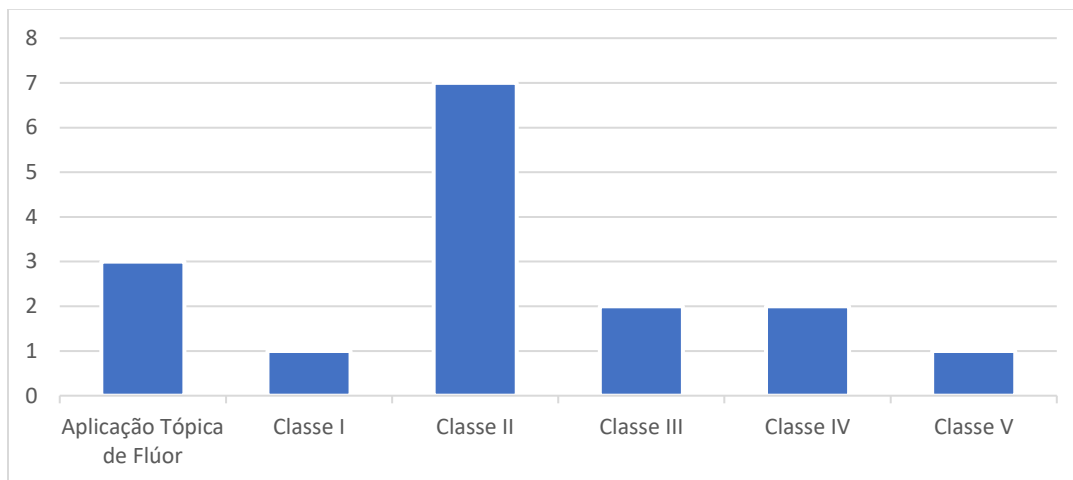


Gráfico 16 – Número de atos clínicos, segundo o procedimento realizado.

Relativamente ao material de restauração, verificou-se que na maioria das restaurações foi utilizada Resina Composta (Synergy D6 da Coltene). Em situações de tratamento de espera, foi realizada restauração provisória à base de Óxido de Zinco Eugenol Reforçado (IRM), e em casos de cárie inicial de esmalte nos quais não se justificasse o tratamento restaurador, foi realizada aplicação de verniz de flúor. Podem-se verificar estes dados no gráfico 17.

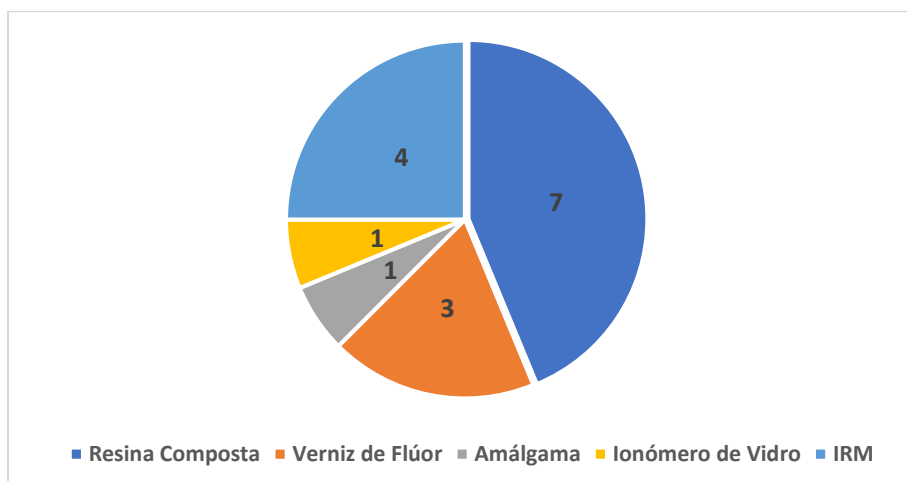


Gráfico 17 – Número de atos clínicos, segundo o material utilizado.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas uma Classe I, três Classes II, duas Classes III, uma Classe IV e uma Aplicação Tópica de Flúor, como se pode observar no gráfico 18.

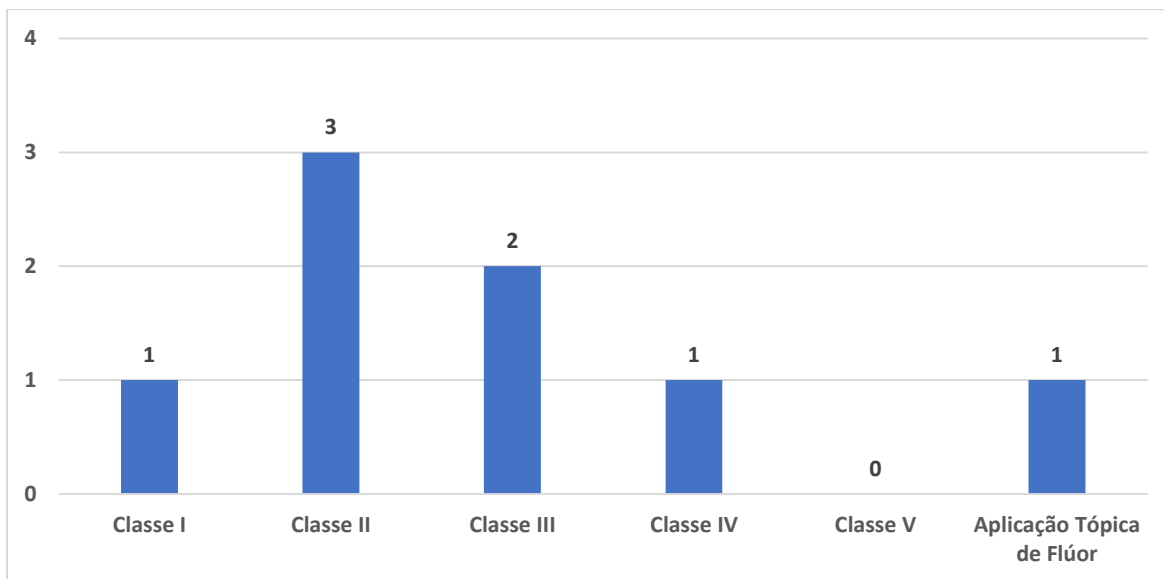


Gráfico 18 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Dentisteria Operatória.

4. Endodontia

Enquadramento Teórico

A Endodontia, é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo da morfologia da cavidade pulpar, que inclui câmara pulpar e canais radiculares, bem como das patologias que afetam a polpa dentária, o tratamento destas e das repercussões relacionadas com os tecidos periapicais.⁽¹⁷⁾

Porventura, poderá ser considerada a área mais desafiante relativamente às fases de diagnóstico e execução do tratamento. Relativamente ao diagnóstico, é fundamental recolher e interpretar todas as informações referentes à queixa principal do paciente, que habitualmente se relacionam com a dor odontogénica. No que concerne ao tratamento endodôntico, este é realizado quando a polpa dentária se encontra num estado de inflamação irreversível (pulpite irreversível), ou no qual se verifica a perda de vitalidade pulpar, designada necrose.⁽¹⁷⁾

Na Clínica Dentária Universitária, a prática clínica em Endodontia, começa na confirmação do diagnóstico elaborado nas outras áreas clínicas, através da revisão da história clínica, exame clínico, repetição dos testes de sensibilidade e interpretação do exame radiográfico. Após a confirmação do diagnóstico, é realizado o tratamento endodôntico através de instrumentação manual, normalmente baseado na técnica telescópica e obturação por compactação lateral de guta-percha.

O tratamento endodôntico compreende duas fases: a 1ª fase corresponde à instrumentação canalar e a 2ª fase corresponde à obturação canalar. Sendo que o objetivo principal se relaciona com a máxima desinfeção e selamento hermético dos canais radiculares. Em suma, considera-se que um tratamento endodôntico bem sucedido é aquele no qual se verifica ausência de sintomatologia e sinais de processos patológicos peri radiculares.⁽¹⁸⁾

Exposição de Dados

Foram realizadas 14 consultas das quais 9 como assistente e 5 como operador, como se pode verificar no gráfico 19.

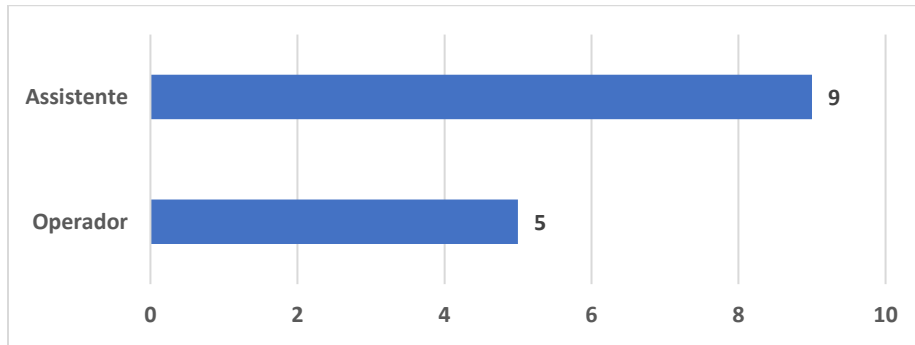


Gráfico 19 – Número de consultas como assistente e operador, em Endodontia.

Relativamente aos motivos de consulta em Endodontia, verificou-se que a necrose pulpar era o principal motivo de consulta, como se pode observar no gráfico 20.

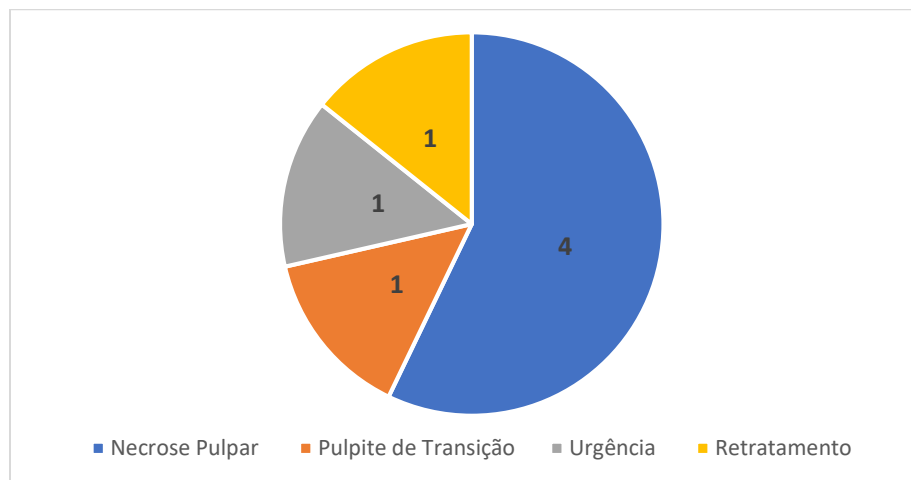


Gráfico 20 – Motivos de consulta, em Endodontia.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas três consultas de Preparação Químico-mecânica (Dentes 23, 22 e 26), uma consulta de Obturação (Dente 23) e um Tratamento de Espera (Dente 37) como se pode observar no gráfico 21.

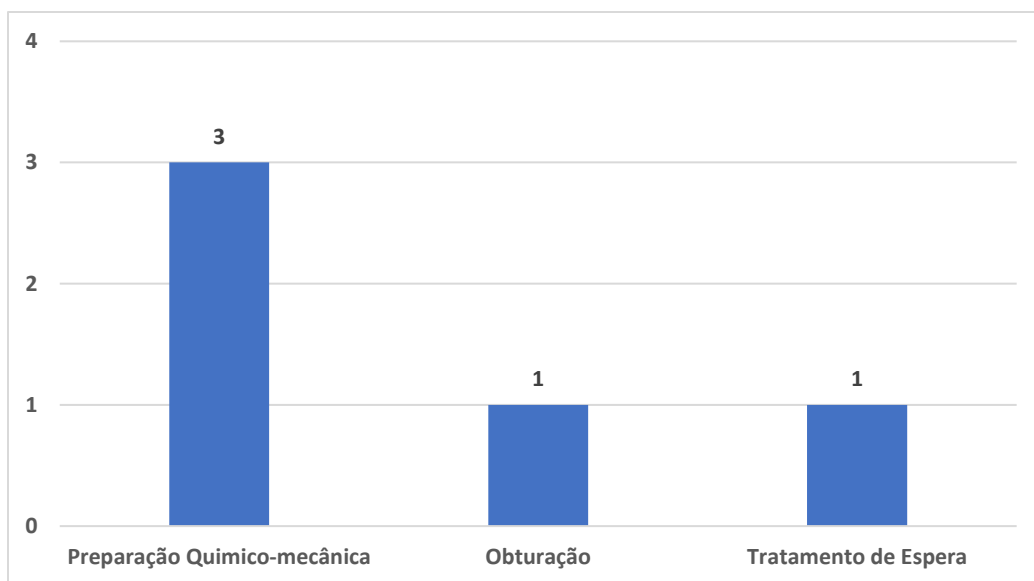


Gráfico 21 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Endodontia.

5. Odontopediatria

Enquadramento Teórico

A Odontopediatria, é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que afetam as crianças desde o nascimento até à adolescência, mais concretamente até aos 18 anos de idade.^(19,20)

Uma criança não pode ser considerada um adulto pequeno, pois é diferente de um adulto em diferentes níveis, que são eles: físico, psicológico, social, cognitivo e emocional.⁽²⁰⁾ Deste modo, a característica principal de um especialista em odontopediatria, baseia-se essencialmente no controlo de comportamento.

A prevenção de doenças ou condições que afetam a cavidade oral de uma criança, tais como, cárie dentária, doença periodontal, distúrbios da mineralização, distúrbios na cronologia da erupção ou lesões traumáticas, é fundamental para um correto desenvolvimento da criança.⁽²⁰⁾

Em Portugal, a relevância dada à promoção da saúde oral, com foco principal na prevenção, desde cedo se verificou pois foi em 1985 que começou a ser posto em prática o Programa de Saúde Oral em contexto escolar, dando especial importância à educação alimentar e hábitos de higiene oral dos mais jovens.⁽³⁾

Na Clínica Dentária Universitária, o projeto “Pequenos Grandes Sorrisos” a cargo da aluna do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Liliana Silva, foi um marco importante na prevenção e tratamento de doenças que afetam a cavidade oral, em crianças e jovens carenciados.

Exposição de Dados

Foram realizadas 6 consultas das quais 1 como assistente e 5 como operador, como se pode verificar no gráfico 22.

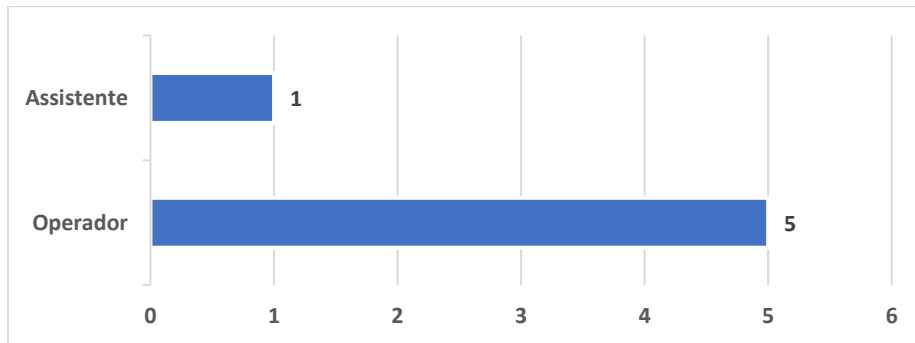


Gráfico 22 – Número de consultas como assistente e operador, em Odontopediatria.

Relativamente aos tipos de tratamento realizados em Odontopediatria, foram executadas duas restaurações Classe I, três Selamentos de Fissuras, e uma Restauração Provisória (Tratamento de Espera), como se pode observar no gráfico 23.

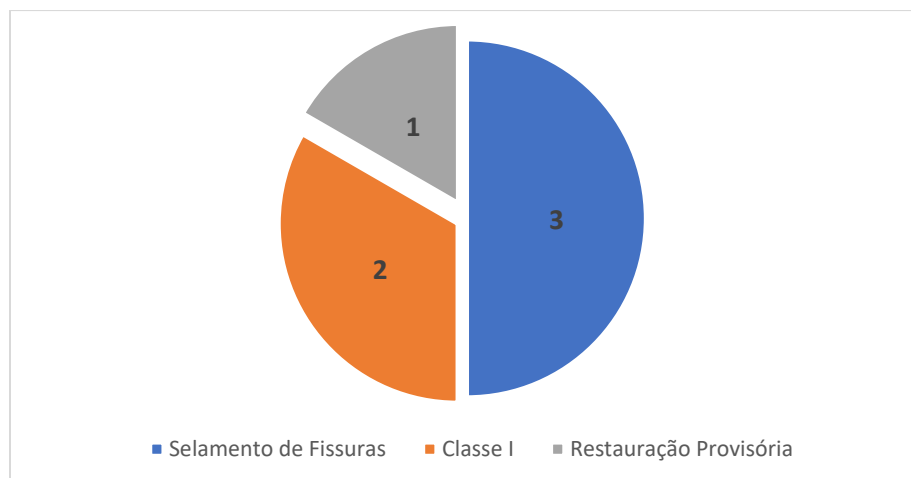


Gráfico 23 – Tipos de tratamento realizados, em Odontopediatria.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas duas Classe I, dois Selamentos de Fissuras e uma Restauração Provisória, como se pode observar no gráfico 24.

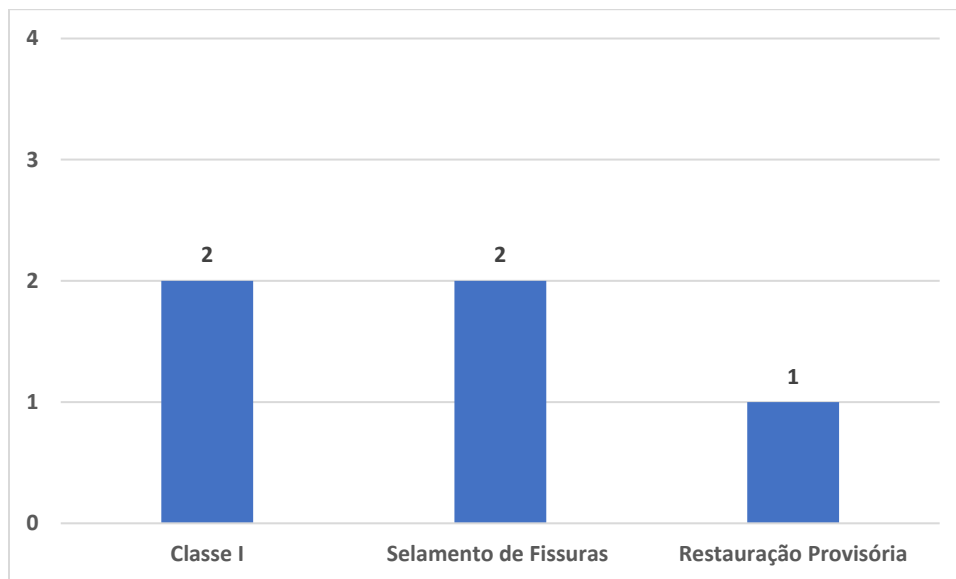


Gráfico 24 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Odontopediatria.

6. Oclusão

Enquadramento Teórico

A Oclusão, é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo, diagnóstico e tratamento de desordens que envolvem a unidade funcional mais complexa de um indivíduo, designado Sistema Mastigatório. Este, inclui estruturas tais como, ossos, músculos e dentes. Segundo Jeffrey P. Okeson, os movimentos coordenados entre estas estruturas maximizam a eficácia da função, minimizando os danos inerentes a cada uma delas.⁽²¹⁾

Das três funções principais do sistema mastigatório (mastigação, deglutição e fala), a mastigação é a mais influenciada pelo esquema oclusal. Os 32 dentes que constituem a dentição humana, distribuem-se em duas arcadas, os dentes anteriores (incisivos e caninos) assumem a função de corte dos alimentos, os dentes posteriores assumem a função de fragmentação dos alimentos em partículas cada vez mais pequenas, para serem facilmente deglutidas.⁽²¹⁾ Durante a fase de trituração o movimento mandibular é guiado pelas superfícies oclusais dos dentes até à Posição de Intercuspidação Máxima (PIM). Enquanto a PIM consiste numa oclusão completa de todo os dentes, a Relação Centrica (RC) é uma posição na qual os côndilos estão posicionados na zona mais ântero-superior da fossa glenoide e o disco articular está interposto entre o côndilo e a eminência articular. Quando falamos em reabilitação, normalmente a oclusão em relação centrica é a mais correta, pois além de ser uma posição reproduzível é a posição músculo-esquelética mais estável.^(21,22)

Na Clínica Dentária Universitária, a consulta de Oclusão baseia-se na avaliação das estruturas que caracterizam o sistema mastigatório, através do preenchimento do “*RDC-TMD: Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*”⁽²³⁾, para diagnóstico de disfunções temporomandibulares e consequente elaboração de um plano de tratamento, se assim for necessário.

Exposição de Dados

Foram realizadas 8 consultas das quais 5 como assistente e 3 como operador, como se pode verificar no gráfico 25.

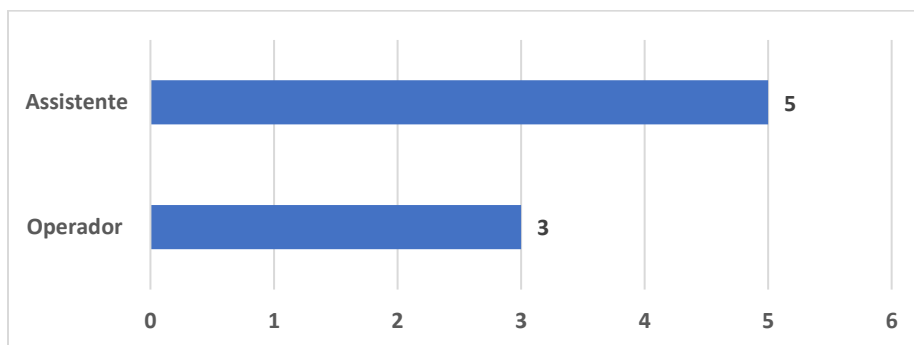


Gráfico 25 – Número de consultas como assistente e operador, em Oclusão.

Relativamente aos tipos de consulta em Oclusão, foram realizadas duas consultas de Avaliação com Preenchimento de *RDC-TMD*, duas consultas de Apresentação de Orçamento, duas consultas de Montagem em Articulador, uma consulta de Urgência e uma consulta com vista à Inserção de Goteira de Relaxamento, como se pode observar no gráfico 26.

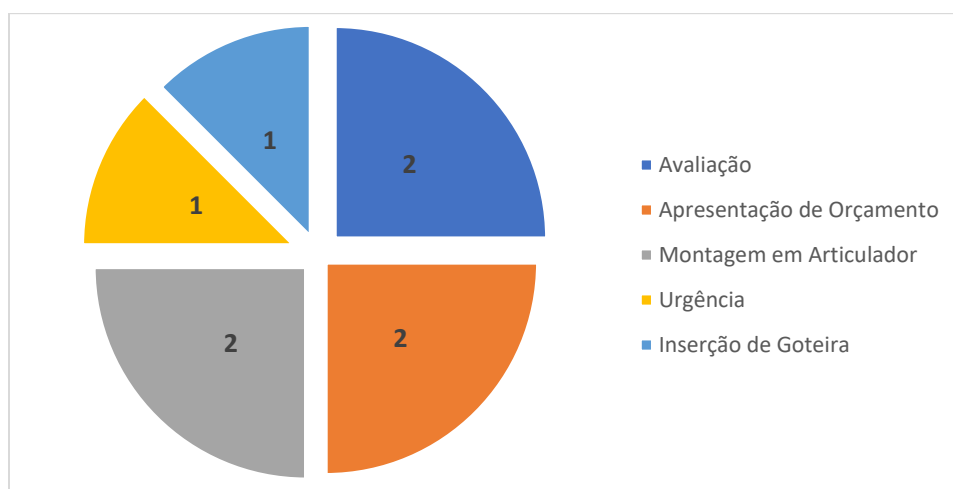


Gráfico 26 – Tipos de consulta, em Oclusão.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foi realizada uma consulta de Montagem em Articulador, uma consulta de Inserção de Goteira e uma consulta de Urgência, como se pode observar no gráfico 27.

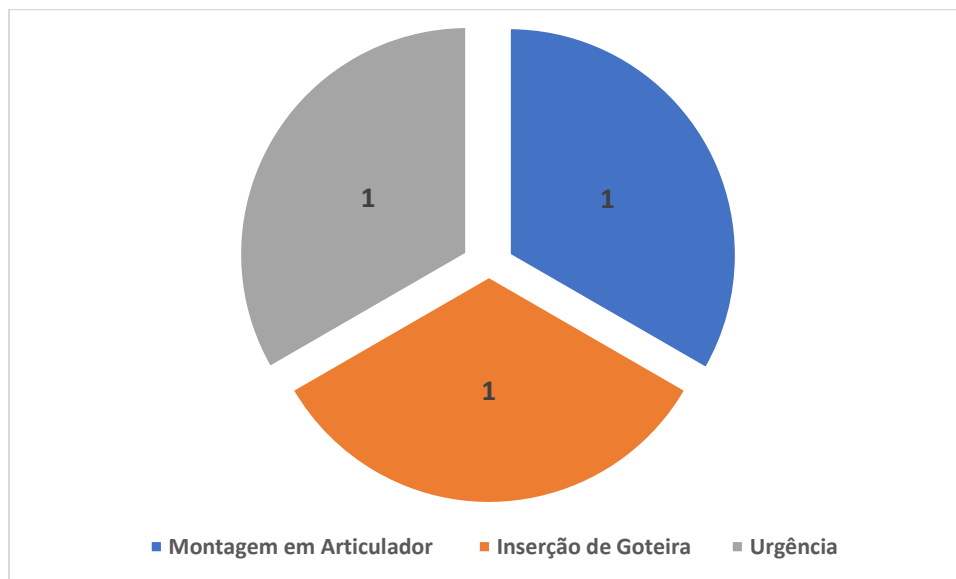


Gráfico 27 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Oclusão.

7. Ortodontia

A Ortodontia, é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico, prevenção, interceção, orientação e correção das más relações entre as estruturas orofaciais, desenvolvidas ou em desenvolvimento.⁽²⁴⁾

Na Clínica Dentária Universitária, os focos principais da Ortodontia baseiam-se no diagnóstico e tratamento intercetivo.

O diagnóstico é obtido através do estudo ortodôntico que envolve a análise fotográfica, a análise dos modelos de estudo, análise da ortopantomografia, análise da telerradiografia e conseqüente análise cefalométrica do paciente em questão. A Classificação das Maloclusões de Angle, continua a ser a mais aceite segundo a literatura científica⁽²⁵⁾:

- Classe I – Primeiros molares normalmente posicionados;
- Classe II – Primeiros molares inferiores disto-posicionados;
- Classe III – Primeiros molares inferiores mesio-posicionados;

Como o alinhamento correto dentário é extremamente raro, considera-se muitas vezes na literatura científica que a Classe I é a base da oclusão ideal.⁽²⁵⁾

O tratamento intercetivo tem como objetivo principal prevenir ou reduzir a possibilidade de ocorrência de uma maloclusão na dentição permanente.⁽²⁶⁾ As mordidas cruzadas anteriores e posteriores, as mordidas abertas anteriores, os hábitos deletérios, as perdas dentária precoces e as classes III são exemplos de problemas que adequam a realização de tratamento intercetivo.⁽²⁵⁾

Exposição de Dados

Foram realizadas 8 consultas das quais 3 como assistente e 5 como operador, como se pode verificar no gráfico 28.

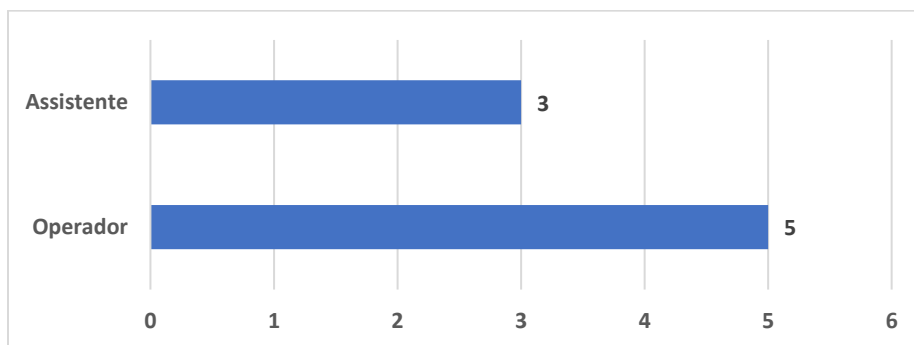


Gráfico 28 – Número de consultas como assistente e operador, em Ortodontia.

Relativamente aos tipos de consulta em Ortodontia, foram realizadas duas consultas de Avaliação Ortodôntica, uma consulta de Apresentação de Estudo Ortodôntico, uma consulta de Colocação de Placa de *Hawley* com Grelha Lingual e quatro consultas de Controlo, como se pode observar no gráfico 29.

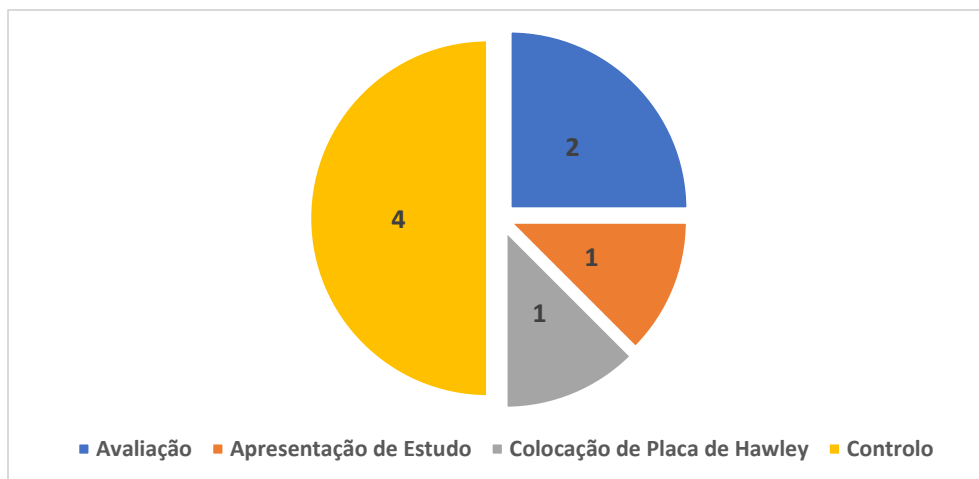


Gráfico 29 – Tipos de consulta, em Ortodontia.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas duas consultas de Avaliação Ortodôntica, uma consulta de Apresentação de Estudo Ortodôntico, uma consulta de Colocação de Placa de Hawley com Grelha Lingual para tratamento intercetivo de mordida aberta numa criança de 8 anos, e uma consulta de Controlo, como se pode observar no gráfico 30.

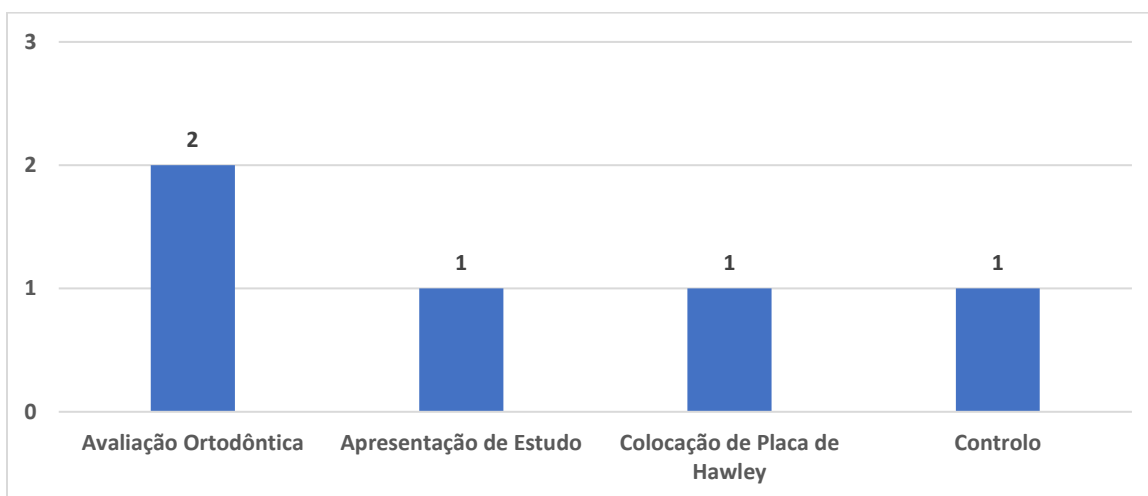


Gráfico 30 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Ortodontia.

8. **Prostodontia Removível**

Enquadramento Teórico

A Prostodontia Removível, é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação oral de pacientes com recurso a próteses parciais ou totais removíveis. As próteses removíveis, permitem o restabelecimento da estética e função mastigatória de pacientes que perderam dentes e tecidos naturais, através de substitutos artificiais.⁽²⁷⁾

Apesar do número de indivíduos edêntulos ter vindo a decrescer, Portugal ainda se encontra abaixo da média europeia no que concerne ao número de pacientes com dentição total. Dados do Barómetro de Saúde Oral de 2015, revelou que apenas 28% dos Portugueses possui dentição total, excluindo-se os terceiros molares.⁽³⁾ A idade é um dos fatores que está relacionado com o edentulismo.⁽²⁷⁾ Este facto, denotou-se na Clínica Dentária Universitária, visto que a população que procura os cuidados de saúde oral, é maioritariamente envelhecida, tal como foi evidenciado nos dados de caracterização da população. Verificando-se que a maioria das próteses realizadas correspondem a próteses parciais esqueléticas ou acrílicas.

Uma das causas inerentes ao edentulismo, é a perda óssea, sendo variável de indivíduo para indivíduo. Geralmente, a perda óssea é mais pronunciada na mandíbula do que na maxila, bem como, nas zonas mais posteriores.⁽²⁷⁾ Sendo este fator, um dos principais entraves ao sucesso de uma reabilitação oral.

Exposição de Dados

Foram realizadas 26 consultas das quais 13 como assistente e 13 como operador, como se pode verificar no gráfico 31.

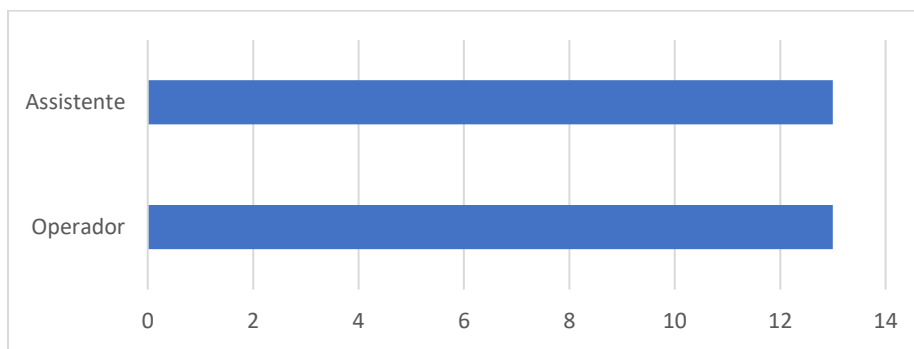


Gráfico 31 – Número de consultas como assistente e operador, em P. Removível.

Relativamente aos tipos de consulta em Prostodontia Removível, foram realizadas sete consultas de Avaliação, quatro Consultas de Apresentação de Orçamento, duas consultas de Impressão Definitiva, uma consulta de Registo Intermaxilar, uma consulta de Prova de Dentes, uma consulta de Inserção de Prótese, uma consulta de Scanner Intraoral, cinco consultas de Controlo, uma consulta de Urgência e três consultas de Conserto de Prótese. (Gráfico 32)

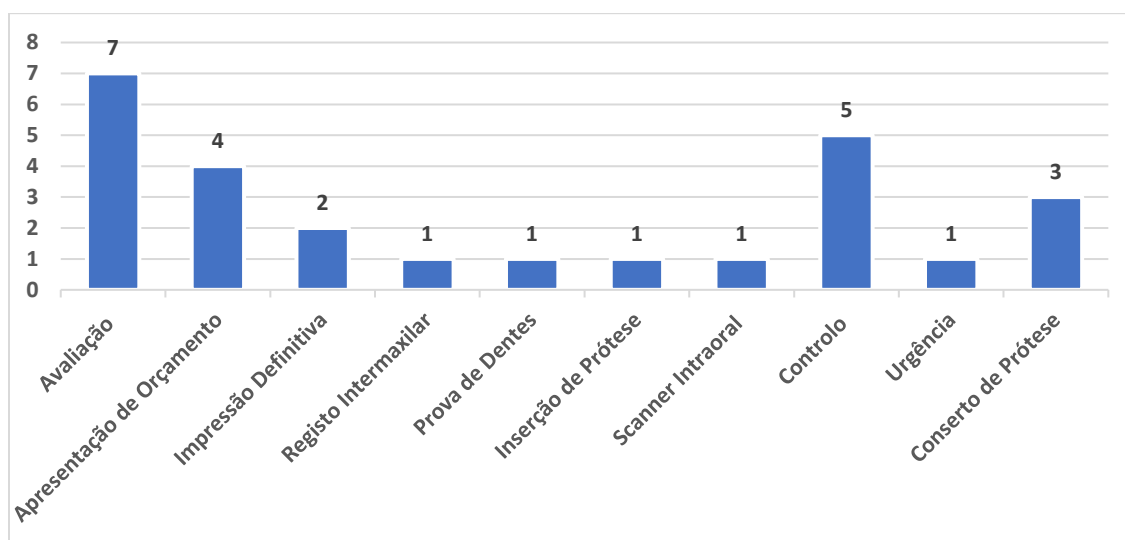


Gráfico 32 – Tipos de consulta, em P. Removível.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas três consultas de Avaliação, duas consultas de Apresentação de Orçamento, uma consulta de Impressão Definitiva, uma consulta em que foi realizado um Scanner Intraoral, uma consulta de Inserção de Prótese, uma consulta de Urgência e duas consultas de Conserto de Prótese (Acréscimo de Dente e Fratura de Prótese), como se pode observar no gráfico 33.

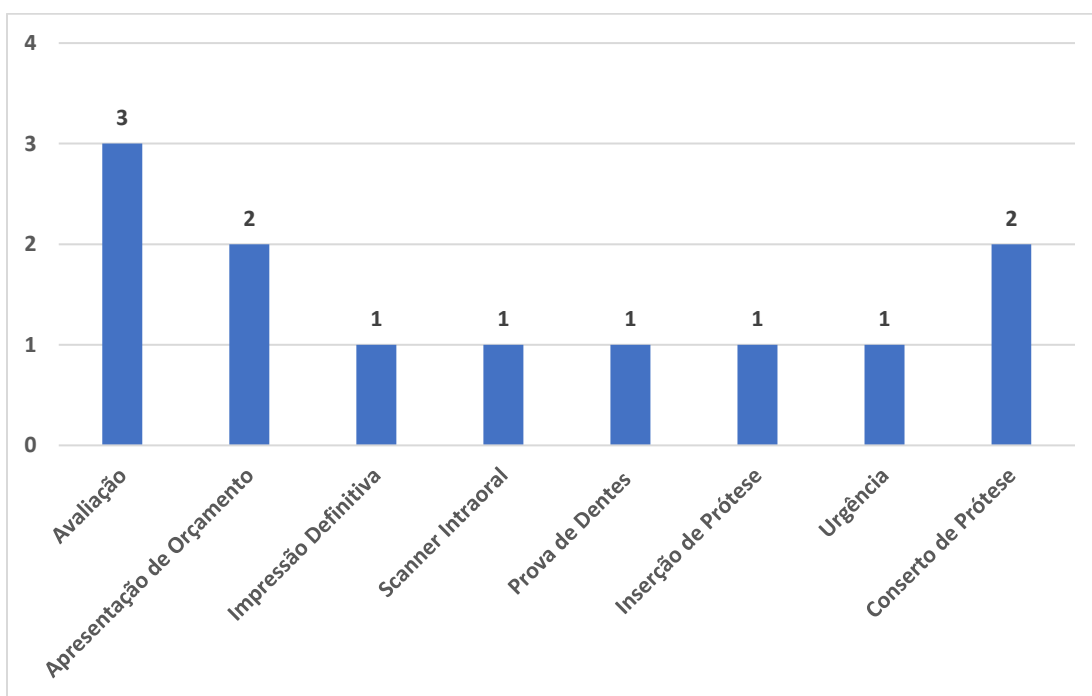


Gráfico 33 – Tipo de atos clínicos, como operador, em P. Removível.

9. Prostodontia Fixa

Enquadramento Teórico

A Prostodontia Fixa, é a área da Medicina Dentária responsável pelo restabelecimento da forma, função e estética de dentes estruturalmente comprometidos, com recurso a restaurações metálicas, metalocerâmicas ou apenas cerâmicas, apoiadas em dentes naturais ou implantes. Estas restaurações também terão a função de impedir fratura da estrutura dentária remanescente.⁽²⁸⁾

No diagnóstico em prótese fixa, os dois fatores mais importantes a ter em conta em relação a um dente estruturalmente comprometido são, a quantidade de estrutura dentária remanescente e as necessidades estéticas, pois serão indicadores do material restaurador adequado ao caso clínico.⁽²⁸⁾

No entanto, não se pode descurar as capacidades económicas do paciente, pois tomando como exemplo a Clínica Dentária Universitária, contactou-se que a maioria da população que procura os cuidados de saúde oral prestados pelos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, depara-se com sérias dificuldades económicas, constituindo uma barreira à execução de determinados tratamentos que envolvam custos mais elevados.

Relativamente ao tratamento, na realização de uma preparação dentária, a forma de resistência é o fator mais importante, pois impede o deslocamento da coroa devido a forças oblíquas e/ou verticais. Outros parâmetros a ter em consideração são a forma de retenção e a estabilidade dimensional. Apesar da literatura científica não ser suficientemente elucidativa, os conceitos clássicos de convergência ideal de um preparo ronda os 6º.⁽²⁹⁾

Exposição de Dados

Foram realizadas 11 consultas das quais 6 como assistente e 5 como operador, como se pode verificar no gráfico 34.

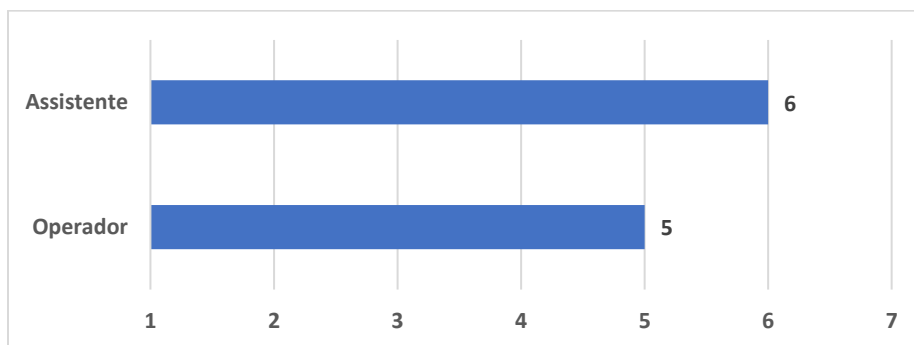


Gráfico 34 – Número de consultas como assistente e operador, em P. Fixa.

Relativamente aos tipos de consulta em Prostodontia Fixa, foram realizadas três consultas de Avaliação, uma Consulta de Apresentação de Orçamento, uma consulta de Restauração Direta, uma consulta de Preparo Dentário, duas consultas de Confeção de Provisório, uma consulta de Urgência e duas consultas de Controlo, como se pode observar no gráfico 35.

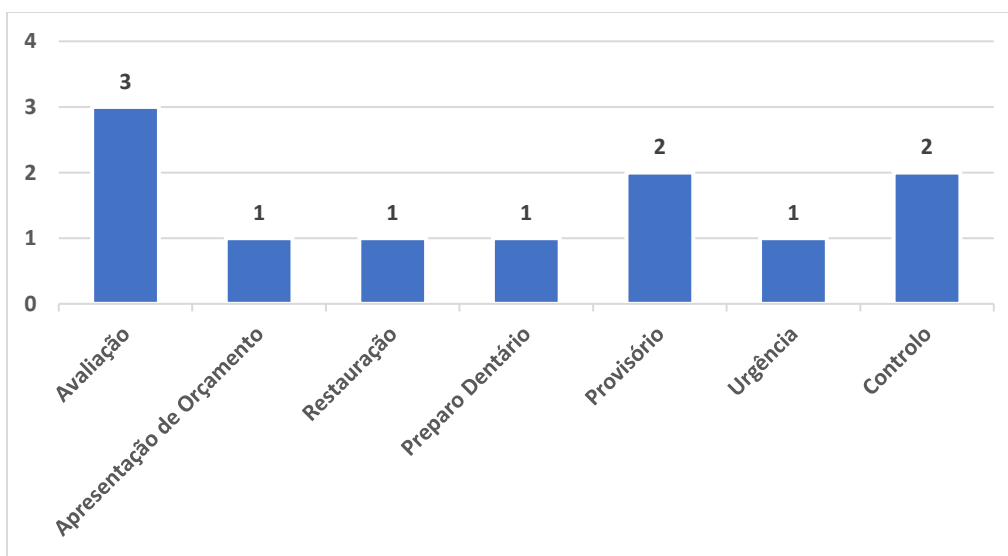


Gráfico 35 – Tipos de consulta, em P. Fixa.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foi realizada uma consulta de Avaliação, uma consulta de Apresentação de Orçamento, uma consulta de Confeção de Provisório e uma consulta de Urgência, como se pode observar no gráfico 36.

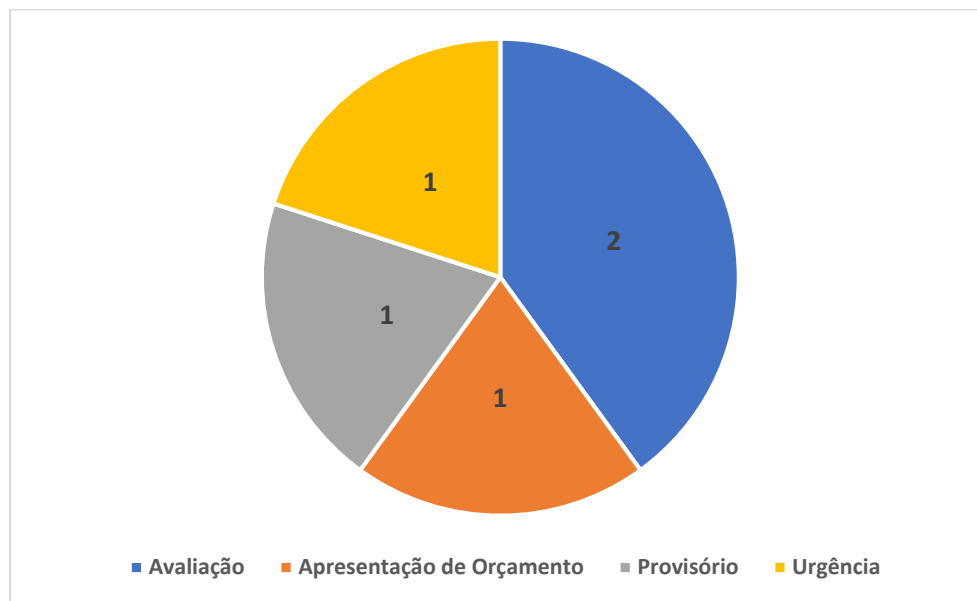


Gráfico 36 – Tipo de atos clínicos, como operador, em P. Fixa.

10. Cirurgia Oral

Enquadramento Teórico

A Cirurgia Oral, é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico de doenças, lesões e defeitos que afetem o aspeto funcional e/ou estético de um paciente.⁽³⁰⁾

A anamnese, exame físico e avaliação laboratorial são fatores fundamentais na Cirurgia Oral. Desde as cirurgias mais simples até às cirurgias mais complexas, importa concluir se o paciente em causa é um paciente de risco. Exemplo disso, são os pacientes sujeitos a terapêutica anticoagulante e antiagregante, dos quais é necessário saber qual o valor do tempo de protrombina, expresso na forma conhecida como *INR (International Normalized Ratio)*, para se inferir a segurança do procedimento cirúrgico. Valor INR superior a 3 significa que o paciente é hipocoagulado, portanto é indicativo de adiamento da cirurgia. Para a realização do procedimento cirúrgico, o valor INR deve estar entre 2 e 3.⁽³⁰⁾

Na Clínica Dentária Universitária, é dado uma forte ênfase à fase pré-cirúrgica, de coletânea dos dados da história clínica do paciente, exame físico, exames radiográficos e elaboração de um correto diagnóstico e plano de tratamento. Os tratamentos realizados, são por norma, exodontias simples de dentes mono ou multirradiculares.

Exposição de Dados

Foram realizadas 12 consultas das quais 6 como assistente e 6 como operador, como se pode verificar no gráfico 37.

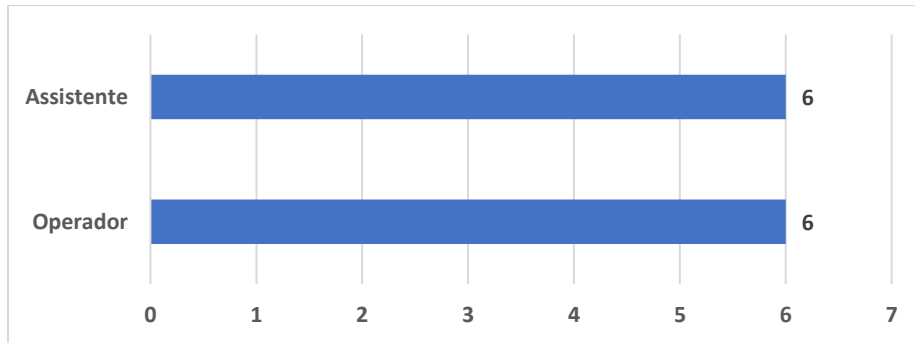


Gráfico 37 – Número de consultas como assistente e operador, em Cirurgia Oral.

Como referido anteriormente, as consultas de Cirurgia Oral na Clínica Dentária Universitária resumem-se a exodontias simples, sendo que onze das doze exodontias realizadas, foram executadas por técnica fechada e apenas uma por técnica aberta, com recurso a odontosecção e osteotomia.

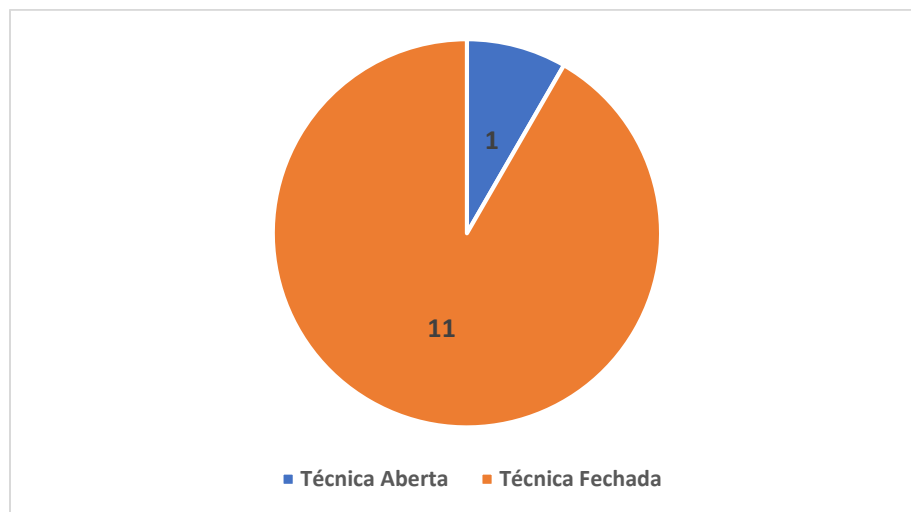


Gráfico 38 – Técnica de exodontia, em Cirurgia Oral.

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas cinco exodontias por técnica fechada dos dentes 17, 16, 48, 25 e 23. Apenas foi realizada uma exodontia por técnica aberta do dente 17, como se pode observar no gráfico 39.

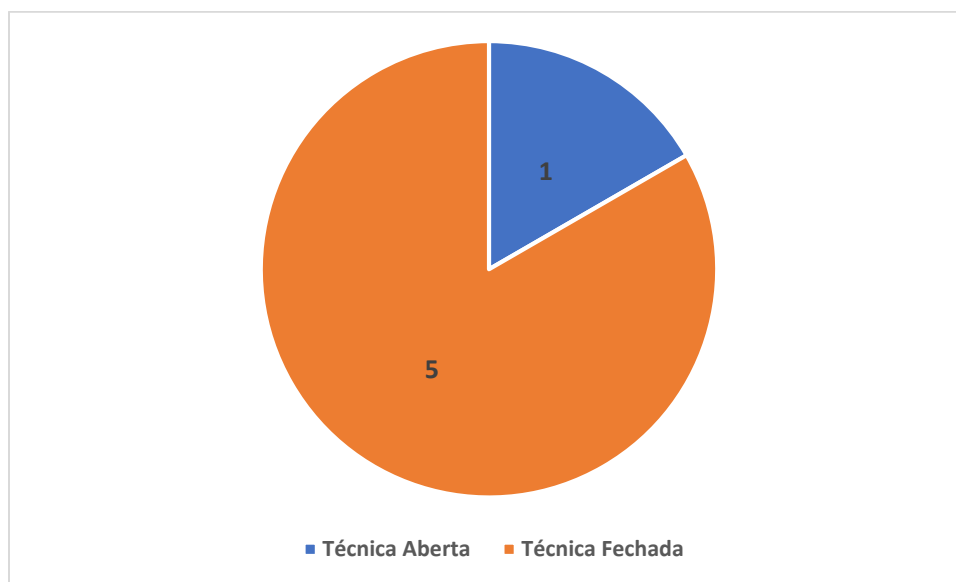


Gráfico 39 – Tipo de atos clínicos, como operador, em Cirurgia Oral.

Casos Clínicos Diferenciados

Casos Clínicos Diferenciados

Caso Clínico I – Hemostase e Ablação de Lesão Compatível com Hemangioma Lingual, com recurso a Laser Diodo

Enquadramento Teórico

A primeira aproximação à utilização de Laser (*Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation*) na Medicina, aconteceu nos anos 40 na Universidade de Hamburgo, com as experiências de fotocoagulação da retina, por Gerhard Meyer-Schwickerath.⁽³¹⁾ No entanto, foi em 1960 na empresa *Hughes Aircraft Company*, que Theodore Maiman construiu o primeiro laser funcional.⁽³²⁾ Desde então, os dispositivos laser têm demonstrado elevada utilidade em diversas áreas. Na área da Medicina Dentária, são normalmente utilizados os lasers CO₂, *Neodymium Yttrium Aluminum Garnet (Nd: YAG)*, *Erbium Yttrium Aluminum Garnet (Er: YAG)* e Diodo. Enquanto os três primeiros dispositivos laser têm efeito em tecidos duros e moles, o dispositivo laser Diodo apenas tem efeito em tecidos moles. Deste modo, os lasers Diodo assumem uma maior facilidade de utilização, um menor custo de aquisição e estão indicados para uma grande variedade de situações na Medicina Dentária.⁽³³⁾

Um dispositivo laser é composto essencialmente por três componentes: uma fonte de energia, um meio ativo e dois espelhos, como se pode observar na Figura 2. O princípio de funcionamento de um laser baseia-se na emissão de energia (fotões) num determinado meio ativo, resultando na excitação dos átomos desse meio. Quando os eletrões retornam ao nível de menor energia, são emitidos fotões com a mesma energia dos fotões emitidos pela fonte (monocromatismo). Como os fotões são constantemente refletidos pelos espelhos, existe amplificação do efeito. A emissão para os tecidos é realizada através de uma fibra ótica.⁽³³⁾

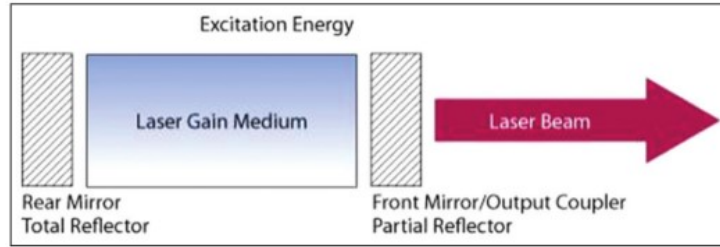


Figura 2 – Componentes principais de um laser e princípio de funcionamento.⁽³³⁾

Os diferentes tipos de dispositivo laser, apresentam diferentes meios ativos e diferentes comprimentos de onda, tal como se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2 – Tipo de laser, meio ativo e seu comprimento de onda.⁽³³⁾

| Tipo de Laser | Meio Ativo | Comprimento(s) de Onda |
|-----------------|--------------|------------------------|
| Diodo | Semicondutor | 635 – 980 nm |
| Nd: YAG | Sólido | 1064 nm |
| Er: YAG | Sólido | 2940 nm |
| CO ₂ | Gás | 9600 – 10 600 nm |

São quatro os tipos de interação que um laser pode ter com os tecidos: Reflexão, Absorção, Dispersão e Transmissão, tal como esquematizado na Figura 3.⁽³³⁾

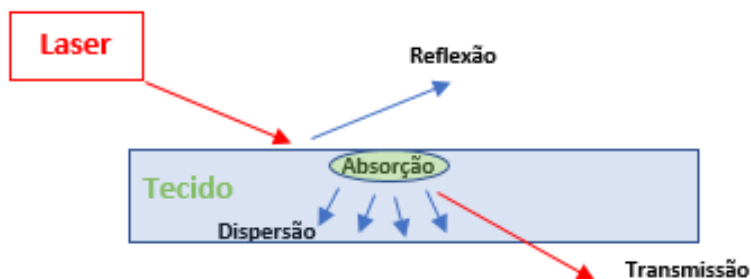


Figura 3 – Tipos de interação do laser com os tecidos.

A absorção é devida aos cromóforos (ex. melanina, hemoglobina e água), sendo que diferentes cromóforos absorvem diferentes comprimentos de onda, tal como se pode verificar na Figura 4.⁽³³⁾

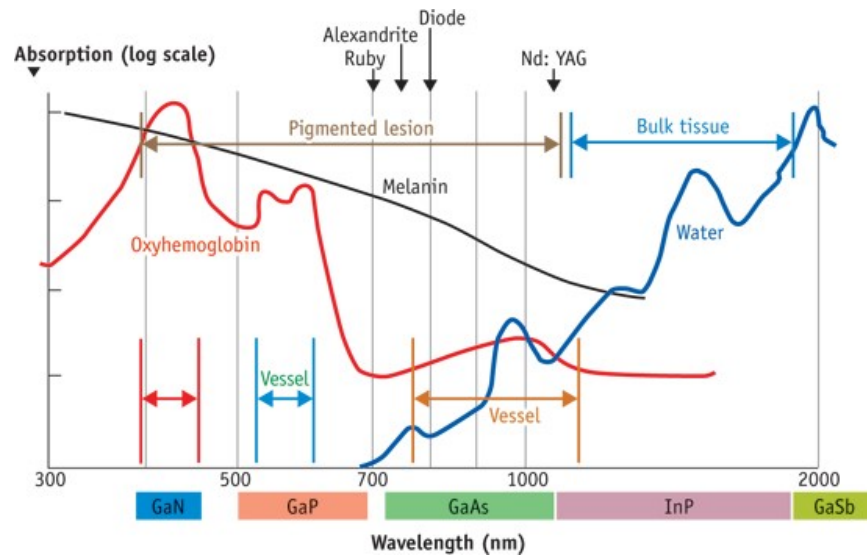


Figura 4 – Absorção de diferentes comprimentos de onda pelos diferentes cromóforos.⁽³⁴⁾

Como os dispositivos laser possuem elevada precisão, são capazes de fazer incidir uma elevada potência radiante (irradiância) sobre uma pequena área de superfície (W/cm^2). A precisão é proporcional ao comprimento de onda e à distância a que o laser é utilizado. Ou seja, um dispositivo laser com menor comprimento de onda, utilizado a curta distância consegue fazer incidir radiação numa menor área de superfície. Por outro lado, quanto maior for a distância à superfície a que o laser é utilizado, menor é a irradiância.⁽³⁵⁾

Os lasers Diodo, além de serem os mais acessíveis no mercado, possuem muitas vantagens em relação aos outros tipos de laser, pois são pequenos, compactos, portáteis, não necessitam de irrigação de arrefecimento e são muito seguros quando corretamente manuseados.⁽³⁶⁾

No caso clínico de seguida enunciado, foi utilizado o Laser Diodo *Medency Primo*[®] (Comprimento de Onda de 810 – 980 nm) para realização de fotocoagulação e ablação de uma lesão compatível com hemangioma lingual.

Os hemangiomas são tumores benignos de tecidos moles de origem vascular, relacionados com o desenvolvimento. Ocorrem maioritariamente na língua, lábios e gengiva.⁽³⁷⁾ Histologicamente, caracterizam-se por uma proliferação de células endoteliais⁽³⁸⁾ com alta atividade mitótica, que surge nas primeiras oito semanas de vida e involui gradualmente com a idade.⁽³⁶⁾ Geralmente, aos 5 anos de idade a lesão já diminuiu em 90% e apresenta resolução completa por volta dos 9 anos de idade, o que não se verificou neste caso clínico.

Em relação ao diagnóstico diferencial, os hemangiomas, podem ser confundidos com Granuloma Piogénico e Malformações Vasculares. Relativamente ao Granuloma Piogénico, normalmente a lesão é lobulada, pedunculada e ulcerada, o que não se verificava na lesão deste caso clínico. No que concerne às Malformações Vasculares, apresentam-se geralmente como lesões mal circunscritas, o que não se verificava, pois a lesão era bem circunscrita.⁽³⁸⁾

Apresentação do Caso Clínico

Paciente: MS

Sexo: Feminino

Idade: 55 anos

Motivo da Consulta: Urgência por hemorragia abundante

História Clínica: Paciente saudável

História Médico-Dentária: Lesão compatível com Hemangioma Lingual

A paciente MS, sexo feminino e 55 anos de idade, apresentou-se de Urgência na área de Cirurgia Oral, na Clínica Dentária Universitária evidenciando hemorragia abundante na região anterior da língua (Figura 5A), causada por trauma durante a mastigação.

Ao exame clínico, verificou-se que a zona traumatizada correspondia a uma lesão vermelho-arroxeadada com cerca de 8 mm localizada na superfície dorsal do terço anterior da língua, compatível com hemangioma lingual (Figura 5B).

Iniciou-se compressão digital com compressa durante 5 minutos, sem que se verificasse hemostase, tendo-se aumentado o tempo de compressão para 20 minutos. Como ainda não se conseguia alcançar hemostase, foi realizada uma tentativa de indução de vasoconstrição através da injeção de vasoconstritor (Epinefrina 1:80 000) incluído em anestésico local (Lidocaína a 2%), verificando-se uma ligeira diminuição do fluxo hemorrágico.

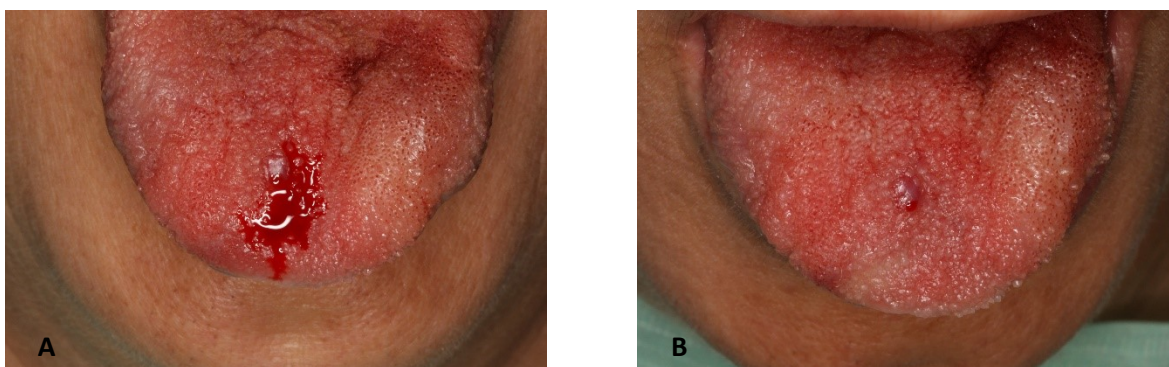


Figura 5 – A) Hemorragia abundante na região anterior da língua. B) Lesão compatível com hemangioma lingual, localizada na superfície dorsal do terço anterior da língua.

No entanto, como não se verificava hemostase completa, procedeu-se à fotocoagulação e ablação da lesão com recurso a laser Diodo. Este tipo de laser é muito útil em casos como este, pois a absorção pela hemoglobina, melanina e colagénio confere-lhe boa capacidade de corte e coagulação. Existem outras formas de tratamento, tais como, administração de corticosteroides, agentes esclerosantes ou cirurgia convencional, no entanto, a dimensão da lesão não justificava a utilização deste tipo de medicação. Por outro lado, o risco de aumento do fluxo hemorrágico inerente à cirurgia convencional, seria uma contradição à necessidade de hemostase neste caso clínico.^(37,38)

Durante o procedimento, a fibra ótica foi colocada paralela, em contato com o tecido e mantida em movimento ao longo de toda a extensão da lesão, para evitar aquecimento e danos dos tecidos em profundidade.⁽³⁷⁾ No decorrer da fotocoagulação, foram aplicados 2,0 W de potência, e no procedimento de ablação da lesão foram aplicados 1,2 W de potência. Foi aconselhada a toma de Ibuprofeno 600mg de 12 em 12 horas caso se verificasse dor após o término do efeito anestésico. A Figura 6A demonstra o aspeto final da área afetada, após a realização dos procedimentos anteriores e a Figura 6B representa o controlo na 1ª semana após o tratamento. A paciente revelou um elevado conforto no pós-operatório, pois não se verificou qualquer sintomatologia dolorosa. No entanto, no controlo após 2 meses verificou-se recidiva da lesão, tendo-se aconselhado à paciente a realização de nova cirurgia, com vista à exérese total da lesão e posterior análise histológica.

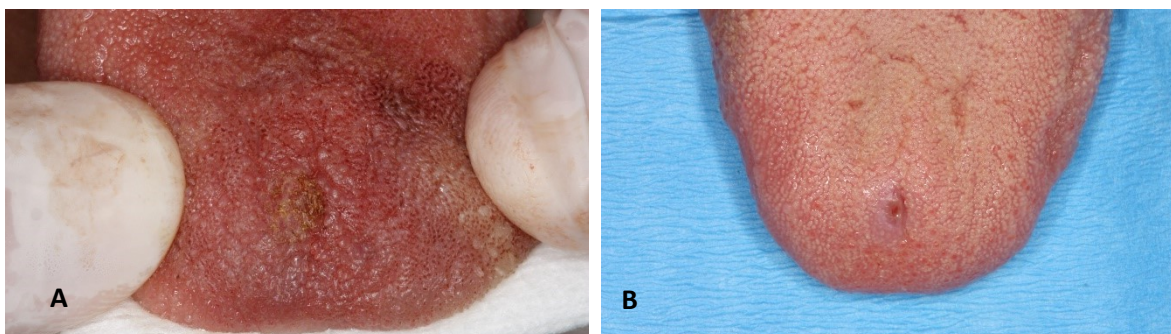


Figura 6 – A) Aspeto final, após tratamento. B) Controlo após a 1ª semana.



Figura 7 – Recidiva após 2 meses.

Discussão

No primeiro caso clínico diferenciado, considerou-se que a lesão seria uma lesão compatível com hemangioma, pois não se realizou recolha da peça cirúrgica para confirmação do diagnóstico através da análise histológica, nem seria possível a realização do teste de vitro-pressão devido à presença de hemorragia abundante.

Na resolução deste caso, optou-se pela realização de hemostase e ablação de uma lesão compatível com hemangioma lingual com recurso a Laser Diodo, devido à necessidade de hemostase rápida face à urgência do tratamento. Por outro lado, a cirurgia a laser permitiria diminuir o tempo operatório, evitar o uso de sutura e aumentar o conforto do pós-operatório, culminando assim numa maior comodidade para a paciente.⁽⁴⁸⁾

Caso Clínico II – Encerramento de Diastema em Dentes Anteriores com Recurso a Restaurações Diretas a Resina Composta

Enquadramento Teórico

A introdução de novos materiais, tais como as Resinas Compostas, na Dentisteria Operatória tem vindo a permitir dar resposta a tratamentos com elevadas exigências estéticas.⁽³⁹⁾ Um exemplo disso, é o encerramento de diastemas em dentes anteriores. Um resultado final adequado a essas exigências, só será conseguido com uma boa relação entre o contorno dos tecidos moles e o contorno dos tecidos duros, evitando a criação de triângulos negros.⁽³⁹⁾

Atualmente, existem essencialmente três áreas clínicas que oferecem opções para o encerramento de diastemas, que são elas a Ortodontia, a Prostodontia Fixa e a Dentisteria Operatória.⁽³⁹⁾ A principal vantagem inerente à Dentisteria Operatória é a rapidez e menor custo do tratamento.⁽⁴⁰⁾

Apresentação do Caso Clínico

Paciente: LM

Idade: 43 anos

Motivo da Consulta: “Pretendo encerrar o espaço entre os meus dentes”

História Clínica: Paciente saudável

História Médico-Dentária: Exodontia por cárie extensa.

A paciente LM, sexo feminino e 43 anos de idade, apresentou-se na consulta de Dentisteria Operatória, na Clínica Dentária Universitária, revelando estar insatisfeita com a estética inerente ao seu sorriso. Ao exame clínico verificou-se a existência de um diastema com cerca de 5 mm entre os dentes 11 e 21 (Figura 8). Após apresentação das opções de tratamento possíveis, tais como, facetas e tratamento ortodôntico, a paciente optou pelo encerramento de diastema com recurso a resina composta. Para não se verificar uma grande discrepância na proporção dos incisivos, optou-se pela realização de um encerramento de diastema parcial.



Figura 8 – A) Fotografia Intra-oral Frontal. B) Fotografia Extra-oral Frontal.

Na 1ª etapa do tratamento, realizou-se modelo de estudo para enceramento de diagnóstico. Em seguida, criou-se modelo de gesso do enceramento, como se pode verificar na Figura 9, com vista à obtenção de uma matriz termoformada que permitisse a realização do *Mock-Up*, na consulta seguinte.

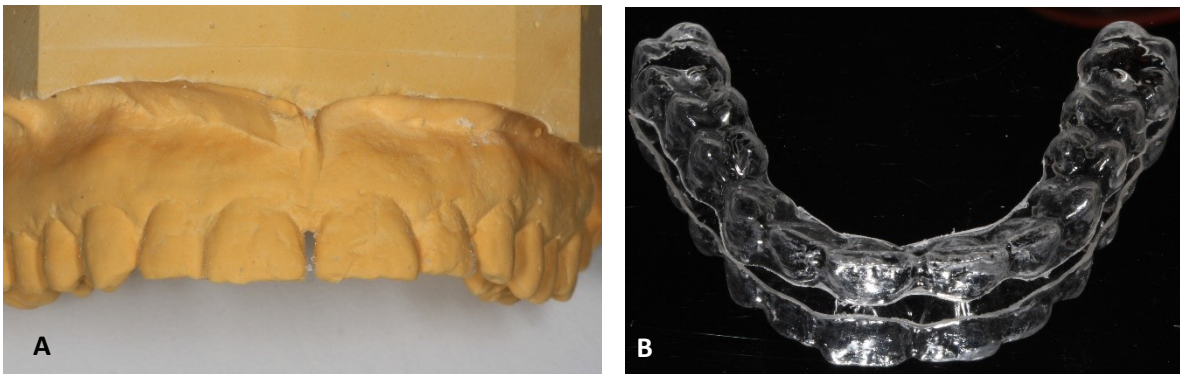


Figura 9 – A) Modelo de gesso obtido a partir do enceramento de diagnóstico. B) Matriz Termoformada para realização de *Mock-Up*.

Na 2ª etapa do tratamento, realizou-se o *Mock-Up* (Figuras 10 e 11) com recurso a matriz termoformada e *Protemp™ Plus Temporization Material*, para se depreender a satisfação da paciente no que concerne à harmonia do seu sorriso, comparando a proporção e forma dos incisivos centrais em relação à restante dentição (Figura 11). Fatores esses, que estão fortemente relacionados com as exigências estéticas inerentes ao tratamento.⁽⁴¹⁾ A paciente revelou estar satisfeita, dando permissão para se iniciar a restauração direta definitiva em resina composta.



Figura 10 – Desinserção da matriz termoformada.



Figura 11 – A) Fotografia Intra-oral do *Mock-Up* B) Fotografia Extra-oral do *Mock-Up*.

Inicialmente, procedeu-se à escolha da cor de acordo com a Escala Vita Clássica, *Vita Classical*® A1-D4 Shade Guide (Figura 12). Selecionou-se a cor A2.

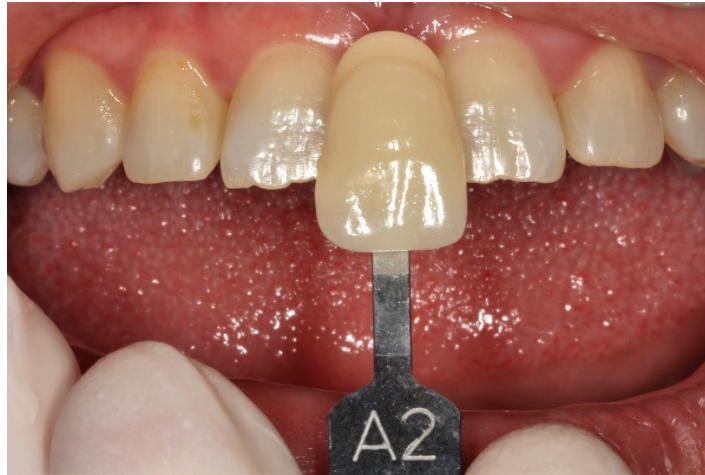


Figura 12 – Escolha de Cor de acordo com a Escala Vita Clássica.

De seguida foi realizada anestesia local da mucosa que iria estar pressionada pelos grampos para isolamento absoluto. Após a realização do isolamento absoluto, foi realizado o condicionamento ácido ao esmalte entre 15 a 30 segundos⁽⁴²⁾, com recurso a Ácido Fosfórico a 37%, como se pode verificar na Figura 13 e posterior lavagem abundante com água durante aproximadamente 60 segundos.



Figura 13 – Condicionamento ácido da superfície dentária, com recurso a Ácido Fosfórico a 37%.

Em seguida, foi realizada a aplicação de adesivo *Excite® F*, secagem com jato de ar durante 20 segundos com vista à evaporação do solvente, fotopolimerização durante 20 segundos e foi iniciada a técnica de estratificação de resina composta⁽⁴²⁾, formando-se inicialmente a face palatina com resina composta *Synergy D6 Enamel Universal* com recurso a matriz de silicone *putty* (Figura 14).

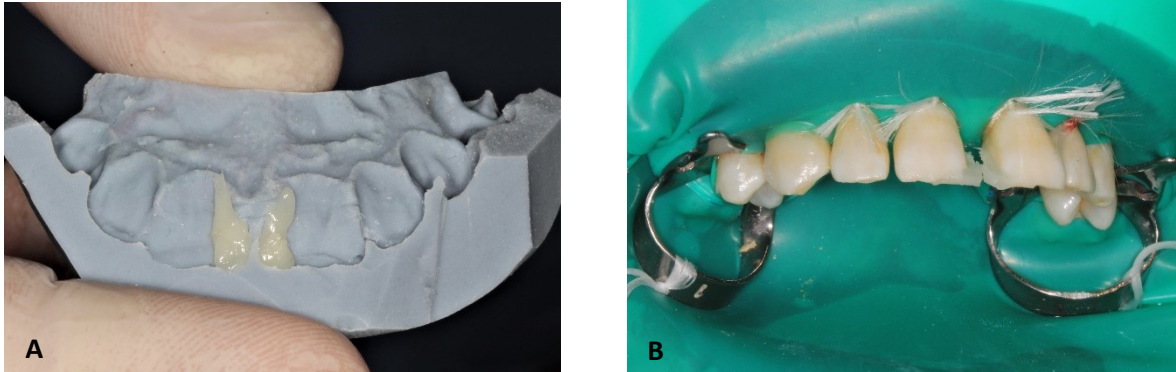


Figura 14 – A) Conformação da resina composta à matriz de silicone putty. B) Face palatina em resina composta, após fotopolimerização de 20 segundos.

Após a realização da face palatina, iniciou-se a formação da área de corpo e zona interproximal com recurso a resina composta *Synergy D6 A2/B2* da Coltene e matriz de acetato, tendo-se obtido o resultado evidenciado na Figura 15.



Figura 15 – Resultado obtido após a estratificação de resina composta.

Por fim, realizou-se a fase de acabamento e polimento, com recurso a discos Sof-Lex™ da 3M, borrachas de polimento e pastas Enamel Plus Shiny® da Micerium, tendo-se obtido o resultado evidenciado nas Figuras 16 e 17.



Figura 16 – Fotografia Intraoral Final



Figura 17 – Fotografia Extraoral Final



Figura 18 – Fotografia Intraoral de controlo após 1 ano e 7 meses.

Discussão

No segundo caso clínico diferenciado, considerou-se que a melhor opção de tratamento para o encerramento de diastema entre os dentes 11 e 21, seria a realização de restaurações diretas com recurso a resina composta, visto ser o tratamento menos invasivo, com menores custos associados e maior previsibilidade, obedecendo de maneira satisfatória às necessidades estéticas⁽⁴²⁾ da paciente.

Na realização do controlo após 1 ano e 7 meses, apesar da paciente estar muito satisfeita com o resultado obtido, aconselhámos a realizar uma consulta para melhorar a estética do dente 11. Nesse sentido agendámos uma consulta para procedermos ao aperfeiçoamento das restaurações.

Caso Clínico III – Cimentação de Falso Coto Fundido e Confeção de Restauração Provisória num Incisivo Central Superior e Posterior Reabilitação com Coroa Metalocerâmica

Enquadramento Teórico

Ao logo do tempo, diferentes formas de restauração de dentes endodonciados estruturalmente comprometidos, têm sido propostas. A colocação de falso coto fundido ou núcleo metálico fundido, em dentes anteriores endodonciados, com reduzida estrutura coronária remanescente⁽⁴³⁾, deve ser considerada quando se pretende otimizar a resistência à fratura, mantendo o máximo de estrutura dentária possível, especialmente no interior do canal radicular.^(28,44,45)

O comportamento biomecânico e resistência à fratura de um dente anterior endodonciado, não depende apenas do falso coto fundido que se utiliza, mas também do efeito férula.^(44,46) O mínimo de estrutura dentária remanescente necessária, acima da margem de um preparo coronal, para um correto efeito férula situa-se entre 1,5 e 2 mm de espessura. Caso este fator não se verifique, deverá ser considerada a realização de um alongamento coronário ou de uma extrusão ortodôntica.⁽⁴³⁾

Em dentes anteriores com canais largos e raízes elípticas, a colocação de um falso coto fundido personalizado à forma real do canal, é talvez a opção mais vantajosa, quando comparada com as opções pré-fabricadas, devido à conservação da estrutura dentária no interior do canal radicular.^(43,47)

De seguida será realizada uma breve apresentação de um caso clínico no qual foi realizada a cimentação de um falso coto fundido, e confeção de uma restauração provisória com recurso a faceta estética concebida a partir de um dente de resina acrílica da marca Ivoclar Vivadente do tipo *Ivostar*[®], finalizando-se o caso com uma coroa metalocerâmica.

Apresentação do Caso Clínico

Paciente: MM

Sexo: Masculino

Idade: 72 anos

Motivo da Consulta: Controlo

História Clínica: Válvula Cardíaca Protética. Hipertensão Arterial.

História Médico-Dentária: Desdentado parcial superior e inferior.

O paciente MM, sexo masculino e 72 anos de idade, apresentou-se na consulta de Prótese Fixa, na Clínica Dentária Universitária, com vista ao controlo da reabilitação, realizada há aproximadamente 20 anos, no dente 21. Ao exame radiográfico, verificou-se a existência de uma lesão periapical (Figura 19). Deste modo, decidiu-se que na primeira fase de tratamento se realizaria retratamento endodôntico e numa segunda fase a reabilitação do dente com recurso a falso coto fundido e coroa metalocerâmica.



Figura 19 – RX Periapical do Dente 21

Após o retratamento endodôntico, classificou-se o dente como Extensamente Destruído Classe II, devido à altura da estrutura coronária remanescente ser inferior a 2 mm e superior a 0,5 mm, com resultados endodônticos imprevisíveis, correspondendo a um prognóstico reservado.⁽⁴⁵⁾ Realizou-se a preparação intracanal para confecção de um padrão em resina do tipo *Duralay*[®] (Figuras 20B e 21), respeitando-se os 4 a 5 mm de selamento apical⁽⁴³⁾, bem como, o tamanho do futuro falso coto fundido, que deve ser pelo menos igual ao tamanho da futura coroa.⁽⁴⁵⁾



Figura 20 – A) Espigão plástico para confecção de padrão em Resina *Duralay*[®]. B) Preparo realizado no padrão de *Duralay*[®].



Figura 21 – Padrão de *Duralay*[®] obtido.

Na consulta de cimentação de falso coto fundido, verificou-se a correta adaptação do mesmo aos limites do preparo (Figura 23A), tendo-se realizado a cimentação com recurso a Cimento de Ionómero de Vidro Ketac™ Cem Easy Mix. Com vista à melhoria do resultado da cimentação, procedeu-se à criação de pequenas ranhuras ao longo da porção radicular do falso coto, como se pode observar na Figura 22B.



Figura 22 – A) Falso Coto Fundido. B) Criação de pequenas ranhuras.



Figura 23 – A) Verificação da adaptação. B) Remoção dos excessos de cimento.

Na fase de confecção de provisório, decidiu-se a elaboração de uma restauração provisória com maior estética. Deste modo, optou-se pela criação de uma faceta estética para a face vestibular a partir de um dente *Ivostar*[®], como exemplificado na Figura 24.

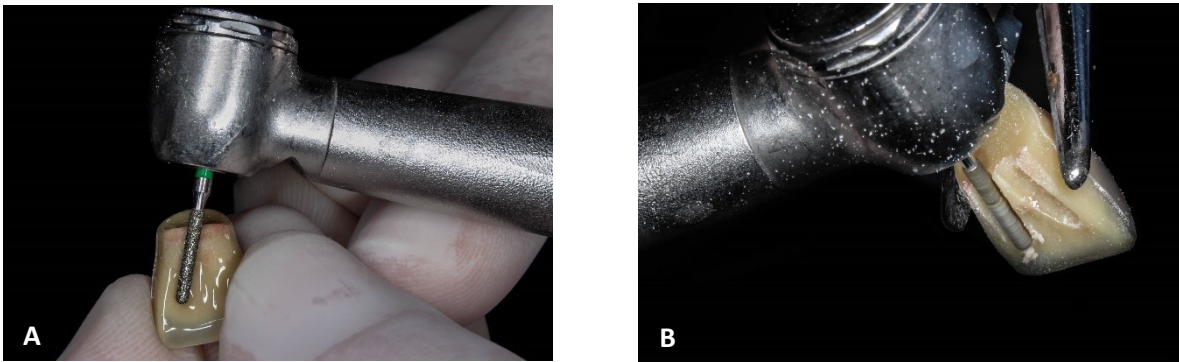


Figura 24 – A) e B) Criação de faceta vestibular com recurso a dente *Ivostar*[®].

Efetuuou-se a adaptação da faceta aos limites do preparo e falso coto, bem como ao contorno do tecido gengival (Figura 25). De seguida, criou-se a face palatina com recurso a resina acrílica do tipo PEMA *Trim*[®] (Figura 26).

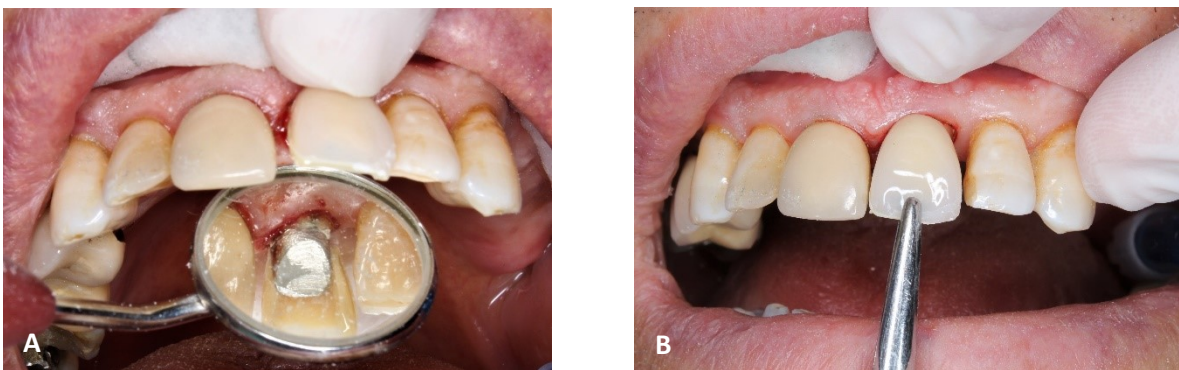


Figura 25 – A) e B) Adaptação da faceta aos limites do preparo e falso coto.



Figura 26 – Formação da face palatina com resina acrílica *Trim*[®].

Após a adaptação da restauração provisória aos contornos do preparo e tecido gengival, realizou-se acabamento, polimento e cimentação com recurso a cimento temporário Temp-Bond[™] NE, tendo-se obtido o resultado final evidenciado pelas Figuras 28 e 29.



Figura 27 – Remoção de excessos de cimento temporário.



Figura 28 – Resultado final provisório em sorriso máximo.



Figura 29 – Resultado final provisório em sorriso.

Na consulta de impressão definitiva, realizou-se a impressão através da técnica bifásica duplo componente, em que é feita a combinação de um silicone de alta viscosidade (*putty*) e um silicone de baixa viscosidade (*light*). Realizou-se a impressão a silicone devido à necessidade de elevado detalhe e estabilidade dimensional a longo prazo.⁽⁴⁷⁾

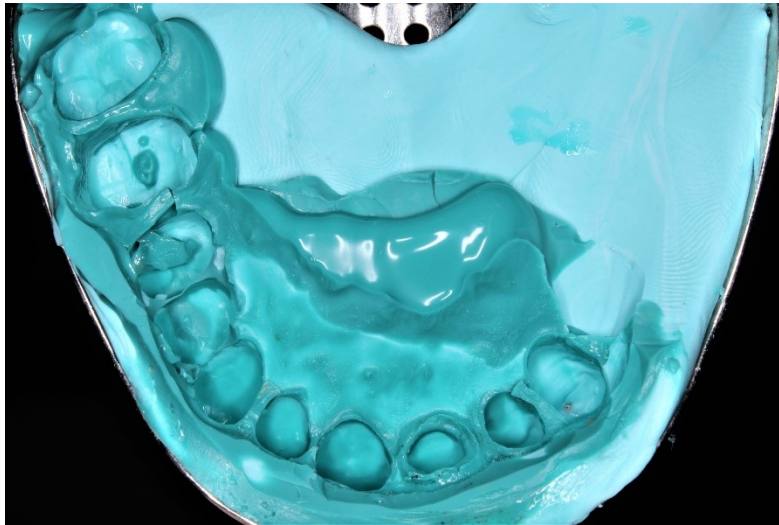


Figura 30 – Impressão Definitiva.

Na consulta de prova de infraestrutura metálica, verificou-se que a adaptação à margem do preparo estava correta, tendo sido realizada a escolha de cor (2R da Escala Vita 3D Master®) para a cerâmica.

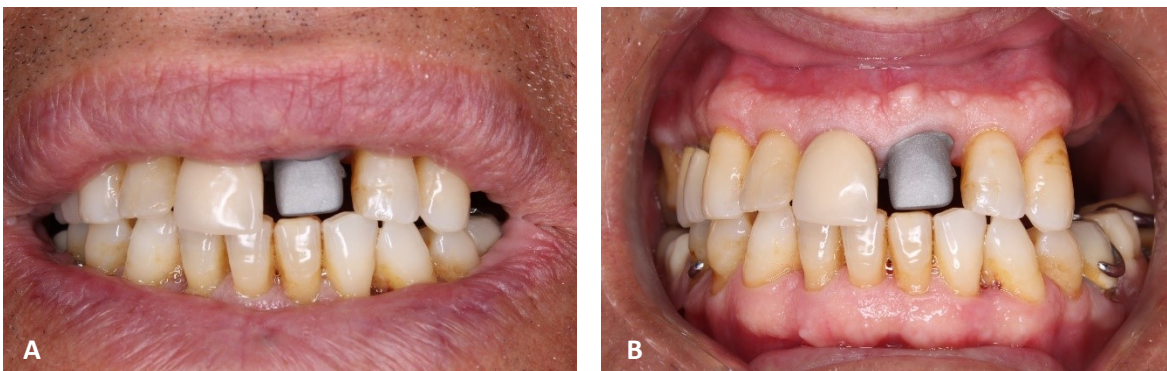


Figura 31 – Prova de Infraestrutura. A) Sem afastadores. B) Com afastadores.



Figura 32 – Escolha de Cor, 2R da *Escala Vita 3D Master*®

Na consulta de prova de cerâmica, verificou-se que quanto à forma e relação incisivo-labial a coroa estava corretamente elaborada, no entanto a cor da coroa não era satisfatória, pois encontrava-se mais clara do que a coroa do dente 11, como se pode verificar na Figura 33B. Deste modo, foi indicado à técnica de laboratório que realizasse um escurecimento da coroa antes da aplicação do *glaze*.



Figura 33 – A) Prova de Cerâmica, vista lateral. B) Prova de Cerâmica, vista frontal.

Na consulta de cimentação definitiva, verificou-se que a cor da coroa do dente 21 já estava muito semelhante à cor do dente 11, pelo que foi dada permissão por parte do paciente para a realização da cimentação. Esta foi concretizada com recurso a Cimento de Ionómero de Vidro Ketac™ Cem Easy Mix. O resultado final está evidenciado nas Figuras 34 e 35.



Figura 34 – A) e B) Resultado final em sorriso.



Figura 35 – A) e B) Resultado final em sorriso máximo.

Discussão

No terceiro caso clínico diferenciado, optou-se pela realização de falso coto fundido devido à fragilidade estrutural do dente, relacionada com o tratamento endodôntico.⁽⁴⁴⁾ Por fim, optou-se pela realização de uma coroa metalocerâmica, devido às suas capacidades de retenção e resistência⁽²⁸⁾ aliadas a uma estética satisfatória, bem patente no resultado final. Tendo-se constatado que a substituição de apenas um dos incisivos centrais se revela um verdadeiro desafio estético.

Trabalhos Científicos

Trabalhos Científicos

XII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa



Restauração de lesões não cariosas Classe V – diferentes abordagens – caso clínico.



Alves Martins A.¹, Sousa S.¹, Pimenta A.¹, Barros J.², Rio R.²

¹ Aluno(a) do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

² Docente da Área de Dentisteria Operatória – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

Introdução

As lesões cervicais não cariosas são consideradas uma patologia multifatorial onde os fatores etiológicos, como por exemplo erosão, abração e abração, ocorrem simultaneamente. Uma vez exposta dentina, cemento, ou ambas, a probabilidade de progressão destas lesões é grande, e mesmo que não haja comprometimento estético, na maioria dos casos clínicos, é conveniente um recobrimento restaurador de proteção, de forma a prevenir a perda de estrutura dentária e/ou reduzir a hipersensibilidade dentinária. Estas restaurações ajudam na higiene oral do paciente, protegem o elemento dentário da abração da escovagem dentária, da erosão por ácidos e da sensibilidade térmica, e ainda, melhoram a estética. Diante da necessidade de tratamento restaurador, diversos materiais estão disponíveis no mercado, cada um com suas vantagens e desvantagens.

Descrição do caso clínico



Fig. 1 – Fotografia frontal inicial

Paciente do sexo masculino, 35 anos, apresentava como diagnóstico lesões classe V em todos os pré-molares, provavelmente, decorrentes de trauma de escovagem associado a outros fatores como erosão, stress occlusal (bruxismo) e consumo de bebidas ácidas.



Fig. 2 – Lesões classe V nos dentes 34 e 35



Fig. 3 – Restaurações a compósito nos dentes 34 e 35

O plano de tratamento definido inclui a restauração dos pré-molares tendo-se iniciado pelo 34 e 35 com recurso a gengivectomia e posterior preparação da estrutura dentária para restauração a compósito.

Assim foram realizadas canaléticas em dentina e bial em esmalte para restaurar com compósito cor A3 Synergy® D6 Dentin e recobrir com compósito Synergy® D6 Inamel Universal.



Fig. 4 – Lesões classe V nos dentes 44 e 45



Fig. 5 – Restaurações a ionómero nos dentes 34 e 35

Uma vez que o paciente referido não quer ser novamente sujeito a gengivectomia, (dado ser um método mais invasivo) os restantes pré-molares foram restaurados com diferentes abordagens: ionómero de vidro (Fig. 4 e 5); compósito de gengiva (Fig. 6 e 7).

Para a restauração a ionómero de vidro foram feitas retenções em forma de canalética e depois a restauração com Ketac™ B Plus.



Fig. 6 – Lesões classe V nos dentes 24 e 25



Fig. 7 – Restaurações a compósito de gengiva nos dentes 24 e 25

Os dentes 24 e 25 foram restaurados com recurso a compósitos de gengiva. Foram feitas retenções na dentina e bial no esmalte. Primariamente foram restaurados os colares dos dentes com compósito cor A2 Synergy® D6 Dentin sendo em seguida feitas as restaurações com compósitos de gengiva Amal® Gingiva.


Discussão e conclusões

Fatores como a forma não retentiva; as margens da cavidade serem essencialmente em tecido dentinário e cemento; dificuldade em conseguir um bom isolamento; bom contorno; boa retenção e bom acabamento e polimento destas restaurações representam um desafio. Neste caso foram realizadas diferentes abordagens e aplicados diferentes materiais. A gengivectomia e a restauração a compósito apresenta os melhores resultados. A gengivectomia permite que o contorno gengival seja o correto e o compósito apresenta boas propriedades estéticas, no entanto é a mais invasiva. O ionómero de vidro apresenta boas propriedades mecânicas no entanto, em termos estéticos apresenta resultados pobres. O compósito de gengiva apresenta-se como uma boa alternativa, pois permite evitar a gengivectomia e garante bons resultados estéticos. No entanto, é difícil obter um bom polimento final da restauração.

Bibliografia
1. Silva B, Gomes R, Torres JJ, Escobar J. O diagnóstico de lesões cervicais não cariosas em dentes anteriores: uma revisão. *Revista Portuguesa de Odontologia*. 2014;16(1):1-10.
2. Alves Martins A, Sousa S, Pimenta A, Barros J, Rio R. Restauração de lesões cervicais não cariosas classe V: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Odontologia*. 2015;17(1):1-10.
3. Alves Martins A, Sousa S, Pimenta A, Barros J, Rio R. Restauração de lesões cervicais não cariosas classe V: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Odontologia*. 2015;17(1):1-10.
4. Alves Martins A, Sousa S, Pimenta A, Barros J, Rio R. Restauração de lesões cervicais não cariosas classe V: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Odontologia*. 2015;17(1):1-10.

Trabalhos Científicos

XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa


28

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Perda de peças dentárias e possíveis relações causais, diferentes amostras demográficas, de idosos institucionalizados

Cláudia Rodrigues¹, António Pimenta¹, Diogo Cardoso¹, Francisco Barroca¹, Vitoria Ferreira¹, Patrícia Couto^{1,2}

1. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Portugal
2. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Universidade Católica Portuguesa, Portugal




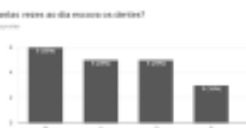
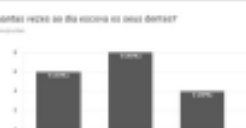
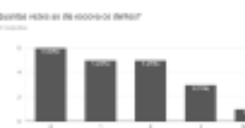




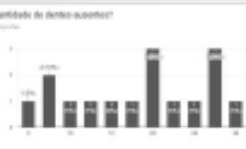

Objetivo

O objetivo deste estudo consiste na avaliação de perda de peças dentárias e a associação com os hábitos de higiene oral e nível de conhecimento sobre comportamentos de saúde oral. Consiste, portanto, na análise em várias instituições e em diferentes localidades tais como Viseu, Bragança e Anadia. Com esta pesquisa alargada a várias regiões pretende-se também verificar se a localidade tem alguma relevância na perda de peças dentárias e nos cuidados por parte dos idosos.

Metodologia

Foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed e Google académico com as seguintes palavras chaves: "elders teeth" e "perda de dentes em idosos". Foram encontrados 21 artigos dos quais selecionamos 3 de modo a poder relacionar as causas e as prevalências de peças dentárias perdidas. Foi realizado um estudo observacional transversal numa amostra final de 60 idosos institucionalizados de Viseu, Anadia e Bragança. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário para avaliação de parâmetros sócio-demográficos e hábitos diários e realizado uma observação intra-oral para avaliação da saúde oral do participante

Resultados

| Anadia | Bragança | Viseu |
|--|--|--|
| <p>Em seu passado, preocupava-se com a sua higiene oral?</p>  | <p>Em seu passado, preocupava-se com a sua higiene oral?</p>  | <p>Em seu passado preocupava-se com a sua higiene oral?</p>  |
| <p>Quantas vezes ao dia escova os dentes?</p>  | <p>Quantas vezes ao dia escova os seus dentes?</p>  | <p>Quantas vezes ao dia escova os dentes?</p>  |
| <p>Alguém lhe foi explicado a importância da higiene oral?</p>  | <p>Alguém vez lhe foi explicado a importância da higiene oral?</p>  | <p>Alguém vez lhe foi explicado a importância da higiene oral?</p>  |
| <p>quantidade de dentes ausentes</p>  | <p>quantidade de dentes ausentes?</p>  | <p>quantidade de dentes ausentes</p>  |

Conclusões

Através dos resultados apresentados, conclui-se que os dentes que permanecem mais tempo em boca são os pré-molares e caninos, devido, provavelmente à sua anatomia e estrutura robusta. É de notar a falta de informação sobre a saúde oral que os idosos têm em vários pontos do País. A perda de dentes em idosos diminui a capacidade de mastigar e deglutir adequadamente o alimento, comprometendo a saúde geral e o bem-estar do idoso. Estratégias em saúde oral comunitária devem ser estabelecidas com os idosos institucionalizados e os seus cuidadores por forma a melhorar os comportamentos de saúde oral.

© 2014 by the author(s). Published by Cambridge University Press. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/), which permits unrestricted re-use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Trabalhos Científicos

XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

17

Líquen Plano Reticular como caso clínico

Freitas K.¹, Verissimo N.¹, Pimenta A.¹, Oliveira B.¹, Lopes T.², Marques T.³



¹ Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa – Viseu.
² Docente de Medicina Oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa – Viseu.
³ Docente de Periodontologia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Introdução

O líquen plano oral é uma patologia caracterizada por uma resposta inflamatória do epitélio escamoso estratificado da mucosa oral. Constitui cerca de 9% das lesões brancas que surgem na cavidade oral e ocorre em indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos, afetando maioritariamente o sexo feminino.

As lesões de líquen plano oral são tipicamente bilaterais e simétricas. Surgem maioritariamente na mucosa jugal e língua, podendo aparecer também na gengiva. A divisão segundo dois subtipos de líquen plano oral, em reticular e erosivo é a mais consensual. O pico de sintomatologia faz-se sentir no outono e primavera. O seu diagnóstico diferencial pode ser executado com queratose friccional, eritroleucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, reações líquenoides.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 70 anos, com história clínica de osteoporose e portadora de prótese removível superior e inferior, apresentou-se na consulta com sensação de queimadura na cavidade oral e dificuldade na utilização da prótese.

Durante a inspeção intraoral observaram-se nas mucosas jugais, uma rede de estrias esbranquiçadas, denominadas estrias de Wickman. Constatou-se também a rara presença de uma fase bolhosa inicial.

O tratamento selecionado incluiu a prescrição de um corticosteroide, metilprednisolona, 16mg durante 30 dias. Após o referido período de tempo, na consulta de controlo, a paciente apresentou melhoras significativas, conseguindo voltar a utilizar a prótese. Contudo foi prescrita fluticazona, 2 vezes por dia, por forma a atenuar ainda mais o quadro clínico característico desta patologia. Devido à possibilidade de malignidade desta patologia foi agendado o follow up em consultas de controlo.



Fig. 1 – Fase inicial do líquen plano reticular, na fase bolhosa.



Fig. 2 – Mucosa jugal direita após 30 dias com a medicação referida.



Fig. 3 – Mucosa jugal esquerda após 30 dias com a medicação referida.

Conclusão

O diagnóstico do líquen plano oral, obedece a um quadro clínico muito característico. Deste modo, torna-se fundamental que o clínico esteja familiarizado com as características típicas da lesão. Contudo, o diagnóstico definitivo só poderá ser conseguido através da relação do cruzamento de dados entre história clínica, exame clínico e exame histopatológico.

As causas inerentes ao líquen plano oral ainda são desconhecidas. Assim, o tratamento visa apenas o alívio da referida sintomatologia.

Bibliografia

- 1 - Chang CF, Yu-fong Chang J, Wang YF, Wu YH, Lu SX, Sun A. Oral lichen planus - Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematologic deficiencies, and management. J Formos Med Assoc. 2018;117:1-10.
- 2 - Suresh SS, Chokshi K, Desai S, Malu R, Chokshi A. Medical management of oral lichen planus: A systematic review. J Clin Diagnostic Res. 2016;10(2):2E10-2E15.
- 3 - Abdullah E, Idris A, Saperon A. Papr reduction using sca-slm technique in stfbc mimo-ofdm. ARPN J Eng Appl Sci. 2017;12(10):3218-21.
- 4 - Thorngorasm K. Oral lichen planus: Challenge and management. Oral Dis. 2018;24(1-2):172-3.
- 5 - Speight PM, Kharnam SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: Risk of progression to malignancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.
- 6 - Robledo-Sierra J, Van Der Waal I. How general dentists could manage a patient with oral lichen planus. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2018;23(2):e198-202.

Conclusão

Conclusão

O presente relatório, permitiu salientar a importância da Medicina Dentária assente num conceito multidisciplinar, com vista à integração de conhecimentos relativos às diversas áreas clínicas. No entanto, deverá considerar-se que estas áreas se complementam e partilham um princípio comum, baseado num correto diagnóstico, com vista a um correto plano de tratamento, respeitando as necessidades e expectativas do paciente e todo o conhecimento das *legis artis* médicas.

Por outro lado, através da apresentação e análise estatística descritiva dos dados de atividade clínica respeitantes ao último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, tornou-se possível perceber a existência de fortes limitações no processo de aprendizagem, resultantes do número elevado de faltas ou desmarcações, bem como, das sérias carências económicas que a maioria dos pacientes evidenciava.

Em suma, o presente relatório permitiu realizar uma reflexão crítica acerca da atividade clínica executada, salientando a importância da documentação passo-a-passo de cada caso clínico, demonstrando os erros que nele possam ter sido cometidos e as possíveis modificações de conduta.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. American Dental Association. ADA Definition of Dentistry. Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 1977;
2. World Health Organization. Constitution of WHO: principles. World Health Organization. 1946 [cited 2018 May 17].
3. Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. 2016;
4. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res. 2017;96(4):380–7.
5. World Health Organization. Sugars and dental caries. World Heal Organ. 2017;78(October):881–92.
6. Jorge AM. Diário da República, 1ª série — N.º 58 — 24 de Março de 2009. 2009. (I). Report No.: 58.
7. Sollecito TP, Rogers H, Prescott-Clements L, Felix DH, Kerr a R, Wray D, et al. Oral medicine: defining an emerging specialty in the United States. J Dent Educ. 2013;77(4):392–4.
8. Zakrzewska JM, Downer C, Lopes V. The oral medicine clinic--what is its role? J R Soc Med. 1994;87(7):390–2.
9. Scully C, Miller CS, Aguirre Urizar JM, Alajbeg I, Almeida OPD, Bagan JV, et al. Oral medicine (stomatology) across the globe: Birth, growth, and future. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016;121(2):149–157e5.
10. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burkets oral medicine. 11th ed. BC Decker; 2008.
11. Carranza K, Takei N. Clinical Periodontology. 12th ed. Elsevier; 2014. 9-39 p.

12. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 4th ed. Vol. 18. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2009. 101 p.
13. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. Aust Dent J. 2009;54:S11–26.
14. Jacobsen P. Restorative Dentistry - An integrated approach. 2nd ed. Blackwell Munksgaard; 2008. 333 p.
15. Banerjee A, Watson TF. Pickard's Manual of Operative Dentistry. 9th ed. Oxford University Press; 2011. 157 p.
16. Cohen S, Hargreaves KM. Pathways of the Pulp. 10th ed. Vol. 15, Mosby Elsevier. Mosby Elsevier; 2011.
17. Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia: Técnica y Fundamentos. Editorial Médica Paramericana; 2002.
18. Gutmann JL, Lovdahl PE. Soluções em Endodontia: Prevenção, Identificação e Procedimentos. 5th ed. Mosby Elsevier; 2012.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. The Handbook of Pediatric Dentistry. Vol. 21. 2003. 2004 p.
20. Goran K, Poulsen S. Pediatric Dentistry: A Clinical Approach. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2017.
21. Okeson J. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7th ed. Elsevier; 2013. 500 p.
22. Gomes JM. Princípios de Oclusão Ideal em Diferentes Tipos de Reabilitação. Universidade de Lisboa; 2012 [cited 2018 Jun 8].
23. Faria C. Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares (Versão Traduzida). 2011.
24. American Association of Orthodontists. AAO Glossary. American Association of Orthodontists; 2012.

25. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. 5th ed. Mosby Elsevier; 2013.
26. Borrie F, Bonetti D, Bearn D. What influences the implementation of interceptive orthodontics in primary care? Br Dent J. Nature Publishing Group; 2014;216(12):687–91.
27. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12th ed. Canada: Elsevier; 2011.
28. Shillingburg HTJ, Sather DA, Wilson ELJ, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ, et al. Fundamental of Fixed Prosthodontics. 4th ed. Quintessence; 2012. 574 p.
29. Parker MH. Resistance form in tooth preparation. Dent Clin North Am. 2004;48(2):387–96.
30. Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial. 5th ed. Mosby Elsevier; 2008.
31. Ginjeira A, Albuquerque B, Paulo S, Ferreira MM, Capelas JA. Glossário de Termos Endodônticos. 2015;49:119–25.
32. Theodore Maiman. American Physical Society. [cited 2017 Dec 18].
33. Verma S, Chaudhari P, Maheshwari S, Singh R. Laser in dentistry: An innovative tool in modern dental practice. Natl J Maxillofac Surg. 2012;3(2):124.
34. Antwerp Dental Group. Diode Lasers Comparison On Soft Tissues Surgery. 2017 [cited 2018 Jun 3]. p. 1.
35. Sivaprasad S, Elagouz M, McHugh D, Shona O, Dorin G. Micropulsed Diode Laser Therapy: Evolution and Clinical Applications. Surv Ophthalmol. Elsevier Inc; 2010;55(6):516–30.
36. Genovese WJ, dos Santos MTBR, Faloppa F, de Souza Merli LA. The use of surgical diode laser in oral hemangioma: a case report. Photomed Laser Surg. 2010;28(1):147–51.

37. Ozucer B, Ozturan O, Dogan R, Eren SB, Tugrul S. Laser Photocoagulation of Tongue Hemangioma: Case Report. *Turk Otolarengoloji Arsivi/Turkish Arch Otolaryngol.* 2013;51(2):60–2.
38. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Patologia Oral e Maxilofacial. 2009. 972 p.
39. De Araujo EM, Fortkamp S, Baratieri LN. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: A case report. *J Esthet Restor Dent.* 2009;21(4):229–40.
40. Kim Y-H, Cho Y. Diastema Closure with Direct Composite. *Jkacd.* 2011;36(6):515–9.
41. Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: Correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dent Clin North Am.* Elsevier Ltd; 2011;55(2):265–81.
42. Correia A, Oliveira MA, Silva MJ. Conceitos de Estratificação nas Restaurações de Dentes Anteriores com Resinas Compostas. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2005;46(3):171–8.
43. Morgano SM, Rodrigues AHC, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin North Am.* 2004;48(2):397–416.
44. Sendhilnathan D, Nayar S. The effect of post-core and ferrule on the fracture resistance of endodontically treated maxillary central incisors. *Indian J Dent Res.* 2008;19(1):17–21.
45. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of extensively damaged teeth to evaluate prognosis. *J Can Dent Assoc (Tor).* 2011;77:23–5.
46. Aggarwal V, Singla M, Yadav S, Yadav H, Sharma V, Bhasin SS. The effect of ferrule presence and type of dowel on fracture resistance of endodontically treated teeth restored with metal-ceramic crowns. *J Conserv Dent [Internet].* Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2014 Mar [cited 2018 Jun 10];17(2):183–7.

47. Rosenstiel S, Land M, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics. 5th ed. Elsevier; 2016.
48. Fornaini C, Merigo E, Sozzi M, Rocca J-P, Poli F, Selleri S, et al. Four different diode lasers comparison on soft tissues surgery: A preliminary ex vivo study. *Laser Ther.* 2016;25(2):105–14.

