



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Francisco Daniel da Costa Pinto

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Francisco Daniel da Costa Pinto

Orientador: Professor Doutor Gustavo Vicentis de Oliveira Fernandes
Coorientador: Mestre Irving Hernández

Viseu, 2020

“Those who dare to fail miserably can achieve greatly”.
(John F. Kennedy)

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha mãe, Maximina Pinto, e ao meu pai, Francisco Pinto, por serem os meus heróis sem capa. Devo-lhes uma vida, um agradecimento muito especial, porque sem eles nada seria possível!

Às minhas irmãs Iolanda e Cátia Pinto pela amizade e generosidade que sempre tiveram comigo e por todos os conselhos de irmãos que eu recebi delas, um gigante obrigado!

Às estrelas no céu que me guiaram no caminho certo, quero deixar um beijinho com muito carinho e saudade!

Aos meus amigos que tornaram esta jornada difícil num caminho mais tranquilo, eles que ajudaram a transformar estes anos nos melhores da minha vida e que demonstraram que não existe apenas família de sangue. Eles que são a família que eu escolhi, um enorme obrigado e que nunca nos separemos!

Ao “2º esquerdo” por ter elevado o nosso alojamento e o nosso divertimento ao máximo.

Agradecer especialmente ao meu orientador, Professor Doutor Gustavo e ao meu coorientador Irving, que sempre acreditaram em mim. Um agradecimento pela orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Ao colega de turma Tobias Spuldaro com sua contribuição nos ajustes de conteúdo e padronização da dissertação.

Obrigado Viseu, tornaste estes últimos 5 anos dos melhores da minha vida.

Resumo

O ramo de Medicina Dentária visa a manutenção da saúde oral preocupando-se com os tecidos moles e duros da cavidade oral. Este ramo está em constante inovação através de diversas técnicas que visam a tratar, não só problemas funcionais, como problemas estéticos de modo mais conservador possível. Este relatório de atividade clínica (RAC) foi realizado durante o período de 20 de Setembro de 2019 e 13 de Março de 2020.

Primeiramente, neste RAC foram expostos os dados relacionados com as consultas marcadas das quais se destacam as realizadas, as faltas e desmarcações e os reencaminhamentos. Obteve-se o número de primeiras consultas e as de continuidade tal como as consultas realizadas como operador e assistente. Os pacientes encontram-se agrupados segundo o género (feminino e masculino) e por faixa etária. Estes também foram agrupados, segundo os seus hábitos de higiene e hábitos tabágicos. De seguida, procedeu-se ao registo dos dados sobre a atividade clínica por área disciplinar, bem como um breve enquadramento teórico, incluindo as consultas realizadas por área tal como as faltas e desmarcações e os reencaminhamentos.

Por último, são expostos dois casos clínicos diferenciados no contexto das áreas disciplinares de Dentisteria Operatória e Cirurgia Oral/Medicina Oral, realizados na Clínica Universitária, com todo detalhamento técnico e resultados obtidos.

Palavras-Chave: Medicina oral, Cirurgia oral, Implantologia, Dentisteria operatória, Branqueamento interno.

Abstract

Dentistry seeks to maintain oral health worrying about the soft and hard tissues of the oral cavity. It is always innovating through the use of different techniques that treat, not only functional problems as well as aesthetics problems as conservative as possible. This report was made between September 20th, 2019, and March 13th, 2020.

First in this report were exposed to data regarding scheduled appointments, absences, and unchecked appointments and forwarding. It was obtained the number of first appointments and continuity appointments made as operator and as an assistant. The patients are grouped by gender (female and male) and by age. They were also grouped according to their hygiene habits and their smoking habits.

After that, data on clinical activity by disciplinary area were recorded, as a brief theoretical framework including consultations that were carried out by disciplinary areas as well as absences and unchecked appointments and the forwarding.

Lastly, two differentiated clinical cases are exposed to Restorative Dentistry and Oral Surgery/Oral Medicine, performed at University Clinic, presenting all technical details and results obtained.

Keywords: Oral Pathology, Oral Surgery, Implantology, Restorative Dentistry, and Internal Bleaching.

Índice

1. Introdução	3
2. Materiais e Métodos	8
3. Resultados	12
3.1 Resultados da Atividade Clínica	12
3.2 Caracterização da Atividade Clínica por Área Disciplinar	16
3.2.1 Cirurgia Oral	17
3.2.2 Dentisteria Operatória.....	19
3.2.3 Endodontia.....	22
3.2.4 Medicina Oral.....	25
3.2.5 Oclusão	26
3.2.6 Odontopediatria	28
3.2.7 Ortodontia	30
3.2.8 Periodontologia	32
3.2.9 Prótese Fixa.....	35
3.2.10 Prótese Removível	37
4. Casos Clínicos Diferenciados	39
4.1 Caso Clínico I: Levantamento do seio com enucleação do pseudoquisto antral no seio maxilar	39
4.1.1 Introdução.....	39
4.1.2 Caso Clínico	41
4.1.3 Discussão	45
4.2 Caso Clínico II: Branqueamento interno	49
4.2.1 Introdução.....	49
4.2.2 Descrição do Caso Clínico.....	49
4.2.3 Discussão	53
5. Referências Bibliográficas	54

Índice de Figuras

Figura 1 - Representação esquemática da ATM e as suas estruturas adjacentes	27
Figura 2 - Ortopantomografia.....	41
Figura 3 - CBCT Pré-Operatório: A-Corte Coronal. B-Corte Sagital. C-Corte Axial.....	42
Figura 4 - Colocação da Guia intra-operatória.....	42
Figura 5 - Programação da Guia Cirúrgica	42
Figura 6 - Microacesso	43
Figura 7 - Marcação das zonas de acesso	43
Figura 8 - Aspiração do conteúdo líquido.	43
Figura 9 - Exérese do pseudoquisto	43
Figura 10 - Janela lateral cirúrgica.....	44
Figura 11 - Elevação da membrana de Schneider.....	44
Figura 12 - Osso xenógeno juntamente com i-PRF.....	44
Figura 13 - Encerramento da janela lateral e da fenestração óssea.....	44
Figura 14 - Colocação do material de enxerto.....	44
Figura 15 - Pós-operatório imediato. CBCT: A- Corte Coronal-Panorâmico. B-Corte Coronal. C-Corte Axial	45
Figura 16 - Fotografia inicial intra-oral.	50
Figura 17 - Marcação de desgaste.	50
Figura 18 - Fotografia após branqueamento.....	51
Figura 19 - Escolha de cor.....	52
Figura 20 - Realização do bisel vestibular.	52
Figura 21 - Verificação do alinhamento.	52
Figura 22 - Fotografia final intra-oral, vista frontal.	53
Figura 23 - Fotografia final intra-oral, vista lateral.....	53

Abreviaturas

ATM – Articulação Temporomandibular

CBCT: Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

DTM – Desordem Temporomandibular

ES: Elevação de Seio

FDI - Federação Dentária Internacional

MS: Membrana de Schneider

QA: Quisto Antral

RAR: Raspagem e Alisamento Radicular

RDC/TMD: Critérios de diagnóstico para pesquisa de desordens temporomandibulares

RPM: Rotações por minuto

%: Percentagem

INTRODUÇÃO

I. Introdução

Segundo a Federação Dentária Internacional (FDI) a saúde oral inclui diversos fatores, sendo ela polivalente e não se limitando apenas aos atos simples como a mastigação, o paladar, a fala, o sorriso mas também às expressões faciais capazes de demonstrar o estado emocional de uma pessoa sem existência de dor ou de patologias craniofaciais. A Medicina Dentária é a responsável por manter uma saúde oral ótima tendo como objetivos o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças orais¹.

Em meados do ano 7000 A.C, na civilização Vale do Indo, datam os primeiros indícios do que se chama hoje medicina dentária mas foi no ano de 5000 A.C, na Suméria, que se encontraram as primeiras descrições relacionadas com cárie dentária em que se dizia que o fator causador da mesma seriam os “vermes dentários”, ideia a qual se provou errada nos anos de 1700².

Em 2600 A.C., no Egito, faleceu *Hesy-Re* conhecido como o primeiro “dentista”. Na sua tumba estava escrito “O maior daqueles que lidam com dentes e dos médicos”. Também no Egito foi escrito *Ebers Papyrus* que falava sobre doenças nos dentes e sobre tratamentos para as dores dentárias³.

Nos anos 100 A.C, *Celsus* escreveu um livro que falava, extensivamente, sobre a higiene oral, a perda de dentes, o tratamento para dores dentárias e as fraturas maxilares³.

Na idade média surgiram evidências, num livro escrito na China, do uso de uma “pasta de prata” que seria um tipo de amalgama. Ainda na idade média, em França, no ano de 1210, foi estabelecida a Guilda dos Barbeiros que tratariam de fazer cirurgias complexas a cirurgias mais simples só que em 1400, os barbeiros que não eram educados para realizar as cirurgias mais complexas, foram proibidos de realizar os procedimentos cirúrgicos à exceção daqueles mais simples como a extração dentária. Em 1530 foi escrito, na Alemanha, o primeiro livro totalmente devoto a medicina dentária³.

No século XVIII viveu *Pierre Fauchard*, conhecido como o pai da medicina dentária moderna. No mesmo século foi descrita uma coroa de ouro que se fixava aos canais dentários por *Claude Mouton*; *Nicolas Dubois de Chemant*, recebeu a patente para coroas de porcelana; *John Greenwood* adaptou a primeira máquina para fazer girar as brocas; *Josiah Flagg* construiu a primeira cadeira adaptada a pacientes de medicina dentária. ⁽³⁾

O século XIX foi descrito como a época de “avanços na ciência e educação” e o século XX como a época de “inovações nas técnicas e tecnologias”. Este último foi marcado por vários acontecimentos dos quais se destacam: formulação da anestesia local; técnica

da cera perdida; ortodontia como a primeira especialidade de medicina dentária a ser fundada; o primeiro implante dentário bem-sucedido com biocompatibilidade; a primeira escova dentária feita com cerdas sintéticas (nylon). As primeiras pastas fluoretadas são comercializadas; descrição da *acid etch technique*; introduzido o primeiro instrumento de rotação a alta velocidade; aprovação do laser para tratamento de tecidos moles; primeira escova elétrica comercial; desenvolvimento do *Bis-GMA* utilizado ainda hoje nos materiais de restauração dentária (resinas compostas); descrição de técnicas de osseointegração; o primeiro produto de branqueamento dentário a ser comercializado; entre outros acontecimentos³.

Em Portugal a história da medicina dentária começa, principalmente, a 13 de julho de 1870 que foi quando se estabeleceu o *Programa para admissão a exames e habilitação de dentista*, os quais eram realizados na Universidade de Coimbra ou nas escolas médicas do Porto ou Lisboa. A Portaria de 13 de julho de 1870 foi revogada no ano de 1911 entregando a prática dentária aos médicos, mas só em 1977 é que se surgiu “de uma forma real, corpórea, a Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa”. Ainda na mesma altura se criou a Escola Superior de Medicina Dentária do Porto, só mais tarde é que se implantou a licenciatura de Medicina Dentária em Coimbra e ainda depois se criaram as instituições privadas com o curso de Medicina Dentária⁴.

A saúde oral em Portugal continua aquém do desejado, o *Barómetro de Saúde Oral de 2019* indica que apenas 31% da população possui todos os dentes e 9.4% têm falta de todos os dentes, também refere que apenas 77.6% escova os dentes com regularidade e só 5% passa fio dentário, observando-se uma queda de 18.6% e 24.5%, respetivamente, e 31.6% da população que nunca visitou o médico dentista ou apenas o fez em casos de urgência⁵.

MATERIAIS E MÉTODOS

II. Materiais e Métodos

Neste RAC foi realizado uma revisão da literatura como base em pesquisas feitas nas bases de dados MEDLINE/Pubmed e Google Scholar procurando temas relacionados com a Medicina Dentária (MD) como a história e evolução, as doenças mais prevalentes nos dias de hoje, os hábitos higiénicos e temas relacionados com as diferentes áreas disciplinares como branqueamento interno, levantamento do seio maxilar (LSM) e presença de cistos no seio maxilar (SM). Depois de obtida a informação, este relatório foi organizado utilizando o programa *Microsoft Word* na edição do texto e o programa *Zotero* na realização do suporte bibliográfico.

Os dados relacionados com a atividade clínica feita pelo binómio 75, no ano letivo 2019/2020, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Viseu, foram recolhidos através dos programas *Newsoft* para colheita de todo histórico médico e em MD, e *Romexis* para as imagens radiográficas.

Contabilizaram-se todos os atos clínicos feitos pelo binómio e identificaram-se aqueles realizados como operador (autor do presente RAC) e como assistente. Para a organização dos dados e análise estatística foi utilizado o programa *Microsoft Excel*. Os dados foram distribuídos em um âmbito geral de toda a atividade clínica e também pelas diferentes áreas disciplinares analisando o diagnóstico, o procedimento e as consultas realizadas.

RESULTADOS

3. Resultados

3.1 Resultados da Atividade Clínica

Neste RAC estão representados os atos clínicos que o binómio 75 realizou na clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu entre as datas de 20 de setembro de 2019 e 13 de março de 2020. Neste período foram marcadas um total de 103 consultas para o mesmo binómio. Devido à doença pandémica e fechamento da clínica dentária a nível nacional, não houve atendimentos posterior a esta data.

No Gráfico 1, podemos aferir as consultas marcadas, das quais 83 foram consultas realizadas, as faltas e desmarcações com um total de 16 consultas e 4 foram reencaminhamentos.

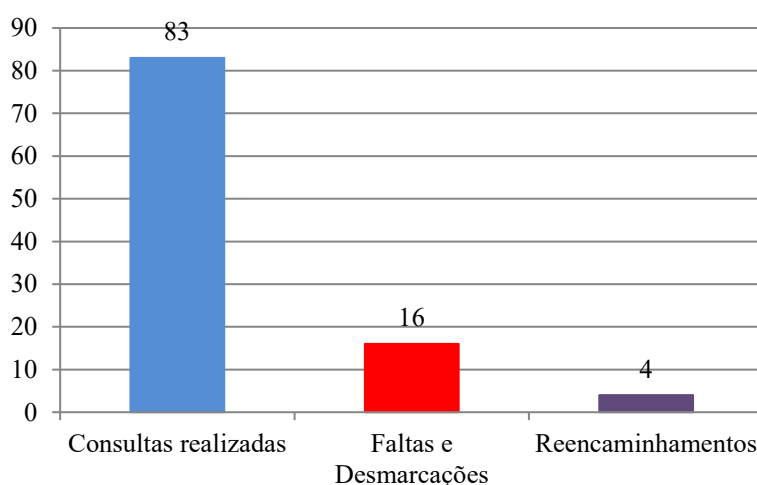


Gráfico 1 – Número de consultas marcadas, faltas e desmarcações e reencaminhamentos.

Dentro das consultas realizadas, 42 foram primeiras consultas e 40 consultas foram consultas de continuidade, tal como está representado no Gráfico 2.

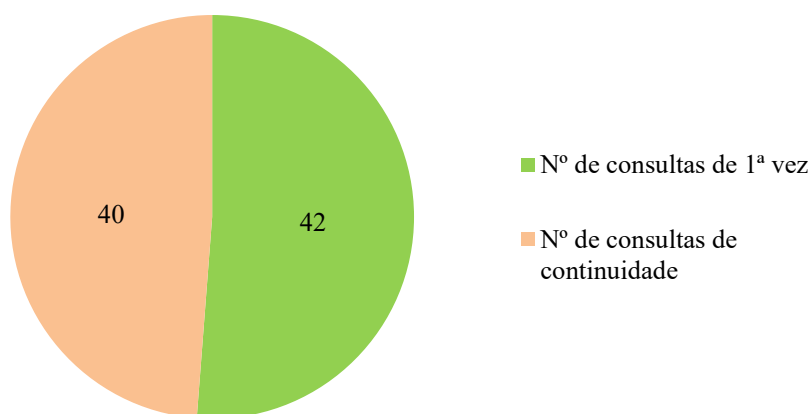


Gráfico 2 – Número de consultas de 1ª vez e de consultas de continuidade.

Ainda referente às consultas realizadas com um total de 83 consultas, o Gráfico 3 demonstra que se realizaram 45 como operador e 38 como assistente.

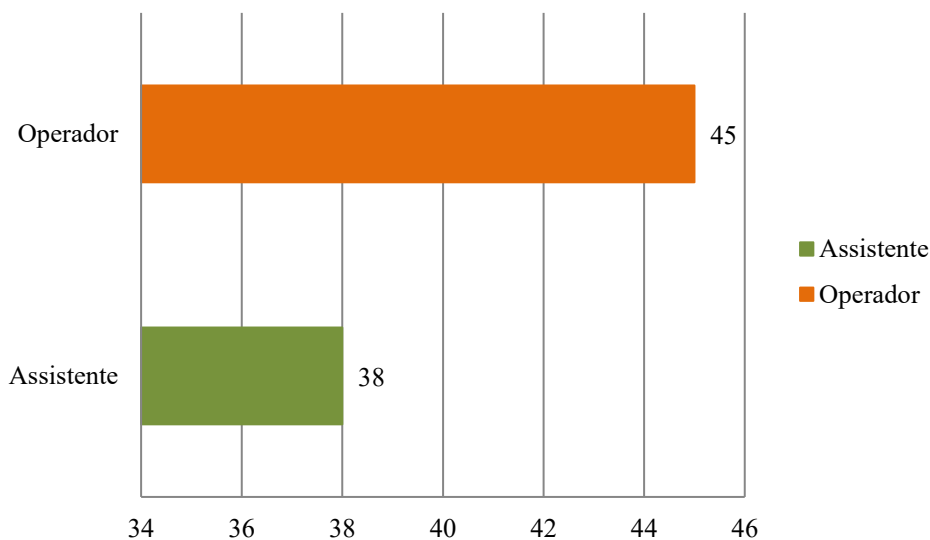


Gráfico 3 – Distribuição das consultas realizadas como operador e assistente.

O Gráfico 4 divide a percentagem de pacientes, agrupando-os segundo o género feminino e masculino. Obteve-se 48% (n=20) pacientes do género masculino e 52% (n=22) do género feminino.

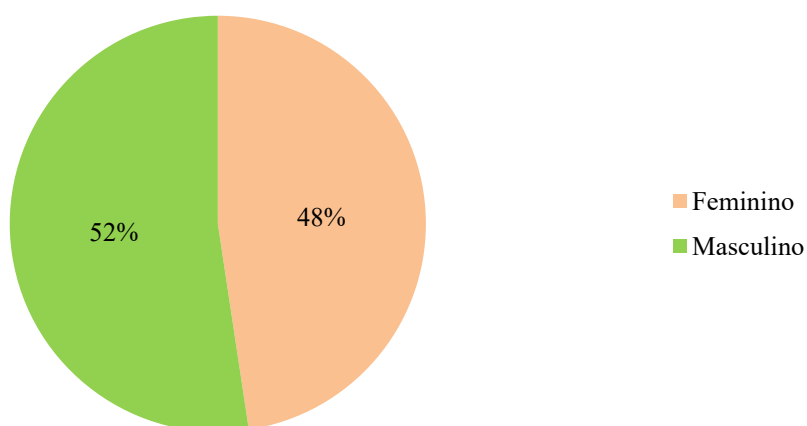


Gráfico 4 – Distribuição das percentagens por género masculino e feminino.

No Gráfico 5 estão representados os pacientes segundo as seguintes faixas etárias: ≤18 anos; entre 19 e 39 anos; entre 40 e 65 anos; >65 anos.

A faixa etária mais prevalente foi entre os 40-65 anos (n=16) e a menos prevalente foi ≤18 anos (n=3).

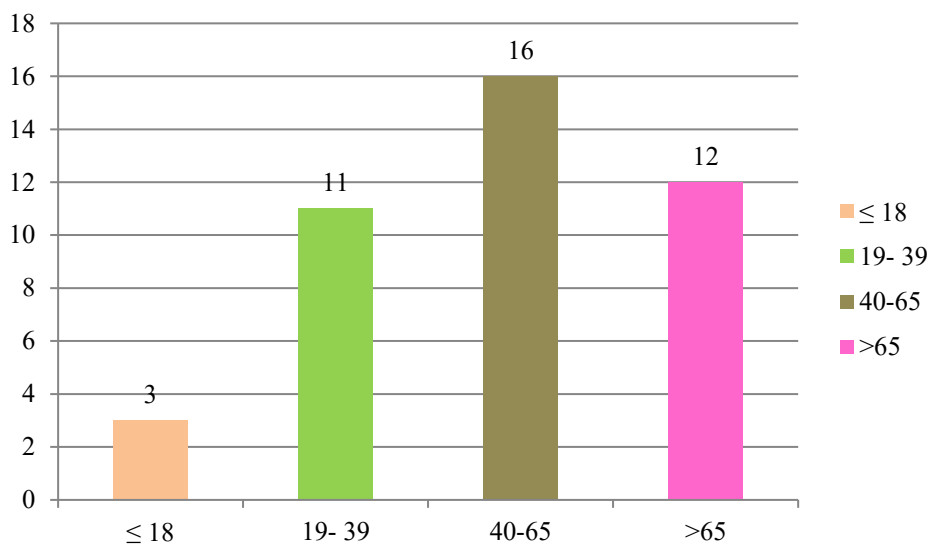


Gráfico 5 – Número de pacientes segundo as faixas etárias.

No Gráfico 6, observa-se as escovagens por dia que cada paciente afirmou realizar. Conclui-se que, a 50% dos pacientes realizam 2 escovagens por dia, 26% dos pacientes realizam 3 escovagens por dia e 24% fazem uma única escovagem diária.

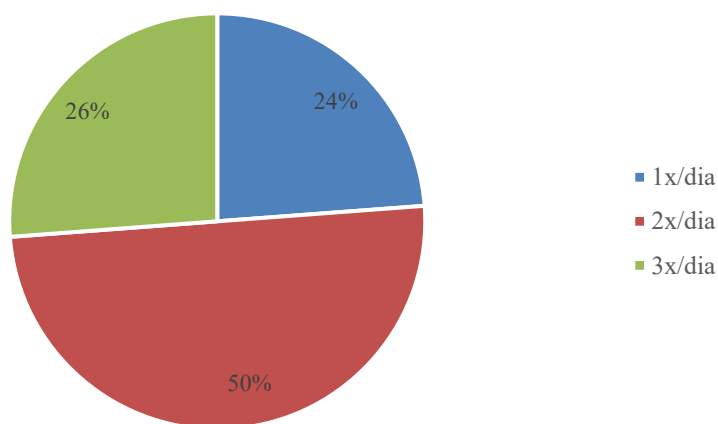


Gráfico 6 – Número de escovagens por dia

Ainda relativamente aos hábitos de higiene, oral de cada paciente, verifica-se no Gráfico 7 que 33 pacientes afirmam não utilizar fio dentário e apenas 9 afirmam utilizar.

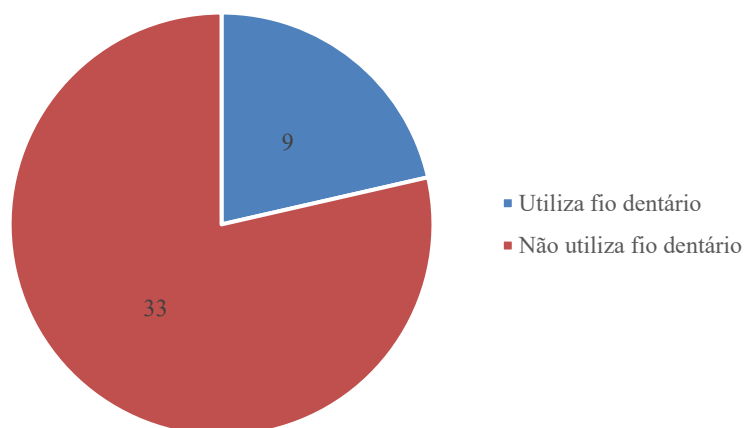


Gráfico 7 – Número de pacientes que afirmam utilizar fio dentário, bem como os que afirmam não utilizar.

Por último, em relação aos hábitos tabágicos concluiu-se que 33 pacientes afirmam ser não fumadores, 7 pacientes afirmam fumar 1 a 10 cigarros por dia e apenas 2 pacientes admitem fumar mais que dez cigarros por dia (Gráfico 8).

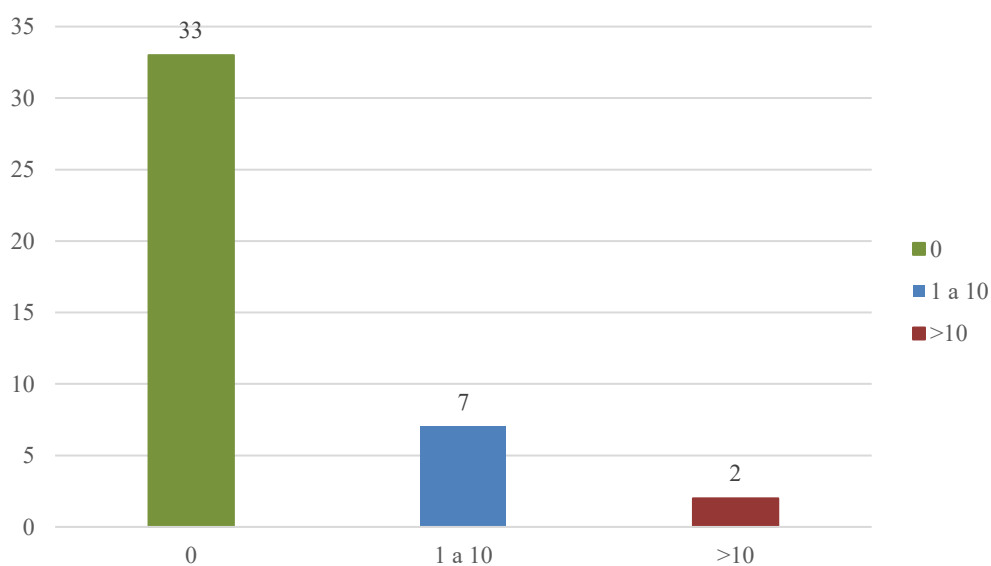


Gráfico 8 – Distribuição do número de cigarros por dia

3.2 Caracterização da Atividade Clínica por Área Disciplinar

Contabilizando um total de 103 consultas marcadas para o binómio 75 podem-se dividir as mesmas, pelas seguintes áreas disciplinares: Endodontia, Ortodontia, Dentisteria Operatória, Prótese Fixa, Prótese Removível, Oclusão, Odontopediatria, Medicina Oral, Cirurgia Oral e Periodontologia. A distribuição de marcações por área disciplinar pode-se visualizar no Gráfico 9.

A área disciplinar com maior número de marcações foi Prótese Removível (n=20) e com menor número de marcações foram Odontopediatria (n=3) e Medicina Oral (n=4).

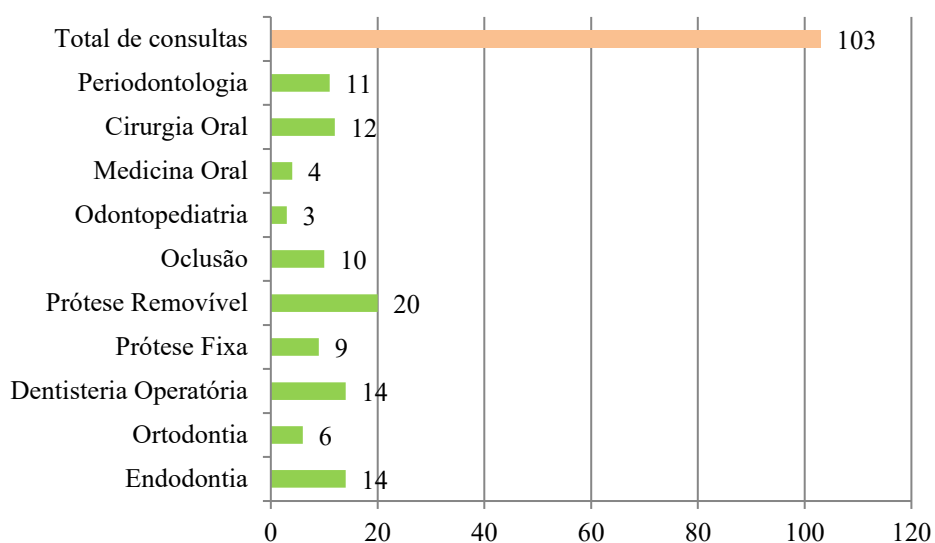


Gráfico 9 – Distribuição de número de marcações por área disciplinar.

O Gráfico 10 corresponde às faltas e desmarcações face ao número total de consultas nas diferentes áreas disciplinares, no qual se verifica que Ortodontia, Prótese Removível e Cirurgia Oral (n=3), foram as áreas com maior número de faltas e desmarcações. Enquanto que Odontopediatria, Prótese Fixa e Medicina Oral não tiveram nenhuma falta e nem desmarcações.

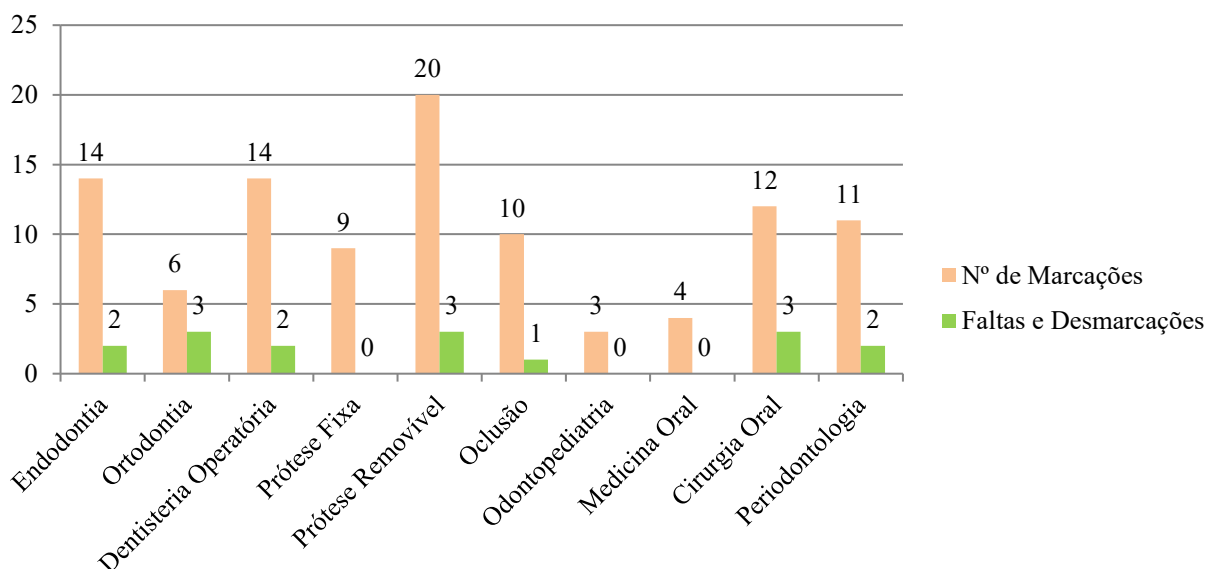


Gráfico 10 – Faltas e desmarcações por cada área disciplinar.

Relativamente ao reencaminhamentos por área disciplinar, a área de Cirurgia Oral teve 2 consultas reencaminhadas e Oclusão e Dentisteria Operatória apenas uma cada (Gráfico 11).

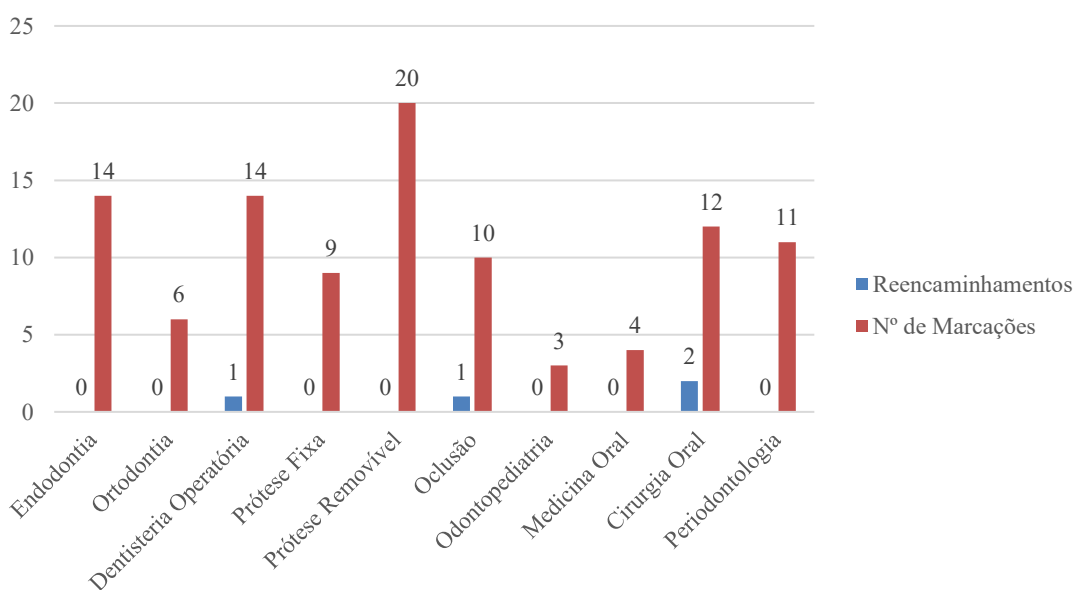


Gráfico 11 – Número de reencaminhamentos por área disciplinar.

3.2.1 Cirurgia Oral

Enquadramento Teórico

A cirurgia oral é o ramo da MD que engloba o diagnóstico e tratamento cirúrgico de doenças, lesões e defeitos nos tecidos moles e duros das regiões orais e maxilofaciais. Esta especialidade envolve desde exodontias simples a cirurgias complexas de traumas faciais⁶.

A cirurgia oral para além da necessidade do conhecimento das estruturas anatómicas deve respeitar alguns princípios básicos como a assepsia do paciente, a assepsia do cirurgião e do campo cirúrgico. A cirurgia deve ser realizada o mais atraumática possível, com um controlo adequado de hemorragia e das vias aéreas. É fundamental a utilização de material adequado e a realização de uma técnica anestésica correta para o controlo da dor⁷.

A história médica do paciente tem de ser o mais detalhada possível, para saber se o paciente é portador de alguma doença ou alergia que possam interferir no tratamento, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar. Em pacientes com terapias anticoagulantes e antiagregantes, pode ser necessário a suspensão temporária da terapia, a redução da dosagem ou a substituição do fármaco. Em alguns casos de cirurgias menores, com base no *International Normalized Ratio (INR)*, não há necessidade de suspender ou reduzir a dosagem do fármaco. O *INR* deve ser feito 24 a 48 horas antes da cirurgia e, como alguns autores definem, deve encontrar-se com valores iguais ou inferiores a três⁸.

Em pacientes medicados com bifosfonatos, principalmente os que estão expostos a períodos longos (>4 anos) existe o risco de osteonecrose dos maxilares em que os procedimentos cirúrgicos, como a extração dentária, são fatores predisponentes. Nestes casos o fechamento por primeira intenção do retalho e a possível suspensão da terapia podem contribuir para o sucesso pós-operatório⁹.

Nos pacientes portadores de doenças sistémicas, como é o caso da *diabetes mellitus*, é importante saber se o paciente está compensado pois nestes casos o processo de cicatrização pode estar comprometido¹⁰.

Exposição de Dados

Na área disciplinar de Cirurgia Oral realizam-se semanalmente consultas com duração de 2 horas. No início da consulta é feita a história clínica do paciente referenciando possíveis doenças, alergias ou medicações prevenindo complicações no período

intraoperatório e pós-operatório. São feitas, maioritariamente, exodontias, cirurgias pré-protéticas e de processos infecciosos.

Nesta área disciplinar realizaram-se 7 consultas das quais 5 foram como operador e 2 como assistente, com 3 faltas e desmarcações, como observado no Gráfico 12.

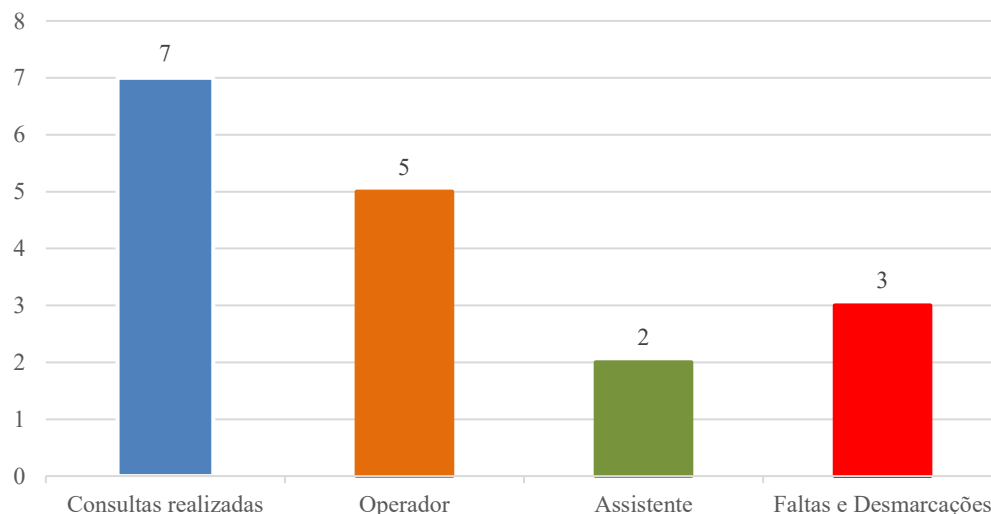


Gráfico 12 – Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações

De entre as 7 consultas realizadas, 5 foram exodontias simples, 1 foi exodontia com odontosecção e 1 consulta foi realizada com biópsia (Gráfico 13).

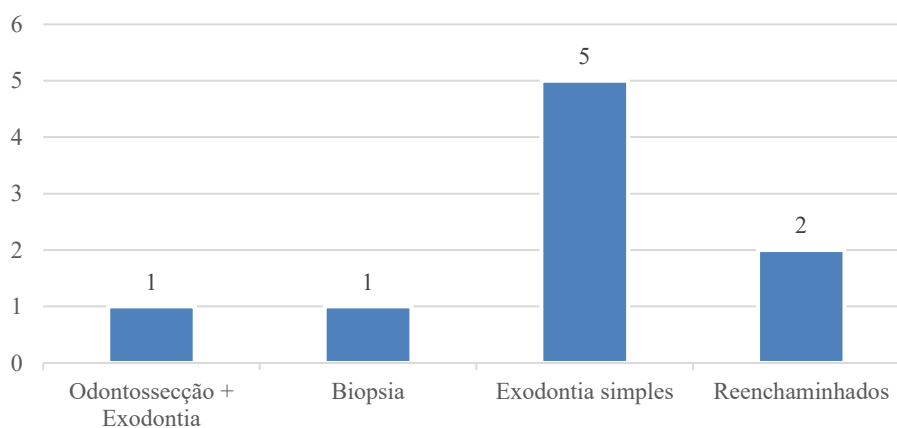


Gráfico 13 – Distribuição das consultas por atos clínicos.

3.2.2 Dentisteria Operatória

Enquadramento Teórico

A Dentisteria operatória é o ramo da medicina dentária que estuda, trata e previne as lesões dentárias cariosas com o intuito de manter e/ou restabelecer a anatomia e função do dente em boca. A cárie, lesão resultante de fraca remoção de placa bacteriana, é a principal doença que promove a perda de dentes, deste modo é necessário a sua deteção precoce através de exames clínicos e exames radiográficos. Os exames clínicos incluem identificação do paciente, identificação da queixa principal, anamnese médica e dentária tal como testes de vitalidade pulpar e avaliação do compromisso estético. Os exames radiográficos complementam o exame clínico pois mostram aspetos não visíveis no exame clínico como lesões periapicais, lesões cariosas sob restaurações, lesões cariosas interproximais e calcificações pulpares. ⁽¹¹⁾

A classificação de Black define as lesões cariosas em 5 classes de acordo com a localização das mesmas, com a 6ª classe adicionada à classificação por Howard e Simon: ⁽¹²⁾

Classe I: corresponde a lesões cariosas ao nível oclusal dos dentes posteriores;

Classe II: corresponde a lesões cariosas ao nível interproximal dos dentes posteriores;

Classe III: corresponde a lesões cariosas ao nível interproximal dos dentes anteriores;

Classe IV: corresponde a lesões cariosas ao nível interproximal que envolvem o bordo incisal dos dentes anteriores;

Classe V: corresponde a lesões cariosas que envolvem a região cervical dentária;

Classe VI: corresponde a lesões cariosas que envolvem o topo das cúspides dos dentes posteriores ou os bordos incisais dos dentes anteriores.

Com o avançar dos anos, as resinas compostas e os sistemas adesivos têm proporcionado, através do uso de diferentes técnicas como a de estratificação, obter resultados estéticos e longevidades satisfatórias. ^(13,14)

Exposição de dados

As consultas de Dentisteria Operatória, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 3 horas semanais. Os pacientes recorrem à clínica no intuito de aliviar a dor, nestas consultas são realizados testes de sensibilidade e exames radiográficos de modo a obter o diagnóstico da condição pulpar. Caso o dente apresente resultados favoráveis aos exames realiza-se a remoção do tecido cariado e a respetiva restauração.

Caso contrário o dente é encaminhado para a área disciplinar de Endodontia. Foram realizadas 12 consultas das quais 6 como operador e 5 como assistente como demonstra o Gráfico 14.

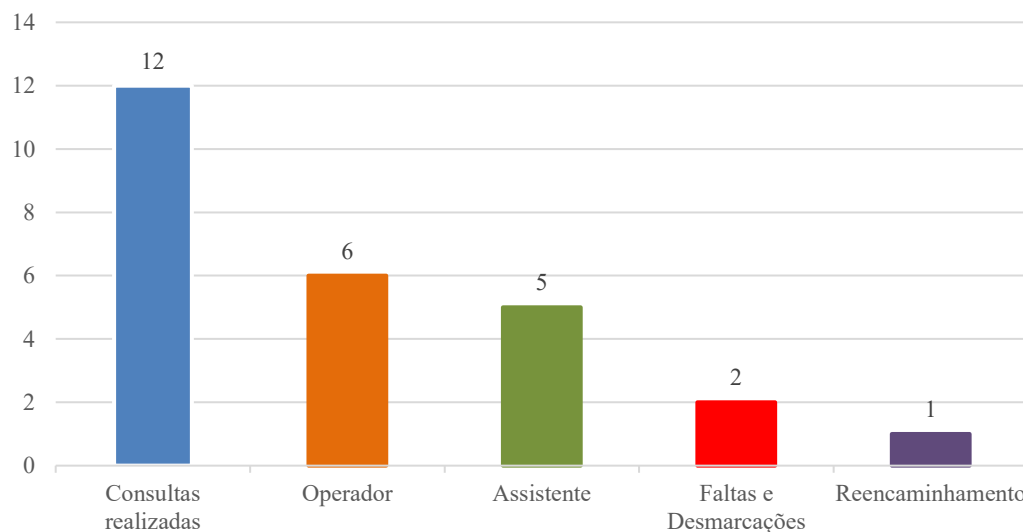


Gráfico 14 - Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente, faltas e desmarcações e reencaminhamentos.

Os atos clínicos realizados foram 2 restaurações Classe I, IV e V e 1 restauração Classe II, III e 1 consulta gratuita, como representa o Gráfico 15.

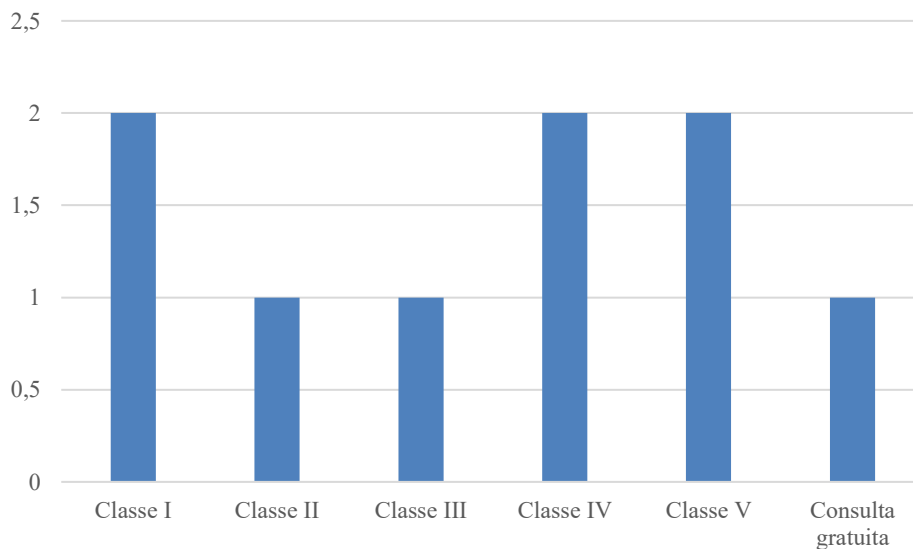


Gráfico 15 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de restauração realizada.

3.2.3 Endodontia

Enquadramento Teórico

Nos dias de hoje, a extração é considerada como último recurso, quando o dente não apresenta prognósticos favoráveis. A manutenção do dente na cavidade oral é um dos objetivos principais do Médico Dentista. Perante um dente cariado, a responsabilidade do medico dentista é remover todo o tecido que não se apresenta são e, posteriormente, restaurar a estética e a função do mesmo. No entanto existem casos em que só a remoção não é suficiente dos quais destacamos as pulpites irreversíveis e as necroses pulpare. ⁽¹⁵⁾

A Endodontia é o ramo da Medicina Dentária que se compromete a diagnosticar as lesões pulpare, com recurso a exames clínicos e radiográficos, e tratar as mesmas evitando possíveis extrações. O tratamento passa por técnicas de preparo canalar com o objetivo de remover o tecido infetado e modular os canais radiculares para a sua obturação preenchendo os mesmos impedindo a propagação de microrganismos. ⁽¹⁶⁾

Exposição de dados

As consultas de Endodontia, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 3 horas semanais. Os pacientes são reencaminhados de outras áreas disciplinares quando a vitalidade pulpar do dente em questão está comprometida. Fazem-se novamente os exames de diagnóstico e consoante os resultados elabora-se o plano de tratamento, iniciando o mesmo.

Nesta área disciplinar foram realizadas 12 consultas das quais 7 como operador e 5 como assistente representado no gráfico 16.

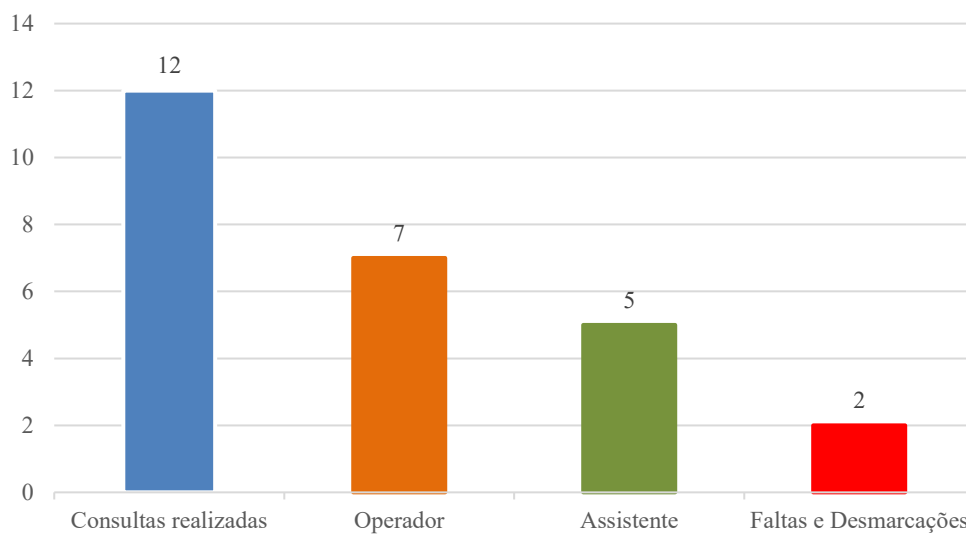


Gráfico 16 - Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações

No Gráfico 17 observamos que 3 pacientes atendidos apresentavam pulpite irreversível, 1 paciente apresentava pulpite reversível e 1 paciente tinha necrose.

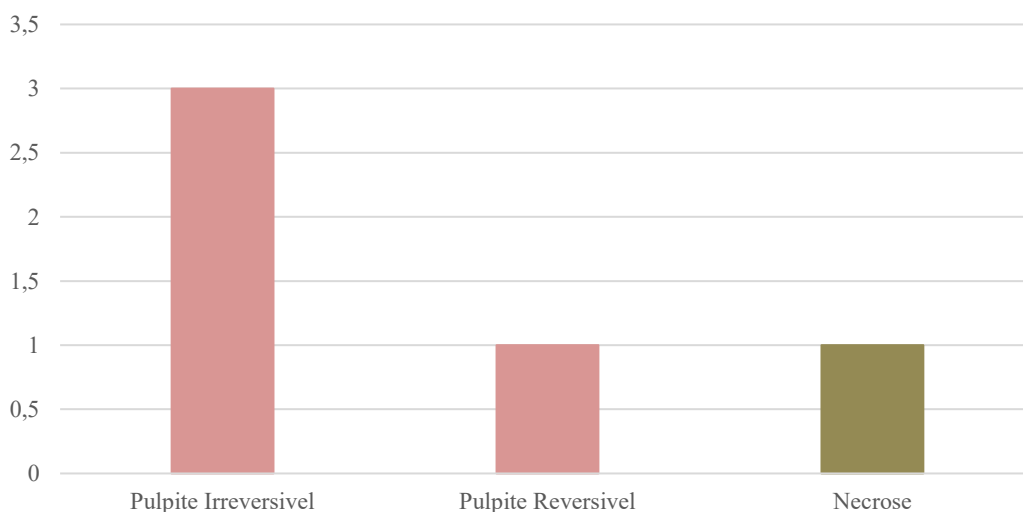


Gráfico 17 - Distribuição dos dentes tratados segundo a sua inflamação pulpar.

Relativamente aos atos clínicos efetuados, 4 foram cavidade de acesso e instrumentação e 3 foram apenas instrumentação.

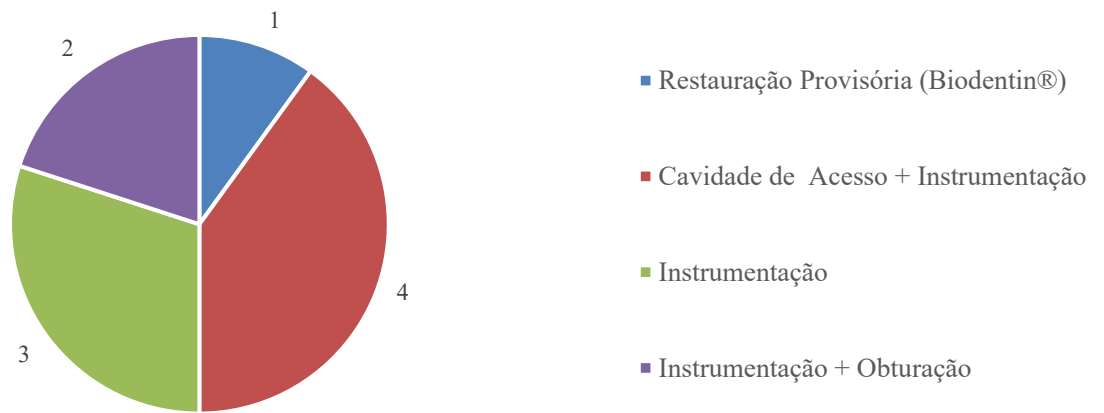


Gráfico 18 – Distribuição dos atos clínicos.

3.2.4 Medicina Oral

Enquadramento Teórico

A medicina oral é o ramo da medicina dentária que se compromete a diagnosticar desordens na região oral e maxilofacial incluindo as desordens nas glândulas salivares, na mucosa oral, na língua, dores orofaciais, desordens neurológicas e manifestações orais de doenças sistémicas, as quais se compromete tratar. ⁽¹⁷⁾

O diagnóstico deve ser preciso incluindo, não só, os aspetos clínicos e radiográficos como também os psicológicos. ⁽¹⁸⁾

Exposição de dados

As consultas de Medicina Oral, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 2 horas semanais. Nesta área disciplinar realizam-se consultas de controlo, seguimento e tratamento de patologias orais, são realizadas biopsias e todas as consultas de primeira vez. Nesta área disciplinar foram realizadas 4 consultas das quais 2 como operador 2 como assistente representado no Gráfico 19.

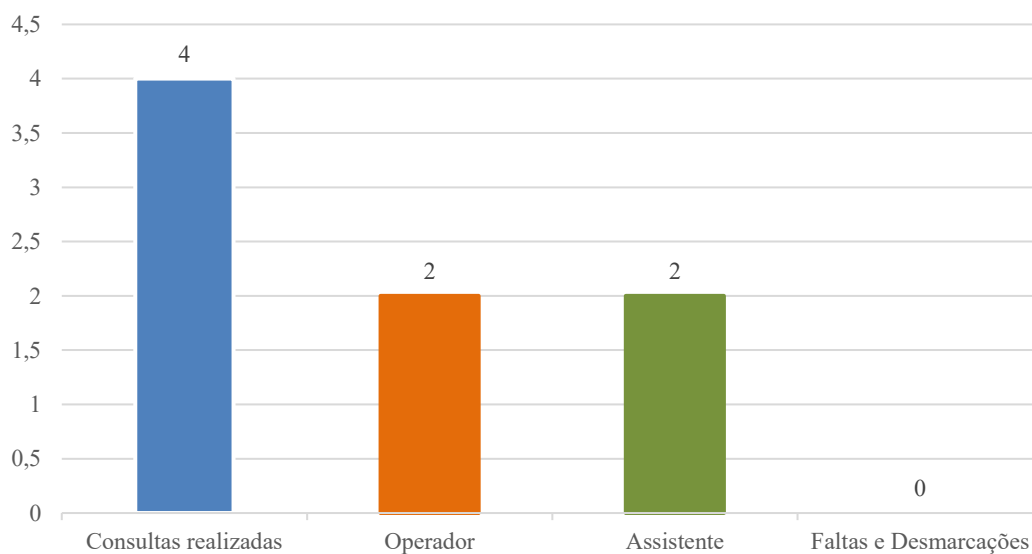


Gráfico 19- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações

De entre as 4 consultas realizadas, 2 foram consultas de diagnóstico, 1 consulta foi biópsia e 1 consulta de controlo (Gráfico 20).

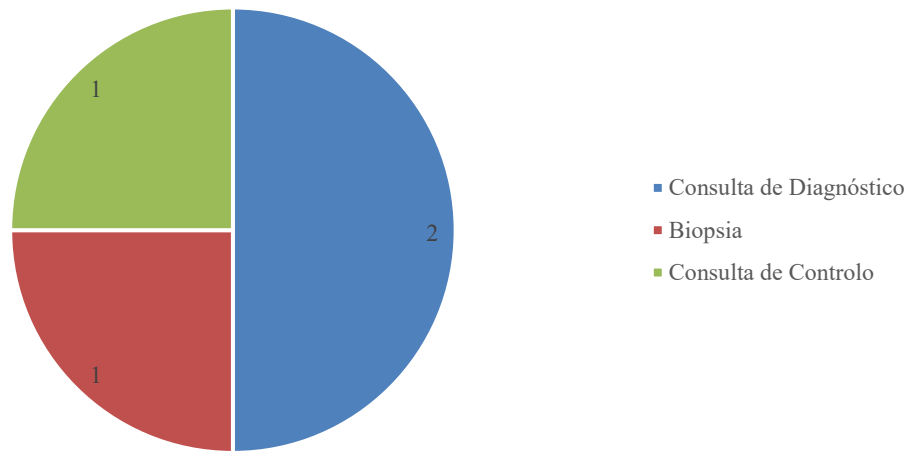


Gráfico 20- Distribuição dos atos clínicos.

3.2.5 Oclusão

Enquadramento Teórico

A Oclusão é a área da Medicina Dentária que se destina ao estudo e compreensão dos movimentos mastigatórios, desde a engrenagem dentária aos movimentos articulares. O principal objetivo é diagnosticar possíveis transtornos relacionados com a articulação temporomandibular (ATM), com a musculatura mastigatória, com a intercuspidação dentária e com os tecidos de suporte. ^(19,20)

A ATM é uma diartrose bilateral, esta articulação em simultâneo com as estruturas adjacentes tem um papel fundamental no movimento mandibular e na distribuição do stress produzido durante a fala, a mastigação e a deglutição. Na Figura 1, pode-se observar uma representação esquemática, de um corte sagital da ATM e as estruturas circundantes. ⁽²¹⁾

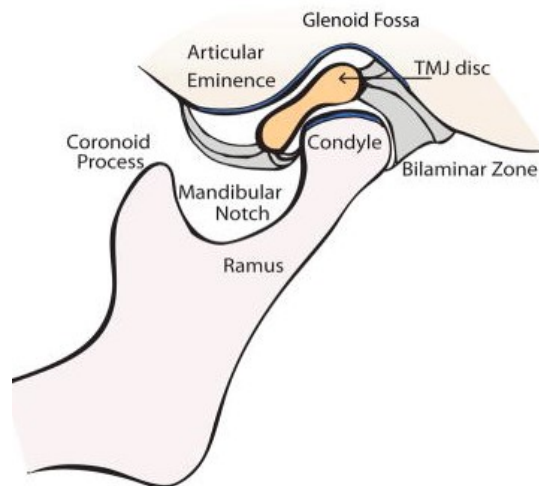


Figura 1 – Representação esquemática da ATM e as suas estruturas adjacentes

As desordens temporomandibulares (DTM) pertencem à classe das condições músculo-esqueléticas degenerativas associadas a deformidades funcionais, onde se inserem as patologias disco-articulares e as disfunções musculares associadas. Os principais sintomas e sinais associados são os ruídos articulares, limitações nos movimentos de abertura e fecho e dor orofacial.

Após a realização do diagnóstico de possíveis transtornos é definido um plano de tratamento adequado. O RDC/TMD é um questionário para o diagnóstico das DTM, este baseia-se em uma avaliação clínico intraoral e extraoral que permite a identificação de características clínicas inerentes às DTM. ⁽²²⁾

Exposição de dados

As consultas de Oclusão, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 2 horas semanais. Nesta área disciplinar realizam-se diagnósticos em pacientes que referem dores na articulação temporo-mandibular com recurso ao RDC o qual permite elaborar um plano de tratamento adequado. Com o recurso a impressões de ambas as arcadas, realização de modelos de estudo e montagem em articulador individualizado, é possível obter goteiras de relaxamento, indicadas para estes tipos de dor. Nesta área disciplinar foram realizadas 8 consultas das quais 4 como operador e 4 como assistente representado no Gráfico 21.

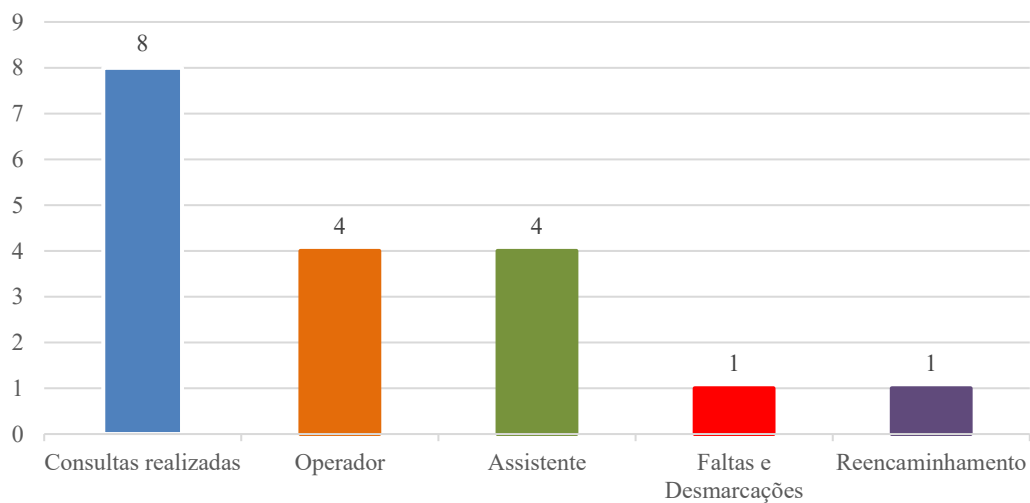


Gráfico 21- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente, faltas e desmarcações e reencaminhamentos.

Relativamente aos atos clínicos, realizaram-se 3 consultas de controlo, 2 consultas de entrega de goteira e os restantes tratamentos foram feitos apenas 1 vez.

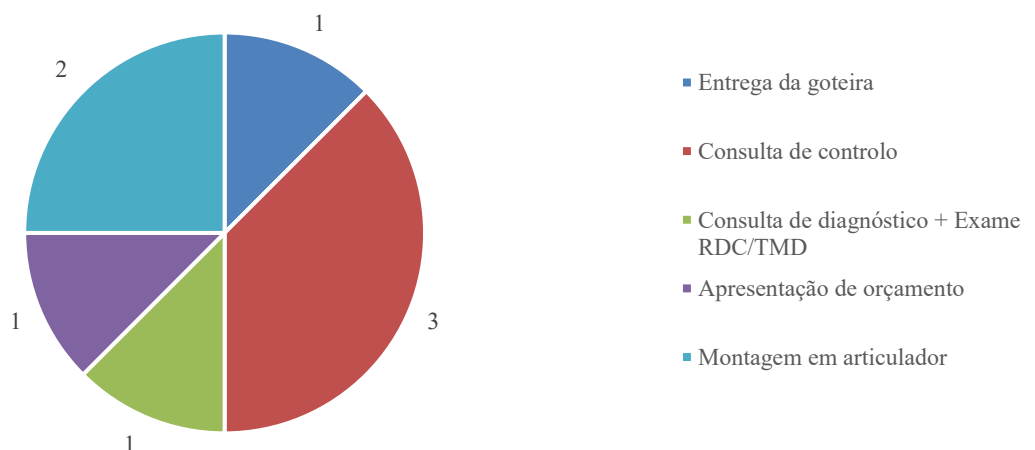


Gráfico 22- Distribuição do tipo de atos clínicos realizados.

3.2.6 Odontopediatria

Enquadramento Teórico

A Odontopediatria é um ramo da medicina dentária que engloba todas as especialidades e se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças orais em crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos. O médico dentista tem de ser capaz de compreender a criança no seu desenvolvimento “físico, cognitivo e psicossocial” e de saber trabalhar com a mesma, conversar e evitar qualquer experiência desagradável, como procedimentos dolorosos, que possam causar algum tipo de trauma. ^(23, 24)

O médico dentista tem como função orientar os pais e as crianças para a prevenção de qualquer patologia oral como caries precoces que podem resultar em exfoliações prematuras comprometendo o espaço na arcada. Também se deve instruir sobre os cuidados alimentares e prevenção de hábitos deletérios. ⁽²⁴⁾

Exposição de dados

As consultas de Odontopediatria, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 2 horas semanais. Neste ramo realizam-se consultas das diversas áreas disciplinares desde tratamentos endodônticos à colocação de selantes de fissuras. Nesta área disciplinar foram realizadas 3 consultas das quais 1 consulta foi realizada como operador e 2 como assistente representado no Gráfico 23.

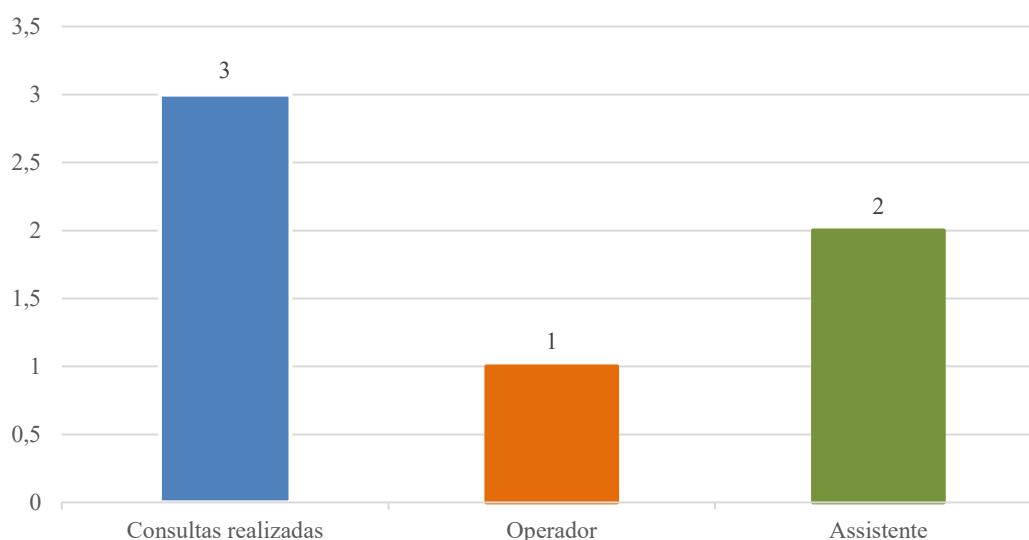


Gráfico 23- Distribuição segundo consultas realizadas, operador e assistente.

Em Odontopediatria os atos clínicos realizados foram um tratamento restaurador Classe I, um tratamento restaurador Classe II e uma destartarização como representado no Gráfico 24.

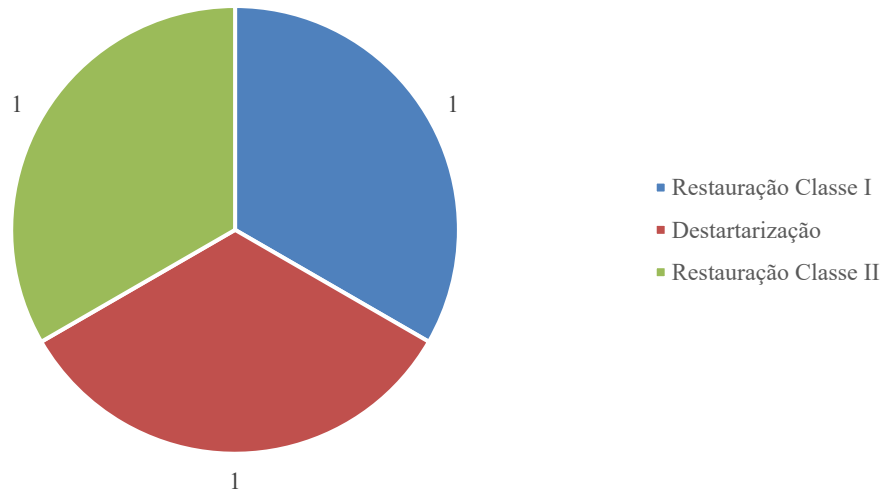


Gráfico 24- Tipo de atos clínicos realizados.

3.2.7 Ortodontia

Enquadramento Teórico

A Ortodontia é responsável pelo estudo do crescimento craniofacial, incluindo o desenvolvimento oclusal, e pelo tratamento de más oclusões. ⁽²⁵⁾

A má oclusão dentária e esquelética afeta um grande número de pessoas no mundo inteiro, trazendo problemas tanto de ordem estética, quanto de ordem funcional para a vida dos seus portadores. ⁽²⁶⁾

Esse tipo de anomalia dentofacial é relatada desde a Antiguidade, sendo que aparelhos rudimentares com o propósito de corrigir a oclusão datados desse período já foram encontrados no Egito e na Grécia. É nesse momento em que se origina os primórdios da Ortodontia. Entretanto, a Ortodontia moderna, tem sua origem no século XVIII, na França. ⁽²⁵⁾

O diagnóstico em Ortodontia é um fator decisivo no sucesso do tratamento. Os exames facial, funcional e radiográfico são importantes para um bom planeamento e prognóstico do tratamento final. Através da utilização da cefalometria é possível marcar os pontos anatómicos e realizar os traçados necessários para descobrir os planos que permitem a realização de um diagnóstico mais preciso. O estudo dos modelos também constitui um papel importante na decisão final do tratamento. ⁽²⁷⁾

Exposição de dados

As consultas de Ortodontia, realizadas na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 2 horas semanais. Nesta área disciplinar realizam-se consultas de diagnóstico de mal oclusões seguidas da execução de um plano de tratamento. Também se fazem consultas de controlo e seguimento. Nesta área disciplinar, foram realizadas 3 consultas das quais 2 delas foram como operador e 1 como assistente representado no Gráfico 25.

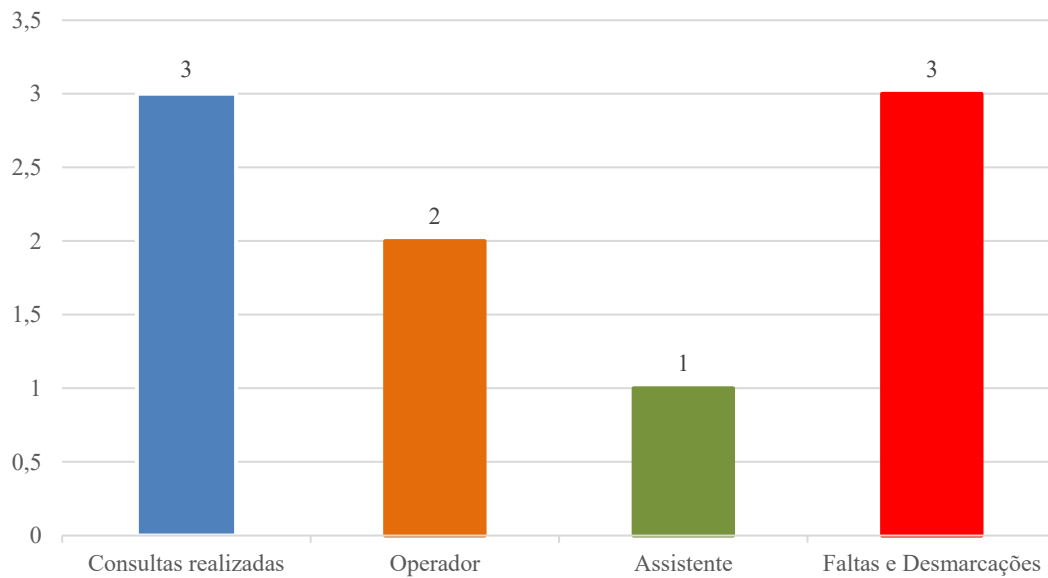


Gráfico 25- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações.

Em relação às consultas de Ortodontia, foram feitas duas consultas de controlo e uma consulta de avaliação ortodôntica (Gráfico 24)

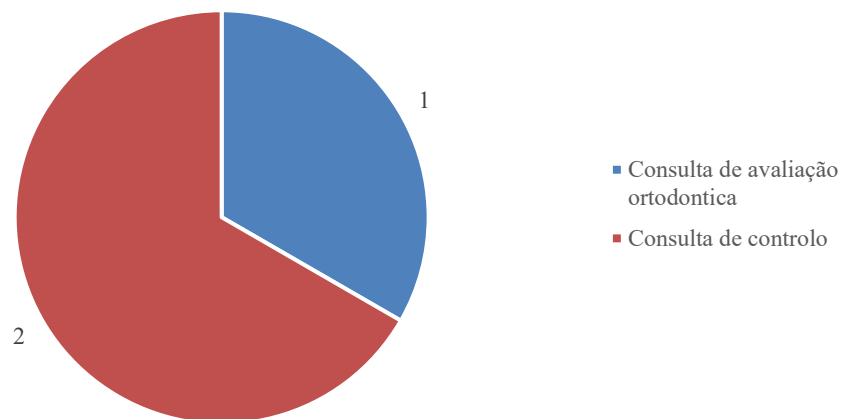


Gráfico 26- Número de consultas realizadas segundo o ato clínico.

3.2.8 Periodontologia

Enquadramento Teórico

A Periodontologia destina-se ao estudo e manutenção do periodonto, procurando possíveis doenças associadas ao mesmo e estudar os tratamentos necessários para manter o dente em boca. O periodonto engloba os “tecidos de recobrimento e suporte do dente: gengiva, ligamento periodontal, cimento e osso alveolar”. Este tem como função a inserção dentária e o suporte de cargas oclusais, onde o ligamento periodontal tem grande influência tal como o osso alveolar e o cimento, e a proteção dos tecidos realizada pela gengiva.⁽²⁸⁾

Quando há um desequilíbrio nos mecanismos de defesa do hospedeiro e um acúmulo de placa bacteriana, a doença periodontal é agravada. De acordo com a literatura os fatores virulentos também podem agravar a doença periodontal.⁽²⁹⁾

Para o diagnóstico da doença periodontal, em 2018, foram feitas novas classificações divididas em condição periodontal e em condição peri-implantar:⁽³⁰⁾

1. Doenças e Condições periodontal com os seguintes grupos:
 - Saúde periodontal, doença e condição gengival; Periodontite; Outras condições que afetam o periodonto;
2. Doenças e condições peri-implantares com os seguintes grupos:
 - Saúde peri-implantar; Mucosite peri-implantar; Peri-implantite; Deficiências peri-implantares nos tecidos moles e nos tecidos duros.

Exposição de dados

Na clínica dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, na cadeira de Periodontologia, realizam-se os diagnósticos utilizando softwares específicos para registo e análise de imagem (ortopantomografia) e utilizando a sondagem periodontal em 6 pontos dentários de cada dente.

As consultas de Periodontologia, realizadas também na Clínica Dentária Universitária, têm a duração de 2 horas semanais. Realizam-se exames complementares radiográficos e fazem-se diagnósticos do estado periodontal através do preenchimento da história clínica e da mensuração da profundidade das bolsas periodontais, das resseções, do grau de sangramento, do grau de mobilidade, do grau de biofilme e do envolvimento de furca para a realização do plano de tratamento. Nesta área disciplinar foram realizadas 9 consultas das quais 5 como operador 4 como assistente representado no Gráfico 27.

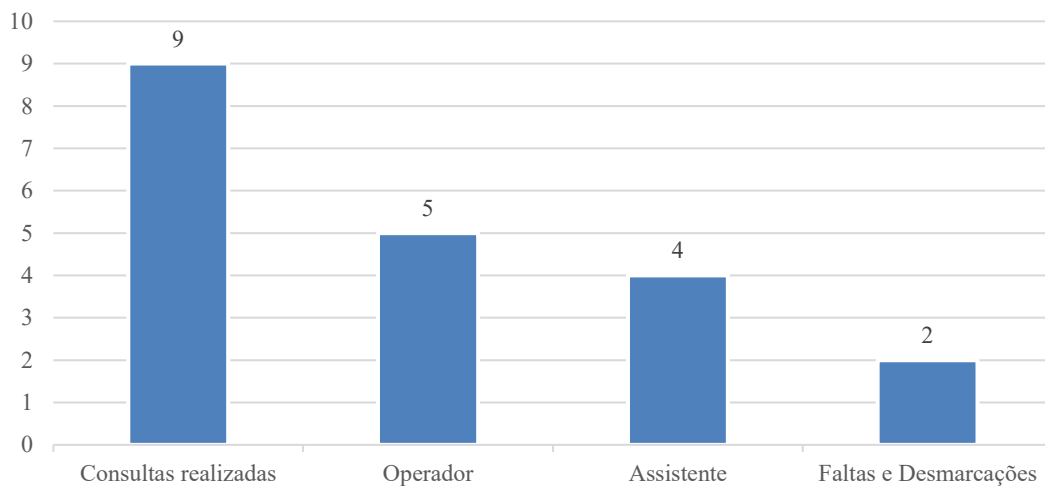


Gráfico 27- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações

Nas consultas e Periodontologia realizaram-se sete destartarizações com polimento e duas raspagens e alisamentos radiculares (RAR) observado no Gráfico 28.

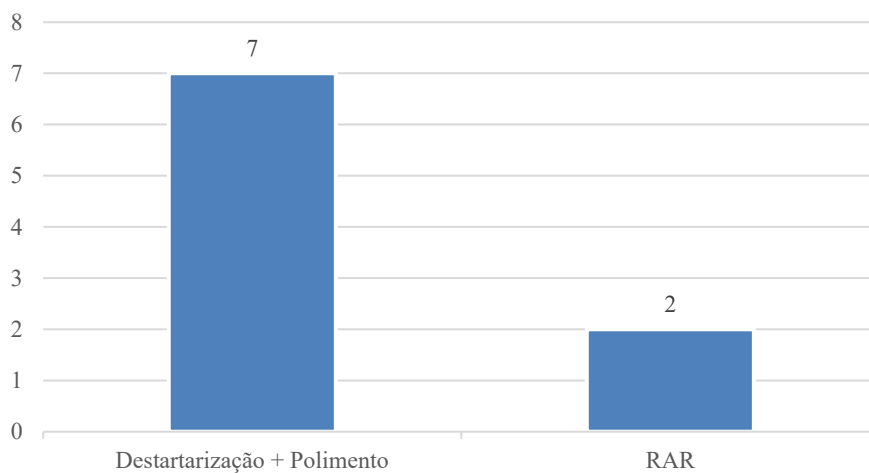


Gráfico 28- Número de consultas feitas com destartarização + Polimento ou RAR.

3.2.9 Prótese Fixa

Enquadramento Teórico

A prótese fixa é o ramo da medicina dentária que se compromete a restaurar funcional e esteticamente a coroa de um dente ou de uma arcada inteira tendo em conta todos os princípios da oclusão promovendo uma capacidade mastigatória comoda para o paciente, a saúde e integridade das arcadas e atender aos desejos estéticos do mesmo melhorando a sua autoestima. Este tipo de tratamento, respeitando os devidos princípios, poderá diminuir problemas relacionados com a articulação temporomandibular e com os músculos mastigatórios. ⁽³¹⁾

Com base no plano de tratamento é possível restaurar as peças dentárias recorrendo a coroas metálicas, cerâmicas ou metalo-cerâmicas respeitando os princípios de preparos dentários para cada uma destas. ⁽³²⁾

A utilização de facetas cerâmicas tem vindo a aumentar nos últimos anos, estas são um ótimo recurso para restaurar esteticamente os dentes anteriores. Nestes casos a remoção de estrutura dentária no preparo é mínima, confinando-se apenas ao desgaste de esmalte. ⁽³³⁾

Exposição de dados

Em prótese fixa realizam-se consultas na Clínica Dentária Universitária, com a duração de 4 horas semanais. Nesta área disciplinar realiza-se a história médica do paciente, os exames radiográficos complementares e a classificação de dentes extensamente destruídos para a elaboração do plano de tratamento. A atividade clínica consiste em consultas de controlo, preparação de cotos dentários, colocação de coroas provisórias e cimentação de próteses definitivas desde coroas unitárias a pontes fixas. Nesta área disciplinar foram realizadas 9 consultas das quais 5 foram como operador e 4 como assistente representado no Gráfico 29.

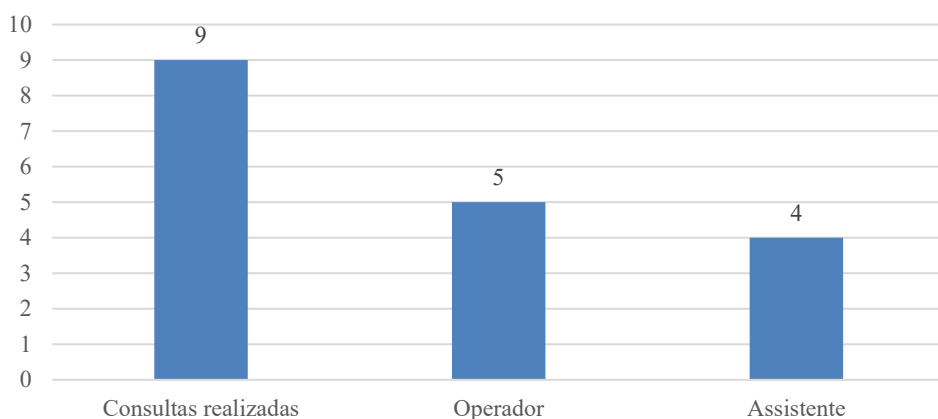


Gráfico 29- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações.

Em Prótese Fixa realizaram-se quatro consultas de avaliação, duas consultas de controlo, uma de impressões definitivas, uma de entrega de prótese total provisória sobre implantes, uma entrega de prótese removível com acrescento de dente e foi feito um reencaminhamento como se vê no Gráfico 30.

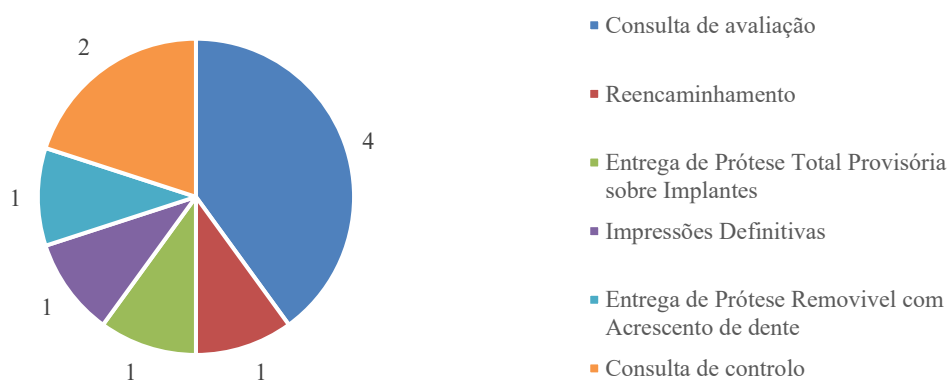


Gráfico 30- Distribuição dos atos clínicos realizados.

3.2.10 Prótese Removível

Enquadramento Teórico

A prostodontia removível é o ramo da medicina dentária que se compromete a estudar e classificar o edentulismo, restaurando a estética e função mastigatória com o recurso a próteses totais ou parciais, esqueléticas ou acrílicas, que substituem dentes e estruturas anatómicas da cavidade oral. Em relação ao suporte, as próteses totais são mucossuportadas e as próteses parciais são dento-muco-suportadas. ⁽³⁴⁾

Para classificar o edentulismo parcial, *Kennedy* diferenciou em 4 classes:

- Classe I: Área desdentada bilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;
- Classe II: Área desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;
- Classe III: Área desdentada unilateral com dentes naturais remanescentes tanto posteriores como anterior a eles (intercalar);
- Classe IV: Área desdentada única bilateral, cruzando a linha média e localizada anteriormente aos dentes naturais remanescentes. ⁽³⁵⁾

O edentulismo parcial ou total é um fator impactante na vida social de um indivíduo afetando não só a estética como também a fonética e a capacidade mastigatória. ⁽³⁶⁾ Nos países industrializados, como na Europa, a esperança média de vida tem vindo a aumentar tal como a dessensibilização à saúde oral e o acesso aos tratamentos dentários o que reduz a frequência de edentulismo, mas continuam a ser significativos os casos em que existe ausência de peças dentárias. ⁽³⁷⁾

A utilização de prótese removível é uma opção económica e de rápida execução considerando-se uma opção de tratamento viável desde que a mesma apresente os princípios biomecânicos da reabilitação e que o paciente mantenha a sua higiene oral não comprometendo a estabilidade da prótese nem os dentes pilares. ^(37,38)

Exposição de dados

Em Prótese Removível realizam-se consultas na Clínica Dentária Universitária, com a duração de 4 horas semanais. Nesta área disciplinar avaliam-se o estado dos tecidos moles, a crista residual, o estado dos dentes pilares e classifica-se o edentulismo. Fazem-se impressões preliminares de modo a obter uma moldeira individualizada para se realizarem os modelos de trabalho. Estes são estudados no paralelometro, juntamente com a classificação do edentulismo e a avaliação do estado dos dentes pilares obtendo um diagnóstico definitivo que permite obter um plano de tratamento ideal. Nesta área disciplinar

foram realizadas 17 consultas das quais 8 como operador e 9 como assistente, como representado no Gráfico 31.

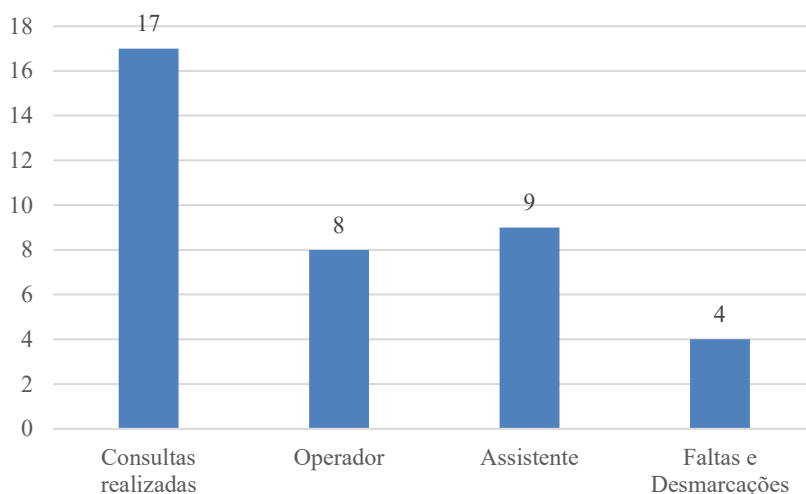


Gráfico 31- Distribuição segundo consultas realizadas, operador, assistente e faltas e desmarcações.

Nesta cadeira clínica fizeram-se sete primeiras consultas mais avaliação, dois acrescentos de dente, duas rebasamentos em resina dura no consultório, uma impressão preliminar, uma preparação pré-protética, uma entrega de prótese consertada e uma apresentação de orçamento mais impressões preliminares (Gráfico 32).

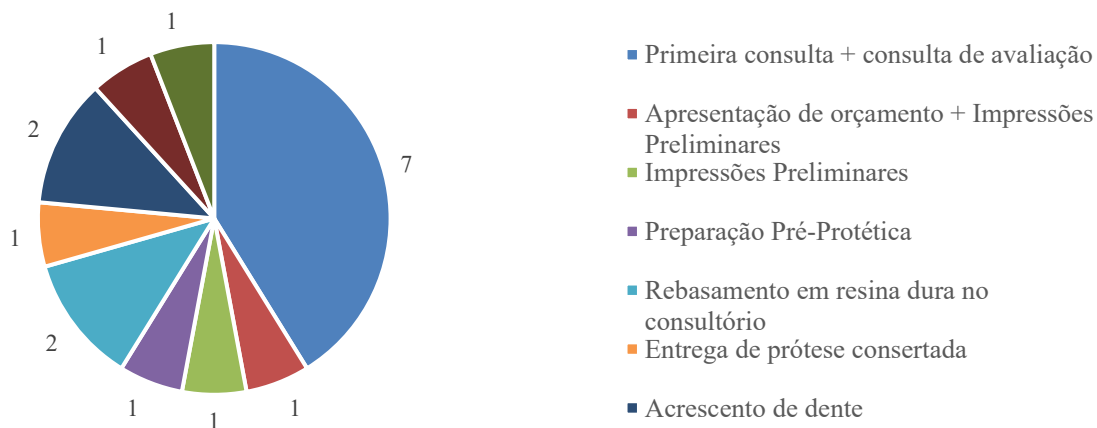


Gráfico 32- Distribuição dos atos clínicos realizadas.

4. Casos Clínicos Diferenciados

4.1 Caso Clínico I: Levantamento de Seio Maxilar com Enucleação de Pseudocisto Antral

4.1.1 Introdução

A elevação do seio maxilar por via lateral pertence às técnicas utilizadas na cirurgia oral implantológica, que pretende aumentar a altura vertical da crista óssea mediante um acesso na parede lateral maxilar permitindo desprender e elevar a membrana sinusal conforme previsto por Tatum, que desenvolveu a técnica e relatou pela primeira vez em 1976 a qual foi publicada em 1980 por *Boyne e James*.⁽³⁹⁾ Posteriormente, foram planeados preenchimento por enxerto ósseo associado com fibrina rica em plaquetas (PRF), obtida a partir da colheita do sangue periférico, e instalados no antro sinusal para, em tempo adequado, produzir a regeneração óssea desejada.

O seio maxilar ou antro de Highmore é o maior dos seios paranasais. É um espaço pneumático bilateral contido no interior do osso maxilar, apresentando um formato piramidal quadrangular, com base voltada para a parede lateral da cavidade nasal. Encontra-se revestido por epitélio colunar pseudoestratificado ciliado (epitélio do tipo respiratório).⁽⁴⁰⁾ A membrana do seio, também conhecida como membrana de Schneider, apresenta três camadas: o epitélio respiratório, uma camada intermédia de tecido conjuntivo delgado, conhecida como lamina própria, e uma fina capa de perióstio, que está aderida ao osso.⁽⁴¹⁾ Na camada intermédia existem glândulas seromucosas, responsáveis pelas secreções de mucosidade.^(42,43)

A presença de cistos no seio maxilar pode revelar-se uma complicação aquando da necessidade da elevação da membrana do seio.⁽⁴⁴⁾ Radiograficamente os cistos que se formam dentro do seio maxilar aparecem como densidades hemisféricas projetadas desde a parede sinusal ao lúmen.⁽⁴⁵⁾ Entre os mais comuns encontrados existem o pseudocisto antral, o cisto de retenção mucoso, o cisto periapical intrasinusal e a mucocele do seio maxilar.⁽⁴⁶⁾

O pseudocisto antral, é denominado “pseudo” porque parte do mesmo carece de revestimento epitelial resultando de um acúmulo de exsudato inflamatório que se situa entre o perióstio e a mucosa da membrana de Schneider.⁽⁴²⁾ É uma lesão radiopaca em forma de cúpula, que de forma habitual se localiza no assoalho do seio.⁽⁴⁷⁾

O cisto de retenção mucoso ocorre quando existe um bloqueio nas glândulas mucosas da lamina própria. Este apresenta-se recoberto por epitélio e preenchido por

mucina. Geralmente são cistos de pequenas dimensões localizados perto do óstio maxilar. Não existem diferenças a nível radiográfico entre esta entidade e o pseudocisto antral. (47-49)

Os cistos periapicais inflamatórios apresentam-se como uma lesão radiolúcida, unilocular associada, de forma comum, a um dente não vital ou previamente endodonciado. Em ocasiões, podem encontrar-se no interior do seio maxilar, devido ao facto do ápice se encontrar dentro ou perto do mesmo. (50) A presença de cortical que circunda o cisto e o estado do dente associado são de grande ajuda no diagnóstico e no diferencial do mesmo. (51)

Quando se fala em mucocele do seio maxilar deve-se ter em conta que este não está ligado a fenómenos de extravasação (como os descritos no lábio inferior). Representa uma entidade de prevalência rara com carácter expansivo, podendo causar reabsorção óssea. Caracteriza-se pelo bloqueio do óstio devido a possíveis traumas ou alergias. Encontra-se rodeado por um epitélio de tipo respiratório preenchido por mucina. (47-49,52). O seu carácter expansivo torna as paredes ósseas mais finas e provoca um aumento das dimensões do seio maxilar. De forma radiológica, apresenta-se radiopaco preenchendo grande parte do seio, e as paredes ósseas finas ou destruídas. (53) Na literatura, alguns autores utilizam a terminação mucocele para se referirem ao pseudocisto antral ou ao cisto de retenção mucoso. Deve-se lembrar que a maioria dos pseudocistos e cistos de retenção do seio maxilar são assintomáticos e provavelmente não estão relacionados a fenómenos sinusais obstrutivos. (54, 55)

O pseudocisto representa a lesão cística benigna mais frequente do seio maxilar. Encontrado em 7% da população adulta, é localizado de forma mais comum no assoalho do seio maxilar. Assintomático, na maioria dos pacientes, a deteção é feita após uma avaliação radiográfica de rotina que revela uma lesão radiopaca típica em forma de cúpula bem definida. Na ausência de sintomas clínicos o tratamento é desnecessário. (42,56) Na sua etiologia, tem sido relacionado a infeções periapicais e parodontias, infeções próprias do seio maxilar de causa dental ou nasal (sinusite maxilar) e causas alérgicas. (57)

As patologias do seio maxilar são um potencial risco para a perda de implantes e da dimensão vertical óssea. A melhor conduta para elevação do seio maxilar em uma zona com presença de um pseudocisto antral, permanece ainda hoje controversa e as apresentações de casos clínicos reportadas na literatura são escassas. (58,59)

Quanto às possibilidades de ajuda no potencial regenerativo para tecido local, emerge em 2001 o biomaterial autólogo com base no sangue e, então, alcance da fibrina rica em plaquetas (PRF), a qual é uma técnica inicialmente descrita por Choukroun et al. (60)

que utiliza tubos de vidro secos ou tubo plástico com revestimento de sílica com o objetivo de acumular plaqueta e induzir a liberação de citocinas a partir do coágulo de fibrina obtido após centrifugação, com fácil preparação e baixo custo. O protocolo desenvolvido tem sido aprimorado e se tem atualmente modificações da técnica original. Surge então o PRF injetável (i-PRF), fluido, que é a forma líquida de PRF, que surgiu em 2014 através do conceito de baixa velocidade de centrifugação com diminuição do tempo e usando tubos plásticos sem revestimento de sílica para impedir a rápida coagulação do sangue. O i-PRF também é um agente bioativo e estimulador da regeneração tecidual^(61,62).

O i-PRF apresenta diversas vantagens, como um número maior de células de interesse e fatores de crescimento presentes no produto final, o que será benéfico para a regeneração tecidual. Ainda assim, como vantagens, esse PRF injetável pode ser usado sozinho ou com outro tipo de biomaterial, como um enxerto ósseo que promove uma aglomeração (devido a fibrina humana) e melhora o potencial de cicatrização do local^(62,63).

4.1.2 Caso Clínico

Paciente caucasiano, gênero masculino, 53 anos, fumador, apresenta-se na Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da UCP com o intuito de realizar uma reabilitação com uma prótese fixa e implanto-suportada. Ao exame clínico, na região do 2º quadrante, verificou-se a ausência dos dentes 26 e 27, bem como irregularidades na parede vestibular, em forma de depressão. Foram realizados exames complementares de diagnóstico nomeadamente uma radiografia panorâmica (ortopantomografia) e uma tomografia computadorizada de feixe cónico (TCFC).

Verificou-se uma radiopacidade em forma de cúpula, na zona anterior do seio maxilar esquerdo (Figuras 2 e 3). Na zona da crista do dente 26 (dente ausente), verificou-se presença de uma descontinuidade óssea.



Figura 2. Ortopantomografia.

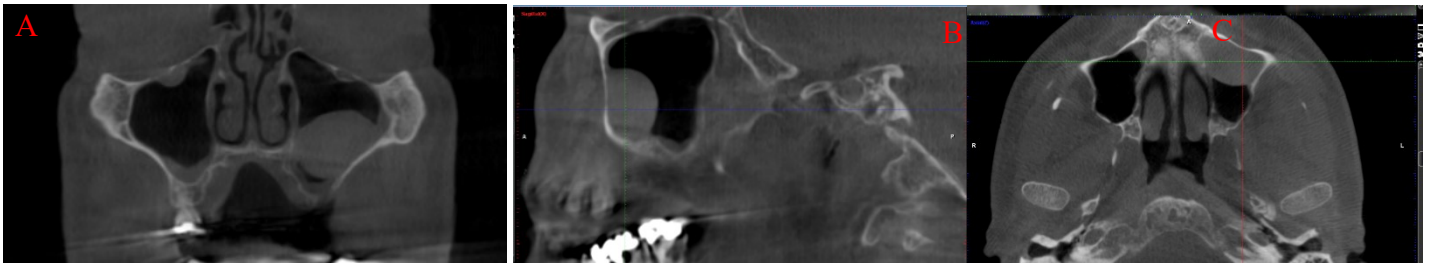


Figura 3. TCFC Pré-Operatória: A- Corte Coronal. B-Corte Sagital. C-Corte Axial.

No final da avaliação, após não terem sido detetados quaisquer sinais ou sintomas associados ao seio maxilar, foi sugerido um diagnóstico de pseudocisto antral, embora por dificuldades técnicas, material não foi coletado e enviado para análise histopatológica.

Foi proposto um plano de tratamento invasivo para a primeira fase do processo reabilitador deste 2º quadrante em região posterior, onde foi planeado realizar elevação do seio maxilar com enxerto ósseo e, de forma simultânea, a exérese do pseudocisto. Após o período de reparo ósseo de seis a oito meses, irá proceder a 2ª fase, instalação dos implantes dentários.

Antes desta primeira intervenção cirúrgica, período pré-operatório, foi feita uma guia cirúrgica (*Geomagic Freeform Plus 3D Model*) que permitiu realizar acesso preciso no local para aspiração do cisto e elevação do seio maxilar (Figuras 4 e 5). Foi realizada profilaxia antibiótica preventiva com 2g de Clavamox DT® (Amoxicilina 875 mg com ácido clavulânico 125 mg), 1 hora antes do procedimento. Após anestesia local com lidocaína 2% (Xilonibsa® 1:80000, 1.8 mL), foi realizado um retalho de espessura total (mucoperiósteo) na zona da crista alveolar, com descarga vertical mesial e uma prolongação distal para facilitar o acesso para a remoção do pseudoquisto.

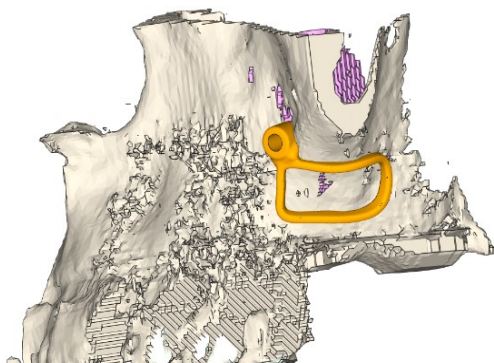


Figura 4. Programação da guia cirúrgica.

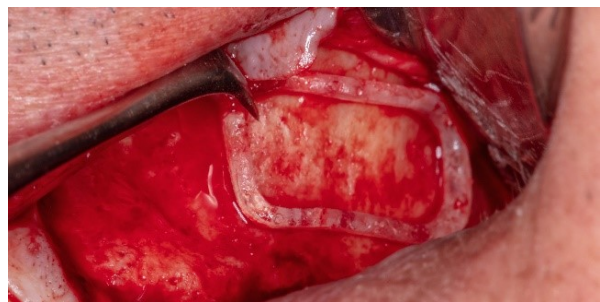


Figura 5. Colocação da guia transoperatória.

Após o descolamento do retalho mucoperiosteal, foram marcadas com caneta as zonas dos acessos previstas (Figura 6). Uma pequena entrada no seio maxilar acima da janela lateral (Figura 7) conforme previsto pela técnica de Caldwell-Luc, com invasão da

região antral do seio para remoção do cisto, a qual foi realizada com recurso a peça de mão e uma broca esférica diamantada (Komet n.018). Para a janela lateral do seio maxilar foi utilizado o sistema piezoelétrico (VarioSurg3, NSK®) e respetiva ponta para corte de osso (SG6D).

Através da microperfuração na parede óssea do seio maxilar e invasão por perfuração da membrana sinusal como descrito na técnica de Caldwell-Luc, precedeu se à aspiração (Hymark Medica® Cânula Calibre 14) do conteúdo líquido de modo a reduzir o volume do pseudocisto (Figura 8) e facilitar, assim, a sua total remoção. A aspiração desse mesmo conteúdo, permitiu que parte da parede do pseudoquisto, protuísse pelo microacesso o que possibilitou a sua exérese completa, através de pinças microcirúrgicas (Figura 9).

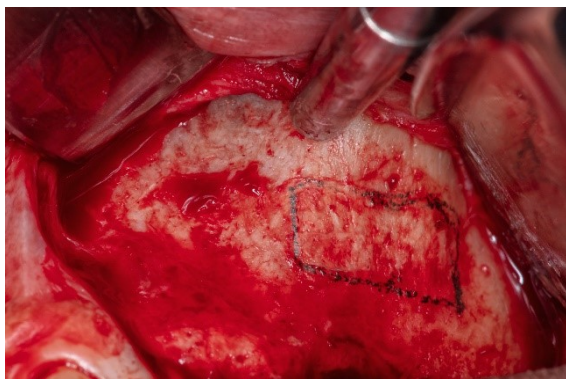


Figura 6. Delimitação da região para osteotomia.

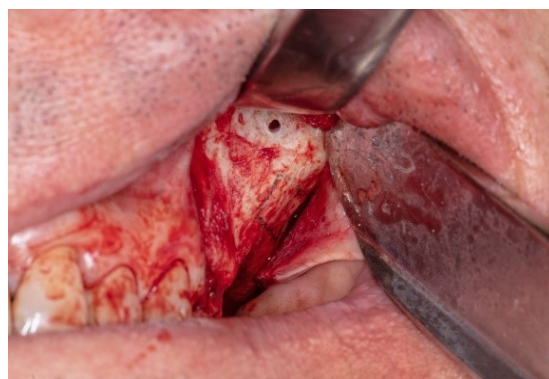


Figura 7. Microacesso.



Figura 8. Aspiração do conteúdo líquido.

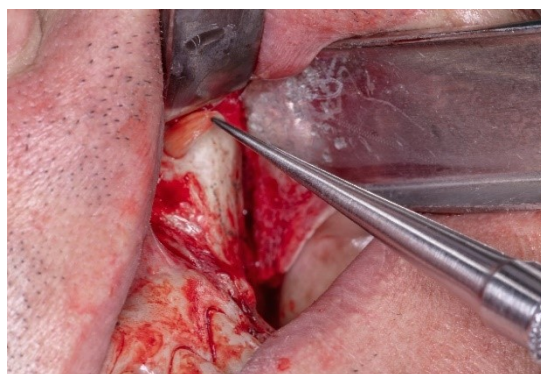


Figura 9. Exérese do pseudocisto.

A janela lateral óssea foi totalmente removida (Figura 10) e conservada em soro fisiológico 0,9%, com o objetivo de ser utilizada na reparação do defeito apresentado na região 26. Para a elevação da membrana sinusal foram utilizados instrumentais adequados (elevadores curvos) e também pontas específicas (SCL5D) do sistema piezoelétrico (VarioSurg3 - NSK®) (Figura 11).

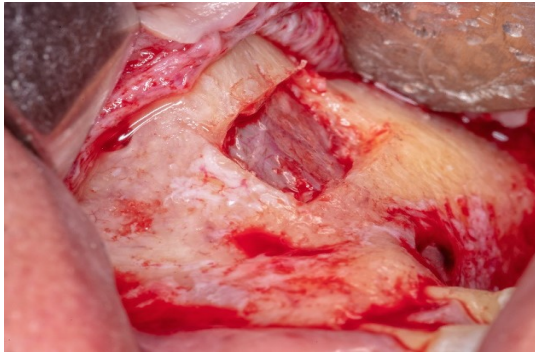


Figura 10. Janela lateral cirúrgica.

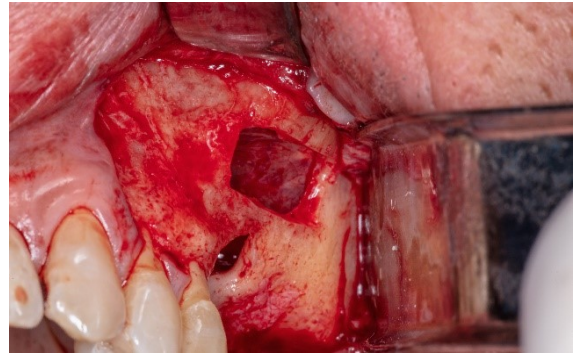


Figura 11. Elevação da membrana de Schneider.

Para a colocação do material de enxerto, optou-se por utilizar osso xenógeno particulado (0,5 gramas de *Xenograft, Straumann®*) misturado com i-PRF (Figura 12). O i-PRF obteve-se com recurso a uma centrífuga (*KASVI®*) com 700 rotações por minuto (rpm) por 3 min e foram utilizados tubos plásticos com tampa branca para colheita do sangue (*BD Vacuteiner®*), a seguir técnica original.



Figura 12. Enxerto ósseo xenógeno juntamente com i-PRF.

Após o preenchimento do seio (Figura 13), o osso proveniente da janela lateral foi fixado na descontinuidade óssea com dois parafusos com dimensões de 1,0 x 10 mm (*Devemed®*) (Figuras 14). Foram utilizadas membranas de colagénio (*Straumann Membrane®*), uma delas colocada em contacto interno com a membrana sinusal e outras para osteopromoção a fim de alcançar a reconstrução da parede lateral, a recobrir o material de enxerto (Figura 14).

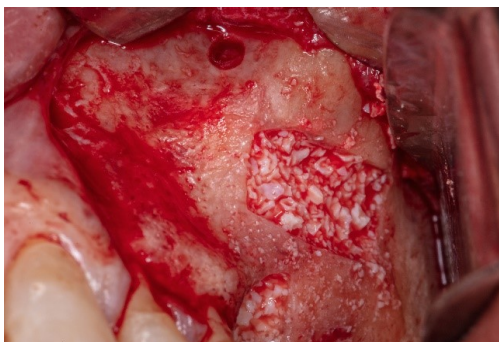


Figura 13 - Colocação do material de enxerto.

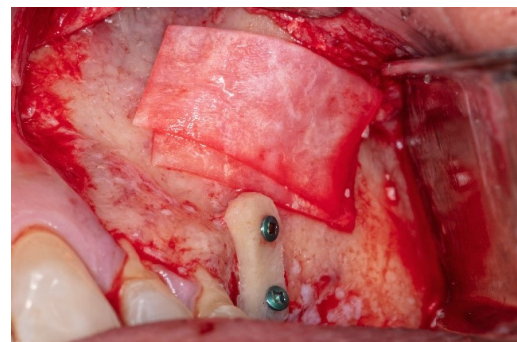


Figura 14 - Encerramento da janela lateral e da fenestração óssea.

Por último foi realizada a sutura com ácido poliglicólico (Surgicryl® PGA USP 3/0) e alcançado o fechamento primário da região. O doente recebeu todas instruções pós-operatórias como aconselhamento na realização da higiene oral com clorexidina 0,12% duas vezes ao dia, evitar esforço físico até remoção da sutura, evitar espirrar e manter a boca fechada para evitar pressão negativa na região operada, tomar toda medicação de acordo com o prescrito, repouso nos primeiros 3 dias e colocação de gelo no primeiro dia. Na Figura 15 pode-se confirmar os resultados tomográficos do pós-operatório imediato a mostrar enxerto inserido e ainda membrana espessa na região, com pequeno *gap* ósseo na região do 26.

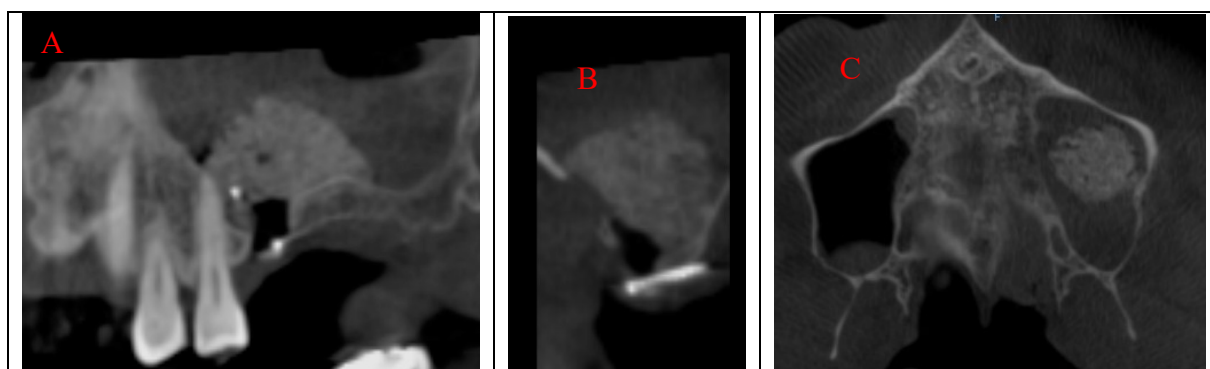


Figura 15 - Pós-operatório imediato. CBCT: A- Corte Coronal-Panorâmico. B-Corte Coronal. C-Corte Axial

4.1.3 Discussão

A necessidade de realizar uma elevação do seio maxilar associado a uma zona onde se encontram pseudocistos antrais, ainda permanece um tema controverso^(39,42,48). Diferentes estratégias têm sido propostas com o intuito de obter um melhor tratamento nestes casos (Tabela 1).

Tabela 1. Proposta de tratamento para elevação do seio maxilar (ESM) quando associado a cistos/pseudocistos.

Autores	Ano	Técnica
Mardinger et al. ⁽⁵⁵⁾	2007	ESM sem enucleação do Cisto Antral (CA)
Lin et al. ⁽⁵⁸⁾	2010	2 tempos cirúrgicos - ESM realizada três meses após enucleação do CA
Felisati et al. ⁽³⁹⁾	2010	2 equipas (Otorrino e Cirurgia Oral) - Enucleação via endoscópica e simultânea ESM por via oral
Acocella et al. ⁽⁴⁴⁾	2012	Incisão com bisturi da membrana de Schneider - aspiração do CA, reparação da membrana e ESM
Chiapasco & Palombo ⁽⁴²⁾ Maiorana et al. ⁽⁵⁹⁾	2012 & 2015	ESM com enucleação do CA mediante orifício superior a janela lateral
Seong-Beom Kim et al. ⁽⁴⁹⁾	2016	Aspiração do CA por punção através da janela lateral - reparação da membrana e ESM

Este caso clínico foi desenvolvido em similaridade ao apresentado por Acocella et al. (44), Seong-Beom Kim et al. (49), Chiapasco & Palombo (42) e Maiorana et al. (59).

Em um dos primeiros artigos sobre o tema descrito por Mardinger e colaboradores(55), os quais optaram por realizar a técnica de elevação de seio sem enucleação do pseudocisto antral. Como justificção desta abordagem, concluíram que esta entidade não constituía uma contraindicação para o procedimento em seio maxilar, pois o risco de desenvolver uma sinusite pós-operatória só estaria presente em lesões sintomáticas ou quando a grande parte do volume do seio estivesse ocupado.

Lin et al. apresentaram uma técnica em duas etapas, sendo a primeira, cirurgia de remoção do pseudocisto após uma incisão na membrana de Schneider, a qual era abordada através do acesso por uma janela lateral. Após três meses, o mesmo sítio era utilizado para reentrada e subsequente elevação de seio maxilar. Segundo estes autores, esta forma de tratamento mostrou vantagens frente às técnicas endoscópicas ou de Caldwell-Luc, abordagens cirúrgicas que tinham sido usadas em descrições anteriores e de forma habitual no tratamento do pseudocisto. (58)

Felisati et al. apresentaram um procedimento cirúrgico onde realizavam, em simultâneo, a elevação do seio maxilar associada a uma cirurgia endoscópica funcional do mesmo. A técnica podia ser indicada em malformações nasosinusais ou outras patologias do seio que podiam contraindicar a elevação. Na conclusão do estudo expuseram que a apesar dos limites apresentados com apenas 10 pacientes, a combinação de procedimentos de elevação e cirurgia endoscópica se demonstrava uma técnica eficaz e segura e permitia ao paciente evitar um segundo procedimento cirúrgico e um longo período de espera antes da reabilitação protética final.(39)

Em um relato de caso feito por Acocella et al., foi exposto o tratamento de um cisto antral com levantamento do seio maxilar no mesmo tempo cirúrgico. Após o acesso através da janela lateral, foi feita uma incisão intencional na membrana de Schneider para aspiração do conteúdo cístico, o que foi diferente do caso apresentado nesta RAC onde a perfuração foi superior a janela lateral de elevação do seio maxilar. A reparação foi realizada mediante uma membrana reabsorvível de colagénio e o aumento vertical foi realizado com aloenxerto da crista ílfaca proveniente dum banco de ossos, sendo este ponto diferente do utilizado nesta RAC por usar biomaterial xenógeno. Em conclusão, os autores não consideraram o cisto antral como uma contraindicação absoluta e definiram que sua remoção era sempre necessária para evitar futuras complicações após elevação da membrana do seio maxilar.

(44)

Em 2015, um estudo publicado por Chiapasco et al., onde 12 pacientes foram alvo de estudo, os quais tinham sido submetidos a elevações de seio maxilar prévia com remoção simultânea de pseudocisto antral. A remoção foi feita através de um pequeno acesso ósseo superior a janela lateral, sendo este artigo a base para o desenvolvimento deste caso apresentado na RAC. A técnica foi indicada quando os cistos são de maiores dimensões, normalmente superiores a 1/3 do seio maxilar. A abordagem era similar a de Maiorana et al. publicada em 2012, e tinha como vantagens ser minimamente invasiva, preservar a integridade da capa do periósteo da membrana Schneideriana na região de elevação com uso da janela lateral, ser em apenas um tempo cirúrgico e poder ser realizada sem recurso avançado e necessidade de uma equipa de otorrinolaringologia. ^(42, 59)

Seong-Beom Kim et al. estudaram uma maior amostra de pacientes (n=23), sendo considerada o maior número publicado até à data, os quais propuseram um tratamento do cisto antral mediante a punção pontual e subsequente aspiração com uma agulha de calibre 21, similar ao desenvolvido neste caso apresentado. Na cirurgia, a capa perióstica foi puncionada após realizar a janela lateral para a elevação. A perfuração intencional e pontual era recoberta com uma membrana de colagénio reabsorvível. ⁽⁴⁹⁾

Após análise da literatura sobre o tema, pode-se confirmar que a maioria dos autores concorda que é possível realizar o levantamento do seio maxilar na presença de pseudocistos ou cistos de retenção antrais. Existe grande consenso em que tamanho do pseudocisto é determinante na abordagem a ser utilizado, devendo-se indicar a sua remoção nos casos em que o mesmo apresente um tamanho superior ou igual a um 1/3 do volume do seio maxilar. Nestes casos o risco de uma elevação sinusal com a presença de um cisto com estas dimensões, poderia provocar a obstrução do óstio, perda de ventilação sinusal e subsequente infeção sinusal. ^(39,46,55,68)

No presente caso optou-se pela técnica descrita por Maiorana et al. e também utilizada por Chiapasco et al. ^(42,59), como previamente relatado. Na figura 3, foi possível confirmar que o tamanho da lesão foi superior a 1/3 do volume sinusal. Assim, uma abordagem com a técnica cirúrgica descrita por estes autores foi seguida, a qual foi considerada mais acessível e indicada na área da MD, sendo minimamente invasiva e a evitar segundo procedimento cirúrgico. Na figura 15, pode-se comprovar o resultado do posoperatório imediato, com mínimo trauma local, com leve persistência do espessamento da mucosa associado à presença de enxerto xenógeno que preenche a região de interesse a ser futuramente reabilitado com implantes dentários.

Além do mais, no caso em questão foi realizado a remoção da lâmina cortical lateral da janela sinusal com cirurgia piezoelétrica, modalidade que diminui a probabilidade de perfuração a membrana ao utilizar o inserto correto e adequadamente. ⁽⁶⁹⁾ Esta lâmina foi utilizada como enxerto autógeno para a reparação da fenestração da crista alveolar existente, além de aumentar o volume ósseo vestíbulo-palatino. O osso autógeno foi considerado neste estudo, mediante a dificuldade do caso, por ser o padrão-ouro na literatura quanto ao processo de regeneração óssea, isto devido ao seu conhecido potencial de osteocondução, osteogénese e osteoindução. A maioria dos autores concorda que com o uso de material autógeno, seria mais fácil prever os resultados das reconstruções dimensionais. ⁽⁷⁰⁻⁷⁴⁾

O processo de reparação óssea começa com uma cascata de reações inflamatórias. Existe um preenchimento por coágulo sanguíneo no local, o qual ocorre através de fatores de crescimento e citocinas, que ajudam no recrutamento de células mesenquimais e demais células que irão desencadear no processo de formação óssea. ⁽⁶⁹⁾ Assim, com o objetivo de potencializar esta atividade, o i-PRF foi utilizado em associação ao enxerto ósseo. A presença de plaquetas que contêm fatores de crescimento tem chamado atenção neste processo de aceleração do reparo tecidual, os quais após ativos, estimulam a proliferação e diferenciação de células que atuam no processo de neoformação óssea. ⁽⁷⁰⁾

Quanto ao processo de desenvolvimento do i-PRF, o facto de serem utilizados tubos plásticos, seco e sem a presença de sílica, permite a obtenção de um PRF líquido, visto não causar interferência na aceleração da formação do coágulo. ⁽⁷¹⁾ Assim, o i-PRF é um material autógeno, o que também reduz as chances de reações secundárias ao material, tornando-se uma opção viável na regeneração óssea. ⁽⁷²⁾

Com base no estudo deste caso e da literatura existente, pode-se sugerir que com esta técnica é viável a realização da elevação de seio maxilar em pacientes com a presença de pseudocisto ou um cisto mucoso de retenção presente no seio maxilar, a sugerir a indicação desta quando o tamanho for superior ou igual 1/3 do volume do seio maxilar. Mediante esta abordagem os médicos dentistas conseguem prever um bom prognóstico do procedimento realizado associado à elevação de seio maxilar e sua resolução, sem complicações quanto à patologia sinusal cística assintomática do seio maxilar. Ressalta-se que diversos fatores podem interferir no resultado pós-operatório, visto paciente ser fumador e este controlo ser de difícil realização.

4.2 Caso Clínico II: Branqueamento interno

4.2.1 Introdução

A auto-percepção da aparência facial é de grande importância na vida social de um indivíduo. As zonas que são, primariamente, observadas numa interação entre duas pessoas são os olhos, a boca e a zona perioral, sendo assim a aparência dos lábios e dos dentes é de extrema importância para um impacto visual positivo. Os observadores definem, maioritariamente, como detentores de características faciais mais agradáveis as pessoas com dentes alinhados. ⁽⁷³⁾

Esta aparência é um fator decisivo na autoestima e diversos são os motivos de procura pela melhoria da estética dentária. São comuns as queixas de inconformidade com alterações de cor, apinhamentos, diastemas, fraturas, anomalias de forma e posição e desgastes fisiológicos. As alterações cromáticas principalmente em dentes anteriores, é de elevado impacto na harmonia do sorriso e no equilíbrio da estética facial. ⁽⁷³⁾

Atualmente, em dentes anteriores, é possível realizar restaurações estéticas através do uso de resinas compostas microhíbridas. Com a experiência do médico dentista e técnicas cada vez mais avançadas, as restaurações estéticas permitem reproduzir tanto a dentina como o esmalte, devido às suas peculiares características óticas possuindo diferentes matizes, cromas, valores e graus de translucidez. ⁽⁷⁴⁾ Para reproduzir uma estética dentária satisfatória existe a técnica de estratificação que com o auxílio de uma chave de silicone, obtida previamente através do enceramento de modelos diagnósticos, o que torna o procedimento mais previsível e facilitado. ⁽³³⁾ A vantagem que as resinas compostas detêm sobre as cerâmicas é o preço, sendo as resinas compostas mais baratas e viáveis a maior parte dos pacientes, no entanto com resistência inferior ao material comparado. ^(74,75)

Tanto fatores intrínsecos como extrínsecos contribuem para as alterações de coloração dentária. Dos fatores intrínsecos, destacamos perda de vitalidade, trauma, tratamentos endodônticos, procedimentos restauradores e fatores sistémicos. Quanto à fatores extrínsecos, refere-se a fatores ambientais como o fumo, alimentos com corantes, antibióticos, entre outros. Como opção de tratamento para estes casos temos o branqueamento dentário, uso de facetas e instalação de coroas. ⁽⁷⁶⁾

Os agentes branqueadores atuais mais utilizados atualmente são o peróxido de hidrogénio e o peróxido de carbamida. Estes reduzem a coloração da dentina removendo os pigmentos infiltrados na mesma. Em dentes vitais o branqueamento realiza-se

externamente ao dente. Já em dentes não-vitais realiza-se a partir do interior do mesmo.
(77)

O peróxido de hidrogénio funciona através da oxidação dos pigmentos sendo que a molécula H_2O_2 reage como os mesmos.⁽⁷⁸⁾ Os efeitos deste agente apresentam maior rapidez quando se encontram em percentagem mais elevadas difundindo mais rapidamente pelos tecidos como é o caso da concentração de peróxido de hidrogénio a 35%.⁽⁷⁹⁾ No entanto, recomenda-se cuidados por causa de possíveis sensibilidades.

Uma das técnicas existente é a *walking bleach* a qual avalia em primeiro lugar, a coloração dentária antes de efetuar o tratamento. Esta consiste na remoção de todo o material restaurador e colocação do agente branqueador no interior da câmara pulpar de dente com canal tratado. O produto permanece entre as sessões, com troca de material no retorno do paciente caso a cor não alcance ainda a desejada, após sua avaliação. Se necessário, o procedimento é repetido até a obtenção de maior branqueamento do dente.^(77,80)

4.2.2 Descrição do Caso Clínico

Paciente, M.N., 33 anos, género masculino, procurou a clínica dentária Universitária da UCP referindo um desgosto pela estética do seu sorriso. Este apresentava os dois incisivos centrais superiores com forma e cor insatisfatórias. O dente incisivo central superior direito (11) apresentava uma restauração desproporcional, com excesso por vestibular e o dente incisivo central superior direito (21) apresentava-se endodunciado, com comprometimento da cor e forma como verificamos na figura 16.

Foi proposto ao paciente um tratamento combinado com branqueamento interno do 21 e reanatomização de ambos os incisivos, com recurso a uma matriz de silicone. Foi dada a devida atenção à dinâmica oclusal, ao acabamento e ao polimento como mostrado na figura 17.



Figura 16 - Fotografia inicial intraoral.



Figura 17 – Marcação de desgaste.

Assim, foi feita restauração provisória, sem condicionamento ácido e sem sistema adesivo, com verificação da oclusão, para realização da confecção da matriz de silicone. Posteriormente, fez-se o desgaste do dente 11, com pedra Arkansas (661/FG/3.0 Stoddard®), disco de polimento de grão grosso (*Sof-Lex 3M®*) e escova de polimento (*Dentalflux®*) com pasta de polimento (*R&S®*), melhorando o contorno deste dente.

Na segunda consulta, iniciou-se o branqueamento interno do dente 21. Para a realização do branqueamento, utilizou-se a técnica *Walking Bleach* onde se verificou prévia saúde dos tecidos periodontais através do exame clínico e radiográfico, e de seguida explicou-se o procedimento ao paciente com todas as limitações do referido tratamento.

Foi removido todo o material restaurador e também a *gutta-percha* até dois mm abaixo da linha amelocementária, selando a última com recurso de ionómero de vidro (*Ionoseal VOCO®*).

Com uma ponta *Black Mini®* colocou-se o agente branqueador (Peróxido de Hidrogénio 30%) em uma bola de algodão que foi inserida na câmara pulpar e outra bola de algodão seca por cima da anterior. Procedeu-se à restauração provisória do acesso utilizando-se óxido de zinco sem eugenol (*Duotemp Coltene®*).

Marcou-se consulta uma semana após, para retirada da restauração provisória. Seguiu-se com enxague com água da região, a qual foi seca e houve repetição do procedimento.

Após obtida a cor desejada e aprovada pelo paciente (Figura 18), após total de quatro consultas, todo material branqueador foi removido da cavidade a qual foi limpa com o recurso a jato de água, e seca com o recurso a bolas de algodão. Por fim, foi realizado o restauro definitivo da cavidade com o recurso a compósito fotopolimerizável (*Coltene Synergy D6 Dentin A2/B2®*).



Figura 18 - Fotografia após branqueamento.

Para a restauração do bordo incisal do dente 21, escolheu-se a cor utilizando a escala *Vita Classical*® que correspondeu ao A2 (Figura 19). Fez-se isolamento relativo com o recurso *Optragate Ivoclar*® e rolos de algodão. Realizou-se um bisel vestibular (Figura 20) na zona a ser restaurada, com seguinte condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo.



Figura 19 - Escolha de cor.



Figura 20 - Realização do bisel vestibular.

A matriz, realizada na primeira consulta, foi cortada pelo correspondente bordo incisal e posteriormente colocada pela face palatina. Marcou-se, com bisturi, a zona correspondente à falta de tecido dentário e colocou-se uma fina camada de compósito de esmalte (*Coltene Synergy D6 Enamel Universal*®), para reproduzir a face palatina. Polimerizou-se e colocou-se compósito (*Coltene Synergy D6 Dentin A2/B2*®) para mimetizar a dentina, realizando os contornos anatômicos do dente. No final colocou-se, novamente, uma camada fina de esmalte por vestibular. Utilizou-se fio dentária para verificar o alinhamento dos dentes 11 e 21 (Figura 21).



Figura 21 – Verificação do alinhamento.

Foram removidos os excessos com recurso a um disco de polimento de grão grosso (*Sof-Lex 3M®*). Fez-se o polimento com a escova (*Dentalflux®*) e pasta de polimento (*R&S®*), obtendo-se o resultado final (Figuras 22 e 23).



Figura 22 - Fotografia final intraoral, vista frontal.



Figura 23 - Fotografia final intraoral, vista lateral.

4.2.3 Discussão

O branqueamento interno é uma opção conservadora para a reposição da cor dentária em dentes tratados endodonticamente. Para que a terapêutica seja eficaz é necessário ter em conta “a razão e o tempo ao longo do qual o dente ficou escurecido, as informações obtidas durante a anamnese e o exame clínico e radiográfico que servem para verificar a existência de dentina remanescente, o seu grau de escurecimento bem como a existência de alguma reabsorção óssea”.⁽⁸¹⁾

Os modelos de estudo do paciente permitem realizar um enceramento de diagnóstico o qual é importante no planeamento pois define o formato, tanto em altura como largura, sendo montado em articulador o que permite obter um ponto de contacto correto e uma relação de oclusão ideal. A chave de silicone aliada à técnica de estratificação permite resultados estéticos e funcionais favoráveis.⁽⁷⁵⁾

O bordo distal do dente 21 ficou com maior translucidez devido ao uso de compósito de esmalte em excesso.

A associação entre o branqueamento interno prévio ao uso de resinas compostas tem importância elevada para os casos com um comprometimento de cor elevado, tornando mais previsível a estratificação e o resultado com melhoria da forma.^(74,75)

Para um tratamento branqueador bem-sucedido é necessário que o tratamento endodôntico tenha sido realizado com sucesso. O agente branqueador pode chegar aos tecidos periodontais atravessando os túbulos dentinários o que pode causar reabsorções radiculares e por isso é necessário que o canal esteja bem selado. A combinação do agente

branqueador com o calor aumenta a difusão do agente na dentina tornando-se mais invasivo para os tecidos periodontais.⁽³⁶⁾ Em um estudo feito por *Friedman* (1997), foram apresentados resultados em que a incidência de reabsorção radicular no tratamento branqueador sem a utilização do calor era de 0 a 6% enquanto que com a utilização do calor variava entre 18 a 25%.⁽⁸²⁾

A utilização da técnica *Walking bleach* com Peróxido de Hidrogénio, tem demonstrado resultados favoráveis com incidências relativamente baixas de reações adversas como a reabsorção radicular. É necessário que o dente esteja endodenciado e bem selado de modo a prevenir que o agente branqueador alcance os tecidos periodontais e evitar assim a utilização de calor, pois este aumenta a difusão do agente pelos túbulos dentinários.^(77,82)

O caso foi finalizado com sucesso em todo seu desenvolvimento, alcançando-se o objetivo maior que é a total aceitação e concordância do resultado pelo paciente.

5. Referências Bibliográficas

1. FDI - Federação Dentária Internacional. OMD adota definição universal de “saúde oral” [Internet]. [citado 3 de Fevereiro de 2020]. Disponível em: <https://www.omd.pt/2016/09/saude-oral-fdi/>
2. ADEA. HISTORY OF DENTISTRY [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2020]. Disponível em: https://www.adea.org/GoDental/Health_Professions_Advisors/History_of_Dentistry.aspx
3. ADA. History of Dentistry [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2020]. Disponível em: <https://www.ada.org/en/member-center/ada-library/dental-history7>.
4. Silva A. Da evolução da “arte dentária” e seu ensino em Portugal até aos nossos dias. Rev Port de Est e Cir Maxilofac. 1996;37(4):215, 222.
5. OMD. Barometro de Saúde Oral 2019 [Internet]. [citado 3 de Fevereiro de 2020]. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf>
6. Hupp J, Ellis E, Trucker M. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5ª. Elsevier; 2009.
7. Escoda C, Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. ergon; 2003.
8. Kämmerer PW, Frerich B, Liese J, Schiegnitz E, Al-Nawas B. Oral surgery during therapy with anticoagulants - a systematic review. Clin Oral Invest. Março de 2015;19(2):171–80.
9. Japanese Study Group of Cooperative Dentistry with Medicine (JCDM), Hasegawa T, Kawakita A, Ueda N, Funahara R, Tachibana A, et al. A multicenter retrospective study of the risk factors associated with medication-related osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients receiving oral bisphosphonate therapy: can primary wound closure and a drug holiday really prevent MRONJ? Osteoporos Int. Agosto de 2017;28(8):2465-73.
10. Baltzis D, Eleftheriadou I, Veves A. Pathogenesis and Treatment of Impaired Wound Healing in Diabetes Mellitus: New Insights. Adv Ther. Agosto de 2014;31(8):817–36.
11. Nocchi E. Dentística Saúde e Estética. 2ª. artmed; 2007.
12. Jeong C, Jeong D. Must-know classifications of dental caries for the national dental hygiene boards [Internet] [citado 21 de Maio de 2020]. 2016. Disponível em: <https://www.dentistryiq.com/dental-hygiene/student-hygiene/article/16352162/mustknow-classifications-of-dental-caries-for-the-national-dental-hygiene-boards>

13. Carrilho, E. V., Paula, A., Rente, A., Ferreira, P. G., & Marques, F. (2009). Soluções Estéticas no âmbito da Dentisteria Operatória para Dentes Anteriores. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 50(3), 147–158.
14. Arinelli A, Pereira K, Prado N, Rebello T. Sistemas adesivos atuais. 2016;242–6.
15. Manfredi M, Figini L, Gagliani M, Lodi G. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. Cochrane Oral Health Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 1 de Dezembro de 2016 [citado 19 de Junho de 2020]
16. Gutmann JL, Lovdahl PE. Soluções em Endodontia: Prevenção, Identificação e Procedimentos. 5th ed. Mosby Elsevier; 2012.
17. Pemberton M. Oral medicine. *Br Dent J*. Novembro de 2017;223(9):619–619.
18. Cawson RA, Odell EW, Porter SR. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. 7. ed. Edinburgh New York: Churchill Livingstone; 2002. 401 p.
19. Dawson PE. *Functional occlusion: from TMJ to smile design*. St. Louis, Mo.: Mosby; 2007.
20. Türp JC, Greene CS, Strub JR. Dental occlusion: A critical reflection on past, present and future concepts. *J Oral Rehabil*. 2008;35(6):446–53.
21. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME, Athanasiou KA. Temporomandibular disorders: a review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013;28(6): 393-e414.
22. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. Janeiro de 2014;28(1):6–27.
23. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontopediatria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012
24. Dean J, Avery D, McDonald R. *Dentistry for the child and Adolescent*. 9ª. Elsevier; 2011.
25. Moyers R. *Ortodontia*. Quarta. GUANABARA KOOGAN; 1991.
26. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J Orthod*. Dezembro de 2018;23(6):40.e1-40.e10.
27. Gregoret J, Tuber E, Escobar L, Fonseca A. *Ortodoncia Y Cirugia Ortognática*. Espaxs. 1997; 1-15

28. Newman MG, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. *Periodontia Clínica*. 11^a. Elsevier;
29. Donos N. The periodontal pocket. *Periodontol 2000*. Fevereiro de 2018;76(1):7–15.
30. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*. Junho de 2018;45:S1–8.
31. Shillingburg H, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S. *Fundamentos Esenciais en Prótesis Fija*. Tercera. Quintessence Books; 2006.
32. Rosenstiel S, Land M, Fujimoto J. *Prótesis Fija Contemporânea*. Quarta. Elsevier; 2009.
33. El-Mowafy O, El-Aawar N, El-Mowafy N. Porcelain veneers: An update. *Dent Med Probl*. 30 de Junho de 2018;55(2):207–11.
34. Sowter JB, Sowter JB, Barton RE. *Removable prosthodontic techniques*. Rev. ed. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 1986. 248 p. (Dental laboratory technology manuals).
35. Carr AB, Marinho CC. McCracken Prótese Parcial Removível [Internet]. 2012 [citado 19 de Junho de 2020].
36. Rocca LB, Gomes M, Teixeira M, Teixeira CR, Cecilio OL. REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL - RELATO DE CASO. 2017;7.
37. Correia A, Amorim S, Marques M, Araújo F. Mechanical and biological complications associated with partial or full removable rehabilitation – a cross-sectional study.
38. Correia A, Lobo F, Miranda M, Araújo F, Marques T. Evaluation of the Periodontal Status of Abutment Teeth in Removable Partial Dentures. *Int J Periodontics Restorative Dent*. Setembro de 2018;38(5):755–60.
39. Felisati G. Maxillary sinus elevation in conjunction with transnasal endoscopic treatment of rhino-sinusal pathoses: preliminary results on 10 consecutively treated patients. :5.
40. Whyte A, Boeddinghaus R. The maxillary sinus: physiology, development and imaging anatomy. *Dentomaxillofacial Radiology*. Dezembro de 2019;48(8):20190205.

41. Insua A, Monje A, Chan H-L, Wang H-L. Association of Inflammatory Status and Maxillary Sinus Schneiderian Membrane Thickness. *Clin Oral Invest*. Janeiro de 2018;22(1):245–54.
42. Chiapasco M, Palombo D. Sinus grafting and simultaneous removal of large antral pseudocysts of the maxillary sinus with a micro-invasive intraoral access. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Dezembro de 2015;44(12):1499–505.
43. Timmenga NM, Raghoobar GM, Liem RS, Van Weissenbruch R, Manson WL, Vissink A. Effects of maxillary sinus floor elevation surgery on maxillary sinus physiology. *Eur J Oral Sci* 2003;111:189–97.
44. (21) Acocella A, Bertolai R, Nissan J, Ellis E, Sacco R. Maxillary sinus lift using fresh frozen bone chips in presence of sinus cyst: clinical and histological report. *Cell Tissue Bank*. Junho de 2012;13(2):327–32.
45. Wang JH, Jang YJ, Lee B-J. Natural Course of Retention Cysts of the Maxillary Sinus: Long-Term Follow-Up Results: *The Laryngoscope*. Fevereiro de 2007;117(2):341–4.
46. Chan H-L, Wang H-L. Sinus Pathology and Anatomy in Relation to Complications in Lateral Window Sinus Augmentation: *Implant Dentistry*. Dezembro de 2011;20(6):406–12.
47. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4.^a ed. Elsevier; 2016.
48. Celebi N, Gonen ZB, Kilic E, Etoz O, Alkan A. Maxillary sinus floor augmentation in patients with maxillary sinus pseudocyst: case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. Dezembro de 2011;112(6):e97–102.
49. Kim S-B, Yun P-Y, Kim Y-K. Clinical evaluation of sinus bone graft in patients with mucous retention cyst. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. Dezembro de 2016;38(1):35.
50. Mustafa Sagit, Guler S, Tasdemir A, Akf Somdas M. Large Radicular Cyst in the Maxillary Sinus. *Novembro de 2011*; e64, e65.
51. Turovsky AB, Kolbanova IG, Kuznetsov GV, Kudryavtseva YuS. The radicular cyst in the maxillary sinus encountered in the clinical otorhinolaryngological practice. *Vestn otorinolaringol*. 2017;82(4):60.
52. Carvalho BV de, Lopes I de CC, Corrêa J de B, Ramos LFM, Motta EGPC, Diniz RLFC. Typical and atypical presentations of paranasal sinus mucocele at computed tomography. *Radiol Bras*. Dezembro de 2013;46(6):372–5.
53. Demicheri G, Kornecki F, Bengoa J, Abalde H, Massironi C, Mangarelli Garcia C, et al. Maxillary Sinus Mucocele: Review of case report. *Feb 16*; XVIII N° 27:50–7.

54. Ziccardi VB, Betts NJ. Complications of maxillary sinus augmentation. In: Jensen OT, editor. *The sinus bone graft*. Carol Stream, IL: Quintessence Publishing Co.; 1999. p. 201-8.
55. Mardinger O, Manor I, Mijiritsky E, Hirshberg A. Maxillary sinus augmentation in the presence of antral pseudocyst: a clinical approach. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. Fevereiro de 2007;103(2):180–4.
56. Yu H, Qiu L. Histological and clinical outcomes of lateral sinus floor elevation with simultaneous removal of maxillary sinus pseudocyst. *Clin Implant Dent Relat Res*. Fevereiro de 2019;94–100.
57. Meer S, Altini M. Cysts and Pseudocysts of the Maxillary Antrum Revisited. *J Oral Maxillofac Surg*. 61(1):5.
58. Lin Y, Hu X, Metzmacher A-R, Luo H, Heberer S, Nelson K. Maxillary Sinus Augmentation Following Removal of a Maxillary Sinus Pseudocyst After a Shortened Healing Period. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Novembro de 2010;68(11):2856–60.
59. Maiorana C, Beretta M, Benigni M, Cicciù M, Stoffella E, Grossi G. Sinus Lift Procedure in Presence of Mucosal Cyst: A clinical prospective study. *The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry*. 2012; 4(5):53-60.
60. Choukroun J, Adda F, Schoeffler C, Vervelle A. Une opportunité en parodontologie: Le PRF. *Implantodontie*. 2001;42:55-62.
61. İzol BS, Üner DD. A New Approach for Root Surface Biomodification Using Injectable Platelet-Rich Fibrin (I-PRF). *Med Sci Monit*. 2019;25:4744-4750.
62. Varela HA, Souza JCM, Nascimento RM, et al. Injectable platelet-rich fibrin: cell content, morphological, and protein characterization. *Clin Oral Investig*. 2019;23(3):1309-1318.
63. Miron RJ, Fujioka-Kobayashi M, Hernandez M, et al. Injectable platelet-rich fibrin (i-PRF): opportunities in regenerative dentistry? *Clin Oral Investig*. 2017;21(8):2619-2627.
64. Pignataro L, Mantovani M, Torretta S, Felisati G, Sambataro G. ENT assessment in the integrated management of candidate for (maxillary) sinus lift. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28:110–9.
65. Danesh-Sani SA, Loomer PM, Wallace SS. A comprehensive clinical review of maxillary sinus floor elevation: anatomy, techniques, biomaterials and complications. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Setembro de 2016;54(7):724–30.

66. Khoury F, Hanser T. Three-Dimensional Vertical Alveolar Ridge Augmentation in the Posterior Maxilla: A 10-year Clinical Study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. Março de 2019;34(2):471–80.
67. Scalzone A, Flores-Mir C, Carozza D, d'Apuzzo F, Grassia V, Perillo L. Secondary alveolar bone grafting using autologous versus alloplastic material in the treatment of cleft lip and palate patients: systematic review and meta-analysis. *Prog Orthod*. Dezembro de 2019;20(1):6.
68. Eser C, Gencil E, Gökdoğan M, Kesiktaş E, Yavuz M. Comparison of Autologous and Heterologous Bone Graft Stability Effects for Filling Maxillary Bone Gap After Le Fort I Osteotomy. *Adv Clin Exp Med*. 2015;24(2):341–8.
69. Irinakis T. Rationale for Socket Preservation after Extraction of a Single-Rooted Tooth when Planning for Future Implant Placement. 2007;72(10):6.
70. Dohan Ehrenfest DM, Pinto NR, Pereda A, Jiménez P, Corso MD, Kang B-S, et al. The impact of the centrifuge characteristics and centrifugation protocols on the cells, growth factors, and fibrin architecture of a leukocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF) clot and membrane. *Platelets*. 17 de Fevereiro de 2018;29(2):171–84.
71. Varela HA, Souza JCM, Nascimento RM, Araújo RF, Vasconcelos RC, Cavalcante RS, et al. Injectable platelet rich fibrin: cell content, morphological, and protein characterization. *Clin Oral Invest*. Março de 2019;23(3):1309–18.
72. Mourão CF de AB, Valiense H, Melo ER, Mourão NBMF, Maia MD-C. Obtention of injectable platelets rich-fibrin (i-PRF) and its polymerization with bone graft: technical note. *Rev Col Bras Cir*. Dezembro de 2015;42(6):421–3.
73. Lajnert, V., Kovacevic Pavicic, D., Pavlic, A., Pokrajac-Bulian, A., & Spalj, S. (2018). Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. *International Dental Journal*, 68(3), 162–170.
74. Palmeirão Carrilho, E. V., Paula, A., & Tomaz, J. (2007). Terapêuticas Estéticas Integradas no Âmbito da Dentistaria Operatória. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 48(1), 23–34.
75. Carrilho, E. V., Paula, A., Rente, A., Ferreira, P. G., & Marques, F. (2009). Soluções Estéticas no âmbito da Dentisteria Operatória para Dentes Anteriores. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 50(3), 147–158.
76. Pandey SH, Patni PM, Jain P, Chaturvedi A. Management of intrinsic discoloration using walking bleach technique in maxillary central incisors. *Clujul Med*. 2018;91(2):229-233. doi:10.15386/cjmed-852

77. Tredwin CJ, Naik S, Lewis NJ, Scully C. Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching) products: Review of adverse effects and safety issues. *Br Dent J*. Abril de 2006;200(7):371–6.
78. Ito Y, Momoi Y. Bleaching using 30% hydrogen peroxide and sodium hydrogen carbonate. *Dent Mater J*. 2011;30(2):193–8.
79. Gonçalves MLL, Tavares AC da S, Mota ACC da, Penna LAP, Deana AM, Bussadori SK. In-Office Tooth Bleaching for Adolescents Using Hydrogen Peroxide-Based Gels: Clinical Trial. *Braz Dent J*. Dezembro de 2017;28(6):720–5.
80. Torabinejad M, Walton R. *ENDODONTICS PRINCIPLE AND PRACTICE*. 4^a. 11830 Westline Industrial Drive St. Louis, Missouri 63146: Elsevier Health Sciences; 2009. 474 p.
81. Pontillo A. Branqueamento em dentes vitais e não vitais: uma revisão da literatura. 2017;40.
82. Friedman S. Internal Bleaching: Long-Term Outcomes and Complications. *The Journal of the American Dental Association*. Abril de 1997;128:51S-55S.