



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
ÁREA DE CONHECIMENTO
PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Actividade Clínica

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

Por

Marisa Sofia dos Santos Marques

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Co-orientador: Dra. Carina Coelho

Viseu 2014

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia...pois o triunfo pertence a quem se atreve.”

Charles Chaplin

Agradecimentos

O meu profundo e sentido agradecimento à minha mãe pelo modelo de coragem, pelo apoio incondicional em todas as horas sem excepção, pelas palavras de incentivo e total dedicação à minha filha.

Ao Pedro por ser o primeiro a acreditar que sou capaz, pela tolerância nos dias menos bons, pela determinação perante as adversidades, pelo orgulho sempre demonstrado, pelo entendimento dos dias de ausência, o teu apoio foi determinante na elaboração deste trabalho e concretização desta aspiração.

À minha irmã pelo apoio demonstrado desde sempre.

Aos meus sogros pela ajuda e carinho continuamente revelado.

Ao Professor Rui Amaral Mendes pela partilha de saberes, pela forma pacífica com que partilha o seu conhecimento, pela autonomia que nos incute, pela consideração demonstrada pelos alunos, pela referência profissional e intelectual, o meu franco reconhecimento e agradecimento.

À Dr.^a Carina Coelho pela co-orientação.

Resumo

O presente documento diz respeito ao relatório de actividades clínicas realizadas na clínica dentária universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu, no período compreendido entre 16 de Setembro de 2013 e 30 de Maio de 2014.

A elaboração deste relatório visa a enumeração e exposição dos actos clínicos concretizados durante o 5º ano, nas várias unidades clínicas que dispomos, bem como a descrição detalhada de procedimentos e/ou condições clínicas consideradas como diferenciadas, quer pela sua frequência quer pela sua especificidade.

A importância da experiência clínica deve-se ao facto de nos tornarmos totalmente capazes e autónomos após o término deste ciclo de estudos. As unidades clínicas permitem a articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos e a prática “in situ” com pacientes, nas diversas áreas de intervenção da Medicina Dentária.

Os pacientes são, segundo o motivo de consulta, estratificados e encaminhados para as diversas áreas clínicas existentes, que decorrem em diferentes dias da semana, permitindo uma abordagem mais efectiva dos pacientes, desde o diagnóstico ao cumprimento do plano de tratamento e follow-up.

No total foram observados 76 pacientes, dos quais 39 foram observados como operadora. A área clínica com maior número de atendimentos foi a Prótese Removível. Pelo contrário, áreas como a Odontopediatria e Ortodontia revelaram-se áreas com maior escassez de pacientes.

Foram relatados e fundamentados procedimentos clínicos como a extracção cirúrgica de um canino incluso transmigrado, tratamento pulpar de dente decíduo com necrose pulpar, abordagem de dente extensamente destruído em Dentisteria Operatória e abordagem cirúrgica de paciente seropositivo.

A abordagem clínica de cada paciente deve permitir a adequação de planos de tratamentos individuais que têm em conta a sua contextualização económico-social. Deste modo, nem sempre o tratamento realizado tem em

conta a melhor opção clínica, mas o tratamento que é possível o paciente fazer. Variáveis como a idade, características anatómicas do paciente, presença de doenças sistêmicas, medicação, bem como tratamentos dentários anteriores sem sucesso, influenciam o plano de tratamento.

Palavras-Chave: Actividades Clínicas, Canino incluso, Manifestações orais em paciente com HIV, Pulpectomia, Espigão radicular.

Abstract

This document concerns the report of clinical activities implemented in the Dental Clinic of Universidade Católica Portuguesa in Viseu, in the period from 16th September 2013 to 30th May 2014.

This report aims to describe the clinical acts carried out during the fifth year in various clinical units available, as well as to report in detail the procedures and/or clinical conditions considered differentiated, both for their frequency and specificity.

The importance of clinical experience is due to the fact that we become fully capable and independent, following the end of this course of study. Clinical teaching units allow the articulation between the theoretical knowledge acquired over the years, and the practice "in situ" with patients in the various areas of intervention of dentistry.

Patients are, according to the reason for consultation, stratified and forwarded to the different existing clinical areas, which are held on different days of the week, allowing a more effective approach to the patients, comprising the diagnosis, the treatment plan and the follow-up.

In total 76 patients have been observed, of whom 39 were observed as operator. The clinical area with the largest number of attendances was the Removable Prosthesis. On the contrary, areas such as Pediatric Dentistry and Orthodontics are areas with greater shortage of patients. This may result from the current and biased demographic characterization of the Portuguese population, but also because of the greater availability of temporal older population.

Clinical procedures such as surgical removal of an included transmigrated canine, pulp treatment of primary teeth with necrotic pulp, tooth approach widely destroyed in Operative Dentistry and surgical approach to HIV positive patient, were reported and substantiated

The clinical approach of each patient allows the appropriateness of individual treatment plans, which take into account their socio-economic context and adapting the modalities of treatment. Therefore, not always the treatment takes into account the best clinical option but the treatment that the patient can

do. variables such as age, anatomical characteristics of the patient, presence of systemic diseases, medication, as well as previous dental treatments without success, influence the treatment plan.

Keywords: Clinical activities, Canine included, Oral manifestations in patient with HIV, Pulpectomy, Root Spike.

Índice Geral

Agradecimentos	V
Resumo.....	VII
Abstract.....	IX
Lista de siglas.....	XIX
1 – Introdução	3
2 – Objectivos.....	9
2.1. – Objectivo geral	9
2.2. – Objectivos específicos	9
3 – Materiais e Métodos	13
4 – Caracterização geral da amostra	17
4.1. – Total de pacientes atendidos	17
4.2. – Intervalo de idades.....	17
4.3. – Sexo.....	18
4.4. – Local de Residência.....	19
5 – Actividades clínicas desenvolvidas em cada área disciplinar e análise da amostra específica	23
5.1. – Odontopediatria	23
5.2. – Medicina Oral.....	25
5.3. – Periodontologia	30
5.4. – Dentisteria.....	34
5.5. – Cirurgia Oral	37
5.6. – Endodontia.....	40
5.7. – Oclusão.....	41
5.8. – Prótese Removível.....	42
5.9. – Prótese Fixa.....	46
5.10. – Ortodontia	48

6 – Descrição pormenorizada de casos clínicos relevantes.....	51
6.1. – Cirurgia diferenciada de canino incluso que sofreu transmigração.....	51
6.2. – Extracção simples em Paciente com HIV	61
6.3. – Pulpectomia do dente 63	64
6.4. – Reabilitação do dente 22 fracturado com recurso a espigão de fibra de vidro e coroa de acetato preformada	70
7 – Actividade Científica.....	85
8 – Discussão.....	89
9 – Conclusão	103
10 – Referências Bibliográficas	107

Índice de Quadros

Quadro 1 – Número total de pacientes observados como operadora	17
Quadro 2 – Número de pacientes por intervalo de idades	17
Quadro 3 – Número total de pacientes observados, por sexo.....	18
Quadro 4 – Número de pacientes por local de residência.....	19
Quadro 5 – Número/tipo de procedimentos clínicos enquanto operadora e assistente	23
Quadro 6 – Tipos e frequência de fármacos nos pacientes atendidos, como operadora, em Medicina Oral.....	28
Quadro 7 – Número de pacientes atendidos e número de actos clínicos realizados por diagnóstico periodontal do trinómio	30
Quadro 8 – Número de pacientes atendidos e número de actos clínicos realizados por diagnóstico periodontal como operadora	31
Quadro 9 – Tratamento periodontal realizado nos pacientes atendidos como operadora.....	32
Quadro 10 – Tipos e número de tratamentos realizados pelo trinómio e como operadora.....	34
Quadro 11 – Tipo e frequência de utilização de materiais em Dentisteria Operatória	35
Quadro 12 – Tipo de técnica e número de extracções efectuadas pelo trinómio e como operadora	37
Quadro 13 – Tipo e frequência de manobras cirúrgicas realizadas pelo trinómio e como operadora	38
Quadro 14 – Distribuição das peças dentárias e restos radiculares extraídos por motivo de extracção, realizados pelo trinómio.....	38
Quadro 15 – Especificação dos procedimentos clínicos realizados pelo trinómio e como operadora	42
Quadro 16 – Classificação de Kennedy das arcadas dentárias dos pacientes observados como operadora.....	44

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Percentagem de pacientes por intervalo de idades	18
Gráfico 2 – Percentagem de pacientes vistos, por sexo	18
Gráfico 3 – Percentagem de pacientes por local de residência.....	19
Gráfico 4 – Percentagem de pacientes estratificados por diagnóstico periodontal avaliados pelo trinómio	31
Gráfico 5 – Percentagem dos tratamentos realizados pelo trinómio	35
Gráfico 6 – Percentagem de procedimentos cirúrgicos realizados pelo trinómio	37
Gráfico 7 – Número de dentes e restos radiculares extraídos por motivo de extracção.....	39
Gráfico 8 – Percentagem dos tipos de procedimentos clínicos realizado pelo trinómio em Prótese Removível	43
Gráfico 9 – Classificação de Kennedy dos pacientes observados como operadora em percentagens	44

Índice de Figuras

Fig.1 – Paciente 3 - Glossite rombóide mediana e língua fissurada.....	26
Fig.2 – Paciente 4 - Líquen plano reticular na mucosa jugal esquerda	27
Fig.3 – Paciente 4 - Líquen plano reticular na mucosa jugal direita	27
Fig.4 – Paciente 4 - Líquen plano reticular no bordo lateral direito da língua... 27	
Fig.5 – Paciente 4 - Líquen plano reticular no bordo lateral esquerdo da língua	27
Fig.6 – Paciente 4 - Bordo lateral esquerdo da língua - controlo após 7 dias de medicação	28
Fig.7 – Paciente 4 - Bordo lateral direito da língua - controlo após 7 dias de medicação	28
Fig.8 – Paciente 4 - Mucosa jugal direita - controlo após 7 dias de medicação	28
Fig.9 – Paciente 4 - Mucosa jugal esquerda - controlo após 7 dias de medicação	28
Fig.10 – Fotografia inicial - caso clínico de cirurgia periodontal	32
Fig.11 – Fotografia inicial - caso clínico de cirurgia periodontal	32
Fig.12 – Fotografia após duas semanas - caso clínico de cirurgia periodontal	32
Fig.13 – Fotografia após duas semanas - caso clínico de cirurgia periodontal	32
Fig.14 – Fotografias após remoção dos pontos de sutura - caso clínico de cirurgia periodontal.....	33
Fig.15 – Fotografia após remoção dos pontos de sutura - caso clínico de cirurgia periodontal.....	33
Fig.16 – Fotografia inicial - escurecimento do dente 11	36
Fig.17 – Fotografia após 2ª sessão de branqueamento do dente 11 com perborato de sódio	36
Fig.18 – Fotografia no final da 4ª sessão	36
Fig.19 – Fotografia após substituição da restauração existente do dente 11... 36	
Fig.20 – Fotografia lateral esquerda inicial.....	47
Fig.21 – Fotografia oclusal maxilar inicial.....	47
Fig.22 – Fotografia do enceramento de diagnóstico	47
Fig.23 – Fotografia do enceramento de diagnóstico	47
Fig.24 – Ortopantomografia.....	52

Fig.25 – Radiografia periapical do dente 43.....	53
Fig.26 – Radiografia periapical do dente 43.....	53
Fig.27 – Fotografia Inicial	58
Fig.28 – Incisão cirúrgica	58
Fig.29 – Incisão cirúrgica	58
Fig.30 – Descolamento do retalho mucoperiósteo	58
Fig.31 – Acesso cirúrgico	58
Fig.32 – Osteotomia com peça de mão e broca de osso	58
Fig.33 – Osteotomia e luxação	58
Fig.34 – Luxação.....	58
Fig.35 – Odontosecção	59
Fig.36 – Remoção do fragmento coronal	59
Fig.37 – Luxação da raiz	59
Fig.38 – Luxação da raiz	59
Fig.39 – Curetagem.....	59
Fig.40 – Fragmentos do canino incluído.....	59
Fig.41 – Inspeção da loca cirúrgica	59
Fig.42 – Sutura - vista frontal	59
Fig.43 – Sutura - vista lateral direita.....	60
Fig.44 – Sutura- vista lateral esquerda.....	60
Fig.45 – Aspecto 7 dias após a cirurgia - antes da remoção dos pontos	60
Fig.46 – Aspecto 7 dias após a cirurgia - depois da remoção dos pontos	60
Fig.47 – Aspecto 15 dias após a cirurgia	60
Fig.48 – Aspecto 1 mês após a cirurgia	60
Fig.49 – Radiografia periapical 1 mês após a cirurgia.....	60
Fig.50 – Ortopantomografia no início do plano de tratamento	62
Fig.51 – Radiografia periapical do dente 47 no dia da extracção.....	62
Fig.52 – Ortopantomografia.....	65
Fig.53 – Lesão de cárie dos dentes 62 e 63	66
Fig.54 – Determinação da ODMt.....	67
Fig.55 – Radiografia para determinação da ODMt	67
Fig.56 – Radiografia para determinação da ODMt	67
Fig.57 – Irrigação e secagem com cones de papel.....	67
Fig.58 – Irrigação e secagem com cones de papel	67

Fig.59 – Radiografia após obturação	68
Fig.60 – Condicionamento ácido	68
Fig.61 – Restauração a compósito do dente 63 - vista frontal	69
Fig.62 – Restauração a compósito do dente 63 - vista lateral.....	69
Fig.63 – Ortopantomografia.....	71
Fig.64 – Radiografia periapical inicial do dente 22	72
Fig.65 – Medição do comprimento radicular do dente 22.....	72
Fig.66 – Fotografia frontal em PIM	73
Fig.67 – Fotografia lateral direita em PIM	73
Fig.68 – Fotografia lateral esquerda em PIM	73
Fig.69 – Fotografia oclusal da arcada maxilar	73
Fig.70 – Fotografia oclusal da arcada mandibular.....	73
Fig.71 – Fotografia extra-oral em repouso	74
Fig.72 – Fotografia extra-oral em sorriso	74
Fig.73 – Fotografia intra-oral em repouso	74
Fig.74 – Fotografia intra-oral em sorriso	74
Fig.75 – Modelos de gesso montados em articulador	75
Fig.76 – Modelos de gesso montados em articulador	75
Fig.77 – Modelos de gesso montados em articulador	75
Fig.78 – Modelo de gesso montado em articulador.....	75
Fig.79 – Modelo de gesso montado em articulador.....	75
Fig.80 – Remoção dos restos de IRM com destartarizador	78
Fig.81 – Remoção da gutta com plugger aquecido	78
Fig.82 – Medição da broca de peese e colocação do stop	78
Fig.83 – Introdução do espigão de vidro e confirmação de “tugback”	78
Fig.84 – Secagem do canal com cones de papel.....	78
Fig.85 – Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35 %	78
Fig.86 – Introdução do espigão embebido em cimento dentro do canal	79
Fig.87 – Introdução do espigão embebido em cimento dentro do canal	79
Fig.88 – Couto em compósito.....	79
Fig.89 – Corte do espigão com broca diamantada de turbina.....	79
Fig.90 – Corte da coroa de acetato com tesoura	79
Fig.91 – Adaptação da coroa e colocação de cunhas	79
Fig.92 – Confirmação da adaptação da coroa na zona cervical.....	79

Fig.93 – Caracterização da coroa com compósitos de esmalte e dentina	79
Fig.94 – Inserção da coroa de acetato	80
Fig.95 – Fotopolimerização	80
Fig.96 – Remoção de excessos	80
Fig.97 – Visualização da face palatina da restauração	80
Fig.98 – Polimento com discos.....	80
Fig.99 – Fotografia final frontal.....	80
Fig.100 – Fotografia final lateral esquerda	80
Fig.101 – Fotografia final lateral direita	80
Fig.102 – Fotografia final oclusal maxilar	81
Fig.103 – Fotografia de follow-up após 2 meses.....	81
Fig.104 – Radiografia pós-operatória	81

Lista de siglas

CMV - Citomegalovírus

EBV - Vírus Epstein-Barr

HHV-8 - Herpes vírus humano-8

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HSV - Herpes simplex vírus

IRM - Óxido de zinco reforçado com eugenol

ODMt - Odontometria de trabalho

PCAG - Periodontite crónica avançada generalizada

PCAL - Periodontite crónica avançada localizada

PCLG - Periodontite crónica leve generalizada

PCLL - Periodontite crónica leve localizada

PCMG - Periodontite crónica moderada generalizada

PCML - Periodontite crónica moderada localizada

PIM - Posição de intercuspidação máxima

PPR - Prótese parcial removível

RAR - Raspagem e alisamento radicular

INTRODUÇÃO

1 – Introdução

A Medicina Dentária está em constante evolução com novas descobertas, diagnósticos mais precisos e tratamentos mais efectivos, englobando conhecimentos teórico-científicos cada vez mais diferenciados e sofisticados. (1)

Numa época de profundas mudanças, a enorme quantidade de informação disponível e os constantes e rápidos avanços tecnológicos na área da saúde oral aumentam o nível de exigência a que o médico dentista se encontra sujeito, impondo uma constante actualização científica e muitas vezes formação académica complementar. Em seguimento disto, pertence-nos a nós a capacidade de juntar toda essa informação à experiência clínica e adaptá-la às expectativas do paciente, estando estas condicionadas por factores sociais, emocionais e económicos.(2)

O médico dentista deve saber adequar planos de tratamento ao paciente e mantê-lo informado dos riscos e benefícios de todas as possíveis alternativas terapêuticas. (1)

A abordagem do paciente deverá sempre obedecer a uma sequência lógica com recolha de dados, história clínica, história da queixa principal, exame objectivo, diagnóstico e/ou diagnóstico diferencial, pedido de exames complementares, plano de tratamento e tratamento. (3) O follow-up é crucial, de forma a evitar recidivas ou prevenir o aparecimento de novas lesões, quer nos tecidos moles quer nos tecidos duros da cavidade oral.

Em Medicina Dentária, o tratamento do paciente pode compreender desde procedimentos clínicos simples a cirúrgicos complexos, terapêuticas farmacológicas, mudança de hábitos comportamentais ou associação de vários. É essencial entender o paciente como um individuo globalizante e ser flexível, de forma a adequar a linguagem e postura à idade, nível académico, social e cultural.

É tão importante informar como saber ouvir, pelo que devemos ter o cuidado de deixar o paciente falar e não fornecermos elementos, sob causa de condicionar o paciente e, conseqüentemente, conduzir a um falso diagnóstico.(2)

Particularmente em pacientes medicados e polimedicados, a recolha da história clínica exige maior atenção. Realço o caso dos pacientes infectados com HIV, cuja toma de antiretrovirais e/ou inibidores da transcriptase reversa aumentam significativamente a incidência de ulcerações e verrugas provocadas por outros vírus, nomeadamente Herpes Simplex, Zoster e Epstein Barr.

Outros fármacos como anti-depressivos, anti-convulsionantes, anti-hipertensores, corticosteróides, entre outros, têm repercussões importantes na cavidade oral, tais como xerostomia, hiperplasia do tecido gengival, reacções liquenóides e alterações do paladar.(4)

No que concerne à história pediátrica, esta é, na maioria das vezes, fornecida pelos pais e é importante garantir que a nossa compreensão corresponde realmente aos factos e não à interpretação dos mesmos pelos pais.(3)

O exame clínico objectivo contempla o exame extra-oral (cabeça e pescoço) e intraoral. No exame clínico extra-oral devemos valorizar a inspecção do pescoço, com palpação cuidadosa de todos os linfonodos cervicais, glândulas salivares e tiróide.(4) O exame clínico intra-oral deve ser minucioso, não negligenciando os tecidos moles que muitas vezes são subvalorizados.

Caso o paciente seja portador de prótese removível, esta deve ser retirada e a visualização deve ser feita com boa luminosidade. Todas as superfícies mucosas devem ser analisadas.(4)

Muitas doenças sistémicas, nomeadamente infecções, doenças hematológicas, doenças do trato gastrointestinal e pele, também causam sinais e sintomas bucais que podem constituir a queixa inicial, especificamente pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV), leucopenia ou leucemia.(4) Conjuntamente, as doenças dérmicas pertencentes ao grupo das vesiculo-bolhosas, registam uma maior frequência de aparecimento de lesões na cavidade oral, sobretudo na mucosa jugal.(5)

Deste modo, a cavidade oral pode ser um importante local de manifestação de doenças das mais diversas etiologias, designadamente metabólicas, genéticas, auto-ímmunes, virais e bacterianas.(5) Muitas destas manifestações orais podem aparecer antes do paciente ter o diagnóstico de

uma patologia sistémica documentado, por isso é fundamental adquirirmos perícia e perspicácia na identificação deste tipo de lesões que podem levar o paciente a ser alertado precocemente para certos problemas sistémicos, melhorando, em muitos casos, o seu prognóstico, sendo isto uma mais-valia da medicina oral.

Similarmente, alguns tratamentos médicos e cirúrgicos podem resultar em doenças iatrogénicas, afectando diferentes tecidos bucofaciais. Efeitos colaterais são observados nos pacientes que fazem ou fizeram terapia imunossupressora, ou nos que foram tratados com agentes citotóxicos e/ou radioterapia na região da cabeça e pescoço. Desta forma, imunossupressão, quimioterapia, radioterapia e transplante podem causar complicações bucofaciais.(4)

Para construir ou confirmar o diagnóstico, ou ainda estabelecer um prognóstico, podem-se solicitar diversos exames complementares.(4) Exames histopatológicos e imunológicos são utilizados para este fim. A biópsia permite o diagnóstico de condições potencialmente malignas ou de carcinomas “in situ”, e está incluída nas competências do médico dentista, sendo que perante situações indicativas, devemos avançar sem receios, após consentimento informado do paciente ou pessoa legalmente responsável.(4)

O tratamento é muito mais do que o uso de um fármaco ou realização de um procedimento clínico dentário, pelo que visualizar o paciente como um todo é essencial, e a sua visão sobre nós depende em primeira instância disto, pois o paciente saberá se somos cuidadosos bem antes de saber da nossa competência profissional.(1) (2)

Em síntese, o objectivo geral deste relatório será descrever, apreciar e valorizar criticamente experiências e actividades desenvolvidas em cada área disciplinar, tendo em conta uma multiplicidade de factores e condicionantes, indo de encontro àquilo que é o âmbito de cada unidade curricular e sempre com a intenção do melhor para o paciente, tendo em conta todos os factores/condicionantes em cima aludidos.

OBJECTIVOS

2 – Objectivos

Este relatório teve os seguintes objectivos:

2.1. – Objectivo geral

- Descrever, apreciar e valorizar criticamente experiências e actividades clínicas desenvolvidas.

2.2. – Objectivos específicos

- Contabilização do número de pacientes atendidos na clínica universitária pelo trinómio durante o 5º ano, no ano clínico de 2013/2014;
- Caracterização geral dos pacientes atendidos como operadora;
- Exposição das actividades clínicas desenvolvidas em cada área disciplinar;
- Enumeração do número total de actos clínicos e de pacientes do trinómio em cada unidade clínica;
- Enumeração do número total de actos clínicos e de pacientes atendidos como operadora em cada unidade clínica;
- Apresentação e fundamentação de casos clínicos diferenciados realizados no papel de operadora;
- Exposição sucinta de procedimentos clínicos diferenciados auxiliados como assistente.

MATERIAIS E MÉTODOS

3 – Materiais e Métodos

Numa primeira fase efectuou-se o levantamento dos pacientes agendados para o respectivo trinómio nas várias unidades clínicas, registados no programa de gestão clínica entre os dias 16 de Setembro de 2013 e 30 de Maio de 2014.

Numa segunda fase realizou-se o levantamento dos pacientes e actos clínicos realizados como operadora.

As Informações dos pacientes e actos clínicos foram recolhidas através do software Newsoft®, implementado na clínica dentária universitária da Universidade Católica Portuguesa, e de uma ficha de paciente para recolha de dados adicionais, criada para efeito do Relatório de Actividade Clínica. (Apêndice 1)

O critério de exclusão utilizado foi a não comparência no dia e hora da consulta marcada, assim como a não concretização de qualquer tipo de abordagem ou tratamento, no âmbito da unidade curricular em causa.

A análise estatística descritiva dos resultados foi realizada utilizando o programa Excel® Microsoft e a apresentação de resultados, para cada área disciplinar, foi feita sob a forma de quadros, gráficos, assim como mera narração dos mesmos.

Numa terceira fase efectuou-se a descrição de casos clínicos diferenciados, que teve como objectivo realçar procedimentos clínicos ou patologias menos comuns, cuja fundamentação teórica foi feita recorrendo às bases de dados da PubMed, ScienceDirect e b-on.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

4 – Caracterização geral da amostra

4.1. – Total de pacientes atendidos

Durante o 5º ano de curso foram atendidos pelo trinómio 76 pacientes, dos quais 39 foram observados como operadora.

Quadro 1 – Número total de pacientes observados como operadora

Número de Pacientes	Total
	39

4.2. – Intervalo de idades

Os pacientes atendidos como operadora inserem-se nas faixas etárias representadas no quadro seguinte:

Quadro 2 – Número de pacientes por intervalo de idades

Intervalo de idades (anos)	Nº Pacientes
Menos de 10	3
Entre 11 e 20	2
Entre 21 e 35	4
Entre 36 e 50	14
Entre 51 e 65	7
Mais de 65	9

Às quais correspondem as percentagens apresentadas no gráfico seguinte.

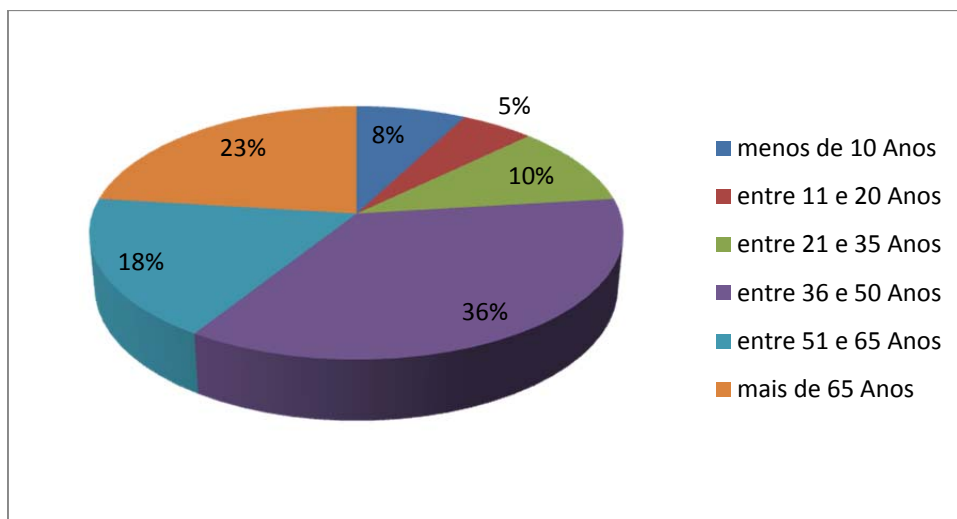


Gráfico 1 – Percentagem de pacientes por intervalo de idades

4.3. – Sexo

A estratificação dos pacientes de acordo com o sexo é indicada no quadro seguinte.

Quadro 3 – Número total de pacientes observados, por sexo

Número de Pacientes	Mulheres	Homens	Total
	29	10	39

Às quais correspondem as percentagens apresentadas no gráfico indicado abaixo.

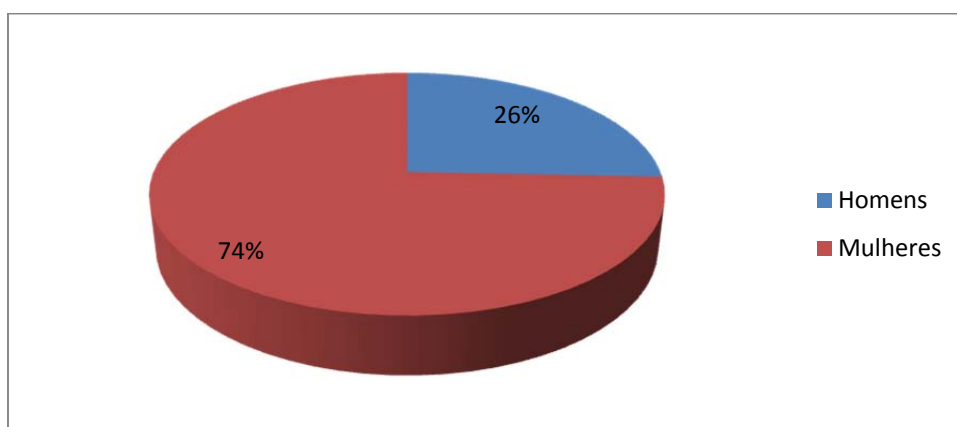


Gráfico 2 – Percentagem de pacientes vistos, por sexo

4.4. – Local de Residência

O quadro seguinte indica o número de pacientes distribuídos por local de residência.

Quadro 4 – Número de pacientes por local de residência

Local de Residência	Nº Pacientes
Viseu (Cidade)	26
Distrito de Viseu	7
Outras Localidades	6

Às quais correspondem as percentagens apresentadas no gráfico indicado abaixo.

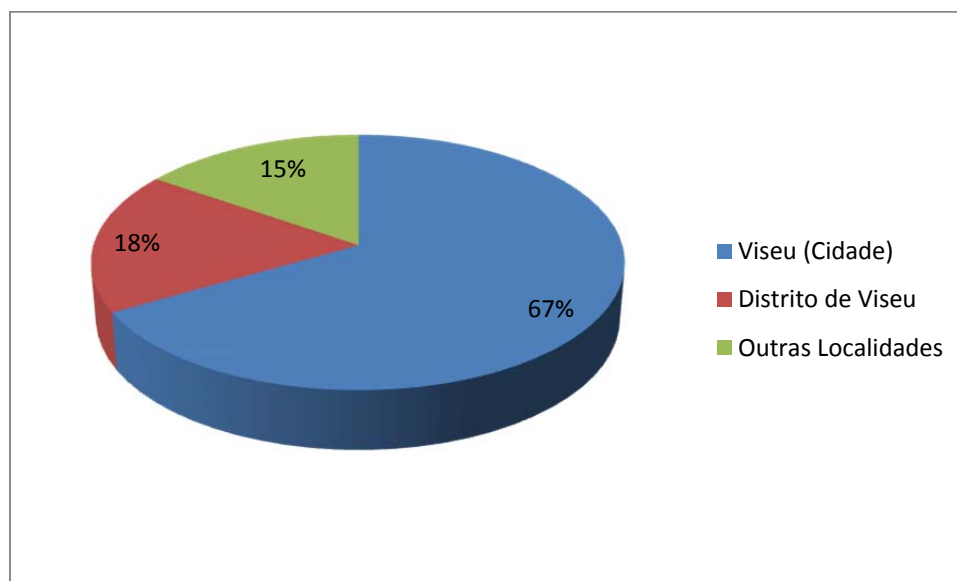


Gráfico 3 – Percentagem de pacientes por local de residência

**ACTIVIDADES CLÍNICAS DESENVOLVIDAS EM CADA ÁREA
DISCIPLINAR E ANÁLISE DA AMOSTRA ESPECÍFICA**

5 – Actividades clínicas desenvolvidas em cada área disciplinar e análise da amostra específica

5.1. – Odontopediatria

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que estuda e promove a saúde oral infantil, tendo como principal objectivo a manutenção de uma dentição saudável até à idade adulta. As crianças carecem de uma abordagem específica e adequada a cada etapa do seu desenvolvimento, pondo em prática tratamentos tecnicamente diferenciados num ambiente e relação de afecto e confiança.(6)

Na unidade clínica de Odontopediatria foram atendidas 4 crianças, com 5,7,10 e 12 anos de idade, tendo sido realizado mais que um procedimento clínico na mesma criança.

Cada elemento do trinómio realizou 2 actos clínicos, sendo que, como operadora efectuei uma pulpectomia do dente 63 e extracção dos dentes 73 e 75, nas crianças de 7 e 12 anos, respectivamente.

O procedimento clínico da pulpectomia foi apresentado aos colegas num seminário de Odontopediatria. (Apêndice 2)

Como assistente auxiliei a realização dos seguintes procedimentos clínicos: pulpectomia do dente 53 na criança de 7 anos, pulpotomia do dente 75 na criança de 5 anos, extracção do dente 63 e restauração ocluso-distal do dente 36 na mesma criança de 10 anos de idade.

O quadro seguinte mostra o tipo e número de procedimentos clínicos realizados em Odontopediatria.

Quadro 5 – Número/tipo de procedimentos clínicos enquanto operadora e assistente

Procedimento clínico	Actos como operadora	Actos como assistente	Total de actos por trinómio
Pulpectomia	1	1	2
Pulpotomia	0	1	1
Extracção de dentes decíduos	1	1	2

Restauração mesio-oclusal do dente 36 com amálgama	0	1	1
Total	2	4	6

No total foram realizados 6 actos clínicos ao longo de todo o ano lectivo, 2 dos quais como operadora e 4 em que coadjuvei como assistente.

5.2. – Medicina Oral

A Medicina Oral é a área da Medicina Dentária que visa a prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias dos tecidos moles e duros da cavidade oral, assim como o diagnóstico de lesões da região da cabeça e do pescoço, nomeadamente quistos ou tumores, que tenham relação com as estruturas orais.(6)

Na unidade clínica de Medicina Oral examinámos 12 pacientes. Cada elemento do trinómio observou 4 pacientes. Os 4 pacientes examinados como operadora são relatados de forma sucinta abaixo.

Paciente 1:

Paciente de 55 anos do sexo feminino;

Motivo de consulta- “ dor ao mastigar” no 4ºQ de intensidade moderada, muito frequente e insidiosa;

Doenças sistémicas- Artrite reumatóide e gastrite;

Medicação- Vastarel® (Trimetazidina), Lexotan® (Bromazepan), Paxetil® (Paroxetina) e Omeprazol;

O exame clínico extra-oral e intra-oral excluiu alterações relevantes.

Paciente 2:

Paciente de 71 anos de idade do sexo feminino;

Motivo de consulta- fractura da prótese inferior;

Doenças sistémicas- Hipercolesterolemia;

Medicação- Sinvastatina;

O exame clínico extra-oral e intra-oral excluiu alterações relevantes.

Paciente 3:

Paciente de 55 anos do sexo feminino;

Motivo de consulta- “ saber se é possível colocar implantes no maxilar inferior”

Doenças psíquica- Depressão

Medicação: Paxetil® (Paroxetina), Lexotan® (Bromazepan)

O exame clínico intra-oral permitiu apurar a existência de lesão na região jugular direita com 2 mm de tamanho, coloração vermelha escura, compatível com petéquia.

Na linha média do dorso da língua, anterior às papilas circunvaladas, apresentava uma lesão bem demarcada, de cor vermelha, consistência mole e assintomática compatível com glossite rombóide mediana.

Similarmente mostrava sulcos pronunciados no seu terço anterior compatível com língua fissurada.



Fig.1 – Paciente 3 - Glossite rombóide mediana e língua fissurada

A paciente exibia ainda uma lesão eritematosa difusa com pontos esbranquiçados, assintomática, no terço anterior do palato, sob a barra palatina da PPR, compatível com estomatite protética.

Foi medicada com Fluconazol em gel, 1 vez/dia, antes de deitar e instruída e motivada a fazer descanso noturno da prótese esquelética.

Foi agendada nova consulta para controle das lesões, à qual a paciente faltou.

Paciente 4

Paciente de 48 anos de idade do sexo feminino;

Motivo de consulta- foi encaminhada para a clínica universitária para ser examinada pelo Professor Dr. Rui Amaral Mendes

Doenças sistémicas- Hipotireoidismo e gastrite

Medicação: Eutirox® (Levotiroxina sódica), Omeprazol

Ao exame clínico intra-oral mostrava uma rede de linhas elevadas ou estrias brancas na região jugular e bordos laterais da língua, de ambos os lados.

A língua encontrava-se saburrosa e com extremidade eritematosa.

A paciente revela ter ardor, sensação de queimadura e dor na garganta e os sintomas são agravados com a ingestão de alimentos picantes e doces.

O diagnóstico clínico foi de líquen plano reticular.

Dada a exuberância dos sintomas e contexto pré-menopausa, pensa-se coexistir a síndrome da boca ardente.

A língua apresentava-se saburrosa e evidenciava ter xerostomia.

A paciente foi medicada com Dermovat® (Clobetasol 0,5mg/l) em creme 3 vezes/dia e Salagen® (Pilocarpina 5mg) de 12/12horas.

Após uma semana a paciente voltou à clínica demonstrando uma melhoria expressiva com ausência de lesões na mucosa jugal direita e bordos da língua.



Fig.2 – Paciente 4 - Líquen plano reticular na mucosa jugal esquerda



Fig.3 – Paciente 4 - Líquen plano reticular na mucosa jugal direita



Fig.4 – Paciente 4 - Líquen plano reticular no bordo lateral direito da língua



Fig.5 – Paciente 4 - Líquen plano reticular no bordo lateral esquerdo da língua



Fig.6 – Paciente 4 - Bordo lateral esquerdo da língua - controlo após 7 dias de medicação



Fig.7 – Paciente 4 - Bordo lateral direito da língua - controlo após 7 dias de medicação



Fig.8 – Paciente 4 - Mucosa jugal direita - controlo após 7 dias de medicação



Fig.9 – Paciente 4 - Mucosa jugal esquerda - controlo após 7 dias de medicação

No quadro seguinte são apresentados os medicamentos consumidos pelos pacientes examinados como operadora.

Quadro 6 – Tipos e frequência de fármacos nos pacientes atendidos, como operadora, em Medicina Oral

Principio activo do medicamento	Grupo farmacológico	Acção terapêutica	Nº pacientes
Dicloridrato de trimetazidina	Diurético	Antianginoso	1
Bromazepam	Ansiolítico, sedativo ou hipnótico	Antidepressivo, anti-ansiedade	2
Paraxetina	Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRIs)	Antidepressivo, anti-ansiedade	2
Omeprazol	Inibidores de bomba de pro protões	Protecção gástrica	2
Sinvastatina	Estatina	Antidislipidémico	1

Levotiroxina sódica	Hormona sintética da tiróide	Regulação endócrina	1
---------------------	---------------------------------	------------------------	---

O quadro mostra que o Bromazepan, Paraxetina e Omeprazol são utilizados por 2 dos pacientes observados e o Dicloridrato de trimetazidina, Sinvastatina e Levotiroxina sódica são utilizados por 1 paciente.

5.3. – Periodontologia

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que se ocupa da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas que atingem os tecidos que envolvem o dente, nomeadamente a gengiva e o osso que o suporta. Para isso, é feito um diagnóstico rigoroso seguido de procedimentos de tratamento que visam remover as bactérias e consultas de controlo que evitem recidivas da doença. (6) A cirurgia periodontal pode ter de ser realizada em situações mais avançadas da doença para eliminação/redução de bolsas periodontais. A reconstrução estética e funcional da anatomia gengival e óssea é também realizada com recurso à cirurgia periodontal.

Na unidade clínica de Periodontologia avaliámos 23 pacientes, executando 26 actos clínicos no total.

Durante o decorrer do ano clínico, houve pacientes que repetiram o mesmo procedimento clínico ou complementaram com outros, desde que instituído no plano de tratamento como fazendo parte da fase de manutenção e controlo. Como operadora avaliei 6 pacientes, tendo realizado no total 9 actos clínicos.

O quadro seguinte apresenta o número de pacientes estratificados por doença periodontal, bem como a contabilização do número de actos realizados pelo trinómio distribuídos pela respectiva estratificação.

Quadro 7 – Número de pacientes atendidos e número de actos clínicos realizados por diagnóstico periodontal do trinómio

Diagnóstico periodontal	Nº Pacientes	Nº Actos clínicos
Periodontite crónica leve generalizada	6	6
Periodontite crónica moderada generalizada	8	10
Periodontite crónica avançada generalizada	8	9
Gengivite por placa	1	1

Aos quais correspondem as percentagens de pacientes apresentadas no gráfico seguinte.

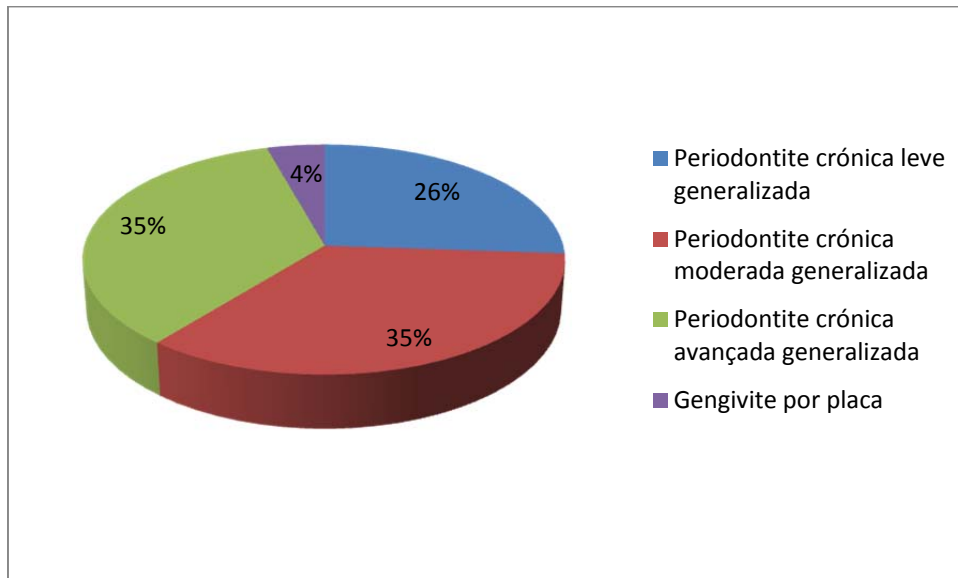


Gráfico 4 – Percentagem de pacientes estratificados por diagnóstico periodontal avaliados pelo trinómio

O quadro e o gráfico permite-nos observar que as formas mais graves de patologia periodontal foram as mais frequentes entre os pacientes atendidos.

Como operadora, os pacientes vistos apresentaram o seguinte diagnóstico periodontal:

Quadro 8 – Número de pacientes atendidos e número de actos clínicos realizados por diagnóstico periodontal como operadora

Diagnóstico Periodontal	Nº Pacientes	Nº Actos clínicos
Periodontite Crónica Moderada Generalizada	3	5
Periodontite Crónica Avançada Generalizada	3	4

Verifica-se que, como operadora diagnostiquei duas formas de periodontite crónica, moderada e avançada. O diagnóstico é feito com base em achados clínicos e radiológicos.

Os tratamentos periodontais efectuados como operadora são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 9 – Tratamento periodontal realizado nos pacientes atendidos como operadora

Tratamento periodontal	Nº Tratamentos
Remoção do cálculo e tártaro supra e infra-gengival com ultra-sons	9
Alisamento radicular com instrumentos manuais	6

O quadro permite observar que foram realizadas 9 destartarizações e 6 RAR, o que significa que em 6 pacientes foram efectuados as duas formas de tratamento na mesma secção clínica.

Foi proposto aos docentes responsáveis pela área de Periodontologia, a realização de cirurgia periodontal para recobrimento de recessões, numa paciente de 19 anos, do sexo feminino, que apresentava múltiplas recessões. Foi elaborado o protocolo cirúrgico e apresentado aos docentes. (Apêndice 3)



Fig.10 – Fotografia inicial - caso clínico de cirurgia periodontal



Fig.11 – Fotografia inicial - caso clínico de cirurgia periodontal



Fig.12 – Fotografia após duas semanas - caso clínico de cirurgia periodontal



Fig.13 – Fotografia após duas semanas - caso clínico de cirurgia periodontal



Fig.14 – Fotografias após remoção dos pontos de sutura - caso clínico de cirurgia periodontal



Fig.15 – Fotografia após remoção dos pontos de sutura - caso clínico de cirurgia periodontal

5.4. – Dentisteria

A Dentisteria é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e reconhecimento das diferentes etiologias de perda de estrutura dentária, bem como a avaliação do risco individual de cárie e implementação de medidas preventivas. Permite restituir a anatomia dentária perdida por lesões de cárie e solucionar situações de traumatismos, alterações de cor, malformações congénitas ou lesões físicas, como erosão e abfração.(6)

Na unidade clínica de Dentisteria foram atendidos 16 pacientes e efectuados 24 actos clínicos, uma vez que o mesmo paciente realizou mais do que um tratamento. Como operadora observei 8 pacientes, tendo realizado 9 actos clínicos no total.

O quadro seguinte indica o tipo de tratamentos realizados, no âmbito da Dentisteria Operatória, pelo trinómio e individualmente.

Quadro 10 – Tipos e número de tratamentos realizados pelo trinómio e como operadora

Tratamento	Nº Actos trinómio	Nº Actos Operadora
Restauração classe I	2	0
Restauração de classe II	10	5
Restauração de classe III	6	1
Restauração de classe IV	1	0
Restauração de classe V	0	0
Colocação de espigão radicular e restauração	1	1
Classe I composta	1	1
Restauração extensa com 3 faces ou mais	2	1
Branqueamento Interno	1	0

Aos quais correspondem as percentagens dos tratamentos realizados pelo trinómio, apresentadas no gráfico indicado abaixo.

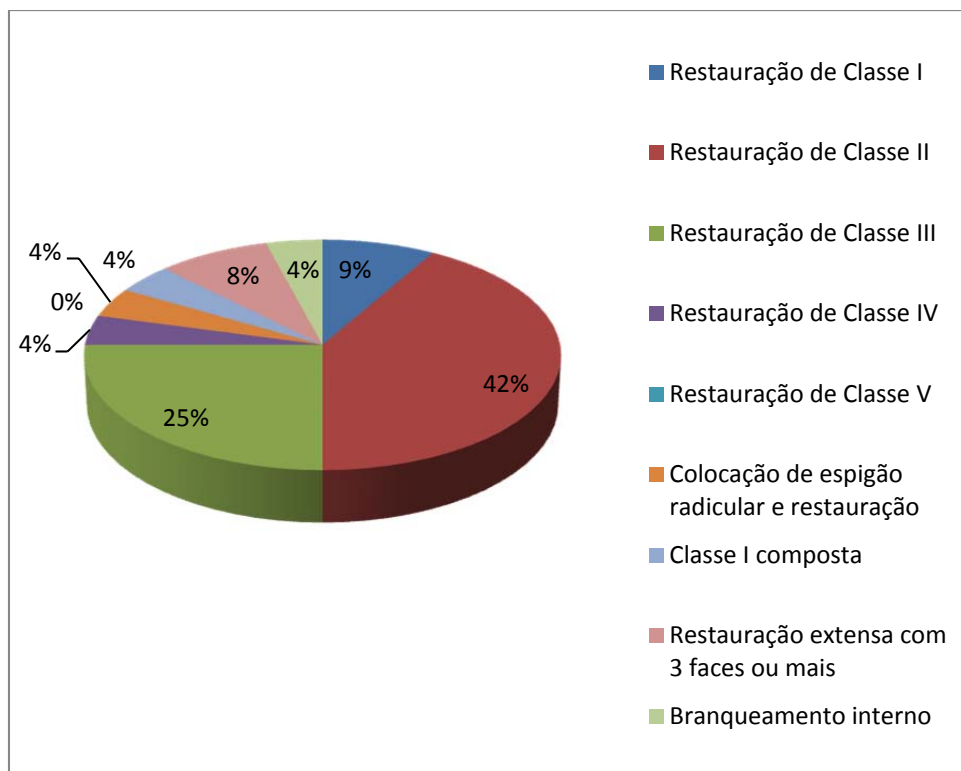


Gráfico 5 – Percentagem dos tratamentos realizados pelo trinómio

O quadro e gráfico anteriores permite averiguar que o tipo de tratamento mais frequentemente realizado foi a restauração do tipo classe II.

O quadro seguinte indica o tipo e frequência de utilização de materiais, em Dentisteria Operatória, pelo trinómio e como operadora.

Quadro 11 – Tipo e frequência de utilização de materiais em Dentisteria Operatória

Materiais usados	Nº Actos por trinómio	Nº Actos Operadora
Amálgama	3	1
Compósito	18	6
Ionómero de vidro	0	0
Amálgama e compósito	1	1
IRM	3	1
Base de Ionómero de vidro	2	2
Hidróxido de cálcio	1	2

Observando o quadro verifica-se que a resina composta foi o tipo de material mais utilizado em Dentisteria Operatória.

Foi realizado um branqueamento interno num paciente com 21 anos do sexo masculino, que apresentava coloração escurecida do dente 11 endodunciado, causado pelo material de obturação canal. O branqueamento interno foi feito com o recurso a perborato de sódio em pó dissolvido em soro fisiológico, colocado na câmara pulpar até abaixo da linha amelo-cementaria, em 4 sessões clínicas, com intervalo de uma semana. Após a obtenção da cor pretendida foi refeita a restauração a compósito, para maximização do resultado.



Fig.16 – Fotografia inicial - escurecimento do dente 11



Fig.17 – Fotografia após 2ª sessão de branqueamento do dente 11 com perborato de sódio



Fig.18 – Fotografia no final da 4ª sessão



Fig.19 – Fotografia após substituição da restauração existente do dente 11

5.5. – Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária responsável por todos os actos cirúrgicos relacionados com as extracções de dentes que apresentam impossibilidade de manutenção na cavidade oral, designadamente dentes com cáries muito extensas cuja restauração seja inviável, dentes com mobilidade acentuada, dentes inclusos, entre outros. (6)

Na unidade clínica de Cirurgia Oral, o trinómio atendeu 12 pacientes tendo efectuado um total de 15 actos clínicos. Como operadora atendi 6 pacientes e concretizei 6 actos clínicos, tendo extraído 6 dentes e 2 restos radiculares.

O quadro seguinte mostra o número de extracções e o respectivo procedimento efectuado, por trinómio e individualmente.

Quadro 12 – Tipo de técnica e número de extracções efectuadas pelo trinómio e como operadora

Técnica cirúrgica	Nº de extracções por trinómio	Nº de extracções como operadora
Extracção pela técnica Simples	11	4
Extracção pela técnica Aberta	4	2

Na leitura do quadro verifica-se que o trinómio realizou 15 extracções, das quais 11 foram realizadas por técnica simples e 4 por técnica aberta.

O gráfico seguinte evidencia a percentagem entre os dois procedimentos cirúrgicos realizados pelo trinómio durante o ano clínico vigente.

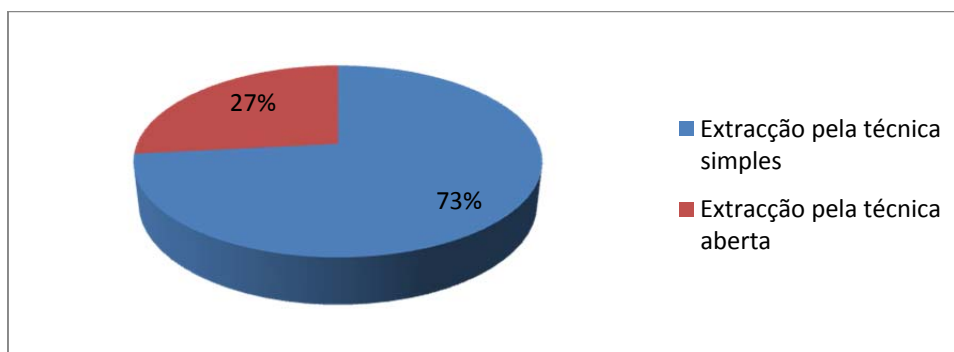


Gráfico 6 – Percentagem de procedimentos cirúrgicos realizados pelo trinómio

O quadro seguinte mostra o tipo e número de manobras cirúrgicas realizadas, por trinómio e individualmente.

Quadro 13 – Tipo e frequência de manobras cirúrgicas realizadas pelo trinómio e como operadora

Manobras cirúrgicas	Nº de manobras por trinómio	Nº de manobras como operadora
Incisão	4	1
Odontosecção	7	4
Retalho	4	2
Osteotomia	2	1

Salienta-se que, em 3 extracções realizadas por técnica simples, foi efectuada odontosecção e em 2 das extracções, realizadas por técnica aberta, não foi necessário realizar osteotomia.

O quadro seguinte apresenta a distribuição das peças dentárias e restos extraídos por motivo de extracção, nos actos realizados pelo trinómio.

Quadro 14 – Distribuição das peças dentárias e restos radiculares extraídos por motivo de extracção, realizados pelo trinómio

Motivo de extracção	Identificação do dente	Identificação da raiz do dente
Cárie muito extensa	46;16;47	13;14;15;48
Insucesso endodôntico	26;25	
Inclusão dentária	11;43	
Fractura radicular	24	
Pericoronarite	38;48;38;28	
Motivos ortodônticos	18	

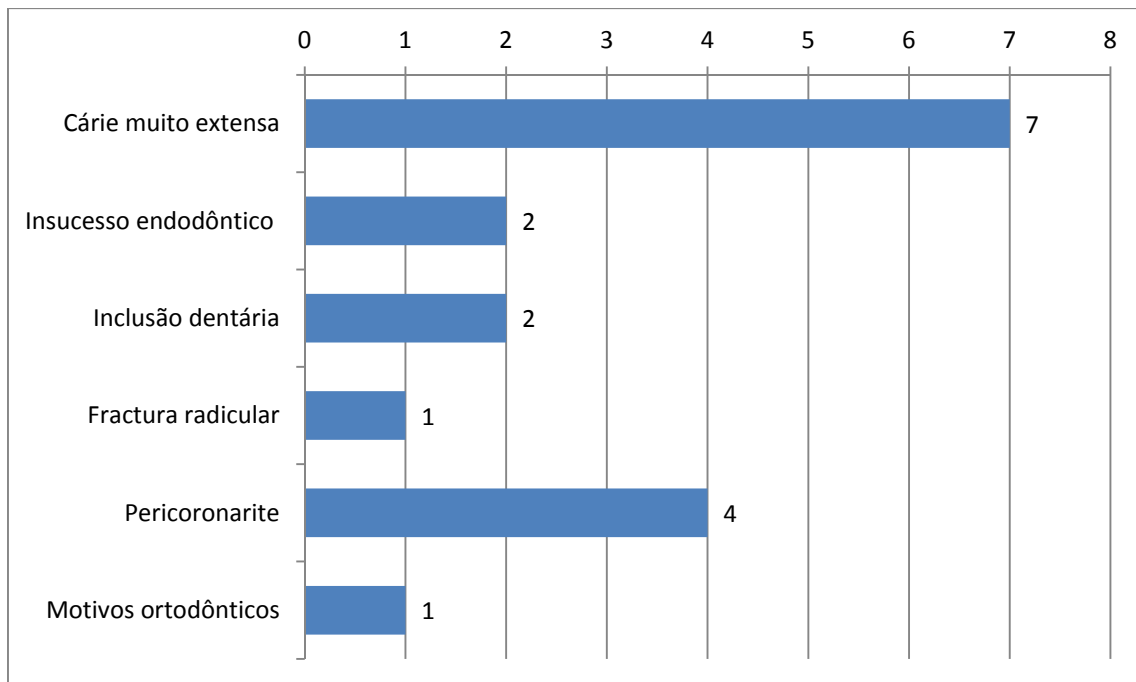


Gráfico 7 – Número de dentes e restos radiculares extraídos por motivo de extracção

O quadro e gráfico, mostram que o motivo de extracção mais frequente foi a presença de cárie muito extensa, inviabilizando a restauração dentária.

5.6. – Endodontia

A Endodontia é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo do tecido pulpar e periapical abrangendo o diagnóstico, tratamento e prevenção de lesão apical através de condutas profiláticas e interceptivas. (6)

Provida de alguma controvérsia, devido á taxa de insucesso associada, é fundamental para a manutenção na cavidade oral de dentes cuja polpa foi irreversivelmente atingida ou está necrosada.

Na unidade clínica de Endodontia atendemos 9 pacientes, dos quais 3 atendi como operadora. Foram concluídos 6 tratamentos endodônticos, realizadas 2 consultas de controlo e uma consulta de urgência onde foi necessário efectuar evicção do tecido pulpar do dente 36 e instrumentação dos 3 canais.

Como operadora findi 2 tratamentos endodônticos e realizei evicção pulpar e instrumentação dos respectivos canais numa consulta de urgência. Os 2 tratamentos endodônticos finalizados foram nos dentes 27 e 15.

5.7. – Oclusão

A Oclusão é o ramo da Medicina Dentária que se dedica ao estudo da relação entre os maxilares, a forma como os dentes ocluem e suas implicações com estruturas anexas, particularmente músculos da mastigação e articulação temporo-mandibular.(6)

A Oclusão ideal obtém-se quando existe uma correcta relação entre os maxilares e ainda um posicionamento dentário que permita a manutenção de todas as funções orais como mastigação, fonação, deglutição e estética.

Na unidade clínica de Oclusão o trinómio atendeu 5 pacientes e realizou 6 actos clínicos.

Pacientes seguidos noutras áreas clínicas, como Prótese Fixa ou removível, são por vezes encaminhados para Oclusão para que se faça o estudo em articulador.

Como operadora atendi 2 pacientes, tendo efectuado o exame funcional instituído, registos em cera da relação centríca e movimentos de lateralidade do paciente para montagem do articulador e programação em articulador.

5.8. – Prótese Removível

A Prostodontia é a área da Medicina Dentária que permite restabelecer a função estética e funcional mastigatória pela restauração dos dentes naturais, dentes perdidos e tecidos orais através de substitutos artificiais. Oferece soluções fixas ou removíveis, sobre implantes ou sobre dentes, totais ou parciais.

A unidade clínica de Prótese Removível dedica-se ao tratamento de pacientes através da substituição de alguns ou todos os dentes da arcada dentária por próteses que podem ser removidas e recolocadas na cavidade oral.

Durante o ano clínico atendemos 16 pacientes e realizámos 29 actos clínicos na unidade clínica de Prótese Removível. Como operadora concretizei 12 actos clínicos em 9 pacientes.

O quadro seguinte quantifica e especifica os procedimentos clínicos efectuados.

Quadro 15 – Especificação dos procedimentos clínicos realizados pelo trinómio e como operadora

Procedimento clínico	Nº actos por trinómio	Nº actos como operadora
Consultas de controlo	5	3
Concerto de prótese fracturada	1	1
Rebasamento de prótese	6	2
Desgaste selectivo do acrílico da prótese	1	1
Consulta de avaliação	4	1
Impressões definitivas	3	1
Preparação de nichos	1	0
Prova de esqueleto e registos intermaxilares	1	1
Registo das relações intermaxilares	1	0
Prova de dentes	2	1
Inserção da prótese	2	0
Consulta de controlo pós-inserção	2	1
Consulta de controlo (Após 1 mês)	1	1

A observação do quadro permite averiguar que o rebasamento de próteses antigas foi o procedimento mais vezes realizado pelo trinómio.

O gráfico seguinte mostra a percentagem dos tipos de procedimentos clínicos realizado pelo trinómio em Prótese Removível.

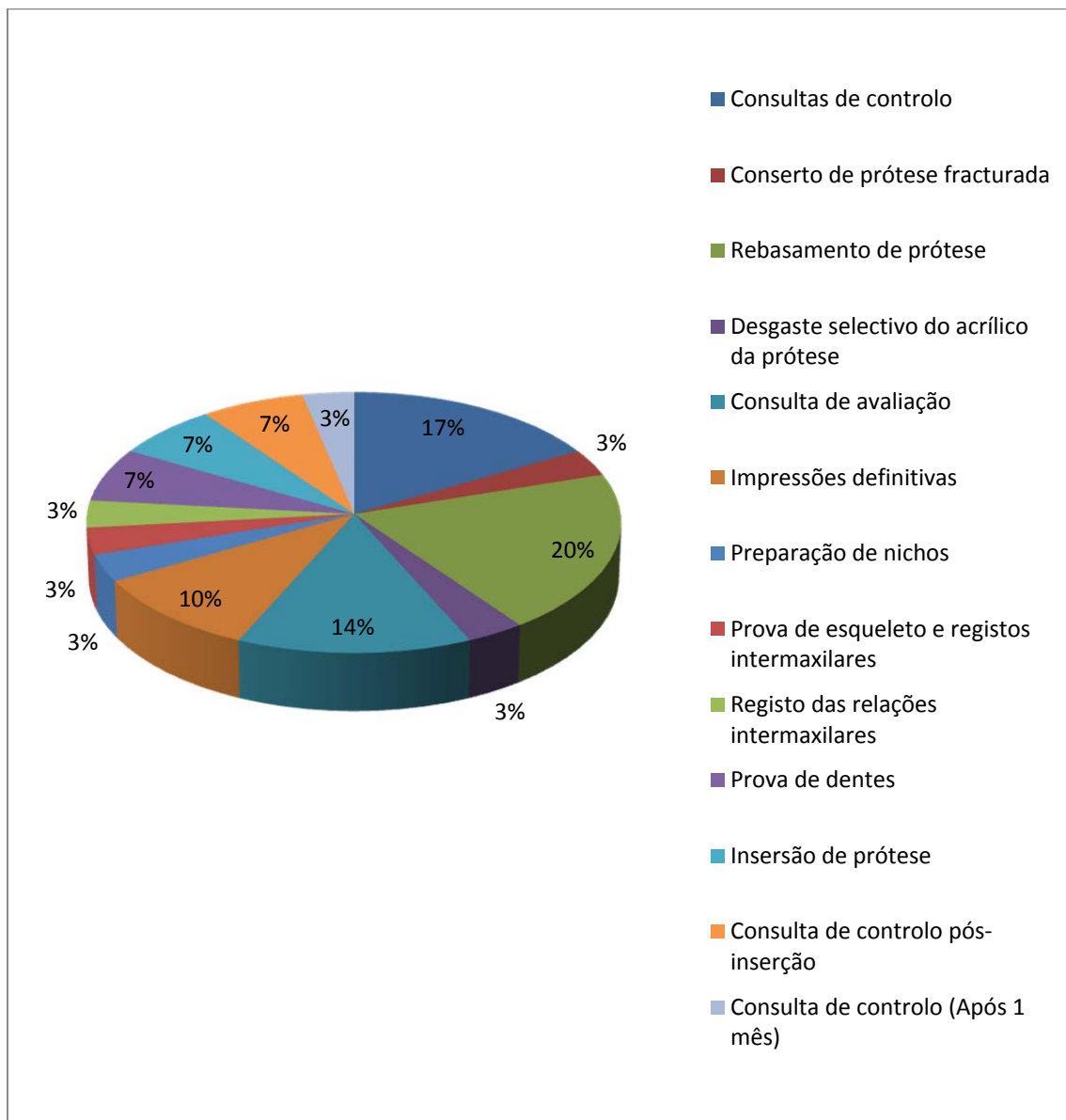


Gráfico 8 – Percentagem dos tipos de procedimentos clínicos realizado pelo trinómio em Prótese Removível

O gráfico permite verificar que 20% do total de procedimentos corresponde a rebasamento de próteses. As consultas de controlo correspondem a 17% do

total, sendo que nestas se incluem todas as próteses que não precisaram de qualquer tipo de intervenção.

No total, durante o ano clínico, até final do mês de Maio, finalizámos a reabilitação de 2 pacientes. Desde o planeamento até à inserção da prótese são realizados procedimentos clínicos sequenciais distribuídos pelos elementos do trinómio.

Reabilitámos um paciente com prótese acrílica total superior e inferior e outra com prótese parcial esquelética inferior e iniciámos ainda a reabilitação de outra paciente com prótese acrílica parcial superior.

Quadro 16 – Classificação de Kennedy das arcadas dentárias dos pacientes observados como operadora

Classificação de Kennedy	Pacientes atendidos como operadora
Classe I	5
Classe II	0
Classe II subdivisão 1	2
Classe III	4
Classe IV	1

Tendo em conta a classificação de Kennedy, que se baseia na distribuição topográfica dos dentes, a classe I e classe III foram as mais comuns entre as próteses manuseadas como operadora.

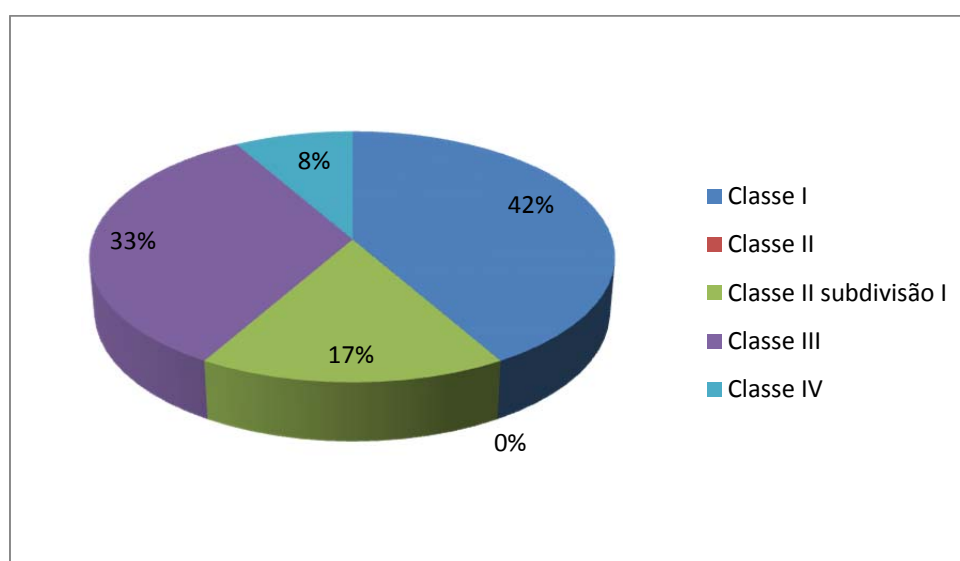


Gráfico 9 – Classificação de Kennedy dos pacientes observados como operadora em percentagens

Observando o gráfico verificamos que o desdentado bilateral posterior e o desdentado uniteral posterior incompleto foram mais frequentes no total de pacientes.

5.9. – Prótese Fixa

A Prótese Fixa é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento de desdentados parciais ou totais, com o recurso a próteses fixas parciais ou totais suportadas por implantes. Estuda os procedimentos clínicos, laboratoriais e os princípios biomecânicos necessários para planear e realizar uma prótese fixa. (6)

Na unidade clínica de Prótese Fixa atendemos 9 pacientes e realizámos 10 actos clínicos. Como operadora atendi 4 pacientes e realizei 2 consultas de avaliação e uma consulta de controlo de coroa metalocerâmica.

As consultas de avaliação foram realizadas para averiguar a possibilidade de colocação de coroa unitária num dente extensamente destruído e outra para avaliar a viabilidade de colocação de ponte de 3 elementos para reabilitação de espaço edêntulo.

As consultas de avaliação incluem a recolha da história clínica, fotografias intra e extra-orais, avaliação dos dentes pilares, análise radiográfica, impressões de trabalho e montagem em articulador.

A realização da coroa unitária não foi exequível pelo remanescente dentário não cumprir os requisitos necessários e, em relação à ponte de 3 elementos, verificou-se que a paciente não aceitou o orçamento.

Como assistente colaborei na realização de 4 consultas de avaliação para colocação de coroa/ponte, 2 consultas de controlo de coroas metalocerâmicas, na consulta de realização de preparos de redução dos dentes 23, 25 e 27 e realização do respectivo provisório.

O planeamento da ponte de 5 elementos envolveu um conjunto de procedimentos laboratoriais, designadamente, impressões de trabalho, vazamento a gesso, montagem em articulador, enceramento de diagnóstico do pântico, confecção de matriz silicone putty para controlo de redução, duplicação dos modelos de trabalho, análise em paralelómetro, goteira em placas termoformáveis para estabelecer planos guia e matriz silicone putty para posterior confecção de provisórios.



Fig.20 – Fotografia lateral esquerda inicial



Fig.21 – Fotografia oclusal maxilar inicial



Fig.22 – Fotografia do enceramento de diagnóstico



Fig.23 – Fotografia do enceramento de diagnóstico

5.10. – Ortodontia

Atendemos uma criança de 10 anos de idade, do sexo feminino. Realizamos recolha da história clínica, exame objectivo intra-oral e extra-oral, impressões com alginato e modelos de gesso para estudo e definição do plano de tratamento.

Foi feita uma apresentação em power-point aos colegas e professores sobre a melhor forma de tratamento da paciente. (Apêndice 4)

Foi determinado, em consenso com os docentes, que a melhor opção de tratamento seria a colocação de um aparelho fixo. Uma vez que este procedimento não é realizado por alunos no 5º ano na clínica universitária, a paciente foi encaminhada para um médico dentista local.

**DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE CASOS CLÍNICOS
RELEVANTES**

6 – Descrição pormenorizada de casos clínicos relevantes

6.1. – Cirurgia diferenciada de canino incluso que sofreu transmigração

6.1.1. – Identificação do paciente

Nome: C.J.F.L.A

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 11-07-1970

Idade: 43 anos

Nº Processo: 25491

Data de realização do acto: 20/05/2014

ANAMNESE

6.1.2. – Motivo da consulta

Dor localizada no 3º Quadrante. Encaminhado pelo professor responsável para a consulta de Endodontia para tratamento endodôntico do dente 37.

Nesta consulta foi diagnosticado pela ortopantomografia a existência de um canino mandibular impactado e transmigrado.

6.1.3. – Antecedentes

Pessoais Gerais

Paciente de 43 anos sem patologias documentadas do foro respiratório, hepático ou cardíaco.

Refere ter litíase renal e epistaxes com alguma frequência.

Não faz qualquer tipo de medicação.

Realizou apendicectomia há cerca de 30 anos.

.

Familiares Gerais

História de doença oncológica.

Pessoais Dentários

Apresenta historial de restaurações, endodontias e faz regularmente Tarterectomia.

Diagnóstico de Periodontite crónica moderada generalizada.

Familiares Dentários

Pais portadores de próteses dentárias removíveis.

6.1.4. – Exame clínico

Extra-oral

Apresenta simetria facial, aspecto saudável, sem edemas ou tumefacções. Exibe uma cicatriz com cerca de 1cm de comprimento, junto à sobrancelha direita. Ausência de adenopatias à palpação.

Intra-oral

Apresenta língua saburrosa. A mucosa labial, véstibulos, freios, pavimento da boca, palato duro e mole, assim como a mucosa jugal direita e esquerda, estão dentro da normalidade.

Exames radiológicos



Fig.24 – Ortopantomografia

Notas:

- Os restos radiculares do 46 já foram extraídos;
- Foi feita endodontia do dente 37.



Fig.25 – Radiografia periapical do dente 43



Fig.26 – Radiografia periapical do dente 43

A análise radiográfica permite-nos averiguar que o dente 43 migrou através da linha média dentária, do 4º para o 3º quadrante, e está impactado.

O dente 33 está erupcionado e o canino mandibular decíduo direito permanece na cavidade oral.

O dente 43 apresenta-se rodado e totalmente incluso entre as raízes dos dentes 33 e 32.

A raiz, no seu diâmetro vestibulo-lingual, aparenta ser robusta com ligeira inclinação mesial no seu terço apical. A coroa encontra-se encostada às raízes dos dentes adjacentes.

Não se visualiza reabsorção óssea e o osso aparenta ser trabeculado.

6.1.5 - Plano de tratamento e diagnóstico

O dente canino mandibular direito sofreu transmigração e encontra-se impactado.

Extracção cirúrgica do dente 43 por existir risco de aparecimento de condições patológicas associadas ao mesmo.

6.1.6. – Instrumental Necessário

Kit de observação (espelho, sonda e pinça universitária); Compressas; Taça porta-restos; Seringa ar-água; Carpule com aspiração; Aspirador de saliva; Cânula cirúrgica; Anestésico tópico (Benzocaína 2%); Anestubos com anestésico com vasoconstritor (Lidocaína – xilonibsa 2% com;epinefrina 1: 80 000; Agulha para anestesia infiltrativa (30G; 25mm); Cabo de bisturi; Lâmina de bisturi nº15; Descolador de Woodson; Descolador de Molt; Afastador de Minesota; Afastador de Austin; Peça de mão; Broca esférica fissurada nº8; Turbina; Broca troncocónica fissurada para odontosseção; Alavanca recta; Alavanca tipo crane; Boticão de caninos inferiores; Lima de osso; Pinça goiva; Cureta periapical; Esponja hemostática (se necessário); Pinça Adson (dente de rato); Agulha e fio de sutura; Porta-agulhas; Tesoura; Gelo.

6.1.7. – Passos da técnica cirúrgica

Iniciamos o procedimento com a análise da história clínica e da ortopantomografia, para estimar o grau de dificuldade da exodontia, assim como possíveis complicações que possam ocorrer durante o procedimento cirúrgico.

O único aspecto mais inquietante era a proximidade da coroa com as raízes dos dentes adjacentes.

Técnica anestésica

Pretende-se o bloqueio do nervo mentoniano e do nervo alveolar inferior.

O bloqueio do nervo alveolar inferior foi realizado do lado ipsilateral do canino incluso e o bloqueio do nervo mentoniano foi efectuado, do lado contra lateral.

Anestesia troncolar do nervo alveolar inferior pela técnica indirecta

Inicia-se com a palpação da linha oblíqua externa e identificação da rafe pterigomandibular. Entre estas duas estruturas anatómicas forma-se um “V” imaginário, traçamos a sua bissectriz formando-se dois “V(s)”. Individualizamos o “V” exterior e cerca de 1cm acima do plano oclusal, introduzimos em linha recta, a agulha em profundidade principiando a injeção de anestésico. De

seguida, rodamos o cabo da carpule até aos pré-molares contra-laterais administrando continuamente o anestésico voltando, por fim, à posição inicial.

Anestesia infiltrativa supraperióstea do nervo mentoniano

Identificamos pela ortopantomografia a posição do foramen mentoniano e junto à prega muco-jugal introduzimos em profundidade a agulha, próximo do foramen mentoniano que se encontra ao nível do ápice do dente 45, injectando anestésico correspondente a um anestubo.

Incisão e execução do retalho

Com um bisturi e uma lâmina 15 realizou-se uma incisão em envelope, desde a papila distal do dente 33 passando à volta do colo dos dentes até à papila distal do dente 83. Foram efectuadas duas descargas verticais, no sentido da papila para o vestíbulo, obtendo-se uma incisão festonada com duas descargas.

Foi realizado o descolamento do retalho mucoperiósteo, com o auxílio de um descolador de Molt e compressa, até ao fundo vestíbulo.

O retalho foi depois posicionado com o auxílio de um afastador de Minesota, estabilizado pela aplicação de pressão contra o osso;

Osteotomia/Luxação/Odontosecção/Exodontia

Foi executada osteotomia com broca de osso e peça de mão, iniciando-se na zona mais apical até à exposição total da raiz do dente. Em seguida, com uma broca esférica fissurada de menor tamanho, circundámos a raiz de modo a criar espaço para a colocação da alavanca.

Com uma alavanca estreita foi iniciada luxação da raiz e coroa até se confirmar alguma mobilidade.

No seguimento foi efectuada odontosecção com broca fissurada de turbina, no sentido mesio-distal, separando a coroa da raiz. A alavanca foi introduzida na parte distal da coroa exposta e, com recurso a luxação vigorosa, conseguiu-se remover a coroa.

O fragmento coronal foi removido da loca cirúrgica com uma pinça universitária. A raiz foi seccionada de modo a facilitar a sua remoção.

Com a mesma broca foi efectuado um pequeno entalhe na parte média da raiz, seguida de luxação, permitindo a remoção de um fragmento da raiz.

Foi realizada de novo osteotomia, circundando o resto radicular de forma a conseguir deslocá-lo.

Após remoção total da raiz foi feita inspecção da loca cirúrgica.

Curetagem

A curetagem foi mínima, uma vez que não existia tecido de granulação associado, sentindo-se osso íntegro na passagem da cureta periapical nas paredes da loca cirúrgica.

Não foi necessário regularizar os bordos da cortical, uma vez que não existiam espículas ósseas.

O retalho foi reposicionado cuidadosamente, sobretudo na zona das papilas interdentárias.

Sutura

A sutura foi realizada com fio de seda 3/0. O primeiro ponto foi um ponto simples na papila entre os incisivos centrais. Em seguida foi efectuado um ponto suspenso no dente 32 e 83, seguido de pontos simples nas restantes papilas interdentárias.

As descargas foram igualmente suturadas com pontos simples, dois pontos na descarga do 4ºQ e um ponto na descarga do 3ºQ.

6.1.8. – Cuidados pós-operatórios

- Aplicação local de gelo imediatamente após a cirurgia, durante 15 minutos no mínimo. Repetir, sempre que for possível, durante o primeiro dia;
- Dormir com a cabeça ligeiramente elevada no primeiro dia;
- Não praticar exercício físico intenso ou expor a cabeça ao sol;
- Preferência por alimentos frios, líquidos ou moles;
- Não cuspir, bochechar ou sugar por palhinha;
- Não fumar;
- Fazer a higiene dentária normal, com maior cuidado naquela zona onde deverá passar uma compressão com gel de clorhexidina.

6.1.9. – Medicação pós-operatória

Anti-inflamatório não esteróide associado a analgésico no 1º dia e nos dias seguintes apenas em SOS;

- Ibuprofeno 600 mg, de 12 em 12 horas;
- Paracetamol 1 g, de 6 em 6 horas;

Corticosteróide;

- Deflazacorte 30 mg, 1 comprimido durante 3 a 4 dias.

Antibioterapia

- Amoxicilina 875 mg + ácido clavulânico 125 mg, de 12 em 12 horas, durante 8 dias.

6.1.10. – Controle pós-operatório

O paciente voltou á Clínica Universitária passados 7 dias para remoção dos pontos. Referiu ter tido alguma dor e inchaço durante os 3 primeiros dias. Os pontos foram retirados sob anestesia tópica, após o paciente referir algum desconforto.

6.1.11. – Follow-up

O controlo da cicatrização dos tecidos moles e duros, realizou-se ao fim de 7, 15 e 30 dias.



Fig.27 – Fotografia Inicial



Fig.28 – Incisão cirúrgica



Fig.29 – Incisão cirúrgica



Fig.30 – Descolamento do retalho mucoperiósteo



Fig.31 – Acesso cirúrgico



Fig.32 – Osteotomia com peça de mão e broca de osso



Fig.33 – Osteotomia e luxação



Fig.34 – Luxação



Fig.35 – Odontosecção



Fig.36 – Remoção do fragmento coronal

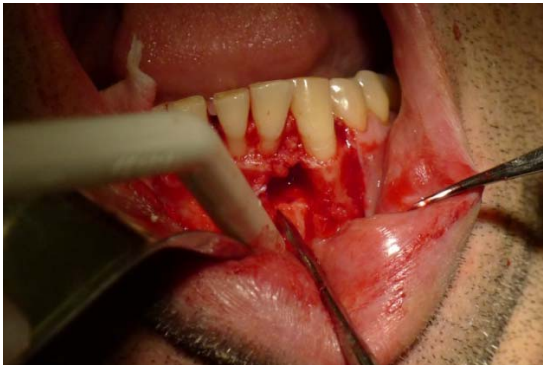


Fig.37 – Luxação da raiz



Fig.38 – Luxação da raiz



Fig.39 – Curetagem



Fig.40 – Fragmentos do canino incluído



Fig.41 – Inspeção da loca cirúrgica



Fig.42 – Sutura - vista frontal



Fig.43 – Sutura - vista lateral direita



Fig.44 – Sutura- vista lateral esquerda



Fig.45 – Aspecto 7 dias após a cirurgia - antes da remoção dos pontos



Fig.46 – Aspecto 7 dias após a cirurgia - depois da remoção dos pontos



Fig.47 – Aspecto 15 dias após a cirurgia



Fig.48 – Aspecto 1 mês após a cirurgia



Fig.49 – Radiografia periapical 1 mês após a cirurgia

6.2. – Extracção simples em Paciente com HIV

6.2.1. – Identificação do paciente

Nome: B.M.S.G.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 28-11-1980

Idade: 34 anos

Nº Processo: 25350

Data de realização do acto: 25/02/2014

ANAMNESE

6.2.2. – Motivo da consulta

Cumprir plano de tratamento instituído em Dezembro de 2013.

6.2.3. – Antecedentes

Pessoais Gerais

Paciente seropositivo.

Teve uma pneumonia há cerca de 1 ano.

Encontra-se medicado com anti-retrovirais.

Pessoais Dentários

Surgiu pela primeira vez na clínica em Dezembro de 2013, referindo ter “dor nos dentes” e pretendendo tirar os dentes e colocar prótese.

6.2.4. – Exame clínico

Extra-oral

Simetria facial, aspecto saudável, sem adenopatias à palpação ou qualquer alteração patológica.

Intra-oral

Apresenta lábios, palato duro e mole, vestibulo, freios, pavimento da boca e região jugal direita e esquerda encontram-se dentro da normalidade.

A Língua saburrosa. Mucosa gengival com boa cicatrização das extracções anteriores.

Exames radiológicos



Fig.50 – Ortopantomografia no início do plano de tratamento



Fig.51 – Radiografia periapical do dente 47 no dia da extracção

A análise radiográfica permitia visualizar a existência de 2 raízes robustas em largura, estando a raiz mesio-vestibular inclinada para distal. Existe reabsorção óssea e o osso aparenta ser bastante trabeculado. Visualiza-se ainda a existência de resto radicular do dente 48.

6.2.5. – Instrumental adicional

Batas esterilizadas, toucas, 2 máscaras, 2 pares de luvas individuais e viseira.

6.2.6. – Técnica cirúrgica

A extracção foi feita pela técnica simples sem grande dificuldade.

Ao longo do procedimento foram tidos em contas alguns aspectos como aspiração constante de todo o sangramento, luxação cuidadosa com alavanca e boticão, remoção cuidadosa de todas as espículas com a maior rapidez possível, pois existe uma relação directa entre o tempo, técnica e trauma com o prognóstico.

6.2.7. – Cuidados pós-operatórios

Os cuidados pós operatórios recomendados foram os habituais, salientando a higienização e proibição de fumar para reduzir a probabilidade de alveolite seca por perda prematura do alvéolo.

6.2.8. - Medicação pós-operatória

Prescrição de anti-inflamatório -ibuprofeno- via oral: 200 a 800 mg, 2 a 3 vezes/dia, em caso de dor.

6.2.9. – Controle pós-operatório

O paciente voltou à Clínica Universitária 7 dias depois para remoção da sutura com sinais de boa cicatrização.

6.2.10. – Follow-up

O follow-up parece-nos favorável, visto o paciente estar bastante motivado para a reabilitação com prótese acrílica total superior e inferior.

6.3. – Pulpectomia do dente 63

6.3.1. – Identificação do paciente

Nome: S.M,P.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 04-11-2005

Idade: 8 anos

Nº Processo: 23798

Data de realização do acto: 14/10/2013

ANAMNESE

6.3.2. – Motivo da consulta

Seguimento do plano de tratamento apresentado a 30 de Agosto de 2012.

Nesta consulta propôs-se a realização da pulpectomia do dente 63.

Esta criança tinha já realizado vários tratamentos dentários na clínica universitária, sendo encaminhado pela docente para o nosso trinómio.

6.3.3. – Antecedentes

Pessoais Gerais

Diagnóstico de Perturbação da hiperactividade e défice de atenção encontrando-se medicado com Rubifen (cloridrato de metilfenidato), tendo este como efeito o aumento da actividade de certas partes do cérebro que estão sub-ativas. Aumenta o tempo de atenção/concentração e ocorre uma redução de comportamentos impulsivos.

Familiares Gerais

Sem doenças familiares relevantes.

Pessoais Dentários

Apresenta historial de restaurações nos dentes 46; 85; 83; 36; 75; 74.

Pulpectomia do 53 e extracção dos dentes 55 e raízes do 54,64,65 e 84.

Familiares Dentários

Pais portadores de próteses dentárias.

6.3.4. – Exame clínico

Extra-oral

Sem alterações relevantes

Intra-oral

Apresentava gengivas ligeiramente inflamadas com sangramento à sondagem. Mucosa jugal, pavimento da boca e língua sem alterações.

6.3.5. - Exames complementares de diagnóstico

Exames radiológicos



Fig.52 – Ortopantomografia

Nota: Ortopantomografia realizada em Agosto de 2013

Testes de Vitalidade

Não foram realizados testes de vitalidade, porque o exame clínico e radiográfico não deixaram dúvidas em relação ao diagnóstico e sendo a cárie bastante extensa e profunda levou a uma atrofia da polpa, o que fez com que a

criança não sentisse dor. Por outro lado, os testes de vitalidade são, nestas idades, pouco fidedignos, conduzindo a muitos falsos positivos.

6.3.5. - Diagnóstico

Lesão de cárie cavitada de coloração acastanhada em toda a extensão da face vestibular do remanescente dentário do dente 6.3



Fig.53 – Lesão de cárie dos dentes 62 e 63

6.1.6. – Instrumental Necessário

Kit de observação; Carpule e anestubo; Turbina e broca esférica diamantada; Limas K; Régua endodôntica; Seringa com hipoclorito de sódio a 0,5%; Cones de papel; Pasta de óxido de zinco e eugenol; Cimento ionómero de vidro; Ácido fosfórico a 35%; Bonding e Resina composta A2.

6.3.7. – Procedimento realizado - Pulpectomia e restauração a compósito do dente 63

- Anestesia supraperiosteal infiltrativa ao nível das fibras do nervo alveolar superior anterior, na prega jugal ao nível do dente 63;
- Ponto de trepanação - com broca esférica diamantada, paralela ao longo eixo do dente;
- Abertura camarál e Identificação/visualização do canal;

- Determinação da ODM trabalho - colocação da lima K 15 a 15mm e realização de Rx1. Como a lima se encontrava à odontometria pretendida, não foi necessário realizar o Rx2;



Fig.54 – Determinação da ODMt



Fig.55 – Radiografia para determinação da ODMt

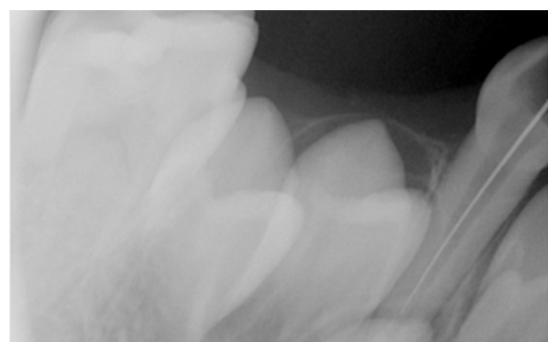


Fig.56 – Radiografia para determinação da ODMt

- Eviscção pulpar e preparo circumferencial até á lima k 35 com irrigação constante e abundante entre limas, com hipoclorito de sódio a 0,5%;

- Secagem do canal com cones de papel colocados à ODMt;



Fig.57 – Irrigação e secagem com cones de papel



Fig.58 – Irrigação e secagem com cones de papel

- Colocação de pasta reabsorvível de pasta de óxido de zinco e eugenol (o ideal seria sem eugenol), com plugger fez-se condensação vertical. Realizou-se Rx final para confirmação;

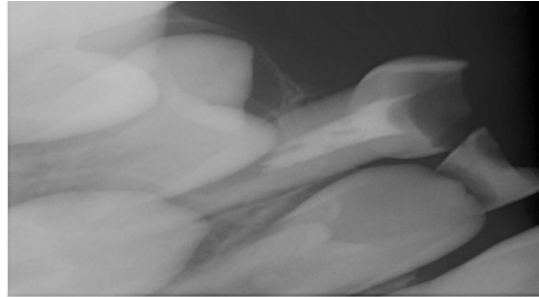


Fig.59 – Radiografia após obturação

- Colocação de cimento intermédio, que neste caso foi o cimento de ionómero de vidro;
- Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35%;



Fig.60 – Condicionamento ácido

- Colocação de Adesivo e evaporação de solvente;
- Restauração com compósito A2, pela técnica incremental. Foram usados 3 incrementos, sendo o último fotopolimerizado cerca de 40 segundos;
- Polimento e anatomização da restauração tendo em conta o espaço disponível e hábitos parafuncionais da criança (bruxismo excêntrico).



Fig.61 – Restauração a compósito do dente 63 -
vista frontal



Fig.62 – Restauração a compósito do dente 63 -
vista lateral

Notas:

Foi realizado isolamento relativo porque não havia retenção do grampo em vestibular por ausência de parede retentiva.

O dente 6.2 foi também extraído por apresentar grande mobilidade e por o dente 52 também já ter esfoliado.

6.3.7. - Prognóstico

Favorável, uma vez que a restauração ficou bem adaptada em oclusão e a criança foi bastante motivada para a higienização dos seus dentes, tendo na opinião da mãe demonstrado uma grande melhoria a este nível, nos últimos tempos.

6.4. – Reabilitação do dente 22 fracturado com recurso a espigão de fibra de vidro e coroa de acetato preformada

6.4.1. – Identificação do paciente

Nome: M.L.P.F

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 09-10-1966

Idade: 47 anos

Nº Processo: 20219

Data de realização do acto: 03/04/2014

ANAMNESE

6.4.2. – Motivo da consulta

“Fractura do dente 22”

6.4.3. – Antecedentes

Pessoais Gerais

História de hipertiroidismo controlado sem medicação;

Faz hematomas e equimoses com facilidade, alergia ao pólen e sinusite.

Há cerca de 15 anos teve tuberculose sem recidiva.

Sem outro tipo de patologia sistémica, cardiovascular, renal, hepática, endócrina, infecto-contagiosa ou do foro digestivo.

Medicada com contraceptivo oral.

Familiares Gerais

Existência de Diabetes Mellitus Tipo II.

Pessoais Dentários

Historial de restaurações, tartarectomia, extracções, restaurações e endodontias.

Diagnóstico de Periodontite crónica leve generalizada e Periodontite crónica moderada localizada.

Familiares Dentários

Extracções, restaurações e próteses parciais removíveis.

6.4.4. – Exame clínico

Extra-oral

Simetria facial, aspecto saudável, sem adenopatias à palpação ou qualquer alteração patológica.

À palpação revela ausência de adenopatias ou tumefacções de relevância clínica. A face não apresenta assimetrias nem quaisquer alterações no tamanho ou forma.

Intra-oral

Ao exame apresenta língua, palato duro e mole, pavimento da boca e freios sem alterações.

Os lábios apresentavam-se desidratados e gengiva ligeiramente inflamada. Observa-se lesão de mordisqueiro na região jugular direita e esquerda. Glândulas salivares de aparência e consistência normal e ductos excretores permeáveis. A saliva apresenta-se fluida e inodora.

6.4.5. - Exames complementares de diagnóstico

Exames radiológicos



Fig.63 – Ortopantomografia

Nota: realizada antes da fractura do dente 2.2

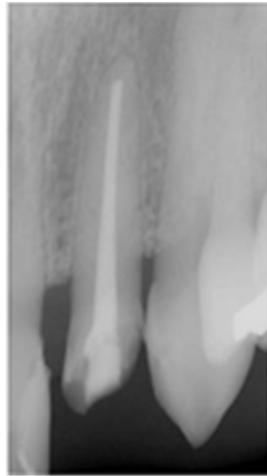


Fig.64 – Radiografia periapical inicial do dente 22

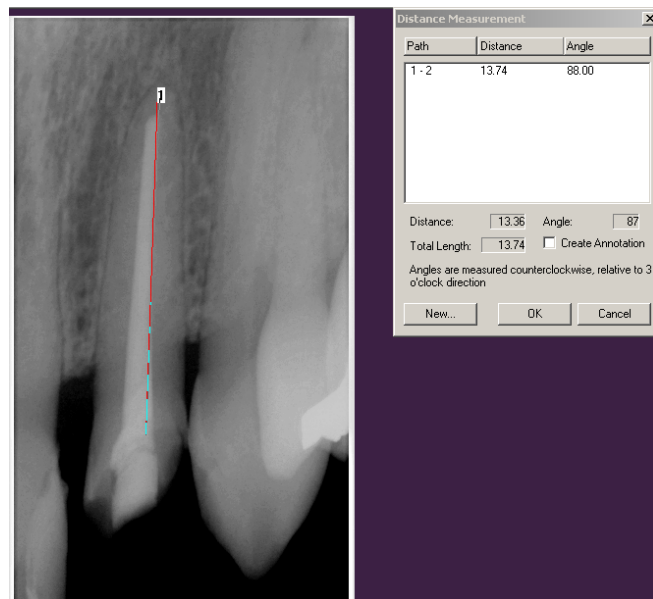


Fig.65 – Medição do comprimento radicular do dente 22

6.4.6. – Fotografias Intra e Extra-Orais



Fig.66 – Fotografia frontal em PIM



Fig.67 – Fotografia lateral direita em PIM



Fig.68 – Fotografia lateral esquerda em PIM



Fig.69 – Fotografia oclusal da arcada maxilar



Fig.70 – Fotografia oclusal da arcada mandibular



Fig.71 – Fotografia extra-oral em repouso



Fig.72 – Fotografia extra-oral em sorriso



Fig.73 – Fotografia intra-oral em repouso



Fig.74 – Fotografia intra-oral em sorriso

6.4.7. - Montagem em articulador



Fig.75 – Modelos de gesso montados em articulador



Fig.76 – Modelos de gesso montados em articulador

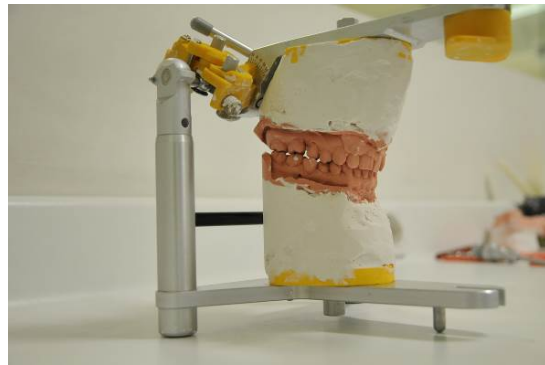


Fig.77 – Modelos de gesso montados em articulador



Fig.78 – Modelo de gesso montado em articulador



Fig.79 – Modelo de gesso montado em articulador

6.4.8. – Instrumental Necessário

Espelho intra-oral; Jacto de ar/água; Sonda Periodontal OMS; Anestesia tópica (Benzocaína) + Cotonete; Carpule + Agulha 30G 21mm; ½ anestubo Lidocaína

2%; Aspirador de saliva; Aspirador de aerossóis; Rolos de algodão; Turbina; Broca esférica diamantada de turbina; Contra-ângulo; Broca esférica laminada para contra-ângulo; Escavador de Dentina; Espelho Intra-Oral; Destartarizador; Brocas de gates, Brocas de peese; Condensador vertical; Kit do espigão de fibra de vidro; Coroa de acetato preformada; compósito de dentina e esmalte; Fotopolimerizador.

6.4.9. – Passos da técnica cirúrgica

1. Desgaste selectivo do 43. Motivo: vestibularização;
2. Aplicação de duraphat no dente 43;
3. Realização do Rx periapical para avaliar:
 - Qualidade da obturação;
 - Condição periapical;
 - Comprimento e anatomia radicular;
 - Dimensão do canal radicular;
 - Espessura da dentina;
 - Estrutura radicular e coronária remanescente.
4. Remoção do IRM com o destartarizador;
5. Remoção da gutta da entrada do canal e câmara pulpar com um plugger aquecido;
6. Introdução da broca de Gates com diâmetro próximo do canal e com o stop colocado a cerca de 10 mm, dentro do canal;
7. Repetição do procedimento com a broca de Peeso para a desobturar completamente;
8. Escolha do espigão mais apropriado, tendo em conta o diâmetro do canal e realização de radiografia pariapical do dente;
9. No Rx verificou-se que existiam os 4-5 mm de selamento apical e as paredes do canal, até àquele limite, estavam completamente desobturadas, mas o espigão deve ter um maior diâmetro;
10. Selecção de outro espigão de fibra de vidro;
11. Confirmado o “tugback” do espigão dentro do canal, fez-se a limpeza do canal com clorhexidina;
12. Secagem com cones de papel;

13. Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35% nas paredes do canal, câmara pulpar e estrutura dentária remanescente;
14. Aspiração do ácido fosfórico 35% e lavagem abundante com o jacto de água/ar;
15. Aplicação do sistema adesivo no espigão, canal, câmara e estrutura dentária remanescente e introduziu-se o espigão no canal, sendo de seguida fotopolimerizado;
16. Foi colocada por palatino uma matriz de acetato e fez-se um couro com compósito de dentina;
17. O espigão foi cortado com uma broca tronco-cónica diamantada de turbina, ficando um pouco para lá do meio das coroas dos dentes adjacentes. Cortou-se em bisel, mimetizando a anatomia externa do dente e verificou-se não interferir com a oclusão, na posição de intercuspidação máxima, protrusão e retrusão;
18. A coroa preformada de acetato seleccionada antes do início do procedimento foi recortada para uma perfeita adaptação na zona marginal do dente;
19. A caracterização no interior da coroa preformada foi feita com os compósitos seleccionados;
20. Primeiro foi colocado o compósito correspondente à cor de esmalte no bordo incisal, face vestibular, mesial, distal e palatina e em seguida foi colocado no interior o compósito da cor de dentina;
O bordo incisal da coroa foi perfurado para possibilitar o escoamento do compósito;
21. Condicionamento ácido no couro em compósito e estrutura dentária remanescente;
22. Colocação do sistema adesivo com evaporação de solvente e polimerização durante 20 segundos;
23. Adaptação da coroa de acetato preformada e colocação de cunhas para uma correcta adaptação em cervical;
24. Polimerização na zona do bordo incisal, face vestibular e palatina do dente;
25. Remoção da matriz;
26. Acabamento e remoção dos excessos com broca de arkansas;

- 27. Verificação da oclusão com papel articular e ajustes oclusais mínimos;
- 28. Verificou-se com uma sonda exploradora que havia continuidade entre o dente e a restauração;
- 29. Polimento final com discos de Softex®;
- 30. Radiografia final e fotografias pós-procedimento.

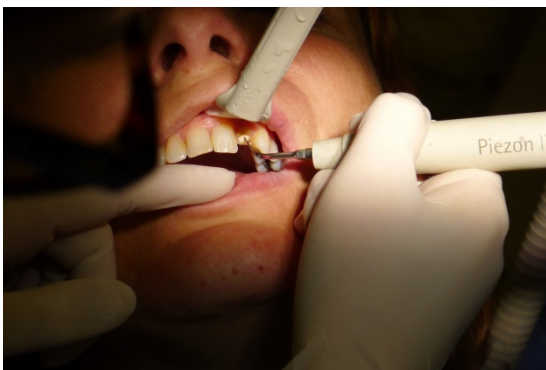


Fig.80 – Remoção dos restos de IRM com destartarizador

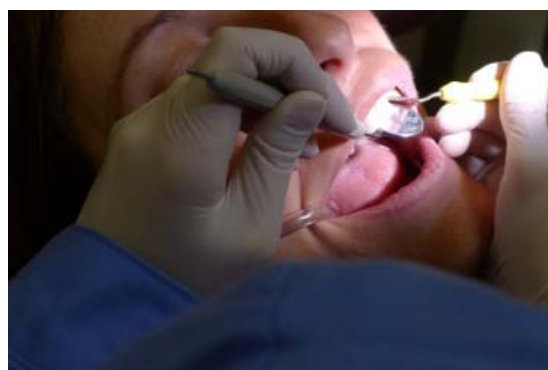


Fig.81 – Remoção da gutta com plugger aquecido

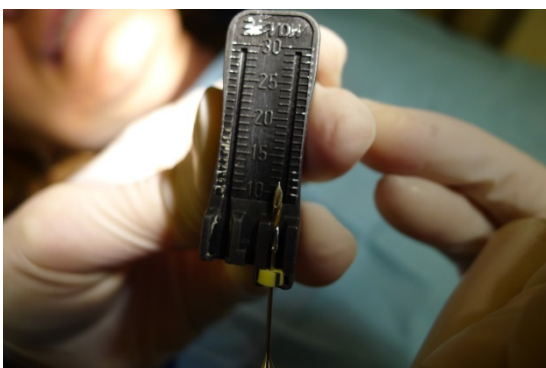


Fig.82 – Medição da broca de peese e colocação do stop

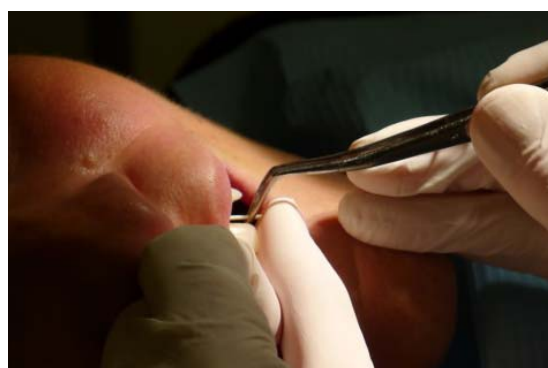


Fig.83 – Introdução do espigão de vidro e confirmação de "tugback"



Fig.84 – Secagem do canal com cones de papel



Fig.85 – Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 35 %



Fig.86 – Introdução do espigão embebido em cimento dentro do canal



Fig.87 – Introdução do espigão embebido em cimento dentro do canal



Fig.88 – Couto em compósito



Fig.89 – Corte do espigão com broca diamantada de turbina



Fig.90 – Corte da coroa de acetato com tesoura



Fig.91 – Adaptação da coroa e colocação de cunhas



Fig.92 – Confirmação da adaptação da coroa na zona cervical



Fig.93 – Caracterização da coroa com compósitos de esmalte e dentina



Fig.94 – Inserção da coroa de acetato



Fig.95 – Fotopolimerização



Fig.96 – Remoção de excessos



Fig.97 – Visualização da face palatina da restauração



Fig.98 – Polimento com discos



Fig.99 – Fotografia final frontal



Fig.100 – Fotografia final lateral esquerda



Fig.101 – Fotografia final lateral direita



Fig.102 – Fotografia final oclusal maxilar



Fig.103 – Fotografia de follow-up após 2 meses

6.4.10. - Controlo radiográfico pós-operatório



Fig.104 – Radiografia pós-operatória

ACTIVIDADE CIENTÍFICA

7 – Actividade Científica

Um trabalho científico é um instrumento de difusão de conhecimentos científicos a um determinado público. Na recta final do mestrado integrado em Medicina Dentária, a realização de trabalhos de índole científica assume maior destaque, de forma a adquirir novos conhecimentos e solidificar outros já existentes.

A realização de um trabalho científico sob a forma de poster com o título “Transmigração de canino incluso – a propósito de um caso clínico” tem como objectivo divulgar como proceder neste tipo de situação menos comum da prática clínica.

A transmigração associada a dentes não erupcionados é um fenómeno raro com possíveis complicações associadas e que, na maioria das vezes, é um achado radiográfico tardio e accidental, daí a importância de saber como agir, por forma a acautelar a ocorrência de complicações.

A submissão do resumo foi realizada com sucesso ao XXXIV Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária 2014. (Anexo 1)

DISCUSSÃO

8 – Discussão

No ano clínico vigente foram atendidos no total 76 pacientes, dos quais 39 formaram a amostra da autora.

A amostra dos pacientes atendidos como operadora foi caracterizada pelo género, idade e local de residência. Dos 39 processos clínicos analisados, 29 pessoas (74%) eram do sexo feminino e 10 (26%) do masculino.

As idades variaram entre os 7 e os 88 anos. A estratificação por faixa etária revelou que 14 (36%) tinham idades compreendidas entre os 36 e 50 anos, 9 (23%) apresentavam idade superior a 65 anos e apenas 3 (5%) tinham idade inferior a 10 anos. Constatou-se que a maioria dos pacientes 26 (67%) vive na cidade de Viseu, 7 (18%) residem em localidades pertencentes ao distrito de Viseu e 6 (15%) residem em localidades fora do distrito de Viseu.

Os números comprovam uma maior preocupação do sexo feminino pela saúde oral.

Todos os pacientes atendidos na clínica dentária da universidade realizaram uma primeira consulta que inclui uma ortopantomografia, recolha da anamnese, antecedentes dentários, história da queixa actual e exame clínico objectivo extra-oral e intra-oral, que ocorreu na unidade clínica de Medicina Oral ou Medicina Dentária Preventiva, esta última apenas incluída no 4º ano clínico do curso. A excepção ocorre apenas em situações de urgência.

Os pacientes foram, segundo o motivo de consulta e plano de tratamento estabelecido, encaminhados para as diferentes áreas clínicas, o que permitiu uma abordagem específica e diferenciada desde o diagnóstico, cumprimento do plano de tratamento e follow-up.

Na generalidade, os pacientes começam por ser encaminhados para a consulta de Periodontologia, sendo depois dirigidos para as demais áreas que possibilitam o tratamento do(s) problema(s) existente(s).

Em situações urgentes o paciente é atendido na área clínica em desempenho, onde é avaliado o problema, sendo o mesmo resolvido de imediato ou encaminhado para a área clínica que lhe compete, para iniciação ou término do tratamento dentário.

A afluência de pacientes é dispar e áreas como a Periodontologia, a Dentisteria Operatória e a Prótese Removível registaram maior abundância de atendimentos, com a prática de 26, 24 e 29 actos clínicos respectivamente. Contribui para este facto a prevalência de doença periodontal e cárie dentária, conduzindo à perda de dentes. A desdentação parcial é definida como a ausência de alguns dentes naturais na arcada dentária associada à cárie dentária, ou periodontite, quando relacionado à população jovem ou adulta respectivamente.(7)

Pelo contrário, a unidade clínica de Odontopediatria e Ortodontia foram áreas com maior carência de pacientes, por um lado porque as consultas são durante o horário das aulas e também, segundo a opinião dos pais, pelo facto de não ser possível recorrer ao cheque dentista.

A sensibilização dos progenitores continua a ser um desafio de forma a identificar precocemente crianças de maior risco e implementar medidas preventivas. Muitas vezes, a motivação transmitida pelo médico dentista é suficiente para alterar hábitos deletérios e implementar comportamentos que promovam a saúde oral.

A baixa procura na área da Ortodontia poderá ser explicado pelo facto de se realizarem apenas tratamentos interceptivos, sendo, na maioria das vezes, necessário uma segunda fase de tratamento com aparatologia fixa que não faz parte dos conteúdos clínicos da disciplina.

Na unidade clínica de Medicina Oral os 4 pacientes atendidos pela autora foram do sexo feminino. A abordagem sistemática com recolha da história clínica, identificação de características específicas da lesão e reconhecimento de sinais e sintomas permitiram o diagnóstico de lesões como glossite rombóide mediana, estomatite protética e Líquen plano reticular.

A história da lesão, nomeadamente quando e como apareceu, a sua evolução, sintomatologia, relação causa/efeito, assim como a localização, morfologia, designadamente forma, tamanho, coloração, aderência e consistência à palpação, permitiram o diagnóstico diferencial.

As doenças sistémicas identificadas nos pacientes examinados em Medicina Oral foram: artrite reumatóide, gastrite, hipercolesterolemia, e hipertiroidismo. A toma de ansiolíticos foi identificada em metade das pacientes. Um estudo recente incluiu as doenças da tiróide como uma das

cinco condições clínicas mais frequentes (6,2%) nos pacientes medicamente comprometidos atendidos em consultórios privados e identifica os antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos como o segundo tipo de medicamento mais prevalente nos pacientes medicamente comprometidos atendidos nos consultórios dentários.(8) O mesmo estudo divulga que a presença de uma ou mais doenças crónicas e regime farmacológico pode influenciar o tratamento dentário e a saúde oral, ressaltando a importância da elaboração de uma história clínica detalhada para em todos os pacientes observados, e não apenas os estudados na área de Medicina Oral.(8)

Em Periodontologia os pacientes vistos pela autora apresentaram os dois tipos mais graves de periodontite crónica. Os actos realizados abrangeram consultas de avaliação, que incluem diagnóstico e tartarectomia com ultrasons, consultas de reavaliação, onde se avaliou a compliance e realizou tartarectomia com ultrasons, RAR ou curetagem com instrumentos manuais e consultas de manutenção, cuja finalidade é evitar recidivas, e em que se repetem procedimentos anteriores.

A autora teve ainda a oportunidade de assistir e auxiliar a uma cirurgia periodontal para recobrimento de raízes realizada pelos docentes responsáveis.

Na unidade clínica de Dentisteria Operatória a restauração de classe II foi o tratamento mais frequentemente realizado, correspondendo a 42% do total de actos realizados pelo trinómio. Como operadora também a restauração classe II foi o tratamento mais efectuado.

Como seria expectável, a resina composta foi o tipo de material mais empregue em Dentisteria Operatória, quer como material primário quer como secundário. A deterioração do selamento marginal continua a ser um factor limitativo da longevidade das restaurações a compósito e a razão mais frequente da sua substituição.(9) As restaurações a amálgama sofrem degradação no ambiente oral devido a cáries secundárias, fracturas, microfracturas marginais e desgaste e a sua substituição pela solução tradicional corresponde a mais de 60% das intervenções em Dentisteria Operatória.(10)

A autora teve ainda a oportunidade de auxiliar a concretização de um branqueamento interno realizado em 4 sessões.

Na unidade clínica de Cirurgia Oral a técnica fechada foi a mais utilizada pelo trinómio em 11 extracções (73% do total). Em 3 extracções concretizadas por técnica fechada foi necessário realizar odontosecção e apenas em 2 das 4 extracções realizadas pela técnica aberta foi necessário recorrer à osteotomia. O motivo de extracção mais frequente foi a existência de cárie extensa sem possibilidade de restauração.

A autora concretizou 4 extracções por técnica fechada e 2 por técnica aberta, sendo que a execução de extracções por técnica aberta implicou a realização de um protocolo cirúrgico discutido à priori com o regente da disciplina. Esta conduta é fundamental para a total compreensão do aluno de tudo o que fará parte do procedimento cirúrgico.

Na unidade clínica de Endodontia foram concluídos 6 tratamentos endodônticos, sendo que a autora, enquanto operadora, findou 2 tratamentos endodônticos, nos dentes 27 e 15.

Perante a importância da Endodontia na Medicina Dentária, por permitir a manutenção na cavidade oral de dentes necrosados cuja única alternativa seria a extracção, apresenta-se insuficiente a prática adquirida, uma vez que o tratamento endodôntico constitui um dos procedimentos dentários mais realizados.

A unidade clínica de oclusão é outra área com reduzida procura e encaminhamento.

A Prótese Removível foi a área clínica com maior número de actos clínicos realizados, o que pode ser justificado pela elevada prevalência de dentes naturais ausentes na dentição. As bases de dados de saúde oral da Organização Mundial de Saúde (OMS) permitem constatar que a prevalência de desdentados totais, com idade superior a 65 anos, em Portugal é de 21%, não sendo possível obter dados relativos à desdentação parcial.(7) A nível mundial prevê-se um aumento da necessidade de próteses totais de 53,8 milhões em 1991 para 61 milhões em 2020.(11)

O rebasamento de próteses antigas foi o procedimento mais vezes realizado pelo trinómio.

Relativamente à classe de Kennedy, a classe I foi o tipo de desdentação mais frequente nos pacientes atendidos pela autora, não sendo feita individualização entre a maxila e a mandíbula. A classe IV foi inexistente. A

desdentação parcial da cavidade oral pode ser classificada por diversas formas. A classificação de Kennedy baseia-se na distribuição topográfica dos dentes perdidos e remanescentes, dividindo-se em 4 classes.

Na unidade clínica de Prótese Fixa, além das consultas de avaliação e consultas de controlo de coroas unitárias ou pontes, houve oportunidade de fazer o planeamento completo para reabilitação de 2 espaços edentulos posteriores com ponte de 5 elementos. Todos os elementos do trinómio colaboraram nos procedimentos laboratoriais necessários à sua realização.

Até final do mês de Maio, a autora colaborou como assistente na realização dos preparos de redução dos dentes 23, 25 e 27 e confecção do respectivo provisório.

A elaboração do presente relatório de actividade clínica teve como ponto fulcral a exposição, descrição e fundamentação de quatro casos clínicos ditos como diferenciados, quer pela sua frequência de ocorrência ou realização quer pela sua especificidade, realizados pela autora.

O primeiro caso clínico diz respeito à extracção cirúrgica do canino mandibular incluso que sofreu transmigração.

A transmigração é um fenómeno raro no qual dentes não erupcionados migram através da linha média. (12, 13) Similarmente, a migração pré-eruptiva através da linha média é também considerada transmigração. (14) É mais frequente nas mulheres que nos homens, não existindo uma razão plausível para tal. Ocorre mais vulgarmente na mandíbula e principalmente nos caninos.(13, 15) A maior distância que existe entre as extremidades radiculares e o bordo inferior da mandíbula pode ser a razão do favoritismo mandibular.(15)

A transmigração de caninos mandibulares permanentes é um fenómeno pouco comum sendo a prevalência reportada entre 0,14% a 0,31%. (12, 14, 16) Segundo a classificação de Mupparapu, a transmigração pode ser categorizada em 5 padrões distintos. (16, 17)

A etiologia permanece, até à data, pouco esclarecida, podendo ocorrer como resultado de um processo patológico como a presença de lesão cística ou odontoma. (18) Outros factores podem estar associados, como a hereditariedade ou qualquer outro obstáculo presente. A agenesia dos incisivos laterais é suficiente para provocar o desvio do caminho normal de erupção e por isso tem sido apontada como um factor causal.(15)

Não existem sintomas clínicos de transmigração, embora a formação de quistos foliculares e infecção crónica fistulada tenham sido relatados.(14) Do mesmo modo, a dor nos incisivos inferiores foi reportada em casos de transmigração bilateral de caninos mandibulares.(12)

Sempre que o canino mandibular permanente esteja ausente um ano além da idade cronológica média de erupção, deverá ser realizada radiografia panorâmica para despiste, pois as radiografias periapicais nem sempre permitem detectar caninos impactados ou transmigrados.(14)

O tratamento de caninos impactados que sofreram transmigração é mais complicado se diagnosticado em estadio avançado, o que justifica a importância do rastreio radiológico. (14)

Existem diferentes opções de tratamento, nomeadamente tracção ortodôntica com colocação na arcada dentária, autotransplante, extracção cirúrgica e observação clínica.(13)

No caso clínico descrito, o doente do sexo masculino de 43 anos, dirigiu-se à consulta de Medicina Oral com um quadro de sintomatologia álgica com alguns dias de evolução, referida à região do 37. A recolha da história clínica permitiu concluir tratar-se de um quadro de pulpíte irreversível num doente saudável, sem comorbilidades sistémicas associadas e sem antecedentes familiares relevantes. O exame clínico revelou a retenção do dente 83 e o exame radiográfico evidenciou a existência de transmigração e impactação do dente 43. Devido às possíveis complicações futuras, o doente concordou em realizar a exodontia do dente incluso transmigrado. O procedimento cirúrgico foi efectuado com sucesso e a cicatrização decorreu sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

A ferida operatória foi subvisionada 7, 15 e 30 dias após a cirurgia, observando-se uma cicatrização por 1ª intenção dos tecidos, em conformidade com o que seria expectável, e com um resultado final altamente favorável. O follow-up revelou a existência de um processo favorável de neoformação óssea fisiológica na zona da cirurgia.

O segundo caso clínico apresentado diz respeito à extracção do dente 47 e raiz do 48 num paciente portador de HIV.

A importância deste caso deve-se não à complexidade da técnica/procedimento usado, mas à relevância clínica desta patologia sistêmica no âmbito da Medicina Dentária.

Desde inícios dos anos 80 que o vírus HIV tem sido reconhecido como a doença infecciosa mais devastadora do século XX. No final do século quase 60 milhões de pessoas estavam infectadas e a taxa de infecção continua a aumentar.

O vírus está presente nos tecidos e fluidos corporais, incluindo sangue e saliva, exigindo maiores cuidados por parte dos médicos dentistas.

Existem 2 tipos de HIV: HIV-1 e HIV-2 existindo pouca diferença entre a patogênese, manifestações clínicas, tratamento e prognóstico.(4)

A infecção por HIV afecta células com receptores CD4. Nestas incluem-se os linfócitos T-helper CD4+ e as células glia cerebrais, tornando-as disfuncionais com consequente morte celular. (4)

A depleção no número de células CD4+ torna o portador mais susceptível a infecções oportunistas, que podem ser devidas a patogénicos internos como *candida albicans* e certos tipos de vírus como HSV, EBV e CMV, ou externos como *pneumocytis carinii*.

O termo síndrome de imunodeficiência adquirida é usado quando a contagem de linfócitos T CD4+ se encontra abaixo de 200 células/ml.(19)

As lesões na cavidade oral são frequentes e reflectem depressão da imunidade com consequente aumento de infecções fúngicas e virais. As mais comuns são a candidíase e a leucoplasia pilosa. A gengivite necrosante, periodontite avançada, sarcoma de Kaposi, linfoma, doença das glândulas salivares, assim como lesões ulceradas de várias etiologias, são também habitualmente observadas.(4)

A candidíase bucal é a infecção oportunista mais comum nos indivíduos infectados pelo HIV e o seu tratamento inclui a eliminação de factores predisponentes como tabagismo e xerostomia, assim como terapia com antifúngicos.(4)

A Leucoplasia pilosa está associada ao EBV e aparece geralmente nos bordos laterais da língua com aspecto de lesão branca não destacável, tendo geralmente um bom prognóstico não estando associada à malignização.(4)

O sarcoma de kaposi é causado pelo HHV-8 transmitido sexualmente. Clinicamente revela-se por máculas/pápulas vermelhas, azuis ou púrpura, geralmente assintomáticas, localizadas usualmente na junção do palato duro e mole e gengiva superior na zona anterior.(4)

Os linfomas são cada vez mais observados e a confirmação do diagnóstico deve ser feita por biópsia. A parotidite e xerostomia também podem ocorrer e surgem como manifestação de atingimento das glândulas salivares, quer por infecções quer por mecanismos auto-imunes. (3)

No caso clínico relatado o paciente de 34 anos efectuou a última extracção do plano de tratamento definido. A extracção do dente 47 e raiz do 48 foi concretizada pela técnica simples e sem grande dificuldade.

Ao longo do procedimento foram tidos em conta alguns aspectos como aspiração constante de todo o sangramento, luxação cuidadosa com alavanca e boticão e remoção cuidadosa de todas as espículas, isto no menor tempo possível, pois existe uma relação directa entre o tempo, técnica e trauma com o prognóstico.

Ressalvando todos os cuidados intra-operatórios, os cuidados pós-operatórios são de extrema importância para evitar complicações, designadamente alveolite seca ou alveolite húmida. Todas as recomendações foram devidamente explicadas e salientadas para motivar o seu cumprimento.

O terceiro caso clínico aborda a realização de uma pulpectomia no canino maxilar decíduo numa criança com 8 anos.

A pulpectomia é um procedimento de tratamento canalar usado sempre que o tecido pulpar está irreversivelmente infectado ou necrótico por cárie ou trauma.(20) Os canais radiculares podem ser desbridados de forma manual ou rotatória. A instrumentação e irrigação com solução inerte não é suficiente para uma redução bacteriana efectiva do sistema canalar, daí que a irrigação com soluções irrigadoras como o hipoclorito de sódio e/ou clorhexidina são importantes para assegurar uma óptima descontaminação canalar.(21)

O hipoclorito de sódio pode comportar-se como irritante tecidual e por esta razão não deve ultrapassar o periápice.(22)

Depois do desbridamento canalar os canais são preenchidos com materiais reabsorvíveis, tais como pasta de óxido de zinco sem eugenol ou pasta de iodofórmico ou ainda associação de pasta de iodofórmico e hidróxido

de cálcio.(23) (24, 25) Os dentes são depois restaurados com uma restauração que deve ser selante, de forma a evitar a microinfiltração.

Como referido, a pulpectomia está indicada em dentes decíduos com pulpite irreversível ou necrose e ainda em casos com evidência de hemorragia abundante não controlada com bolinha de algodão, em casos de supuração ou purulência. As raízes devem ter pouca ou nenhuma reabsorção. Os sinais e sintomas pré-tratamento deverão desaparecer dentro de poucas semanas.(25)

O objectivo do tratamento será a normal reabsorção da raiz do dente decíduo e material obturador e erupção do sucessor permanente.

O acompanhamento do paciente é fundamental para o sucesso do tratamento e exige avaliações clínicas e radiográficas periódicas do dente tratado e tecidos de suporte, no mínimo por um período de dois anos. O ideal será até à completa erupção do sucessor permanente.

No caso clínico descrito a criança de 8 anos apresentava uma lesão de cárie extensa no dente 63, não havendo outra hipótese de tratamento que não a pulpectomia. A extracção está contra-indicada nesta idade, visto que os caninos superiores se tratam de guias de oclusão e são os últimos dentes a erupcionarem na arcada maxilar. O procedimento correu dentro da normalidade, a criança foi bastante tolerante ao tratamento e o resultado final foi o pretendido e esperado.

O último caso clínico apresentado diz respeito à colocação de um espigão e restauração a compósito com coroa de acetato preformada.

A restauração de dentes desvitalizados com alto grau de destruição continua a ser um desafio da prática clínica actual. Uma das principais causas é o aumento da taxa de sucesso do tratamento endodôntico, consequência do aparecimento de novos materiais e técnicas.

Existem várias opções para restauração/reabilitação de dentes despulpados e a escolha de uma em detrimento de outra depende essencialmente de factores económicos, condições higiénicas, assim como vontade própria do paciente.

O uso de espigões tem sido eficientemente utilizado para reter restaurações em dentes com significativa perda de estrutura dentária. Os espigões de fibra cimentados com cimento adesivo são presentemente uma

ótima opção em termos de resistência à fractura do dente e comportamento biomecânico.(26)

Nos últimos anos têm sido introduzidos no mercado vários tipos de fibra e excelentes performances a longo prazo tem sido reportadas em dentes despulpados restaurados com espigões de fibra e núcleos de resina, em combinação com sistemas adesivos de dentina. Incisivos restaurados com espigões de fibra têm durabilidade comparável aos tratados com espigões metálicos e com menor incidência de fracturas radiculares.(27)

Ensaio *in vitro* com testes de fractura mostram existir elevada resistência mecânica e menor incidência de fracturas radiculares em incisivos despulpados restaurados com pinos de fibra.(27) A escolha do material do núcleo e da restauração final são importantes para alcançar o sucesso clínico a longo prazo.(26)

Independentemente dos diversos estudos existentes, o objectivo primordial do tratamento dentário será sempre a preservação da dentição e por esta razão a selecção do tipo de tratamento deverá ter em conta o sucesso previsível das várias opções terapêuticas que temos ao dispor.

Na conjuntura actual, muitos são os pacientes com débeis condições económicas que invalidam à partida algumas das opções terapêuticas, sendo nosso dever adequar o plano de tratamento ao paciente, mantendo-o sempre informado sobre os prós e contras de cada uma delas.

Na impossibilidade de reabilitação por técnicas mais dispendiosas, como a prótese fixa e implantologia, a colocação de um espigão como forma de ganhar retenção num dente restaurável é sempre uma hipótese válida, desde que a estrutura remanescente o permita.

Qualquer que seja o tratamento, este deverá ter em conta vários aspectos, designadamente a quantidade de remanescente dentário, estabilidade oclusal, restaurabilidade do dente, qualidade/quantidade do osso, exigência estética do paciente, avaliação do custo/benefício, factores sistémicos, etc.

O caso clínico apresentado diz respeito a uma paciente que recorre à clínica universitária pela fractura extensa do incisivo lateral maxilar esquerdo. O dente 22 estava endodonciado e restaurado a compósito antes de fractura.

Depois de feito o estudo do caso, foram apresentadas à paciente as várias opções de tratamento. Por motivos económicos recusou a opção de reabilitação com coroa metalocerâmica e falso couto fundido ou colocação de implante dentário.

Em seguida, o caso foi apresentado e discutido com o regente da área clínica de Dentisteria, a fim de averiguar qual e se havia hipótese de restaurar o dente no âmbito da Dentisteria Operatória.

O plano de tratamento traçado incluiu a colocação de um espigão radicular como meio auxiliar de retenção adicional à restauração feita com recurso a coroa de acetato preformada.

A recolha de informação como fotografias intra-orais e extra orais, impressões em alginato, confecção de modelos de gesso, registo de mordida e montagem em articulador, tinha sido anteriormente realizada na consulta de Prótese Fixa.

A paciente foi encaminhada para a consulta de Periodontologia, realizando tarterectomia bimaxilar com ultra-sons e tendo sido agendada uma consulta de Dentisteria para a semana seguinte, tempo suficiente para a desinflamação dos tecidos.

A colocação de um espigão radicular deve ter em conta vários aspectos, nomeadamente quantidade de tecido dentário remanescente, qualidade de obturação, morfologia radicular, anatomia canalar, espessura de dentina e overbite.

A remoção de estrutura dentária para a inserção do espigão foi mínima, pois a quantidade de dentina saudável remanescente é fundamental para o prognóstico do tratamento. A colocação de espigão radicular não reforça a estrutura dentária, apenas fornece retenção, o que justifica a escolha criteriosa dos casos de utilização.

O procedimento clínico correu conforme as expectativas, ficando esteticamente agradável e com uma oclusão estável. O espigão ficou bem adaptado, mantendo cerca de 4 mm de selamento apical de material obturador.

Sendo o incisivo lateral um dente com elevado valor estético, a escolha da cor e forma final do dente tem maior acuidade, pelo que foi utilizada uma matriz de acetato preformada para que a forma final fosse a mais aproximada

possível à conformação habitual. A escolha do tamanho da coroa foi feita previamente ao acto clínico a partir dos modelos de gesso.

A coroa foi preenchida com resinas compostas estéticas em camadas com compósitos de diferentes tonalidades, para caracterização da dentina e esmalte, nos diferentes terços do dente.

A paciente mostrou-se satisfeita com o resultado final e voltou à clínica 2 meses sem quaisquer queixas.

CONCLUSÃO

9 – Conclusão

A escolha da realização do relatório de actividade clínica foi motivada pelo interesse no estudo detalhado dos pacientes atendidos como autora, uma vez que fundamentar teoricamente experiências clínicas permite uma maior acuidade e perspicácia na elaboração de planos de tratamento.

No final deste relatório pode afirmar-se que os objectivos propostos foram alcançados. A caracterização da amostra da autora possibilitou o conhecimento de particularidades, tendo a contabilização e exposição dos actos clínicos permitido a reflexão sobre as áreas onde existiu maior carência de pacientes e por isso menor experiência adquirida. A descrição e fundamentação de actos clínicos diferenciados possibilitaram a aquisição de um conhecimento aprofundado sobre diversos temas.

Durante estes meses foi possível o exercício de diversos procedimentos clínicos que fazem parte da prática clínica corrente, promovendo a desenvoltura necessária aquando da saída para o mercado de trabalho, sendo as experiências clínicas vividas complementares dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o curso.

Um dos aspectos que se considera menos positivo foi o facto de se trabalhar em trinómios, quer pelo menor número de pacientes atendidos individualmente, quer pela própria comunicação entre os elementos e dinâmica de trabalho.

A implementação do processo de Bolonha veio definir um conjunto de etapas e de passos a dar pelos sistemas de ensino superior europeus, no sentido de construir um espaço europeu de ensino superior globalmente harmonizado e uniformizado. Uma das mudanças implementadas foi o aumento do número de aulas práticas em detrimento do número de horas teóricas, isto a par da redução do número de ciclos.

Num curso onde a componente prática é categórica, será inegável o benefício do aumento do número de horas das unidades curriculares clínicas, não descurando o saber canónico em prol do saber fazer.

Desafia-se aqueles que no futuro queiram ingressar na realização deste relatório a efectuar o estudo de um maior número de variáveis, de forma a

conseguir caracterizar mais detalhadamente o tipo de paciente que frequenta a clínica dentária universitária.

Num momento em que o mercado de trabalho se encontra saturado, conjuntamente com o encerramento diário de unidades prestadoras de cuidados de saúde oral, a autora possui a sólida convicção de que este é apenas o fim de um ciclo, pelo que a aposta numa formação contínua do saber será sempre a sua finalidade.

Em suma, os objectivos propostos para a elaboração deste relatório foram plenamente cumpridos, o que permitiu complementar o conhecimento teórico e prático em cada área disciplinar. A frequência na maioria das unidades clínicas ultrapassou as expectativas da autora, não só por enriquecer a sua formação académica, mas, sobretudo, por ter permitido o seu crescimento como futura médica dentista, percepcionando a importância do diagnóstico precoce e a intervenção atempada, de forma a melhorar o prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10 – Referências Bibliográficas

1. Sampaio Fernandes JC. Arte e Medicina Dentária. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013;54(2):59.
2. Portugal J, Marques D. Um novo paradigma de prática clínica. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2012;53(4):197-8.
3. Welsby PD. História e exame clínico. 2 ed. Algés: Euromédice; 2004.
4. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment. 2 ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2008.
5. Laskaris G. Pocket Atlas of Oral Diseases. 2 ed. Stuttgart: Thieme; 2006.
6. <http://www.institutodeimplantologia.com/pt/>. Maio de 2014.
7. Moreira Carneiro AC, Maia Correia AR, Reis Campos JC, Fonseca P, Mesquita P, Figueiral MH. Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013;54(2):60-7.
8. Esteves HJ, Quintanilla JM. Identification of medically compromised dental patients in a Portuguese population. Oral health & preventive dentistry. 2013;11(4):315-22.
9. Bravis T, Pilecki P, F. Wilson R, Fenlon M, F. Watson T, M. Foxton R. Effect of loading on the microtensile bond strength and microleakage of a self-etching and etch-and-rinse adhesive in direct class II MOD composite restorations in vitro. Dental Materials Journal. 2012;31(6):924-32.
10. Martin J, Fernandez E, Estay J, Gordan VV, Mjor IA, Moncada G. Management of Class I and Class II Amalgam Restorations with Localized Defects: Five-Year Results. International journal of dentistry. 2013;2013:450260.
11. Fazenda AR, Reis Campos JC, Correia A, Fonseca P, Figueiral MH. O ensino da prótese total numa Faculdade de Medicina Dentária – implicações da Reforma de Bolonha. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013;54(2):74-80.
12. Devadoss P, Neelakandan RS, Bhargava D, Ramakrishnan T. Bilateral transmigration of mandibular canines: a rare occurrence. Journal of maxillofacial and oral surgery. 2012;11(4):495-7.

13. Gruszka K, Rozylo TK, Rozylo-Kalinowska I, Denkiewicz K, Maslowska K. Transmigration of mandibular canine - case report. Polish journal of radiology / Polish Medical Society of Radiology. 2014;79:20-3.
14. Sharma G, Nagpal A. Transmigration of mandibular canine: report of four cases and review of literature. Case reports in dentistry. 2011;2011:381382.
15. Umashree N, Kumar A, Nagaraj T. Transmigration of mandibular canines. Case reports in dentistry. 2013;2013:697671.
16. Aktan AM, Kara S, Akgunlu F, Malkoc S. The incidence of canine transmigration and tooth impaction in a Turkish subpopulation. European journal of orthodontics. 2010;32(5):575-81.
17. Mupparapu M. Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: review of literature and report of nine additional cases. Dento maxillo facial radiology. 2002;31(6):355-60.
18. Bahl R, Singla J, Gupta M, Malhotra A. Abberantly placed impacted mandibular canine. Contemporary clinical dentistry. 2013;4(2):217-9.
19. Greenberg M, Glick M. BurKet's Oral Medicine: Diagnosis & Treatment. 10 ed. Lewiston, NY: BC Decker Inc; 2003. 12 p.
20. Lo EC, Holmgren CJ, Hu D, van Palenstein Helderma W. Six-year follow up of atraumatic restorative treatment restorations placed in Chinese school children. Community dentistry and oral epidemiology. 2007;35(5):387-92.
21. Ercan E, Ozekinci T, Atakul F, Gul K. Antibacterial activity of 2% chlorhexidine gluconate and 5.25% sodium hypochlorite in infected root canal: in vivo study. Journal of endodontics. 2004;30(2):84-7.
22. Mehdipour O, Kleier DJ, Averbach RE. Anatomy of sodium hypochlorite accidents. Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995). 2007;28(10):544-6, 8, 50.
23. Primosch RE, Ahmadi A, Setzer B, Guelmann M. A retrospective assessment of zinc oxide-eugenol pulpectomies in vital maxillary primary incisors successfully restored with composite resin crowns. Pediatric dentistry. 2005;27(6):470-7.
24. Holan G, Fuks AB. A comparison of pulpectomies using ZOE and KRI paste in primary molars: a retrospective study. Pediatric dentistry. 1993;15(6):403-7.
25. Ozalp N, Saroglu I, Sonmez H. Evaluation of various root canal filling materials in primary molar pulpectomies: an in vivo study. American journal of dentistry. 2005;18(6):347-50.

26. Al-Omiri MK, Mahmoud AA, Rayyan MR, Abu-Hammad O. Fracture resistance of teeth restored with post-retained restorations: an overview. *Journal of endodontics*. 2010;36(9):1439-49.

27. Hayashi M, Takahashi Y, Imazato S, Ebisu S. Fracture resistance of pulpless teeth restored with post-cores and crowns. *Dental materials : official publication of the Academy of Dental Materials*. 2006;22(5):477-85.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Ficha de Paciente

Nome: _____ Nº processo: _____

Dados gerais:

Sexo: M () F () Idade: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Residência: _____ Frequenta outro médico dentista: S () N ()

Índice geral de Satisfação da Clínica da UCP: Mau () Satisfaz () Bom ()

Doenças Sistémicas _____

Medicação _____

D. Congénitas _____ Alergias _____

Cirurgias prévias _____

Odontopediatria:

Data: _____

Idade: _____ Cooperação: Mau () Suficiente () Bom ()

Necessidade de ortodontia: _____

Procedimento realizado: _____ Dente: ()

Medicina Oral:

Data: _____

Motivo da consulta: _____

Patologia diagnosticada: _____

Exames auxiliares de diagnóstico pedidos: _____

Periodontologia

Data: _____

Motivo da consulta: _____

Diagnóstico: _____

Bop: _____ IP: _____ Mobilidade (grau): _____ Envolvimento de furca: _____

Bolsa mais profundas _____ Recessões: _____

Dentisteria

Data: _____

Motivo da consulta: _____ Nº de cáries: _____

Diagnóstico: _____ Cárie primária () ou Secundária ()

Dente: _____ Classe da restauração: _____ Material restaurador: _____

Teste vitalidade: Frio _____ Quente _____

Percussão Horiz. _____ Vertical _____

Cirurgia

Data: _____

Nº dentes ausentes: _____ Dente extraído: _____

Motivo: Periodontais () Protéticos () Não restaurável () 3º molares () Ortodónticos ()

Cirurgia diferenciada: Odontosecção () Osteotomia () Retalho ()

Endodontia

Data: _____

Nº do dente: _____ Diagnóstico: Pulpite irreversível () Necrose pulpar ()

Retratamento: Sim () Não ()

Obturaçãõ efectuada: Insatisfatória () Satisfatória () Boa ()

Prótese removível

Data: _____

Controlo: Sim () Não ()

1ª reabilitação protética: Sim () Não ()

Classe de Kennedy: _____ Tipo de prótese: Esquelética () Acrílica () Total () Parcial ()

Índice geral de satisfação: Muito mau () Mau () Satisfatório () Bom () Muito bom ()

Questionário Clínico

Nova prótese Sim () Não () Tipo de prótese: Esquelética () Acrílica () Total () Parcial ()

Prótese Esquelética Total () Parcial () Dentes Pilares _____

1ª Consulta _____ Impres. Definitivas _____ Talhar Nichos _____ Prova Esqueleto _____
Prova de dentes _____ Inserção _____ consulta Pós-inserção _____

Prótese Acrílica: Total () Parcial ()

1ª Consulta _____ Impres. Definitivas _____ Registro Intermaxilares _____
Prova de dentes _____ Inserção _____ consulta Pós- inserção _____

Prótese fixa

Data: _____

1ª Consulta () Extensamente destruído () Traumatismo () Espaço edêntulo (_____)

Controle (_____)

Índice geral de satisfação: Muito mau () Mau () Satisfatório () Bom () Muito bom ()

Ponte _____ (elementos) Dentes Pilares _____ Pôntico _____

Coroa: Metálica () Metal-cerâmica () Cerâmica () Dente: _____

Oclusão:

Data: _____

Motivo da consulta: _____ Classe de Angle: _____

Sintomatologia na ATM: Sim () Não () – onde? _____

Desvios: _____ Estalidos: _____

Montagem em articulador Sim () Não ()

Confecção de goteira Sim () Não () Tipo _____

DATA	DISCIPLINA	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES

NOTAS:

Apêndice 2 – Seminário de Odontopediatria

Caso clínico

Seminário de odontopediatria
5º Ano, 07 Outubro de 2013

Pulpectomia em dente decíduo

Tratamento para polpas vitais que se apresentem num processo de inflamação crónica, atingindo a polpa coronária e radicular

Trabalho elaborado por:
Marisa Marques

Identificação do doente

- Nome: Simão Marques Pedrosa
- Sexo: Masculino
- Nº processo: 23798
- Data de nascimento -04/11/2005
- Peso -27kg

Motivo da Consulta

Seguimento do plano de tratamento apresentado a 30 de Agosto de 2012.

Antecedentes

História Médica actual

Diagnóstico de Perturbação da hiperactividade e défice de atenção encontrando-se medicado com Rubifen (cloridrato de metilfenidato), tendo este como efeito o aumento da actividade de certas partes do cérebro que estão sub-activas. Aumenta o tempo de atenção/concentração e a redução de comportamentos impulsivos.

História Familiar

Sem doenças familiares relevantes.

Hábitos Parafuncionais

"Range" os dentes durante a noite e apresenta evidência de bruxismo pelo desgaste as cúspides oclusais.

Higiene Oral

Insuficiente. A mãe refere que escova os dentes uma vez por dia.

Exame Clínico:

Extra-oral

Sem alterações relevantes

Intra-oral

Apresentava gengivas ligeiramente inflamadas com sangramento à sondagem. Mucosa jugal, pavimento da boca, e língua sem alterações.

Exame dentário

Odontograma



Resumo do Odontograma

- Lesões cariosas: 62
- Restaurações: 74, 75, 83, 85, 36, 46
- Dentes com TER: ausentes
- Dentes com selantes de fissuras: nenhum
- Observações: Pulpotomia do 83 e pulpectomia no dente 53
- Extrações: 55 e raízes do 54, 65, 64 e 84

Radiografia Panorâmica (data da realização: Agosto de 2013)



Diagnóstico

Lesão de cárie Inactiva, de cor acastanhada escura /negra, do dente 6.3



Tratamento efectuado

Pulpectomia e restauração a compósito do dente 6.3.

Técnica anestésica

Anestesia suprapariosteal infiltrativa ao nível das fibras sensitivas do nervo alveolar superior anterior, na prega jugal ao nível do dente 6.3.

Isolamento

Foi realizado isolamento relativo visto ser um dente maxilar em que não há tanta acumulação/estase de saliva e principalmente para diminuir o tempo de cadeira.

Remoção da cárie

A remoção da cárie foi completa.



Protocolo Clínico

- **Anestesia**
- **Remoção de toda a dentina cariada**
- **Ponto de trepanação**- com broca esférica diamantada, paralela ao longo eixo do dente
- **Abertura camarál**
- **Identificação/visualização do canal**

• Determinação da ODM trabalho

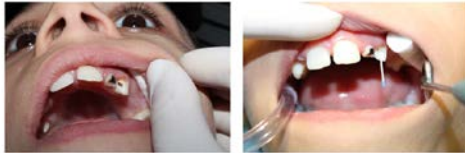
Colocação da lima K 15, a 15mm (2 a 3 mm do ápex) e realização de Rx



• Eviscção pulpar

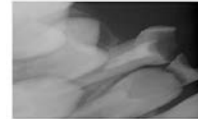
Determinação do DDF (Lima K 15), preparo circunferencial até á lima K 35 com irrigação abundante entre limas, utilizando hipoclorito de sódio a 5% .

• Secagem com cones de papel



• Colocação de pasta reabsorvível

Pasta de óxido de zinco e eugenol (o ideal seria sem eugenol), com plugger fez-se condensação vertical. Realizou-se Rx para confirmação.



• Colocação de cimento Intermédio

Utilizou-se o cimento de ionômero de vidro



• Condicionamento ácido

Com ácido fosfórico a 35% durante 20 seg



• Colocação de Adesivo- e evaporação de solvente e fotopolimerização

• Restauração com resina composta

Compósito A2, pela técnica incremental. Não foi possível utilizar coroa de policarbonato pré-fabricada, devido á pouca estrutura dentária remanescente.



• Polimento

A anatomização da restauração teve em conta o espaço disponível, e hábitos parafuncionais da criança.

- **Nota** – Foi também extraído o dente 6.2 por estar num estado de esfoliação activa (com grande mobilidade), e estado de Nolla de 9 (raiz quase completada)




O tratamento pulpar em Odontopediatria tem como principal objetivo a manutenção da integridade e a saúde dos tecidos dentais, que é obtido pelo uso de técnicas e/ou medicamentos que permitem a continuidade do seu desenvolvimento normal até a esfoliação, respeitando-se as características particulares do ciclo vital desses elementos.

CÓRREA, 2005

Apêndice 3 – Protocolo de Cirurgia Periodontal

Luisa Soares Amaral,
22193



Nelson Judas, Nelson Rebelo e Marisa Marques
5º ano
Grupo 70

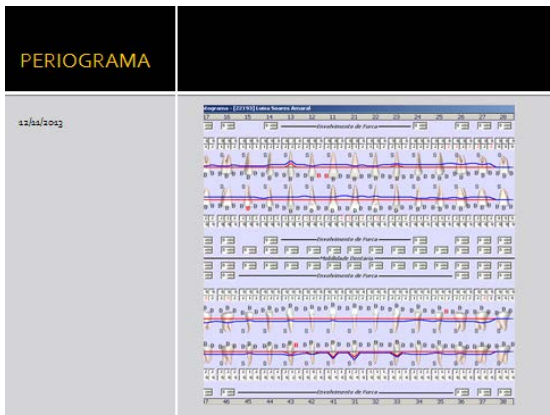
Síntese e contextualização do caso clínico

- Caso clínico: Recobrimento de recessão gengival com recurso a enxerto de tecido conjuntivo do palato
- Paciente com recessões inestéticas nos dentes 1.3, 2.3, 4.1, 4.2 e 3.1
- A paciente pretende ficar sem recessões e otimizar a estética
- Intervenção cirúrgica 11-12-2013: Enxerto no dente 1.3 (recessão localizada de 3-4mm)



Dados clínicos relevantes para o tratamento

- Paciente com 22 anos, sexo feminino
- Índice de placa: 36,5 %
- Colaboradora
- Não fumadora
- Realizou tratamento ortodôntico (duração de 3 anos)



Implicações estéticas (caso exista)

FOTO SORRISO FRONTAL

FOTO DO SORRISO LATERAL DIREITA



Rx Orto

12/05/2014



Procedimento Cirúrgico

- Antes da realização da incisão, o dente deverá ser curetado, alisando a sua superfície radicular;
- Deve ser preparado um leito receptor de tecido conjuntivo de 3-4mm de largura;
- A área receptora deverá ser demarcada pela realização de uma incisão horizontal ao nível da junção amelo-cementária no tecido interproximal de cada lado do dente a ser tratado;
- De seguida deverão ser realizadas duas incisões verticais, que se estabelecem da linha de incisão realizada no tecido interproximal, cerca de 4-5 mm apicalmente à recessão;
- Uma incisão horizontal é então realizada, unindo as duas incisões verticais na sua terminação apical;

Procedimento Cirúrgico

- De modo a assegurar que é removido um enxerto com tamanho suficiente da área doadora, uma guia cirúrgica metálica é preparada na área receptora. Esta guia é transferida para a área doadora (palato);
- Um enxerto com espessura de 2-3 mm deverá ser dissecado da área doadora;
- Deve-se colocar suturas no enxerto antes que este esteja completamente livre da área doadora palatina de modo a facilitar a sua transferência para a área receptora.
- O enxerto é colocado imediatamente no leito receptor;
- As suturas devem ser ancoradas no periosteo ou na gengiva aderida adjacente, de modo a promover a melhor forma a estabilização da área receptora;
- Varias suturas serão executadas de modo a assegurar uma adaptação íntima do enxerto ao leito receptor de tecido conjuntivo e à superfície radicular subjacente.

Técnica Cirúrgica

Material necessário:

- Kit de observação
- Anestesia
- Anestubo + carpule + agulha;
- Bisturi de Kirkland;
- Lâmina de bisturi nº15;
- Gaze esterilizada;
- Soro fisiológico;
- Porta-agulhas;
- Pinça hemostática;
- Fio de sutura 6.0;
- Afastadores
- Tesoura
- Aspirador de saliva + aspirador cirúrgico;

Fotos

04/12/2013 - Frontal



Fotos

04/12/2013 - Lateral direita



Fotos

04/12/2013 - Lateral esquerda

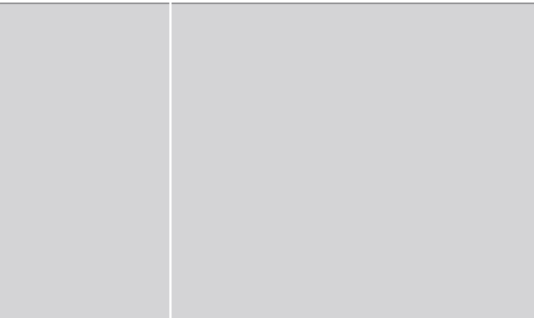


Fotos

04/12/2013



Controlo 6 semanas



Apêndice 4 – Apresentação de Caso Clínico em Ortodontia

CASO CLÍNICO 1

Ortodontia

• Prof. Doutor Armandino Alves
• Mestre Alexandra Reis
• Mestre Cláudia Pinto

Grupo 71

• Marisa Marques
• Cátia Moreira
• Inês Brito

Identificação

- Nome: D. M. E.
- N.º Processo: 25540
- Data: 27/02/2014
- Idade: 10 anos
- Sexo: Feminino
- Raça: caucasiana
- Profissão: Estudante



Anamnese

- Motivo da consulta:** "dentes tortos"
- Motivo Principal:** erupção ectópica dos caninos mandibulares e falta de espaço para a erupção dos caninos superiores
- Motivação:** Pais da paciente e área de odontopediatria
- Antecedentes gerais:**
 - Pessoais: Bronquite asmática, alergia ao pólen. Otites recorrentes e amígdalas hipertrofiadas.
 - Medicação: Singulair Júnior® (Montelucaste 2,5 mg) e spray nasal Vibrocil® (Maleato de dimetindeno 0,25mg/mL e fenilefrina 2,5 mg/mL), inalador para crises de asma - broncodilatador (mãe não sabe identificar)
 - Familiares: Pai – diabetes tipo II; Mãe- Rinite alérgica

Anamnese

- Antecedentes dentários:**
 - Pessoal: Cárias; restaurações; extracção de decíduos.
 - Mãe: Extracções, prótese fixa
 - Pai: Extracções, prótese removível
- Hábitos**
 - Sucção digital até aos 2 anos
 - Onicofagia
 - Roer objectos como canetas, lápis

- Frequentes
- Com alguma intensidade
- Prolongado no tempo

Fotografias

EXAME EXTRA - ORAL -> FRONTAL



Repouso

PIM

Sorriso

Fotografias

Exame extra - oral -> lateral



Repouso

PIM

Fotografias

EXAME INTRA - ORAL



Análise da Face



- Forma da face: Oval

Análise da Face



- Plano facial médio
- Simetria facial

Análise da Face



- Proporções faciais

Análise da Face



- Proporções faciais
- Regra dos 5,0s

Análise da Face



- Contração Peri-Oral
- Existente

Análise da Face



- Perfil Facial
- convexo

Análise da Face



- Perfil Labial
 - Normal

Análise da Face



- Altura Facial Inferior
 - frontal

Análise da Face



- Altura Facial Inferior
 - Lateral

Análise da Face



- Altura Facial Inferior
 - frontal

Análise da Face



- Ângulo Naso - Labial
 - 120° (Normal)

Análise Funcional



Morfologia Labial

	Tamanho		Espessura			Tonicidade		
	Normal	Curto	Normal	Fino	Grosso	Normal	Hipo	Hiper
Lábio Superior	X			X		X		
Lábio Inferior	X		X			X		

Análise Funcional



- Sorriso Gingival
- Inexistente

Análise Funcional



- Relação Incisivo - Labial
- 8 mm

Análise Funcional

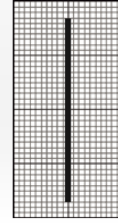


- Sem desvio da linha média



Análise Funcional

- Respiração: bucal
- Deglutição: normal
- Dicção: normal
- Sem sintomatologia na ATM
- Trajeto de Abertura
 - rectilíneo



Análise intra-oral



- Má higiene oral
- Gengivite



Análise intra-oral

- Amígdalas- hipertrofiadas
- Freio labial superior – normal
- Língua
 - Tamanho normal
 - sem endentações
 - Freio lingual normal
- Coloração do dentes posteriores

Classificação Dentária



- Relação Molar: Classe I
 - Relação Canina: Impossível de determinar
- Confirmação pelos modelos

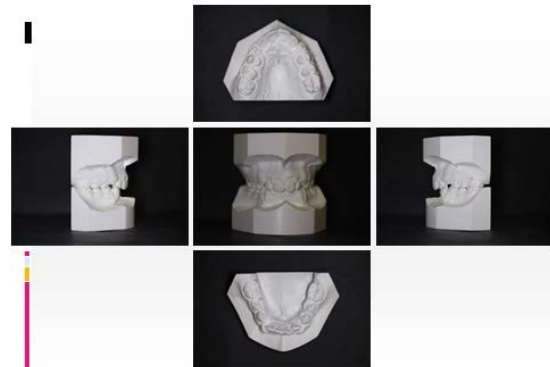


Classificação Dentária

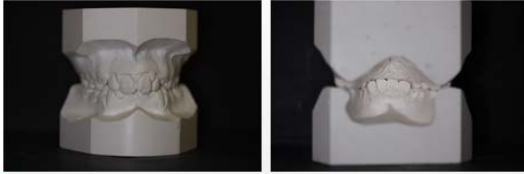


- Higiene oral deficiente
- Gengivite

ANÁLISE DE MODELOS



Fotografia Frontal



- Sobremordida Horizontal: 4,5 mm
- Sobremordida Vertical: 5 mm
- Mordida profunda

Fotografias Oclusais



- Em forma de "V"
- Palato ogival
- Ausência dos dentes: 17, 18, 27, 28
- Caninos em erupção
- Rotação do 15 e 25
- Em forma de "U"
- Ausência dos dentes: 37, 38, 47, 48
- Apinhamento anterior
- Erupção ectópica dos caninos
- Rotação do 35, 45

Fotografias laterais



- Relação Molar: Classe I
- Relação Canina: Impossível de determinar

Análise de Moyers

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
				6	5,5	5	6				

Soma dos incisivos inferiores: 22,5

Incs inf	22,5
MX	22,3
MD	21,9

Análise de Moyers

	Espaço disponível	Espaço necessário	DDM (ED-EN=DDM)
Mx direita	21 mm	22,3 mm	- 1,3 mm
Mx esquerda	20 mm	22,3 mm	-2,3 mm
Md direita	19 mm	21,9 mm	-2,9 mm
Md esquerda	20,5 mm	21,9 mm	-1,4mm

Existe falta de espaço na maxila e mandíbula do lado direito e esquerdo

Conclusão:
Mandíbula: -4,3
Maxila: -3,6

ORTOPANTOMOGRAFIA

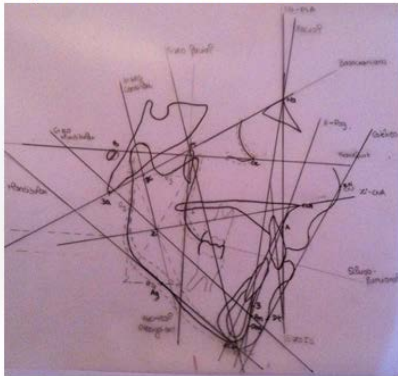


- Dentes não erupcionados: 18, 17, 27, 28, 38, 37, 47 e 48
- Dentes com selantes: 16, 26, 36 e 46
- Dente 53 já extraído
- Raízes dos 1º molares longas e finais

TELERRADIOGRAFIA

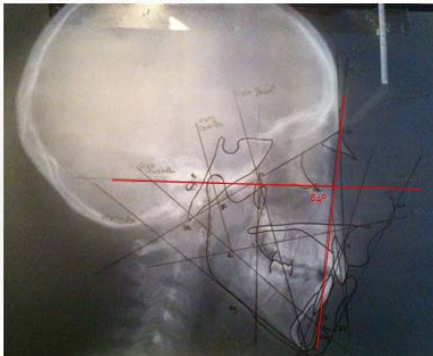


Traçado Cefalométrico



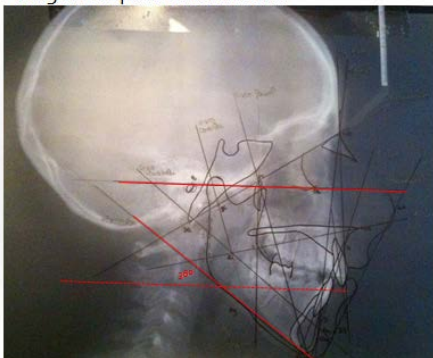
Determinação do Biótipo Facial

- Profundidade Facial



Determinação do Biótipo facial

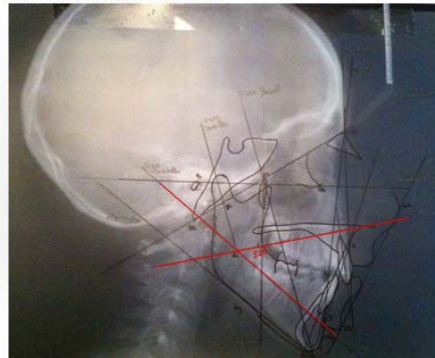
- Ângulo do plano mandibular



ANÁLISE DE RICKETTS

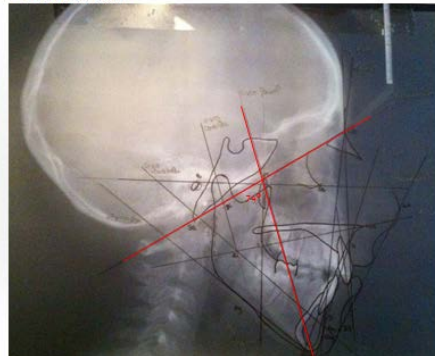
Determinação do Biótipo facial

- Altura Facial inferior



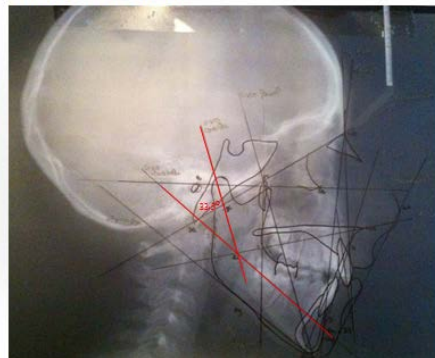
Determinação do Biótipo facial

- Eixo Facial



Determinação do Biótipo facial

- Arco mandibular



Determinação do tipo facial

Fator	Paciente	Diferença	Dif/DP	Tipo facial
Altura facial inferior	52°	5°	(-) 1,25	Dolicofacial
Profundidade facial	84°	3,3°	(-) 1,1	Dolicofacial
Eixo facial	74°	16°	(-) 5,33	Dolicofacial
Angulo Plano mandibular	36°	10,3°	(-) 2,575	Dolicofacial
Arco mandibular	33,5°	19°	4,75	Braquifacial

- Somatório: - 1,101
- Diagnóstico: Dolicofacial

Análise de Ricketts - resumida

Classificação Esquelética

Fator	Paciente	Norma+DP	Correção	Diferença	Significado
Convexidade facial	10 mm	2mm +/- 2 mm	1,8 mm	8,2 mm	Classe II esquelética
Profundidade Facial	84°	87° +/- 3°	87,3°	3,3 mm	Retrognatismo Mandibular
Profundidade maxilar	92°	90° +/- 3°	-	2°	Ortoognatismo maxilar

Análise de Ricketts - resumida

Classificação Dentária

Fator	Paciente	Norma+DP	Correção	Diferença	Significado
Extrusão do Incisivo Inferior	0,5 mm	1,25 mm +/- 2 mm	-	0,75 mm	Normal
Ângulo Inter - Incisivo	150°	125° +/- 6°	-	25°	Incisivo Inferior Verticalizado
Posição do Molar Superior	9 mm	idade + 3 (+/- 3 mm)	13 mm	4 mm	Distoposicionado
Protrusão do Incisivo Inferior	2,5 mm	1 mm +/- 2 mm	-	1,5 mm	Ortoposicionado
Inclinação do Incisivo Inferior	5°	22° +/- 4°	-	17°	Retroinclinado

Análise de Ricketts - resumida

Problema Estético

Fator	Paciente	Norma+DP	Correção	Diferença	Significado
Protrusão Labial	0 mm	- 2 mm +/- 2 mm	-	2 mm	Normal

RESUMO DO DIAGNÓSTICO

Resumo do diagnóstico

- Biótipo Facial
 - Dolicofacial
- Classificação esquelética
 - Classe II esquelética
 - Retrognatismo mandibular
- Classificação dentária
 - Incisivo inferior verticalizado e Retroinclinado
 - Molar Superior Distoposicionado



Resumo do diagnóstico

- Classificação Dentária
 - Relação molar: Classe I
- Problemas funcionais
 - Respiração bucal
- Hábitos
 - Hábito de Roer lápis/ caneta
- Desarmonia Dento-Maxilar (Moyers):
 - DDM negativa na maxila: - 3,6 mm
 - DDM negativa na mandíbula: - 4,3 mm

Resumo do diagnóstico

- Sobremordida horizontal:
 - 4,5 mm
- Sobremordida vertical
 - 5 mm

Objectivos do tratamento

- Tratamento corretivo
 - Manter classe I dentária
 - Obter espaço para erupção dos caninos
 - Corrigir o apinhamento e rotação do dente 3.2 e os segundos pré – molares
 - Correção da erupção ectópica dos caninos inferiores
 - Correção da sobremordida vertical e horizontal

Tratamento – Aparatologia Removível

Nome do Aparelho	Vantagens para o caso	Desvantagens para o caso
Placa de mordida anterior	Extrusão dos molares -> diminuição da sobremordida vertical	Não é o único movimento necessário
Placa de Schwarz + Placa de Hawley com parafuso de expansão	Ganho de espaço em ambas as arcadas	Movimento muito limitado ao nível da mandíbula

Tratamento – Aparatologia Removível

Nome do Aparelho	Vantagens para o caso	Desvantagens para o caso
Plano Inclinado	Protrusão dos incisivos inferiores Ganho de espaço	Paciente Dolicofacial com crescimento vertical da sínfise, logo é contra – indicado a protrusão dos incisivos Probabilidade de retração gengival
Lip Bumper	Ganho de espaço Correção do Sobremordida horizontal	Distalização de molar – classe I -> classe II Paciente Dolicofacial com crescimento vertical da sínfise, logo é contra – indicado a protrusão dos incisivos

Aparatologia Fixa

- Extrações dentárias (primeiros pré – molares)
- Stripping (desgastes interproximais)
- Expansão transversal de ambas as arcadas
- Protrusão dos incisivos inferiores

ANEXOS

Anexo 1 - Resumo submetido

Pré-visualização de poster

Transmigração de canino incluído – a propósito de um caso clínico

Categoria: Caso clínico

Autores: Marisa Sofia Marques*, Maria Inês Brito, Cátia Vanessa Moreira, Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Instituições: Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa

Áreas de interesse: Cirurgia Oral e Maxilofacial, Medicina e Patologia Oral

Introdução: A transmigração é um fenómeno raro no qual dentes não erupcionados migram através da linha média. A transmigração de caninos mandibulares permanentes é um fenómeno pouco comum sendo a prevalência reportada entre 0,14% a 0,31%.

Caso clínico: C.J.F.L.A., doente do sexo masculino, 43 anos, dirigiu-se à consulta de Medicina Oral com um quadro de sintomatologia álgica com alguns dias de evolução, referida à região do 37. A recolha da história clínica permitiu concluir tratar-se de um quadro de pulpíte irreversível num doente saudável, sem comorbilidades sistémicas associadas e sem antecedentes familiares relevantes. O exame clínico revelou a retenção do dente 83 e o exame radiográfico evidenciou a existência de transmigração e impactação do dente 43. Devido às possíveis complicações futuras, o doente concordou em realizar a exodontia do dente incluído transmigrado. O procedimento cirúrgico foi efectuado com sucesso e a cicatrização decorreu sem quaisquer intercorrências dignas de registo.

Discussão: O diagnóstico tardio e acidental de dentes incluídos é uma realidade da prática clínica. No presente caso, a extracção cirúrgica foi considerada como a forma de tratamento capaz de prevenir a ocorrência de complicações. Com efeito, a possibilidade de ocorrência de complicações associadas à inclusão, nomeadamente reabsorção radicular dos dentes adjacentes e o desenvolvimento de quistos ou tumores odontogénicos, torna a extracção cirúrgica a opção de tratamento mais adequada.

Neste caso a cirurgia decorreu dentro do planeado, dada a posição e proximidade com as raízes dos dentes adjacentes. A ferida operatória foi subvisionada 7 e 15 dias após a cirurgia, observando-se uma cicatrização por 1ª intenção dos tecidos, em conformidade com o que seria expectável, e com um resultado final altamente favorável. O follow-up revelou a existência de um processo favorável de neoformação óssea fisiológica na zona da cirurgia.

Conclusão: A extracção cirúrgica deste dente é importante para acautelar a ocorrência de complicações, mesmo perante ausência de sintomatologia. A exodontia permitirá a total regeneração óssea, que ocorrerá dentro de 6 meses a 1 ano.

Palavras-chave: Transmigração, canino impactado, retenção prolongada, reabsorção radicular, quisto, odontoma.