



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

José Gonçalo Pipo

Viseu, 2020



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

José Gonçalo Pipo

Orientadora:

Professora Doutora Rita Noites

Co-Orientador:

Professor Doutor Miguel Cardoso

Viseu, 2020

Aos meus pais e irmãos.

Agradecimentos

Venho manifestar o meu apreço, estima e agradecimento a todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram no decorrer desta caminhada e tornaram possível a sua realização:

À minha orientadora, Professora Doutora Rita Noites, pelas suas sábias sugestões e críticas perspicazes, pela paciência, disponibilidade, simpatia e amizade que sempre teve para comigo.

Ao meu Co-Orientador, Professor Doutor Miguel Cardoso, pelos seus comentários e pelo seu apoio sempre que deles necessitei.

Aos professores participantes no meu percurso académico que se disponibilizaram a partir comigo nesta viagem e sem os quais era impensável chegar ao destino.

Aos funcionários desta instituição que, durante o meu percurso na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, sempre me apoiaram e me ajudaram, sempre que possível ou até mesmo quando parecia “impossível”, tornando, muitas vezes disponível o material que não havia disponível.

À minha binómia, Mariana Mercatelli, e ao meu trinómio com Pedro Andrade, por todo o apoio e ajuda no decorrer do meu curso, especialmente nestes últimos três anos, que para mim foram bastante complicados.

Ao Dr. Marco Baptista, à Dr.^a Mariana Mercatelli e ao Dr. Diogo Portugal, que partilharam comigo, desde o início, os vossos ensinamentos. A estes futuros colegas de profissão um muito obrigado pela vossa amizade.

Aos restantes colegas e amigos do meu ano que estiveram sempre que muito me apoiaram e me incentivaram a ir mais além.

À minha mãe e ao meu pai, por serem o meu apoio incondicional. Sendo eles as pessoas mais importantes na minha vida, e que sem eles eu de certeza não estava onde estou agora, era a eles que me dirigia quando precisava de apoio nos piores momentos deste meu percurso académico.

Resumo

O objetivo deste relatório é fazer uma análise qualitativa e quantitativa dos casos clínicos efetuados durante a prática do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Viseu.

Este relatório tem como objetivo descrever toda a atividade clínica efetuada por mim, aluno José Gonçalo Pipo, nas áreas disciplinares de: Medicina Oral, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prostodontia Fixa, Prostodontia Removível, Oclusão, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria e Ortodontia em que tive oportunidade de aprender normas de conduta clínica necessárias e imprescindíveis à minha formação básica em Medicina Dentária.

A prática clínica, dominante no último ano do mestrado integrado, é baseada numa abordagem multidisciplinar, na qual são aplicados os conhecimentos teóricos apreendidos durante o percurso académico.

Para além de uma análise global da atividade clínica desenvolvida este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir casos clínicos diferenciados desde a sua anamnese até ao resultado obtido, assim como plano de tratamento e sua execução.

Palavras-chave: Atividade Clínica, Cirurgia, Dentisteria, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia.

Abstract

The objective of this report is to make a qualitative and quantitative analysis of the clinical cases performed during the 5th year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine at the University Clinic of the Health Sciences Institute of the Portuguese Catholic University in Viseu.

This report aims to describe all the clinical activity carried out by the student José Gonçalo Pipo in the disciplinary areas of: Oral Medicine, Oral Surgery, Periodontology, Fixed Prosthodontics, Removable Prosthodontics, Occlusion, Operative Dentistry, Endodontics, Pediatric Dentistry and Orthodontics. learn the necessary norms of clinical conduct essential to my basic training in Dentistry.

The clinical practice, dominant in the last year of the integrated masters, is based in a multidisciplinary approach, in which the theoretical knowledge learned during the academic course is applied.

In addition to an overall analysis of the clinical activity developed, this study aims to present and discuss different clinical cases from their anamnesis to the final result obtained, as well as treatment plan and its execution.

Key Words: Clinical Activity, Surgery, Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontology, Prosthodontics.

Índice

1. Introdução	3
2. Atividade Clínica	9
2.1. Caracterização geral da amostra	9
2.2. Atividade clínica por área disciplinar	14
2.2.1. Medicina Oral	15
2.2.2. Oclusão	16
2.2.3. Periodontologia	17
2.2.4. Cirurgia Oral	18
2.2.5. Dentisteria	20
2.2.6. Endodontia	21
2.2.7. Odontopediatria	21
2.2.8. Ortodontia	23
2.2.9. Prostodontia Fixa	24
2.2.10. Prostodontia Removível	25
2.3. Análise Crítica	27
3. Casos clínicos diferenciados	31
3.1. Caso clínico I - Reabilitação oral com prótese total removível superior.	31
3.1.1. Introdução	31
3.1.2. Descrição geral do caso clínico I	32
3.1.3. Discussão e conclusão	38
3.2. Caso clínico II - Recobrimento da recessão gengival do dente 3.1, com técnica de tunelização e enxerto de tecido conjuntivo de origem palatina	39
3.2.1. Introdução	39
3.2.2. Descrição geral do caso clínico II	40
3.2.3. Discussão e conclusão	47
3.3. Caso clínico III - Extração do dente 4.8 impactado a nível submucoso	48
3.3.1. Introdução	48
3.3.2. Descrição geral do caso clínico III	48
3.3.3. Discussão e conclusão	51
4. Conclusão	53
5. Referências Bibliográficas	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos pacientes por género (%) -----	10
Gráfico 2- Distribuição dos pacientes segundo a sua assiduidade (%)-----	10
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por faixas etárias-----	11
Gráfico 4- Distribuição dos pacientes segundo a higiene oral -----	11
Gráfico 5- Distribuição dos pacientes de acordo com os seus hábitos tabágicos -----	12
Gráfico 6- Distribuição do trabalho realizado como operador e como assistente (%)-----	12
Gráfico 7- Distribuição dos pacientes segundo a classificação ASA -----	13
Gráfico 8- Distribuição das consultas pelos diferentes atos clínicos-----	14
Gráfico 9- Distribuição dos atos como operador e assistente nas diferentes áreas disciplinares-----	14
Gráfico 10- Atos de Medicina Oral-----	15
Gráfico 11- Atos de Oclusão -----	16
Gráfico 12- Atos de Periodontologia -----	17
Gráfico 13- Atos de Cirurgia Oral -----	19
Gráfico 14- Atos de Dentisteria -----	20
Gráfico 15- Atos de Endodontia -----	21
Gráfico 16- Atos de Odontopediatria-----	22
Gráfico 17- Atos de Ortodontia-----	23
Gráfico 18- Atos de Prostodontia Fixa-----	24
Gráfico 19- Atos de Prostodontia Removível-----	26

Índice de Figuras

Figura 1 - Ortopantomografia do Caso Clínico I	32
Figura 2 - Fotografia da arcada superior	33
Figura 3 - Fotografia da arcada inferior	33
Figura 4 - Fotografia das arcadas em oclusão	33
Figura 5 - Moldeiras individuais para impressão definitiva	34
Figura 6 - Cera de mordida para registo intermaxilar	34
Figura 7 - Escolha da Cor (A3,5) pela escala de cores Vita®	34
Figura 8 - Vista da oclusão direita	35
Figura 9 - Vista frontal da prótese (cera)	35
Figura 11 - Vista da oclusão esquerda	35
Figura 10 - Vista palatina da prótese (cera)	35
Figura 12 - Vista lateral direita da prótese em acrílico	36
Figura 13 - Vista lateral esquerda da prótese acrílica	36
Figura 14 - Vista frontal da prótese acrílica	36
Figura 15 - Vista frontal e interior da prótese acrílica e pontos de contacto	37
Figura 16 - Foto frontal de sorriso em PIM	40
Figura 17 - Ortopantomografia do Caso Clínico I	41
Figura 18 - Radiografia periapical dos dentes 31 e adjacentes	41
Figura 19 - Kit de microinstrumentos cirúrgicos	42
Figura 20 - Incisão intrasulcular com microlâmina	43
Figura 21 - Preparação da tunelização	43
Figura 22 - Deseptelização do enxerto	44
Figura 23 - Enxerto deseptelizado	44
Figura 24 - Fotografia da sutura com apoios de compósito	44
Figura 25 - Fotografia após 1ª semana (sutura e apoios de compósito removidos)	45

Figura 26 - Ortopantomografia do Caso Clínico III -----	49
Figura 27 - Radiografia periapical do dente 4.8 -----	49
Figura 28 - Dente 4.8 após exodontia -----	50

Lista de Siglas

ASA – *American Society of Anesthesiology*

ATM - Articulação Temporomandibular

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BOP – *Bleeding on Probing*

CAF – *Coronally Advanced Flap*

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

INR - Razão Normalizada Internacional

IRM - *Intermediate Restorative Material*

MIMD - Mestrado Integrado em Medicina Dentária

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

PIM - Posição de Intercuspidação Máxima

PMMA - Polimetilmetacrilato

RAR - Raspagem e Alisamento Radicular

RDC - *Research Diagnostic Criteria*

TER - Tratamentos Endodônticos Radicais

UCP - Universidade Católica Portuguesa

Introdução

1. Introdução

A Medicina Dentária é a área da saúde humana que estuda e trata do sistema estomatognático, abrange a face, pescoço e cavidade oral, compreendendo ossos, musculatura mastigatória, articulações (principal é a articulação Temporomandibular - ATM), dentes e tecidos. Por saúde oral, entende-se a ausência de doença estomatológica, a correta função, estabilidade e até estética de todo o sistema estomatognático. Estando descrito que a saúde oral pode ter implicações na saúde geral.

Em Portugal, a entidade reguladora da Medicina Dentária é a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

A Medicina Dentária é uma área multidisciplinar que engloba áreas tão distintas como: Medicina Oral, Oclusão, Cirurgia Oral, Periodontologia, Prostodontia Fixa, Prostodontia Removível, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria, Ortodontia e Implantologia.

Atualmente, reconhecidas como especialidade pela OMD são: a Ortodontia, a Cirurgia Oral, a Periodontologia e mais recentemente, a Odontopediatria.

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) existe no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Viseu (ICS UCP Viseu) desde de 2006, assim como a Clínica Dentária Universitária. O curso engloba uma formação com duração de cinco anos, sendo os primeiros três Licenciatura e os restantes dois Mestrado Integrado. Os primeiros anos têm maior componente teórica, passando para aulas em pré-clínico onde se dá o primeiro contacto com a parte prática. Nos anos seguintes, a componente prática vai aumentando (nunca deixando as aulas teóricas) até ao último ano, onde a formação clínica é praticamente a tempo inteiro.

Este relatório apresenta uma análise qualitativa e quantitativa dos casos clínicos efetuados durante a prática do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Viseu.

Neste relatório irá ser utilizada a classificação da ASA (*American Society of Anesthesiology*) que se decompõe desta forma:

-No nível de risco **ASA I** é indicado a um paciente sem risco, saudável, sem toma diária de medicação. Neste paciente podem ser realizados todos os procedimentos pelo profissional.

-No nível de risco **ASA II**, apresenta uma doença sistêmica leve, sem que esta limite a sua atividade. Os pacientes indicativos desta classificação possuem apenas uma das seguintes patologias: Obesidade, Diabetes Mellitus controlada, Hipertensão Arterial controlada, Doença Pulmonar Leve, Hábitos Tabágicos, Hábitos Alcoólicos Moderados ou Gravidez.

-No nível de risco **ASA III** o paciente tem uma doença sistêmica moderada ou grave que já limita a sua atividade sem ser completamente incapacitante. Neste nível da classificação, estão incluídos os pacientes com: Diabetes Mellitus não controlada, Hipertensão Arterial não controlada, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Hepatite, Alcoolismo, história distante de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Insuficiência Renal.

-No nível de risco **ASA IV** representa um paciente com doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça à sua vida. Nesta classificação inserem-se os pacientes com episódios recentes de Enfarte Agudo do Miocárdio ou AVC, bem como pacientes com insuficiência respiratória aguda, isquemia do miocárdio, coagulação intravascular disseminada ou doença renal terminal.

-Um paciente **ASA V** é classificado com este nível quando necessita de cirurgia para a sua sobrevivência.

-O último nível de classificação, **ASA VI**, representa um paciente diagnosticado de morte cerebral.

-Acrescenta-se à frente a letra “e” a qualquer classe quando o indivíduo se encontra em cirurgias de emergência.

Serão apresentadas as diferentes Áreas Disciplinares com uma breve introdução de conteúdos e protocolos, o número de atos clínicos realizados, na qualidade de operador e de assistente, bem como alguma descrição breve destes.

No final, também vão ser apresentados e discutidos casos clínicos diferenciados desde a sua anamnese até ao resultado obtido, assim como plano de tratamento e sua execução.

Atividade Clínica

2. Atividade Clínica

Toda a atividade clínica desenvolvida foi na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu pelo binómio 24 e também em trinómio 32 para a disciplina de Oclusão.

A recolha de dados começou em outubro de 2016 (ano este em que começou o quinto ano) até outubro de 2019 (ano em que foi concluída a última disciplina do quinto ano).

Os dados foram recolhidos com o auxílio dos programas NEW SOFT®, registo eletrónico relativo às fichas individuais e às marcações dos pacientes, e ROMEXIS® e DIMAXIS®, programas utilizados na execução dos exames imagiológicos.

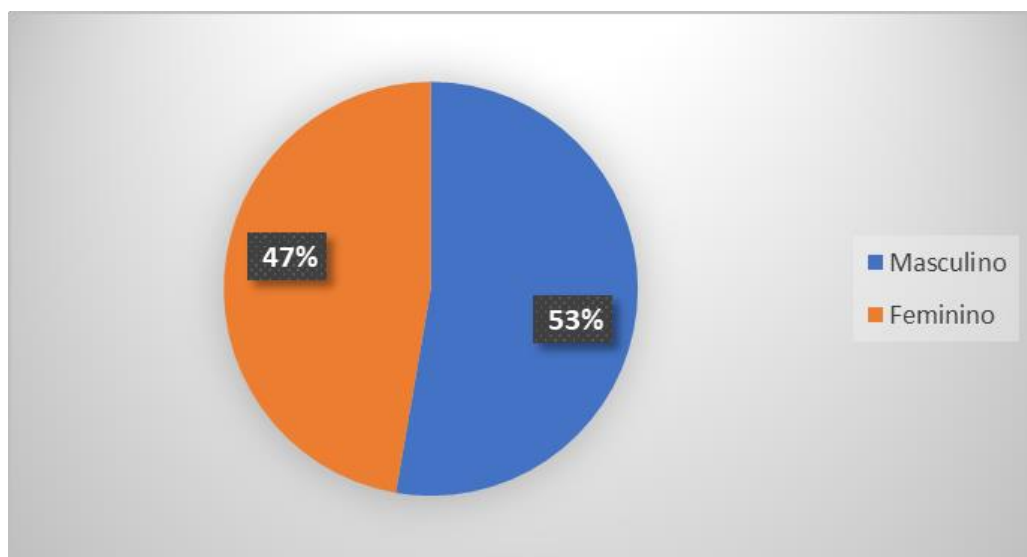
2.1. Caracterização geral da amostra

O relatório de atividade clínica descreve o trabalho que foi realizado ao longo do primeiro e segundo semestres do 5º ano, através de uma reflexão crítica dos objetivos gerais e específicos de cada área disciplinar, bem como a resolução dos casos clínicos.

Nesta secção será apresentada a atividade clínica desenvolvida na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu pelo binómio 24 e também enquanto trinómio 32 apenas para a unidade curricular de Oclusão.

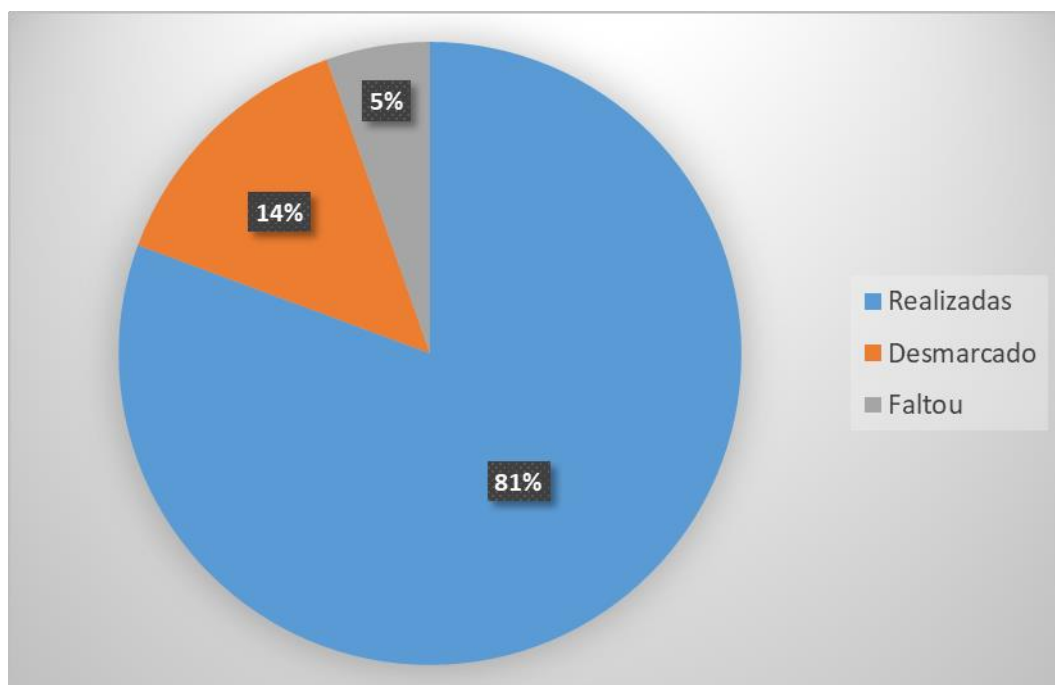
O binómio 24 e 32 (Oclusão) tiveram um total de 203 marcações, das quais efetivou 167 consultas, atendendo 74 pacientes diferentes, dos quais 39 eram do género masculino e 35 do género feminino. Podemos observar a distribuição dos pacientes relativamente ao género no gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição dos pacientes por género (%)



Registaram-se 167 consultas realizadas, 26 desmarcações e 10 faltas. Podemos observar a distribuição dos pacientes segundo a sua assiduidade no gráfico 2.

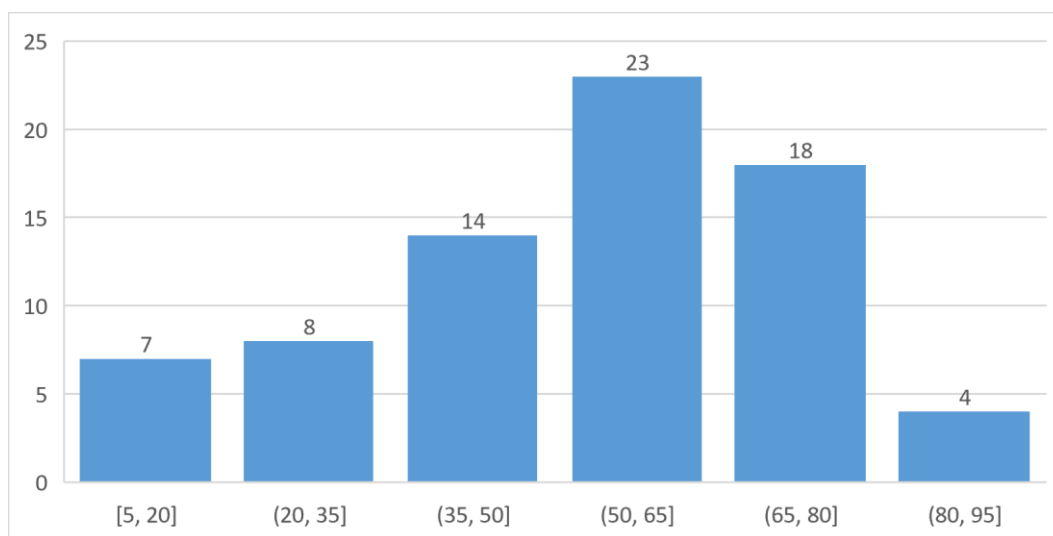
Gráfico 2- Distribuição dos pacientes segundo a sua assiduidade (%)



A faixa etária dos pacientes observados encontrava-se entre os 5 e 95 anos de idade, sendo que a maioria dos pacientes se encontrava inserido no grupo cuja idade vai dos 50 aos 80 e a minoria dos pacientes estava no grupo dos 80 aos 95 anos.

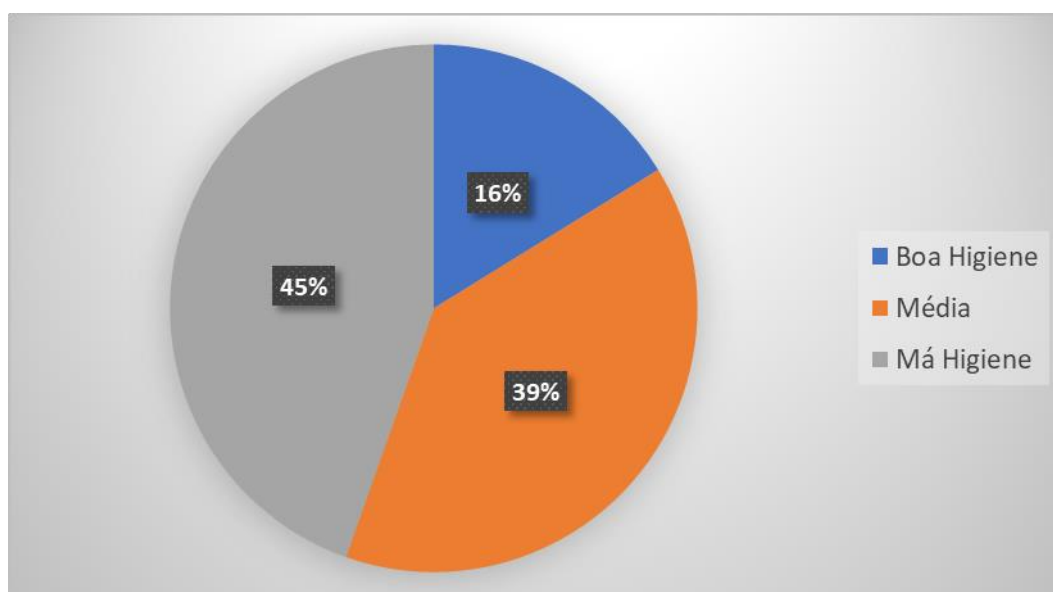
O seguinte gráfico de barras (Gráfico 3) mostra a distribuição dos pacientes de acordo com a idade:

Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por faixas etárias



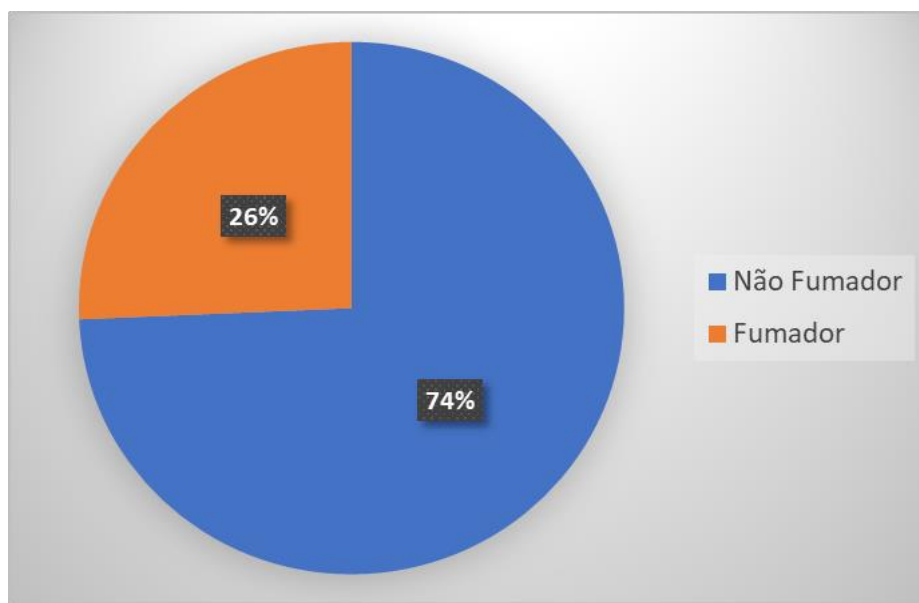
Relativamente à higiene oral dos pacientes numa classificação de Boa, Média e Má foram obtidos os resultados descritos no gráfico 4.

Gráfico 4- Distribuição dos pacientes segundo a higiene oral



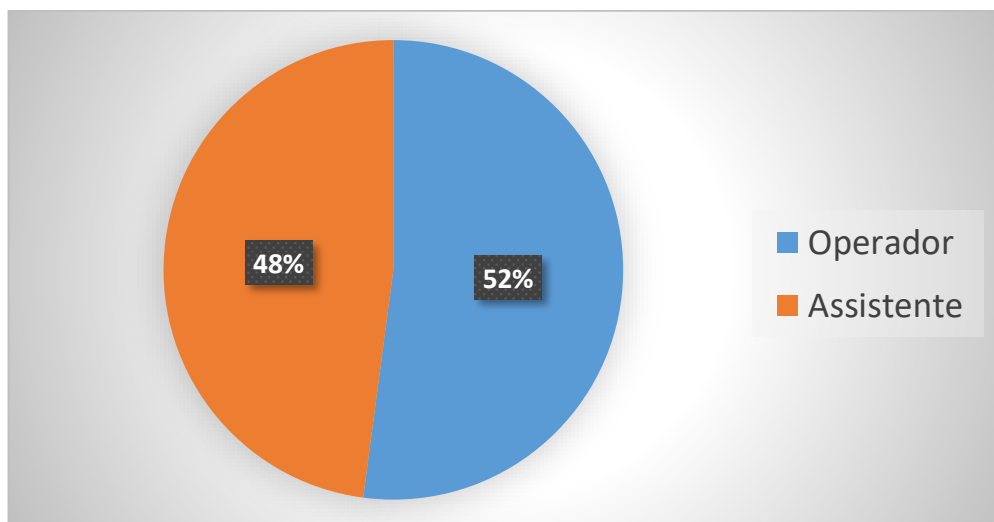
Relativamente aos hábitos tabágicos, foi verificado que 26% dos pacientes eram fumadores, sendo que o número de cigarros fumados por dia varia entre 1 e 20, e 74% dos pacientes eram não fumadores. Esta percentagem encontra-se ilustrada no gráfico 5.

Gráfico 5- Distribuição dos pacientes de acordo com os seus hábitos tabágicos



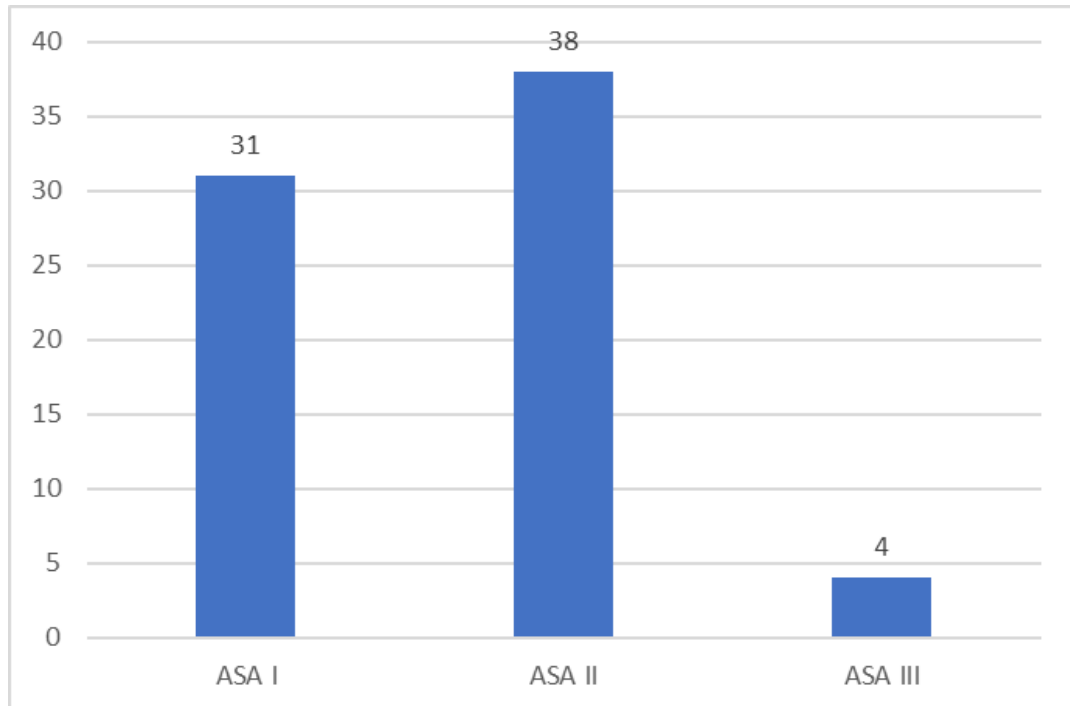
Relativamente ao número de atos como operador e assistente, foram realizadas 87 consultas como operador e 80 como assistente. Esta relação é expressa no gráfico 6 em percentagem (%).

Gráfico 6- Distribuição do trabalho realizado como operador e como assistente (%)



Em relação ao nível de risco do paciente, foram todos avaliados de acordo com a classificação da ASA. Não foi atribuída a classificação ASA IV, V ou VI, no entanto, a distribuição de pacientes, segundo esta classificação, encontra-se no gráfico 7.

Gráfico 7- Distribuição dos pacientes segundo a classificação ASA



As patologias sistêmicas mais encontradas foram as seguintes: colesterol, hipertensão e patologias associadas ao sistema digestivo.

2.2. Atividade clínica por área disciplinar

Gráfico 8- Distribuição das consultas pelos diferentes atos clínicos

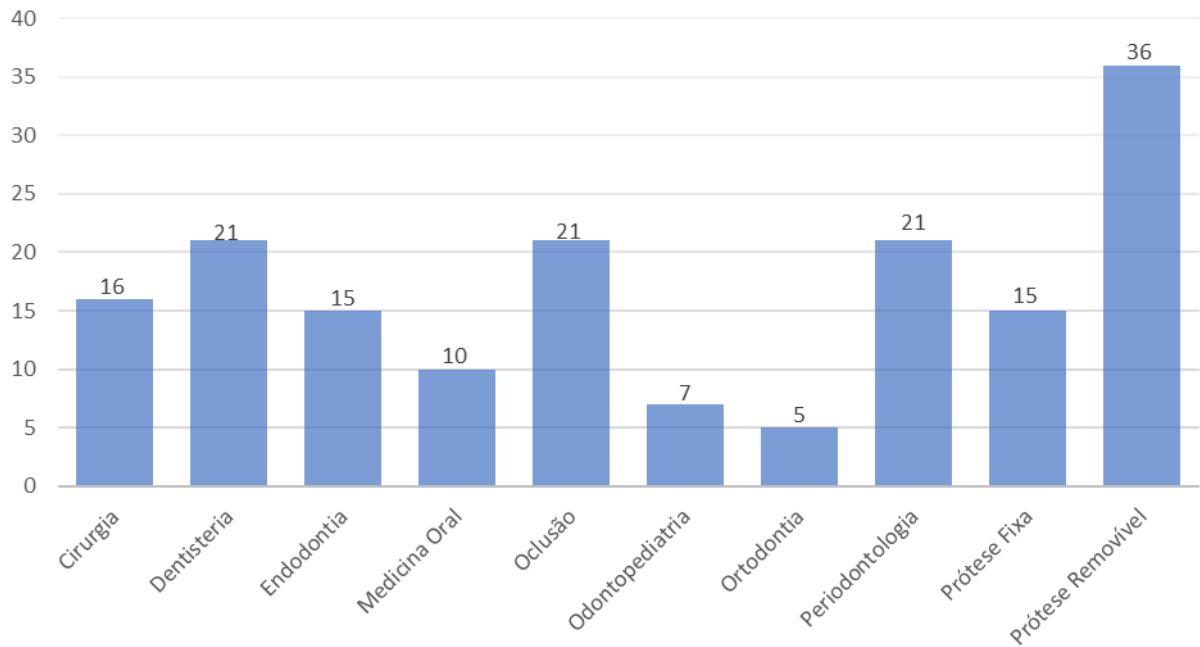
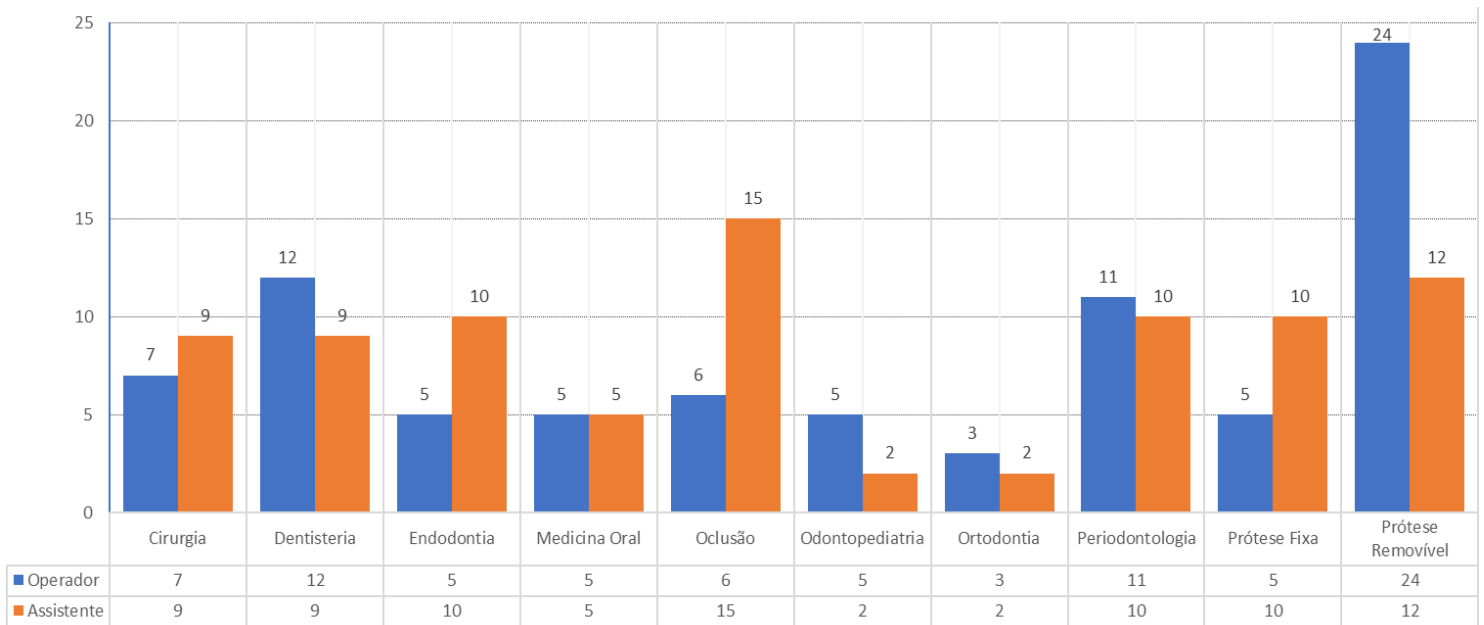


Gráfico 9- Distribuição dos atos como operador e assistente nas diferentes áreas disciplinares



2.2.1. Medicina Oral

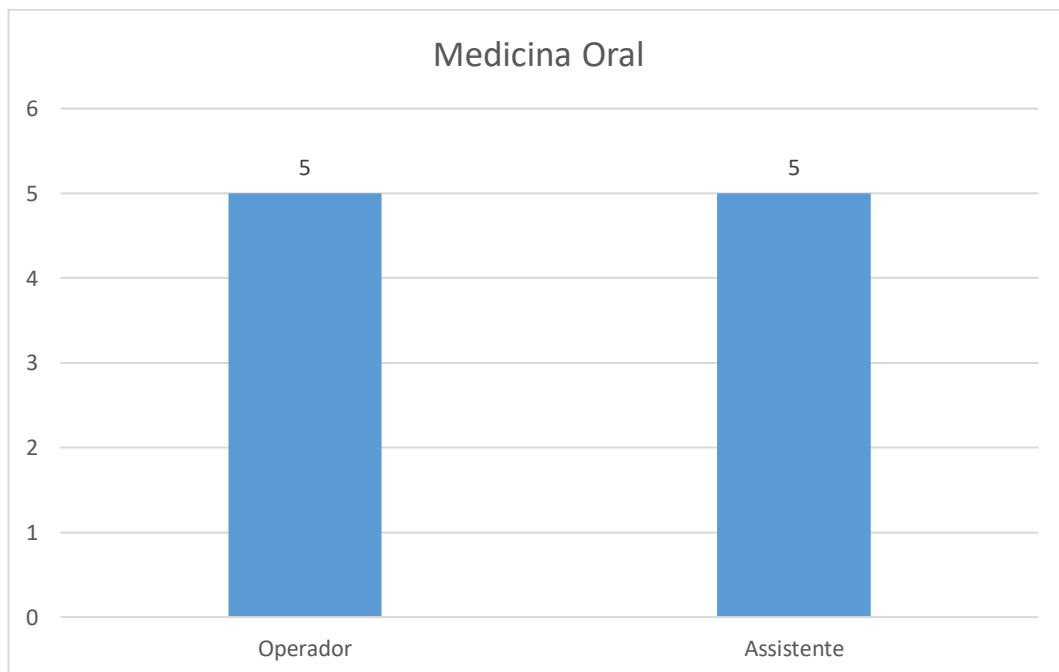
A consulta de Medicina Oral funciona de duas maneiras distintas com objetivos diferentes:

Numa primeira consulta, em que o paciente, passando pelo protocolo de primeira consulta, engloba o preenchimento da anamnese, a realização de exames auxiliares de diagnóstico e de um exame extra e intraoral com foco nas diversas estruturas da cavidade oral e anexos.

Esta consulta também está direcionada para o diagnóstico de lesões orais.

O ano letivo contou com 10 atos no total, 5 como operador e 5 como assistente. O número de atos desta área encontra-se ilustrado no gráfico 10.

Gráfico 10- Atos de Medicina Oral



Nestes 10 atos foram detetados casos maioritariamente reencaminhados para outras unidades curriculares, no entanto permitiu ainda ao operador encontrar previamente casos de cárie em fases iniciais e variados ajustes oclusais, que foram tratados nesta unidade.

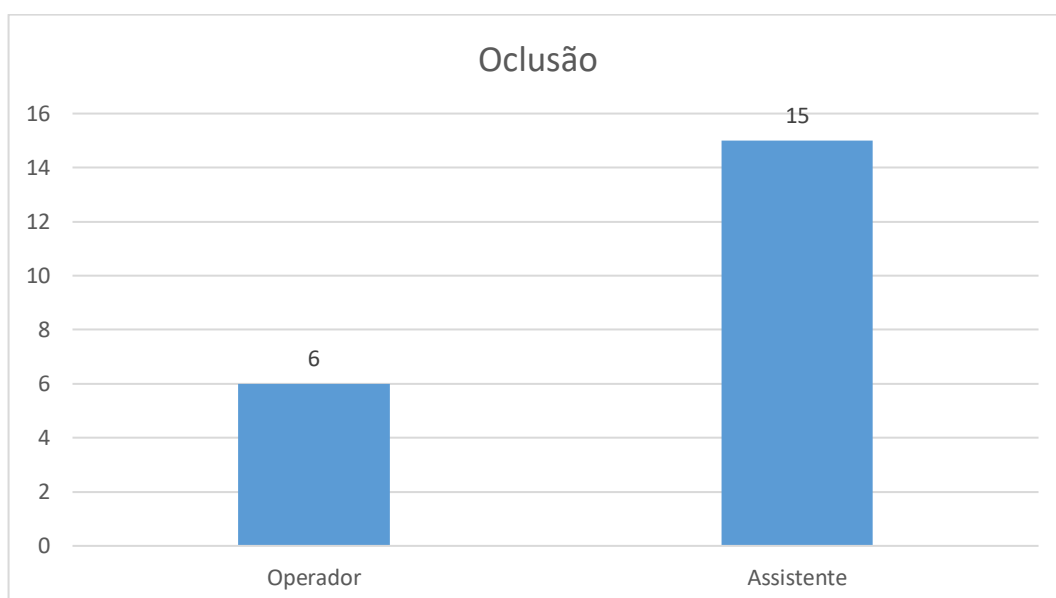
2.2.2. Oclusão

Nesta unidade curricular é realizado um exame à ATM bem como aos músculos da cabeça e pescoço, envolvidos na sua função, e as estruturas anexas. Através da palpação e auscultação, neste exame é feita a pesquisa de dor orofacial ou sons articulares no âmbito de diagnosticar possíveis desordens ou patologias.

Para auxiliar o profissional neste diagnóstico é feito também o preenchimento do questionário RDC (*Research Diagnostic Criteria*) geralmente durante a primeira consulta, que é um recurso para avaliar as possíveis Disfunções Temporomandibulares. Posteriormente, através da realização de modelos de estudo e ceras de mordida do paciente (cêntrica, protrusiva e lateralidades) é feita uma montagem em articulador semi-ajustável, que mimetiza a ATM e auxilia tanto no diagnóstico como no plano de tratamento.

Um tratamento comum realizado na clínica universitária é a realização de goteiras oclusais, sendo que, as mais utilizadas em distúrbios da ATM são as goteiras de relaxamento e as de posicionamento anterior. O gráfico 11 expressa o número de atos desta unidade curricular.

Gráfico 11- Atos de Oclusão



Na qualidade de operador, foram realizados dois questionários RDC e duas montagens em articulador e, no total, foram atendidos 4 pacientes diferentes com um total de 21 atos clínicos.

2.2.3. Periodontologia

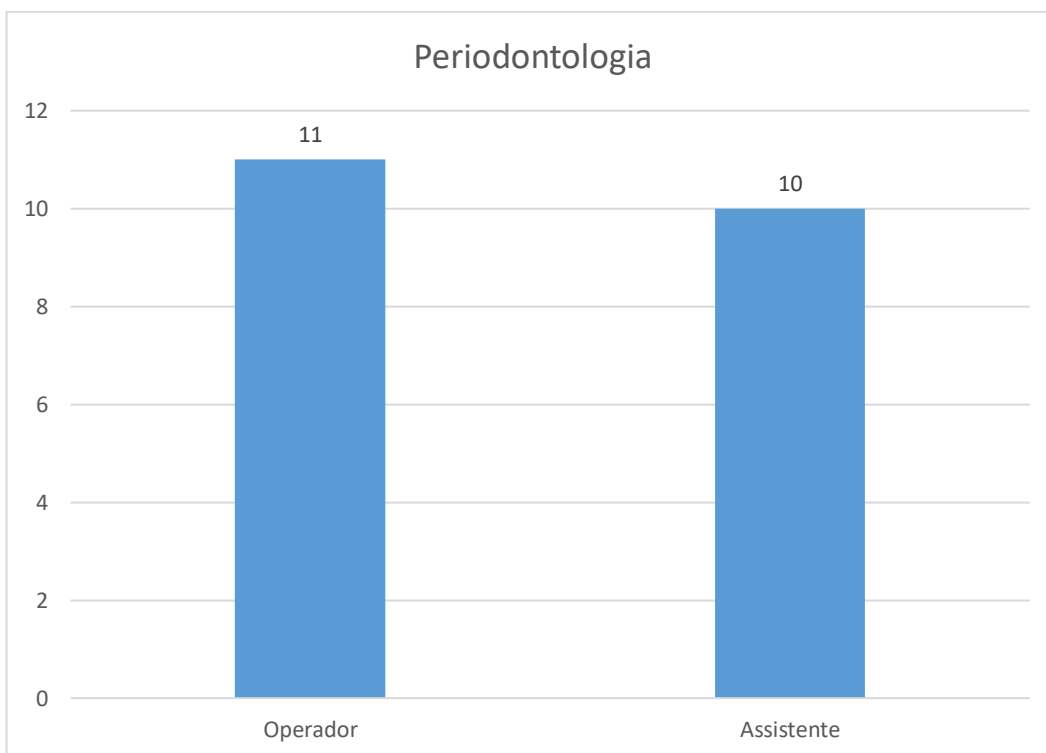
O objetivo da consulta de periodontologia é o diagnóstico, tratamento e controlo de doenças periodontais.

Para a obtenção do diagnóstico é feita a recolha de informação através de sondagem de bolsas periodontais e análise de radiografias. Durante a sondagem é importante avaliar as recessões gengivais, a profundidade das bolsas e as lesões de furca. Na radiografia, que pode ser uma ortopantomografia ou um status radiográfico, é importante averiguar a perda de suporte ósseo. Para além destes parâmetros outros importantes são a percentagem de BOP (*Bleeding On Probing*), o índice de placa e a mobilidade dentária.

Após a obtenção do correto diagnóstico é efetuado o plano de tratamento adequado.

No total, foram realizados 22 atos clínicos, dos quais 11 foram atendidos como operador e 10 como assistente. O número de atos realizados nesta disciplina durante o ano letivo encontra-se no gráfico 12.

Gráfico 12- Atos de Periodontologia



2.2.4. Cirurgia Oral

A disciplina de cirurgia oral foca-se na realização de cirurgias dento-alveolares.

Conhecimentos teóricos sobre assepsia, fisiologia, anatomia e terapêutica ganham especial relevância nesta área.

Ramo onde a técnica anestésica é essencial, pois assegurar um procedimento indolor é uma das chaves do seu sucesso.

Para o procedimento ser o mais seguro possível, é de extrema importância ter como base a anamnese realizada na clínica universitária.

Durante este questionário é possível identificar pacientes cuja medicação é incompatível com um tratamento dentário em cirurgia oral.

Ainda neste parâmetro é muito importante avaliar as patologias sistêmicas do paciente especialmente aquelas relacionadas com o sistema cardiovascular e com a coagulação.

Em pacientes com coagulopatias é necessário avaliar o seu INR (Razão Normalizada Internacional) e verificar se esta se encontra em valores seguros para a realização de cirurgias.

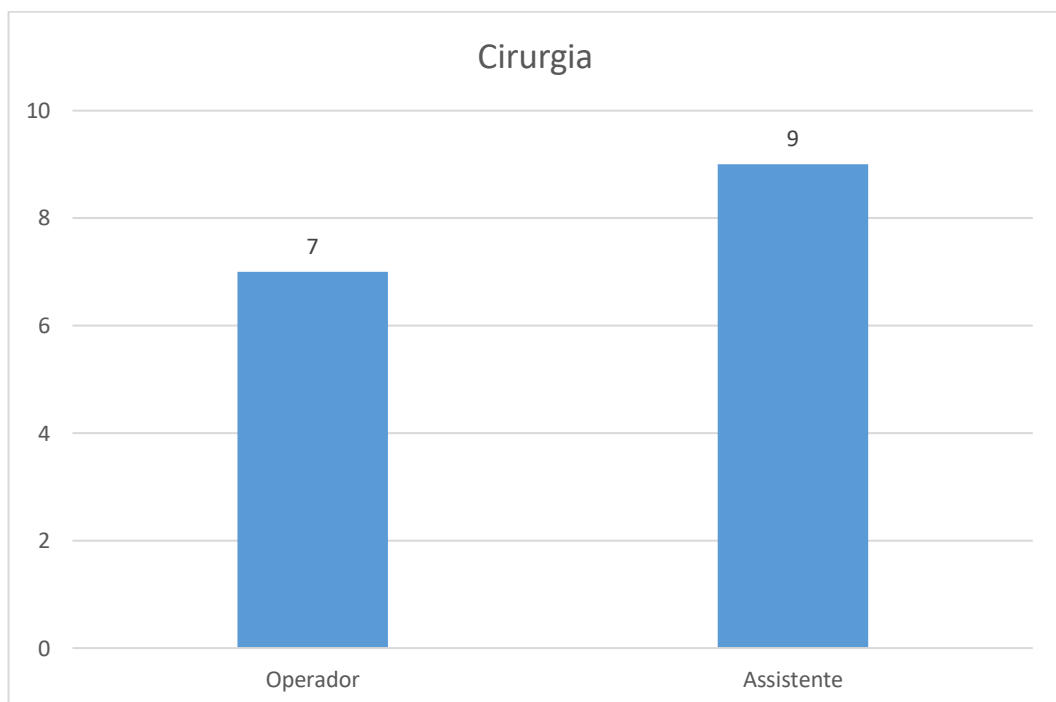
O protocolo é rígido tendo como sequência os seguintes passos:

- Exame intraoral inicial e radiográfico;
- Anestesia dos nervos envolvidos;
- Sindesmotomia para descolamento das fibras gengivais laterais;
- Luxação com alavanca para expansão do alvéolo ósseo;
- Avulsão com boticão removendo a maior parte do tecido dentário;
- Curetagem para remover fragmentos ou lesões que possam ter ficado no interior do alvéolo e promoção do coágulo.
- Suturar para uma melhor cicatrização.

Caso os passos tenham sido apenas estes, dá-se o nome de cirurgia de técnica fechada. Sendo necessária a realização de incisões, osteotomia (desgaste seletivo de osso circundante) ou odontosecção (seccionar a peça dentária para remoção facilitada) dependendo da dificuldade cirúrgica do caso em questão, nestes casos consideram-se cirurgias de técnica aberta.

O número de atos realizados durante o ano letivo encontra-se no gráfico 13.

Gráfico 13- Atos de Cirurgia Oral



Como operador, nestes 7 atos, foram realizados vários tipos de procedimentos cirúrgicos, desde exodontias simples até cirurgias mais diferenciadas, com odontosecção, osteotomia e incisões para remoção de um siso semi incluso (descrito nos casos clínicos diferenciados) e, enquanto assistente, foram realizados 9 atos clínicos num total de 16 atos clínicos na área de cirurgia.

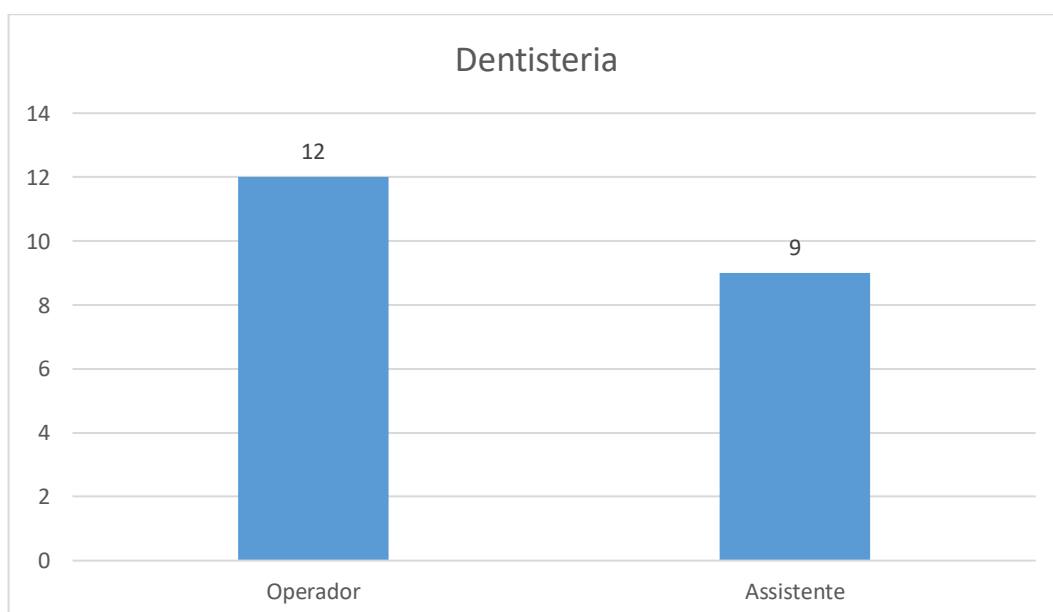
2.2.5. Dentisteria

A dentisteria tem como o principal objetivo a restauração da estrutura dentária à sua melhor forma anatômica, funcional e estética possível.

Devido à grande incidência, as lesões cariosas são as maiores candidatas para tratamento nesta área. O diagnóstico serve-se de meios variados como exame clínico intraoral com inspeção visual e com o uso de sonda exploradora, testes térmicos, percussão vertical e horizontal, teste de cavidade e exames radiográficos. O tratamento destas pode ser preventivo, através de selantes ou flúor, mas é o tratamento intercetivo que é realizado mais frequentemente. Neste último utiliza-se material restaurador definitivo, como amálgama ou compósito, ou provisório, como IRM® (*Intermediate Restorative Material*) para preenchimento da cavidade que deve ser o menos invasiva possível.

Dentisteria foi uma das áreas disciplinares com maior número de atos clínicos contando com 8 restaurações definitivas, mas também 3 provisórias, tratamentos de espera, desgastes seletivos e ajustes oclusais. Os tratamentos efetuados, abrangeram vários dentes diferentes desde incisivos (zona estética) a molares. As localizações das lesões foram em mesial, distal, oclusal e ainda uma MOD (mesio ocluso distal). Como operador, foram realizados 12 atos clínicos e como assistente 9, somando um total de 21 atos. O número de atos realizados nesta área encontra-se no gráfico 14.

Gráfico 14- Atos de Dentisteria



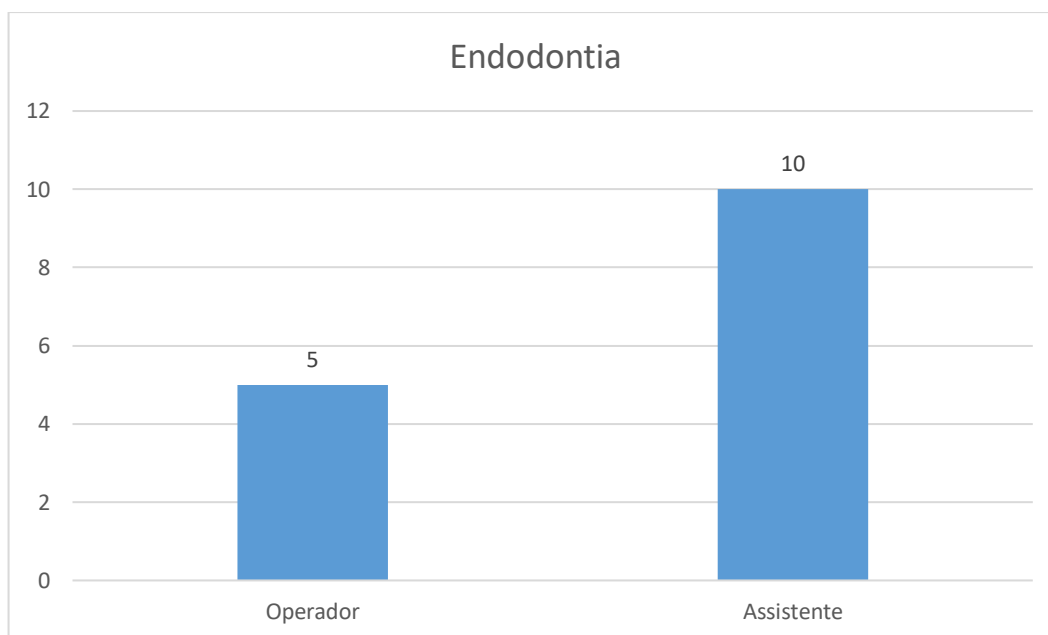
2.2.6. Endodontia

Endodontia é uma área da medicina dentária responsável pelo estudo da polpa dentária, de todo o sistema de canais radiculares e dos tecidos periapicais, bem como das doenças que os atingem.

O isolamento absoluto do campo operatório com dique de borracha é essencial e obrigatório, para garantir assepsia canalar, impedir a deglutição de instrumentos e líquidos de irrigação.

Nesta área disciplinar foram realizados 15 atos clínicos ao longo do 5º ano, 5 como operador e os restantes 10 como assistente. O número de atos realizados na área encontra-se no gráfico 15.

Gráfico 15- Atos de Endodontia



Nas 5 consultas como operador foram realizados dois tratamentos endodônticos em dois pré-molares inferiores.

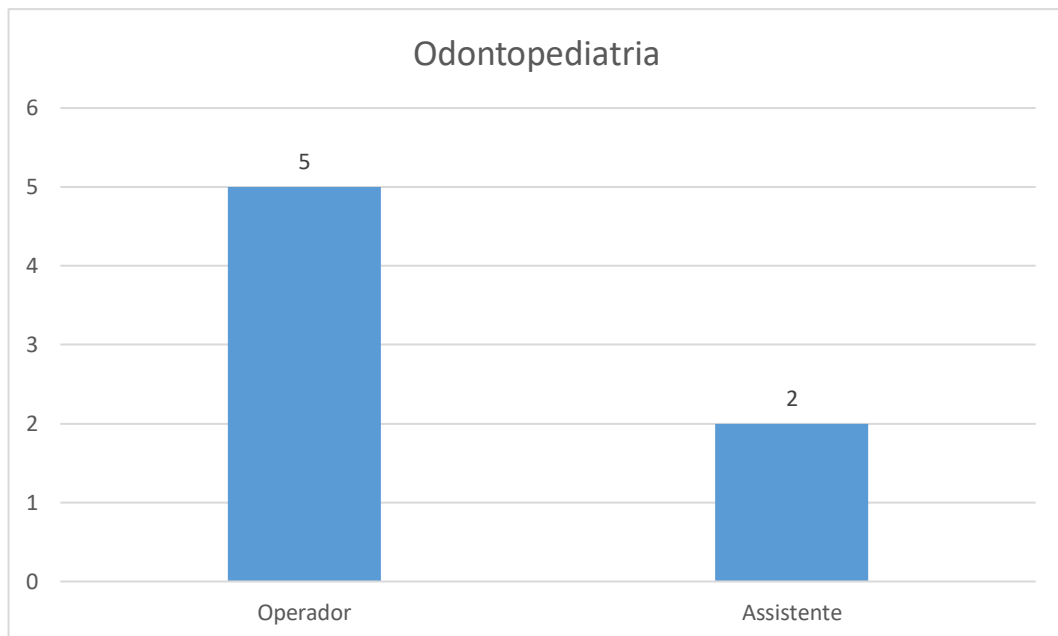
2.2.7. Odontopediatria

Odontopediatria ocupa-se de atos clínicos realizados em pacientes, até aos 16 anos. É de registar que alguns pacientes com síndromes ou necessidades especiais são encaminhados para esta unidade curricular.

Nesta disciplina é realizada a história clínica, diagnóstico e tratamento de bebés, crianças e adolescentes. Os tratamentos mais comuns são preventivos, como a colocação de selantes, muitas vezes de acordo com o cheque dentista, a exodontia de dentes decíduos e os tratamentos de cárie precoce. Alguns traumatismos e técnicas de manutenção de espaço são também encontrados e tratados na clínica dentária universitária.

Num total de 7 atos clínicos realizados ao longo do 5º ano, 5 foram realizados como operador e os restantes 2 como assistente. O número de atos clínicos encontra-se no gráfico 16.

Gráfico 16- Atos de Odontopediatria



Destes atos podem ser mencionadas consultas de controlo, colocação de selantes de fissuras, restauração em oclusal do dente 74, restauração distal no dente 84, extração de resto radicular para erupção do dente definitivo e controlo de arco lingual.

É de ressaltar que, apesar de ser a área com menor atendimento no presente relatório, o ato clínico destacou-se pelo meu interesse e facilidade em lidar com crianças e jovens.

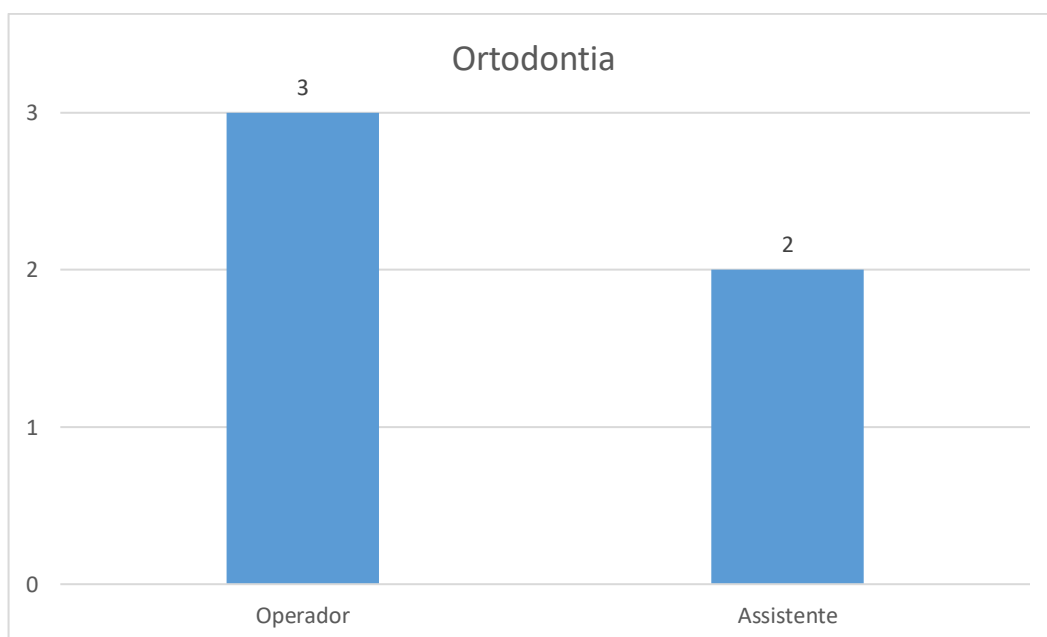
2.2.8. Ortodontia

O objetivo desta disciplina é o diagnóstico de problemas ortodônticos e a elaboração de um plano de tratamento que pode ser preventivo ou interceetivo consoante a idade do paciente.

O diagnóstico é feito com base nos meios auxiliares de diagnóstico como fotografias intra e extra-orais, ortopantomografia, modelos de estudo e telerradiografia lateral. Nesta última é feita a análise cefalométrica de Ricketts com o objetivo de determinar a origem da má oclusão bem como a classe esquelética e dentária do paciente e o seu biótipo facial. Nos modelos calculam-se discrepâncias entre o tamanho dos dentes e maxilares para prever problemas oriundos da falta ou excesso de espaço dentário. É também possível ter uma melhor perspectiva de desvios, rotações e classes molares e caninas através dos modelos. Podem ser realizados controlos de tratamentos realizados na Clínica Dentária Universitária.

Num total de 5 atos clínicos realizados ao longo do 5º ano, 3 foram realizados como operador e os restantes 2 como assistente. Para os 3 pacientes foram feitos os respetivos diagnósticos e planos de tratamento com consultas de obtenção de dados e meios auxiliares de diagnóstico (gráfico 17).

Gráfico 17- Atos de Ortodontia



2.2.9. Prótese Fixa

A prática clínica de prótese fixa utiliza meios de reabilitação protética fixos, daí a sua designação, tais como coroas unitárias, pontes, *inlays* e *onlays*. Estes servem para restaurar dentes extensamente destruídos ou cuja lesão permita a confecção de um preparo, e também espaços edêntulos pouco extensos e com bom suporte periodontal nos dentes pilares.

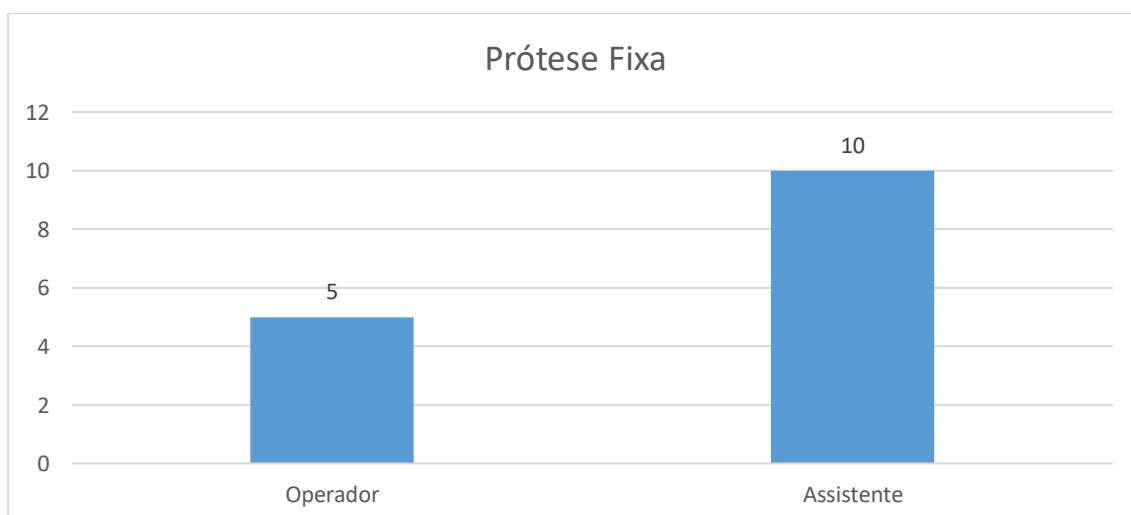
Para este resultado é feita uma extensa recolha inicial de dados como anamnese, fotografias intra e extra-orais, radiografias dos dentes pilares e diagnóstico do estado periodontal destes com medição de bolsas, impressões e respetivos modelos, e preenchimento de questionários de avaliação do(s) dente(s) pilar(es) e do espaço edêntulo no caso de uma ponte.

Após estabelecido o plano de tratamento são realizados os preparos dentários que podem prescindir de mais ou menos estrutura dentária consoante a extensão da lesão, a orientação do dente e o tipo de prótese usada na reabilitação. Na consulta em que é realizado o preparo é também necessária à sua proteção com uma coroa provisória até à consulta seguinte.

Nesta área é preciso ter especial atenção à estética, à oclusão, à estabilidade com bons pontos de contacto e à higiene do paciente.

Foram atendidos três pacientes num total de 15 atos, 5 como operador e 10 como assistente. O número de atos realizados na cadeira de Prótese Fixa encontra-se no gráfico 18.

Gráfico 18- Atos de Prótese Fixa



Um dos pacientes foi acompanhado do início ao fim do seu tratamento como operador e contava com um molar extensamente destruído com reabilitação através de uma coroa metalo-cerâmica. Os outros pacientes foram também igualmente acompanhados do início ao fim, mas já na qualidade de assistente.

2.2.10. Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível trata desdentações parciais e totais. Desdentações estas que:

- Não podem ser tratadas pela Prótese Fixa;
- Desdentações mais numerosas;
- Preferência do paciente sob qualquer motivação.

Deste modo, como tratamento é feita a colocação de uma prótese removível que se pode definir como qualquer prótese dentária a qual substitui alguns ou todos os dentes e pode ser facilmente removida e reposta na cavidade oral. (1)

A reabilitação por meio da prótese removível tem como objetivos a eliminação da doença, a preservação, restauração, manutenção da saúde dos dentes remanescentes e tecidos circundantes de forma a restaurar a função perdida e a forma facial, assim como o restabelecimento da estética dentária, da fonética e da correta deglutição, bem como a melhoria na vida social própria. (2)

A escolha dos dentes pilares, a escolha da cor, os conectores e um desenho adequado da prótese são fatores essenciais no sucesso da reabilitação.

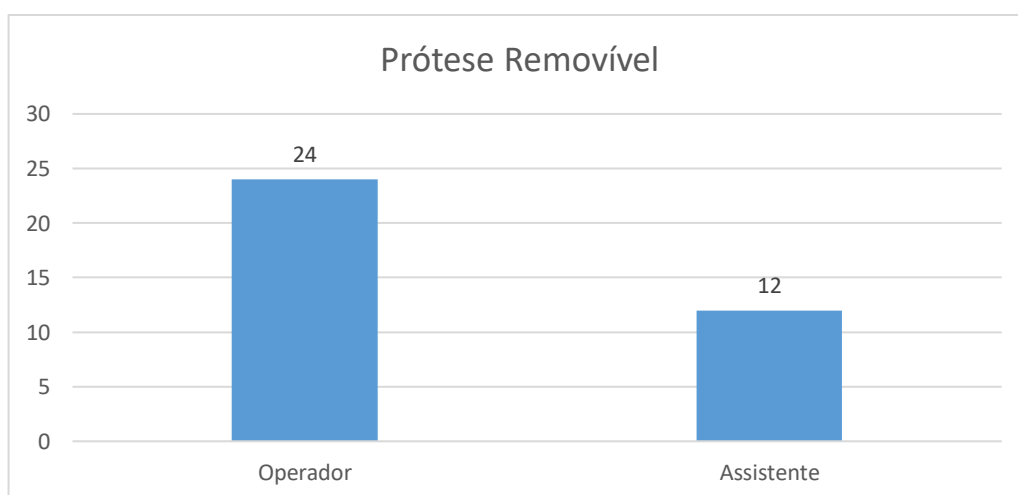
Existem dois tipos de prótese, as acrílicas e as esqueléticas. As acrílicas usam polimetilmetacrilato (PMMA) na grande maioria do seu desenho e são mais utilizadas em desdentações totais. As esqueléticas utilizam mais metal e são usadas nas desdentações parciais.

O operador nesta área tem como objetivo a confecção de um desenho de prótese a partir de modelos previamente realizados e enviar este, juntamente com os modelos e dados relevantes, para o laboratório de prótese dentária. Entre esta fase e a finalização são feitas várias provas, onde é testada a adequação da prótese, bem como o grau da satisfação do paciente. Estabilidade e harmonia oclusal são fundamentais neste processo.

Após a realização e finalização deste processo, o paciente realiza algumas consultas de controlo com o intuito de verificar a adaptação ou resolver complicações que possam, eventualmente, surgir a longo prazo, como lesões ou falta de retenção e estabilidade. O tratamento pode passar por rebasamento, remoção de pontas afiadas de acrílico, desgaste dos dentes e aperto dos ganchos.

Foi na disciplina de Prótese Removível que se verificou o maior número de pacientes, tanto como operador como assistente. Não só pela grande quantidade de pacientes reabilitados previamente a necessitar de consultas de controlo, como de uma elevada procura de reabilitação com esta solução.

Gráfico 19- Atos de Prostodontia Removível



Foram realizados um total de 36 atos clínicos, 24 como operador e 12 como assistente. Nestes 24 atos foram feitas 14 consultas de avaliação, 9 de controlo em que 4 consultas para fazer rebasamento e 5 consultas para desgastes seletivos mais apertos de ganchos na prótese e foram 4 consultas dedicadas à entrega de prótese quer esquelética, quer acrílica.

2.3. Análise Crítica

A importância da quantidade de casos clínicos que o aluno, tanto na qualidade de operador como de assistente, realiza é diretamente proporcional à sua capacidade de relacionar conhecimentos teóricos com as realidades da prática clínica. A destreza manual necessária para a maior parte dos atos de reabilitação realizados diretamente na cavidade oral, a capacidade de reconhecer padrões frequentes e chegar a conclusões de forma mais rápida e a confiança para diagnosticar e tratar casos são o pináculo para a finalização do mestrado integrado e futura carreira profissional.

Apesar de na generalidade os atos clínicos serem de número elevado, existem áreas disciplinares onde a formação e preparação prática se pode ter considerado apenas satisfatória e muito provavelmente beneficiariam se o número de pacientes atendidos tivesse sido maior.

O facto de ter existido uma área disciplinar em que o atendimento em trinómio foi uma necessidade (devido à existência de um número total ímpar de alunos a frequentar a disciplina prática), possibilitou, de facto, um aumento do número de pacientes atendidos, como foi o caso de Oclusão. Porém, como seria de esperar, a maior parte destes casos foi acompanhada sob a qualidade de assistente e apesar de não servir como um exercício da destreza, contribuiu para um aprofundamento de conhecimentos e visualização novos casos e técnicas.

Casos Clínicos Diferenciados

3. Casos clínicos diferenciados

3.1. Caso clínico I - Reabilitação oral com prótese total removível superior.

3.1.1. Introdução

Em situações de reabilitação oral protética existem normalmente duas opções, uma de prótese fixa e outra de prótese removível. A prótese removível visa a substituição das estruturas perdidas com prótese acrílica ou prótese esquelética, podendo ser inserida e removida facilmente pelo paciente.
(3)

Dentro das próteses possíveis em Prótese Removível, existem as esqueléticas e as acrílicas. As esqueléticas utilizam metal como estrutura e têm retenção através de ganchos também metálicos e são usadas nas desdentações parciais. As acrílicas são feitas de polimetilmetacrilato (PMMA) e são mais utilizadas em desdentações totais, como assim é neste caso clínico I.

3.1.2. Descrição geral do caso clínico I

Paciente caucasiana, género feminino com 64 anos de idade, desdentada total superior e parcial inferior, história médica de patologia da tiroide (hipertiroidismo) mas controlado; portadora de prótese inferior removível esquelética (efetuada noutra clínica), o motivo da consulta foi “refazer a prótese superior”

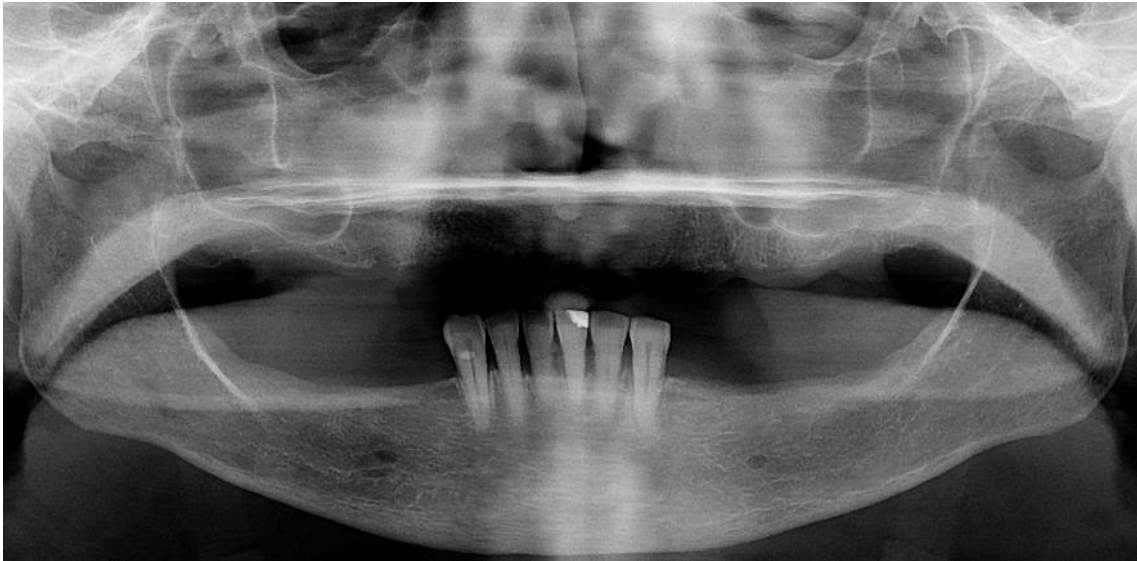


Figura 1 - Ortopantomografia do Caso Clínico I

Depois da anamnese e análise radiográfica, optou-se pela reabilitação oral através de uma prótese total acrílica para a arcada superior, tendo sido a paciente encaminhada para as diversas consultas:

- **Primeira consulta:** avaliação clínica do paciente, fotografias intra e extras orais, impressões preliminares e confecção de moldeiras individuais;



Figura 2 - Fotografia da arcada superior



Figura 3 - Fotografia da arcada inferior



Figura 4 - Fotografia das arcadas em oclusão

- **Segunda consulta:** realização de impressões definitivas utilizando acrílico nos moldes de gesso efetuados na consulta anterior dando uma maior adaptação final da prótese;



Figura 5 - Moldeiras individuais para impressão definitiva

- **Terceira consulta:** registo intermaxilar para nos fornecer os contactos com os dentes ainda presentes e os dentes da prótese inferior já existente, e determinação da dimensão vertical de oclusão, escolha da cor;



Figura 6 - Cera de mordida para registo intermaxilar



Figura 7 - Escolha da Cor (A3,5) pela escala de cores Vita®

• **Quarta consulta:** prova de dentes, verificação da dimensão vertical de oclusão e da estética dento-facial; enviado novamente para o laboratório para confeccionar a prótese total em acrílico para na seguinte consulta se proceder inserção da mesma;



Figura 8 - Vista da oclusão direita



Figura 9 - Vista frontal da prótese (cera)



Figura 11 - Vista palatina da prótese (cera)



Figura 10 - Vista da oclusão esquerda

- **Quinta consulta:** inserção da prótese em boca e envio para rebasamento, uma vez que se verificou que não estava bem ajustada.



Figura 12 - Vista lateral direita da prótese em acrílico



Figura 13 - Vista lateral esquerda da prótese acrílica

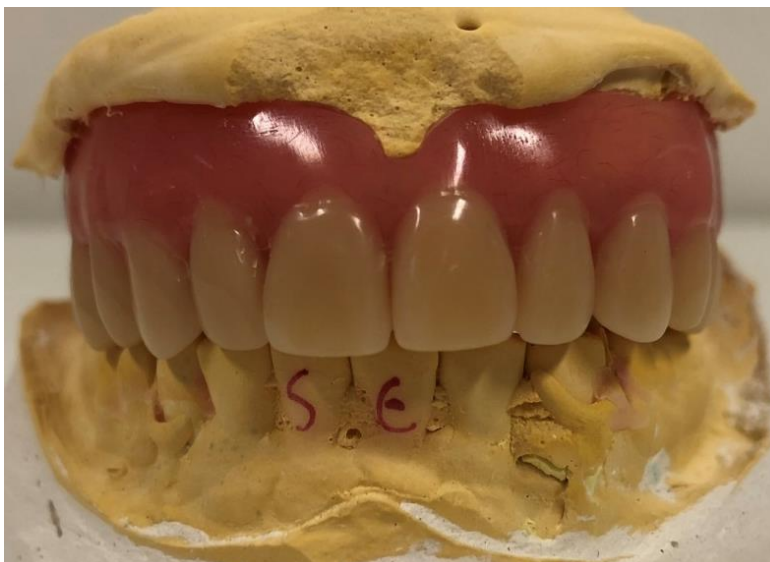


Figura 14 - Vista frontal da prótese acrílica

- **Sexta consulta:** inserção final da prótese após rebasamento e verificação dos pontos de contacto.



Figura 15 - Vista frontal e interior da prótese acrílica e pontos de contacto

- **Sétima consulta:** consulta de controlo

3.1.3. Discussão e conclusão

No ato da inserção da prótese foi também ilustrada ao doente a maneira de fazer a higiene da mesma, assim como a dos tecidos moles.

A reabilitação com próteses totais apenas está concluída após a realização das consultas de controlo efetuadas posteriormente. A perceção do paciente quanto ao sucesso da sua reabilitação protética ocorre durante essa fase de adaptação.

Durante a sétima e última consulta de controlo não foi detetado nenhum tipo de lesão, a paciente referiu satisfação do ponto de vista da retenção da prótese, assim como do conforto e da estética, portanto, pode concluir-se que foram cumpridos os objetivos previamente fixados.

Tive a oportunidade de acompanhar o caso desde o início até à sua conclusão tanto como operador, como assistente. Isto permitiu ao aluno aplicar uma maior amplitude de conteúdos teóricos na prática clínica tanto ao nível do planeamento como do tratamento.

3.2. Caso clínico II - Recobrimento da recessão gengival do dente 3.1, com técnica de tunelização e enxerto de tecido conjuntivo de origem palatina

3.2.1. Introdução

No adulto, a gengiva normal cobre o osso alveolar e a raiz do dente a nível coronal à junção amelocementária. A gengiva é dividida anatomicamente em gengiva marginal e gengiva aderida. Embora cada tipo de gengiva apresente variação considerável na diferenciação, histologia e espessura de acordo com a própria saúde, todos os tipos são especificamente estruturados para funcionar apropriadamente contra danos mecânicos e microbianos. A exposição da superfície da raiz de um dente deve-se à recessão das gengivas. (4)

A cirurgia de recobrimento radicular, utilizando um enxerto de gengiva, poderá ajudar a reparar o defeito gengival, prevenir uma futura progressão da recessão e evitar o aparecimento de cárie dentária. Os principais benefícios deste tipo de cirurgia são a redução da sensibilidade dentária e restabelecer a saúde gengival. Quando a superfície radicular de um dente fica exposta, o simples ato de beber ou ingerir alimentos quentes ou frios poderá provocar uma sensibilidade no dente em causa. (5)

O enxerto gengival irá cobrir a raiz exposta, reduzindo o desconforto e restabelecendo a saúde gengival. Noutras situações, em pacientes que têm recessões gengivais associadas a uma gengiva mais fina poderá ser benéfico aumentar a espessura gengival através de uma cirurgia plástica periodontal. (5)

A exposição radicular provocada pela recessão gengival pode fazer com que os dentes pareçam mais longos que o normal. Em determinados casos, a cirurgia de recobrimento radicular poderá ajudar a que os dentes pareçam mais curtos e harmoniosos. (5)

Em Periodontologia existem algumas técnicas para o recobrimento da recessão gengival ou recobrimento radicular; as duas mais utilizadas são a tunelização e a CAF (*coronally advanced flap*). A tunelização (tratamento escolhido pelo autor neste caso) é um procedimento cirúrgico realizado por incisões sulculares com preservação da papila interdental e preparação supraperióstea da gengiva oral, estendida até à junção mucogengival, para aumentar a mobilidade do túnel. (4)

3.2.2. Descrição geral do caso clínico II

Paciente caucasiana de género feminino de 23 anos de idade, saudável, recorre à clínica dentária universitária para resolver uma recessão gengival de 2 mm no dente 3.1 (fenótipo gengival fino). Após análise clínica, foi apresentado um plano de tratamento. A técnica escolhida foi uma tunelização com enxerto palatino de tecido conjuntivo.



Figura 16 - Foto frontal de sorriso em PIM



Figura 17 - Ortopantomografia do Caso Clínico II

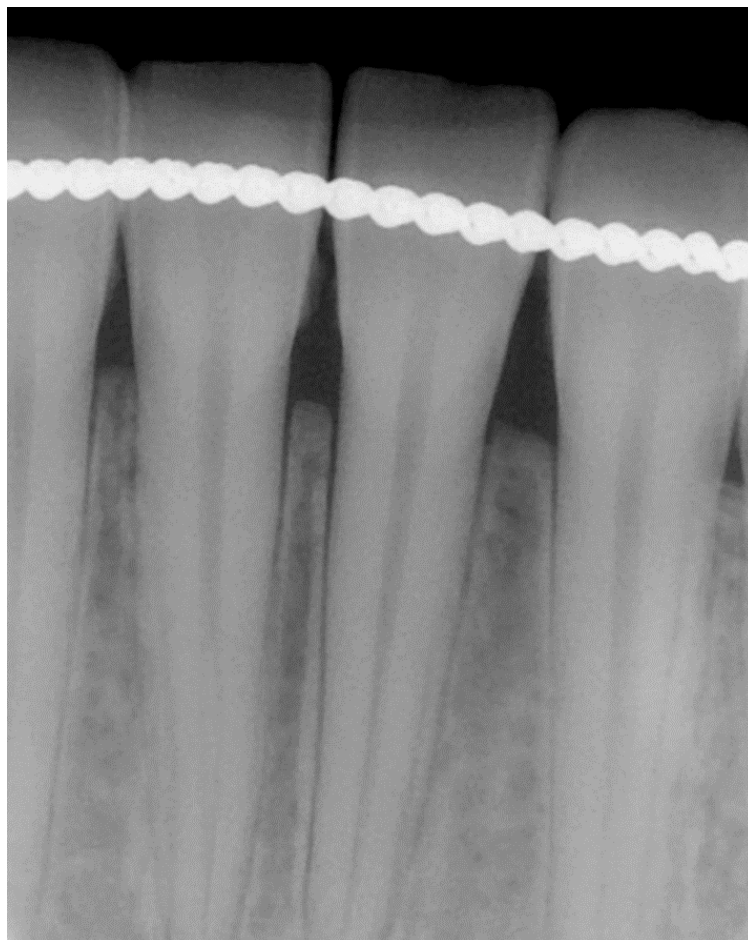


Figura 18 - Radiografia periapical dos dentes 31 e adjacentes

Protocolo cirúrgico adotado:

- Foi retirada a placa microbiana do dente em questão assim como aos dentes adjacentes e foi colocado compósito interproximal para a futura sutura.
- Foram utilizados instrumentos de microcirurgia, de forma a permitir a manipulação dos tecidos o menos traumática possível.

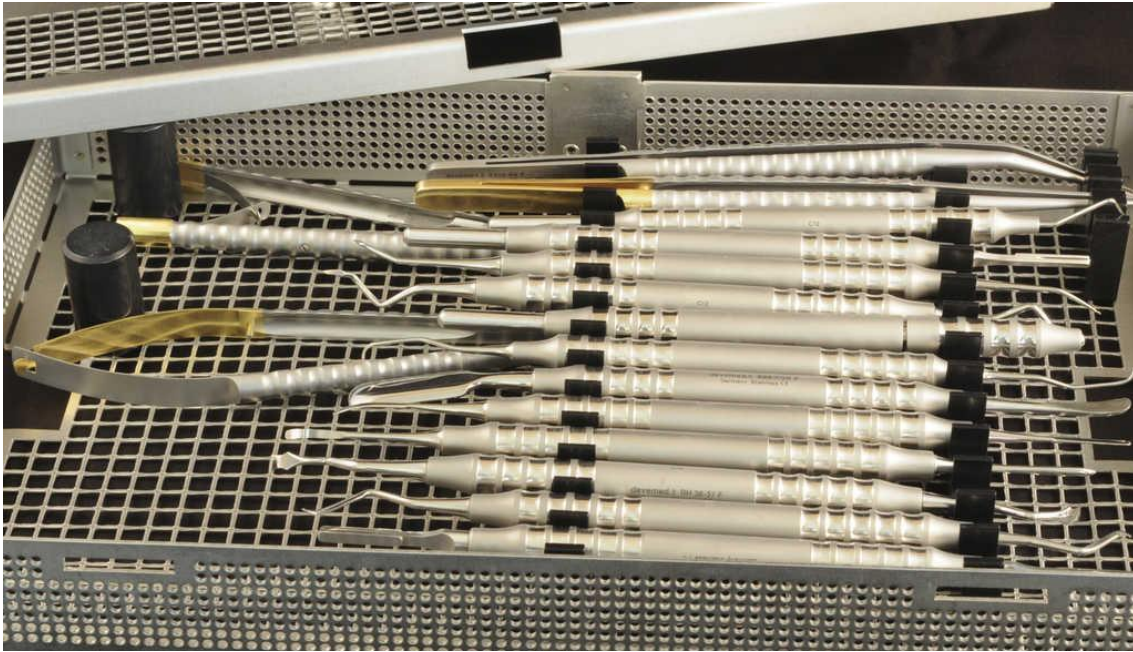


Figura 19 - Kit de microinstrumentos cirúrgicos

- Foi realizada uma incisão intrasulcular minimamente invasiva com a preservação da papila, desde o dente 3.2 até ao dente 4.1, descolou-se o tecido com o auxílio de um descolador de papila.



Figura 20 - Incisão intrasulcular com microlâmina

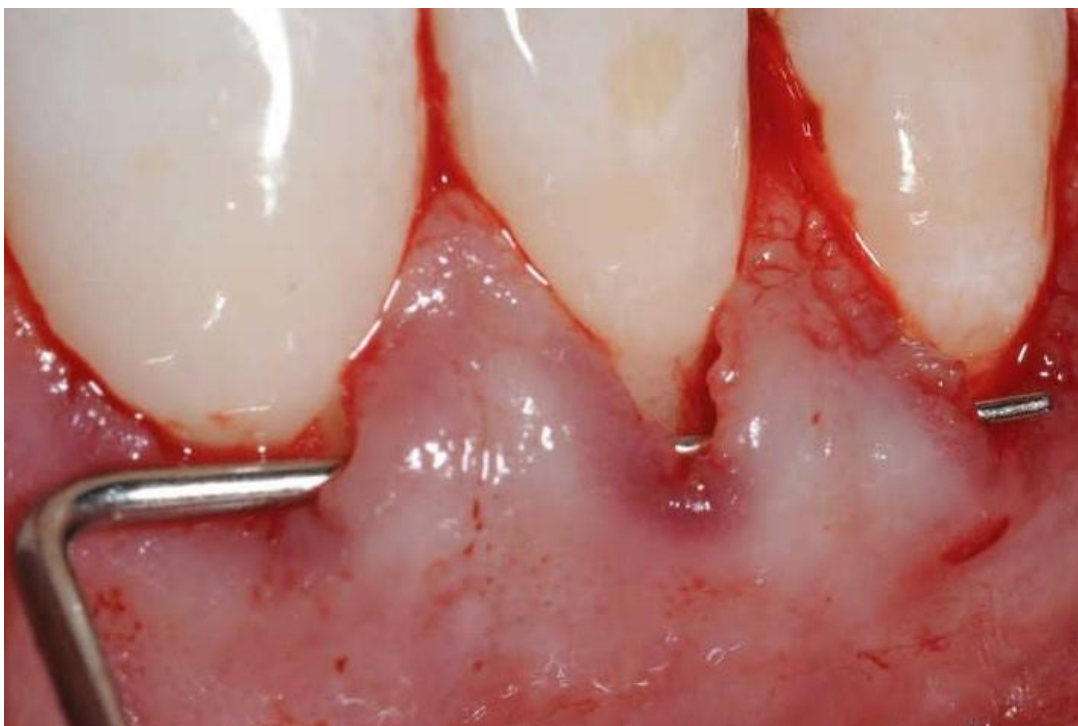


Figura 21 - Preparação da tunelização

- Retirou-se o tecido conjuntivo do palato médio, a seguir desepitelizou-se o enxerto e de seguida foi colocado na posição certa de modo a dar recobrimento da recessão gengival.



Figura 22 - Desepitelização do enxerto



Figura 23 - Enxerto desepitelizado

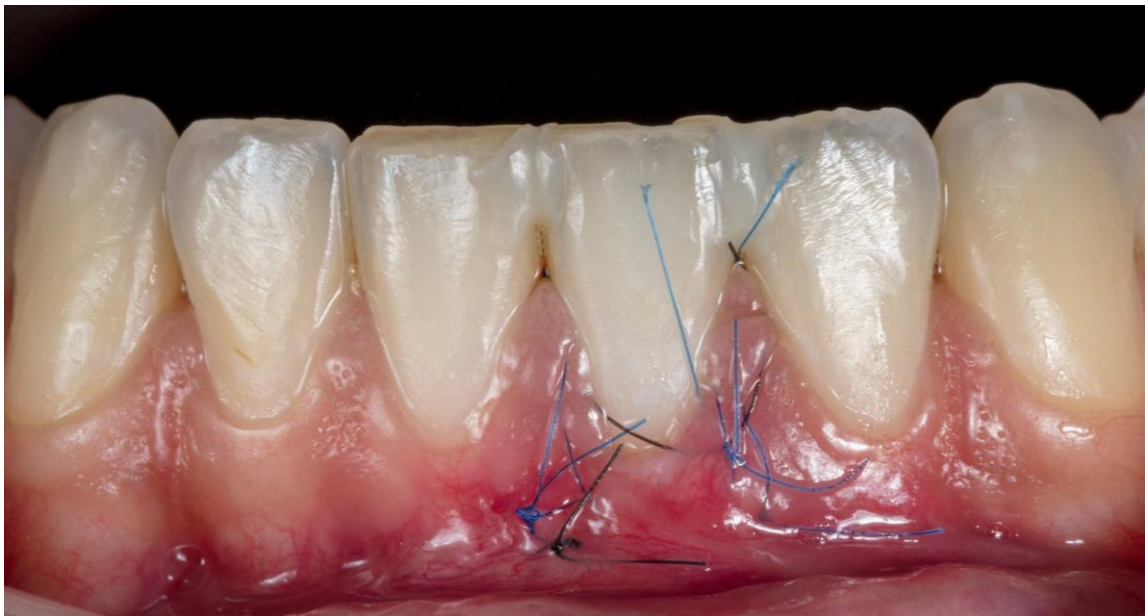


Figura 24 - Fotografia da sutura com apoios de compósito

-No final, na zona do palato onde foi retirado o tecido conjuntivo, foi aplicado o periacryl®, que é um adesivo tecidual de alta viscosidade que acelera a sua cicatrização e dá um pós-operatório esteticamente mais positivo.

-Após a cirurgia, a paciente foi instruída a abster-se de escovar a zona intervencionada e a efetuar bochechos com um colutório de clorhexidina a 0,2%, durante 2 semanas. Foi prescrito Ibuprofeno 600mg, de 12 em 12 horas, durante 4 dias.

-Ao fim de uma semana, foi efetuada a remoção de sutura da zona dadora e uma profilaxia com gel e observaram-se resultados positivos como podemos observar na seguinte figura:



Figura 25 - Fotografia após 1ª semana (sutura e apoios de compósito removidos)

-Foram realizadas consultas de controlo 1 semana, 1 mês, e 3 meses após a cirurgia, onde foi possível observar a evolução positiva que foi alcançada neste tratamento pelo Doutor Tiago Marques, assim como todas as fotos são mérito do mesmo, como conseguimos ver na seguinte figura:



Fotografia Inicial

1 semana após cirurgia

1 mês após cirurgia

3 meses após cirurgia

Figura 26 - Compilação Fotográfica desde fotografia inicial antes do tratamento mais os vários follow-up até 3 meses após a cirurgia

3.2.3. Discussão e conclusão

A paciente voltou para o primeiro controlo após 1 semana, a zona do recobrimento tinha um aspeto avermelhado, decorrente da inflamação associada à cicatrização, mas com prognóstico favorável.

Após um mês a paciente voltou para um segundo controlo onde se pode verificar sucesso cirúrgico pois os 3 mm que se verificavam inicialmente passaram a estar ocultos com uma sondagem das bolsas entre 1 e 2 mm.

A técnica de tunelização foi desenvolvida como uma modificação da técnica em envelope e os resultados descritos na literatura demonstram a obtenção de resultados previsíveis, em termos de recobrimento radicular e aumento da quantidade de gengiva queratinizada. (6) (7) (8)

O recurso a material microcirúrgico com uma curvatura e tamanho adaptados à anatomia local revelou-se benéfico na redução do trauma tecidual, contribuindo para uma maior vascularização da zona, com melhores resultados pós-operatórios. (9) (10) (11)

Esta técnica apresenta como vantagens: a ausência de incisões de descarga, ausência de alterações significativas no posicionamento da linha mucogengival, manutenção da profundidade do vestíbulo (12), e proteção da posição e altura das papilas. (9) (13) Adicionalmente, a ausência de cicatrizes e boa integração em termos estéticos podem ser considerados uma vantagem na perspetiva do paciente. (13)

3.3. Caso clínico III - Extração do dente 4.8 impactado a nível submucoso

3.3.1. Introdução

A posição mandibular do terceiro molar impactado está diretamente relacionada com o desenvolvimento de complicações consequentes da remoção do dente. Os terceiros molares verticais nas posições IIA e IIB da classificação de *Pell e Gregory*, com cobertura parcial mucosa e óssea, são os mais suscetíveis a desfechos indesejáveis. (14)

O aumento da dificuldade cirúrgica está associado com o aumento da idade e aumento do índice de massa corporal. Também está associado à curvatura das raízes do dente impactado e à profundidade do ponto de elevação. (15)

3.3.2. Descrição geral do caso clínico III

Paciente caucasiano, género masculino, com 24 anos de idade, veio à consulta com dor no dente 4.8 na posição IIB da classificação de *Pell e Gregory*, com cobertura parcial mucosa, que indicava sintomas de pericoronarite e era dente vital. História clínica de bronquite aguda e arritmias (controlado).

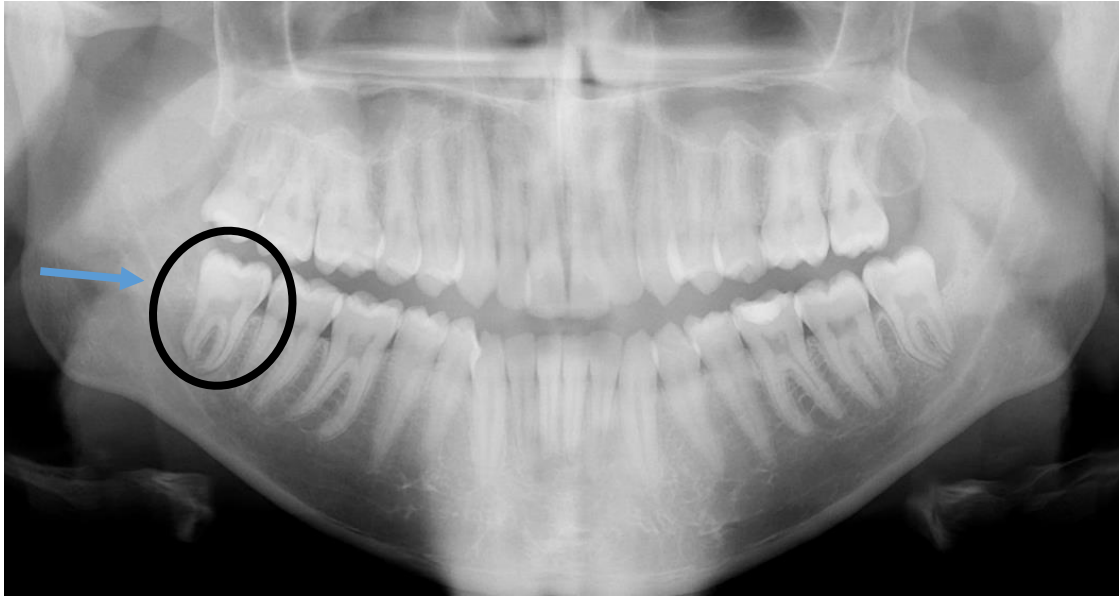


Figura 26 - Ortopantomografia do Caso Clínico III

Após a recolha de dados e uma anamnese detalhada foi apresentado um plano de tratamento que consiste em utilizar anestésico sem adrenalina como mepivacaína, assim como fazer antibioterapia antes do doente poder fazer a exodontia do 4.8, para se poder tratar a inflamação proveniente de uma pericoronarite presente neste dente proporcionada pelo acúmulo de placa e restos alimentares entre o dente e a gengiva aquando a erupção.

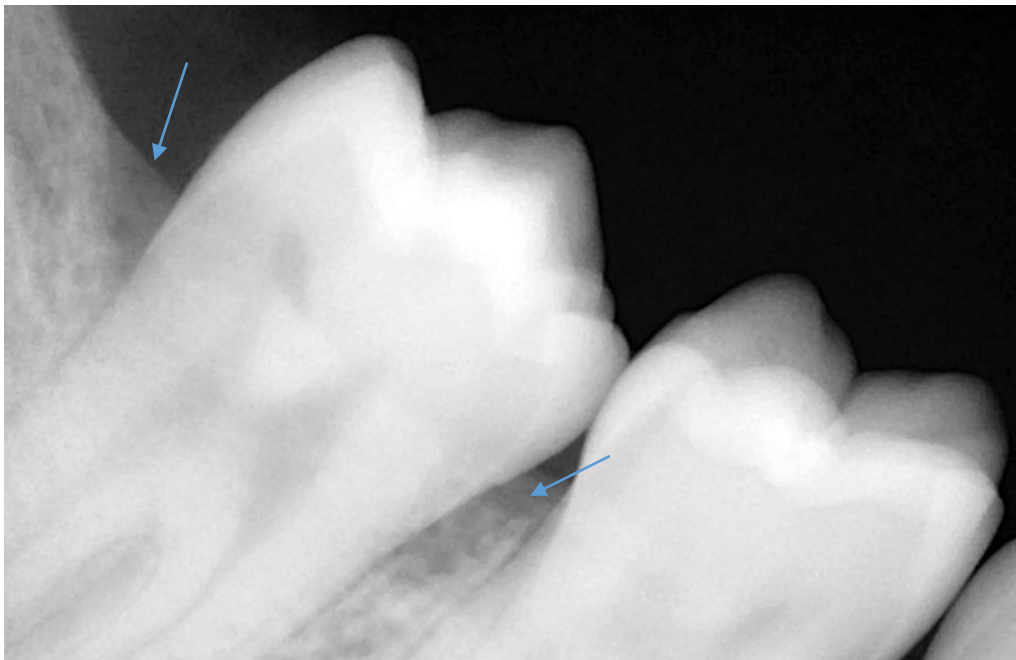


Figura 27 - Radiografia periapical do dente 4.8

O protocolo cirúrgico adotado:

-Anestesia local do tipo troncular com mepivacaína (devido ao problema de arritmia).

-Incisão linear com bisturi na zona retro molar e descolamento do retalho, o suficiente para a exposição total coronal do dente.

-Sindesmotomia para cortar as ligações periodontais ainda existentes utilizando um sindesmótomo e realizar luxação com ajuda de uma alavanca, fazendo então com que o dente seja retirado sem muitas complicações.



Figura 28 - Dente 4.8 após exodontia

-Curetagem alveolar, regularização óssea e limpeza com soro fisiológico.

-Sutura cruzada do retalho, pois o alvéolo estava demasiado exposto e estava presente quantidade suficiente de mucosa para apenas arrastar e selar.

-Compressão direta dos tecidos durante 1 minuto com a colocação de uma gaze humedecida em clorexidina para o paciente morder, tendo sido, e é recomendado que a mantenha mais 10 minutos para obter melhor cicatrização e menos complicações pós-operatórias.

3.3.3. Discussão e conclusão

O paciente voltou para o primeiro controlo após 15 dias, a zona suturada tinha um aspeto avermelhado, decorrente da inflamação associada à cicatrização e mencionou ter movimentos limitados de abertura da cavidade oral, devido a uma sutura que abrange um pouco da mucosa jugal (interior da bochecha).

Neste caso clínico, uma outra abordagem seria ter realizado uma odontosecção do dente, que consiste em seccionar o dente até à zona da furca, em duas porções distintas, a mesial e a distal englobando as respetivas raízes.

Existem vários indicadores que foram encontrados em estudos que aumentam o risco de complicações pós-operatórias, como molares totalmente inclusos a nível radiográfico aumentarem o risco de infeção geral no pós-operatório, ou se o nervo inferior alveolar fosse visível durante o procedimento, este seria o maior indicador de risco, algo que não se sucedeu visto que o dente estava distanciado do nervo alveolar inferior, no entanto a curetagem foi cuidadosa de modo a agredir o menos possível a zona apical do alvéolo. (16)

4. Conclusão

Ao longo do percurso académico foram adquiridos conhecimentos teóricos e práticos que foram desenvolvidos numa atividade clínica que culminou com a redação deste relatório. A experiência é apenas tanta quanto a atividade na clínica permitida e conseguida. A diferença entre o número de pacientes e os métodos de avaliação poderá traduzir-se numa maior capacidade para desempenhar umas tarefas com melhores resultados e autoconfiança do que outras.

Pode concluir-se que a cárie dentária ainda é uma patologia com grande incidência e prevalência na nossa sociedade e que devido à situação socioeconómica do país, os tratamentos proporcionados ao paciente nem sempre são os mais adequados à sua condição. O melhor “tratamento” destas lesões seria a sua prevenção. Porém, é importante investir-se em áreas disciplinares com menor afluência como a Medicina Oral e até em Odontopediatria, onde o diagnóstico precoce de lesões é quase sempre a chave do sucesso, independentemente da idade. Ao desconhecer a existência de certas lesões não é possível a sua identificação e prevenção.

Foi importante o registo fotográfico regular na prática clínica de forma a permitir perceção e compreensão dos eventuais erros e falhas, a posterior correção destes e o acompanhamento da progressão pessoal e profissional. Também é do interesse do paciente uma vez que este registo contribui para um enriquecimento da sua história clínica e do planeamento de futuros tratamentos. De certa forma, esta recolha de informação mais detalhada permite criar uma melhor relação médico-paciente na medida em que o profissional pode associar rostos aos diferentes planeamentos, tratamentos e história clínica, personificando as patologias e estruturas dentárias e relembrando um propósito maior na sua elaboração.

Referências Bibliográficas

5. Referências Bibliográficas

1. Abdel-Rahman H.K., Tahir C.D., Saleh M.M. Incidence of partial edentulism and it's relation with age and gender. *Journal of Medical Science*.2013, pp. 463-470.
2. Hundal C.M., Madan B.R. Comparative Clinical Evaluation of Removable Partial Dentures Made of Two Different Materials in Kennedy Applegate Class II Partially Edentulous Situation. *Medical Journal Armed Forces India*.2015.
3. Lencher S.K., MacGregor A.R. *Removable Partial Prosthodontics: A Case-Orientated Manual of Treatment Planning Paperback*. 1994.
4. Newman M.G., Takey H.H. Perry P.R., Carranza M. *Carranza's Clinical periodontology 1- 2*. 12° ed. ELSEWIER. 2014.
5. Instituto de Implantologia – Medicina Dentária. Recobrimento Radicular/Cirurgia Plástica Periodontal. Disponível em: <https://www.institutodeimplantologia.pt/recobrimento-radicular-cirurgia-plastica-periodontal>. Acesso em: 10 abr 2019, 16:30:30.
6. Zühr O., Rebele S.F., Schneider D., Jung R.E., Hurzeler M.B. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivative for root coverage: A RCT using 3D digital methods. Part II: Volumetric studies on healing dynamics and gingival dimensions. Published by John Wiley & Sons Ltd.2014, pp. 593-603.
7. Ribeiro F.S., ZandimD.L., Pontes A.E.F., Mantovani R.V., Sampaio J.E.C., Marcantonio E. Tunnel technique with a surgical maneuver to increase the graft extension: Case report with a 3-year old follow-up. *J.Periodontol*. 2008, pp. 753-758.
8. Chambrone L., Chambrone D., Pustiglioni F.E., Chambrone L.A., Lima L.A. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects. 2008, p. 659-671.
9. Salama H., Salama M., Garber D. The tunnel technique in the periodontal plastic treatment of multiple adjacent gingival recession defects: A review. *Inside Dentistry*. 2008, pp. 78-81.
10. Shanelec D.A., Dent J. E. R. *Periodontal Microsurgery*.2003, pp. 18-23.

11. Burkhardt R., Lang N.P. Coverage of localized gingival recessions: A comparison of micro- and macrosurgical techniques. *J Clin Periodontol.* 2005, pp. 287-293.

12. Stimmelmay M., Allen E., Gernet W., Edelhoff D., Beuer F., Schlee M., et al. Treatment of gingival recession in the anterior mandible using the tunnel technique and a combination epithelialized-subepithelial connective tissue graft—a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011, pp. 164-173.

13. Dani S., Dhage A., Gundannavar G. The pouch and tunnel technique for management of multiple gingival recession defects. *J Indian Soc Perio.* 2014, pp. 776-780.

14. Almendros-Marqués N., Berini-Aytés L., Gay-Escoda C. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* Oral and maxillofacial surgery Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. December 2006, Vol. 102, Issue 6, pp. 725-732. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210406000060#aep-abstract-sec-id11> Acesso em: 23 abr. 2019, 21:12:20.

15. Gbotolorun O. M., Arotiba G. T. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* Basic and patient-oriented research Assessment of Factors Associated with Surgical Difficulty in Impacted Mandibular Third Molar Extraction. October 2007, Vol 65, Issue 10, pp. 1977-1983. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278239106022129> Acesso em: 28 abr. 2019, 11:19:46.

16. Benediktsdóttir S., Wenzel A., Petersen J. K., Hintze H. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* Oral and Maxillofacial Surgery Mandibular third molar removal: Risk indicators for extended operation time, postoperative pain, and complications. April 2004, Vol. 97, Issue 4, pp. 438-446. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210403006383> Acesso em: 5 jun. 2019, 15:55:10.