



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Liliana Filipa Silva Rama

Viseu, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Liliana Filipa Silva Rama

Orientador: Mestre Tiago Marques

Co-orientador: Professor Doutor André Correia

Viseu, 2016

Agradecimentos

Ao meu orientador e co-orientador, Mestre Tiago Marques e Professor Doutor André Correia pela ajuda, orientação e disponibilidade.

À minha mãe, que infelizmente não conseguiu acompanhar o meu percurso até ao fim.

Ao meu pai, por todo o apoio.

Às minhas tias e avós pela compreensão e apoio.

Ao Jorge, pela paciência e força.

À Rita, Filipa, Mariana, Margarida e Daniela, pela amizade que guardo e por marcarem a minha vida académica.

Resumo

O Relatório Da Atividade Clínica compreende todas as competências e experiências clínicas obtidas ao longo dos 5 anos de duração do curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

O presente relatório expõe os casos clínicos apenas relativos ao 5º ano, binómio 18, de forma a ilustrar técnicas e procedimentos executados, com o intuito de analisar de forma crítica todos os casos clínicos aqui representados. De um modo geral, o relatório está categorizado por áreas disciplinares, e em cada uma é descrito todos os pacientes atendidos como operador e assistente, os diagnósticos, os planos de tratamento e os tratamentos executados aos pacientes.

As aprendizagens obtidas durante a duração do curso, são o alicerces para a prática clínica como futura médica dentista. Sendo portanto um ponto de partida para a futura integração no mercado de trabalho.

Palavras Chave: relatório, atividade, clínica, curso e casos clínicos.

Abstract

The clinical activity report includes all the skills and clinical experiences obtained during the 5 year Integrated Masters in Dentistry.

This report shows the clinical cases restrictive to the 5th year of the 18th binomium, as a way to illustrate executed techniques and procedures, with the purpose to critically analyze all the cases that are presented here. Globally, the report is structured by disciplinary areas, and in each one it is said the patients that were seen as an operator and as an assistant, the diagnoses, treatment plans and the executed treatments in the pacientes are also listed.

The skills obtained along the course are the stones for the clinical practice as a dentistry doctor. Thus, being a starting point for the job market integration.

Keywords: report, activity, clinic, course and clinical cases.

Índice

1. Introdução.....	3
2. Materiais e Métodos	11
3. Resultados.....	15
a. Caraterização Geral Da Amostra.....	15
b. Atividades Desenvolvidas em cada Área Disciplinar.....	20
i. Medicina oral.....	20
ii. Cirurgia Oral.....	21
iii. Periodontologia.....	22
iv. Prótese Fixa	23
v. Prótese Removível.....	24
vi. Oclusão	25
vii. Dentisteria Operatória.....	26
viii. Endodontia.....	27
ix. Odontopediatria	28
x. Ortodontia.....	29
4. Casos Diferenciados	33
a. Caso clínico nº1	33
i. História Clínica.....	36
ii. Procedimento	37
iii. Discussão.....	40
b. Caso clínico nº2.....	40
i. Procedimento.....	41
ii. Discussão.....	42
c. Caso clínico nº3	43
i. História Clínica.....	46
ii. Procedimento.....	47
iii. Discussão.....	48
d. Caso clínico nº4	49
i. História Clínica.....	51
ii. Procedimento:.....	51
iii. Discussão.....	54
5. Discussão	59
6. Conclusão	65

7. Referências Bibliográficas.....	69
8. Anexos.....	77

Índice De Gráficos

Gráfico 1. Distribuição Da Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente	15
Gráfico 2 Distribuição Dos Atos Clínicos Por Género, Como Operador e Assistente	16
Gráfico 3. Distribuição Dos Pacientes Por Idade.....	16
Gráfico 4. Distribuição Da Totalidade Dos Pacientes Pelos Hábitos Tabágicos.....	17
Gráfico 5. Distribuição Dos Pacientes Fumadores Por Género	17
Gráfico 6. Distribuição Dos Pacientes Pela Classificação <i>ASA</i>	18
Gráfico 7. Distribuição De Pacientes Por Patologia	19
Gráfico 8. Distribuição Da Higiene Oral Da Amostra.....	19
Gráfico 9. Distribuição Da Amostra Por Área Disciplinar	20
Gráfico 10. Distribuição Dos Atos Cirúrgicos.....	22
Gráfico 11. Distribuição Da Doença Periodontal Pelos Atos Clínicos Em Periodontologia	23
Gráfico 12. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Pelo Número De Atos Em Prótese Removível	25
Gráfico 13. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Em Dentisteria, Como Operador e Assistente.	27
Gráfico 14. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Em Endodontia.....	28

Índice De Tabelas

Tabela 1. Classificação Do Estado Físico (<i>ASA</i>)	4
Tabela 2. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente.	15
Tabela 3. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Medicina Oral	21
Tabela 4. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Cirurgia .	21
Tabela 5. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assistente Em Periodontologia	23
Tabela 6. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operadora e Assistente Em Prótese Fixa	24
Tabela 7. Totalidade Dos Pacientes Atendidos, Como Operador e Assistente Em Prótese Removível	25
Tabela 8. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operadora e Assistente Em Oclusão	26
Tabela 9. Totalidade Dos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Dentisteria.....	26
Tabela 10. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assistente Em Endodontia.	28
Tabela 11. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assistente Em Odontopediatria.....	29
Tabela 12. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assistente Em Ortodontia	29
Tabela 13. Classificação De Miller.....	35

Índice De Ilustrações

Ilustração 1. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatória Dos Dentes Do 1º Quadrante a Recobrir.....	37
Ilustração 2. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatória Dos Dentes Do 2º Quadrante a Recobrir.....	37
Ilustração 3. Realização Do Descolamento	39
Ilustração 4. Posicionamento Do Enxerto Com Sutura <i>PTFE</i> ®.....	39
Ilustração 5. Sutura Suspensa Nos Dentes Com Flow	39
Ilustração 6. Pós-Operatório Após 2 Semanas.....	40
Ilustração 7. Recolha Do Enxerto De Tecido Conjuntivo	42
Ilustração 8. Posicionamento Do Enxerto.....	42
Ilustração 9. Enxerto De Tecido Conjuntivo Sem <i>Emdogain</i> ®.....	42
Ilustração 10. Enxerto Com <i>Emdogain</i> ®.....	42
Ilustração 11. Ortopantomografia Da Paciente	46
Ilustração 12. TC Da Paciente	46
Ilustração 13. Pontos Simples	48
Ilustração 14. Dente 2.8 Pós-Extração	48
Ilustração 15. Ortopantomografia Da Paciente	53
Ilustração 16. Periapical Do 1.3	53
Ilustração 17. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatória	53
Ilustração 18. Exposição Do Canino Incluso	54
Ilustração 19. Pontos simples.....	54
Ilustração 20. Canino Incluso Pós-Cirurgia	54

Introdução

1. Introdução

A Medicina Dentária nos últimos 30 anos teve uma grande evolução, houve uma melhoria significativa na maioria das suas especialidades, percorrendo um longo caminho de perfeccionismo e de consciencialização para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orais, como a cárie dentária, a doença periodontal, a perda dentária e o cancro oral. ^{1,2}

A prevenção de doenças orais tem um papel muito importante na manutenção da qualidade de vida do paciente, nomeadamente doenças crónicas como a cárie dentária e a doença periodontal que podem causar dor, levar à perda dos elementos dentários, perda de peso por consequência de um desconforto na mastigação, privação do sono e um impacto negativo na fala e na vida do paciente. Daí a importância em promover a saúde oral pelos médicos dentistas, cujas competências não se devem apenas focar no tratamento mas também na prevenção das doenças orais. ³⁻⁵

A promoção de uma boa saúde oral pode passar por educar primariamente o paciente a fazer marcações periódicas de *check-up* dentário, para que possamos instruí-lo para os cuidados a ter ao nível da higiene oral e para prevenir acumulação de placa dentária que é um dos fatores causadores de gengivite, doença periodontal e cárie dentária. ⁶

O benefício do tratamento depende sempre da motivação do paciente e do estilo de vida do mesmo. Nem todos os pacientes têm acesso a estas medidas preventivas e existem ainda grandes desigualdades relativamente aos cuidados de saúde oral, quer por diferenças de disponibilidade, aceitabilidade ou acessibilidade. ⁷

O diagnóstico é uma peça essencial para o tratamento correto das doenças orais, o clínico tem que ter um espírito crítico na elaboração da história clínica, visto que para fazer um bom diagnóstico é imperativo fazer primeiro uma boa anamnese, seguida de um exame clínico detalhado e complementado por exames complementares. A anamnese realizada na clínica inserida na Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Viseu (Anexo 1) inclui o risco médico pré-operatório *ASA* (*American*

Society of anesthesiologists), sendo que esta classificação apresenta extrema importância para todos os profissionais de saúde visto que o seu uso e conhecimento não se limita apenas aos médicos dentistas. (Tabela 1) A anamnese também inclui se o paciente tem alguma doença física ou psicológica e se está a tomar medicação para a mesma, se já realizou tratamentos dentários ou cirurgias. A queixa principal do paciente também é registada. O médico dentista tem de utilizar os seus conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso de modo a fazer uma correlação entre todos estes fatores e de forma a orientar o diagnóstico e tratamento da melhor maneira. ^{8,9}

Tabela 1. Classificação Do Estado Físico (*ASA*)

Estado Físico	Classificação
ASA I	Paciente Saudável/Sem doença sistémica
ASA II	Doença sistémica moderada, sem limitações das funções vitais
ASA III	Doença sistémica grave, com funções vitais comprometidas
ASA IV	Doença sistémica severa, paciente não sobrevive sem intervenção cirúrgica
ASA V	Paciente com morte esperada em 24 horas

O ensino deontológico que é inculcido aos clínicos é um fator muito importante, principalmente durante os anos de ensino na universidade, em que os profissionais e alunos são confrontados com circunstâncias e escolhas difíceis no que toca às prestações dos cuidados de saúde oral. Estas questões debatem-se com os princípios morais da bioética que são as bases e regras que regem o tratamento prestado pelos profissionais e estudantes, tentando sempre garantir que o caminho seguido é o mais vantajoso para o paciente, respeitando sempre os desejos do mesmo. Todos estes ensinamentos foram incitados durante os cinco anos de duração curricular do curso de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Centro das Beiras. ^{7, 10, 11}

O presente relatório de atividade clínica engloba todos os pacientes atendidos nas diferentes áreas curriculares, durante o ano letivo 2015/2016 correspondente ao 5º ano do curso de Medicina Dentária. Todos os diagnósticos e tratamentos prestados nas consultas das diferentes áreas disciplinares como medicina oral, dentisteria operatória, periodontologia, cirurgia oral, prótese removível, prótese fixa, oclusão, endodontia, odontopediatria e ortodontia estão incluídos neste relatório.

As amostras de pacientes serão divididas por sexo, género, idade, o risco médico individual do paciente (*ASA*), hábitos tabágicos, patologias sistémicas e locais. Os pacientes atendidos em periodontologia serão também avaliados consoante a doença periodontal.

A Medicina Oral era originalmente designada por Medicina Dentária, porém hoje em dia já engloba a componente maxilo-facial e região cervico-facial. É a especialidade da medicina dentária menos cirúrgica e cuja principal preocupação é a realização de um diagnóstico rigoroso com sinais e sintomas bem explorados, prevenção e tratamento de lesões na mucosa oral, problemas nas glândulas salivares, verificar a existência de dor orofacial e desordens temporomandibulares. É fundamental que o profissional faça muita pesquisa e saiba reconhecer interações entre uma doença sistémica e uma doença oral, uma vez que existe uma correlação entre as duas, visto que existem doenças sistémicas capazes de reproduzir sintomas na cavidade oral e vice-versa.^{12, 13}

A cirurgia é a área da medicina dentária que incorpora o diagnóstico e tratamento cirúrgico de lesões incluindo aspetos funcionais e estéticos dos tecidos duros e moles, na região oral e maxilofacial. No entanto, antes de realizar uma exodontia é imperativo voltar a rever a anamnese e saber se o paciente tem alguma contraindicação que impossibilite o seguimento do procedimento, como a existência de doença cardíaca, pulmonar, renal, hepática, hematológica ou até desordens neurológicas. Nestes casos o melhor será consultar com o médico assistente e só depois fazer o planeamento da cirurgia.^{14, 15}

A dentisteria operatória tem um papel importante no diagnóstico, prevenção e tratamento de lesões nos elementos dentários como a cárie dentária que afeta mais de

80% da população mundial, distribuindo-se por uma grande variedade de países.¹⁶ Outras lesões que podem ser diagnosticadas nesta especialidade são fraturas, lesões abrasão que se caracterizam na maioria das vezes por um trauma provocado pelo uso de força excessiva durante a escovagem dos dentes, lesões de erosão que são indicadoras de alguns distúrbios alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia que deixam marcas bem distintas na dentição, nomeadamente um desgaste do esmalte na face lingual/palatina. É importante que o clínico esteja preparado para identificar os sinais clínicos destas doenças.¹⁶⁻¹⁸

A periodontologia é a área da medicina dentária que se ocupa do diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças periodontais, como a periodontite e gengivite que são o principal fator de perda de peças dentárias. Na clínica da universidade é realizado o periograma, que consiste na medição da profundidade das bolsas e pseudo bolsas, recessões, mobilidade dentária, presença de hemorragia à sondagem, envolvimento de lesões de furca e o índice de placa dentária *O'Leary* que é calculado através de um revelador de placa. No final faz-se o diagnóstico da doença periodontal em causa e deve ser realizado o *status* radiográfico a todos os dentes de forma a elaborar um plano de tratamento adequado.¹⁹

A oclusão é a especialidade que engloba o tratamento, prevenção e diagnóstico de disfunções temporomandibulares e más oclusões. É de grande importância diagnosticar as causas destas disfunções e para isso é necessário realizar uma anamnese e história clínica rigorosa e detalhada, de forma a fazer um plano de tratamento adequado a cada disfunção.²⁰

A prótese removível é a área da medicina dentária que se ocupa de reabilitações orais removíveis pelo diagnóstico e tratamento que levam a restabelecer função e estética antes perdidas. Na clínica da universidade é um critério importante para o futuro plano de tratamento a realização das classificações parciais de edentulismo de *Kennedy* e de *ACP* (*American college of prothodontics*), sendo que para pacientes totalmente desdentados também se recorre à classificação *ACP* mas não à de *Kennedy*. A prótese removível engloba reabilitações com próteses parciais ou totais dependendo da classificação individual de edentulismo do paciente, sendo que as próteses ainda podem ser acrílicas ou esqueléticas.^{21, 22}

A prótese fixa tem como objetivo a restituição e restauração da função, conforto e estética perdida, através de substitutos artificiais fixos. As reabilitações fixas podem transformar uma dentição sem estética, com má oclusão e com falta de função numa dentição muito apelativa esteticamente corrigindo ao mesmo tempo a oclusão e função. Esta especialidade da medicina dentária permite diagnosticar e tratar através de restaurações fixas, que inclui próteses fixas parciais ou totais, dependendo da área a substituir, podem substituir um ou mais dentes com uma coroa dentária, uma ponte ou até mesmo com a colocação de implantes. No entanto, antes de avançar para o plano de tratamento, é importante ter uma anamnese e história clínica rigorosa e adequada.^{23, 24}

A odontopediatria é a especialidade que engloba a prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões em bebés, crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais. Tal como na dentisteria o seu tratamento está inclinado para as cáries dentárias, que nas crianças pode ter um avanço muito maior que nos adultos, isto acontece devido à própria morfologia da dentição decídua e ao fato de serem os pais os responsáveis pela higienização da boca dos seus filhos.²⁵

A ortodontia é uma ciência que está mais vinculada aos fundamentos da terapêutica, estuda o desenvolvimento de más oclusões e os melhores tratamentos a ter em conta. O foco principal desta especialidade prende-se muito com a oclusão como objeto de uma correção ativa e terapêutica. Na clínica da universidade apenas se fazem tratamentos corretivos e intercetivos com aparelhos removíveis.²⁶

A endodontia é o ramo da medicina dentária que incorpora o estudo da etiopatologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento e profilaxia das alterações patológicas da polpa dentária e da região periapical. Deste modo é um pré-requisito ter conhecimento e compreender a anatomia canal dos elementos dentários, uma vez que existem grandes variedades e discrepâncias de dente para dente. O clínico tem que ter um perfeito conhecimento de todas estas possíveis variações na anatomia interna dos canais antes de iniciar qualquer tratamento. Como complemento à perceção e espírito crítico do clínico, quando em dúvida, este pode sempre recorrer à radiografia, nomeadamente o *CBCT (Cone Beam Computed Tomography)*, que se tem mostrado uma ajuda de grande importância no diagnóstico de lesões periapicais e na perceção tridimensional da anatomia canal dos dentes a tratar.^{27, 28}

O presente relatório de atividade clínica serve para expor casos clínicos, que nos ajudam a ganhar um conjunto de aptidões na nossa formação enquanto futuros médicos dentistas. Nesta etapa de finalização de curso os alunos devem ter as competências necessárias para realizar uma história clínica rigorosa e detalhada, saber usar e compreender a importância dos meios complementares de diagnóstico, projetar diagnósticos de forma correta e completa para que depois seja possível realizar um plano de tratamento bem estudado e adequado às necessidades de cada caso.

Materiais e Métodos

2. Materiais e Métodos

O presente relatório clínico engloba todos os pacientes atendidos pelo binómio 18, desde o início do ano letivo em Setembro 2015 até ao final do mês de Maio de 2016, na Clínica da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Viseu.

Os dados obtidos de cada paciente são fornecidos pela ficha e história clínica inseridos no programa informático *Newsoft*® 2.0. Foi criada uma base de dados no programa *Microsoft*® *Excel* para auxiliar posteriormente na análise dos resultados obtidos.

De um modo geral os doentes foram categorizados por idade, género, classificação da *ASA*, patologias sistémicas, hábitos tabágicos e de higiene oral. Os pacientes atendidos na clínica a periodontologia serão ainda classificados pela doença periodontal diagnosticada aquando da consulta inicial. A análise dos dados começa por ser feita na totalidade, sendo contabilizadas todos as consultas, sendo a amostra dividida pelo número de atos como operador e como assistente durante os dois semestres. Determinam-se os dados referentes a cada disciplina, por isso o relatório encontra-se dividido por área disciplinar. Engloba a Medicina Oral, Cirurgia, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão, Endodontia, Odontopediatria, Prótese Removível e Fixa.

Dos pacientes vistos no referido intervalo de tempo, serão ainda contabilizados casos mais diferenciados, que serão apresentados de forma rigorosa por meios complementares de diagnóstico como a TC (Tomografia Computarizada), a ortopantomografia e por uma seleção de fotografias. Os casos diferenciados que serão apresentados incluem duas cirurgias periodontais com recobrimento de recessões no 1º e 2º quadrante e duas cirurgias de dentes inclusos, uma de um 2.8 e outra de um 2.3.

Resultados

3. Resultados

a. Caracterização Geral Da Amostra

No decorrer dos dois semestres na prática clínica do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária foram realizadas no total 114 consultas das quais 53 como operadora e 61 como assistente.

Tabela 2. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente.

	Nº de atos clínicos
Total	114
Operador	53
Assistente	61

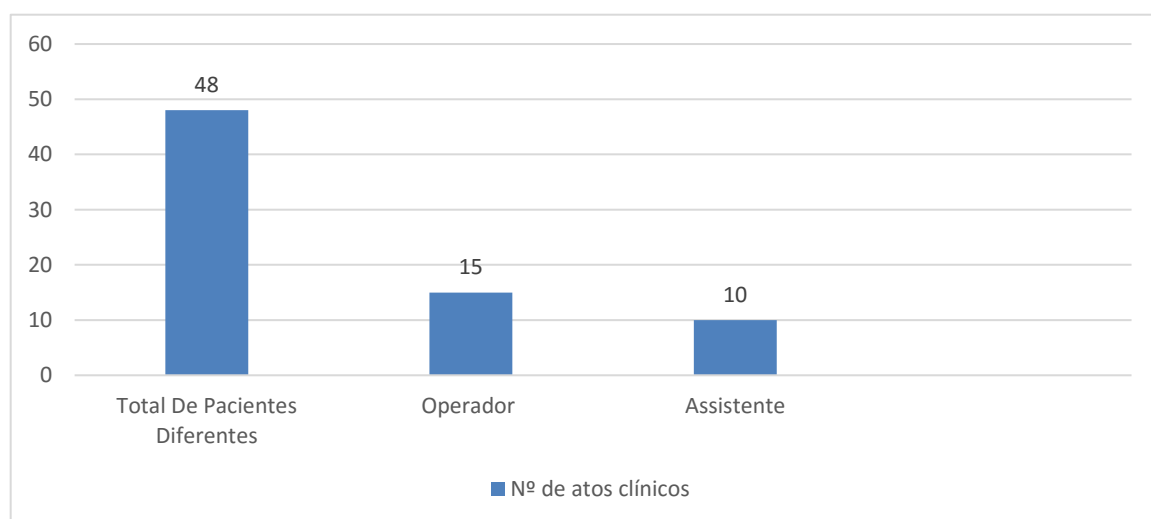


Gráfico 1. Distribuição Da Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente.

Destes atos realizados, 48 eram pacientes diferentes dos quais 27 foram mulheres e 21 foram homens. Como operadora foram atendidos 25 pacientes diferentes, destes 15 foram mulheres e 10 foram homens.

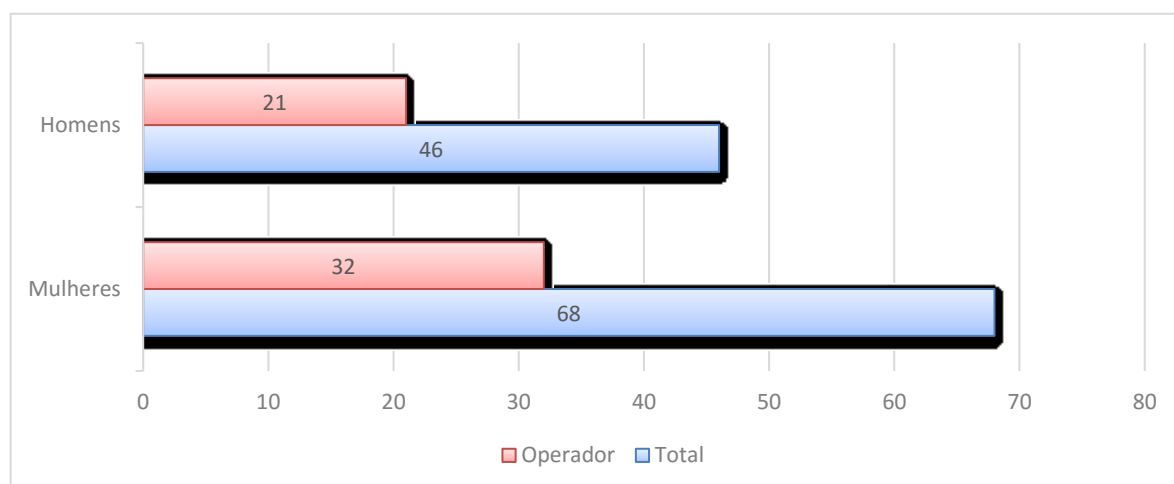


Gráfico 2. Distribuição Dos Atos Clínicos Por Género, Como Operador e Assistente

No que diz respeito às idades, estas foram divididas por intervalos etários, sendo que o intervalo entre os 60 e 70 anos é o mais prevalente. A média das idades dos pacientes atendidos é 47,42.

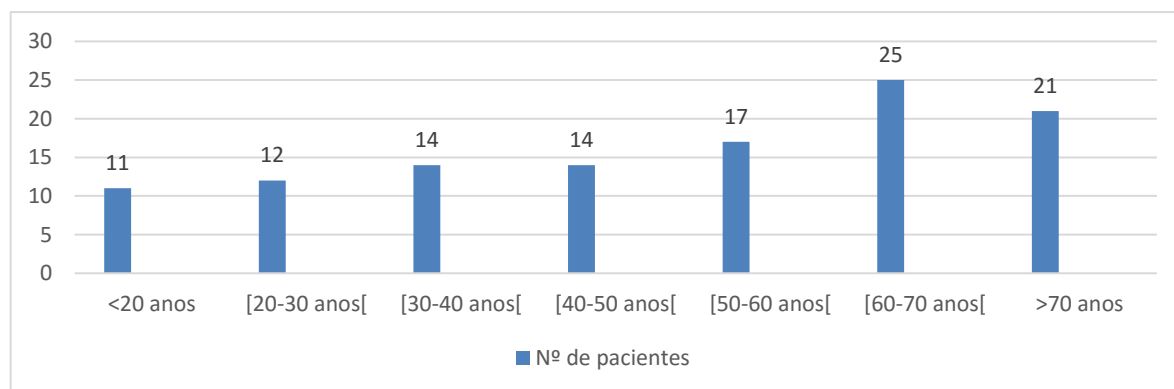


Gráfico 3. Distribuição Dos Pacientes Por Idade

Em relação aos hábitos tabágicos dos pacientes, 48 pacientes diferentes atendidos, 29 revelam não serem fumadores e os restantes 19 têm hábitos tabágicos.

Destes 19 pacientes 7 são do sexo masculino e 12 são mulheres.

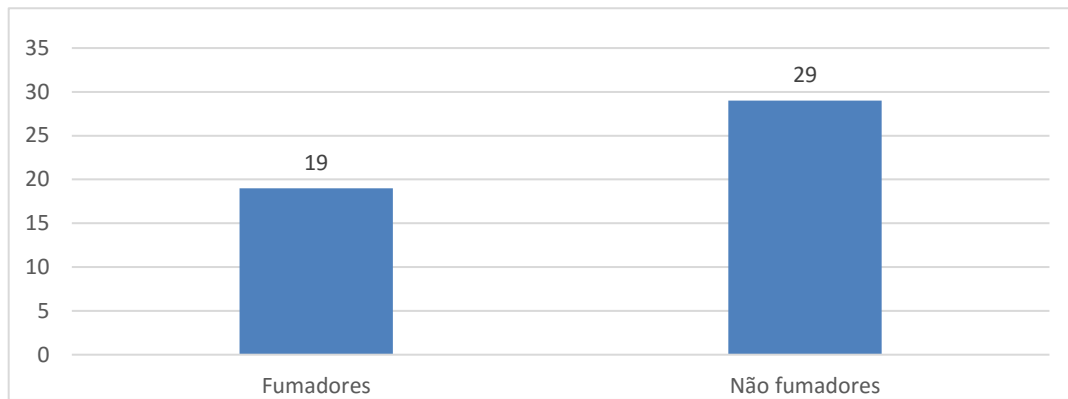


Gráfico 4. Distribuição Da Totalidade Dos Pacientes Pelos Hábitos Tabágicos

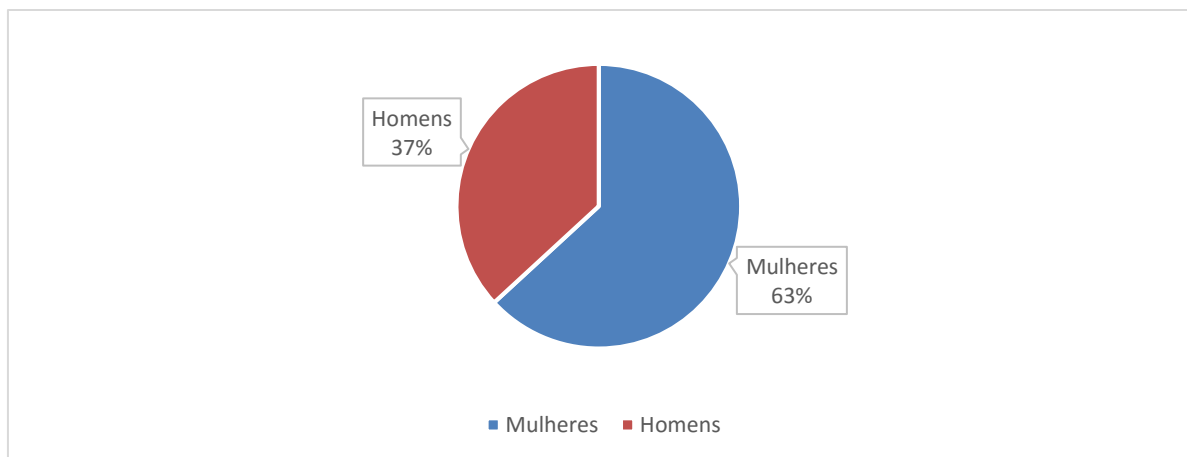


Gráfico 5. Distribuição Dos Pacientes Fumadores Por Género

Em relação à ficha de risco do paciente (classificação da *ASA*), a *ASA II* é a mais prevalente, com 67 pacientes. Não foram obtidos pacientes com as classificações mais graves, *ASA IV* e *V*.

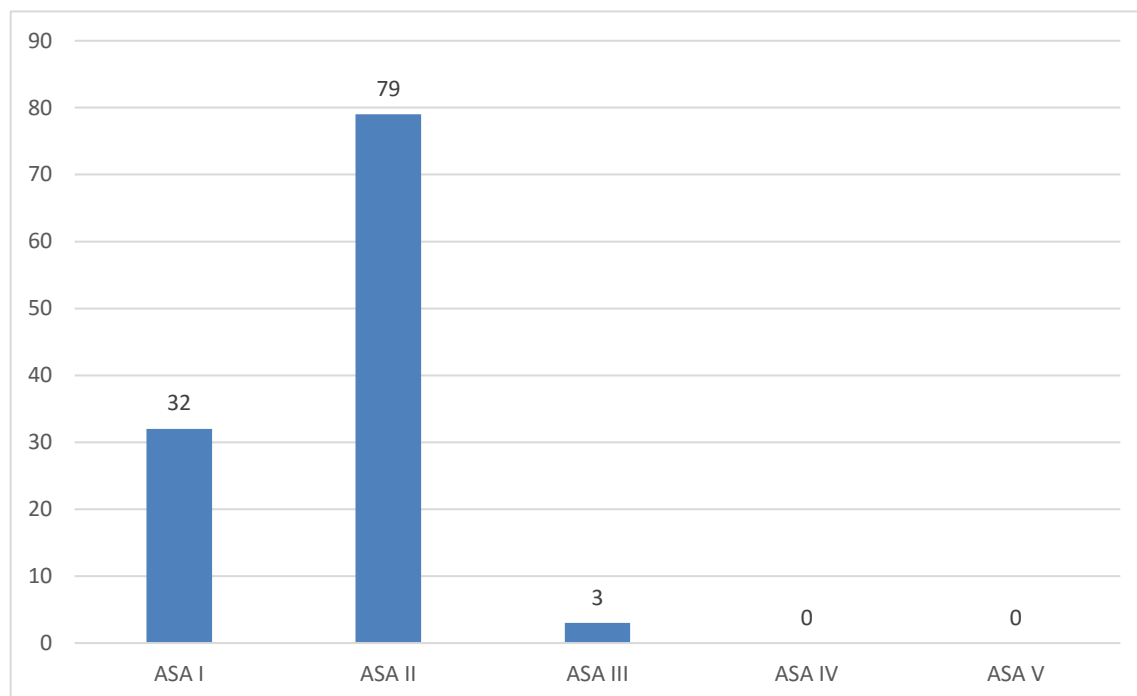


Gráfico 6. Distribuição Dos Pacientes Pela Classificação ASA

As patologias sistêmicas que cada paciente apresenta também foram categorizadas, sendo que 32 dos 114 pacientes atendidos referiam não ter nenhuma doença sistêmica e 82 pacientes reportaram que tinham doenças sistêmicas. As patologias mais frequentes são a hipertensão e a hipercolesterolemia, com 20 e 18 pacientes como está descrito no gráfico seguinte. A terceira doença sistêmica mais prevalente é a diabetes, que engloba os respectivos dois tipos com 14 pacientes, depois seguem-se as patologias da tireóide com 8 doentes. A depressão e as doenças pulmonares contabilizam um total de 7 e 6 pacientes respectivamente. As patologias menos frequentes ficam representadas pelas doenças cardíacas e reumáticas com 5 e 4 doentes cada uma.

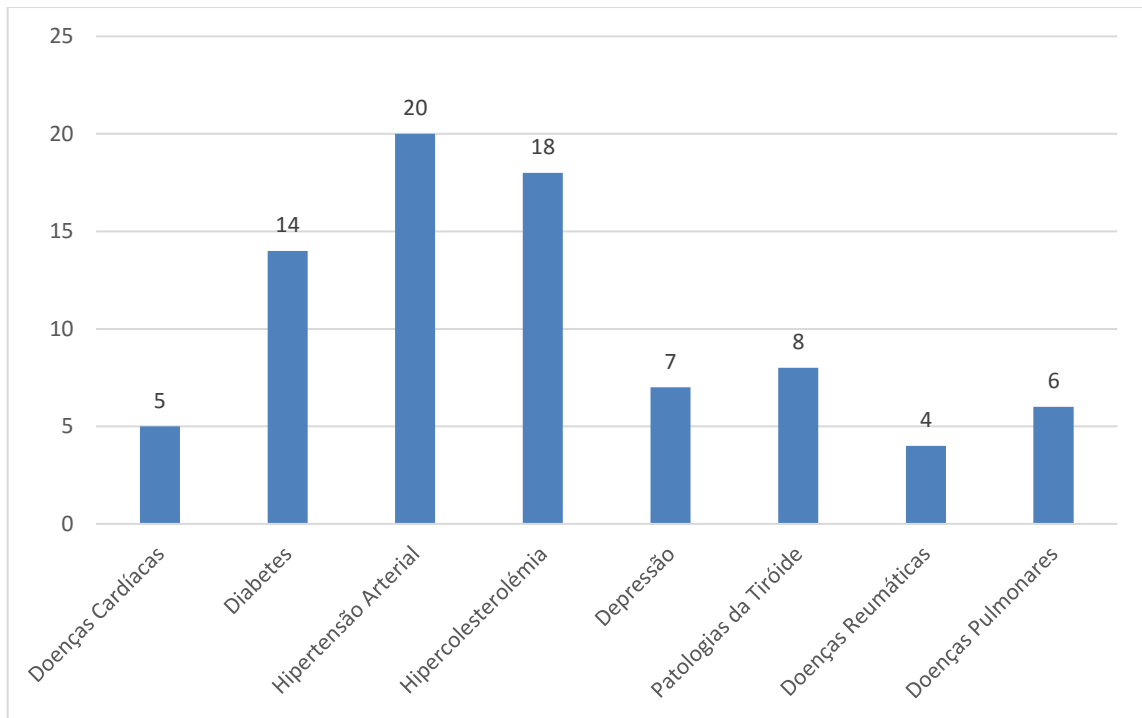


Gráfico 7. Distribuição De Pacientes Por Patologia

Nesta seção clarifica-se os hábitos de higiene oral dos pacientes, sendo que o mais prevalente é a escovagem 2 vezes por dia com 51 pacientes o que equivale a 45%. Relativamente à escovagem uma vez por dia esta corresponde a 45 pacientes com 39% e a escovagem três vezes por dia é apenas relatada por 18 pacientes, o correspondente a 16%. Nenhum paciente referiu não escovar os dentes nenhuma vez ao dia.

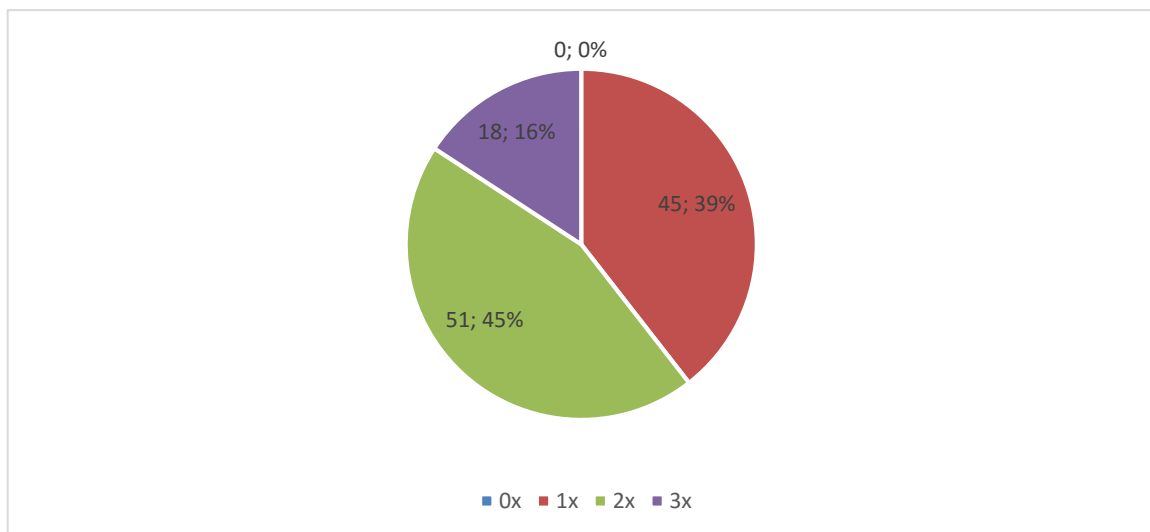


Gráfico 8. Distribuição Da Higiene Oral Da Amostra

b. Atividades Desenvolvidas em cada Área Disciplinar

Das 114 consultas realizadas durante o período já referido anteriormente pelo binómio 18, a Prótese Removível foi a área disciplinar com maior número de consultas - 26 no total, seguindo-se da Dentisteria Operatória com 20 atos e Cirurgia com 17. Das áreas com menos consultas realizadas entram a Odontopediatria e Ortodontia com 4 atos cada uma, seguindo-se a Oclusão como a área que apresenta menos consultas com 2 atos. No total das consultas realizadas 53 foram como operadora e 61 como assistente.

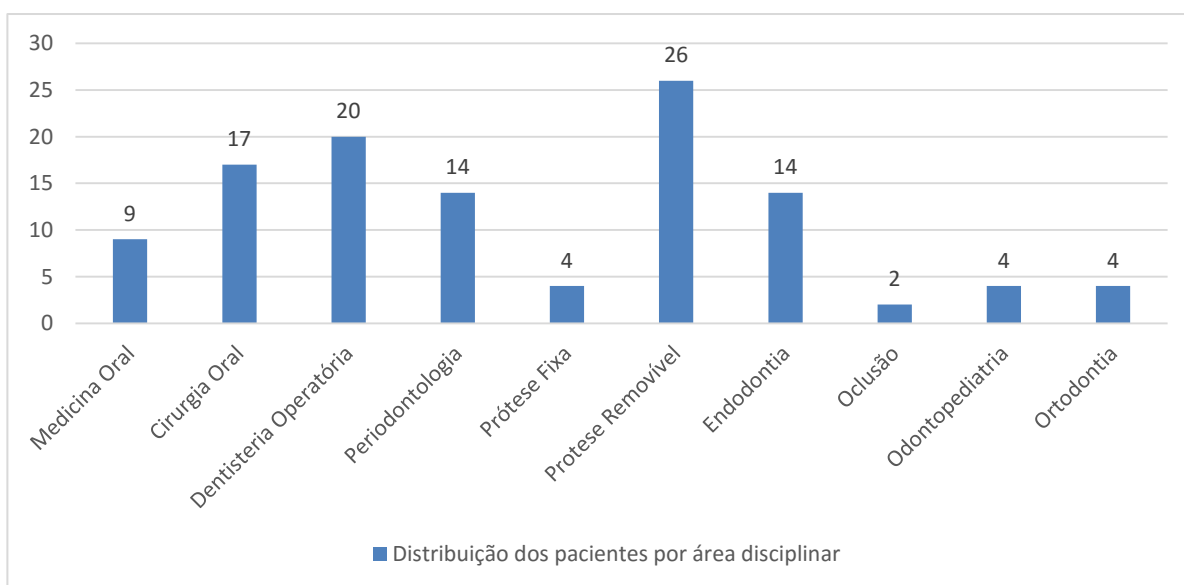


Gráfico 9. Diistribuição Da Amostra Por Área Disciplinar

i. Medicina oral

A Medicina Oral é das áreas disciplinares de maior importância uma vez que é realizada a história clínica e é preenchida a ficha de risco individual do paciente (ASA), ambas têm de ser extremamente rigorosas e detalhadas. O diagnóstico também é imprescindível e deve ser feito com o mesmo rigor e deve estar adequado a cada caso clínico, uma vez que os pacientes que vêm à consulta de Medicina Oral, são geralmente primeiras consultas e como tal é necessário reencaminhá-los para outras áreas disciplinares, daí a relevância do diagnóstico.

A consulta de Medicina Oral tem duração de 2 horas, e no total foram atendidos 9 pacientes, sendo 4 como operador e 5 como assistente.

Tabela 3. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Medicina Oral

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	4
Assistente	5

ii. Cirurgia Oral

Na Cirurgia Oral é importante, antes da realização de qualquer cirurgia, existir um planeamento rigoroso e detalhado. Deve ser feita uma revisão da história clínica, do risco médico individual (*ASA*) e realizado sempre que necessário o índice de protrombina (*INR*) para que a consulta possa prosseguir da melhor forma.

Na área de Cirurgia Oral foram realizadas 17 consultas sendo 8 como operador e 9 como assistente. Das consultas de exodontia que perfazem 17 no total, 2 foram de exodontias múltiplas, 3 de exodontias diferenciadas e 12 simples.

Tabela 4. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Cirurgia

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	8
Assistente	9

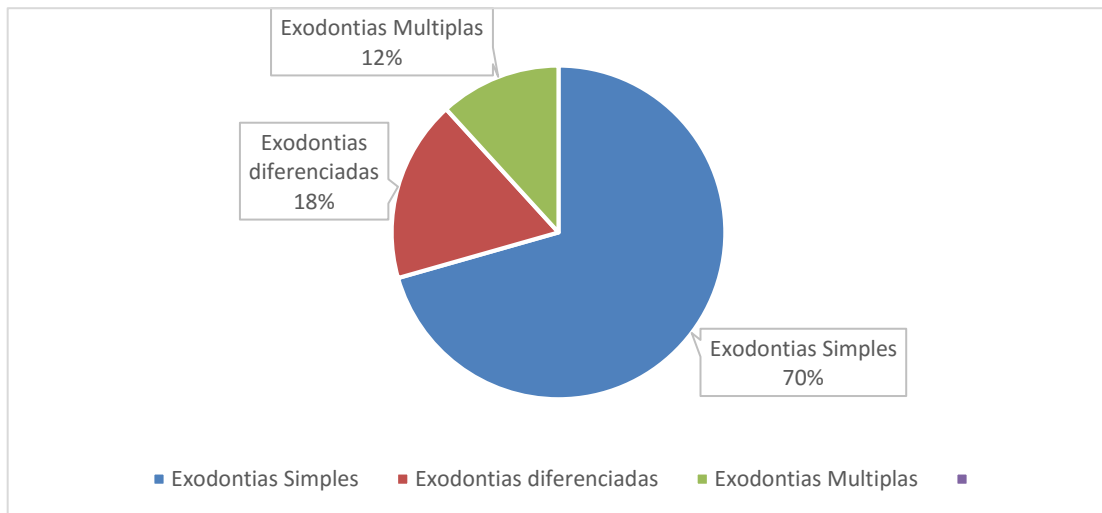


Gráfico 10. Distribuição Dos Atos Cirúrgicos

iii. Periodontologia

A periodontologia engloba o diagnóstico e tratamento de doenças periodontais. O diagnóstico é realizado com rigor e detalhe durante a consulta com a realização do periograma, juntamente com o índice de placa, a hemorragia à sondagem e ainda a *status* radiográfico do respetivo paciente. Ao nível do tratamento, este pode começar pela instrução de higiene oral ao paciente seguida de destarização e polimento, se esta fase não for suficiente, na consulta seguinte ou até duas semanas no máximo será realizada a raspagem e alisamento radicular (RAR).

No total foram realizadas 14 consultas, sendo 7 como operador e 7 como assistente. As doenças periodontais mais prevalentes são a periodontite crónica avançada e a periodontite crónica moderada com 29% cada uma separadamente, já em conjunto apresentam 21% da amostra. As doenças periodontais menos prevalentes das consultas realizadas são a gengivite e a periodontite crónica leve com 14% e 7 % respetivamente.

Tabela 5. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operadr e Assistente Em Periodontologia

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	7
Assistente	7

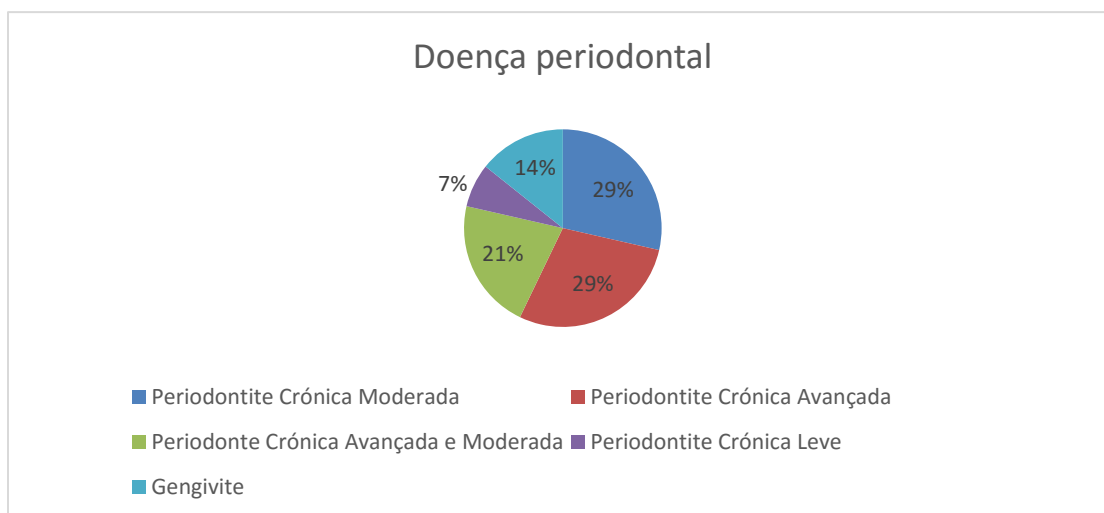


Gráfico 11. Distribuição Da Doença Periodontal Pelos Atos Clínicos Em Periodontologia

iv. Prótese Fixa

A Prótese Fixa encarrega-se da restauração de dentes extensamente cariados ou pacientes com falta de elementos dentários que pretendam fazer uma reabilitação, restaurando a função, fonética, estética e oclusão dos dentes que vão ser substituídos por elementos fixos.

No total o binómio realizou 4 consultas em prótese fixa, 2 como operador e 2 como assistente. Os dois atos como operador foram um controlo e uma primeira consulta, sendo que os atos como assistente foram um controlo e uma cimentação provisória.

Tabela 6. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operadora e Assistente Em Prótese Fixa

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	2
Assistente	2

v. Prótese Removível

A Prótese Removível tal como a prótese fixa, encarrega-se da reabilitação oral de doentes com falta de peças dentárias, que queiram substituí-los por elementos de prótese parcial ou total removível. De forma a devolver a estética, função, fonética e oclusão, de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente.

Foram atendidos 26 pacientes dos quais 14 como operador e 12 como assistente. O binómio realizou uma reabilitação mandibular, com uma prótese parcial esquelética de 5 elementos, que foi realizada em 7 consultas. Verifica-se que como operadora desta reabilitação esquelética foram executadas 5 consultas como operador, que incluíram a 1ª e 2ª consultas, registo intermaxilar, prova de dentes e 1 controlo. Ainda como operadora realizei 1 rebasamento, 1 conserto e as restantes consultas foram controlos. Assistindo a 12 consultas, 2 do caso de reabilitação de prótese esquelética, a prova de esqueleto e um controlo, 2 rebasamentos e as restantes controlos.

Tabela 7. Totalidade Dos Pacientes Atendidos, Como Operador e Assistente Em Prótese Removível

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	14
Assistente	12

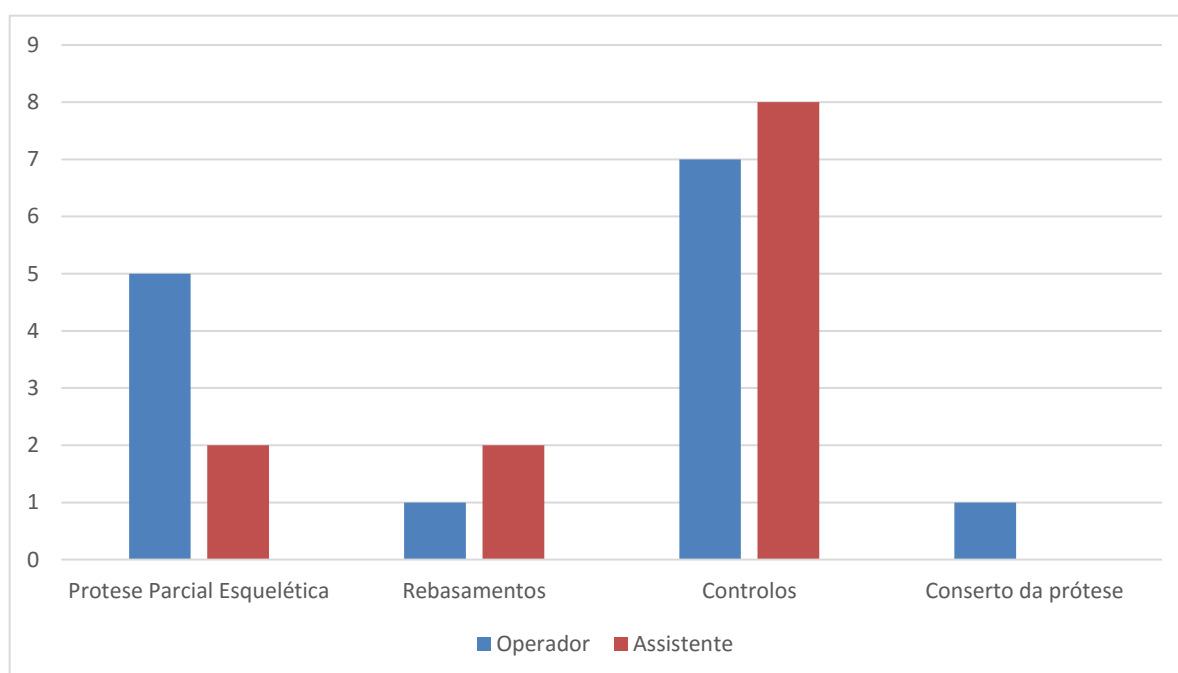


Gráfico 12. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Pelo Número De Atos Em Prótese Removível

vi. Oclusão

A Oclusão engloba o diagnóstico de disfunção temporomandibular, dor orofacial, má oclusão, avaliando a articulação, os músculos mastigatórios e as estruturas anatómicas adjacentes.

No total foram realizadas 2 consultas, 1 como operador e 1 assistente. Em ambas as consultas foram realizadas primeiras consultas, onde se realizaram os modelos de estudo e preenchimento de um questionário, o *RDC* (critério para pesquisa de disfunções temporomandibulares *CDP/DTM*), onde foram efetuadas as palpções aos músculos mastigatórios.

Tabela 8. Totalidade Dos Atos Clínicos, Como Operadora e Assistente Em Oclusão

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	1
Assistente	1

vii. Dentisteria Operatória

Na Dentisteria Operatória o clínico tem que incorporar os vários conhecimentos básicos desta área, uma vez que é uma área multidisciplinar que envolve o diagnóstico e tratamento de problemas dentários como traumatismos e cáries dentárias.

No total foram concretizadas 20 consultas, das quais 9 como operador e 11 como assistente. Relativamente aos tratamentos executados como operador incluem 3 classes II com restaurações a *IRM*®, 2 restaurações de classes II a compósito de dentes endodonciados, 2 classes V com compósito e 2 classes I, uma a compósito e outra a amálgama. No que concerne os atos de assistente, 4 dentes com classes II, duas restaurações com compósito e duas a amálgama com tratamento endodôntico, 1 classe IV a compósito, 3 classes V com compósito, e 1 classe I e 2 classes II a *IRM*®.

Tabela 9. Totalidade Dos Clínicos, Como Operador e Assistente Em Dentisteria

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	9
Assistente	11

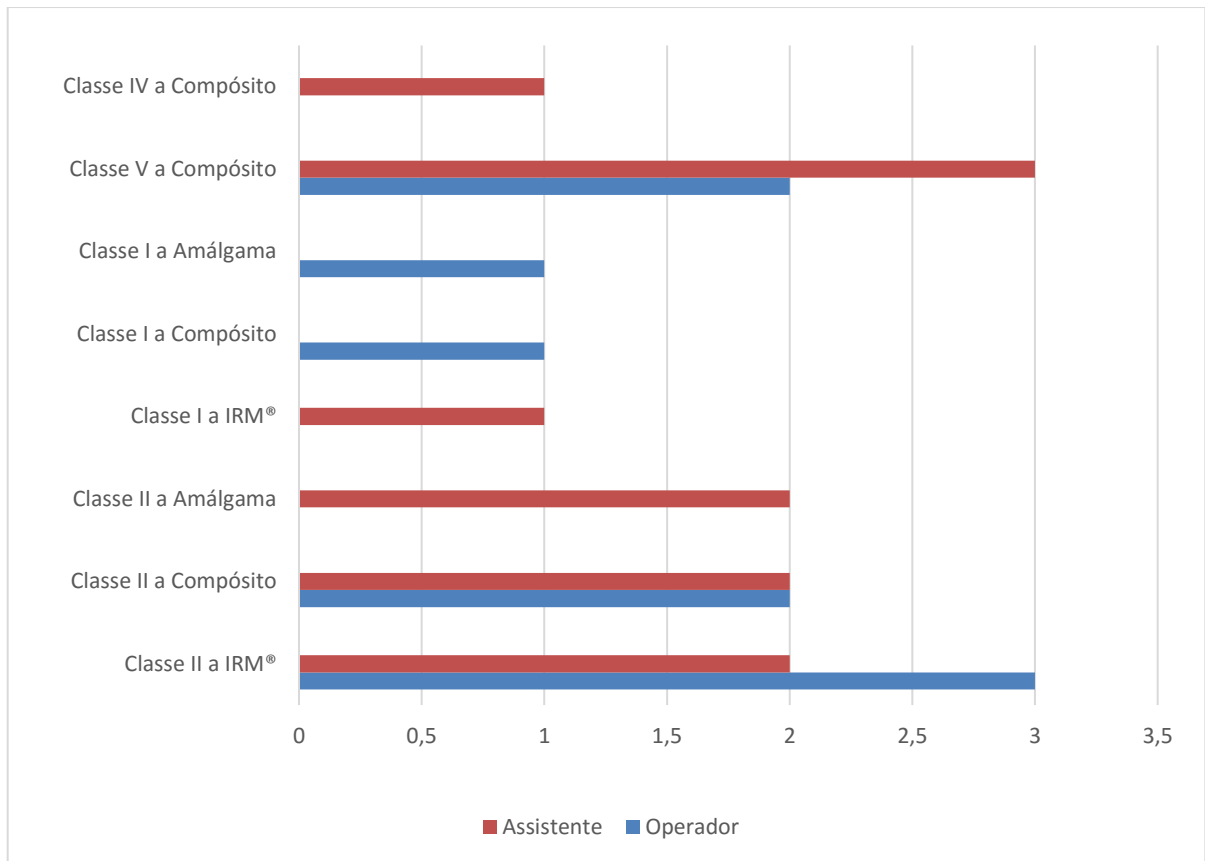


Gráfico 13. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Em Dentisteria Em Dentisteria, Como Operador e Assistente.

viii. Endodontia

A endodontia foca-se no diagnóstico e tratamento de lesões pulpares e periapicais, nas quais os alunos têm de ter o discernimento de saber identificar corretamente e realizar o respetivo tratamento endodôntico de forma adequada. Apesar de uma forte componente clínica, houve também uma componente no pré-clínico, com a realização de instrumentação mecanizada que na clínica é utilizada em casos selecionados.

No total foram realizadas 14 consultas, 4 como operadora e 10 como assistente. Como operador executei 2 dentes monocanales (dente 3.3 e 1.3), relativamente aos atos como assistente, 8 foram relativas a dois multirradiculares (3.7 e 2.6) e 2 consultas para um monocanalar (2.5).

Tabela 10. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assistente Em Endodontia.

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	4
Assistente	10

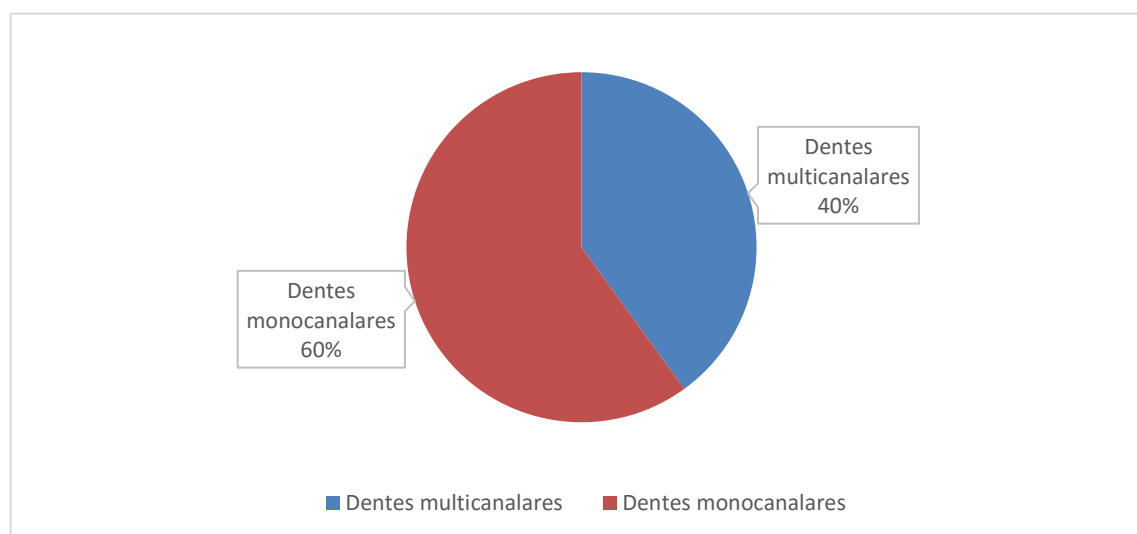


Gráfico 14. Distribuição Dos Procedimentos Realizados Em Endodontia

ix. Odontopediatria

Na odontopediatria o aluno tem de ter capacidade para diagnosticar e tratar possíveis cáries dentárias, traumatismos, abscessos, retenções de dentes decíduos que necessitem de extração para possibilitar a erupção dos definitivos.

No total foram realizadas 4 consultas, 2 como operador e 2 como assistente. Enquanto operador realizei uma cirurgia do 84 e uma substituição de *IRM*® no 64 por amálgama. Relativamente às consultas como assistente estas incluem restauração de um defeito no esmalte sem cárie dentária e na outra foram realizados selantes de fissuras (1.6,2.6,3.6,4.6).

Tabela 11. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assitente Em Odontopediatria

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	2
Assistente	2

x. Ortodontia

A Ortodontia é a área disciplinar que se ocupa do diagnóstico e tratamento de más oclusões com uma terapêutica direcionada à correção destes problemas.

Na clínica o binómio atendeu sempre a mesma paciente distribuída por 4 consultas no total, sendo que 2 como operador e 2 como assistente. Esta paciente já usava aparelho removível, nomeadamente uma placa de *Hawley* com expansão unilateral para corrigir uma mordida cruzada posterior unilateral verdadeira esquerda, por esta razão os 4 atos totais foram todos controlos.

Tabela 12. Totalidade Dos Atos Clínicos Como Operador e Assitente Em Ortodontia

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	2
Assistente	2

Casos Diferenciados

4. Casos Diferenciados

a. Caso clínico nº1

Recobrimento De Recessões Com Enxerto De Tecido Conjuntivo

A doença periodontal, nomeadamente a periodontite é das patologias que se destaca com uma das maiores prevalências afetando até 90% da população mundial.²⁹ Tanto a periodontite como a gengivite são causadas pela acumulação de placa dentária, o chamado biofilme que se acumula durante o tempo nas peças dentárias e na gengiva adjacente. Com o passar do tempo e com o contributo das bactérias patogénicas começa a haver perda de tecido conjuntivo entre o dente e o osso circundante, que leva à perda de suporte ósseo, passando de uma doença leve para uma com bastante severidade.^{29,}
30

Nos pacientes com periodontite é muito comum encontrarem-se recessões dentárias, que se caracterizam por um movimento apical da gengiva de alguns dentes. No entanto as recessões gengivais não estão confinadas à doença periodontal, podendo aparecer em pacientes que usaram aparelho ortodôntico, com traumas oclusais, pacientes que possuam *piercings* dentários e que façam a escovagem dos elementos dentários com força excessiva.³¹⁻³⁵

Neste caso clínico a paciente em causa tinha gengivite leve, mas apresentava recessões dentárias na maioria dos dentes. Por ser uma paciente com boa higiene oral, apresentar um periodonto relativamente saudável, por não apresentar nenhuma doença sistémica, conclui-se que as recessões estariam a ser causadas por trauma durante a escovagem por uso de força excessiva. Este trauma pode ser causado pelo nervosismo e *stress* da própria paciente e pode ser agravado com o uso de pastas muito abrasivas e escovas muito duras, com cerdas grossas.^{32,36,37}

As recessões gengivais podem causar alguns transtornos aos pacientes, uma vez que podem provocar hipersensibilidade radicular, cáries radiculares cervicais, lesões de erosão e problemas estéticos.³⁸ A paciente recorreu a cirurgia periodontal de recobrimento de recessões prioritariamente por motivos estéticos. Uma gengiva irregular, apesar de ser saudável pode causar algum desconforto e desarmonia no

sorriso, e torna-se necessário tentar alcançar uma arquitetura gengival mais harmoniosa de forma a tornar menor a diferença entre os *zeniths*, ou seja tentar tornar a gengiva marginal livre dos dentes em causa o mais niveladas possível.³⁸⁻⁴¹

Relativamente às recessões, existem variados sistemas de classificação que permitem facilitar o diagnóstico. A mais usada é a classificação de *Miller* que se baseia na avaliação do dano nos tecidos periodontais afetados, sendo que a sua utilização pode ser útil para prever a quantidade de raiz que é necessário cobrir com uma cirurgia de recobrimento. A classificação de *Miller* está dividida por quatro subtipos de defeitos nos tecidos periodontais. (Tabela 13)

A paciente demonstrava tanto no 1º como no 2º quadrante recessões de classe I de *Miller*.

A cirurgia plástica periodontal é amplamente utilizada para recobrimento de raízes, vestibuloplastia, reconstrução papilar, tratamento de tecidos moles circundantes ao implante e aumento de defeitos na crista óssea. Relativamente ao caso clínico a cirurgia periodontal realizada foi a de recobrimento radicular, sendo que na seleção do tratamento de eleição é necessário ter em conta fatores como a profundidade do sulco marginal, altura e largura da retração, altura da gengiva aderida e da crista óssea, disponibilidade do tecido dador, presença de inserções musculares e implicações estéticas devem ser tidas em conta.⁴²⁻⁴⁶

No que concerne à cirurgia surgem várias técnicas relativas ao recobrimento radicular, podendo-se optar pelo enxerto pediculado de tecidos moles, classificado de acordo com a direção de transferência dos tecidos auxiliada por regeneração guiada de tecidos. Outro procedimento possível é a recolha de enxertos de tecidos moles autógenos e podem ser obtidos a partir da gengiva ou através da mucosa mastigatória do palato.^{19, 47-49}

Tabela 13. Classificação De Miller

Classe De Miller	Lesão Dos Tecidos Periodontais
Classe I	Recessão gengival marginal, que não passa a junção mucogengival; Sem perda óssea interproximal e o recobrimento radicular pode ser antecipado.
Classe II	Recessão gengival marginal mas que vai para além da junção mucogengival; Sem perda óssea interproximal e o recobrimento radicular pode ser antecipado.
Classe III	Recessão gengival marginal que se estende para além da junção mucogengival; Há presença de perda óssea e dos tecidos interdentários; o recobrimento radicular só pode ser feito a metade da raiz.
Classe IV	Recessão gengival marginal para além da junção mucogengival; Presença severa de perda óssea e dos tecidos interdentários e com os dentes mal posicionados; o recobrimento radicular não pode ser antecipado.

O procedimento utilizado para este caso clínico foi o enxerto de tecido mole autógeno, cuja recolha foi realizada na mucosa mastigatória do palato, que é caracterizada por tecido conjuntivo epitelizado. Após recolha é removido do enxerto todo o tecido epitelizado. Esta técnica cirúrgica é vantajosa, uma vez que aumenta o tecido queratinizado no entanto também embarga alguns efeitos negativos como a necessidade de haver um local dador distante do local a ser realizada a cirurgia, disponibilidade dos tecidos dadores e o aumento da morbidade pós-colheita.^{48, 50}

Como local de recolha amplamente usado, a espessura do palato é importante uma vez que a taxa de sucesso da técnica cirúrgica está associada a um enxerto de tecido conjuntivo com menor espessura. Um enxerto mais fino parece favorecer uma vascularização mais rápida e melhor cicatrização. Dos locais do palato com maior espessura entram a zona dos incisivos, com maior espessura, seguindo-se da região dos caninos e pré-molares. Por esta mesma razão é que usualmente a recolha do enxerto é feita na zona dos pré-molares.^{43, 51-54}

Os procedimentos iniciais que utilizavam as tunelizações, utilizavam-nas primariamente para criar um espaço intrasulcular, infragengival ou supraperiosteal que se estendia para além da junção mucogengival, o que permitia que o enxerto fosse inserido por baixo do colar gengival. No entanto esta técnica apresentava uma variedade de limitações entre as quais se encontram o risco de lesar ou perfurar os tecidos no descolamento e o resultado pós-operatório apresentava resultados desfavoráveis. De forma a evitar as complicações deste processo, foi desenvolvido um procedimento com uma incisão vestibular subperiosteal com túnel de acesso *VISTA* (*vestibular incision subperiosteal tunnel access*).⁵⁰

A técnica *VISTA* permite através de tunelizações subperiosteais um acesso pouco invasivo, uma vez que só com uma simples incisão é-nos permitido a observação do osso alveolar e das deiscências presentes na região.^{38, 50}

i. História Clínica

Paciente do sexo feminino, 31 anos, saudável, fumadora ocasional sem antecedentes pessoais que contraindiquem a realização da cirurgia periodontal.

Apresenta recessões gengivais no 1º e 2º quadrante, onde apresenta recessões classe I de *Miller* no 1.3, 1.4, 1.5, 2.3, 2.4 e 2.5 causadas pelo trauma durante a escovagem, por força excessiva.

A primeira cirurgia periodontal a ser realizada foi para recobrimento das recessões no primeiro quadrante correspondentes aos dentes 1.3, 1.4 e 1.5. Posteriormente a segunda cirurgia foi realizada para recobrimento das recessões no 2º quadrante, no 2.3, 2.4 e 2.5.



Ilustração 1. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatório Dos Dentes Do 1º Quadrante a Recobrir



Ilustração 2. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatória Dos Dentes Do 2º Quadrante a Recobrir

ii. Procedimento

A primeira fase é iniciada com a anestesia regional com articaína (1:100 000) dos nervos infraorbitário e palatino maior. É importante a utilização de anestésicos associados a vasoconstritores, permitem a isquemia temporária dos tecidos e consequente hemostasia local.

Antes de iniciar a cirurgia é imperativo que a porção das raízes expostas esteja livre de placa bacteriana, portanto realizou-se uma rápida tartarectomia com a ponta de ultrassons, seguindo-se a preparação da superfície radicular dos dentes em questão, fazendo uma pequena odontoplastia de forma a eliminar alguma proeminência cervical que possa comprometer o sucesso do enxerto.⁵⁰

Seguidamente foi realizada, na respetiva área cirúrgica, uma aplicação tópica de tetraciclinas dissolvidas em soro fisiológico, com o intuito de remover a *smear layer*.⁵⁰

A incisão vertical é iniciada por vestibular, a partir do periósteeo. O túnel subperiosteal foi criado passando a incisão pelo periósteeo. Esta técnica englobou um ou mais dentes para além dos dentes referidos para recobrimento radicular de modo imobilizar as margens gengivais e facilitar o reposicionamento coronal dos tecidos.^{38, 50}

De maneira a reduzir a tensão coronal no reposicionamento da gengiva, o túnel deve ter uma extensão para além da junção mucogengival, devendo englobar os sulcos gengivais dos dentes a recobrir. O elevador é posicionado entre o osso e o periósteeo ao longo da incisão vestibular, para facilitar o acesso às áreas interproximais por vestibular.^{38, 50}

Foi feita a recolha da área dadora de tecido conjuntivo, que foi posteriormente colocado no túnel subperiosteal, com um fio de sutura de PTFFE 5/0 triangular com *reverse cutting*, isto significa é uma sutura monofilamentada, não-reabsorvível de *teflon* (*Dental Plus, Golnit, Kiev Ukraine*). Após a estabilização do enxerto na posição correta, a sutura foi removida, o complexo composto pelo enxerto e a margem gengival avançados coronalmente e estabilizados na nova posição. Uma sutura de ancoragem coronal foi realizada, aproximadamente entre 2 a 3 mm apical à margem gengival de cada dente.^{38, 50}

As suturas foram dadas e os nós posicionados no ponto médio coronal de cada dente. Para estabilizar e fixar as suturas, as superfícies de esmalte de cada dente foram preparadas com ácido ortofosfórico por menos de 5 segundos, sendo retirado com soro fisiológico e as superfícies novamente secas. De seguida procedeu-se à técnica adesiva com adesivo e compósito *flow*, fixando as suturas à face vestibular dos dentes. A inserção de uma pequena quantidade de compósito flow no nó vai prevenir uma recaída de compósito para a margem gengival dos dentes, que não é aconselhável durante os estágios iniciais de cicatrização.^{38, 50}

Prescreveu-se à paciente analgésicos, como o *ibuprofeno* 600mg (12 em 12 horas), algumas recomendações pós-operatórias foram descritas, nomeadamente na

higiene oral realizar bochechos de clorohexidina a 0,2% durante as duas primeiras semanas e evitar a higienização mecânica da ferida durante o mesmo período relatado. As suturas foram removidas 2 semanas depois.¹⁹



Ilustração 3. Realização Do Descolamento

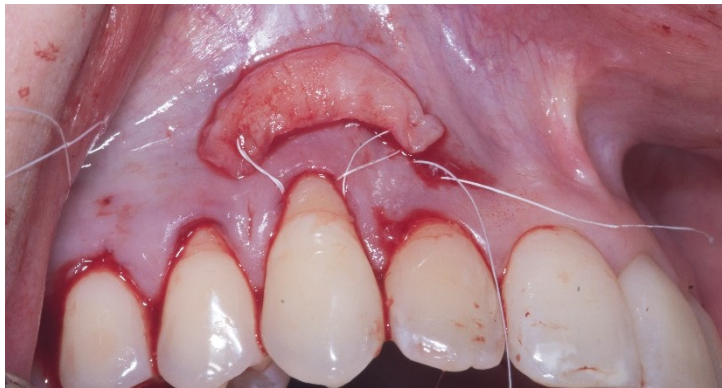


Ilustração 4. Posicionamento Do Enxerto Com Sutura PTFE®



Ilustração 5. Sutura Suspensa Nos Dentes Com Flow



Ilustração 8. Pós-Operatório Após 2 Semanas

iii. Discussão

A técnica VISTA executada neste caso clínico é sem dúvida a mais vantajosa permitindo com uma só incisão, a colocação de um enxerto de tecido conjuntivo através da tunelização. As vantagens deste processo são muitas e englobam, a diminuição do risco de lesar ou perfurar os tecidos no descolamento, melhores resultados pós-operatórios a nível estético e a nível da cicatrização.^{38, 50}

Relativamente ao fio de sutura utilizado o PTFFE® 5/0 triangular, monofilamentada, não-reabsorvível de *teflon* (*Dental Plus, Golnit, Kiev Ukraine*), leva grande superioridade em relação ao fio de seda comum, sendo uma mais-valia uma vez que são suturas com grande flexibilidade, que permitem uma boa cicatrização dos tecidos moles ao mesmo tempo que promove uma diminuição da carga bacteriana no fio.

55-57

b. Caso clínico nº2.

Constituído pela mesma paciente do caso nº1.

i. Procedimento

Ao nível do procedimento, foi executado o mesmo realizado no caso nº1, há exceção de um passo adicional.

Após recolha do enxerto de tecido conjuntivo, este foi irrigado com *Emdogain*® (*Straumann, Basel Switzerland*), um composto de proteínas derivadas da matriz do esmalte de origem porcina. De referir que foi colocado *Emdogain*® nas superfícies radiculares dos dentes a recobrir. ⁵⁸

O *Emdogain*® é uma mistura heterógena, composto principalmente por proteínas derivadas de amelogenina produzidas durante a formação do esmalte de origem porcina. O conjunto de proteínas identificadas neste composto desisgna-se *EMP's (enamel matrix proteins)*, que estão associadas com com o processo da amelogénese tendo um papel importantíssimo na formação do esmalte e ligamento periodontal durante o desenvolvimento dentário. ⁵⁹

As *EMP's* clinicamente são usadas com grande sucesso na periodontologia, para recobrimento de recessões, regeneração periodontal e na colocação de implantes. A nível periodontal está documentado que promovem a regeneração de vários tecidos periodontais como o osso alveolar, ligamento periodontal, células do cimento e a formação de uma matriz extracelular. ⁵⁸⁻⁶¹

Atualmente o *Emdogain*® é utilizado com bastante sucesso na regeneração de defeitos periodontais, tendo potencial de aumentar a proliferação das células do ligamento periodontal, através da libertação de fatores de crescimento pelos fibroblastos, promove a osteogénese, possui capacidade na supressão da proliferação de células epiteliais e tem também efeito antimicrobiano ^{58, 59, 61-63}



Ilustração 7. Recolha Do Enxerto De Tecido Conjuntivo



Ilustração 8. Posicionamento Do Enxerto



Ilustração 9. Enxerto De Tecido Conjuntivo Sem *Emdogain*®



Ilustração 10. Enxerto Com *Emdogain*®

ii. Discussão

Relativamente ao único procedimento realizado a mais neste caso clínico, nomeadamente na colocação de *Emdogain*® no enxerto, possui grandes vantagens já referidas. Esperam-se obter bons resultados pós-operatórios, uma vez que as proteínas em questão potenciam amplamente a regeneração de cicatrização de defeitos periodontais. Nos caso dos implantes, o uso deste produto aumenta a integração dos tecidos moles que circundam o implante. ^{58, 59, 61-64}

c. Caso clínico nº3

Extração de 2.8 incluso

A cirurgia Oral encarrega-se por uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos e maxilo-faciais, onde se destacam dentes afetados por lesões de cárie avançada, cuja reabilitação através de tratamento endodôntico e restaurador não é viável, dentes com doença periodontal grave, que apresentam mobilidade acentuada, dentes envolvidos em traumatismos ou fraturas, raízes ou fragmentos dentário, dentes inclusos ou supranumerários, dentes que estejam envolvidos em processos patológicos como a osteomielite, quistos, tumores ou necrose óssea, dentes que possam ser focos de infeção em doentes de risco. ^{15, 65}

Relativamente aos dentes inclusos, a sua classificação abrange todos os dentes que tendo terminado o seu desenvolvimento, nunca entraram em contato com a cavidade oral, ficando rodeados de osso com o saco pericoronário intato. Este dente nunca poderá completar a sua erupção autonomamente, mesmo quando a causa da inclusão é eliminada. ¹⁵

A maioria dos casos de inclusão são terceiros molares, que regra geral devem ser sempre removidos, a não ser que a cirurgia seja contra-indicada, uma vez que estes casos estão muitas vezes associados a algumas patologias que necessitam remoção. Tais patologias incluem a pericoronarite, defeitos periodontais nos segundos molares adjacentes, cáries interproximais entre o segundo e o terceiro molar, dor miofascial e neurogénica, tumores ou quistos odontogénicos. ^{15, 66, 67}

Os casos dos terceiros molares inclusos são especialmente perigosos, devido à grande variabilidade a nível das condições locais e regionais nomeadamente angulações

e profundidade das peças dentárias inclusas, distância a estruturas anatómicas nobres como nervos ou artérias. Por estes motivos é extremamente importante que a cirurgia seja bem estudada e planeada e a posição dos dentes inclusos prevista a fim de evitar futuras complicações pós-operatórias.^{65, 68}

Para ajudar a categorizar as diferentes posições dos terceiros molares inclusos e angulações dentárias, existem classificações nomeadamente a de *Pell and Gregory*, que permite classificar de acordo com as posições do molar incluso em relação ao segundo molar, e a classificação de *Winter* relativa à inclinação dentária. Estes dois sistemas tem uma grande importância na prevenção de erros de diagnóstico, que posteriormente podem comprometer a cirurgia e complicar o pós-operatório.⁶⁸⁻⁷⁰

A classificação de *Winter* relaciona a posição do terceiro molar com o eixo longitudinal do segundo molar, esta classificação pode ser utilizada para a mandíbula como para a maxila. No final podemos ter terceiros molares inclusos com 5 tipos de inclinações, mesioangular, horizontal, vertical, distoangular e invertido.^{30, 70}

A classificação de *Pell and Gregory* que se baseia na relação dos terceiros molares com o segundo molar, ramo ascendente da mandíbula e com a profundidade óssea relativa do terceiro molar. Esta classificação tem 3 classes, sendo que na classe I existe espaço suficiente entre o ramo ascendente da mandíbula e a parte distal do segundo molar para todo o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar; na classe II o espaço entre o ramo ascendente da mandíbula e a parte distal do segundo molar é menor que o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar; na classe III quando a totalidade ou quase totalidade do terceiro molar está dentro do ramo da mandíbula.^{15, 69}

No maxilar esta classificação tem de sofrer algumas alterações, uma vez que a anatomia da mandíbula em nada se assemelha à da maxila. Sendo assim será avaliada a relação do terceiro molar com a tuberosidade e segundo molar. A posição A corresponde ao ponto mais alto do dente incluso, que se encontra ao nível ou acima da superfície oclusal do segundo molar; a posição B, o ponto mais alto do dente incluso está abaixo da superfície oclusal, mas acima da linha cervical do segundo molar; a posição C, onde o ponto mais alto do dente incluso está abaixo da linha cervical do segundo molar.^{15, 69}

Relativamente ao presente caso clínico, a radiografia panorâmica e a TC (tomografia computadorizada) correspondentes à paciente em causa estão apresentados a seguir. Como é possível de observar o 28 incluso maxilar, apresentando uma impactação vertical, com ligeira inclinação para vestibular, classe C de Pell e Gregory, à qual apresenta a superfície oclusal do dente incluso está abaixo da linha cervical do segundo molar. Deste modo já pode expectar a posição relativa do dente em causa e planear a cirurgia de forma mais adequada e rigorosa.^{69, 70}

Os elementos auxiliares de diagnóstico pré-operatórios, são uma mais-valia para determinar estruturas vitais, de forma a complementar o diagnóstico, plano de tratamento e complicações pós-operatórias que podem ser evitadas, se o caso for bem estudado e pesquisado. Dos 2 tipos de técnicas radiográficas apresentadas, a TC leva uma esmagadora vantagem sobre a ortopantomografia, uma vez que através dos vários feixes seccionais consegue dar um perfil em 3 dimensões enquanto a ortopantomografia apenas se resume a 2 dimensões. No entanto poder-se-ia ter optado por um outro tipo de técnica imagiológica, o CBCT cuja superioridade se revela na grande capacidade de resolução das imagens, baixa dose de radiação emitida e maior rapidez de execução, quando comparada com outros aparelhos de tomografia computadorizada.⁷¹⁻⁷⁵

A nível do procedimento cirúrgico executado, envolveu a realização de um retalho em envelope, com realização de uma incisão em envelope com extensão da papila mesial do segundo molar (27), contornando a cervical de todos os dentes até à face mesial do primeiro molar (26), e com uma descarga apenas se for necessário a nível mesial do primeiro molar.¹⁵

Após a realização da cirurgia é necessário ter em conta que complicações pós-operatórias podem sempre ocorrer, destacam-se algumas mais comuns como a alveolite seca, alveolite húmida, infeção, sangramento, parestesias, fraturas da mandíbula e da tuberosidade. A morbidade associada à extração aumenta com o aumento da idade, uma vez que nas idades mais novas o osso tem maior elasticidade, maior suprimento sanguíneo e maior poder de regeneração e cicatrização.⁷⁶



Ilustração 11. Ortopantomografia Da Paciente

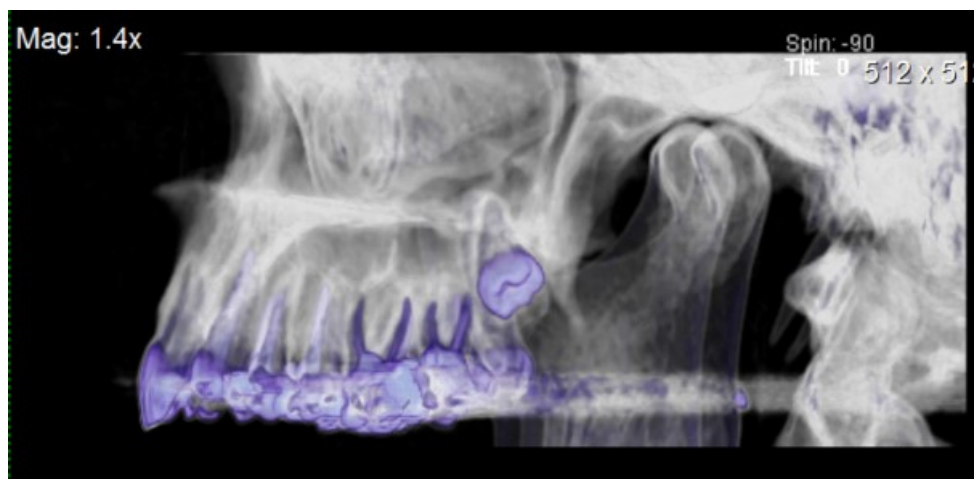


Ilustração 12. TC Da Paciente

i. História Clínica

Paciente do sexo feminino, 44 anos, cuja única condição sistêmica é ter refluxo gastro-esofágico. A primeira consulta foi realizada em medicina oral, onde foi detetado pela ortopantomografia um 2.8 incluído, sendo que a paciente relatou dor e desconforto nessa zona. Por este motivo decidiu-se realizar a extração do 2.8.

ii. Procedimento

O primeiro passo a ser realizado é a avaliação de meios auxiliares de diagnóstico como a ortopantomografia, mas principalmente a TC para avaliar a localização, o grau de inclinação e de impaction que no final revelam a complexidade e dificuldade da exodontia do dente em causa.

De seguida procedeu-se à administração de anestésias infiltrativa e troncular dos nervos dentário superior e palatino maior respetivamente, que é realizada com lidocaína e vasoconstritor, porque permitem a isquémia temporária dos tecidos e consequente hemostasia local.

Execução do retalho, com a realização de uma incisão em envelope com extensão da papila mesial do segundo molar (27), contornando a cervical de todos os dentes até à face mesial do primeiro molar (26), e com uma descarga apenas se for necessário a nível mesial do primeiro molar. Este passo é realizado com um bisturi com lâmina 15 e 12.¹⁵

Posteriormente executa-se o descolamento do retalho com o auxílio de um descolador de *Woodson/Molt*. De seguida procede-se a avaliação do osso a ser removido.¹⁵

Realizou-se a osteotomia por vestibular de modo a que toda a coroa dentária fosse exposta, até a um nível que permita a realização subsequente da luxação. Este passo é realizado com auxílio de uma broca esférica nº8, montada em peça de mão.^{15,}

77

A luxação primária foi realizada com auxílio de uma alavanca reta, por forma a elevar o dente do alvéolo, de forma a adquirir mobilidade. O dente acabou por sair inteiro e com alguma facilidade após a osteotomia e respetiva luxação. Terminou-se com a curetagem do alvéolo.^{15,77}

Foram executados 5 pontos simples com fio de seda *reverse cutting* 3-0 (*Starline*®) não reabsorvível, 2 pontos simples na extensão lateral e 1 ponto na extensão distal do retalho, a distal do dente 28, e a mesial do 27.

A paciente foi medicada com ibuprofeno 600mg (12h em 12 horas) e *Amoxicilina* de 1g (de 8 em 8 horas) e informada dos cuidados pós operatórios aos quais deverá seguir, como ter cuidado especial durante a higiene oral, não é aconselhável cuspir nem bochechar, evitar exercício físico intenso e aplicar local de gelo, imediatamente após o final da cirurgia, para evitar o edema. Passados 8 dias foram retirados os pontos.¹⁵



Ilustração 13. Pontos Simples



Ilustração 14. Dente 2.8 Pós-Extração

iii. Discussão

A nível do procedimento e da técnica do retalho foi a melhor escolha para o caso clínico, visto que diminuem o risco de deiscência, necrose óssea, melhorando a cicatrização e pós-operatório.^{15, 77}

A TC realizada foi uma mais-valia em comparação com os sistemas de 2 dimensões como, a ortopantomografia e as periapicais, muito comuns na prática clínica no entanto produzem imagens imagiológicas com pouco detalhe. A alternativa do CBCT poderia ter sido realizada mas a paciente já tinha realizado a TC anteriormente à primeira consulta que realizou na clínica universitária.^{71, 75}

d. Caso clínico nº4

Extração de um 1.3 incluso

Os caninos maxilares são os dentes mais importantes quando se encontram na posição correta, visto que asseguram o contorno estético da face. As inclusões dentárias mais frequentes, a seguir aos terceiros molares, com uma incidência de 0.8% até 2.2%.⁷⁸⁻⁸¹ Sendo que a maioria destas impactações ocorre numa posição palatina, com uma incidência francamente feminina, com quase o dobro em comparação com o sexo masculino. De todos os pacientes com impactações caninas maxilares, em 8% ocorrem casos de impactação bilateral.^{78, 82-84}

O desenvolvimento dos caninos maxilares é talvez dos processos mais demorados e tortuosos, na medida em que têm de percorrer um longo caminho até alcançarem a sua meta final. Durante o seu maturamento as raízes dos caninos estão intimamente ligadas às raízes dos incisivos laterais, que servem de planos guia para orientar a erupção dos mesmos.^{79, 84}

A etiologia da impactação canina maxilar pode ser idiopática ou estar relacionada com alguns fatores sistêmicos, locais e ainda pode estar associado à perda dos incisivos laterais, mudanças no tamanho da raíz e na formação radicular dos incisivos, que aumentam a probabilidade de ocorrer impactação dos caninos maxilares. Relativamente aos condicionantes locais as causas mais frequentes destacam-se a posição anormal da protuberância do dente, anomalia na forma e tamanho de dentes adjacente, perda precoce de dentes temporários, atraso na exfoliação de dentes temporária, patologia quística ou tumoral. A nível dos fatores sistêmicos ou generalizados, englobam deficiências endócrinas, doenças febris, ou irradiação.^{78, 79, 85}

A abordagem à impactação canina deve ser o mais cedo possível, de modo a que se realize um diagnóstico precoce, para que se possa fazer um plano de interceção. O melhor tempo para diagnosticar potenciais impactações, ocorre no período de dentição mista, uma vez que alguma anormalidade dentária pode implicar um maior risco de vir a desenvolver impactações.^{84, 86}

Relativamente à avaliação clínica, existem vários sinais clínicos que podem ser indicativos de retenção prolongada de caninos aos quais os médicos dentistas devem estar atentos. Os sinais clínicos podem ser caracterizados por um atraso na erupção dos caninos decíduos até os 14 ou 15 anos, incapacidade de sentir através da palpação a protuberância do canino e do processo alveolar, presença de uma protuberância palatina, atraso na erupção ou migração os incisivos laterais.^{79, 84, 87}

A avaliação radiográfica também demonstra grande importância, uma vez que a localização correta do dente impactado é crucial para delinear o plano de tratamento. No mínimo devem ser realizadas a ortopantomografia, as radiografias periapicais ou oclusais, às regiões de interesse de forma a situar o canino, nas dimensões mesiodistais, coronoapicais e vestibulopalatinas. Neste caso clínico foram realizadas estas duas técnicas, no entanto se ainda restassem dúvidas acerca da posição do canino, poder-se-ia optar por procedimentos imagiológicos com mais detalhe e precisão são a TAC e o CBCT, visto que fornecem informação em 3 dimensões.^{65, 84, 88}

O tratamento dos caninos maxilares inclusos é um tratamento multidisciplinar havendo 4 opções de tratamento, observação, intervenção ortodôntica, reposicionamento e extração. Na observação não se realiza extração, aguarda-se e controla-se até que a cirurgia possa ser realizada. A intervenção ortodôntica consiste num breve período de terapia ortodôntica, em dentes deciduos ou permanentes, numa tentativa de eliminar impacção do dente. O reposicionamento refere-se a uma tração ortodôntica em conjunto com cirurgia, de forma tracionar o dente impactado para a sua posição normal. Por fim a extração refere-se apenas à remoção do canino impactado.⁸⁹

Neste caso clínico, a paciente tinha indicação para realização de uma prótese total acrílica, no entanto havia necessidade de realizar extrações pré-protéticas de 3 restos radiculares (11,21,22), de um canino decíduo 53 e do canino incluso. Por este mesmo motivo a escolha do tratamento inclinou para a extração sem tração ortodôntica. O dente e os restos radiculares referidos para cirurgia, foram extraídos todos na mesma sessão anteriormente à cirurgia do canino.^{15, 77}

A nível da cirurgia a incisão que deveria ter sido realizada, preconizava uma incisão festonada, a seguir o colo dos dentes desde mesial do 1º molar até ao canino do lado oposto, no entanto como a paciente já se encontrava sem peças dentárias, fez-se a incisão horizontal, a mesial do hipotético 1º molar até ao incisivo central.⁷⁷

Os cuidados pós-operatórios são muito importantes de forma a evitar complicações principalmente de foro infeccioso, deiscências e necrose.⁷⁷

i. História Clínica

Paciente do sexo feminino, 67 anos. A nível da anamnese médica geral apresenta historial de problemas de estômago, já realizou cirurgias para remoção do útero e ovários, devido á presença de miomas e tem diabetes tipo II. Encontra-se a realizar a seguinte medicação: Eucreas (diabético oral), Nebilet (anti-hipertensor), Lorenin (depressão) e Lasix (diurético).

Motivo da consulta é a colocação de prótese acrílica removível, e para isso era necessária extração de um canino decíduo, do canino impactado e dos restos radiculares presentes, correspondentes 11, 21, 23, 53 e 13.

ii. Procedimento:

A extração dos restos radiculares (11, 21 e 23), do canino decíduo (53) foram realizadas na mesma sessão que a cirurgia do canino incluso, momentos antes. De seguida prossegue-se com a avaliação de meios auxiliares de diagnóstico como a ortopantomografia, periapicais e oclusal.

Realizou-se a anestesia troncular dos nervos infraorbitário, palatino anterior, nasopalatino com lidocaína associada a vasoconstritor.

Realiza-se a incisão como bisturi 15C, segue-se a posição anatómica hipotética uma vez que não está presente nenhum dente há exceção do canino incluso, deste modo iniciou-se desde mesial do 1º molar até ao incisivo central.⁷⁷

De seguida faz-se o descolamento muco-periosteó com o auxílio de um descolador de *Woodson/Molt*, do interior para a periferia, introduzindo o descolador ao nível da zona de pré-molares de posterior a anterior e de distal a mesial. Devido à maior

vascularização e espessura da mucosa palatina, o descolamento é mais difícil de realizar em comparação com a mucosa vestibular, no entanto deve ser realizado grande cuidado.⁷⁷

Posteriormente realizou-se uma ligeira osteotomia por palatino com broca esférica nº8, em peça de mão, para de seguida realizar a luxação do dente, de modo a remover o dente do alvéolo. Executando-se a extração com boticão de caninos/pré-molares superiores e o respetivo dente saiu intato.^{15, 77}

A curetagem foi realizada com uma cureta periapical e terminou-se com a execução de 7 pontos simples com fio de seda *reverse cutting* 3-0 (*Starline s* ®) não reabsorvível, 3 pontos simples na zona correspondente aos dentes 12 e 11, 2 pontos simples na zona do canino decíduo e incluso, mais 2 pontos na região dos pré-molares.^{15, 77}

A paciente foi medicada com ibuprofeno 600mg (12h em 12 horas) e *Clavamox*® de 1g (875mg de Amoxicilina+125mg de Ácido Clavulânico de 12 em 12 horas) e informada dos cuidados pós operatórios aos quais deverá seguir, como ter cuidado especial durante a higiene oral, não é aconselhável cuspir nem bochechar, evitar exercício físico intenso e aplicar local de gelo, imediatamente após o final da cirurgia, para evitar o edema. Passados 8 foram retirados os pontos.¹⁵

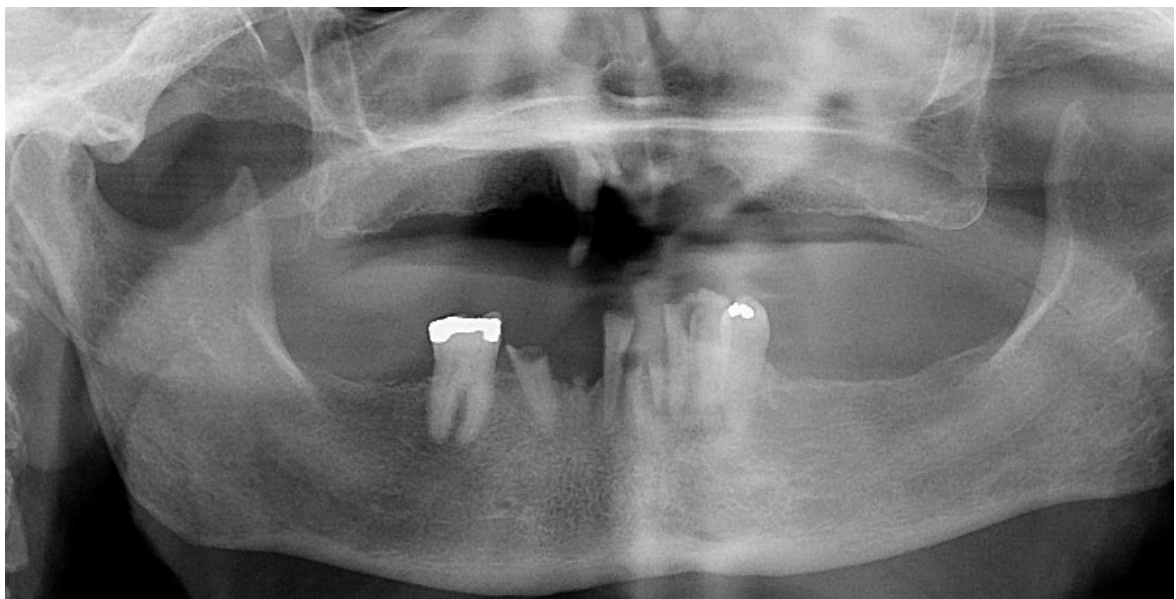


Ilustração 15. Ortopantomografia Da Paciente



Ilustração 16. Periapical Do 1.3



Ilustração 17. Fotografia Intra-Oral Pré-Operatória



Ilustração 18. Exposição Do Canino Incluso



Ilustração 19. Pontos simples

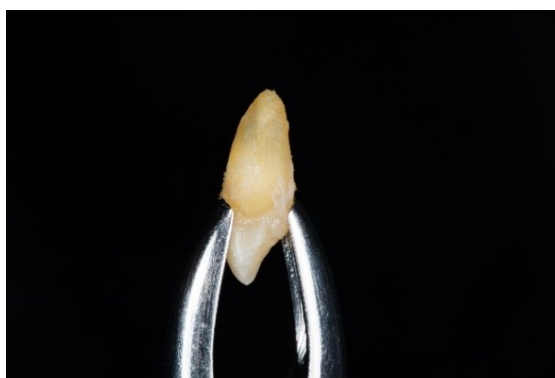


Ilustração 20. Canino Incluso Pós-Cirurgia

iii. Discussão

Relativamente à técnica realizada ficou limitada uma vez que não se encontravam peças dentárias que guiassem a incisão festoneada, que acabou por ser uma incisão horizontal.^{15, 77}

No que concerne às técnicas imagiológicas representadas neste caso, talvez tivesse sido vantajoso realização de uma TAC ou CBCT para ver com mais detalhe a

inclinação do canino impactado e a distância que se encontrava do seio maxilar, estrutura anatómica de grande importância cuja integridade deve ser mantida.^{71, 72}

Discussão

5. Discussão

Foram analisados 114 atos clínicos, 53 como operador e 61 como assistente. Destes atos realizados, 48 eram pacientes diferentes dos quais 27 foram mulheres e 21 foram homens, o que demonstra a predominância do género feminino, nas consultas realizadas na Clínica Universitária.

No que é respeito às idades, as idades dos pacientes foram divididas por intervalos etários, sendo que a faixa etária mais vista compreendia-se entre os 60 e 70 anos com 25 paciente, fazendo um total de aproximadamente 22% dos pacientes atendidos. Foram atendidas poucas crianças sendo que a população é maioritariamente adulta, apresentam mais de 30 anos. A média das idades dos pacientes atendidos foi de 47,42 anos.

Das áreas disciplinares a Prótese Removível foi a área disciplinar com maior número de consultas com 26 no total, quase 23% das consultas realizadas. É evidente uma correlação entre a área disciplinar com maior número de consultas e a prevalência de uma população adulta, especificamente com a faixa etária com maior número de doentes atendidos, entre 60 e 70 anos. As áreas com menos consultas realizadas, encontram-se a Odontopediatria e Ortodontia com 4 atos cada uma, seguindo-se a Oclusão com 2 consultas. Da mesma forma, áreas disciplinares com menos pacientes atendidos, estão relacionadas com as faixas etárias mais novas, há exceção de oclusão em que foram atendidos 2 pacientes entre os 40-50 anos.

Relativamente ao risco individual médico dos pacientes (ASA), verificou-se que alguns questionários para calcula da ASA, não estavam preenchidos, ou apresentavam-se mal preenchidos, quando comparando com os dados presentes na ficha da história clínica. No entanto as fichas de anamnese encontravam-se bem descritas e completas, com descrições pormenorizadas, acabando por facilitar determinar a classificação da ASA, que é extremamente importante para qualquer profissional de saúde.⁹

Verificou-se que na amostra, 32 pacientes foram classificados com ASA I, que corresponde ao número de pacientes sem patologia. As classificações II e III não apresentam correlação linear com o número de patologias, uma vez que a ficha da ASA

não é efetuada pelo número de doenças mas sim pela gravidade e severidade que apresentam.

A distribuição das patologias constata-se que as patologias com maior prevalência encontram-se a hipertensão e a hipercolesterolemia, com 20 e 18 pacientes como está descrito no gráfico seguinte, o que corresponde a aproximadamente 24% e 22% respetivamente. O que vai de encontro com dados estatísticos, nomeadamente num estudo realizado em 2003, estimaram 42,2% da população portuguesa apresentava hipertensão.⁹⁰

No que concerne os hábitos de higiene orais, 61% dos pacientes relatou escovar os dentes duas a três vezes ao dia. No entanto isto não significa que existe uma relação entre o número de escovagens diárias e o estado de saúde oral que apresenta. É de extrema importância reforçar sempre as instruções de higiene oral a todos os pacientes, principalmente a pacientes com comprometimento de saúde oral.

Relativamente aos hábitos tabágicos, da amostra de pacientes diferentes, a maioria revela não ser fumador com aproximadamente 60% enquanto os restantes são fumadores com 40%. Destes aproximadamente 63% são mulheres e 37% homens. É clara a predominância do género feminino, estando as mulheres mais propensas a desenvolver doenças pulmonares, comparando com o sexo masculino.⁹¹

Na medicina oral foram realizadas 9 consultas, 4 como operadora e 5 como assistente. Foi realizado em todas as consultas a história clínica, a ficha de risco individual do paciente (ASA) e exames complementares de diagnóstico. De forma a executar o diagnóstico rigoroso e plano de tratamento adequado. É posteriormente necessário reencaminhar os pacientes para outras áreas disciplinares, daí a relevância do diagnóstico e plano de tratamento.

Na área de Cirurgia Oral foram realizadas 17 consultas sendo 8 como operador e 9 como assistente. Das consultas de exodontia que perfazem 17 no total, 2 foram de exodontias múltiplas, 3 de exodontias diferenciadas e 12 simples. Nesta disciplina o planeamento deve ser rigoroso e detalhado. Deve ser feita uma revisão da história clínica, do risco médico individual (ASA). Nestas 3 cirurgias diferenciadas, constam um 28 incluso, um 13 impactado e um 38 incluso. Todas elas foram bem estudadas e planeadas antes da realização cirúrgica.

Na Periodontologia no total foram realizadas 14 consultas, sendo 7 como operador e 8 como assistente. Relativamente à amostra, 86% apresentavam periodontite enquanto 14% apresentavam gengivite. Estes dados estão em relação com os internacionais, que estimam que a periodontite afeta até 90% da população mundial.³⁰

A Prótese Fixa no total o binómio realizou 4 consultas em prótese fixa, 2 como operador e 2 como assistente. Os dois atos como operador foram um controlo e uma primeira consulta, sendo que os atos como assistente foram um controlo e uma cimentação provisória. Esta área disciplinar está entre as que realizam menos consultas, uma vês que os pacientes preferem opções mais económica e por isso é que existem muitos atos clínicos na prótese removível.

A Prótese Removível foi a área disciplinar onde se realizaram mais atos clínicos foram atendidos 26 pacientes dos quais 14 como operador e 12 como assistente. O binómio realizou uma reabilitação mandibular, com uma prótese parcial esquelética de 5 elementos, que foi realizada em 7 consultas. Como já foi referido a prótese removível é uma opção mais económica para pacientes que pretendam realizar reabilitações. Sendo este um dos motivos que move mais pacientes as consultas desta área disciplinar, outros pacientes podem já possuir prótese e continuam com os seguimentos das consultas de controlo.

No âmbito da Oclusão no total foram realizadas 2 consultas, 1 como operador e 1 assistente. A oclusão é das áreas curriculares com menos pacientes, uma vez que os pacientes tendem a poupar no prosseguimento destes tratamentos, mesmo tendo problemas de mal oclusão, dor ou disfunção temporomandibular.

A Dentisteria Operatória é uma das áreas com maior numero de consultas realizadas, com 20 consultas no total, das quais 9 como operador e 11 como assistente. Sendo a cárie dentária uma doença cada vez mais prevalente nas populações, ate seria de esperar mais pacientes nas consultas, no entanto existe sempre o problema económico.⁶

Na Endodontia no total foram realizadas 14 consultas, 4 como operadora e 10 como assistente. Como operador executei 2 dentes monocanales (dente 3.3 e 1.3), relativamente aos atos como assistente, 8 foram relativas a dois multirradiculares (3.7 e 2.6) e 2 consultas para um monocanalar (2.5). Os problemas económicos também se

sobrepõem nesta área disciplinar. Quando não há pacientes, os alunos vão para o pré-clínico treinar simulações de tratamento, para além desta atividade há por vezes apresentações de casos clínicos de todo os binómios do ano, para que se possam fazer aprendizagens e julgamentos críticos aos casos apresentados pelos colegas.

A Odontopediatria está entre as áreas com menor afluência de consultas, no total foram realizadas 4 consultas, 2 como operador e 2 como assistente. É de referir que esta área disciplinar está sujeita a avaliação escrita, no 1º e 2 semestre, devido ao baixo número de consultas.

A Ortodontia o binómio atendeu sempre a mesma paciente distribuída por 4 consultas no total, sendo que 2 como operador e 2 como assistente. Nesta área disciplinar há sempre apresentações de casos clínicos da clínica, quando atendidos pelos binómios, ou na ausência de pacientes as professoras disponibilizam casos clínicos para que se processa as apresentações.

Conclusão

6. Conclusão

A elaboração do Relatório de Atividade Clínica permitiu ao aluno criar um espírito crítico em relação a todos os casos clínicos no último ano do Mestrado e crítica dos Integrado De Medicina Dentária. A exposição dos casos, neste trabalho, permite uma reflexão ponderada e crítica dos procedimentos e técnicas executadas, diagnósticos e planos de tratamento que podiam ter seguido outro percurso.

No final dos 5 anos que tem a duração do curso, o aluno deve reconhecer que as suas aptidões, experiência e conhecimentos práticos e teóricos e como futuro médico dentista, é obrigado a estar siente das suas responsabilidades legais e deveres deontológicos para com os pacientes.

A medicina dentária é uma ciência multidisciplinar, cujo desenvolvimento é imenso e constante. Como futuros médicos dentistas devemos atualizar o nosso conhecimento teórico e prático com o intuito de nos tornarmos melhores profissionais de saúde.

Considero que nesta fase de finalização tive um ensino de excelência apesar de por vezes faltar alguma experiência realitivamente aos pacientes atendidos

Referências Bibliográficas

7. Referências Bibliográficas

1. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*. 1994;272(8):619-26.
2. Brown JP. A new curriculum framework for clinical prevention and population health, with a review of clinical caries prevention teaching in US and Canadian dental schools. *Journal of dental education*. 2007;71(5):572-8.
3. Choo A, Delac DM, Messer LB. Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. *Australian dental journal*. 2001;46(3):166-73.
4. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(6):401-11.
5. Bracksley-O'Grady SA, Dickson-Swift VA, Anderson KS, Gussy MG. Health promotion training in dental and oral health degrees: a scoping review. *Journal of dental education*. 2015;79(5):584-91.
6. Edelstein BL. The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health*. 2006;6(Suppl 1):S2.
7. Naidoo S. Ethical Considerations in Community Oral Health. *Journal of dental education*. 2015;79(5suppl):S38-S44.
8. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimização da anamnese em Medicina Dentária. *Cadernos de Saúde*, Vol 4, nº 2, 2011. 2011;4:47-56.
9. Jolly DE. Recognition of medical risk in the dental patient. *Anesthesia progress*. 1995;42(3-4):90.
10. Brondani MA, Rossoff LP. The "hot seat" experience: a multifaceted approach to the teaching of ethics in a dental curriculum. *Journal of dental education*. 2010;74(11):1220-9.
11. Ozar DT, Sokol DJ. *Dental ethics at chairside: professional principles and practical applications*: Georgetown University Press; 2002.
12. Greenberg MS, Glick M. *Burket's oral medicine: Diagnosis & Treatment*: PMPH-USA; 2003.
13. Scully C, Miller CS, Urizar J-MA, Alajbeg I, Almeida OP, Bagan JV, et al. Oral medicine (stomatology) across the globe: birth, growth, and future. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2016;121(2):149-57. e5.
14. Van Diermen DE, Aartman IH, Baart JA, Hoogstraten J, Van der Waal I. Dental management of patients using antithrombotic drugs: critical appraisal of existing guidelines. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2009;107(5):616-24.
15. Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite P. *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*: PMPH-USA; 2004.
16. Sharma G, Puranik MP. Approaches to Arresting Dental Caries: An Update. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2015;9(5):ZE08.
17. Goldie MP. The oral healthcare professional's role in the assessment and treatment of eating disorders. *International journal of dental hygiene*. 2006;4(1):52-4.

18. Do T, Devine D, Marsh PD. Oral biofilms: molecular analysis, challenges, and future prospects in dental diagnostics. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*. 2013;5:11-9.
19. Carranza FA. Carranza Periodontia Clínica. Tradução de Rodrigo Melo Nascimento et al. 2004;10.
20. De Leeuw R, Klasser GD. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 2008.
21. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, et al. Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics*. 2002;11(3):181-93.
22. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, et al. Classification system for the completely dentate patient. *Journal of Prosthodontics*. 2004;13(2):73-82.
23. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Brackett SE. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*, ed, 1997. Learning. 1997;10:40.
24. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. *Contemporary fixed prosthodontics*: Elsevier Health Sciences; 2015.
25. Dentistry AAoP. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatric dentistry*. 2013;35(5):E157.
26. Canut Brusola JA, Brusola JAC. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2000.
27. Bergenholtz G, Kvist T. Call for improved research efforts on clinical procedures in endodontics. *Int Endod J*. 2013;46(8):697-9.
28. Schulze R, Heil U, Groß D, Bruellmann D, Dranischnikow E, Schwanecke U, et al. Artefacts in CBCT: a review. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2014.
29. Albandar J, Rams T. *Periodontol 2000 Global epidemiology of periodontal diseases* 29. Copenhagen, Denmark: Munksgaard Blackwells. 2002.
30. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *The Lancet*. 2005;366(9499):1809-20.
31. Periodontology AAo. *Glossary of periodontal terms*: American Academy of Periodontology; 2001.
32. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE. Toothbrushing and gingival recession. *International dental journal*. 2003;53(2):67-72.
33. Watson P. Gingival recession. *Journal of dentistry*. 1984;12(1):29-35.
34. Löst C. Depth of alveolar bone dehiscences in relation to gingival recessions. *Journal of Clinical Periodontology*. 1984;11(9):583-9.
35. Bernimoulin JP, Curilović Z. Gingival recession and tooth mobility. *Journal of clinical periodontology*. 1977;4(2):107-14.
36. Serino G, Wennström JL, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *Journal of clinical periodontology*. 1994;21(1):57-63.
37. Sangnes G, Gjermo P. Prevalence of oral soft and hard tissue lesions related to mechanical toothcleansing procedures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1976;4(2):77-83.

38. Chatterjee A, Sharma E, Gundanavar G, Subbaiah SK. Treatment of multiple gingival recessions with vista technique: A case series. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015;19(2):232.
39. Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1973;29(4):358-82.
40. Allen E. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics. *Dental Clinics of North America*. 1988;32(2):307-30.
41. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology 2000*. 1996;11(1):18-28.
42. Azzi R, Takei HH, Etienne D, Carranza FA. Root coverage and papilla reconstruction using autogenous osseous and connective tissue grafts. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2001;21(2).
43. Gupta N, Hungund S, Astekar M, Dodani K. Evaluation of palatal mucosal thickness and its association with age and gender. *Biotechnic & Histochemistry*. 2014;89(7):481-7.
44. Seibert JS, Salama H. Alveolar ridge preservation and reconstruction. *Periodontology 2000*. 1996;11(1):69-84.
45. Hall HD, O'steen A. Free grafts of palatal mucosa in mandibular vestibuloplasty. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1970;28(8):565-74.
46. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Soft tissue management at implant sites. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(s8):163-7.
47. Cohen ES. *Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery: PMPH-USA; 2007*.
48. Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. *Periodontology 2000*. 2001;27(1):72-96.
49. Maynard Jr JG. Coronal positioning of a previously placed autogenous gingival graft. *Journal of periodontology*. 1977;48(3):151-5.
50. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. 2011;31(6):653.
51. Rajpoot N, Nayak A, Nayak R, Bankur PK. Evaluation of Variation in the Palatal Gingival Biotypes Using an Ultrasound Device. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2015;9(3):ZC56.
52. Song J-E, Um Y-J, Kim C-S, Choi S-H, Cho K-S, Kim C-K, et al. Thickness of posterior palatal masticatory mucosa: the use of computerized tomography. *Journal of periodontology*. 2008;79(3):406-12.
53. Müller HP, Schaller N, Eger T, Heinecke A. Thickness of masticatory mucosa. *Journal of clinical periodontology*. 2000;27(6):431-6.
54. Sullivan HC, Atkins JH. Freeautogenous gingival grafts. 1. Principles of successful grafting. *Periodontics*. 1968;6(1):5.
55. Silverstein LH, Kurtzman GM. A review of dental suturing for optimal soft-tissue management. *Compend Contin Educ Dent*. 2005;26(3):163-70.

56. Celletti R, Davarpanah M, Etienne D, Paecora G, Tecucianu J-F, Djukanovic D, et al. Guided tissue regeneration around dental implants in immediate extraction sockets: comparison of e-PTFE and a new titanium membrane. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 1994;14(3).
57. Wang H-L, O'Neal RB, Thomas CL, Shyr Y, MacNeil RL. Evaluation of an absorbable collagen membrane in treating Class II furcation defects. *Journal of periodontology*. 1994;65(11):1029-36.
58. Sculean A, Windisch P, Chiantella GC, Donos N, Brex M, Reich E. Treatment of intrabony defects with enamel matrix proteins and guided tissue regeneration. *Journal of Clinical Periodontology*. 2001;28(5):397-403.
59. Wyganowska-Świątkowska M, Urbaniak P, Nohawica MM, Kotwicka M, Jankun J. Enamel matrix proteins exhibit growth factor activity: A review of evidence at the cellular and molecular levels. *Experimental and therapeutic medicine*. 2015;9(6):2025-33.
60. Sculean A, Schwarz F, Becker J, Brex M. The application of an enamel matrix protein derivative (Emdogain®) in regenerative periodontal therapy: a review. *Medical Principles and Practice*. 2007;16(3):167-80.
61. Iqbal MK, Bamaas N. Effect of enamel matrix derivative (EMDOGAIN®) upon periodontal healing after replantation of permanent incisors in Beagle dogs. *Dental Traumatology*. 2001;17(1):36-45.
62. Heijl L. Periodontal regeneration with enamel matrix derivative in one human experimental defect. A case report. *Journal of clinical periodontology*. 1997;24(9 Pt 2):693-6.
63. Gestrelus S, Andersson C, Lidström D, Hammarström L, Somerman M. In vitro studies on periodontal ligament cells and enamel matrix derivative. *Journal of clinical periodontology*. 1997;24(9):685-92.
64. Wang Y, Zhang Y, Jing D, Shuang Y, Miron RJ. Enamel matrix derivative improves gingival fibroblast cell behavior cultured on titanium surfaces. *Clinical oral investigations*. 2016;20(4):685-95.
65. Sánchez OH. CIRUGÍA BUCAL Y PATOLOGÍA MÉDICA. *Monografías Científicas en Cirugía, Implantología Y Periodoncia*. 2012:193.
66. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1993;76(4):412-20.
67. Stanley H, Alattar M, Collett W, Stringfellow H, Spiegel E. Pathological sequelae of "neglected" impacted third molars. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 1988;17(3):113-7.
68. Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Evaluation of intraexaminer and interexaminer agreement on classifying lower third molars according to the systems of Pell and Gregory and of Winter. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008;66(5):893-9.
69. Pell GJ, Gregory B. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Digest*. 1933;39:330-8.
70. Winter GB. *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar*: American Medical Book Company; 1926.
71. Pertl L, Gashi-Cenkoglu B, Reichmann J, Jakse N, Pertl C. Preoperative assessment of the mandibular canal in implant surgery: comparison of rotational panoramic radiography (OPG), computed

tomography (CT) and cone beam computed tomography (CBCT) for preoperative assessment in implant surgery. *Eur J Oral Implantol*. 2013;6(1):73-80.

72. Correia F, Salgado A. Tomografia computadorizada de feixe cónico e a sua aplicação em Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2012;53(1):47-52.

73. Scarfe WC, Farman AG, Sukovic P. Clinical applications of cone-beam computed tomography in dental practice. *Journal-Canadian Dental Association*. 2006;72(1):75.

74. Watanabe H, Honda E, Kurabayashi T. Modulation transfer function evaluation of cone beam computed tomography for dental use with the oversampling method. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2014.

75. Cha J-Y, Mah J, Sinclair P. Incidental findings in the maxillofacial area with 3-dimensional cone-beam imaging. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2007;132(1):7-14.

76. Pitekova L, Satko I, Novotnakova D. Complications after third molar surgery. *Bratisl Lek Listy*. 2010;111(5):296-8.

77. Gay EC, de Cirurgia ALBT. *Bucal Tomo 1 [Livro]*. Espanha: Ergon Ediciones. 2006.

78. Alqerban A, Storms A-S, Voet M, Fieuws S, Willems G. Early prediction of maxillary canine impaction. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2016;45(3):20150232.

79. Bishara SE, Ortho D. Impacted maxillary canines: a review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1992;101(2):159-71.

80. Dachi SF, Howell FV. A survey of 3,874 routine full-mouth radiographs: I. A study of retained roots and teeth. *Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology*. 1961;14(8):916-24.

81. Johnston WD. Treatment of palatally impacted canine teeth. *American Journal of Orthodontics*. 1969;56(6):589-96.

82. Fournier A, Turcotte J-Y, Bernard C. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. *American journal of orthodontics*. 1982;81(3):236-9.

83. Cooke J, Wang H. Canine impactions: incidence and management. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. 2006;26(5):483.

84. Kumar S, Mehrotra P, Bhagchandani J, Singh A, Garg A, Kumar S, et al. Localization of Impacted Canines. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2015;9(1):ZE11.

85. Dewel B. The Upper Cuspid: Its Development and Impaction*. *The Angle Orthodontist*. 1949;19(2):79-90.

86. Peck S, Peck L, Kataja M. Concomitant occurrence of canine malposition and tooth agenesis: evidence of orofacial genetic fields. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2002;122(6):657-60.

87. Ericson S, Kuroi J. Radiographic assessment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbance. *The European Journal of Orthodontics*. 1986;8(3):133-40.

88. Chaushu S, Chaushu G, Becker A. The role of digital volume tomography in the imaging of impacted teeth. *World journal of orthodontics*. 2004;5(2).

89. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. *The Journal of the American Dental Association*. 2000;131(5):623-32.

90. Uva MS, Victorino P, Roquette R, Machado A, Dias CM. Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa—uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2014;33(7):451-63.
91. Langhammer A, Johnsen R, Gulsvik A, Holmen T, Bjermer L. Sex differences in lung vulnerability to tobacco smoking. *European Respiratory Journal*. 2003;21(6):1017-23.

Anexos

8. Anexos

História Clínica:

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

1. ANAMNESE (História Clínica)

1.1. Motivo da Consulta

1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:

Localização:

Irradiação:

Duração (min, horas, dias):

Intensidade: Fraca Moderada Forte Muito Forte

Frequência:

Modo: Súbito Lento Insidioso Por Surtos

Evolução: Aguda Crónica Recidivante

Outros Sintomas:

1.3. ANTECEDENTES

1.3.1. PESSOAS GERAIS

Visita regularmente algum médico? Sim Não

Porque razão?

Fez análises pela última vez em que data?

Foram detectados valores anormais?

Não

Sim

Indique quais:

Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncecionais)?

Não

Sim

Indique quais:

Senhora, diga se está grávida:

Não

Sim

Quanto meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Quais?

Tem tensão alta? Sim Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Mín: Máx:

Em:

Sim Não
 Tem Diabetes?

Se Sim, qual o tipo?

Sim Não
 Tem doenças de sangue?

Anemia
 Hemofilia
 Outras

Não Sim
 Quando ao fim um certo, sangra durante muito tempo ou demora a clarear?

Não Sim
 Faz (placenta) hematomas com facilidade?

Não Sim
 Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente (epistaxe)?

Não Sim
 Tem alguma doença infecto-contagiosa?

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite Tipo
 Tuberculose
 VIH
 SIDA
 Outra

Sim Não
 Tem doenças do fígado?

Qual?

Sim Não
 Tem problemas de estômago?

1.2. FISSURA ORBITÁRIA

1.3. FAMILIARES E DISTÁNCIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. INSPEÇÃO

Face:	<input type="text"/>	Acne/pimples:	<input type="text"/>
Clavos:	<input type="text"/>	Eczema:	<input type="text"/>
Carotenose:	<input type="text"/>	Acromegalia:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. PALPAÇÃO

Lábios:	<input type="text"/>	Prontidão ao toque:	<input type="text"/>
Unhas:	<input type="text"/>	Reg. Jugul. Direito:	<input type="text"/>
Palmo Direito:	<input type="text"/>	Reg. Jugul. Esquerdo:	<input type="text"/>
Palmo Esquerdo:	<input type="text"/>	Garganta:	<input type="text"/>
Vegetação + Pele:	<input type="text"/>	Próstata:	<input type="text"/>

ATM		Higiene Oral:	
Sintomatología:	<input type="text"/>	GLÁNDULAS	
Abertura de Boca:	<input type="text"/>	Parietales:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>	Submaxilares:	<input type="text"/>
		Sublinguales:	<input type="text"/>
		Menores:	<input type="text"/>
		Ductos Excretores (Stenson, Warthon):	<input type="text"/>
		Saliva:	<input type="text"/>