



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Carolina Duarte Ferreira Atanásio Varelas

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Carolina Duarte Ferreira Atanásio Varelas

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientador: Mestre Ana Margarida Silva

Visu, 2018

*“Tomorrow is a new day with no mistakes
in it... Yet.”*

*— L.M. Montgomery, Anne of Green
Gables*

Agradecimentos:

Ao meu Orientador, Professor Nélio Veiga, e Coorientadora, Professora Ana Margarida Silva, por toda a disponibilidade, apoio e simpatia que sempre demonstraram.

Aos meu pais, pelo amor incondicional e fé infinita que sempre me dedicaram.

À minha irmã, Ana, pela ajuda incansável para a elaboração deste relatório, paciência interminável e mais carinho que eu alguma vez possa ter merecido.

Ao meu namorado, Gonçalo, por ser o meu pilar de apoio nestes últimos anos e o meu porto de abrigo para todas as adversidades.

À minha binómia, Adriana, por toda a ajuda, apoio e boa disposição que tanto me ajudaram a ultrapassar os momentos mais difíceis durante o nosso percurso clínico e fora dele.

À Méliça Pinto, Inês Pina, João Couto e Pedro Conceição, por serem os melhores colegas e amigos que eu alguma vez poderia ter desejado.

Resumo:

O presente relatório de atividade clínica trata-se de um estudo refletivo por parte da autora do trabalho efetuado durante o seu tempo de atividade clínica (Abril 2016 e Junho 2018) na Clínica Dentária Universitária da UCP (Instituto de Ciências da Saúde, Viseu). Permite assim a introspeção acerca dos conhecimentos adquiridos, de forma a criar uma base sólida de referências para trabalho futuro.

Foi assim efetuado uma análise estatística descritiva da amostra de pacientes cujo tratamento foi efetuado pelo binómio da autora. Esta análise foi realizada inicialmente de forma geral, caracterizando em relação ao tipo de trabalho (distribuição por área disciplinar e segundo a ação da autora como operador/assistente) ou segundo as características individuais (género, antecedentes clínicos, hábitos de risco). De seguida foi executada a análise específica para cada área disciplinar. Nomeadamente para as áreas de: Medicina Oral, Dentisteria Operatória, Periodontologia, Odontopediatria, Endodontia, Cirurgia Oral, Prótese Removível, Prótese Fixa, Oclusão e Ortodontia. Foram estudadas as especificações da amostra de cada uma, em relação aos diagnósticos determinados, tipo de tratamento efetuado e nível de colaboração.

O trabalho efetuado ao longo dos cinco anos de formação e consequentes conhecimentos adquiridos tornam-se determinantes para desenvolver as capacidades autónomas do futuro Médico Dentista, tornando-o um profissional competente e responsável.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Saúde oral, Cirurgia, Dentisteria, Medicina Oral, Periodontologia, Endodontia, Prótese Removível, Prótese Fixa, Ortodontia, Oclusão, Odontopediatria

Abstract:

The present report of clinical activity is about a reflective study of the author work during the time where she performed clinical work (since April 2016 to June 2018) in the University Dental Clinic of UCP (, Health Sciences Institute, Viseu). It allows this way, the introspection of the knowledge acquired previously, in order to create a solid base of references for future work.

A descriptive statistic study was performed on the sample of patients whose treatment was performed by the authors clinic duo. This analysis was initially carried out in a general way, characterizing the type of work (distribution by disciplinary area and according to the author's action as operator / assistant) or according to the individual characteristics (gender, clinical history, risk habits). The specific analysis for each subject area was then performed. Namely for the areas: Oral Medicine, Operative Dentistry, Periodontology, Pediatric Dentistry, Endodontics, Oral Surgery, Removable Prosthesis, Fixed Prosthesis, Occlusion and Orthodontics. Were studied the sample specifications of each one, in relation to the determined diagnoses, type of treatment performed and level of collaboration.

The work done during the five years of training and consequent knowledge acquired become decisive to develop the autonomous capabilities of the future Dentist, making him a competent and responsible professional.

Key-words: Dental Medicine, Oral health, Surgery, Dentistry, Oral Medicine, Periodontics, Endodontics, Removable Prosthesis, Fixed Prosthesis, Orthodontics, Occlusion, Pediatric Dentistry

Índice

I. INTRODUÇÃO	23
1. Introdução:	25
1.1. Medicina Dentária e as diferentes patologias orais:	29
1.1.2 Cárie Dentária:	29
1.1.2 Doença Periodontal	30
1.1.3 Problemas funcionais da ATM	31
1.1.4 Halitose	32
II. OBJETIVOS	35
III. MATERIAIS E MÉTODOS	39
IV. RESULTADOS	43
4.1. Caracterização Geral	45
4.1.1. Distribuição segundo a cadeira disciplinar	45
4.1.2. Distribuição segundo o Género:	46
4.1.3. Distribuição segundo cargo Operador/Assistente	47
4.1.4 História Clínica Geral	48
4.1.5. Fatores relacionados com hábitos de higiene oral	49
4.1.6. Hábitos de Risco	51
4.2.1. Medicina Oral	53
4.2.2. Dentisteria Operatória	55
4.2.3. Periodontologia	58
4.2.4. Odontopediatria	60
4.2.5. Endodontia	62
4.2.6. Cirurgia Oral	63
4.2.7. Prótese Removível	64
4.2.8. Prótese Fixa	67
4.2.9. Oclusão	70
4.2.10. Ortodontia	72
IV. CASOS DIFERENCIADOS	73
5.1. Peri-impantite numa sobredentadura bimaxilar	75
5. 1. 1 Introdução:	75
5.1.2. Descrição do caso Clínico:	77
5.1.3 Discussão e Conclusão:	80
5.2. Reabilitação protética com prótese fixa metalo-cerâmica	83

5.2.1 Introdução.....	83
5.2.2. Descrição do caso clínico.....	84
5.2.3 Discussão e Conclusão:	93
5.3 Lesão Hiperplásica Fibrosa	95
5.2.1 Introdução.....	95
5.2.2 Descrição do caso clínico.....	96
5.2.3 Discussão e Conclusão:	98
5.4 Reabilitação protética removível, num caso de periodontite agressiva	99
5.4.1 Introdução:	99
5.4.2 Descrição do caso clínico:	100
5.4.3 Discussão e Conclusão:	107
VI. ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	109
6. 1 Atividade científica I: Negligência Dentária: A propósito de um caso clínico.....	111
Ribeiro,A; Varelas,C; Figueiredo,A .;Figueiredo,C;; Seabra,M; Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu.....	111
6.2: Actividade Científica II: Classe III: Diagnóstico e opções de tratamento – A propósito de um caso clínico.....	113
Varelas, C; Ribeiro,A; Carvalho, R; Silva, S; Alves, A; Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu.....	113
6.3: Actividade Científica III: Avaliação da Auto percepção da saúde oral por idosos institucionalizados em Viseu com dados clínicos e sociodemográficos.....	115
VII. CONCLUSÃO	117
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
IX. ANEXOS.....	127
Anexo 1:.....	129
.....	129
Anexo 2:.....	130
Anexo 3:.....	131

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	42
Tabela 2.....	43
Tabela 3.....	45
Tabela 4.....	48
Tabela 5.....	50
Tabela 6.....	53
Tabela 7.....	55
Tabela 8.....	57
Tabela 9.....	58
Tabela 10.....	59
Tabela 11.....	67
Tabela 12.....	68

Índice de Gráficos:

Gráfico 1.....	42
Gráfico 2.....	43
Gráfico 3.....	44
Gráfico 4.....	45
Gráfico 5.....	46
Gráfico 6.....	47
Gráfico 7.....	48
Gráfico 8.....	50
Gráfico 9.....	52
Gráfico 10.....	55
Gráfico 11.....	57
Gráfico 12.....	57
Gráfico 13.....	59
Gráfico 14.....	61
Gráfico 15.....	64

Índice de Figuras:

Figura 1.....	73
Figura 2.....	73
Figura 3.....	74
Figura 4.....	80
Figura 5.....	81
Figura 6.....	81
Figura 7.....	81
Figura 8.....	82
Figura 9.....	82
Figura 10.....	83
Figura 11.....	83
Figura 12.....	85
Figura 13.....	86
Figura 14.....	86
Figura 15.....	87
Figura 16.....	87
Figura 17.....	87
Figura 18.....	88
Figura 19.....	89
Figura 20.....	89
Figura 21.....	92
Figura 22.....	92
Figura 23.....	93
Figura 24.....	93
Figura 25.....	97
Figura 26.....	98
Figura 27.....	98
Figura 28.....	98
Figura 29.....	98

Figura 30.....	101
Figura 31.....	101
Figura 32.....	101
Figura 33.....	101
Figura 34.....	102
Figura 35.....	102
Figura 36.....	102
Figura 37.....	102
Figura 38.....	103

I. INTRODUÇÃO

1. Introdução:

A Medicina Dentária tal como a conhecemos tem um lugar na história relativamente recente, visto que a prática de máxima preservação das estruturas dentárias apenas ganhou relevância a partir do século XX. No entanto, na história da humanidade, as consequências das patologias da cavidade oral encontram-se várias vezes relatadas, sendo as primeiras provas arqueológicas da presença de cárie dentária em 8000 A.C. (1). Os primeiros registos encontrados que abordam o tratamento de lesões desta natureza datam 5000 A.C., criados pela civilização Suméria. (1) Manobras de tratamento de luxações articulares, como a articulação temporomandibular (ATM), foi descrito na era Romana (2). Todas as grandes civilizações aprofundaram o tema, no entanto, até ao final da Idade Média, existia a crença de que a dor dentária era originada por “vermes odontológicos” que criavam as cavidades e a consequente dor nas estruturas dentárias. Apesar da tentativa de controlo da sintomatologia associada, em grande maioria a extração dentária seria a solução, sendo que esta prática não era exclusiva de profissionais, mas sim praticada por indivíduos sem conhecimentos básicos de saúde. (1)

Com o avanço científico tornou-se evidente que um médico geral não seria a melhor opção para se dedicar a este tipo de condições patológicas, sendo que ao realizar tratamentos em medicina geral não obtinha um grau de conhecimento profundo acerca destas. Neste sentido, foi criada uma elite de profissionais de saúde cuja formação específica estivesse direcionada exclusivamente para a saúde oral: a especialidade de Medicina Dentária, podendo esta ser definida por aqueles que se dedicam ao estudo e prática médico-cirúrgica de todas as estruturas dentárias e, por extensão, da boca e maxilares. (3)

Segundo o Manual de Medicina Dentária na Europa (atualizado em 2015), disponível no site oficial da Ordem Médicos Dentistas de Portugal, a educação para obtenção deste grau de formação está regulada de forma a garantir que os seus praticantes adquiram parâmetros mínimos de aprendizagem:

- Obtenção de conhecimento científico adequado para que a Medicina Dentária seja baseada numa boa compreensão dos métodos científicos, incluindo os princípios de medição de funções biológicas, avaliação de fatos estabelecidos e análise de dados.

- Conhecimento adequado da constituição, fisiologia e comportamentos de saúde de um indivíduo saudável ou não, tanto quanto a influência do ambiente natural e social no estado de saúde do ser humano, na medida que estes o podem afetar a nível da formação em Medicina Dentária.
- Compreensão da estrutura e função dentária, cavidade oral, estruturas ósseas e tecidos moles associados, tanto saudável ou em caso de patologia, tal como a sua relação com o estado de saúde geral, para o bem-estar físico e psicológico do paciente.
- Conhecimento adequado das disciplinas e métodos clínicos, para fornecer ao futuro médico dentista uma visão coerente das anormalidades, lesões e patologias que afetam todos os constituintes da cavidade oral, de forma a ser capaz de administrar diagnósticos e tratamentos adequados.
- Experiência clínica sustentável segundo supervisão apropriada.

Através da formação contínua em meio universitário, é esperado que o futuro médico dentista esteja na posse destes parâmetros de conhecimento obrigatório para garantir o melhor desempenho possível como profissional de saúde.

O impacto da saúde oral pode ser marcante na qualidade de vida de um indivíduo. (5) Deste modo, uma boa saúde oral apresenta vários benefícios, podendo melhorar a saúde geral, sensação de dignidade, auto-estima e interações sociais; enquanto que uma saúde oral deficiente revela-se uma condição negativa para o bem-estar geral. (5) Em 1946, a Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Organização Mundial da Saúde, 1946). (6) Do mesmo modo, o estado de saúde oral é determinado por uma construção multidimensional que inclui doença oral, alterações da capacidade funcional, sintomatologia dolorosa e estética. (7)

Com o desenvolvimento do campo científico da biologia molecular, é possível definir a suscetibilidade individual para diferentes condições patológicas orais. Ao permitir a identificação de marcadores microbiológicos de cada patologia, será possível a sua monitorização, tornando-se uma mais valia a nível de prevenção. (6) De igual forma, vários estudos comprovaram a existência de fatores determinantes que definem a

regularidade de procura de tratamento dentário entre indivíduos de idade adulta. Entre estes, encontram-se a idade, sexo, raça, etnia, custo do tratamento dentário, seguro de saúde, ansiedade associada ao tratamento, hábitos de higiene, educação em saúde oral e crenças comuns. O estudo da natureza destes fatores revela-se fundamental para prever os padrões entre procura de serviços dentários ajudando assim a criar intervenções dentárias efetivas. (8)

O tratamento dentário é muitas vezes considerado um tipo de tratamento facultativo, na medida do domínio educacional, prático e financeiro da entrega de cuidados de saúde oral. No entanto, esta tendência tem vindo a alterar-se especialmente em relação às gerações mais novas, sendo que a importância da saúde oral tem vindo a destacar-se cada vez mais, ganhando um papel determinante na saúde sistémica geral em adultos e crianças. (9)

A primeira consulta de medicina dentária é recomendada a partir do 1º ano de idade, de forma a maximizar o potencial preventivo do uso de flúor, educação oral e modificação dos hábitos alimentares. Vários estudos indicam que uma intervenção precoce da carie dentária permite uma redução da sua incidência ao longo da vida. (10) Neste contexto, uma cada vez maior percentagem da população mantém os seus dentes naturais ao longo da vida, graças a tratamentos dentários regulares efetivos que permitem uma dentição saudável. (11) No entanto, esta realidade é constantemente contrabalançada pela maior prevalência de doenças crónicas e agudas na população, o que compromete o nível de saúde oral. Este tipo de pacientes deve ser seguido num âmbito de relação interdisciplinar com outros profissionais de saúde. (12) O cuidado compartilhado de pacientes com necessidades especiais (indivíduos com dano físico, sensorial, intelectual, mental, emocional, social ou uma combinação desses fatores) entre dentistas generalistas e médicos dentistas especializados neste grupo de pacientes, permanece vital para garantir um atendimento abrangente e mais adequado. (5)

Os profissionais de saúde devem, assim, adquirir abordagens que tenham em conta o *status* de saúde e as limitações funcionais de cada indivíduo de forma a, cuidadosamente, avaliar os riscos e fornecer os cuidados necessários a diferentes populações em qualquer fase da vida. (11)

Vários autores têm vindo a defender que a prática clínica deve tornar-se mais centrada no paciente, envolvendo-o no tratamento e na hora de tomar as decisões pertinentes, de forma a estar ciente do seu papel a desempenhar para garantir um bom nível de correta saúde oral. Logo que iniciada, a formação académica realizada em Medicina Dentária deve incentivar a humanização do paciente, centrando-se numa correta comunicação que alerte para a sua condição oral, estimulando um maior interesse e futura preocupação pela sua saúde dentária. (12)

De forma a evitar opções de diagnóstico incorretas, o Médico Dentista deve estar sempre atualizado sobre a prevalência de patologias orais na população, considerando diagnósticos diferenciais e reforçando conhecimento em áreas mais desafiantes. Deve de igual forma reforçar as relações de comunicação com o paciente e com outros profissionais de forma a garantir o melhor prognóstico do caso. (13)

1.1. Medicina Dentária e as diferentes patologias orais:

1.1.2 Cárie Dentária:

A cárie dentária pode ser definida como uma patologia multifatorial, causada pela conjugação da presença de produtos açucarados na dieta com o biofilme e o tipo de tecido dentário presentes no hospedeiro. (14) As complexas comunidades bacterianas que constituem o biofilme dentário relacionadas com a saúde oral, apesar de conterem espécies produtoras de ácido, podem responder às exposições de açúcar ocasionais e permanecer estáveis. No entanto, quando estes são consumidos com maior regularidade, o ambiente torna-se mais ácido e mais propício a espécies acidogénicas e acidúricas que dominam a comunidade bacteriana. Essa prevalência de produção de ácido leva à desmineralização do esmalte dentário. (10) A espécie microbiológica *Streptococcus mutans* (SM) está bem estabelecida como produtora de ácido, comum em lesões cariosas, mas outras espécies produtoras de ácido também foram associadas a esta patologia.

As medidas para prevenção da carie dentária passa essencialmente por:

- Modificações dietéticas, reduzindo o consumo de produtos açucarados
- Instruções corretas de higiene oral (de forma a permitir uma limpeza correta da placa bacteriana)
- Complemento com fluoretos (15)

A cárie dentária continua a ser a condição patológica mais prevalente em todo o mundo, apesar de uma mínima mudança na prevalência e incidência ao longo das últimas duas décadas. (12)

Em particular, a cárie precoce em crianças mais jovens tem características destrutivas e consequências indesejáveis, como dor e infeção. (16) Leva assim, a problemas funcionais, tendo efeitos nocivos na mastigação, deglutição e rotinas de sono, podendo levar a problemas nutricionais que podem afetar crianças em fase de crescimento. (9) A questão estética deve também deve ser enfatizada, devido às consequências a nível da interação social, podendo resultar em retração social e timidez. (16) Deste modo, em conjunto com distúrbios sistémicos relacionados com uma higiene

oral deficiente (diabetes, doenças autoimunes) podem levar a implicações a longo prazo para pacientes pediátricos. (9) Além de que, crianças mais jovens com cáries também são mais propensas a ter essa mesma condição na sua dentição permanente. A probabilidade de desenvolvimento de cárie em crianças está relacionada com o nível de infecção dos seus cuidadores, frequência de exposição, estado imunitário, e dieta. (16)

Portanto, a cárie dentária é uma doença crônica cumulativa, revelando-se um problema grave e persistente em saúde pública, afetando diferentes grupos de várias origens socioeconômicas e grupos etários. Desta forma, a prevenção de condições crônicas relacionadas com o estilo de vida deve basear-se na criação de ambientes de apoio (na educação, emprego e habitação) em vez de as soluções passarem apenas pela "correção" de comportamentos não saudáveis. (17)

1.1.2 Doença Periodontal

A doença periodontal afeta os tecidos de suporte dentário e inclui uma variedade de processos inflamatórios que levam a uma destruição tecidual progressiva e consequentemente à perda da peça dentária. (18)

Atualmente são reconhecidos dois tipos principais de periodontite:

- Periodontite Crônica
- Periodontite Agressiva

A Periodontite Crônica desenvolve-se numa fase mais tardia, sendo que tem uma progressão cíclica e lenta. A Periodontite Agressiva, por outro lado, desenvolve-se rapidamente numa fase inicial, provocando uma perda estrutural muitas vezes não relacionada com os depósitos de placa dentária. (18)

A prevalência de periodontite não é um dado consensual, devido a não existir uma definição precisa da doença, da sua gravidade e sua classificação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que a ocorrência desta patologia no seu estadió avançado varia entre 1% a 79% em toda a população mundial. Apesar dos desafios em quantificar a sua prevalência, inúmeros artigos referem a patologia como um enorme problema global. (19)

A Associação Americana de Periodontologia definiu o protocolo de terapia periodontal direcionada a estes pacientes, efetuada pelo Médico Dentista, segundo os seguintes requisitos: (19)

- Atualização do historial médico e dentário do paciente
- Examinação intra e extra-oral dos tecidos moles
- Examinação dentária clínica e radiográfica
- Avaliação da eficiência da higiene oral do paciente
- Avaliação periodontal e determinação do risco
- Remoção da placa bacteriana supra e infra-gengival
- Realizar retratamento assim que necessário

A perda dentária associada a este tipo de patologia é devida à perda de inserção periodontal que induz mobilidade dentária, podendo levar à migração das peças devido à pressão induzida da força da língua, contactos oclusais e parafunções. Neste sentido, muitos dos pacientes necessitam de reabilitação protética com o apoio de uma equipa multidisciplinar (periodontologia, ortodontia, implantes/prótese e terapia da fala) tentando, desta forma, minimizar as consequências associadas e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Estudos efetuados neste sentido concluíram que diferentes formas de periodontite vão limitar de forma diferente a qualidade de vida de cada paciente. Pacientes diagnosticados com formas generalizadas de periodontite crónica e agressiva mostraram um menor nível de satisfação em termos de qualidade de vida do que aqueles diagnosticados com as formas localizadas. Esta diferença observa-se tanto a nível de desconforto físico como psicológico. (18)

1.1.3 Problemas funcionais da ATM

A etiologia dos distúrbios temporomandibulares é considerada multifatorial, incluindo fatores biológicos e sociais, tal como agentes causadores da oclusão, stress emocional, traumas ou fatores sistémicos. (20;21) Estes fatores etiológicos associados podem ser classificados em macrotraumas e microtraumas. (21)

A disfunção temporomandibular (DTM) caracteriza-se por diferentes sintomas observados clinicamente como quadros de dor, ruídos articulares, restrição dos movimentos mandibulares e deformação facial. (21)

Para a realização de um correto diagnóstico, devem ser realizados diversos testes de forma avaliar a articulação, tendo um papel importante a palpação, auscultação e preenchimento de um questionário direcionado a correlacionar os diferentes componentes etiológicos e a sintomatologia existente, para além do auxílio de exames radiográficos, tais como as tomografias, ressonâncias magnéticas e artrografias. O exame clínico inicial e a recolha de dados na anamnese devem ser realizados de forma minuciosa, de forma a garantir que as informações fornecidas acerca do nível de dor e exames complementares garantam a segurança no processo de diagnóstico.

O objetivo imediato do tratamento deve ser eliminar a sintomatologia dolorosa. É de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo a escolha do tratamento mais indicado. (20)

O tratamento direcionado a este tipo de paciente pode ser conservador numa primeira abordagem. Este consiste na utilização de fármacos, placas oclusais, orientações gerais e fisioterapia. Também pode ser aconselhada a realização de tratamentos minimamente invasivos tais como a artrocentese, infiltrações de hialuronato de sódio e corticosteroides, além de pequenas cirurgias. A terapia cirúrgica deve ser tomada como última opção, dado o seu grande grau invasivo que sujeita o paciente a complicações a nível da inervação facial. Os casos onde se requer tratamento cirúrgico invasivo devem ser selecionados com base em critérios bem definidos. E, por ser não reversível, deve apenas ser aplicada assim que esgotadas todas as opções de terapia conservadora. (20)

1.1.4 Halitose

A halitose consiste na emissão de um odor desagradável da cavidade oral. Esta condição pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos afetados e causar retração social. (22) Apesar de todos estes constrangimentos associados, este tipo de patologia ainda é pouco estudada na população. Diferentes estudos determinaram que a prevalência varia conforme diferentes fatores, tais como: fatores fisiológicos (acumulação de biofilme na língua, tempo prolongado em jejum, ingestão de alguns tipos de alimentos/especiarias

assim com hábitos tabágicos), sistêmicos (diabetes, doenças renais e hepáticas) e orais (falta de preocupação com a higiene oral). A origem intraoral é na maioria dos casos (80%-90%) resultante da degradação de substratos orgânicos por bactérias anaeróbias e a produção de compostos de enxofre voláteis. (22)

A halitose pode exercer uma influência negativa nos aspetos sociais e afetar a auto-estima da pessoa, na medida em que a aceitação social está relacionada com a aparência, capacidade de falar claramente e à ausência de halitose. Existe ainda uma relação entre a pseudo-halitose e o género feminino, sendo esta sobre-estimada por este género. (22)

Os casos desta patologia são de difícil diagnóstico, visto que ao ser auto-relatado, o individuo tende a subestimar a ocorrência real dessa condição, principalmente por causa da dificuldade das pessoas detetarem o seu próprio odor. Sendo que desta forma, o Médico Dentista tem um papel importante de diagnóstico desta patologia. Estudos centrados no seu tratamento aconselha uma limpeza mecânica da língua com um raspador ou escova leve, pasta dentífrica específica, bochechos com clorehexidina e, em alguns estudos, refere-se uma possível terapia antibacteriana. No entanto, os resultados destes tratamentos são limitados, com um potencial não totalmente certo. (22)

II. OBJETIVOS

II. Objetivos

Este relatório de atividade clínica irá realizar uma revisão epidemiológica e diferencial dos casos realizados em ambiente clínico. Assim, trata-se de uma retrospectiva do trabalho prático efetuado pelo binómio constituído pela autora, com ênfase na sua pertinência de modo a permitir a autorreflexão e um conseqüente aprofundamento do conhecimento adquirido.

Desta forma, o trabalho efetuado permite que a futura Médica Dentista:

- Reconheça a importância de uma correta e detalhada história clínica geral e dentária;
- Racionalize a necessidade de recorrer a exames complementares de diagnóstico (radiográficos, hematológicos);
- Saiba realizar um exame clínico de forma rápida e eficaz;
- Utilize uma abordagem interdisciplinar com outros clínicos da mesma ou de diferentes especialidades, de forma a garantir um trabalho de cooperação que beneficie o paciente;
- Aprenda a realizar diagnóstico diferencial de forma a chegar a um enquadramento específico para a sintomatologia apresentada;
- Saiba estimar um prognóstico para determinado caso;
- Trabalhe de forma dedicada, independente e responsável;
- Aborde o paciente de forma humanizada, incluindo-o na escolha das decisões pertinentes, ajudando-o a criar consciência do seu estado de saúde oral;
- Saiba subscrever a posologia apropriada da medicação indicada para controlo da sintomatologia;
- Atue sempre consoante a sua consciência, respeitando as normas éticas estipuladas;
- Atualize os conhecimentos através da consulta de nova literatura;

Desta forma, no final do percurso efetuado ao longo destes 5 anos, é pretendido que a futura Médica Dentista esteja consciente do seu dever como profissional de saúde de apresentar o melhor desempenho possível, agindo de forma confiante, segura, mas

cautelosa. Deve agir sempre conforme o seu grau de formação e tentando atingir mais e melhor, atualizando os seus conhecimentos e vendo além das técnicas convencionais.

III. MATERIAIS E MÉTODOS

III. Materiais e Métodos

Este relatório tem em conta a amostra de paciente tratados na Clínica Dentária Universitária da Faculdade Católica, Instituto de Ciências da saúde, Viseu, pelo binómio constituinte da autora (binómio 44: Carolina Varelas e Adriana Ribeiro) desde o 2º semestre do 3º ano (Abril 2016) e 2º semestre do 5º ano (Junho 2018). Esta amostra foi recolhida durante o período em que o binómio efetuou aulas clínicas nas áreas curriculares de: Medicina Oral, Dentisteria Operatória, Periodontologia, Odontopediatria, Endodontia, Cirurgia Oral, Prótese Removível, Prótese Fixa, Oclusão e Ortodontia. No total, o binómio terá realizado 212 atos clínicos.

Esta amostra foi determinada utilizando o programa informático presente na Clínica Universitária, o Newsoft® 2.0. Foi consultado o questionário referente à história clínica (anexo 1), odontograma (anexo 2), periograma (anexo 3) e exames complementares radiográficos usando o programa Dimaxis®.

Ao caracterizar a amostra total, esta foi analisada segundo área disciplinar onde foram atendidos os pacientes, o papel realizado pela autora (operador/assistente) e segundo o género. De seguida, foi estudada de forma individual a história clínica, nomeadamente a presença de patologias, hábitos relacionados com a rotina de higiene oral (número de lavagens diárias, utilização de fio dentário) e presença de fatores de risco (hábitos tabágicos e alcoólicos).

Após a caracterização geral da amostra, foram recolhidos os dados discriminados por área disciplinar, revendo o número e tipo de tratamento efetuado, o motivo principal da consulta, o grau de cooperação e o tipo de diagnóstico realizado.

Estes dados foram processados no Microsoft® Excel 2016 e integrados no formato Word do mesmo sistema. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas plataformas Pubmed, Google Académico e o Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

IV. RESULTADOS

4.1. Caracterização Geral

Este trabalho baseia-se na atividade clínica que a autora realizou em meio universitário entre o início do 2º semestre do 3º ano e o final do 2º semestre do 5º ano. A autora atendeu no total 212 pacientes.

4.1.1. Distribuição segundo a cadeira disciplinar

Os pacientes foram distribuídos pelas diferentes cadeiras curriculares sendo que a sua percentagem está descrita no seguinte gráfico (Gráfico 1).

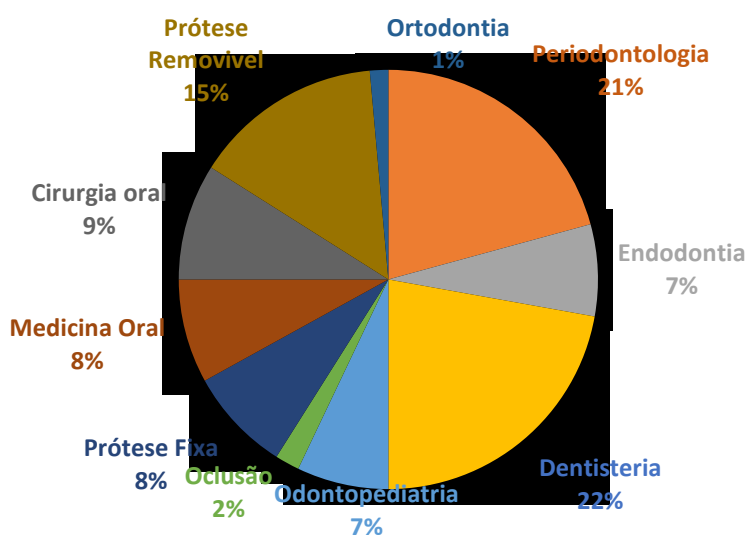


Gráfico 1 – Distribuição de pacientes segundo área curricular

<u>Área</u>	<u>Número</u>
Periodontologia	44
Endodontia	15
Dentisteria	47
Odontopediatria	15
Oclusão	4
Prótese Fixa	17
Medicina Oral	17
Cirurgia Oral	19
Prótese Removível	31
Ortodontia	3
<u>Total</u>	212

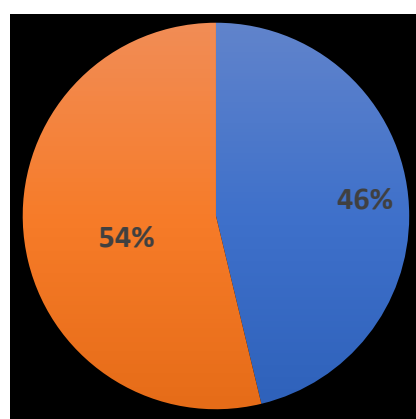
Tabela 1- Distribuição segundo área curricular

Podemos assim concluir que as cadeiras curriculares onde efetuámos mais atividade foram Dentisteria Operatória e Periodontologia, que correspondem a uma percentagem de 22% e 21% respetivamente. As cadeiras com menos atividade foram as cadeiras de Ortodontia e Oclusão, com apenas 3 e 4 pacientes respetivamente o que corresponde a uma percentagem de 1% e 2%.

Estas percentagens podem ser justificadas devido às carências mais prevalentes na população a nível dentário. A cárie dentária é uma das doenças mais comuns a nível global (10, 11), estando estritamente relacionada com os hábitos de higiene oral e opções alimentares. De modo semelhante, a doença periodontal é uma patologia que comumente afeta a população, sendo de carácter multifatorial. (10) A prevenção de cárie dentária e doença periodontal pelos profissionais de saúde oral é geralmente considerada prioritária. (12), sendo assim lógico que o seu tratamento e prevenção corresponda à população mais prevalente deste estudo.

4.1.2. Distribuição segundo o Género:

Durante a atividade curricular podemos constatar uma ligeira prevalência do sexo masculino, correspondendo a uma percentagem de 54% para 46%, tal como podemos verificar no gráfico imediatamente abaixo (Gráfico 2).



■ Feminino ■ Masculino

	Número
Feminino	98
Masculino	114
Total	212

Tabela 2- Distribuição segundo o género

Gráfico 2 – Distribuição de pacientes segundo o género

4.1.3. Distribuição segundo cargo Operador/Assistente

Ao longo do nosso percurso clínico, existem duas formas de aprendizagem: ser o operador da consulta ou assistir, dando o apoio necessário ao trabalho a ser realizado.

	<u>Número</u>	<u>Percentagem %</u>
<u>Operador</u>	105	49%
<u>Assistente</u>	107	51%
<u>Total</u>	212	100%

Tabela 3- Distribuição segundo o cargo Operador/Assistente

Assim, ao analisar os atos que a autora efetuou como operadora e como assistente (Tabela 3), podemos concluir que ambos foram muito semelhantes relativamente à amostra total, resultando em percentagens equilibradas entre ambos.

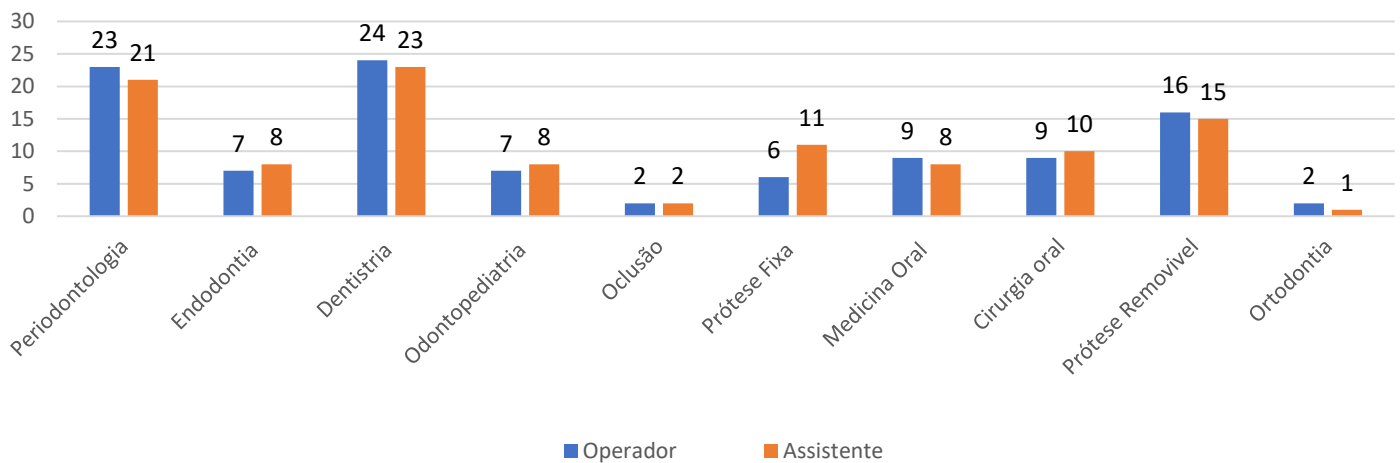


Gráfico 3- Distribuição Operador/Assistente segundo a área curricular

O mesmo se sucede em relação a cada área curricular, tal como podemos observar no gráfico referente. (Gráfico 3)

4.1.4 História Clínica Geral

Antes de qualquer procedimento efetuado na Clínica Universitária, o paciente é submetido a um inquérito acerca do seu estado de saúde atual. Este inquérito é meticoloso, sendo que aborda todo o tipo de patologias gerais e procedimentos médicos a que o paciente foi, ou está atualmente, a ser submetido. Desta forma, o Médico Dentista poderá adotar o melhor tipo de tratamento possível e estar prevenido para as possíveis complicações que poderão ocorrer.

Analisando o inquérito inicial preenchido para o total de pacientes cujo tratamento dentário foi efetuado pelo binómio integrado pela autora, é possível verificar a prevalência das diferentes patologias pré-existentes. Esta análise verificou que a patologia mais comumente evidenciada é a hipertensão arterial, sendo que a grande maioria da amostra se apresentava medicada e numa condição estável. De seguida, os níveis elevados de colesterol e patologias cardíacas são as mais prevalentes. Além daquelas mais prevalentes, também se verificou a presença de patologias de origem gástrica, hepática, diabetes, patologias relacionadas com a tiroide, historial de cancro e doenças infecciosas.

A sua prevalência pode ser consultada no gráfico abaixo apresentado. (Gráfico 4)

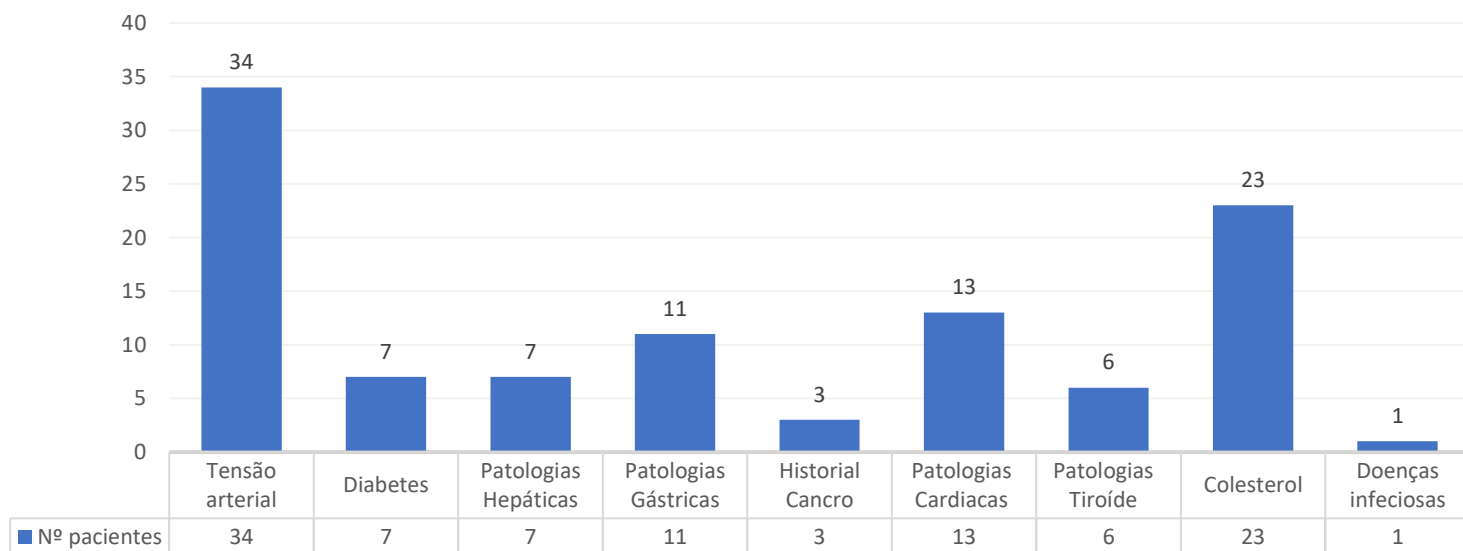


Gráfico 4 – Prevalência de patologias pré-existentes

4.1.5. Fatores relacionados com hábitos de higiene oral

Além das patologias prévias apresentadas, o inquérito também contempla outros fatores, tal como o número de escovagens diárias, o uso de fio dentário e hábitos de risco (tendências tabágicas e alcoólicas, entre outras).

Segundo a Direção Nacional de Saúde (DGS), a escovagem deve ser efetuada no mínimo duas vezes ao dia, sendo uma delas invariavelmente à noite, antes de deitar. Referem também que esta escovagem deve ser acompanhada de um dentífrico fluoretado e escova de tamanho apropriado com cerdas médias. (23)

Quando questionados acerca da prevalência em que realizavam a sua higienização oral, cerca de metade dos indivíduos da amostra (48%) confirmou que segue as recomendações da DGS, lavando duas vezes ao dia. A segunda prevalência mais comum (31%) referiu efetuar apenas uma higienização oral ao dia, seguido da amostra que afirmou lavar três vezes (12%), tendo como menos prevalente aqueles que referem não lavar os dentes em nenhum momento diariamente (9%).

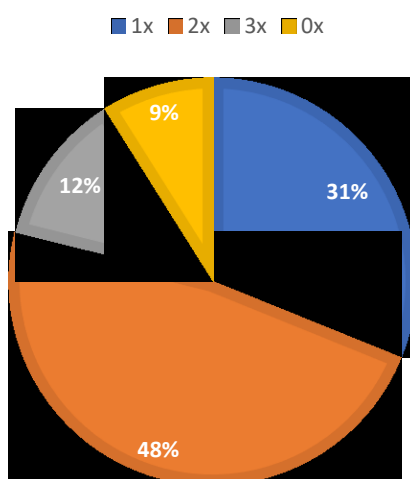


Gráfico 5 – Prevalência do número de escovagens

A Direção Nacional de Saúde também recomenda o uso de fio dentário diariamente a acompanhar cada higienização oral. No entanto, ao contrário do que ocorre em relação às recomendações quanto ao número de escovagens diárias, grande parte da amostra refere não utilizar rotineiramente fio dentário (72%).

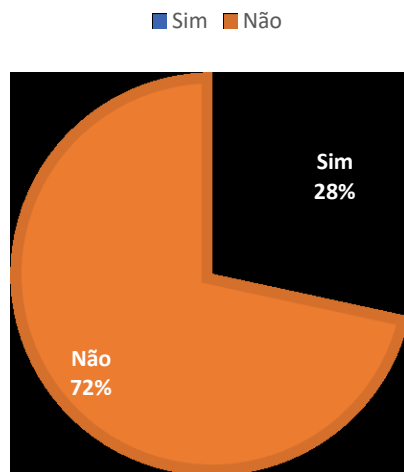


Gráfico 6 – Prevalência do uso de fio dentário

O controlo efetivo da placa dentária através da utilização de uma escova dentária é uma das estratégias essenciais para a manutenção da saúde dentária e gengival, revelando-se eficaz na remoção da placa supra-gengival. No entanto, as escovas dentárias não possuem a capacidade de penetrar na área interdentária, promovendo o aparecimento da doença periodontal e lesões cariosas nestes espaços. Portanto, é importante a associação do uso de fio dentário ou escovilhões, de forma a remover eficazmente a placa nestes locais de difícil acesso. Devemos persistir na abordagem dos pacientes em relação à sua utilização, alertando para os seus benefícios e problemas associados à sua não utilização. (10)

4.1.6. Hábitos de Risco

Os hábitos tabágicos, alcoólicos e o consumo de estupefacientes de forma recorrente são indicados como alguns dos fatores de risco que mais afetam a saúde da cavidade oral. (23) Segundo a amostra de pacientes cujo tratamento foi realizado pelo binômio da autora, apenas 30 em 212 referiram ter hábitos tabágicos ou alcoólicos, correspondendo a uma percentagem de 14%. Desta percentagem 6% referiu possuir hábitos tabágicos rotineiros e 8% hábitos alcoólicos (Gráfico 7).

	Nº de pacientes	Percentagem (%)
Hábitos Tabágicos	12	6%
Hábitos Alcoólicos	18	8%
Sem Hábitos de risco	182	86%
Total	212	100%

Tabela 4- Hábitos de risco por paciente

■ Tabaco ■ Álcool ■ Sem hábitos de risco

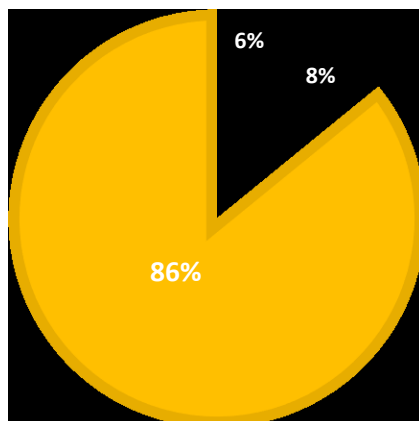


Gráfico 7 – Prevalência de hábitos de risco de saúde

4.2 Caracterização da amostra segundo cada área disciplinar

4.2.1. Medicina Oral

4.2.1.1. Enquadramento

A área disciplinar de Medicina Oral é iniciada no 1º semestre do 4º ano, tendo atendido um total de 17 pacientes.

De acordo com a Academia Americana de Medicina Oral, este campo é definido como uma especialização da Medicina Dentária que se encarrega dos cuidados de saúde oral de pacientes com outras patologias e no diagnóstico e tratamento não cirúrgico de lesões que afetam a cavidade oral e região maxilofacial (24).

Cada indivíduo que se desloque à clínica universitária, independentemente do tratamento que pretende obter, deve passar inicialmente por uma consulta da área disciplinar de Medicina Oral. Esta consulta é de extrema importância, visto que pretende fazer uma triagem dos casos, sendo depois encaminhados para as áreas em que necessitam efetuar tratamento por prioridade segunda a dor ou disfunção associada.

Em contexto universitário, e sendo uma consulta inicial, todos aqueles que aí foram encaminhados apresentavam uma razão primordial para aí se deslocarem. Este motivo não seria necessariamente aquele que apresentava tratamento mais urgente, assim que cabe a cada aluno encarregar da consulta enumerar os tratamentos necessários por nível de urgência.

4.2.1.2. Exposição dos dados

Ao longo da permanência da autora nesta área curricular, foi atendido um total de 17 pacientes pelo seu respetivo binómio, correspondendo a uma percentagem de 8% em proporção à amostra total de pacientes em que foi efetuado tratamento. Os principais motivos para comparecerem na clínica universitária são demonstrados em proporção no gráfico abaixo apresentado (Gráfico 8).

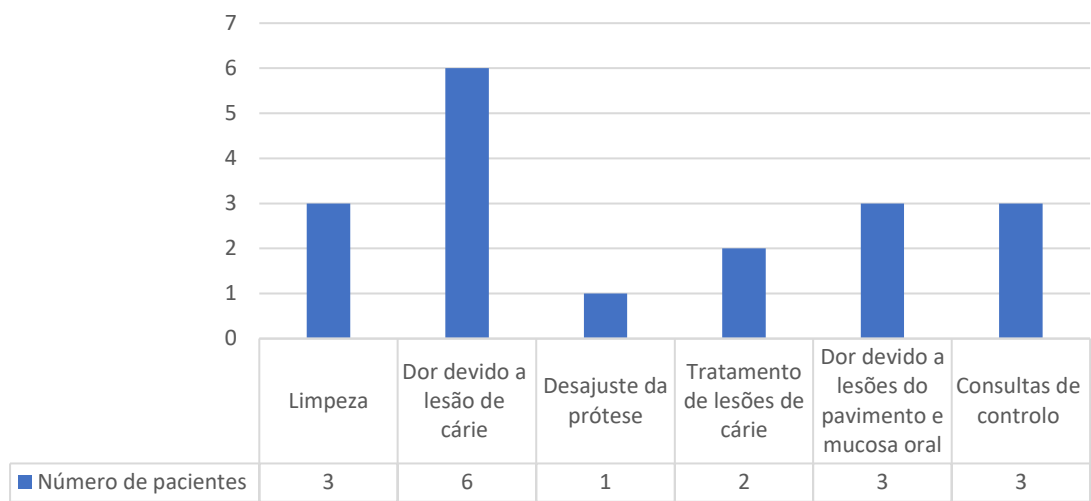


Gráfico 8- Motivo principal para procura de tratamento

4.2.2. Dentisteria Operatória

4.2.2.1. Enquadramento

A área disciplinar de dentisteria operatória é iniciada no 2º semestre do 3º ano, sendo a área onde houve mais prevalência de pacientes.

A cárie dentária é uma patologia infecciosa presente na maioria da população. Apesar dos múltiplos programas de incentivo à higiene oral, este tipo de patologia continua a ser prevalente em todas as faixas etárias, tornando-se assim um problema grave para a comunidade.

Esta área disciplinar tem como função aplicar técnicas o menos invasivas possível, de forma a tratar pacientes com sintomatologia dolorosa. O grau de invasão dos tratamentos restauradores irá depender do nível individual de risco de cárie, da proximidade da lesão à polpa, da sua vitalidade, a extensão da estrutura dentária remanescente e dos fatores clínicos associados. (25)

Esta área curricular foi aquela onde houve maior prevalência de pacientes pelo binómio constituído pela autora, uma vez que, além da grande prevalência de lesões cariosas na população, o seu estado avançado leva a um quadro de dor que interfere com atividades rotineiras tal como a alimentação e higienização oral. Num estado mais avançado, leva mesmo à limitação de toda a atividade devido à intensidade da dor e, muitas vezes, a quadro febris associados a estados infecciosos. Desta forma, o doente vem, na maioria das vezes, por sua própria iniciativa para o tratamento destas lesões.

4.2.2.2. Exposição dos dados

A análise dos tratamentos efetuados nesta área disciplinar será restringida ao tipo de tratamento restaurador efetuado segundo a área de estrutura dentária afetada. Assim, os tratamentos efetuados apresentam-se no gráfico (Gráfico 9) e enumerados na tabela abaixo (Tabela 5).

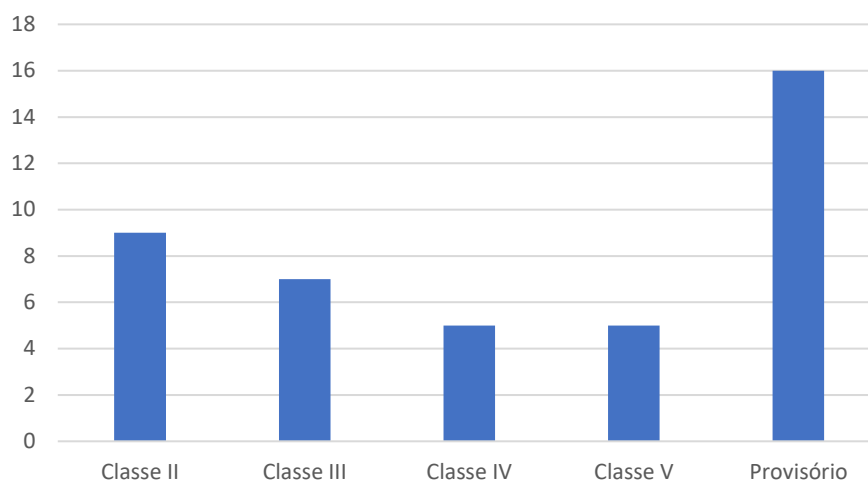


Gráfico 9- Tipos de restaurações em prevalência efetuados em Dentisteria Operatória

		<u>Nº de restaurações</u>
<u>Tratamento Definitivo</u>	<u>Classe I</u>	8
	<u>Classe II</u>	9
	<u>Classe III</u>	7
	<u>Classe IV</u>	5
	<u>Classe V</u>	5
<u>Tratamento Provisório</u>		16
<u>Total</u>		50

Tabela 5- Número de restaurações efetuadas segundo o tipo de preparo cavitário e sua duração

Em 1908, Black elaborou as primeiras normas para se confeccionar um preparo cavitário, O gráfico 9 enumera o tipo de restaurações definitivas realizadas, segundo esta nomenclatura cavitária. Esta classificação reúne as cavidades em classes que requerem a mesma técnica de instrumentação e restauração: Classe I, Classe II, Classe III e Classe V. (30) É referido também a realização de tratamentos provisórios, com materiais de curta duração entre tratamentos.

Numeração dentária*	Nº de restaurações	Percentagem
11	4	8%
26	4	8%
44	10	20%
47	4	8%
Restantes peças dentárias	28	56%
	50	100%

Tabela 6- Prevalência do tipo de restauração mais frequente segundo a peça dentária

* A nomenclatura dentária utilizada é definida pelo sistema de dois dígitos (Federação Dentária Internacional, FDI) (27)

Podemos verificar que nas 47 consultas efetuadas em Dentisteria Operatória, foram realizados 50 tratamentos restauradores. Destes 50 tratamentos, aqueles que se revelaram mais prevalentes foi o tipo de tratamento provisório, seguido pelo tipo de restauração definitiva em Classe II. Sendo que o dente 44 corresponde à maior prevalência de tratamento (20%). (Tabela 6)

4.2.3. Periodontologia

4.2.3.1 Enquadramento

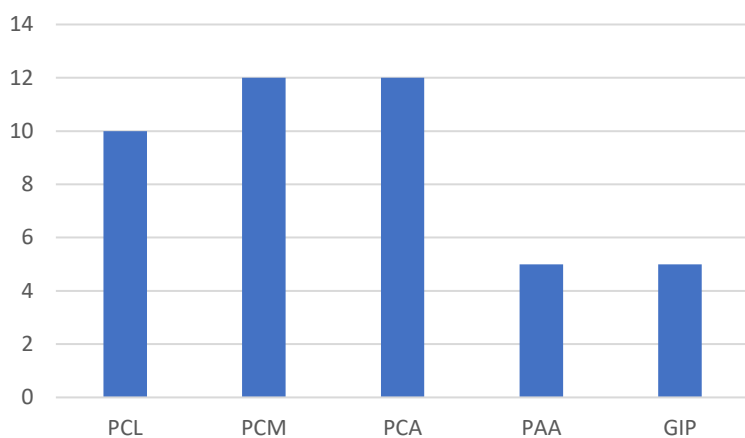
A área de Periodontologia foi, em conjunto com a Dentisteria, iniciada no 3º ano 2º semestre, fazendo assim parte das áreas onde se verificou a maior prevalência de pacientes.

Tal como foi referido anteriormente, a saúde periodontal é considerada um dos principais problemas de relevância para a saúde oral. Para a população em geral o seu tratamento é, em conjunto com o da cárie dentária, um dos mais comumente requeridos, sendo justificado pela presença de placa dentária visível, assim como as suas consequências, tal como a inflamação e o sangramento após a escovagem. A alta percentagem de incidência destas patologias levou ao desenvolvimento de várias estratégias para a sua prevenção precoce, intervindo nomeadamente assim que se inicia o processo inflamatório, ou pela prevenção da progressiva perda óssea na fixação da periodontite. (28) Assim, grande parte dos pacientes que são encaminhados para a área de Periodontologia estão conscientes da presença de placa e da necessidade da sua remoção, de forma a efetuar uma destartarização, que é vulgarmente denominada de “limpeza”. No entanto, não estão conscientes da verdadeira severidade da sua situação clínica, uma vez que a grande maioria apresenta casos de periodontite com perda óssea, tendo negligenciado a sua progressão.

4.2.3.2 Exposição dos dados

O diagnóstico da patologia é realizado analisando vários fatores. Primeiro é efetuado o preenchimento de um periograma em formato informático com os valores de sondagem em três pontos na gengiva por vestibular e lingual/palatino, assim como os valores das recessões gengivais localizadas. É realizada uma ortopantomografia como exame radiográfico auxiliar de diagnóstico para estimar, de forma geral, a perda óssea já apresentada. Além de ser necessário avaliar a mobilidade, o nível de BOP e a presença de lesões periapicais. Considerando todos estes fatores chega-se um diagnóstico.

A prevalência de diagnóstico é apresentada no gráfico abaixo (Gráfico 10).



* Legenda do Gráfico:

PCL – Periodontite

Crônica Leve

PCM – Periodontite

Crônica Moderada

PCA – Periodontite

Crônica Avançada

PAA – Periodontite

Aguda Agressiva

GIP – Gengivite

Induzida por placa

Gráfico 10-Prevalência de patologia periapical na área de Periodontologia

	<u>Nº de</u> <u>Tratamentos</u>	<u>%</u>
<u>Destartarização</u>	30	68%
<u>RAR</u> <u>(Raspagem</u> <u>Apical</u> <u>Radicular)</u>	12	27%
<u>Cirurgia</u> <u>Periapical</u>	2	5%
<u>Total</u>	44	100%

Tabela 7- Tipo de tratamento efetuado por consulta

Após analisados os dados recolhidos, pode ser concluído que o tratamento mais prevalente foi a destartarização, que corresponde a uma percentagem de 68%. Em termos de diagnóstico, houve uma semelhança de dados entre Periodontite Crônica Moderada (PCM) e Periodontite Crônica Avançada (PCA), sendo estes os diagnósticos mais recorrentes.

4.2.4. Odontopediatria

4.2.4.1 Enquadramento

A área disciplinar de dentisteria operatória é iniciada no 1º semestre do 4º ano, tendo sido atendidos um total 15 pacientes. Como esta área curricular é exclusiva a indivíduos menores de 16 anos, além do tipo de tratamento efetuado, é importante avaliar a sua cooperação ao longo deste. Crianças de menor idade não têm, muitas vezes, a maturidade para perceber o melhor comportamento a adotar, não controlando facilmente as suas emoções, apresentando-se muitas vezes num estado de irritabilidade e cansaço que não permite um desenvolvimento habitual do tratamento a ser realizado. De forma a garantir as instruções higiene oral em crianças menores, estas devem começar com o provedor de cuidados de saúde primários, ou seja, em visita ao médico de família. Uma vez que as crianças nos primeiros anos de vida são muito mais propensas a serem vistas por um médico de família do que um médico dentista. (10)

Ao contrário do que ocorre em outras áreas disciplinares, em Odontopediatria é efetuado um conjunto de tratamentos não restritos, sendo realizados tratamentos de Dentisteria Operatória, Cirurgia Oral, Endodontia, Periodontologia, Prótese Removível e Fixa.

4.2.4.2 Exposição dos dados

No caso da amostra de pacientes atendidos pelo binómio da autora, os tratamentos efetuados apresentam-se enumerados na tabela e gráfico abaixo apresentados. (Gráfico 12)

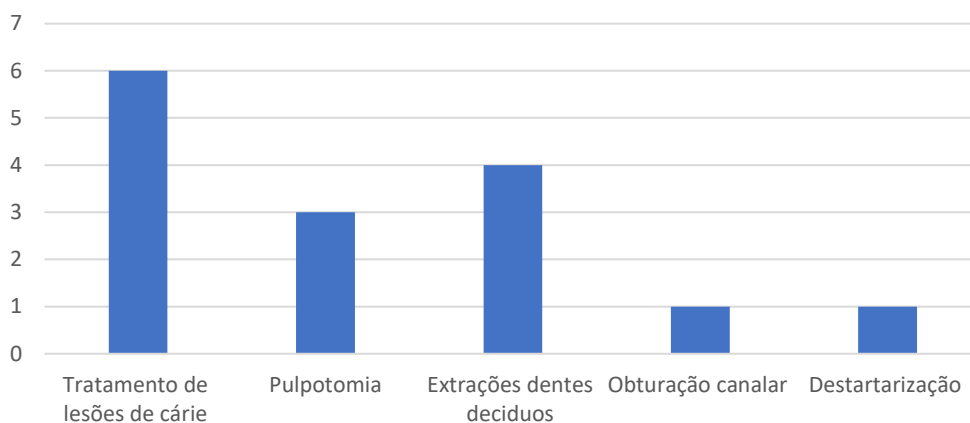


Gráfico 11- Tratamentos efetuados em consultas de Odontopediatria

O tratamento mais efetuado em ambiente odontopediátrico foi o tratamento de lesões de cáries, sendo que 6 das 15 consultas efetuadas foi dedicado a este.

O nível de cooperação apresentado pela amostra de pacientes nesta disciplina pode ser quantificado no gráfico abaixo apresentado. (Gráfico 11)

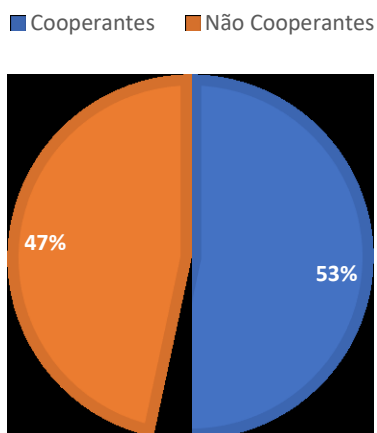


Gráfico 12- Percentagem de paciente Colaborantes/Não Colaborantes

	Nº de Pacientes
Pacientes cooperantes	8
Pacientes não cooperantes	7
Total	15

Tabela 8 – Pacientes Colaborantes/Não colaborantes

Podemos verificar que a percentagem de pacientes colaborantes e não colaborantes foi bastante similar, havendo uma prevalência praticamente idêntica de ambos, sendo que houve 8 pacientes cooperantes e 7 não cooperantes. Nos pacientes não colaborantes o tratamento foi apenas efetuado graças ao apoio auxiliar das docentes da área disciplinar.

4.2.5. Endodontia

4.2.5.1. Enquadramento

A área disciplinar de Endodontia foi iniciada em ambiente clínico apenas a partir do 2º semestre do 4º ano pelo binómio da autora, apresentando deste modo uma amostra consideravelmente inferior.

O objetivo primário da endodontia é preservar a dentição natural. O tratamento do canal radicular é um procedimento que proporciona alívio da dor e restauração da função e a estética. Vai deste modo ter em vista o diagnóstico e tratamento da dor de origem pulpar e/ou periapical, realizando terapias a polpa vital, tratamento de canal radicular não cirúrgico, retratamento anteriores sem sucesso e branqueamentos internos. (29)

Verificou-se que nem todos os pacientes assistidos foram submetidos a tratamento endodôntico, ou seja, em alguns casos foi efetuado apenas consulta de diagnóstico e encaminhamento para a área de dentisteria operatória ou realizado o tratamento restaurador na mesma consulta. Este tipo de acontecimento verifica-se devido ao diagnóstico incorreto realizado em outras áreas curriculares, sendo assim essencial a confirmação do diagnóstico em Endodontia. Muitas vezes, é possível realizar-se um tratamento restaurador ao invés de desvitalização canalar.

4.2.5.2. Exposição dos dados

Considerando os tratamentos efetuados nos 15 pacientes assistidos em endodontia, apenas em 6 foi finalizado o tratamento endodôntico. Desses, 4 foram em dentes monocanales e 2 em dentes biradulares, tal como descrito na tabela abaixo apresentada. (Tabela 9)

Pacientes submetidos a TER	6	Monoradicular	4
		Multiradicular	2
Pacientes excluídos de TER	9		

Tabela 9 – Pacientes atendidos na área de Endodontia

4.2.6. Cirurgia Oral

4.2.6.1. Enquadramento

A área de cirurgia oral é iniciada no 2º semestre do 3º ano, sendo que foram atendidos 19 pacientes pelo binómio 44. Destes 19 pacientes, apenas 1 dos procedimentos cirúrgicos foi realizado com técnica aberta, enquanto nos restantes foi utilizada um método de extração conservando o alvéolo (técnica fechada).

A técnica aberta é utilizada em casos de pouca visibilidade ou onde a técnica fechada não garante o sucesso do caso. A preparação de um retalho e a realização de uma ligeira osteotomia na área vestibular, facilitam a extração, tornando-a mais rápida, atraumática e com melhor pós-operatório do que tentativas prolongadas e agressivas com a técnica fechada (através do alvéolo). (30)

.2.6.2. Exposição dos dados

■ Dentes anteriores ■ Dentes posteriores

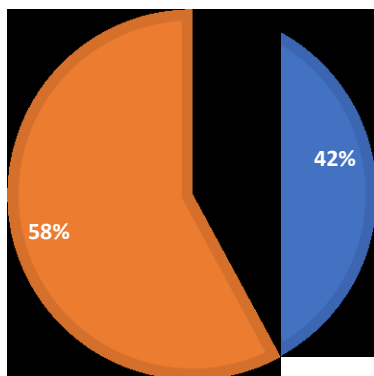


Gráfico 13 – Posição dentária dos dentes extraídos

	Nº dentes extraídos
Dentes Anteriores	8
Dentes Posteriores	11
Total	19

Tabela 10 – Dentes extraídos em relação à arcada dentária

Ao longo da atividade clínica desta cadeira disciplinar, houve uma ligeira predominância em extração de dentes numa região posterior (58%). Estas peças dentárias apresentavam assim raízes múltiplas, sendo necessária por vezes odontoseção das mesmas. A prevalência do tipo de dente extraído segundo a sua localização na arcada dentária apresenta-se no gráfico e tabela acima deste parágrafo. (Gráfico 13) (Tabela 10)

4.2.7. Prótese Removível

4.2.7.1 Enquadramento

A área disciplinar de prótese removível foi iniciada no 2º semestre do 4º ano, sendo das áreas disciplinares onde o binómio da autora efetuou maior número de atos clínicos, tendo efetuado 31 consultas até o início de Junho. Foram finalizadas três próteses, 2 inferiores esqueléticas e 1 superior esquelética.

O principal objetivo do tratamento com prótese removível, além de repor as estruturas perdidas, é preservar e proteger as estruturas remanescente. O sucesso da reabilitação com PPR está diretamente relacionado à importância dada à higiene oral e controlos regulares, visto que a presença da peça protética em boca aumenta a possibilidade de adesão do biofilme dentário, exigindo assim maiores cuidados com a higienização. (31)

Para a realização de uma prótese, quer seja superior ou inferior, acrílica ou esquelética, existe uma sequência de consultas de planeamento que deve ser respeitada, de forma a garantir a melhor adaptação protética possível. Esta sequência é deste modo efetuada:

1- Consulta de avaliação: Avaliação da cavidade oral, atualização da história clínica e de prótese do paciente. Avaliação dos dentes pilares (com exames radiográficos complementares e sondagem gengival), realização de impressões para modelos de gesso de trabalho e realização de documentação fotográfica intra e extra-oral. Verifica-se ainda a necessidade de outros tratamento prévios à reabilitação protética, nomeadamente o tratamento de caries ou extrações de dentes incapacitados de tratamento.

2- Consulta pré-protética: Realização de selas de apoio nos dentes pilares planeados anteriormente e impressões definitivas com utilização de moldeiras individuais para realização de modelos de gesso definitivos. É requerido ao laboratório de prótese a realização do esqueleto metálico ou base acrílica da prótese (no caso de prótese esquelética), com ceras de registo.

3- Prova de esqueleto e relação intermaxilar: Teste da estrutura esquelética ou acrílica em boca, verificação da sua estabilidade e adaptação. Determinação da relação intermaxilar

com marcação através de rolos de cera. Escolha da cor para as estruturas dentárias protéticas.

4- Prova de dentes: Teste da estrutura conjunta do esqueleto com os dentes de teste, onde se verifica a oclusão, estética e estabilidade. Faz-se também uma consulta ao paciente sobre se a prótese lhe é esteticamente agradável.

5- Inserção da prótese: Colocação final da prótese após acabamentos finais pelo laboratório de prótese. São dadas recomendações ao paciente acerca da utilização da prótese e da sua correta higienização, bem como a necessidade de descanso noturno. Ensona-se ao paciente a correta colocação e remoção da prótese da cavidade oral.

6- Consulta de controlo: Realizada uma semana após a colocação final da prótese.

Caso não existam razões de incómodo ou estéticas por parte do paciente, é marcada uma consulta para daí a 3 meses para garantir o sucesso da peça protética.

4.2.7.2. Exposição dos dados

O resumo dos tratamentos efetuados nesta área disciplinar pode ser verificado no gráfico abaixo apresentado. (Gráfico 14)

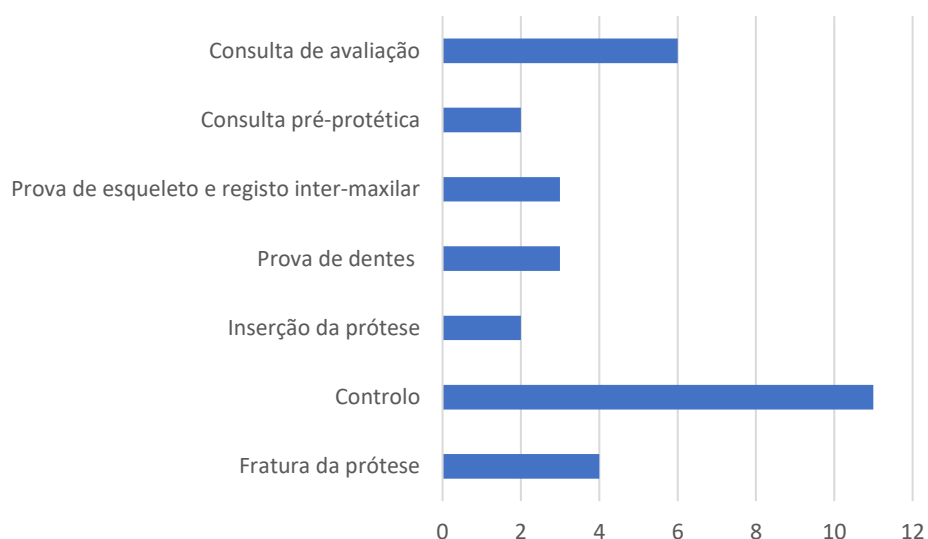


Gráfico14 – Prevalência do tipo de consultas realizadas a Prótese Removível

Podemos verificar que existiu uma maior incidência nas consultas de controlo, visto que, apesar de terem sido finalizadas 3 próteses, a estes pacientes foram marcadas várias consultas de controlo. Durante estas consultas, existiram pequenos incómodos ao nível do ajuste e do conforto da prótese, sendo que após realizados os ajustes, estas eram remarcadas para passado uma semana de forma a garantir melhoria.

4.2.8. Prótese Fixa

4.2.8.1. Enquadramento

A área disciplinar de Prótese Fixa é, em conjunto com as áreas de Oclusão e Ortodontia, apenas iniciada em contexto clínico no primeiro semestre do 5º ano. Esta área visa a colocação de estruturas protéticas fixas, assentes em peças dentárias devidamente preparadas para esse fim.

O âmbito de aplicação do tratamento de prótese fixa pode variar desde o restabelecimento de um único dente para a reabilitação de toda a oclusão. As peças individuais podem ser restaurados para o pleno funcionamento e melhoria na estética. (32)

Esta área é iniciada no 2º semestre do 3º ano, em contexto estritamente pré-clínico, onde é treinada a prática de realização de preparo das peças dentárias, de forma a garantir uma boa adaptação, retenção e estabilidade da estrutura protética. Estas estruturas podem ser unitárias, ou possuir vários elementos, de diferentes materiais, nomeadamente metálicas, metalo-cerâmicas ou cerâmicas.

Neste contexto, para a realização de uma estrutura protética fixa, tal como ocorre na área de Prótese Removível, existe uma sequência de consultas a ser respeitada:

1- Consulta de avaliação: Avaliação da história clínica geral do paciente e de prótese fixa, avaliação dos dentes pilares (com exames radiográficos complementares e sondagem gengival), estudo da área pretendida a ser reabilitada e impressões preliminares para confecção de modelos de gesso. Fotos intra e extra-orais.

2- Preparação dentária e realização de restauração provisória: As estruturas dentárias são preparadas segundo medidas específicas, utilizando brocas de desgaste, de forma a poder dar estabilidade, resistência e adaptação à estrutura protética. Realização e colocação de uma estrutura protética provisória em acrílico.

3- Impressões definitivas: Realização de impressões definitivas com a utilização de silicone de impressão e fio de retração gengival (caso seja necessário, para melhorar a

impressão das margens). Requisição ao laboratório de prótese para prova de infraestrutura metálica.

4- Prova de infraestrutura: Após ser verificada a estabilidade e adaptação da infraestrutura no modelo troquel realizado em laboratório, é realizado o mesmo teste em boca sobre os preparos dentários. Escolha da cor para o revestimento em cerâmica (caso for esta a opção).

5- Prova de cerâmica: Teste da estabilidade em boca, confirmação da oclusão, estética e estabilidade. O paciente é questionado acerca se considera esteticamente agradável.

6- Cimentação definitiva da prótese: Colocação definitiva da peça protética em boca com cimento apropriado, após acabamentos finais por parte do laboratório de prótese.

7- Consulta de controle: De forma idêntica ao procedimento em Prótese Removível, a 1ª consulta de controle, ocorre uma semana após a colocação final da prótese.

Caso não existam razões de incômodo ou estéticas por parte do paciente, é marcada uma nova consulta de controle para daí a 3 meses para garantir o sucesso da peça protética.

4.2.8.2. Exposição dos dados

Foram realizadas um total de 17 consultas pelo binómio constituído pela autora nesta área. A sua distribuição segundo a sequência acima apresentada, encontra-se descrita no gráfico abaixo deste parágrafo. (Gráfico 15)

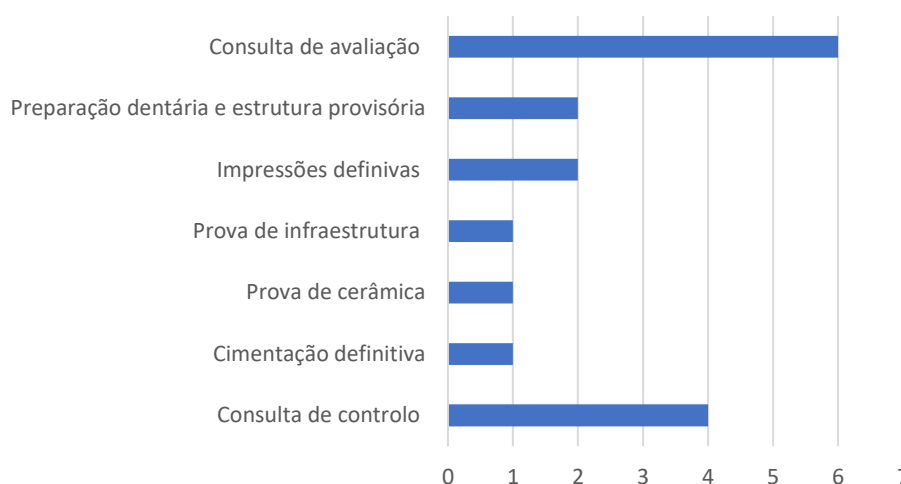


Gráfico 15- Prevalência das consultas realizadas em Prótese Fixa

Podemos verificar que o tipo de consultas mais prevalente foram as consultas de avaliação, visto que estas consultas antecedem a entrega do orçamento para este tipo de reabilitações. Deste modo, devido a maioritariamente capacidades monetárias, apenas um dos seis orçamentos entregues foi de facto aceite.

4.2.9. Oclusão

4.1.9.1. Enquadramento

Em conjunto com a área de Ortodontia, Oclusão foi a área em que o binómio da autora teve menor prevalência de pacientes, correspondendo a 2% da totalidade de consultas efetuadas. Esta área disciplinar, iniciada no 1º semestre do 5º ano, tem como objetivo o tratamento de distúrbios temporomandibulares, que podem afetar apenas a zona articular ou também a área de superfície dentária. Os seus subtipos mais comuns de incluem distúrbios relacionados à dor, como dor miofascial e artralgia, e distúrbios associados à ATM, tal como doença articular degenerativa. (33)

Os seus sintomas e características são, em muitos casos, desvalorizados pela população em geral, sendo que quando ocorre a procura de tratamento já apresentam uma fase avançada da patologia. É importante não subestimar o impacto biopsicossocial deste tipo de condições patológicas nomeadamente, da dor crónica e o seu impacto psicológico (podendo levar a quadros de depressão), bem como disfunções psicossociais (incapacidade de realizar atividades de vida diária, suscetibilidade ao abuso de medicamentos e frequência de procura de tratamento). (33)

Esta área curricular permite assim o diagnóstico e prevenção destas disfunções de forma a impedir a sua evolução. As consultas realizadas passam por duas etapas essenciais: a fase de diagnóstico e de tratamento.

A fase de diagnóstico consiste no preenchimento de um inquérito detalhado por meio de ferramentas de diagnóstico cientificamente desenvolvidas com base na avaliação padronizada dos pacientes (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders RDC/TMD). É realizado também a montagem de modelos correspondente ao paciente em articulador, de forma a mimetizar a oclusão do paciente em três dimensões. Após o estudo e realização do diagnóstico através das informações retiradas destes exames, é estabelecido um plano de tratamento, que será posteriormente, apresentado ao paciente.

Este tratamento pode passar apenas por terapia analgésica e psicológica ou pela combinação destes com a utilização de uma goteira oclusal de forma a permitir desocclusão dentária e assim estabilizar a articulação numa zona de relaxamento.

4.2.1.9. Exposição dos dados

Consulta de diagnóstico	Preenchimento do inquérito RDC/TMD e realização de modelos de estudo	2
	Montagem em articulador dos modelos relativos a ambas as arcadas do paciente em questão	2

Tabela 11 – Consultas realizadas na área disciplinar de Oclusão

Apesar terem sido realizadas 4 consultas de diagnóstico e esta ter sido indicada como plano de tratamento, por incapacidade monetária por parte dos pacientes, não foi confeccionada a goteira oclusal de relaxamento que foi indicada.

O resumo dos atos realizadas na respetiva área disciplinar encontra-se na tabela acima apresentada. (Tabela 11)

4.2.10. Ortodontia

4.2.10.1. Enquadramento

A área disciplinar de ortodontia tem em vista efetuar o estudo ortodôntico tendo por base as condições orais atuais do paciente. Desta forma, efetua-se um estudo com base em modelos de gesso, exames complementares radiográficos e fotografias intra e extra-orais, criando assim opções de tratamento segundo o caso individual.

No contexto universitário, apenas são realizados este tipo de estudo de diagnóstico e a colocação de aparelhos retentores de espaço removíveis ou fixos. O estudo realizado vai centra-se no tipo de maloclusão, sendo que esta vai revelar-se qualquer posição que difere da idealmente correta para cada caso. Neste contexto, utiliza-se a classificação de Angle (1907) que agrupa as maloclusões em três grandes grupos (Classe I, Classe II e Classe III). (34)

4.2.10.2 Exposição dos dados

Ao longo do percurso clínico realizado pelo binómio constituído pela autora, apenas foram realizadas 2 consultas de recolha de dados para realização de diagnóstico.

Diagnóstico	Classe III	2
-------------	------------	---

Tabela 12 – Diagnósticos segundo a prevalência

Desta forma podemos concluir que foram efetuadas duas consultas de diagnóstico, em que se verificou a presença de dois casos de Classe III de Angle.

IV. CASOS DIFERENCIADOS

5- Casos Diferenciados

5.1. Peri-implantite numa sobredentadura bimaxilar

5. 1. 1 Introdução:

Com o aumento da longevidade e do avanço científico, a popularidade dos tratamentos reabilitadores com implantes aumenta cada vez mais. No entanto, com o número de tratamentos aumentou a incidência de complicações a curto e longo prazo. Uma dessas complicações, que pode levar à perda do implante a longo prazo, é a peri-implantite. (35)

A peri-implantite pode ser definida como um processo inflamatório que leva à deformação da bolsa peri-implantar e perda óssea em torno de um implante em função. (36) Considerando a sua componente microbiana, parece ser uma infecção simples, porém microbiologicamente heterogénea e predominantemente gram-negativa. (36) Entre estas bactérias patogénicas propensas a criar infeção na região de inserção do implante foi possível identificar: (37)

- *Actinobacillus actinomycetemcomitans (Aa)*;
- *Porphyromonas gingivalis (PG)*;
- *Prevotella intermedia (Pi)*;
- *Prevotella nigrescens*,
- *Bacteroides forsythus*;
- *Treponema denticola (Td)*

A presença de microrganismos patogénicos no sulco peri-implantar não resulta necessariamente em destruição tecidual, o que indica que outros fatores sistémicos ou genéticos estão envolvidos na sobrevivência do implante. (38)

Vários estudos têm vindo a encontrar a relação entre as falhas nas estruturas protéticas osteointegradas e fatores sistémicos, erros operatórios ou resultado de hábitos do próprio indivíduo (37). Entre estes podemos salientar: baixa qualidade e quantidade de neoformação óssea; doenças sistémicas que afetam o reparo ósseo (como diabetes)); técnica cirúrgica inadequada causando falta de estabilidade primária; prótese inadequada;

tipo de superfície do implante; e hábitos desfavoráveis como o bruxismo, tabagismo e falta de higiene oral. Todos estes fatores podem levar à condição de peri-implantite, levando inevitavelmente à perda óssea e perda do implante. (37)

Pacientes com historial prévio de periodontite crónica sofreram previamente destruição tecidual devido a uma resposta inflamatória no periodonto e alteração no microbioma oral. Desta forma, ao serem candidatos à colocação de implantes dentários podem desencadear uma resposta inflamatória exacerbada e assim pode desenvolver com maior probabilidade uma futura peri-implantite, comprometendo a eficácia do implante. (35)

O historial de periodontite, sobretudo a peri-implantite é um forte fator a ponderar antes de realizar reabilitações com implantes. Pacientes sem história prévia de periodontite apresentam uma média de 96,5% de prognóstico favorável na colocação de implantes, em comparação com o prognóstico de 90,5% com história prévia de periodontite. (35)

Desta forma, o Médico dentista deve ponderar todos os fatores antes da operação cirúrgica para colocação do implante notando que, apesar da popularidade cada vez mais acrescida deste tipo de tratamento, nem todos os indivíduos são candidatos para este tipo de reabilitação.

5.1.2. Descrição do caso Clínico:

- RFN, 72 anos, sexo feminino, colaborante.
- Antecedentes patológicos: tendência para hipertensão arterial, estando devidamente medicada e controlada.
- Hábitos higiénicos: regulares, com lavagem das estruturas protéticas após as refeições.

Dirigiu-se à clínica universitária com queixa de dor na mucosa, na zona de inserção da prótese, sendo assim reencaminhada para a cadeira de Periodontologia. A paciente tinha-se submetido a um tratamento de reabilitação fora do país, tendo realizado extração de todas as estruturas dentárias presentes, sendo assim portadora de duas sobredentaduras sobre quatro implantes mandibulares e três implantes maxilares.

Após a avaliação clínica, verificou-se a presença de inflamação gengival e a existência de supuração ao nível da inserção dos implantes retentores de ambas as próteses. Esta inflamação estava associada a uma acumulação de placa bacteriana e tártaro em redor de todas as bases implantares, sendo este mais acentuado na zona mandibular. Os implantes apresentavam mobilidade acentuada, sendo verificado nos exames radiográficos complementares a perda óssea acentuada em redor de cada uma das peças. (Figura 3, 4 e 5). Apresentava, de igual forma, eritema generalizado por toda a mucosa na zona de contacto com a prótese, criando ligeira sensibilidade.



Figura 1 - Implantes mandibulares durante a primeira avaliação clínica



Figura 2 - Implantes mandibulares durante a primeira avaliação clínica (vista oclusal)

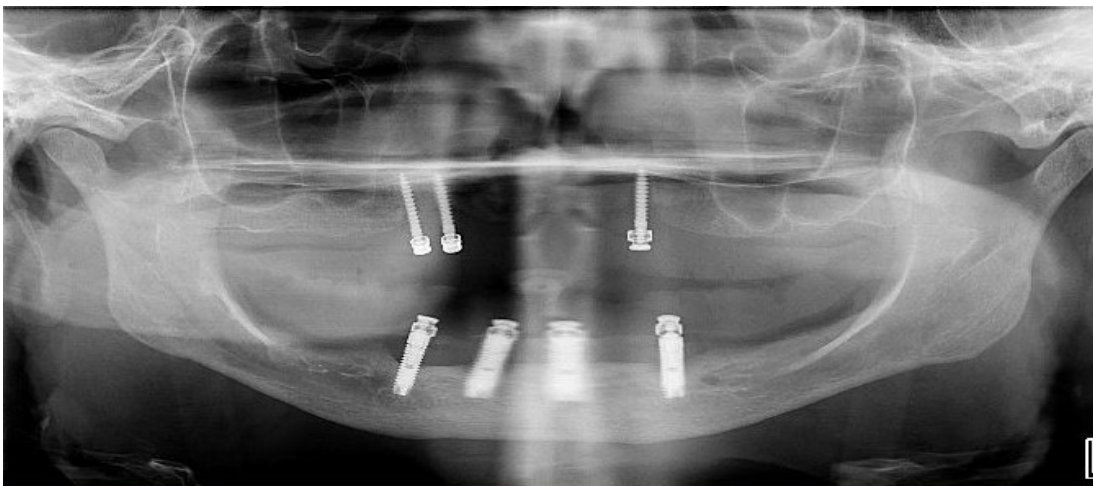


Figura 3 – Ortopantomografia realizada antes da análise clínica

As terapias propostas para o tratamento da peri-implantite são baseadas na evidência disponível para o tratamento da periodontite, tendo assim o objetivo de reduzir a carga bacteriana dentro das bolsas peri-implantares e descontaminar as superfícies dos implantes, de forma a permitir a regeneração óssea. As terapias propostas incluem: desbridamento não cirúrgico, terapia antimicrobiana, acesso cirúrgico para descontaminação da superfície do implante, regeneração óssea do defeito (quando indicado) e terapias de suporte. (37)

Apesar de ser a abordagem mais comum, no tratamento não cirúrgico da peri-implantite a terapia mecânica por si só não parece ser suficiente. (37)

Para o tratamento eficaz da peri-implantite, recomenda-se o acesso cirúrgico para obter a remoção completa do tecido de granulação e a descontaminação da superfície do implante para deste modo, a re-osseointegração possa ocorrer. Para a abordagem cirúrgica, o desbridamento mecânico e químico é geralmente acompanhado por antibióticos sistêmicos (especialistas recomendam combinação de metronidazol e amoxicilina). (37)

O tratamento realizado na cadeira de periodontologia para este caso clínico passou por 2 etapas:

1º consulta: Início do tratamento com fase higiênica;

- Limpeza em redor dos implantes com o auxílio de pontas de ultrassons, intercalado com irrigação com cloro-hexidina em colutório das bolsas periodontais.
- Polimento (contra-ângulo e escova) com pasta apropriada e jato de bicarbonato a nível mandibular.
- Recomendação de instruções para uma melhor técnica higiênica da prótese.

2º consulta: Finalização do tratamento. Verificou-se a diminuição da inflamação em redor dos implantes na mucosa mandibular.

- Limpeza a nível dos implantes com o auxílio de pontas de ultrassons e irrigação com cloro-hexidina em colutório.
- Polimento (contra-ângulo e escova) com pasta apropriada e jato de bicarbonato a nível maxilar.
- Reforço das indicações de higiene.
- Marcação de futuros controlos.

Material utilizado:

- Babete e porta-babets
- Aspiradores
- Ponta de ar/água
- Kit de observação: espelho, sonda exploradora, sonda periodontal, pinça
- Clorohexidina® em gel
- Clorohexidina® em colutório
- Carpule, anestubos de lidocaína 3% com vasoconstritor (1:100 000) e agulha 30G
- Pontas de ultrassons e chave
- Seringa de irrigação
- Compressas esterilizadas
- Contra-ângulo
- Escova de polimento
- Pasta de polimento
- Jato de bicarbonato

Paciente reencaminhada para a consulta externa, de forma a realizar acesso cirúrgico permitindo o desbridamento do implante em profundidade. No entanto, por vontade do paciente, esta consulta foi desmarcada.

5.1.3 Discussão e Conclusão:

A peri-implantite está a tornar-se uma patologia cada vez mais prevalente na sociedade atual, resultando como consequência do aumento de popularidade ao tratamento de reabilitação tendo como base implantes. Atualmente encontram-se identificados vários fatores de risco que potencializam a ocorrência de peri-implantite, entre eles: falta de higiene oral, doenças sistémicas, hábitos tabágicos e historial prévio em periodontite. (35)

Neste caso clínico, foi concluído que a paciente não realizava uma técnica higiénica eficiente, além de ter sofrido previamente de periodontite crónica, possuindo

mobilidade acentuada das peças dentárias na altura da sua extração. A paciente foi devidamente aconselhada quanto aos métodos de higiene que deve ter com a sua sobredentadura, de forma a evitar a nova acumulação de placa e cálculo na base dos implantes. Este fator é de grande importância, visto que estudos comprovam a relação bidirecional significativa entre a acumulação de placa e perda óssea, assim como com a profundidade da bolsa e sangramento na sondagem, tanto nos dentes como nos implantes. (36)

Assim, durante a fase pré-operatória, é essencial realizar procedimentos para remover áreas de retenção microbiana e remover cálculo infra e supra-gengival pré-existente.

O estado periodontal do paciente é uma questão fundamental na previsão das futuras complicações dos implante e pode ser prevista nos parâmetros medidos na prática diária (perda óssea, índice de placa, profundidade de bolsa e sangramento à sondagem) e assim fornecer valores quantitativos para avaliar a longevidade dos implantes. (36)

5.2. Reabilitação protética com prótese fixa metalo-cerâmica

5.2.1 Introdução

Com o avançar da idade e outros fatores como a doença periodontal, traumatismos ou presença de cárie, é quase inevitável a perda de estruturas dentárias. Os pacientes compreendem a necessidade de substituir estas peças perdidas quando localizadas no segmento anterior da boca, no entanto, o mesmo não é muitas vezes pensado em relação ao setor posterior. Porém, a arcada dentária está num estado de equilíbrio dinâmico, em que todos os dentes contribuem para o manter. Deste modo, quando se perde uma das peças dentárias, a integridade estrutural da arcada dentária é alterada, tendo esta de realinhar-se de modo a poder recuperar uma posição de maior estabilidade, ou seja, é importante que todos os espaços edêntulos sejam reabilitados. (32)

Na hora de escolher a opção mais apropriada de reabilitação, devem ser ponderados vários fatores: biomecânicos, periodontais e estéticos, bem como os objetivos do paciente. Deve-se optar pela simplicidade do planeamento realizado, de forma a evitar complicações desnecessárias. (32)

Casos em que temos um espaço edêntulo intercalado uma ponte fixa dento-suportada é geralmente constituída usando os dentes adjacentes ao espaço edêntulo como pilares da prótese. Para que esta tenha uma longa longevidade, os dentes do suporte devem ser periodontalmente sólidos e sem patologia periapical, a extensão desdentada curta e os retentores bem desenhados e executados. (32)

Os tecidos de suporte em torno dos dentes pilares devem ser saudáveis e livres de inflamação. Os dentes pilares não devem apresentar mobilidade porque irão sofrer uma carga extra. As raízes e seus tecidos de suporte devem ser avaliados segundo a relação raíz-coroa, a configuração da raiz e a área de ligamento periodontal existente. (32)

Caso todos os fatores indicados previamente estejam presentes, o caso pode avançar favoravelmente, dando mais confiança ao Médico Dentista de um prognóstico favorável. Caso o paciente não se encontre motivado para efetuar uma boa rotina higiénica para manter estas condições deve ser recomendado a utilização de uma prótese removível. (32)

5.2.2. Descrição do caso clínico

- JS, 62 anos, reformado, reencaminhado da cadeira de Oclusão para a cadeira de Prótese Fixa.
- Antecedentes patológicos: paciente ASA II, devido à tendência a asma e alergias. Sofria igualmente de artroses, especialmente na zona lombar. Medicação com Voltaren (75mg comp.) e anti-histaminicos em SOS.
- Historial de bruxismo, apresentando as faces oclusais extensamente desgastadas (reencaminhado para a cadeira de oclusão onde foi aconselhado a realização de uma goteira de relaxamento oclusal).

O paciente pretendia hipóteses para a reabilitação do dente 15 que se apresentava extensamente destruído. Este apresentava-se com um espigão metálico a suportar uma restauração a compósito fraturada, mal-adaptada e com lesão de cárie infiltrada.



Figura 4 - Ortopantomografia inicial



Figura 5- Vista frontal das arcadas dentárias, anteriormente à avaliação clínica



Figura 6- Vista lateral direita das arcadas dentárias anteriormente à avaliação clínica



Figura 7- Vista oclusal da arcada superior dentárias anteriormente à avaliação clínica

Segundo a classificação de dentes extensamente destruídos (39), os remanescentes dentários são candidatos a um tratamento protético fixo unitário segundo a altura da coroa, a proporção raiz/coroa e o estado de vitalidade. Assim, de forma a realizar uma análise do remanescente, a restauração e respetivo espigão foram removidos, deixando descoberta a estrutura dentária remanescente.

No estado ideal de condições de classificação, o remanescente deve ter no mínimo 2mm de altura nas quatro faces (vestibular, mesial, distal, palatina); uma espessura de dentina de pelo menos 1,6mm (restaurações não estéticas) ou 2,2mm (restaurações estéticas); a raiz deve ter pelo menos o comprimento da coroa mais 3-5 mm e não apresentar complicações do ponto de vista endodôntico.

Após remoção da restauração, foi determinado que o remanescente dentário possuía as seguintes características:

- Altura da parede vestibular: 3mm
- Altura da parede mesial: -1mm infragengival
- Altura da parede distal: -1mm infra-gengival
- Altura da parede palatina: 0,5 mm
- Estrutura de dentina: 1 mm de espessura em vestibular, distal e palatino.
- Comprimento da raiz: 15 mm
- Comprimento da coroa: 9 mm
- Espaço biológico: 1,5 mm

Logo, não cumpria os critérios mínimos para ser candidato à colocação de uma prótese unitária dento-suportada.



Figura 8- Radiografia periapical do dente 15



Figura 9- Vista oclusal do remanescente do dente 15 após remoção da restauração e espigão



Figura 10- vista vestibular do remanescente do dente 15 após remoção da restauração e espigão

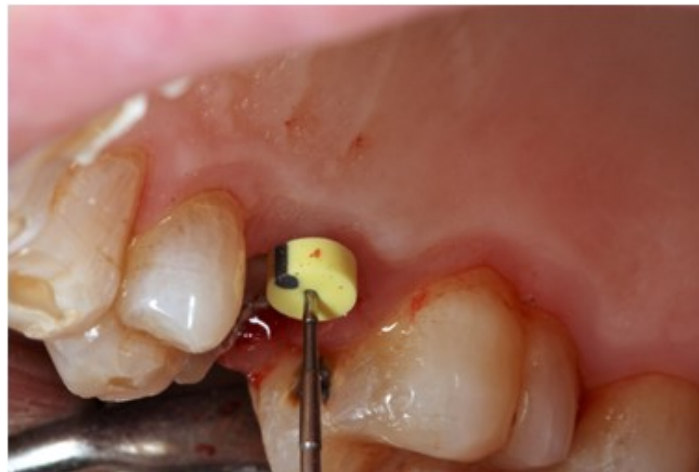


Figura 11- vista palatina do remanescente do dente 15 após remoção da restauração e espigão

Tendo em conta o mau prognóstico em termos de reabilitação usando o remanescente como suporte, foi recomendado ao paciente a sua extração cirúrgica.

Deste modo, foram propostos os seguintes planos de tratamento:

- Realização de uma prótese parcial removível em vista a substituição do dente 15
- Realização de uma prótese dento-suportada de três elementos apoiada nos dentes 14 e 16
- Realização de uma prótese fixa implanto-suportada

Após estas recomendações, o paciente optou por realizar a opção de colocar uma ponte dento-suportada de três elementos em metalo-cerâmica, sendo assim iniciado o plano de tratamento, que consistiu num total de seis consultas.

1º Consulta: Avaliação clínica inicial; em todo e qualquer caso é crucial confirmar as condições clínicas do estado dentário de forma a garantir um prognóstico favorável da mesma, sendo que, para tal, devem ser avaliados:

- **Área de ligamento periodontal - Confirmação da Lei de Ante:** o comprimento da extensão do pântico que pode ser restaurado com sucesso é limitado, em parte, pelos dentes de suporte e a sua capacidade de aceitar a carga adicional. Deste modo deve ser seguida a premissa denominada por Lei de Ante, que indica que a área da superfície das raízes dos dentes pilares deve ser igual ou superior à dos dentes substituídos por pânticos. (32) Apropriando ao caso clínico em questão, a área da superfície da raiz do primeiro pré-molar (dente 14) e o primeiro molar (dente 16) deve maior que aquela do segundo pré-molar a ser substituído (dente 15). Confirmou-se que esta premissa é seguida.
- **Relação entre a coroa/raiz:** A relação coroa-raiz consiste na medida do comprimento do dente desde oclusal até a crista alveolar do osso, em comparação com o comprimento da raiz incorporada no osso alveolar. (32) Quanto maior o nível do osso alveolar, maior o braço de alavanca da porção fora do osso e a probabilidade de forças laterais prejudiciais aumenta. A proporção mais favorável para o prognóstico será de 2:3, sendo que a proporção mínima para um prognóstico favorável é de 1:1. (33) No caso clínico analisado, é possível confirmar que a proporção de ambos os dentes indicados para pilares da prótese é favorável.
- **Configuração radicular:** A configuração da raiz é uma parte integral da avaliação do suporte do ponto de vista periodontal. Neste sentido, raízes que são mais largas no sentido vestibular-palatino/lingual do que por mesial-distal são preferíveis. Assim, dentes multirradiculares com raízes separadas, dentes com raízes irregulares ou com curvaturas acentuadas são preferíveis a raízes com raízes perfeitamente cónicas. (32) Logo, no caso clínico apresentado, os dentes pilares são o primeiro molar com três raízes divergentes e um primeiro

pré-molar com formato radicular com ligeira curvatura, sendo assim favorável para a retenção da prótese.

2º Consulta: Realização dos preparos dentários e colocação do provisório. Os preparos dentários devem ser realizados com brocas diamantadas de pequeno calibre, de forma a permitir a remoção controlada da estrutura dentária. O planeamento da redução a realizar sobre a estrutura dentária deve ser regido por cinco princípios: (32)

- Preservação da estrutura dentária
- Retenção e resistência
- Durabilidade estrutural
- Integridade marginal
- Preservação do periodonto

O material escolhido para a constituição da peça protética foi recobrimento a cerâmica com uma infra-estrutura metálica. Foi realizada uma redução uniforme de aproximadamente 1,2mm na face vestibular (de forma a permitir um recobrimento mais estético, criando maior espessura cerâmica) fazendo uma transição estreita o suficiente que permita a redução interproximal sem cortar os dentes adjacentes, terminando numa redução lingual de 0,6mm. Removeu-se suficiente estrutura dentária em ambas as paredes axiais para criar uma linha de acabamento de chanfro distinta. Procedeu-se à remoção oclusal de 2mm.



Figura 12 - preparos dentários nos dentes pilares 14 e 16

Durante o tempo entre a preparação do dentária e a colocação da restauração definitiva, o dente é protegido por uma restauração provisória. Esta é colocada de forma a permitir proteção pulpar, estabilidade posicional, função oclusal, retenção adequada e estética agradável. (32) Assim, é colocada uma restauração provisória criada com metacrilato de polimetilo, através de uma técnica indireta, de forma a mimetizar a anatomia final da prótese definitiva.

3ª Consulta: Realização de impressões definitivas; após atingida a preparação dentária ideal para o tipo de preparação dentária em causa, são realizadas impressões definitivas em silicone segundo uma técnica bifásica com colocação de fio de retração gengival de forma a expor corretamente as margens. Inicialmente, é realizada uma impressão preliminar com silicone de adição tipo *Putty* sendo que, de seguida, é realizada nova repetição colocando silicone de adição do tipo *Light* na impressão anterior e diretamente nas estruturas dentárias. Procede-se a uma nova colocação da restauração provisória realizada anteriormente.



Figura 13- Impressão definitiva da arcada superior

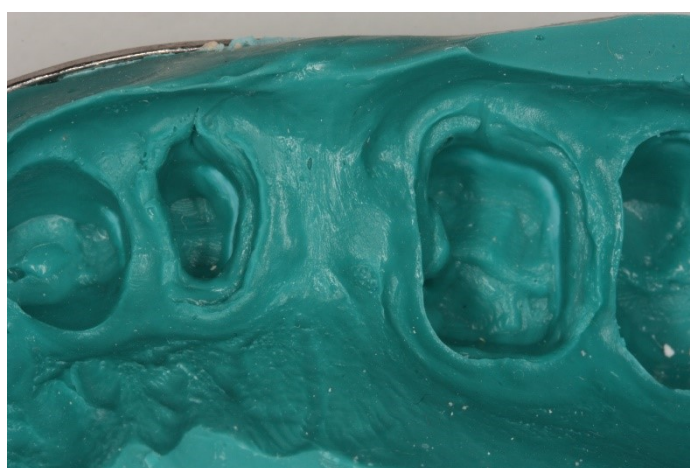


Figura 14- Pormenor da impressão definitiva dos preparos dentários nos dentes pilares 14 e 16

4º Consulta: Prova de infra-estrutura metálica e escolha da cor do recobrimento em cerâmica da prótese definitiva; após a realização das impressões definitivas, é requisitado ao laboratório a realização da infra-estrutura metálica. Esta vem colocada num modelo de gesso, onde é inicialmente confirmada a sua estabilidade, retenção, contactos proximais e adaptação ao preparo dentário. Os mesmos parâmetros são testados nos preparos em boca.



Figura 15- Prova de infra-estrutura no modelo

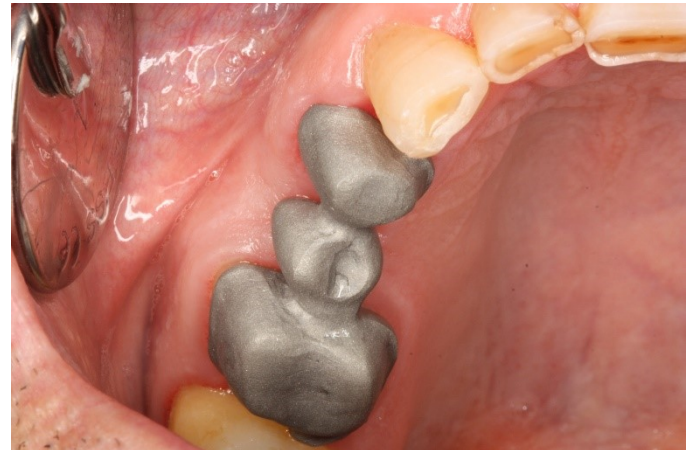


Figura 16- Prova de infra-estrutura

Após a confirmação dos fatores acima mencionados, é escolhida a cor definitiva da estrutura protética segundo a escala vita. Assim foi escolhida a cor B3 por mesial e oclusal, e B3,5 em cervical.



Figura 17- Escolha da cor final da prótese (B3)

5ª Consulta: Prova de cerâmica; verificação da estabilidade, retenção, contactos proximais e adaptação ao preparo dentário no modelo. Foi feita a remoção da restauração provisória e a verificação dos mesmos parâmetros nos preparos dentários em boca. Procedeu-se a um teste da oclusão com marcação com papel oclusal de carbono. Por fim, foi colocado o provisório.



Figura 18- Prova de cerâmica

6º Consulta- Cimentação definitiva da prótese; após finalização estética pelo laboratório de prótese, foi novamente testada a peça nos preparos dentários. Assim que confirmados os contatos oclusais e interproximais e a retenção e adequação das margens, procedeu-se à respectiva cimentação utilizando cimento Ketac® CEM Easymix, com remoção do cimento excedente a nível gengival. Confirmaram-se os contatos oclusais dinâmicos e estáticos. Medidas de higiene específicas para o pântico, com o aconselhamento de utilização de fio dentário do tipo Superfloss™, de forma a higienizar corretamente a zona gengival abaixo do dente pântico e escovilhão.



Figura 19- Prótese definitiva cimentada



Figura 20- Prótese definitiva cimentada (oclusal)

7º Consulta: Consulta de controlo da prótese fixa. O paciente revelou-se satisfeito com o resultado final da reabilitação, tanto a nível funcional como a nível estético. Foram reforçadas as medidas de higiene oral.

5.2.3 Discussão e Conclusão:

O uso de próteses dento-suportadas é uma solução prática para a reabilitação de espaços edêntulos. No entanto, nem todos os casos são propensos a um bom diagnóstico a longo prazo, podendo levar ao colapso dos dentes pilares caso as condições não sejam as adequadas. No caso de a estrutura a ser substituída ser de longa extensão e os dentes pilares não possuírem área suficiente de ligamento periodontal, esta não vai permanecer estável face às cargas oclusais sofridas, levando à perda da prótese e possivelmente dos dentes pilares. O uso deste tipo de reabilitações torna-se útil em casos em que os dentes pilares se apresentem cariados ou fraturados a nível superficial, visto que ao realizar a redução dentária a estrutura vai ser talhada, removendo as cáries existentes e arredondando toda a peça. Este era o caso do nosso paciente, estando o dente 16 cariado por mesial. Desta forma, quando realizado o preparo dentário, foi removida a cárie criando uma caixa oclusal, criando assim maior retenção da restauração.

5.3 Lesão Hiperplásica Fibrosa

5.2.1 Introdução

A mucosa da cavidade oral pode ser a base de múltiplas lesões que podem levantar dúvidas diagnósticas e terapêuticas. Apesar de a confirmação anatomo-patológica ser importante, em grande parte das situações apresentadas uma anamnese e observação cuidadosas podem estabelecer um diagnóstico clínico geralmente correto. (40)

O termo hiperplasia inflamatória é usado para descrever uma grande variedade de crescimentos nodulares comuns da mucosa oral que histologicamente representam tecido fibroso e de granulação inflamado. (24) Assim, o crescimento localizado na gengiva é considerado uma reação hiperplásica devido a inflamação e não a uma origem neoplásica. (36) O principal fator etiológico é traumatismo repetido (como aquele produzido por próteses mal ajustadas, má higiene, com acumulação de tártaro, restaurações dentárias sobreextendidas, lesão tecidual aguda ou crônica por hábito de mordida e dentes fraturados). Estes irritantes crônicos são muitas vezes de fácil identificação. (24)

As lesões gengivais hiperplásicas foram classificadas em três grupos: granuloma piogénico, hiperplasia fibrosa e granuloma periférico de células gigantes. (41)

A hiperplasia fibrosa é uma lesão caracterizada pela presença de uma massa nodular firme, elevada, de superfície lisa, indolor e geralmente de coloração semelhante à mucosa adjacente. (41,42) Em termos epidemiológicos, trata-se de um tipo de lesão de maior prevalência nas últimas décadas de vida. A prevalência em relação ao género não é consensual, sendo que alguns estudos apresentam o sexo masculino como mais frequente. (32) Histologicamente, consiste em tecido conjuntivo de colagénio denso. Esta raramente excede 1,5 em de diâmetro e após a sua formação não regride espontaneamente. (40)

5.2.2 Descrição do caso clínico:

- A.A., 74 anos, sexo masculino, colaborador.
- Antecedentes patológicos: paciente ASA III, sendo portador de diversas patologias sistêmicas (hiperplasia benigna da próstata, diabetes tipo II, colesterol, tensão arterial e sinusite) estando corretamente medicado para estas.
- Portador de prótese acrílica parcial superior e inferior.

Dirigiu-se à clínica universitária no cenário de dor de origem dentária persistente e de grande intensidade.

Ao realizar a análise clínica, além do dente extensamente destruído na origem da dor foi possível identificar uma lesão não pediculada, firme, arredondada, de cor semelhante à mucosa adjacente e indolor à palpação. A sua superfície não se apresentava ulcerada, não sendo sangrante, mas causando desconforto ao paciente.

Após a primeira análise estar efetuada, a primeira prioridade foi eliminar a sintomatologia dolorosa associada à peça dentária. Após verificar o seu grau de destruição e estado pulpar inflamatório irreversível foi tomada a decisão, em conjunto com o paciente, de realizar a sua extração.



Figura 21 - Radiografia Periapical do dente 33 com lesão associada



Figura 22 - Ortopantomografia após extração da peça dentária extensamente destruída



Figura 23- lesão localizada na mucosa jugal esquerda com colocação das próteses acrílicas



Figura 24- lesão localizada na mucosa jugal esquerda sem colocação de ambas as próteses

Na consulta de medicina oral, foi feito o diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa. Assim, foi realizado diagnóstico diferencial com as seguintes patologias:

- Neuroma traumático - Crescimento exuberante localizado dos elementos da bainha nervosa e que se desenvolvem após a secção ou outro dano local a um nervo periférico. Este está associado com a síndrome de neurofibromatose Von Recklinghausen's. (24)
- *Epulis fissuratum* - lesão associada à periferia de próteses mal-adaptadas, com tamanho superior a 1cm. (24)
- Fibroma de células gigantes – lesão clinicamente caracterizada por edema suave, de cor púrpura, muitas vezes com uma tonalidade levemente azulada. (42)
- Carcinoma de pavimento celular – lesão clinicamente caracterizada por uma úlcera sangrante, placas esbranquiçadas (leucoplasia) e áreas esbranquiçadas. (43)
- Carcinoma verrucoso - lesão de crescimento lento e bem diferenciada que raramente metastatiza. (24)

Assim que excluídas as opções acima referidas, foi investigado o fator causal da hiperplasia fibrosa. Nesse sentido, foi requerido ao paciente que colocasse as suas próteses parciais acrílicas e que cerrasse os dentes. Foi verificado um movimento de fricção e mordedura na mucosa jugal esquerda pela prótese superior. Esta realizava um estímulo contínuo a nível da mucosa, tratando-se do provável hábito crónico que provocou a exacerbação do tecido fibroso e assim a criação do fibroma por trauma.

O fibroma traumático, tal como outras hiperplasias fibrosas localizadas, é facilmente removido através de excisão cirúrgica conservadora, sem necessidade de remoção de tecido mucoso normal adjacente. (40) Esta opção foi proposta ao paciente que, por motivos monetários, não pôde efetuar. Assim, o paciente foi reencaminhado para Prótese Removível, de forma a realizar um rebasamento da prótese superior, tornando-a melhor adaptada à arcada superior. Deste modo, foi eliminado o fator causal, ao impedir que esta provoque irritação a nível da mucosa jugal. Foram marcadas consultas de controlo de forma a verificar o progresso da lesão, sendo que até à realização deste relatório não ocorreu qualquer alteração nas suas dimensões.

5.2.3 Discussão e Conclusão:

No caso clínico apresentado, a patologia oral existente foi diagnosticada no seguimento de uma consulta de urgência devido a sintomatologia dolorosa associada com uma lesão dentária irreversível. Deste modo, não se tratava de uma prioridade para este a diferenciação da lesão, visto que não apresentava sintomatologia. Este é um relato típico da população em geral, que tende a desvalorizar este tipo de lesão, levando muitas vezes a diagnósticos tardios e a prognósticos reservados. É importante o Médico Dentista estar alertado para este tipo de situação e saber realizar o diagnóstico diferencial, de forma a fazer o despiste de uma possível lesão maligna. Estas lesões devem ser idealmente diagnosticadas em fases iniciais, sendo que assim vão aumentar as probabilidades de um tratamento efetivo e um bom prognóstico.

5.4 Reabilitação protética removível, num caso de periodontite agressiva

5.4.1 Introdução:

Segundo um estudo realizado pela Universidade de Medicina Dentária do Porto (39), na população portuguesa a percentagem de indivíduos que perdeu pelo menos um dente permanente é de cerca de 70,3% (não incluindo os terceiros molares). Trata-se assim duma condição frequente na população, embora, em contrapartida, apenas 32,5% tenham perdido mais de seis dentes permanentes. A perda de mais de seis dentes permanentes pode trazer complicações na medida em que induz alterações significativas nos tecidos faciais e intraorais, comprometendo a função mastigatória e muscular, além de interferir em comportamentos psicossociais. (44) A perda de estruturas dentárias contribui ainda para o aumento da obesidade e diminuição do estado nutricional, auto-perceção e qualidade de vida. (45)

A prevalência global de edentulismo total varia entre 3% a 21%, de acordo com a idade, sexo, condição socioeconómica, educação, relação entre médico/paciente e demografia. (45)

Existe uma diferença considerável entre o estudo realizado na população portuguesa (47,9%) e a população europeia em geral (31%) em relação ao número de indivíduos que substituíram os dentes permanentes perdidos por uma prótese removível. (44) É uma opção popular no nosso país, ao revelar-se um método prático e mais económico de reabilitar espaços edêntulos em termos de função e estética. Determina-se que esta tendência aumente com a idade, pois os idosos tendem a ter mais problemas dentários. (45) No entanto, em casos de traumas, perda precoce por carie ou periodontite agressiva, a população mais jovem fica afetada no sentido de procurar, de igual forma, opções reabilitadoras.

A periodontite agressiva pode ser definida como um grupo de patologias periodontais destrutivas que afetam pacientes em idade precoce. Este tipo de patologia é caracterizado por afetar indivíduos de idade jovem com perfil saudável, mas com uma condição oral marcada pela rápida perda de ligação e destruição óssea. (46)

Além destas principais características determinantes, apresentam algumas condições que apesar de não serem universalmente reconhecidas, são geralmente comuns:

- Aumento de depósitos microbiológicos inconsistentes com a severidade de destruição de tecido periodontal.
- Elevadas proporções de *A. actinomycetemcomitans* e, em algumas populações, *P. gingivallis*.
- Anomalias fagocitárias.
- Fenômeno de macrócitos hiper-reativos, incluindo elevados níveis de PGE2 e IL-1 β .
- Progressão da perda de attachment e osso pode ser de rápida progressão ao longo do tempo. (28)

Assim, este tipo de doença periodontal de caráter agressivo e agudo têm uma prevalência relativamente baixa na população, mas revelam uma taxa de progressão rápida, levando a uma destruição severa dos tecidos periodontais que exige atenção urgente dos profissionais de saúde. (28)

Nem todas as características têm de estar presentes para garantir um diagnóstico correto na distinção do caráter agressivo. Este pode ser baseado dados clínicos, radiográficos e conforme a história médica individual. Sendo que é possível estes serem suplementados por testes realizados em laboratório, como por exemplo através de análises laboratoriais de forma a identificar polimorfismos genéticos associados a este tipo de condição. (46)

5.4.2 Descrição do caso clínico:

- DD, sexo feminino, 49 anos.
- Antecedentes Patológicos: Hepatite B.
- Ausência de várias estruturas dentárias, tendo sido reabilitada há cerca de 20 anos com prótese fixa. Apresenta várias coroas unitárias metálicas (dentes 17, 16, 15, 35 e 47) e uma ponte de vários elementos inferiores (dentes 35-37).

No entanto, a ponte metálica presente na altura do exame clínico não se apresentava funcional, visto ter perdido um dos seus pilares de apoio (dente 37) e estar assim apenas suportada pelo dente 35. Sendo este um dente monoradicular, apresentava um espessamento do ligamento periodontal, assim como uma recessão gengival extensa e consequente mobilidade, devido à sobrecarga sofrida. Após uma primeira consulta de periodontologia, foi constatado o diagnóstico de periodontite agressiva, explicando assim a perda óssea avançada.

A paciente pretendia uma solução reabilitadora dos espaços edêntulos e substituição da prótese fixa inferior.



Figura 25 – Ortopantomografia realizada durante a análise clínica



Figura 26– Fotografia intra-oral inicial lateral direita



Figura 27– Fotografia intra-oral inicial lateral esquerda



Figura 28 – Fotografia intra-oral inicial frontal

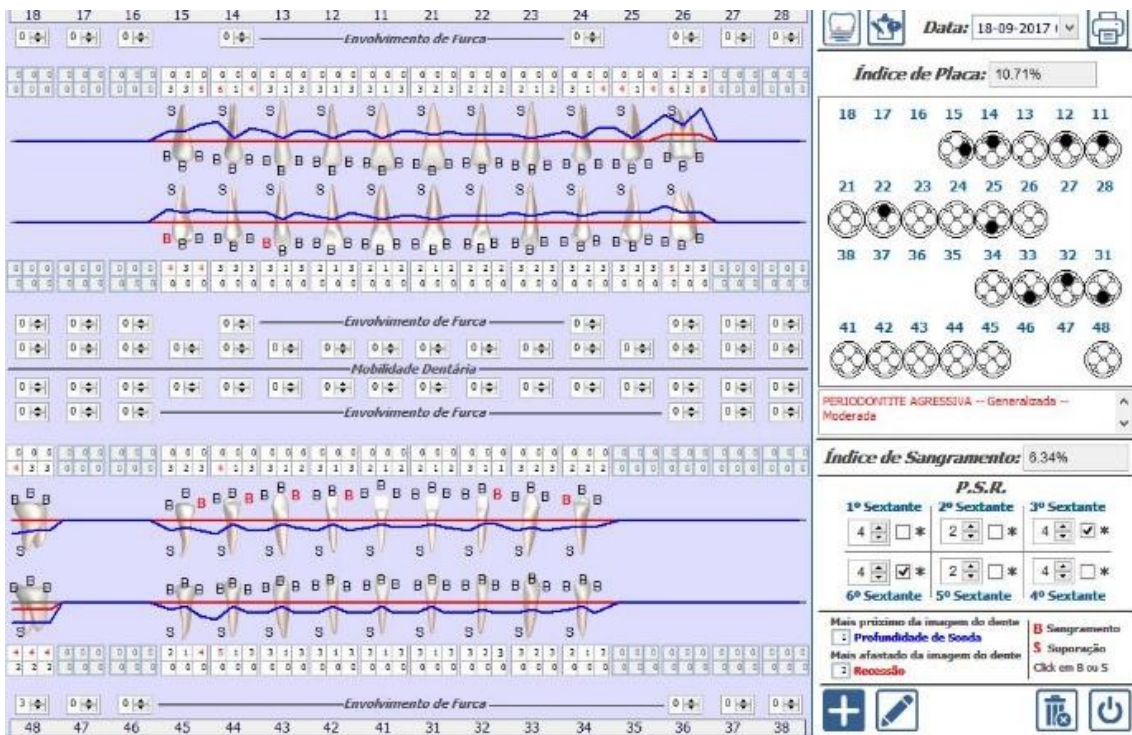


Figura 29– Periograma inicial

Deste modo, ao analisar as condições iniciais da paciente, determinámos um plano de tratamento tendo em vista a reabilitação estética e funcional de ambas as arcadas:

- Extração do dente 35 com remoção da ponte fixa
- Extração dos dentes 16, 17 e 47 devido a mobilidade e lesões cáries associadas
- Tratamento das lesões de cárie dos dentes 14, 44 e 45
- Controlo do estado periodontal com a realização de tratamentos de 3 em 3 meses na área de periodontologia
- Realização de duas próteses removíveis esqueléticas parciais, superior e inferior

Consultas de Periodontologia:

1º Consulta: Preenchimento do periograma, com os valores de sondagem gengival em três pontos por vestibular e palatino/lingual, índice de sangramento (BOP), grau de mobilidade e valor de recessão gengival. Dados estes, que forneceram o diagnóstico de periodontite agressiva. Fase higiénica e polimento. Recomendações de higiene oral.

2º Consulta: Raspagem apical radicular (RAR) no 1º quadrante com curetas e auxílio de pontas de ultrassons. Irrigação com cloro-hexidina em colutório.

3º Consulta: Raspagem apical radicular (RAR) no 2º quadrante com curetas e auxílio de pontas de ultrassons. Irrigação com cloro-hexidina em colutório.

4º Consulta: Consulta de controlo. Repetição da sondagem gengival e nova fase higiénica. Reforço das recomendações de higiene oral.

O tratamento inicial da periodontite agressiva é direcionado para eliminar a carga bacteriana nas bolsas periodontais e outros fatores de risco locais. A raspagem e alisamento radicular em combinação com o cumprimento das recomendações de higiene oral, revela-se eficaz na melhoria dos parâmetros clínicos periodontais nestes casos. No entanto, o uso complementar de antibióticos sistémicos apropriados pode melhorar ainda mais o resultado clínico e contribuir para uma maior supressão de agentes infecciosos microbianos. Sendo recomendado a toma de azitromicina ou amoxicilina e metrodinazol.

(28)

Após o tratamento inicial nas áreas de cirurgia, periodontologia e dentisteria, a paciente foi reencaminhada para a cadeira de Prótese Removível.

Consultas de Prótese Removível:

1º Consulta: Avaliação clínica da cavidade oral; avaliação dos dentes pilares, realização de impressões para modelos de gesso de trabalho e fotos extra e intra-orais para futuro registo.

Deste modo, foi planeada a confecção de duas próteses esqueléticas, tendo em conta uma desdentação do tipo Classe I de Kennedy, superior e inferior, de acordo com os respetivos dentes pilares para cada arcada:

- Prótese maxilar: dentes pilares 15 e 26, apresentando-se sem lesões de cárie e sem mobilidade. Esqueleto de prótese com retentores diretos posicionados no dente 15 e 26 e retentores indiretos nos dentes 13 e 23. Tendo apoios oclusais em mesial 15 e 26, distal 25 e cingulares nos dentes 13 e 23 e utilizando como conector maior uma placa palatina.
- Prótese mandibular: dentes pilares 34 e 45, apresentando-se com tratamento restaurador e sem mobilidade. Esqueleto de prótese com retentores diretos posicionados no dente 34 e 45 e retentores indiretos nos dentes 33 e 43. Tendo apoios oclusais em mesial dos dentes 34 e 45 e cingulares nos dentes 33 e 43. Foi utilizado como conector maior uma barra lingual.

2ª Consulta: Consulta pré-protética; realização dos nichos dentários de acordo com os apoios determinados anteriormente, com colocação final de verniz de flúor. Procedeu-se à realização de impressões definitivas com o auxílio de moldeiras individuais realizadas anteriormente para esse propósito.



Figura 30– Modelo definitivo superior



Figura 31– Modelo definitivo inferior

3ª Consulta: Prova de esqueleto e registo inter-maxilar; examinação do esqueleto no modelo e colocado em boca. Foi assim verificado o desenho, componentes, estabilidade sob pressão digital, bem como verificado se existem oscilações, interferências ou zonas de abrasão. Foi escolhida a cor apropriada para os dentes artificiais segundo a escala Vita® Classical (determinada a cor A2). Procedeu-se à marcação do registo intermaxilar em boca com rolos de cera articulados. Como a paciente apresentava uma oclusão com estabilidade vertical e horizontal, não foi necessário realizar montagem em articulador com arco facial.



Figura 32– Prova de esqueleto superior com rolos de cera articulados



Figura 33– Prova de esqueleto inferior com rolos de cera articulados

4ª Consulta: Prova da prótese com os dentes artificiais a substituir; verificação da estética, oclusão, adaptação, posicionamento dos componentes e extensão dos flancos tanto no modelo como em boca. Foi pedido para a paciente realizar movimentos funcionais, de forma a garantir que não ocorria a deslocação da prótese. A paciente revelou-se satisfeita em relação à estética dos dentes artificiais.



Figura 34– Prova de dentes superior



Figura 35– Prova de dentes inferior

5ª Consulta: Colocação final da prótese; após acabamentos finais pelo laboratório de prótese e verificação final dos contactos oclusais, retenção, estabilidade e estética. Recomendações de higiene da prótese.

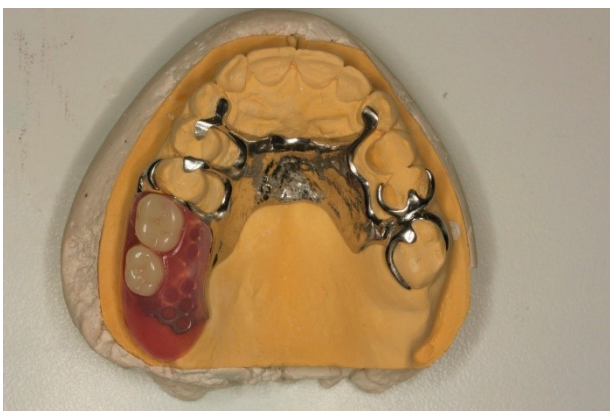


Figura 36– Prótese superior finalizada



Figura 37– Prótese inferior finalizada



Figura 38– Prótese superior e inferior finalizadas em boca

6ª Consulta: Consulta de controlo; Confirmação da funcionalidade e estética da prótese, verificando a presença de alguma sintomatologia associada. A paciente relatava ligeiro incómodo a nível do flanco do 3º quadrante, pelo que foi realizado assim pequeno desgaste no acrílico dessa área e polimento.

5.4.3 Discussão e Conclusão:

Devido à grande percentagem de indivíduos com espaços edêntulos, e graças ao avanço no campo das reabilitações protéticas, cada vez mais indivíduos são submetidos a diferentes tipos de componentes protésicos. Todos os componentes têm o objetivo comum de restabelecer a função e estética nas arcadas dentárias. Logo, é importante informar os pacientes de quais as opções de tratamento disponíveis e de quais estão melhor indicadas para cada caso em específico. Deve-se, assim, permitir ao paciente livre escolha sobre qual o tratamento a optar, mas ao mesmo tempo tentar aconselhar do ponto de vista da melhor funcionalidade, em vista a alcançar o resultado mais favorável possível.

No caso clínico apresentado, a paciente apresentava uma grande perda óssea para a sua idade, gerando a suspeita de um diagnóstico de periodontite agressiva que foi

posteriormente confirmado na cadeira de periodontologia. Desta forma, devido a esta perda, as zonas posteriores das arcadas tornaram-se edêntulas. Após o cumprimento do plano de tratamento, foi possível reabilitar a função e estética destes espaços, criando duas próteses parciais removíveis de fácil colocação e higienização. A periodontite agressiva, contudo, deve permanecer a ser controlada, de forma a evitar a sua progressão.

VI. ATIVIDADE CIENTÍFICA

6. 1 Atividade científica I: Negligência Dentária: A propósito de um caso clínico

Ribeiro,A; Varelas,C; Figueiredo,A .;Figueiredo,C;; Seabra,M; Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu

Introdução

A negligência infantil corresponde ao tipo de abuso mais frequente, geralmente com caráter insidioso e muitas vezes difícil de detetar, podendo ser diagnosticada pela presença de negligência dentária. Segundo a Associação Americana Pediátrica Dentária a negligência dentária é definida como a falha intencional de um dos pais ou responsável legal na procura do tratamento dentário, bem como a não continuação de um plano de tratamento necessário para assegurar um nível de saúde oral fundamental para o funcionamento adequado do aparelho estomatognático e ausência de dor e infeção.

Descrição do Caso Clínico:

A.G., de 5 anos, apresenta diversas lesões de cárie na dentição decídua, originando um quadro clínico de dor, perda de função e comprometimento estético. Além disso, a mãe afirmava não higienizar diariamente os dentes da filha bem como a ingestão de alimentos açucarados antes de deitar. Na primeira consulta A.G. apresentava cáries nos dentes 51,52,61,62,71,7.,81,82,75 e restaurações nos 85, 84, 64, 65. Nas consultas de odontopediatria da Clínica Universitária da UCP realizou restaurações nos dentes 63,53,51, 61, 74, 65, 84 substituição das restaurações do 85 e extração do 75. É importante realçar que, mesmo após as instruções de higiene oral fornecidas, a mãe continua a não higienizar a cavidade oral à filha mais nova alegando o facto de a criança ser pequena e não o permitir. Fatores como falta de meios económicos e desconhecimento da importância da saúde oral, tendo em conta que a mãe foi estudante de Medicina Dentária, foram previamente excluídos pelo que se trata de um caso de negligência dentária familiar.

Discussão:

Embora não seja possível estabelecer indicadores exatos para a identificação de casos de negligência dentária infantil, há diversos sinais de alerta que contribuem para a tomada de atenção por parte do Odontopediatra. De salientar, as consequências nefastas que podem advir destes atos negligentes, tanto a nível nutricional como cognitivo, comunicacional e físico - em que a **perda** de função, dificuldades na alimentação, perturbações de sono, mau desempenho escolar e a baixa auto-estima se manifestam podendo afetar negativamente o crescimento e desenvolvimento da criança. Entre os sinais a ter em conta pelo odontopediatra:

- A presença de cáries não tratadas e visualmente detetadas (mesmo por indivíduos sem formação na área);
- existência de um quadro clínico de dor e infeção, sangramento ou traumatismo oro-facial não tratado;
- história de falta de continuidade dos cuidados médico-dentários (após as patologias dentárias serem identificadas e explicadas previamente e remoção dos obstáculos financeiros)
- atendimento repetido apenas em situações de emergência;
- frequente adiamento e falta de comparência a consultas médico-dentárias.

Conclusão

A presença de indicadores de negligência dentária pode ser uma manifestação de um quadro clínico mais amplo e grave. Desta forma o Médico dentista encontra-se numa posição favorável para reconhecer os principais indicadores que se encontram relacionados com esta forma de negligência, tendo a obrigação ética e legal de sinalizar estes casos às autoridades competentes (autoridades policiais, instituto nacional de medicina legal, ministério público – tribunal de família e menores, comissões de proteção de menores).

Póster apresentado a 18/05/2017 a 20/05/2017 durante as XII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu (Anexo 1)

6.2: Actividade Científica II: Classe III: Diagnóstico e opções de tratamento – A propósito de um caso clínico

Varelas, C; Ribeiro,A; Carvalho, R; Silva, S; Alves, A; Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu

Introdução: A má oclusão classe III caracteriza-se por uma posição mesial da arcada dentária inferior em relação à superior originando uma mordida cruzada anterior ou topo-a-topo. Pode ser classificada como pseudoclasse III, dento-alveolar ou esquelética. Apresenta causas multifatoriais como fatores genéticos e ambientais e pode ter impacto negativo na autoestima. O tratamento pode ser conservador (ortodôntico ou ortopédico) ou cirúrgico. Diversos estudos demonstram que esta má-oclusão deve ser intercetada o mais cedo possível.

Descrição do caso clínico:

T.C., 9 anos, apresenta-se na consulta de Ortodontia por recomendação médica.

Inicial:

- Classe III esquelética (retromaxila e macromandíbula), terço inferior diminuído,, biótipo mesofacial
- Ângulo nasio-labial ligeiramente aberto e ângulo lábio-mentoniano apagado
- Classe III molar bilateral, mordida cruzada bilateral posterior e mordida cruzada anterior
- Desvio da linha média mandibular de 1mm para a direita em relação a linha média da face
- Overjet de -1mm e Overbite de 2,5mm
- Falta de espaço para a erupção dos caninos.
- Incisivo Inferior retro-inclinado

Final:

- Desvio da linha média superior 1mm para a esquerda em relação a linha média facial
- Overjet de 2mm e overbite de 2mm
- Classe I molar esquerda e classe II molar direita.

Tratamento: Disjunção com Hyrax e colocação de máscara facial

Discussão e Conclusão: A má oclusão classe III pode dever-se a displasia óssea (retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular ou uma combinação de ambas), deslocamento funcional da mandíbula para a frente durante o fecho devido a interferências oclusais e/ou origem apenas dentária na qual ocorre mordida cruzada nos dentes anteriores. O diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dependem da idade do paciente, potencial de crescimento e gravidade da má-oclusão. Durante o diagnóstico, deve-se verificar se a RC é coincidente com a PIM, se existe tendência familiar, a inclinação do incisivo inferior, a análise extra e intra-oral, funcional e os parâmetros cefalométricos. Nas classes III dento-alveolares e pseudo-classes III, o tratamento ortodôntico convencional poderá ser suficiente. Por outro lado nas classes III esqueléticas poderá optar-se por métodos ortopédicos em displasias pouco acentuadas e em pacientes em fase de crescimento ou por tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático em casos graves e em pacientes adultos. No caso descrito, o tratamento foi realizado com disjuntor Hyrax para a correção do problema transversal (mordida cruzada posterior), o que contribuiu também para o aumento do comprimento do arco e com máscara facial, que permitiu não só o movimento anterior da maxila mas também a movimentação antero-inferior da mesma e conseqüentemente a rotação horária da mandíbula. A correção precoce das classes III esqueléticas, nos quais se verifique retrognatismo e compressão maxilar, por meio de disjunção e tração anterior maxilar é uma das bordagens ortopédicas mais populares.

Póster apresentado de 11/05/2018 a 12/05/2018 durante as XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu (Anexo 2)

6.3: Actividade Científica III: Avaliação da Auto percepção da saúde oral por idosos institucionalizados em Viseu com dados clínicos e sociodemográficos

Couto P., Ribeiro A., Varelas C., Santos I., Pinto M., Veiga N., Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu

A saúde oral é parte da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida. No paciente gerodontológico ocorrem alterações a nível da saúde oral, tanto qualitativas como quantitativas, sendo por isso importante o seu estudo.

Objetivos:

Avaliar a auto-percepção do estado de saúde oral de pacientes gerodontológicos, através do Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Oral (GOHAI) e relacionar o GOHAI com as diversas variáveis, tais como: idade, género, habilitações, área de residência, higiene oral e uso ou não de prótese dentária.

Métodos:

Foi realizado um estudo observacional transversal com uma amostra de 56 idosos institucionalizados em Viseu (Fundação Mariana Seixas e no Lar Viscondessa de São Caetano) entre Janeiro de 2017 e Abril de 2017. A recolha de dados foi efetuada com base na aplicação de um questionário ao idoso e observação intra-oral. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS versão 23.0, sendo as prevalências apresentadas sobre a forma de percentagens.

Resultados:

A média dos valores do GOHAI neste estudo foi 33, o que sugere uma elevada auto percepção da saúde oral da população em estudo. Entre os idosos que apresentavam uma elevada auto-percepção da saúde oral o género feminino destaca-se, contrastando então com a baixa percepção da sua saúde oral que os idosos com idade mais avançada apresentavam. As habilitações literárias também podem ter influência no nível de auto percepção da saúde oral, concluindo então que dos idosos que possuem o menor nível de habilitações literárias (não sabe ler nem escrever), a maioria apresenta uma elevada percepção da sua saúde oral.

De salientar ainda que a utilização de prótese pode influenciar negativamente a percepção que os indivíduos têm da sua saúde oral.

Conclusão:

Os idosos constituem um dos grupos etários mais vulneráveis ao surgimento de problemas na cavidade oral e conseqüente baixa da qualidade de vida. Índices como o GOHAI têm vindo a revelar grande utilidade para a compreensão da realidade, uma vez que permitem orientar e fundamentar quer a formação quer a intervenção dos médicos dentistas.

Póster apresentado de 11/05/2018 a 12/05/2018 durante as XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Polo Regional das Beiras, Viseu (Anexo 3)

VII. CONCLUSÃO

7. Conclusão:

O relatório de atividade clínica é realizado como trabalho final para obtenção do título de Mestrado em Medicina Dentária, sendo uma oportunidade para o futuro médico dentista realizar uma introspeção acerca dos conhecimentos adquiridos e prática vivenciada ao longo do curso.

A prática em clínicas universitárias permite a criação de um ambiente seguro para que os alunos possam desenvolver na totalidade as suas capacidades. Práticas, tendo por base o conhecimento teórico adquirido até à data. Sendo que a orientação e indicações aí apreendidas tornam-se ferramentas preciosas para ganhar confiança acerca da nossa boa conduta. Ao tornar-nos Médicos Dentistas independentes, tornamo-nos responsáveis pelas consequências inevitáveis das nossas ações, logo devemos saber antecipá-las, fazendo tudo o possível para desenvolver um bom protocolo de tratamento e garantir um prognóstico favorável.

Devemos aprender a humanizar os pacientes, tornando-os parte do processo de diagnóstico. É importante assim alertar para a importância de manter uma boa saúde oral, trabalhando com os nossos pacientes não apenas de forma mecânica. Ou seja, incluir o paciente na hora de tomar decisões de acordo com as opções de tratamento existentes. Consciencializando-o acerca do seu estado de saúde oral e das suas consequências, dando-lhe iniciativa própria para se encarregar das medidas de prevenção necessárias. Saber comunicar abertamente com os pacientes acerca das suas ações prejudicarem a sua saúde oral faz parte deste processo de consciencialização. Devemos saber escutar, escolher a melhor abordagem para corrigir hábitos e tirar qualquer tipo de dúvida.

Acima de tudo, somos profissionais de saúde cujo principal objetivo é garantir o bem-estar dos nossos pacientes. Tratando-os com respeito, dignidade e amabilidade, tentando fazer a diferença que para muitos pode ser decisiva.

Ao longo dos cinco anos de formação penso que ganhei a autonomia e confiança para poder dedicar-me aos meus futuros pacientes da melhor maneira possível. O que se pretende é garantir a realização de diagnóstico e técnicas de execução de tratamento o mais rigorosos possível, dando confiança ao paciente no meu trabalho.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Referências Bibliográficas:

1. Bifulco M, Amato M, Gangemi G, Marasco M, Caggiano M, Amato A et al. Dental care and dentistry practice in the Medieval Medical School of Salerno. *British Dental Journal*. 2016;:Volume 221. No. 2.
2. Sousa A. *Curso de história da medicina*. 2nd ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
3. Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. *Dicionário Médico*. 1st ed. Lisboa: CLIMEPSI Editores; 2000.
4. The Council of European Dentists. *Manual os Dental Practice 2015*. Cardiff University, Wales, United Kingdom; 2015.
5. Greig V, Sweeney P. Special Care Dentistry for General Dental Practice. *Dent Update*. 2013;(40):452-460.
6. Zaura E, M. ten Cate J. Towards Understanding Oral Health. *Caries Res* 2015. 2015;:49(suppl 1):55–61.
7. Banu A, Șerban C, Pricop M, Urechescu H, Vlaicu B. Dental health between self-perception, clinical evaluation and body image dissatisfaction – a cross-sectional study in mixed dentition pre-pubertal children. *BMC Oral Health*. 2018
8. Rocha J, Arima L, Werneck R, Moysés S, Baldani M. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res* 2018;. 2018;:52:139–152.
9. Gauger T, Prosser L, Fontana M, Polverini P. Integrative and collaborative care models between pediatric oral health and primary care providers: a scoping review of the literature. *Journal of Public Health Dentistry*. 2018.
10. Casamassimo, P, Hammersmith K, Gross E, Amini H. Infant Oral Health An Emerging Dental Public Health Measure Paul S. *Dent Clin N Am*. 2017.
11. Hayashi M, Haapasalo M, Imazato S, Il Lee J, Momoi Y, Murakami S et al. Dentistry in the 21st century: challenges of a globalising world. *International Dental Journal*. 2014;


12. Chávez E, Wong L, Subar P, Young D, Wong A. Dental Care for Geriatric and Special Needs Populations. *Dent Clin N Am*. 2018;;245–267.
13. Nikdel C, Nikdel K, Ibarra-Noriega A, Kalenderian E, F. Walji M. Clinical Dental Faculty Members' Perceptions of Diagnostic Errors and How to Avoid Them. *Journal of Dental Education*. 2017;;Volume 82, Number 4.
14. Poklepovic T, Worthington H, Johnson T, Sambunjak D, Imai P, Clarkson J et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. 2018.
15. Coqueiro A, Bonvini A, Raizel R, Tirapegui J, Rogero M. Probiotic supplementation in dental caries: is it possible to replace conventional treatment. 2018
16. Cabral MBBS, Mota ELA, Cangussu MCT, Vianna MIP, Floriano FR. Risk factors for caries-free time: longitudinal study in early childhood. *Rev Saude Publica*. 2017;51:118.
17. Paisi M, Kay E, Kaimi I, Witton R, Nelder R, Potterton R et al. Obesity and caries in four-to-six year old English children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018;;18:267.
18. 2. Llanos A, Silva C, Ichimura K, Rebeis E, Giudicissi M, Romano M et al. Impact of aggressive periodontitis and chronic periodontitis on oral health-related quality of life. *Brazil Oral Res*. 2018;;32:e006.
19. Manresa C, Sanz-Miralles E, Twigg J, Bravo M. Supportive periodontal therapy (SPT) for maintaining the dentition in adults treated for periodontitis. 2018.
20. 4. Ferreira G, Amorin E, Matias H, Oliveira M, Dande J. Tratamento cirúrgico para DTM: Revisão de literatura. *R Odontol Planal Cent*. 2016;;6(1):28-34.
21. Turcio K, Silva E, Laurindo-Junior M, Bonatto L, Nagay B, Guiotti A et al. Fratura de côndilo mandibular não tratada e disfunção temperomandibular: Relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2017;;v.38, n.1, p. 46-51.
22. Mota A, França C, Prates R, Deana A, Santos L, Garcia R et al. Effect of photodynamic therapy for the treatment of halitosis in adolescents – a controlled, microbiological, clinical trial. *Journal of Biophotonics*. 2016;;1-7.

23. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Portugal. Programa Nacional de Promoção da saúde oral. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2008.
24. Burket, Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine. 10th ed. New York: BC Decker Inc; 2003.
25. Hujoel PP, Hujoel MLA, Kotsakis GA. Personal oral hygiene and dental caries: A systematic review of randomised controlled trials. *Gerodontology*. 2018;00:1–8.
26. Mandarino F. Nomenclatura e Classificação das Cavidades. WebMasters do Laboratório de Pesquisa em Endodontia da FORP-USP. 2003;.
27. Peck S, Peck L. Tooth numbering progress. *The Angle Orthodontics*. 1996;:Vol. 66 No. 2; 83-84.
28. Albandar; JM; Aggressive and acute periodontal diseases; 2014
29. Walton R, Torabinejad M. *Endodontics: Principles and Practice*. 4th ed. Saunders Elsevier; 2009.
30. Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de cirugía bucal*. Madrid: Ergón; 2004.
31. Neto AF, Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM; A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual; *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 10 (2) 125-128, 2011
32. Shillingburg H, Sather D, Wilson E, Cain J, Mitchell D, Blanco L et al. *Fundamentals of fixed prosthodontics*. 4th ed. 2012.
33. Ohrbach R, Dworkin S. The Evolution of TMD Diagnosis: Past, Present, Future. *Journal of Dental Research*. 2016;:Vol. 95(10) 1093–1101.
34. Angle, E. H Classification of Malocclusion. *Dental Cosmos*, 41(1/6), 248-64, 1899.
35. Casado P, Pereira M, Duarte M, Granjeiro J. History of Chronic Periodontitis Is a High Risk Indicator for Peri-Implant Disease. *Brazilian Dental Journal*. 2013;:24(2): 136-141.
36. Lopez-Piriz R, Morales A, Giménez M, Bowen A, Carroquino R, Aguilar L et al. Correlation between clinical parameters characterising peri-implant and periodontal health: A practice-based research in Spain in a series of patients with implants installed 4-5 years ago. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;:1;17 (5):e893-901.

37. Mellado-Valero A, Buitrago-Vera P, Solá-Ruiz M, Ferrer-García J. Decontamination of dental implant surface in peri-implantitis treatment: A literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;;18 (6):e869-76.
38. Kumar P, Mason M, Brooker M, O'Brien K. Pyrosequencing reveals unique microbial signatures associated with healthy and failing dental implants. *J Clin Periodontol*. 2012;;39(5): 425–433.
39. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of Extensively Damaged Teeth to Evaluate Prognosis. *Can Dent Assoc*. 2011; 77:b105.
40. Santos A, Caçador M, Carvalho L, Ruah C, Silva M, Capucho C. Fibroma traumático da cavidade oral. *Rev Port ORL*. 2005; nº 43, nº 1.
41. Buchner A, Calderon S, Ramon Y. Localized hyperplastic lesions of the gingival: a clinicopathological study of 302 lesions. *J Periodontol*. 1977; 93:305-9
42. Ramu S, Rodrigues C. Reactive Hyperplastic Lesions of the Gingiva: A Retrospective Study of 260 cases. *World Journal of Dentistry*. 2012;;3(2):123-130.
43. Vitorino A. Carcinoma pavimento-celular oral em jovens: a propósito de um caso clínico. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2017.
44. Melo P, Marques S, Oliveira O. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*. 2016.
45. Jayaraman S, Singh BP, Ramanathan B, Pazhaniappan PillaiM,MacDonald L, Kirubakaran R. Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.:CD012256.
46. Periodontology: Color Atlas of Dental Medicine (color Atlas of Dental Medicine); Wolf, Herbert F; Thieme, 3º Edição

IX. ANEXOS

Anexo 1:



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA
VISEU

Negligência dentária: A propósito de um caso clínico

Ribeiro, A.¹; Varelas, C.¹; Figueiredo, A.²; Seabra, M.²; Figueiredo, C.²
1- Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal
2- Centro de Investigação Interdisciplinar de Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal

Introdução

A negligência infantil corresponde ao tipo de abuso mais frequente, geralmente com caráter insidioso e muitas vezes difícil de detetar, podendo ser diagnosticada pela presença de negligência dentária. Segundo a Associação Americana Pediátrica Dentária a negligência dentária é definida como a falha intencional de um dos pais ou responsável legal na procura do tratamento dentário, bem como a não continuação de um plano de tratamento necessário para assegurar um nível de saúde oral fundamental para o funcionamento adequado do aparelho estomatognático e ausência de dor e infeção.

Descrição do Caso Clínico

A.G., de 5 anos, apresenta diversas lesões de cárie na dentição decídua, originando um quadro clínico de dor, perda de função e comprometimento estético. Além disso, a mãe afirmava não higienizar diariamente os dentes da filha bem como a ingestão de alimentos açucarados antes de deitar.




Fig.1 Ortopantomografia




Fig.5 Foto Intra-oral oclusão superior




Fig.2 Fotografia Intra-oral lateral esquerda




Fig.3 Fotografia Intra-oral frontal




Fig.4 Fotografia Intra-oral lateral direita




Fig.6 Fotografia Intra-oral oclusão inferior

Nas primeiras consultas de odontopediatria da Clínica Universitária da UCP realizou-se restaurações nos dentes 6.3,5,3,5,1, 6.1, 7.4, 6.5, 8.4, substituição das restaurações do 8.5 e extração do 7.5, apresentando, ainda, múltiplas cáries por tratar.

É importante realçar que, mesmo após as instruções de higiene oral fornecidas, a mãe continua a não higienizar a cavidade oral à filha mais nova alegando o facto de a criança ser pequena e não o permitir. Fatores como falta de meios económicos e desconhecimento da importância da saúde oral, tendo em conta que a mãe foi estudante de Medicina Dentária, foram previamente excluídos pelo que se trata de um caso de negligência dentária familiar.

Discussão/Conclusão:

Embora não seja possível estabelecer indicadores exatos para a identificação de casos de negligência dentária infantil, há diversos sinais de alerta que contribuem para a tomada de atenção por parte do Odontopediatra.

De salientar, as consequências nefastas que podem advir destes atos negligentes, tanto a nível nutricional como cognitivo, comunicacional e físico - em que a perda de função, dificuldades na alimentação, perturbações de sono, mau desempenho escolar e a baixa auto-estima se manifestam podendo afetar negativamente o crescimento e desenvolvimento da criança.


A presença de indicadores de negligência dentária pode ser uma manifestação de um quadro clínico mais amplo e grave. Desta forma o Médico dentista encontra-se numa posição favorável para reconhecer os principais indicadores que se encontram relacionados com esta forma de negligência, tendo a obrigação ética e legal de sinalizar estes casos às autoridades competentes (autoridades policiais, instituto nacional de medicina legal, ministério público – tribunal de família e menores, comissões de proteção de menores).

Entre os sinais a ter em conta pelo Médico Dentista:


- A presença de cáries não tratadas e visualmente detetadas;
- Existência de um quadro clínico de dor e infeção, sangramento ou traumatismo oro-facial não tratado;
- História de falta de continuidade dos cuidados médico-dentários (após as patologias dentárias serem identificadas e explicadas previamente e remoção dos obstáculos financeiros)
- Atendimento repetido apenas em situações de emergência;
- Frequente adiamento e falta de comparência a consultas médico-dentárias.


Bibliografia: Ramazani N. Child dental neglect: a short review. Int J High Risk Behav Addict. 2014;3(4). American Academy of Pediatric. Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatr Dent. 2005-2006;27(7Suppl):64-7. Heads, D.; Ah, J.; Ahn, J.; Petrovyan, V.; Peterson, H.; Inanda, A.; Sandy, J.; Dental caries in children: a sign of maltreatment or abuse? Nurs Child Young People. 2013 Jul(6):22-4. Costacurta, M.; Bensenol, D.; Arcudi, G.; Docimo, R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. Oral Implants (Rome). 2015 Apr-Sep; 8(2-3): 68-73. Rayman, S.; Dincer, E.; Almas, K.; Child abuse: concerns for oral health practitioners. N Y State Dent J. 2013 Jun-Jul;79(4):30-4. Batta, S.; Maguire, S.; Chadwick, B.; Hunter, M.; Harris, J.; Temper, V.; Mann, M.; Kemp, A.; Characteristics of child dental neglect: a systematic review. J Dent. 2014 Mar;42(3):229-39.

Anexo 2:



24 **CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**





- Classe III: Diagnóstico e opções de tratamento – A propósito de um caso clínico -

Varelas, C¹; Ribeiro, A¹; Carvalho, R²; Silva, S²; Alves, A²

1- Aluna do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde (ICS-VN), Universidade Católica Portuguesa
2- Instituto de Ciências da Saúde (ICS-VN), Universidade Católica Portuguesa

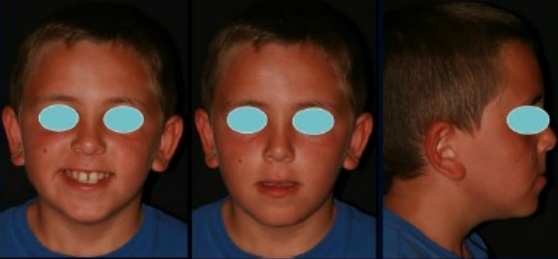
Introdução

A má oclusão Classe III caracteriza-se por uma posição mesial da arcada dentária inferior em relação à superior originando uma mordida cruzada anterior ou topo-a-topo⁽¹⁾. Pode ser classificada como pseudo-classe III, dento-alveolar ou esquelética. Apresenta causas multifatoriais como fatores genéticos e ambientais⁽²⁾ e pode ter impacto negativo na autoestima⁽³⁾. O tratamento pode ser conservador (ortodôntico ou ortopédico) ou cirúrgico⁽¹⁾. Diversos estudos demonstram que esta má-occlusão deve ser intercedida o mais cedo possível⁽³⁾.


Descrição do caso clínico

T.C., 9 anos, apresenta-se na consulta de Ortodontia por recomendação médica.

Inicial





Após tratamento





- **Classe III esquelética (retromaxila e macromandíbula)**
- Mesofacial
- Ângulo nasio-labial ligeiramente aberto e ângulo lábio-mentoniano apagado
- **Classe III molar bilateral, mordida cruzada bilateral posterior e mordida cruzada anterior**
- Desvio da linha média mandibular de 1mm para a direita em relação a linha média da face
- Overjet de -1mm e Overbite de 2,5mm
- Falta de espaço para a erupção dos caninos.
- Incisivo inferior retro-inclinado

- **Classe I esquelética (ortomaxília)**
- **Overjet de 2mm e overbite de 2mm**
- **Classe I molar esquerda e classe II molar direita.**

Tratamento: Disjunção com Hyrax e colocação de máscara facial

Discussão e Conclusões

A má oclusão classe III pode dever-se a displasia óssea (retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular ou uma combinação de ambas), deslocamento funcional da mandíbula para a frente durante o fecho devido a interferências oclusais e/ou origem apenas dentária na qual ocorre mordida cruzada nos dentes anteriores⁽⁴⁾. O diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dependem da idade do paciente, potencial de crescimento e gravidade da má-occlusão. Durante o diagnóstico, deve-se verificar se a RC é coincidente com a PIM, se existe tendência familiar, a inclinação do incisivo inferior, a análise extra e intra-oral, funcional e os parâmetros cefalométricos⁽⁴⁾. Nas classes III dento-alveolares e pseudo-classes III, o tratamento ortodôntico convencional poderá ser suficiente⁽¹⁾. Por outro lado, nas classes III esqueléticas poderá optar-se por métodos ortopédicos em displasias pouco acentuadas e em pacientes em fase de crescimento ou por tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático em casos graves e em pacientes adultos⁽¹⁾. No caso descrito, o tratamento foi realizado com disjuntor Hyrax para a correção do problema transversal (mordida cruzada posterior), o que contribui, também para o aumento do comprimento do arco⁽¹⁾ e com máscara facial, que permitiu não só o movimento anterior da maxila, mas também a movimentação antero-inferior da mesma e consequentemente a rotação horária da mandíbula^(1,5). A correção precoce das classes III esqueléticas, nas quais se verifique retrognatismo e compressão maxilar, por meio de disjunção e tração anterior maxilar é uma das abordagens ortopédicas mais populares.

Bibliografia: 1- Brusola, J. Ortodontia clínica y terapéutica. 2ª edição. Elsevier. Barcelona. 2005; 2- Stojanović, L.; Mileusnik, S.; Cotovia, T. Orthodontic-surgical treatment of the skeletal class III malocclusion: a case report. Vojnosant Pregl. 2013. Feb;70(2):215-20; 3- Meera, W.; Ngim, P. Evolution of Class III treatment in orthodontics. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2015. ;148(1):22-36; 4- Telampalli, M.; Reddiah, M.; Timely management of developing class III malocclusion. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2012. ;30(1): 78-84; 5- Muthukumar, K.; Vijaykumar, K.; Sainath, M.; Management of skeletal Class III malocclusion with face mask therapy and comprehensive orthodontic treatment. Contemp Clin Dent. 2016. 7(1):98-102

Anexo 3:



Avaliação da auto percepção da saúde oral por idosos institucionalizados

Patrícia Couto^(1,2), Adriana Ribeiro⁽¹⁾, Carolina Varelas⁽¹⁾, Inês Santos⁽¹⁾, Méliça Pinto⁽¹⁾, Nélio Veiga^(1,2)
 1- Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal
 2- Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal

A saúde oral é parte da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida. No paciente gerodentológico ocorrem alterações a nível da saúde oral, tanto qualitativas como quantitativas, sendo por isso importante o seu estudo (1).

Objetivos

Avaliar a auto percepção do estado de saúde oral de pacientes gerodentológicos, através do Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Oral (GOHAI) e relacionar o GOHAI com as diversas variáveis, tais como: idade, género, habilitações, área de residência, higiene oral e uso ou não de prótese dentária.

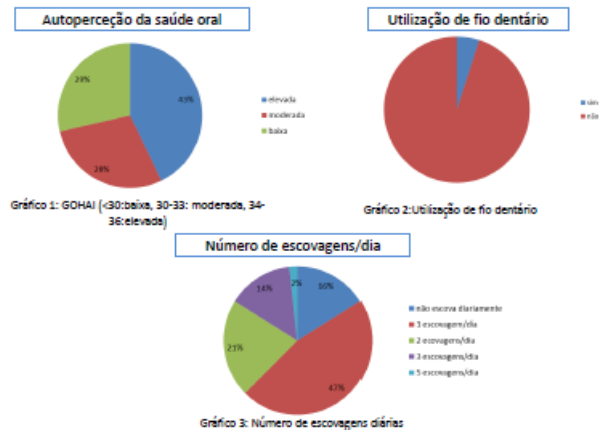
Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal com uma amostra de 56 idosos institucionalizados em Viseu (Fundação Mariana Seixas e no Lar Viscondessa de São Caetano) entre Janeiro de 2017 e Abril de 2017. A recolha de dados foi efetuada com base na aplicação de um questionário ao idoso e observação intraoral. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS versão 23.0, sendo as prevalências apresentadas sobre a forma de percentagens.

Resultados

Dótor sociodemográficos e clínicos	Variáveis/Categorias	
	n	%
Idade (anos)		
40-60	5	8,9
61-79	18	32,1
≥80	33	58,9
Género		
Feminino	9	16,1
Masculino	7	12,5
Habilitação literária		
Não sabe ler	16	28,6
Saber ler	2	3,6
Não completa 4ª classe	13	23,2
Per entre 4ª classe	22	39,3
Completa antes de 9 ano	2	3,6
Completa ensino superior	1	1,8
Área de residência		
Urbano	48	85,7
Rural	11	19,7
Uso Prótese Dentária		
Não	23	41,1
Sim	33	58,9

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica da população em estudo



A média dos valores do GOHAI neste estudo foi 33, o que sugere uma moderada auto percepção da saúde oral da população em estudo. Entre os idosos que apresentavam uma elevada auto percepção da saúde oral o género feminino destaca-se, contrastando com a baixa percepção da saúde oral que os idosos com idade mais avançada apresentavam. As habilitações literárias também podem ter influência no nível de auto percepção da saúde oral, conclui-se que, dos idosos que possuem o menor nível de habilitações literárias (não sabe ler nem escrever), a maioria apresenta uma elevada percepção da sua saúde oral. Relativamente ao uso de fio dentário, verificou-se que dos idosos que apresentavam auto percepção baixa nenhum utilizava fio dentário (100%). Comparando o índice de GOHAI com a variável área de residência (urbano ou rural) pode-se concluir que 70,8% dos idosos que apresentavam elevada auto percepção vivem em meio urbano. De salientar ainda que a utilização de prótese pode influenciar negativamente a percepção que os indivíduos têm da sua saúde.

Conclusão

Os idosos constituem um dos grupos etários mais vulneráveis ao surgimento de problemas na cavidade oral e consequente baixa da qualidade de vida. Índices como o GOHAI têm vindo a revelar grande utilidade para a compreensão da realidade, uma vez que permitem orientar e fundamentar quer a formação quer a intervenção dos médicos dentistas.

Bibliografia: 1- Al-Baker AM, Al-Baqeri FF, Al-Harbi TM, Al-Amri MD, Bakareedus JK. Oral Health Status and Oral Health-related Quality of Life among Hospitalized and Non-hospitalized Geriatric Patients. J Contemp Dent Pract. 2017 Mar;18(3):228-234. 2- Kundapur V, Hegde R, Shetty M, Maniar S, Hiral M, Prasad A H. Effect of Loss of Teeth and Its Association with General Quality of Life using Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) among Older Individuals Residing in Rural Areas. Int J Biomed Sci. 2017 Mar;13(1):6-12. 3- Shekharvi KS, Chauhan A, Kozhy AA, Reksa P, Kumar H. Reliability of Malayalam version of Geriatric Oral Health Assessment Index among Institutionalized elderly in Alleppey, Kerala (India): A pilot study. Contemp Clin Dent. 2016 Apr;9(2):153-7. 4- Carvalho C, Mano AC, Escovar A, Salgado J, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. Rev Saude Publica. 2016 Aug;22:503-3. 5- Shetty VJ, Bijle MN, Patel S. The relationship between prosthetic status and the Geriatric Oral Health Assessment Index in a group of institutionalized elderly of an Indian city: a cross-sectional study. J Contemp Dent Pract. 2013 Nov;14(6):1173-7. 6- Campos JA, Zucoloto ML, Geremia H, Nogueira SS, Marcolli A. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index in complete denture wearers. J Oral Rehabil. 2015 Jul;42(7):512-20. 7- Pañillos R, Amador V, Soto R, Carneiro M, Núñez V. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. Clínica colectiva saúde. Rio de Janeiro. 2015. Vol.20(4) 8- Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. J Public Health Dent. 2002;62:262-6. 9- Naito M, Suzuki Y, Nakayama T, Hama J, Hama S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. J Public Health Dent. 2006;66:275-9. 10- Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. Gerodontology. 1999;14(7):108-114.

