



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:

Mariana Isabel dos Reis Figueira da Silva

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:

Mariana Isabel dos Reis Figueira da Silva

Orientador: Mestre Tiago Borges

Co-orientador: Professor Doutor André Correia

Viseu, 2016

Agradecimentos:

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

À minha Mãe, que tornou o meu sonho possível, pelo apoio incondicional, e por acreditar sempre em mim.

À minha família, por estar sempre ao meu lado.

Às minhas amigas de curso pelo apoio e amizade ao longo destes cinco anos, tornando este percurso maravilhoso, assim como outros amigos feitos fora da faculdade que fizeram com que Viseu deixasse um lugar especial no meu coração.

Aos professores, pelos conhecimentos transmitidos e apoio que me deram.

Resumo

Este relatório tem por objetivo descrever, analisar, refletir e criticar a atividade clínica experienciada nas diferentes Áreas Disciplinares do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Viseu.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório passou pela recolha de dados, exposição e discussão de atos clínicos realizados ao longo do ano.

Os dados recolhidos e a esquematização dos trabalhos desenvolvidos basearam-se em atos clínicos realizados nas Áreas Disciplinares: Medicina Oral, Prótese Removível, Endodontia, Ortodontia, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Prótese Fixa, Odontopediatria e Oclusão, onde foi possível consolidar conhecimentos teóricos e adquirir competências práticas no contacto com a história clínica dos pacientes que foi possível observar.

Palavras-chave: atividade clínica, casos clínicos, medicina dentária

Abstract:

This report aims to describe, analyze, reflect and criticize the students clinical activity in different disciplinary areas of the 5th year of the Master of Dental Medicine, Universidade Católica – Centro Regional de Viseu.

The methodology used for the preparation to report was data Collection, exhibition and discussion of acts clinical held throughout the year.

The data collection and work development drafting were based on clinical acts performed in disciplinary areas like: Oral Medicine, Denture, Endodontics, Orthodontics, Periodontology, Operative Dentistry, Fixed Prosthodontics, Pediatric Dentistry and Occlusion, where it was possible to consolidate theoretical knowledge and acquire practice skills when in contact with the observed patients.

Keywords: clinical activity, clinical cases, dentistry

Índice Geral

1 - Introdução	3
2 – Atividade Clínica.....	7
2.1 – Dados gerais dos atos clínicos.....	9
2.2 – Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar.....	13
2.2.1 – Medicina Oral	13
2.2.2 – Prótese Removível.....	15
2.2.3 - Endodontia.....	15
2.2.4 - Ortodontia	16
2.2.5 - Periodontologia	16
2.2.6 – Dentisteria Operatória.....	17
2.2.7 – Prótese Fixa.....	17
2.2.8 - Cirurgia	17
2.2.9 - Odontopediatria.....	18
2.2.10 - Oclusão.....	18
3 – Casos Clínicos Diferenciados	19
3.1 – Restauração de dente extensamente destruído a amálgama com recobrimento das cúspides	21
3.1.1 – História Clínica.....	21
3.1.2 – Considerações do caso.....	21
3.1.3 – Material	22
3.1.4 – Procedimento	22
3.1.5 – Discussão do caso clínico	23
3.2 – Exodontia de terceiro molar mandibular incluso.....	25
3.2.1 – História Clínica.....	25
3.2.2 – Considerações do caso	25
3.2.3 – Material	26
3.2.4 – Procedimento	27
3.2.5 – Discussão do caso clínico	28
3.3 – Ponte metalocerâmica do dente 25 ao 27	30
3.3.1 – História clínica.....	30
3.3.2 – Considerações do caso.....	30
3.3.3 – Material	32

3.3.4 – Procedimento	33
3.3.5 – Discussão do caso clínico	35
4 - Referências Bibliográficas	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Percentagem de pacientes por género	9
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes por faixas etárias	9
Gráfico 3 – Distribuição dos indivíduos pela classificação da ASA	10
Gráfico 4 – Distribuição das patologias sistémicas	11
Gráfico 6 – Percentagem de hábitos de higiene	12
Gráfico 7 – Percentagem de hábitos tabágicos	12
Gráfico 8 – Distribuição do número de atos clínicos nas áreas disciplinares	13

Índice de Imagens

Imagem 1 – Leucoplasia no 3º quadrante.....	14
Imagem 2 – Fotografia Pré operatória do dente 25	24
Imagem 3 – Colocação do aro de cobre no dente 25, com cunhas de madeira nos espaços interproximais	24
Imagem 4 – Restauração com amálgama	24
Imagem 5 – Polimento da amálgama	24
Imagem 6 – Resultado após ajuste oclusal	24
Imagem 7 – Raio-x final	24
Imagem 8 – Radiografia panorâmica dentária	29
Imagem 9 – Descolamento do retalho	29
Imagem 10 – Raio-x do dente pilar 25	37
Imagem 11 – Raio-x do dente pilar 27	37
Imagem 12 – Preparos dentários nos dentes pilares	37
Imagem 13 – Impressão definitiva	37
Imagem 14 – Montagem em articulador	37
Imagem 15 – Ponte metalocerâmica no modelo	37
Imagem 16 – Cimentação definitiva	38
Imagem 17 – Resultado global	38

Lista de Abreviaturas

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCP - Universidade Católica Portuguesa

ASA - American Society of Anesthesiologists

IP – índice de Placa

TC - Tomografia Computorizada

Introdução

1- Introdução

A OMS tem vindo a reforçar a ideia de que a saúde oral faz parte integrante da saúde em geral, pois é um conceito cientificamente comprovado, visto que a cavidade oral não se encontra separada do resto do organismo.(1) Por este motivo, existem cada vez mais relações entre doenças orais e doenças sistémicas, como a cárie dentária e as periodontopatias que apresentam consequências na saúde geral do indivíduo.(1) Não com menos importância, no entanto sem dados concretos da sua prevalência, existe ainda o cancro oral com um provável número elevado de casos na nossa sociedade.(1) Estas patologias orais têm um grande impacto na vida de um indivíduo visto poderem comprometer atividades básicas como falar, sorrir, mastigar, etc..(1)

É expectável que todo o futuro médico dentista, ambicione observar um elevado número de pacientes por forma a desenvolver a sua capacidade de diagnosticar e de elaborar planos de tratamento, assim como, experienciar, sob a orientação dos professores, casos clínicos diferenciados que serão uma mais valia para a aquisição de competências que colocará em prática num futuro próximo. No entanto, devido ao pouco investimento que, ainda hoje, a maioria dos cidadãos faz na Medicina Dentária, desconhecendo que a mesma além da reabilitação estética e funcional, também pode evitar que o paciente desenvolva patologias resultantes de doenças ao nível da cavidade oral, não temos o afluxo de pacientes à clínica desejável.

Salienta-se, no entanto, que toda a experiência adquirida na clínica de medicina dentária, supervisionada pelos docentes das diferentes Áreas Disciplinares foi fundamental para o desenvolvimento de estratégias de aquisição e atualização de conhecimentos, assim como para a reflexão crítica sobre os atos clínicos desenvolvidos. É de referir, ainda, que todo o trabalho colaborativo e partilha de conhecimentos entre os discentes também contribuiu para a consolidação de competências essenciais para o desenvolvimento da prática da Medicina Dentária.

Nesta área do ramo da Medicina é fundamental o desenvolvimento da capacidade crítica no desempenho clínico com a finalidade de poder prestar melhor qualidade de serviços.

Um bom médico dentista deve saber também conciliar os seus conhecimentos técnicos com as competências comunicativas que desenvolveu ao longo do curso, assim, deve ter capacidades para utilizar estratégias de comunicação para informar e saber influenciar os seus pacientes de forma a promover a saúde dos mesmos.

A informação transmitida deve ser clara, credível e aplicada a cada tipo de doente, tendo sempre em conta a sua cultura e o seu nível de literacia.(2) O médico deve estar consciente das suas atitudes e das respostas verbais e não-verbais que dá aos pacientes. Para construir uma boa relação médico-paciente, tem que saber escutá-lo e compreendê-lo. O paciente dá valor ao médico que sabe escutar, sobretudo se este o escuta sem julgamentos ou juízos de valor. Deve também, estar preparado para resolver conflitos, saber negociar e, conseguir transmitir más notícias.

A consulta deve ser centrada no paciente, o que implica, de certa forma, uma partilha de poder. O médico deve sugerir ao paciente o que deve ser feito, no entanto, deve dar-lhe oportunidade e tempo de escolha para que ambos consigam estabelecer uma plataforma de entendimento.

Na sua relação com o paciente, o médico dentista deverá preferencialmente colocar em prática o modelo deliberativo de forma a dar poder de decisão ao paciente.

As primeiras impressões são determinantes para o desenrolar de uma relação, pois estas são muito persistentes e geralmente mantêm-se inalteráveis durante muito tempo.(3) Numa situação de consulta médica se o paciente ficar com uma primeira impressão errada sobre o médico, dificilmente mudará a sua opinião. A

primeira impressão começa no momento em que o doente entra na clínica, por isso, é fundamental que ele depare com um ambiente acolhedor e relaxante.

O Médico deve mostrar consideração pelo doente, ser convicto, pois a convicção do médico leva o doente a acreditar no que este lhe propõe. Deve ser também assertivo, isto é, expressar as suas opiniões de forma direta, honesta e apropriada, mas respeitando os direitos do paciente.

O Médico Dentista deve prestar especial atenção à comunicação não-verbal pois, por vezes, o paciente, sente-se inseguro e ansioso ao observar as expressões faciais, tom de voz e gestos do médico que, por vezes, levam a conclusões precipitadas, podendo estas, não corresponder ao prognóstico.(4)

Seguidamente, deve questionar o paciente sobre a existência de dúvidas em algum ponto que queira ser esclarecido, e, se for caso disso, deve transmitir-lhe informações claras e concisas, tendo sempre presente o nível de literacia do mesmo. É fundamental que o médico se aperceba se o paciente compreendeu claramente as indicações prescritas.

Posteriormente, deve partilhar com o paciente a decisão da data da próxima intervenção, explicando-lhe, objetivamente, a necessidade da concretização da mesma.

O momento da despedida é muito importante, pois é aquele que fica mais tempo gravado na memória do paciente. O médico deve deixar transparecer uma imagem de profissional satisfeito com o trabalho realizado, nomeadamente indicar-lhe as medidas preventivas que deve desenvolver de forma a preservar a sua saúde oral e, por consequência, reduzir riscos para a sua saúde como um todo, indissociável das partes.

Com a realização deste relatório pretende-se relatar a atividade clínica desenvolvida ao longo do 5º ano e, simultaneamente, abordar de uma forma crítica o diagnóstico e terapêutica dos atos clínicos realizados.

A primeira parte do relatório começa por analisar os dados clínicos de todos os pacientes atendidos pelo binómio 18 ao longo do 5º ano, seguindo a sequência

da distribuição por sexo, faixa etária, classificação da ASA, patologias, hábitos higiénicos e hábitos tabágicos.

Numa segunda parte examina-se a distribuição dos pacientes pelas seguintes áreas curriculares: Medicina Oral, Prótese Removível, Endodontia, Ortodontia, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Prótese Fixa, Cirurgia Oral, Odontopediatria e Oclusão. Em cada uma das áreas encontra-se uma fundamentação teórica relacionado com atividade lecionada, e a descrição dos tratamentos efetuados em cada uma delas.

Por último, podemos encontrar casos diferenciados, onde se procurou aprofundar especificamente casos clínicos nas áreas disciplinares de Dentisteria Operatória, Cirurgia Oral e Prótese Fixa, relatando a história clínica dos pacientes, fazendo um enquadramento teórico de cada caso com base numa revisão bibliográfica, descrevendo o protocolo realizado durante cada consulta e apresentando, ainda, uma discussão de cada caso.

Atividade Clínica

2.1 Dados Gerais dos atos clínicos

No decorrer do ano letivo, foram recolhidos os dados dos pacientes relativos ao binómio 18 nas várias áreas disciplinares do 5º ano de Mestrado. Contabilizou-se um total de 57 pacientes, 30 do sexo feminino (53%) e 27 do sexo masculino (47%) como podemos ver no gráfico 1. A faixa etária dos pacientes observados situa-se num intervalo dos 4 aos 82 anos, sendo que no intervalo de idades dos 40 aos 49, como podemos verificar no gráfico 2, é onde existe maior número de pacientes.

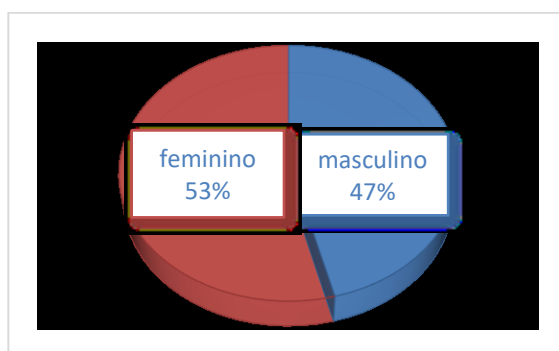


Gráfico 1 – Percentagem de pacientes por género

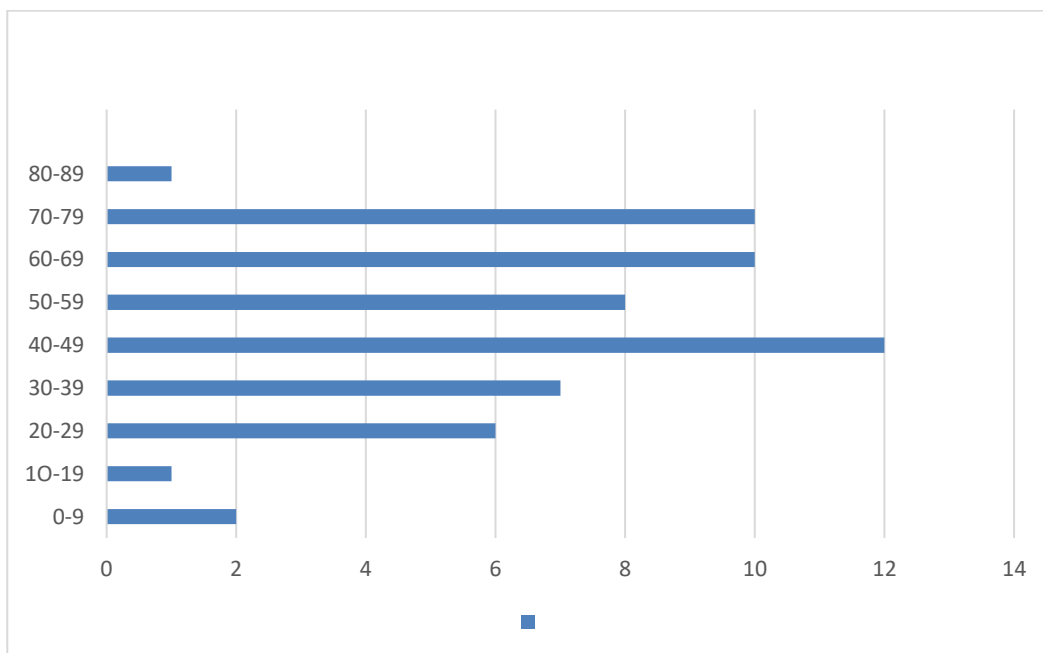


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes por faixas etárias

Analisando o nível de risco (classificação ASA) dos pacientes, observamos que existe maior número de indivíduos enquadrados na ASA II, sendo um grupo de pacientes com doença sistémica moderada, sem limitações das funções vitais, e/ou toma de pelo menos um medicamento diariamente.

Em segundo lugar encontra-se a ASA I, que é um paciente saudável sem qualquer tipo de patologia e inexistência de toma de pelo menos um fármaco diariamente.

Em terceiro lugar encontra-se a ASA III cujos os pacientes apresentam uma doença sistémica grave, com funções vitais comprometidas.

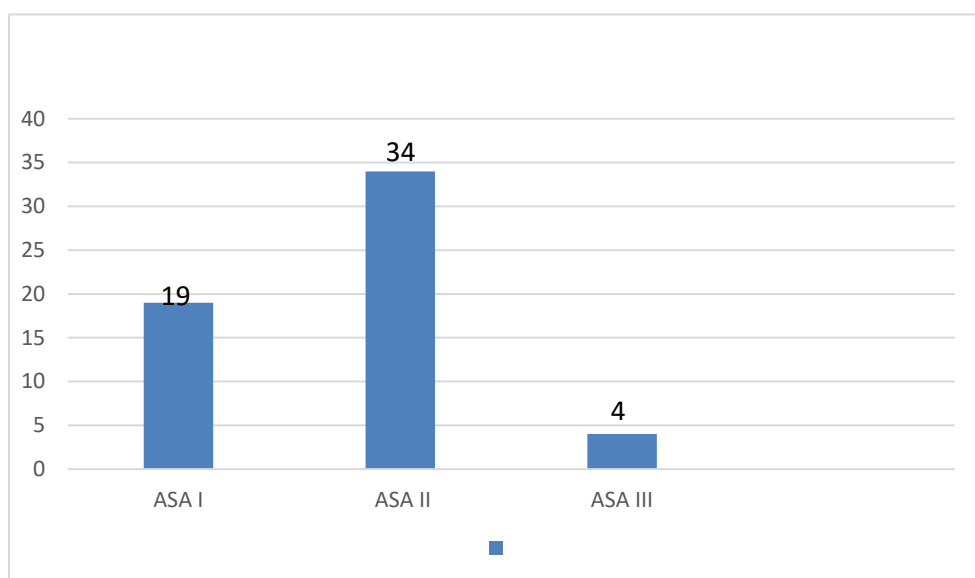


Gráfico 3 – Distribuição de indivíduos pela classificação da ASA

Relativamente às doenças sistémicas pudemos verificar que existiam 19 pessoas que não apresentavam qualquer tipo de patologia. Quanto aos pacientes do grupo ASA II, a hipertensão e a hipercolesterolemia são as doenças que mais afetam a amostra, seguindo-se da depressão como indica o gráfico 4.

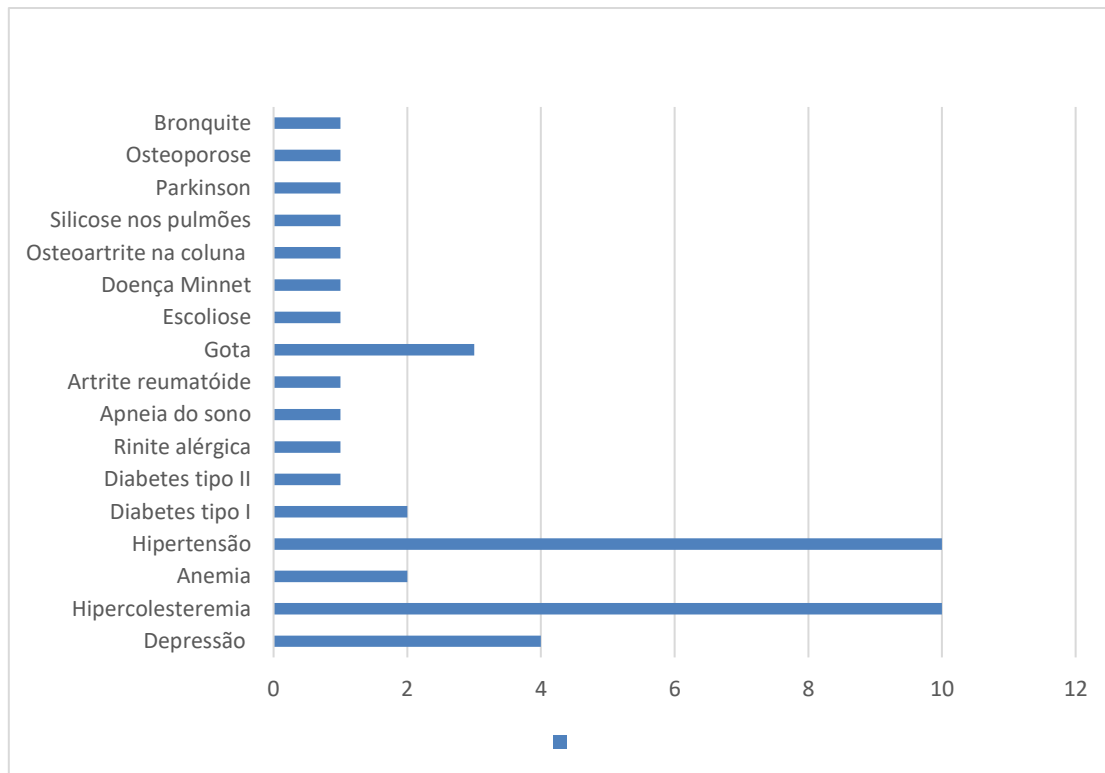


Gráfico 4 – Distribuição das patologias sistémicas

Relativamente aos hábitos higiénicos, podemos verificar no gráfico 6 que 55% admite escovar os dentes duas vezes por dia, 25% apenas uma vez por dia, 13% três vezes, e 7% não escova os dentes

Quanto aos hábitos tabágicos, apresentados no gráfico 7, 79% das pessoas afirma não fumar, enquanto 21% são fumadores variando de 10 a 30 cigarros por dia. Dos pacientes fumadores, a percentagem dos que fumam 20 cigarros por dia é a maior, sendo 49% dos casos, seguindo-se a percentagem dos que fumam 30 a 40 cigarros por dia com 26% destes pacientes.

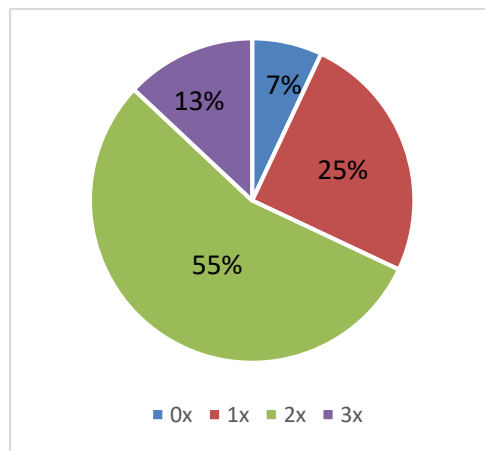


Gráfico 5– Percentagem de hábitos de higiene

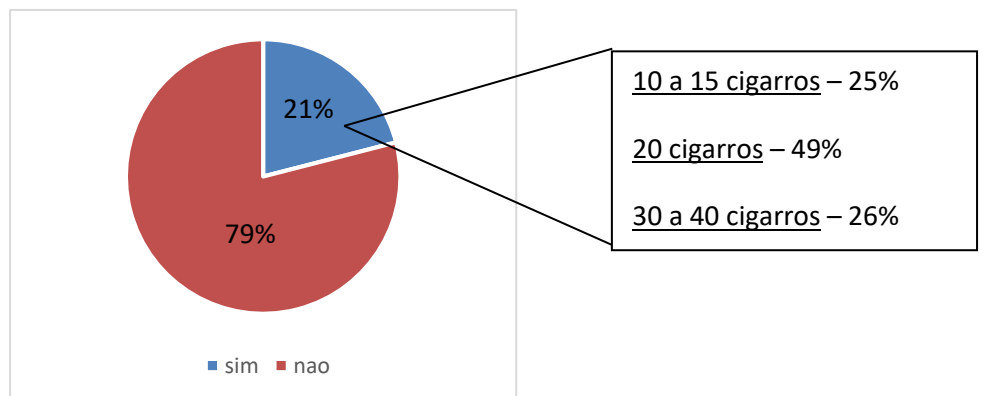


Gráfico 6 – Percentagem de hábitos tabágicos

2.2 Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar

Dos 57 pacientes tratados, houve um total de 142 atos clínicos realizados, sendo 72 como operadora e 70 atos como assistente. A área disciplinar onde se verificou um maior número de atos foi Prótese Removível, devido ao facto de esta área curricular ter o dobro da carga horária das restantes áreas, com exceção de Prótese fixa. No entanto, comparando Prótese Removível com Prótese Fixa, verifica-se uma discrepância de atos devido ao facto de a primeira ser o método mais económico de reabilitar os espaços edêntulos. A área que teve menor número de pacientes foi odontopediatria. No gráfico 8, podemos verificar o número de atos realizados a cada uma das áreas disciplinares.

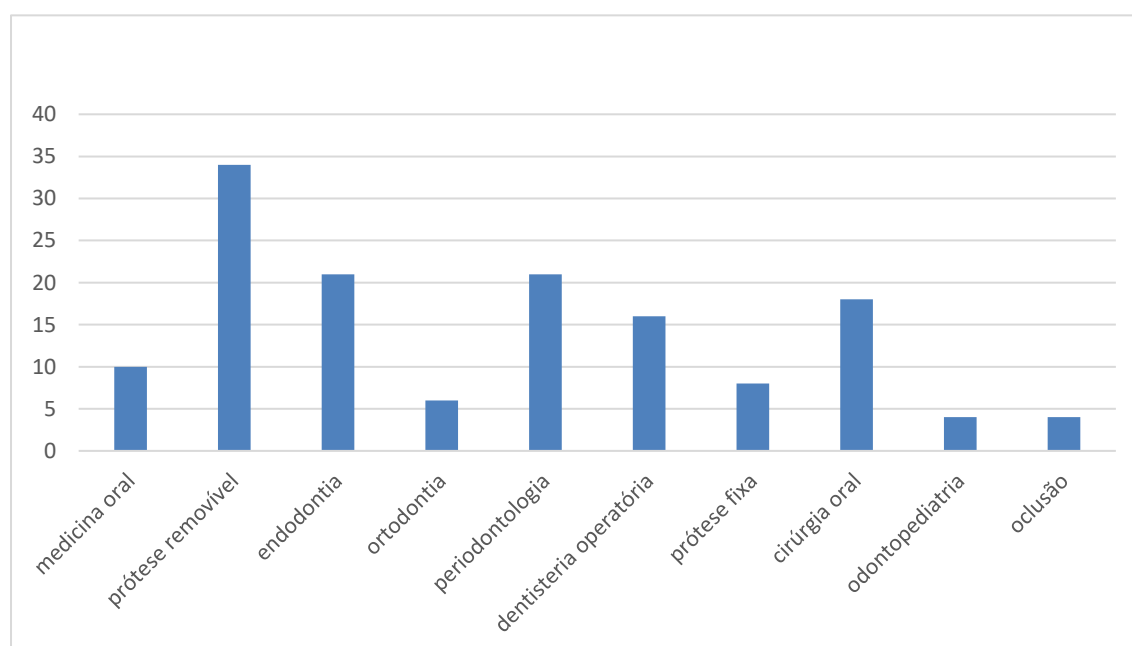


Gráfico 7 – Distribuição do número de atos nas áreas disciplinares

2.2.1 Medicina Oral

Nesta área disciplinar, o aluno tem como objetivo fazer uma história clínica detalhada do paciente, diagnosticar possíveis patologias na cavidade oral e das

regiões maxilo-faciais e cervico-faciais. Deve ainda realizar-se um plano de tratamento, reencaminhando o paciente para as diferentes áreas clínicas em que este necessita de ser tratado. Através da história clínica é possível detetar o risco do paciente (classificação da ASA). São feitos exames intra e extra-orais com recurso a exames complementares de diagnóstico, como por exemplo a ortopantomografia, sendo também preenchido o odontograma.

Ao longo deste ano letivo, realizaram-se 10 atos, sendo 5 como operador e 5 como assistente. Todas as consultas foram apenas de recolha de dados do paciente, ou seja, “primeira consulta”, exceto uma que foi um controlo de uma leucoplasia no pavimento da boca de um fumador crónico.

A evolução da leucoplasia variava com o nível de stress e cigarros fumados por dia. O paciente recorria à clínica universitária de 2 em 2 meses. A imagem 1, mostra a leucoplasia num estado pouco avançado em comparação a outros controlos do paciente, abrangendo apenas o pavimento da cavidade oral no 3º quadrante. Optou-se por não fazer exérese da lesão pois o paciente recusava-se a deixar de fumar, e como o pós-operatório podia ter complicações devido ao tabaco e podia ainda haver o risco de novo desenvolvimento da lesão devido ao mesmo estímulo, chegou-se à conclusão que não havia possibilidade de tratamento enquanto o paciente não deixasse de fumar.



Imagem 1 - leucoplasia no 3º quadrante

2.2.2 Prótese Removível

Em prótese removível, o aluno tem de ter habilidade e conhecimento para a realização do planeamento e execução de próteses parciais ou totais removíveis, no intuito de reabilitar a saúde oral num paciente parcial ou totalmente desdentado.

Para que haja bons resultados a longo prazo é essencial que o aluno selecione dentes pilares com boas condições periodontais, que o desenho da prótese esteja rigorosamente elaborado, que faça registo intermaxilar exato e selecione a cor dos dentes corretamente.

Foram realizados 34 atos nesta disciplina, sendo 18 controlos, 3 primeiras consultas, 3 consertos de próteses, 1 para rebasamento de uma prótese com soft liner, e as outras 12 foram para a realização de duas próteses parciais removíveis esqueléticas. Na realização destas próteses, na 1ª consulta de cada uma elaboraram-se modelos de estudo, na 2ª consulta os pacientes assinaram o orçamento da prótese, na 3ª realizaram-se nichos e modelos definitivos, na 4ª consulta efetuou-se a prova de esqueleto e registo inter-maxilar, na 5ª realizou-se prova de dentes e por último na 6ª efetuou-se a inserção da prótese.

2.2.3 Endodontia

Na endodontia o aluno deve ter a capacidade e conhecimentos suficientes para realizar um correto diagnóstico clínico e elaboração do tratamento adequado. O tratamento passa pela realização de uma cavidade de acesso adequada, um correto cateterismo canal, biomecânica canal rigorosa e por fim obturação canal. Estes procedimentos são realizados com recurso a exames complementares de diagnóstico. O aluno deve ainda saber como atuar em casos de urgência.

Neste semestre, foram realizadas 21 consultas, sendo que 13 foram como operadora num dente monoradicular e em dois multiradiculares, e 8 consultas foram como assistente de dois dentes monoradiculares e uma multiradicular.

2.2.4 Ortodontia

Na clínica universitária, esta disciplina foca-se no diagnóstico e no tratamento preventivo, intercetivo ou corretivo. Os tratamentos são realizados apenas com recurso a aparelhos removíveis. O aluno tem que realizar modelos de estudo, fotos intra e extra-orais, preencher corretamente uma ficha clínica focada em ortodontia para mais tarde fazer um plano de tratamento, realizando um trabalho para apresentar aos docentes da área disciplinar e aos discentes da mesma, sendo assim possível discutir o caso clínico.

Foram realizados 6 controlos na mesma paciente, sendo 3 vezes operadora e 3 como assistente. A paciente de 9 anos usava um aparelho removível para mordida cruzada unilateral esquerda, que já se encontrava tratada. No entanto, continuava a utilizar o aparelho como forma de contenção até que erupcionassem todos os dentes definitivos. Na 1ª consulta foram feitos moldes de alginato, fotos intra e extra-orais, preenchimento da ficha clínica de ortodontia e verificação da retenção do aparelho. Nas restantes consultas apenas se verificou a retenção do aparelho.

2.2.5 Periodontologia

Nesta área, o aluno tem de medir bolsas periodontais, recessões, lesões de furca, cálculo de placa, índice de sangramento e mobilidade do dente para preencher o periograma e só assim chegar a um diagnóstico. Só depois do diagnóstico feito, é que o aluno realiza o plano de tratamento.

Foram realizadas 21 consultas, sendo que 11 foram como operadora e 10 como assistente. Tivemos casos de gengivite leve, gengivite moderada, periodontite crónica leve generalizada, periodontite crónica moderada generalizada, periodontite avançada localizada e periodontite avançada generalizada. Foi realizado curetagem gengival, em que atuei como assistente.

2.2.6 Dentisteria operatória

A Dentisteria tem como objetivo detetar lesões de cárie, fratura, abrasão, abfração, erosão, atrição, genéticas e estéticas utilizando técnicas de prevenção, com intuito de proporcionar um equilíbrio entre o processo de desmineralização-rem mineralização do tecido dentário, e técnicas de tratamento minimamente invasivas.

Foram realizados 16 atos, em que se realizaram classes II, III, IV e V com recurso a materiais restauradores como amálgama, compósito, ionómero de vidro e IRM.

2.2.7 Prótese Fixa

Prótese fixa tem o intuito de reconstruir dentes extensamente destruídos, dentes com pouca estética e espaços edêntulos. O aluno tem de ter destreza suficiente para conseguir fazer preparos dentários para futura colocação de elementos protésicos.

Foram realizadas 9 consultas, sendo 2 como primeiras consultas, 1 de realização de preparos e provisórios de uma ponte, 1 apenas de realização de provisório e cimentação do mesmo, 1 de impressões definitivas, 1 de prova de infraestrutura, 1 de inserção da prótese e cimentação definitiva e 2 de controlo.

2.2.8 Cirurgia Oral

Com base na história clínica do paciente, o aluno realiza um plano de tratamento para a cirurgia dento-alveolar. O aluno deve conhecer bem a anatomia para não danificar nenhuma estrutura importante durante o ato cirúrgico. Deve também estar ciente das possíveis complicações e saber como atuar nesses casos.

No total realizaram-se 18 atos clínicos, 9 como operadora e 9 como assistente em que todos os atos à exceção de 2, foram realizados por técnica simples. Um dos casos clínico que se realizou técnica aberta, foi executado por um professor,

pois tratava-se de um siso inferior mesializado classe II e B, o outro foi realizado por mim, tratando-se de uma raiz retida infra-gengival.

2.2.9 Odontopediatria

Odontopediatria baseia-se num conjunto de possíveis diagnósticos e tratamentos aplicados apenas a crianças. Isto é, qualquer patologia oral que uma criança necessite de tratar é reencaminhada para esta área disciplinar.

Tivemos 4 casos clínicos, um foi para colocação de selantes de fissuras, outro foi uma restauração de uma classe II com amálgama, extraímos também um dente 84, e fizemos ainda uma restauração classe I nos dentes 75 e 85 devido a um defeito de esmalte.

2.2.10 Oclusão

Nesta área o aluno avalia a articulação temporomandibular e músculos da mastigação com o intuito de detetar a existência, ou não, de patologias orofaciais. Com o correto diagnóstico, através do recurso à palpação, história clínica detalhada e montagem em articulador semi-ajustável, é possível elaborar um correto plano de tratamento para cada caso clínico.

Este semestre, foram realizadas 2 consultas de preenchimento de um questionário sobre “critérios de diagnóstico para pesquisa de disfunções temporomantibulares”, e outras 2 para montagem em articulador.

Casos diferenciados

Caso clínico

Restauração de dente extensamente destruído a amálgama com recobrimento das cúspides

3.1.1 História clínica:

Paciente do sexo feminino, 53 anos, saudável, embora refira operação a pólipos no nariz no ano 2000. Não apresenta hábitos tabágicos, a sua higiene oral é insuficiente pois apresenta IP de 65%.

Apresentou-se à consulta de Dentisteria Operatória para a reconstrução pós-endodôntica dente 2.5. No exame clínica e radiográfico, verificou-se a perda total da parede palatina da coroa. Foi explicado à paciente que era um dente muito destruído e por isso tinha um prognóstico reservado.

3.1.2 Considerações relativamente ao caso apresentado:

A restauração de dentes endodonticamente tratados, têm o dever de evitar a microinfiltração, restabelecer a função oclusal e funcional do dente, e proteger o remanescente dentário, evitando fraturas.(5, 6)

O tipo de material restaurador a ser utilizado nestes casos, está dependente de vários fatores, como a estética requerida na zona a reabilitar, a quantidade de remanescente dentário, as forças a que está sujeito o dente, sendo que estas variam de anterior para posterior.(5, 7)

O dente em questão, por ter sido endodonticamente tratado, e ter uma grande fratura coronal, deixava um remanescente dentário reduzido e frágil, tornando o caso suscetível a falha.(8) As várias opções de tratamento passariam por restauração a amálgama, a compósito, a cimento de ionómero de vidro ou prótese fixa.(8) Neste caso clínico, foi decidido remover parte da cúspide vestibular, pois esse recobrimento das cúspides proporciona um grande aumento de resistência à fratura, em relação aos dentes restaurados sem recobrimento, devido ao facto de se evitar a deflexão das cúspides.(9) Em consenso com a paciente e o professor da disciplina, decidimos optar por restauração a amálgama devido ser a opção mais exónómica e que apresentava bons resultados a longo prazo. Como havia uma grande quantidade de estrutura

perdida, optou-se por fazer um sulco intra-canalar para oferecer à restauração uma adequada forma de resistência e retenção.(10)

3.1.3 Material:

- Kit de observação (espelho intraoral, sonda exploradora, sonda periodontal e pinça universitária)
- Seringa ar/água
- Aspiradores de saliva e cirúrgico
- Isolamento relativo (rolos de algodão)
- Carpule, anestubos de lidocaína 3% com vasoconstritor (1:100 000) e agulha 30G
- Turbina e contra-ângulo;
- Broqueiro:
 - Brocas de turbina: esférica diamantada, broca lâmina de faca diamantada, broca troncocônica diamantada;
 - Brocas contra-ângulo: brocas de Gates-Glidden, discos de polimento, taça de borracha
- Aro de cobre e cunhas
- Amálgama
- Condensador
- Brunidor
- Carver
- Álcool
- Papel articular

3.1.4 Protocolo:

Na primeira consulta, realizou-se primeiro a anestesia das papilas interdentárias, seguido do preparo do dente. Com as brocas de contra-ângulo Gates-Glidden retirou-se cerca de 3 mm de guta na entrada do canal para criar mais retenção da amálgama. De seguida removeu-se cerca de metade da altura total da cúspide vestibular, para remover o esmalte não suportado, e os ângulos internos foram arredondados.

Posteriormente ao preparo, foi colocado o isolamento relativo, seguido do aro de cobre devidamente ajustado de acordo com a anatomia do dente e cunhas de madeira em interproximal. Procedeu-se à limpeza da cavidade com bolas de algodão embebidas em cloro-hexidina seguindo-se da secagem desta com bolas de algodão esterilizadas secas. Foi então colocada amálgama na cavidade, procedeu-se à compactação desta e escultura das cúspides. Após a restauração estar completa, retiraram-se as cunhas, o aro de cobre e o isolamento relativo, e com o papel oclusal verificou-se a oclusão, que se encontrava relativamente bem.

Após raio-x verificamos que a restauração se encontrava bem-adaptada, então marcámos uma próxima consulta para acabamento da restauração.

Na segunda consulta, realizámos o polimento da amálgama com as brocas apropriadas (polimento da amálgama) de grão fino, médio e grosso, para conseguir brilho e adaptamos a oclusão da restauração.

3.1.5 Discussão:

Este caso é bastante suscetível a fratura, devido à grande fragilidade em que se encontra o dente. No entanto, de acordo com a revisão literária, a amálgama apresenta grande longevidade e resistência, assim pensa-se ter sido a melhor opção terapêutica no ponto de vista restaurador.

O amálgama tem ainda a grande vantagem do ponto de vista económico comparativamente com a prótese fixa, sendo que esta decisão foi em concordância com os requisitos do paciente.

Em comparação com o compósito, esta opção revela uma desvantagem que é a estética, mas, como o 2º pré-molar não constava na linha do sorriso, não havia necessidade de enaltecer a estética ao invés da robustez do dente.

Relativamente ao ponto de vista do espaço biológico, apesar de se tratar de uma restauração "profunda" foi tentado respeitar os parâmetros do espaço biológico e no fim foram dadas indicações rígidas e específicas de higiene oral (uso escovilhão e fio dentário).

A longevidade do tratamento será sempre um prognóstico incerto pois a restauração é extensa.



Imagem 2 – Fotografia pré-operatória



Imagem 3 – Colocação do aro de cobre no dente 25, com cunhas de madeira nos espaços interproximais



Imagem 4 – Restauração com amálgama



Imagem 5 – Polimento da amálgama



Imagem 6 – resultado após ajuste oclusal

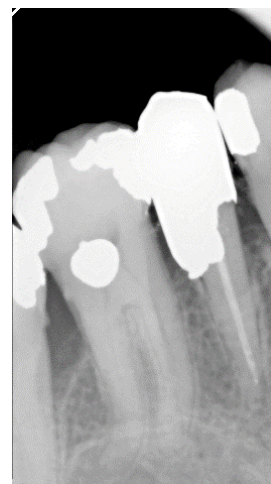


Imagem 7 – Raio-x final

3.1 Caso clínico

Exodontia de terceiro molar mandibular incluso

3.2.1 História clínica:

Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável, refere apenas a toma de anticoncepcional oral. Não apresenta hábitos tabágicos, a sua higiene oral é “boa”, pois apresenta IP de 25%.

Apresentou-se à consulta de Cirurgia Oral para extração de um terceiro molar incluso com uma certa dificuldade devido a estar mesioinclinado, ter uma classe II pois o diâmetro mesiodistal da coroa estar cerca de metade coberta pelo ramo mandibular e estar também numa posição classe B, em que a superfície oclusal do dente incluso se encontra entre a linha oclusal e cervical do segundo molar.

3.2.2 Considerações do caso:

Como se tratava de um dente próximo do canal alveolar inferior, recomendámos à paciente a realização de uma TC à mandíbula.

Após uma análise da TC, verificou-se que o dente estava próximo do canal alveolar, mas não estava em contacto com este, o que nos dava uma margem de segurança para a extração deste dente, mas com uma enorme precaução para não haver danificação do nervo.

O dano nervoso pode ser evitado, e está diretamente relacionado com a técnica que se realiza.(11) A injúria do nervo alveolar inferior pode ser direta ou indireta.(12) No caso de ser direta, poderia ter sido causada, por curetagem do alvéolo, osteotomia e odontosecção, levando à compressão ou rutura (total ou parcial) do nervo. Em casos de injúria indireta pode ocorrer devido a um excesso de calor no caso de uma osteotomia com indevida refrigeração das brocas, presença de hemorragias e hematomas em redor do nervo, edema, movimentação das raízes em contacto íntimo das paredes no nervo, entre outros fatores.(11, 12) Se ocorresse uma parestesia, o seu principal sintoma seria a ausência de sensibilidade na região afetada, no entanto em casos mais graves, o

paciente poderá ter sensibilidades alteradas ao quente e ao frio, prurido e sensação de “formigueiro”.(11) No caso de haver parestesia do nervo lingual, haveria ainda sensação de queimadura na língua, tendência a trauma constante desta, disgeusia e hipogeusia.(11)

A maioria dos pacientes com esta lesão não recorre a tratamento, sendo que 96% dos casos a sensibilidade retorna espontaneamente ao fim de 24 meses. Antes de se iniciar qualquer tratamento para a parestesia, o médico deve analisar quais são os fatores etiológicos desta patologia. No caso de infecção deve administrar antibióticos, em casos de compressão por edema pós-traumática pode recorrer ao uso de corticosteroides, quando ocorre secção do nervo, deve-se recorrer a microneurocirurgia com o intuito de restabelecer a sensibilidade ou função motora.

No caso clínico apresentado, não houve qualquer complicação pós-operatória, pois foram respeitadas todas as normas de segurança para uma cirurgia com sucesso.

Prescreveu-se amoxicilina com ácido clavulânico 875mg/125mg para a paciente começar a tomar uma hora antes da consulta.

3.2.3 Material:

- Aspirador de saliva e cirúrgico;
- Kit de observação
- Anestesia local lidocaína com vasoconstritor
- Carpule
- Agulha infiltrativa (30 G)
- Agullha troncular (27 G)
- Cabo bisturi
- Lâmina bisturi nº 12
- Descolador mucoperiósteo
- Afastador minnesota
- Alavanca curva e reta
- Boticão para sisos e outro para raízes
- Turbina

- Peça de mão
- Broca esférica fissurada (osteotomia)
- Broca tronco-cónica (odontosecção)
- Lima de osso
- Pinça de adson
- Cureta cirúrgica
- Porta-agulhas
- Fio de sutura 3/0 (secção da agulha triangular)
- Tesoura
- Compressas
- Gel de clorhexidina

3.2.4 Protocolo:

Iniciou-se o procedimento com o bloqueio do nervo alveolar inferior direito e lingual e anestesia do nervo bucal. De seguida realizou-se uma incisão linear com descarga postero-lateral na zona do trígono retro-molar, e outra incisão festonada até mesial do 2º molar.

Procedeu-se ao descolamento muco-periósteo e fez-se osteotomia do osso que estava a recobrir o dente por oclusal e vestibular. Após essa etapa, realizou-se a odontosecção primeiramente para separar a coroa das raízes, e em segundo lugar para separar a raiz distal da raiz mesial.

A luxação efetuou-se para remover a coroa e as raízes exercendo um movimento leve de cunha.

Após a avulsão de todos os fragmentos dentários, fez-se a curetagem do alvéolo seguida de sutura. Na sutura realizada efetuaram-se 3 pontos simples, com fio de seda 3/0, iniciando o procedimento pelo ponto a distal da incisão linear sobre o dente incluso.

No final colocou-se uma compressa com Elugel® por cima da sutura, explicaram-se os cuidados pós-operatórios e prescreveu-se Ibuprofeno® 600gr.

3.2.5 Discussão

Terceiros molares retidos podem provocar algumas complicações como: reabsorção da cortical distal do 2º molar devido às bolsas periodontais provocadas pela impactação do 3º molar, reabsorção das raízes do 2º molar, formação de tumores odontogénicos e reabsorções internas.(13)

Um dos fatores que determina a dificuldade de extração dos dentes inclusos é o acesso, sendo que esse grau de acessibilidade foi classificado através da sua angulação (Winter 1926), e quanto à sua posição em relação ao plano oclusal e ao bordo anterior do ramo da mandíbula (Pell e Gregory 1933).(13)

O caso clínico refere-se a um 3º molar mesioinclinado em relação ao longo eixo do 2º molar, posição II pois metade do diâmetro mesiodistal da coroa encontra-se coberta pelo bordo anterior do ramo da mandíbula, e posição B pois a superfície oclusal do dente incluído encontra-se entre o nível oclusal e o nível cervical do 2º molar.(13) Esta classificação indica-nos uma certa dificuldade devido não só à impactação e orientação do dente em questão, mas também à grande proximidade e possibilidade de contacto com o nervo alveolar inferior. A realização da TC foi uma mais valia para o estudo do caso, pois foi possível detetar com mais exatidão a posição do canal mandibular e a sua relação de proximidade com o dente. A grande proximidade do canal mandibular ao dente, levou a que a osteotomia, odontosecção e luxação do mesmo tivessem de ser realizadas com o maior cuidado possível. A técnica realizada foi relativamente simples, sem haver injúria dos tecidos próximos.

O pós-operatório do caso era reservado, podendo ocorrer algumas complicações como trismos, sintomatologia dolorosa, sangramento e um possível foco de infeção, por isso, para evitar estas complicações prescreveu-se antibiótico, anti-inflamatório, bons cuidados de higiene, tais como outras recomendações.

O prognóstico para este caso clínico é bom. Apesar de se tratar de um siso incluído, caso não ocorram complicações é esperado uma cicatrização completa dos tecidos moles após 6 semanas, e 9-12 meses para tecidos duros.

Ao fim de uma semana, a paciente dirigiu-se à UCP para remover os pontos, e como as recomendações foram cumpridas, os tecidos encontravam-se saudáveis e com uma boa cicatrização.

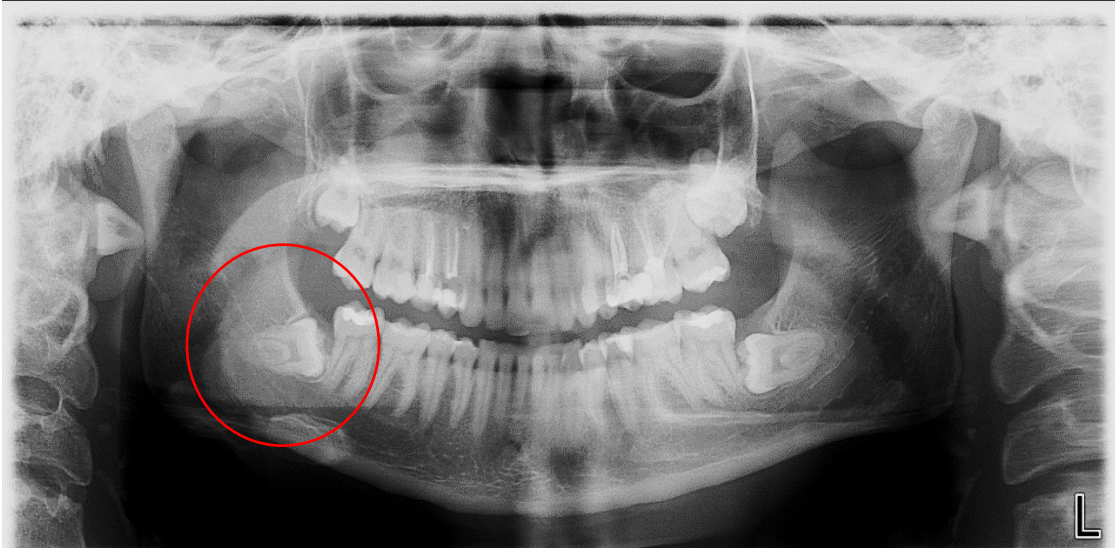


Imagem 8 – Radiografia panorâmica dentária



Imagem 9 – descolamento do retalho

3.3 Caso clínico

Ponte metalo-cerâmica do dente 25 ao 27

3.3.1 História clínica:

Paciente do sexo masculino, 57 anos, saudável, ASA I.

Foi fumador durante 10 anos, e deixou de fumar 17 anos. A sua higiene oral é insatisfatória pois apresentava um IP de 80% e uma periodontite moderada crônica generalizada.

Compareceu a uma consulta de Prótese Fixa, porque queria reabilitar a zona edêntula correspondente ao dente 26 com uma prótese fixa por motivos funcionais (mastigação). Quanto às expectativas do paciente, eram elevadas. Devido à existência de uma raiz fraturada do dente 26, reencaminhámos para Cirurgia Oral, para a extração da mesma no sentido de evitar complicações futuras.

3.3.2 Considerações do caso

A reabilitação com prótese fixa necessita de uma avaliação criteriosa da condição dos possíveis dentes pilares e do espaço desdentado.

1. Estado geral dos dentes pilares - hígidos
2. Condição periodontal dos dentes pilares –
No dente 25 as bolsas variavam entre 2 e 3 mm, no entanto existiam recessões de 2, 3 e 5 mm (de mesial para distal). A relação coroa raiz é 1/1 e o dente não apresentava mobilidade.
Quanto ao dente 27, as bolsas variavam de 2 a 4mm sendo o maior valor a distal. Não existiam recessões nem mobilidade, e o rácio raiz coroa é de 1/1.
3. Condição endodôntica dos dentes pilares – vitais
4. Condição oclusal – oponentes são dentes naturais e existe uma oclusão estável.

5. Lei de Ante – é positiva visto que a área do ligamento periodontal dos pilares é de 2134 e a do dente a reabilitar é de 1197.
6. Decisão de prótese parcial fixa (PPF): uma vez reunidas as condições acima descritas foi proposto um plano de tratamento com prótese fixa, reabilitando o espaço desdentado com uma PPF de 3 elementos. O material escolhido foi a metalo-cerâmica, pois alia a robustez do metal com a estética de uma cerâmica. Neste tipo de trabalhos é feita uma infraestrutura metálica, (com metal não nobre) de Cr-Co. A forma da estrutura metálica deve seguir a anatomia do dente, ter os ângulos arredondados e uma espessura de 0,3 a 0,5 mm para que seja possível uma camada uniforme de cerâmica entre 1,2 a 2 mm.(14) O ponto mais crítico de uma prótese fixa está na conexão entre os elementos, assim a altura deve ser de 2,5 mm para evitar fraturas da infraestrutura.(14)

Como a prótese parcial fixa é destinada a substituir um espaço edêntulo, denominado de pântico, o desenho deste é muito importante dependendo da estética, da sua função, da facilidade de limpeza, rebordo do espaço edêntulos e dos requisitos do paciente.(15) Para que haja saúde dos tecidos que rodeiam o pântico, é importante uma higiene exímia. Portanto, a remoção de placa bacteriana tem de ser facilitada através do desenho da prótese ao invés dos materiais que ela constitui.(15, 16) Para alguns autores, a cerâmica glazeada é o material que facilita mais a higienização e estimula o tecido gengival, sendo que a forma do pântico também é de extrema importância para evitar a retenção de alimentos, para massajar os tecidos moles e de maneira que permita funcionalidade do pântico e estética adequada.(15) A forma do pântico deve ser convexa, muito polida e lisa.(14) No entanto, no caso documentado, utilizou-se sela modificada por ser o mais utilizado e mais estético.

Nenhum destes requisitos são ideais, se por parte do paciente não houver qualquer cuidado com a higiene oral, em particular com a prótese.(15)

1. Sequencia do trabalho:

- 1.1 Recolha dos dados acima mencionados, fotos (intra e extra orais), modelos preliminares, montagem em articulador.

- 1.2 Consulta de preparação dentária e provisório.
- 1.3 Consulta de impressões definitivas.
- 1.4 Prova de infraestrutura para verificar assentamento, passividade e espaço para a cerâmica em oclusal, interproximal e restantes faces.
- 1.5 Seleção de cor utilizando a escala Vita clássica ou vita 3D master.
- 1.6 Verificar glaze, e toda a cor e sua correspondência com as cores dos dentes naturais. Verificar contactos interproximais,
- 1.7 Selecionar cimento para cimentação definitiva.
- 1.8 Protocolo de cimentação, remoção de excessos, contactos fortes e oclusão
- 1.9 Consultas de controlo – avaliar a presença de excessos de cimento, falhas, lesões periodontais
- 1.10 Verificar novamente oclusão
- 1.11 Recomendações ao paciente, instruções de higiene, follow-up periódico.

3.3.3 Material:

- Aspirador de saliva e cirúrgico;
- Kit de observação
- Anestesia local lidocaína com vasoconstritor
- Carpule
- Agulha infiltrativa (30 G)
- Sonda periodontal
- Espátula de cimentos
- Espátula de ação lateral
- Placa de vidro
- Godé
- Ultrassons e respetivas pontas
- Turbina e Contra ângulo
- Broqueiro de Prótese fixa
- Bolas e rolos de algodão
- Spray de oclusão para marcação de pontos de contacto

- Papel articular
- Duralay®
- Acrílico PEMA (Bosworth Trim®).
- Cimento de ionómero de vidro (Ketac®)
- Compressas
- Duraphat®
- Temp bond®
- Oclufast®.
- Espelhos extra e intra-orais
- Silicones de impressão
- Escala vita clássica
- Cera de enceramentos
- Carver
- Lamparina

3.3.3 Protocolo:

→**1ª consulta** - Avaliação dos dentes pilares quanto à sua vitalidade, o seu estado periodontal e também as medidas mesio-distais, vestibulo-palatinas e ocluso-gengival. Realizaram-se fotos intra e extraorais e modelos de estudo. Após esta consulta, no pré-clínico, fez-se o estudo do caso, enceramento do espaço edêntulo, a chave dos dentes a reabilitar em silicone putty para elaboração do provisório em resina acrílica e ensaio dos preparos no duralay.

→**2ª consulta** – preparo dos dentes pilares:

(realizada 2 semanas após a 1ª consulta)

Dente 25: desgaste de 1,5mm por vestibular, com margem infragengival

degaste de 1,2 mm por palatino, com margem supragengival

degaste de 2mm sobre as cúspides

As margens deste dente ficaram em chanfro com ângulo interno arredondado.

Dente 27: desgaste de 0,6mm por vestibular e palatino com margem supragengival

desgaste de 0,5mm por oclusal devido à altura do remanescente dentário, levando a um pequeno desgaste no dente antagonista.

As margens deste dente ficaram em chanfro biselado devido à terminação em metal.

No final desta consulta, através da chave feita do enceramento de diagnóstico, foi confeccionada uma ponte provisória pela técnica indireta-direta (matriz de silicone) com acrílico PEMA (Bosworth Trim®). Verificação de contactos oclusais cêntricos e excêntricos, acabamento e polimento. Cimentação provisória com TempBond® e remoção dos excessos de cimento. Preenchimento da ficha laboratorial, pedindo prova de infraestrutura com margens em chanfro convencional

→ **3ª consulta** (realizada passado uma semana em relação à consulta anterior) – Remoção da ponte provisória. Realização de impressões definitivas da arcada superior utilizando a técnica monofásica com componente duplo (putty e light) e impressão da arcada inferior com alginato. Nova cimentação da ponte provisória.

→ **4ª consulta** (realizada passado 2 semanas da 3ª consulta) - Verificação da infraestrutura no modelo e de seguida em boca. Verificação da adaptação nas margens e dos contactos interproximais. A infraestrutura não encaixava devido à redução insuficiente no espaço interproximal mesial do dente 25. Portanto, houve necessidade de dar um ajuste nos preparos e novas impressões definitivas para mandar para o laboratório.

→ **5ª consulta** (passado uma semana após a 4ª consulta) – Nova verificação da infraestrutura em boca e desta vez esta já encaixava na perfeição. Estabilidade por manipulação digital. A infraestrutura resistia à pressão digital oblíqua e não rodava sobre forças circulares. Apresentava maior resistência sobre pressão para vestibular do que no sentido lingual. Verificação de existência de espaço para colocação da cerâmica sobre o metal.

Realização de registo de mordida com Oclufast® medindo o espaçamento suficiente para ceramização. Escolha de cor dos dentes da prótese definitiva com a escala Vita clássica sob luz natural: terço gengival 2M3, terço médio e oclusal 3L15. No final da consulta realizou-se novamente a cimentação da ponte

provisória e preencheu-se a folha laboratorial com pedido de ceramização para a próxima consulta.

→**6ª consulta** (após uma semana da 5ª consulta) - Remoção do provisório. Colocação da ponte definitiva em boca. Como foi pedido trabalho pronto, verificou-se todos os pontos, e oclusão final. Em 1º lugar em PIM/RC e posteriormente contactos excursivos. Utilizou-se numa fase inicial um papel oclusal de maior espessura e foi-se reduzindo progressivamente (< 20 mics). Verificou-se que a ponte apresentava um contacto forte em interproximal do dente 25. Portanto, desgastou-se ligeiramente o dente 24 com uma broca tronco-cônica para um assentamento adequado da ponte. Procedeu-se ao isolamento relativo do campo e colocou-se cimento de ionómero de vidro na ponte para tomar presa sobre os preparos enquanto o paciente trincava rolos de algodão sobre a ponte. Removeram-se os excessos e verificou-se novamente a oclusão.

→**7ª consulta** (após uma semana da cimentação definitiva) – realizaram-se fotos intraorais e verificou-se o estado periodontal da zona reabilitada com o intuito de analisar a presença de lesões evitando futuras complicações. O paciente encontrava-se satisfeito com o resultado final.

3.3.5 Discussão:

O prognóstico deste caso é favorável pois seguindo as regras de redução, provisórios e cimentação, espera-se que o trabalho se apresente estável no tempo.

A extração da raiz fez-se uma semana após a primeira consulta de avaliação, sendo que os preparos e a realização do provisório procederam-se uma semana após a extração. Em concordância com o Professor da disciplina, e também devido ao pouco tempo que existia para execução da prótese, decidiu-se não esperar para que os tecidos gengivais estivessem totalmente cicatrizados. Não houve necessidade de modelação gengival.

Relativamente ao espaço edêntulo apresentava dimensões mesio-distais inferiores a um 1º molar, então o pântico definitivo teve de ser realizado com as dimensões de um pré-molar

Quanto ao dente 27, este apresentava dimensões cervical-oclusal inferiores às requisitadas para uma prótese metalo-cerâmica. Portanto, houve a necessidade de fazer um preparo com as reduções de acordo com uma prótese em metal e ainda, recorrer a uma redução mínima no dente antagonista para que fosse possível a oclusão.

Devido à importância que a infraestrutura tem, levou-nos à preocupação de uma melhor adaptação desta. Um possível erro na redução ou na convergência do preparo do dente 25 ou ainda numa possível falha da impressão (rasgamento, arrastamentos em zonas críticas como as margens e linhas de término) que poderá ter induzido o técnico de prótese em erro, levou à adaptação incorreta da infraestrutura.

Assim recorreu-se a um ajuste no preparo na zona indicada anteriormente, sendo realizadas novas impressões definitivas e enviadas novamente para o laboratório para nova prova de infraestrutura. Quando procedemos à segunda prova de infraestrutura, esta estava corretamente adaptada.

Quando à elaboração dos preparos, estes não se encontravam regulares nas paredes, no entanto, tinham convergência necessária para garantir a retenção da futura ponte.

A cor dos dentes foi decidida de acordo com os dentes vizinhos através da escala vita, e em concordância com o paciente. O resultado ficou muito próximo dos dentes naturais.

Após uma semana fizemos um controlo, e verificámos que os tecidos periodontais não se encontravam inflamados. Infelizmente, não nos foi possível realizar raio-x final da ponte, porque as consultas estavam a ser realizadas fora do tempo escolar, isto é, as aulas já tinham terminado, e programa informático já não permitia a realização de raio-x.

Apesar das pequenas adversidades do caso clínico, o resultado final ficou muito bom, e o paciente sentiu-se extremamente realizado e satisfeito.



Imagem 10 – Raio-x do dente pilar 25



Imagem 11 – Raio-x do dente pilar 27



Imagem 12 – Preparos dentários nos dentes pilares

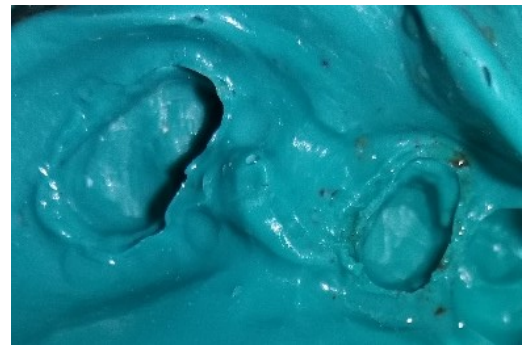


Imagem 13 – Impressão definitiva



Imagem 14 – montagem em articulador



Imagem 15 - ponte metalo-cerâmica no modelo



Imagem 16 – cimentação definitiva



Figura 17 – resultado global

Referências Bibliográficas

4. Referências Bibliográficas

1. dos Médicos Dentistas O. Plano Nacional de saúde 2011-2016. Estratégia de Saúde Oral em Portugal—um conceito de transversalidade que urge implantar Porto. 2010.
2. Nunes J. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care. 1 ed. Lisboa. 2007:53-5.
3. Duque AF. " Antes de ser...": primeiras impressões em psicoterapia: um estudo exploratório. Tese mestrado. 2008.
4. Abreu JLP, Ribeiro C. Comunicação e medicina: Virtualidade, 1 ed. coimbra. 1998.
5. Oliveira ALAM. Reabilitação de dentes tratados endodônticamente. Tese Mestrado. Porto. 2012.
6. Gonzaga CC, Campos EAd, Baratto-Filho F. Restoration of endodontically treated teeth. RSBO (Online). 2011;8(3):33-46.
7. Sorrentino R, Salameh Z, Zarone F, Tay FR, Ferrari M. Effect of post-retained composite restoration of MOD preparations on the fracture resistance of endodontically treated teeth. Journal of Adhesive Dentistry. 2007. Feb;9(1):49-56
8. Ortega V, Pegoraro L, Conti P, Valle A, Bonfante G. Evaluation of fracture resistance of endodontically treated maxillary premolars, restored with ceromer or heat-pressed ceramic inlays and fixed with dual-resin cements. Journal of oral rehabilitation. 2004;31(4):393-7.
9. Takahashi CU, De Cara AA, Contin I. Resistência à fratura de restaurações diretas com cobertura de cúspide em pré-molares superiores endodônticamente tratados. Pesqui Odontol Bras. 2001;15(3):247-51.
10. Conti ECG, Alencar EA, de Andrade LE, Sierpinski LMG, Araújo LCO, Jardim PS, et al. 11 Restaurações de Amálgama em Cavidades Complexas.
11. da ROSA FM, Escobar CAB, Brusco LC. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. RGO. 2007;55(3):291-5.
12. Junior WP, Neto LdSC, Leporace AA, Rapoporat A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: revisão de literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2008;20(2):181-5.

13. Farias JGd, Santos FAPd, Campos PSF, Sarmento VdA, Barreto S, Rios V. Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2003;3(2):15-9.
14. Ribeiro CF, de Mello Rode S, Neves ACC, Lucas Filho A, de Mello AUC. Formas e características da infraestrutura metálica das restaurações metalocerâmicas convencionais. *Revista Biociências*. 2009. v.11, n. 1-2, p. 77-83, jan,/jun. 2005
15. Pinto TMS, Neves ACC. Relação Pôntico-Rebordo—uma Revisão da Literatura. *Revista Íbero-americana de Prótese Clínica & Laboratical*. 2010;7(36). 173-82
16. Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S, Shillingburg H. *Fundamentals of fixed prosthodontics*. 3 ed. Chicago: Quintessence publishing; 1997. 485 -507