



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Marta Raquel São Bento Figueiredo

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Marta Raquel São Bento Figueiredo

Sob a orientação de: Mestre Cristina Figueiredo

Visu, 2015

“O médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe.”

- Abel Salazar

Dedicatória

Aos meus pais, Jacinto e Maria de Lurdes, pelo exemplo das pessoas que são; pelo esforço, apoio e amor.

À minha irmã, Joana, pelo exemplo e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos.

Agradecimentos

À minha orientadora, Mestre Cristina Figueiredo, por todo o apoio, incentivo e prontidão.

Ao meu namorado, Vladimiro, por todo o amor e carinho, mas sobretudo pela paciência e compreensão em todos os momentos.

À minha amiga, Mónica Correia, por me ter acompanhado ao longo destes cinco anos, pelo incentivo nas alturas menos boas e por me ajudar a ser uma pessoa melhor.

Ao meu binómio, colega e amigo Diogo, por ser incansável no apoio prestado e por toda a sua dedicação e paciência ao longo destes cinco anos.

À Marlene, por todos os momentos partilhados que me farão lembrar para sempre da nossa amizade.

Aos meus colegas Stefanie Rei, Carolina Louro, José Gonçalves, Rita Dias, Simone, João Pedro que me acompanharam de perto e a todos os que fizeram parte deste percurso.

A todos os professores que me ajudaram a crescer em diversos níveis durante esta etapa.

A Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Resumo

Este trabalho destina-se a relatar as experiências obtidas no contexto de atividade clínica na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, durante o ano lectivo 2014/2015. As situações aqui expostas descrevem, por área disciplinar, todo o processo de aprendizagem envolvido na abordagem feita em cada paciente, os procedimentos efetuados nas diferentes variantes de patologias clínicas, os conhecimentos adquiridos assim como as vivências experienciadas ao longo deste processo. De notar a constante influência instrutiva dos docentes de cada área disciplinar que ajudaram no desenvolvimento da conduta académica e aprendizagem profissional.

Como se trata de um curso multidisciplinar é feita uma descrição e análise por área disciplinar, por ordem alfabética: Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prótese Fixa e Prótese Removível.

No presente relatório é, também, feita uma análise estatística tendo como variantes o género, a idade, as diferentes patologias clínicas encontradas, tratamentos efetuados, sintomatologia, estado oral atual de cada paciente e números de atos clínicos como operador ou assistente em cada área disciplinar. Todos os dados foram adquiridos durante os dois semestres, unicamente em doentes da clínica universitária e, os quais, de alguma forma, foram tratados pelo binómio durante a atividade clínica. Os resultados obtidos são apresentados em gráficos e/ou tabelas estatísticas com os dados registados em plataforma EXCEL.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Atividade Clínica, Pacientes, Saúde Oral

Abstract

This paper is meant to describe the experience obtained by the author, in the context of clinical activity in the Universidade Católica Portuguesa during the 2014/2015 school year. The situations here exposed describe, by area, the approach made to each patient, as the author proceeded in the different variants of clinical pathologies, the knowledge and learning acquired as well as the experiences during this process. It's to note the constant instructive influence from the professors in each subject area that helped the author during her academic conduct and her professional schooling.

As it is a multidisciplinary course, a description and analysis is made by subject area that are, in alphabetic order: Dentistry, Endodontics, Fixed and Removable Prosthodontics, Occlusion, Oral Medicine, Oral Surgery, Orthodontics, Pediatric Dentistry, Periodontology.

In this report is also done a statistic analysis having as variants sex, age, different found clinical pathologies, treatments preformed, symptomatology, current oral state of each patient and the number of clinical acts as operator or assistant in each subject area. Every data were acquired during the two semesters, only in university clinic patients and whom, in some way, were treated by the author's binomial during the clinical activity. The obtained results are presented in graphs and/or statistics tables with the data registered in Excel platform.

Keywords: Dentistry, Clinical Activity, Patients, Oral Health

Índice Geral

Dedicatória.....	VII
Agradecimentos	IX
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Índice Geral	XV
Índice de gráficos.....	XVII
Índice de tabelas	XIX
Índice de imagens	XXI
Índice de anexos	XXIII
Lista de abreviaturas	XXV
1. Introdução.....	1
2. Materiais e métodos.....	7
3. Análise Geral da amostra.....	11
4. Análise por Área Disciplinar	17
4.1 Cirurgia Oral.....	17
4.2 Dentisteria Operatória.....	19
4.3 Endodontia.....	21
4.4 Medicina Oral	22
4.5 Oclusão	24
4.6 Odontopediatria	25
4.7 Ortodontia.....	26
4.8 Periodontologia.....	27
4.9 Próstodontia Fixa.....	29
4.10 Próstodontia Removível.....	30
5. Casos diferenciados	35
5.1 Caso clínico: Técnica de tunelização.....	35
5.2 Caso clínico: Extração de um canino incluído	39
6. Discussão.....	45
7. Conclusão	53
8. Referências Bibliográficas.....	57
9. Anexos.....	63

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição de atos clínicos (operadora/assistente)	11
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por gênero	12
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por faixa etária	13
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por gênero e faixa etária.....	13
Gráfico 5 - Distribuição dos atos clínicos em Cirurgia Oral	17
Gráfico 6 – Nº de peças extraídas por motivo da exodontia.....	18
Gráfico 7 - Distribuição dos atos clínicos na área de Dentisteria Operatória.....	19
Gráfico 8 - Distribuição de dentes Vs tipo de classe	19
Gráfico 9 - Distribuição de atos clínicos na área de Endodontia.....	21
Gráfico 10 - Distribuição de atos clínicos na área de Medicina Oral	22
Gráfico 11 - Distribuição de pacientes por motivo da consulta.....	23
Gráfico 12 - Distribuição de atos clínicos na área de Oclusão	24
Gráfico 13 - Distribuição de atos clínicos na área de Odontopediatria	25
Gráfico 14 - Distribuição de atos clínicos na área de Ortodontia	26
Gráfico 15 - Distribuição de atos clínicos na área de Periodontologia.....	27
Gráfico 16- Distribuição de pacientes por diagnóstico.....	27
Gráfico 17 – Média do índice de Placa e diagnóstico	28
Gráfico 18 - Distribuição de atos clínicos na área de Prostodontia Fixa.....	29
Gráfico 19 - Distribuição de atos clínicos na área de Prostodontia Removível .	30
Gráfico 20 - Número de consultas por tratamento efetuado	31

Índice de tabelas

Tabela 1 - Nº de atos clínicos em cada área disciplinar em valor absoluto e em percentagem.....	12
Tabela 2 – Peças dentárias restauradas e material utilizado	20

Índice de imagens

Imagem 1 - Periograma da arcada superior	35
Imagem 2 - Periograma da arcada inferior	35
Imagem 3 - Recessões no 1º quadrante	36
Imagem 4 - Foto intraoral frontal	36
Imagem 5 - Sutura (follow-up a 1 semana)	37
Imagem 6 - Follow-up a 6 meses	38
Imagem 7 - Follow-up a 2 semanas	38
Imagem 8 - Ortopantomografia	39
Imagem 9 - Raio-x periapical do 13	39
Imagem 10 - Luxação do dente incluso	40
Imagem 11 – Sutura contínua travada	40
Imagem 12 - Peça dentária extraída.....	41

Índice de anexos

Anexo I: História Clínica.....	63
Anexo II: Odontograma.....	69
Anexo III: Periograma.....	70
Anexo IV: Poster: “A técnica de tunelização no tratamento periodontal estético de múltiplas recessões gengivais: caso clínico”	71

Lista de abreviaturas

BOP – hemorragia à sondagem

IP – índice de placa

IV – Ionómero de Vidro

Nº - Número

PCA – Periodontite Crónica Avançada

PCL – Periodontite Crónica Leve

PCM – Periodontite Crónica Moderada

PSR – Peridontal Screening and Recording

Introdução

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde oral é definida como a ausência de dores crónicas na boca e face, cancro oral e da garganta, lesões orais, defeitos congénitos como a fissura labiopalatina, doenças periodontais, cárie e perda dentária, e outras doenças e desordens que afectam a cavidade oral.

A Medicina Dentária é o ramo da medicina responsável pelo estudo, diagnóstico, prevenção, e tratamento de doenças, desordens e condições da cavidade oral, comumente na dentição, mas também na mucosa oral, tecidos e estruturas relacionadas e adjacentes, particularmente na área maxilofacial.(1) O médico dentista possui, atualmente, um papel de extrema importância na manutenção da saúde oral na sociedade.

Assim, o curso de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, para além de ser composto por uma extensa parte teórica, onde são lecionados conteúdos essenciais à compreensão de matéria científica e ao desenvolvimento intelectual, apresenta também uma componente prática de atividade clínica, vivenciada na Clínica Dentária Universitária, na qual se aglomeram e aplicam todos os conhecimentos obtidos, tendo em conta os diversos casos clínicos apresentados.

Com a atividade clínica pretende-se um contacto direto do estudante com o paciente, o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e clínicos, aquisição de experiência profissional, entre outros.

Neste relatório aborda-se e expõe-se a componente de prática clínica experienciada durante este ano lectivo. Que tipo de pacientes e patologias são encontrados, quais os métodos de diagnóstico e os respectivos planos de tratamento.

Assim, a prática clínica é constituída por várias áreas disciplinares: Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia Fixa e Removível. Cada uma destas áreas é constituída por docentes específicos e por uma carga horária diferenciada de modo a originar o aproveitamento pedagógico ideal.

A cirurgia oral é a área responsável por efetuar o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, normalmente extrações dentárias, mas também é adjuvante no tratamento de

doenças, lesões e defeitos que envolvem tanto os aspectos funcionais como estéticos dos tecidos duros e moles da região oral e maxilofacial.(2)

Nesta área é fundamental ter conhecimentos de anatomia da cabeça e pescoço, não só para uma técnica cirúrgica mais segura, mas também para a realização de técnicas anestésicas mais eficientes. É importante assegurar uma boa anamnese dos pacientes assim como o planeamento da cirurgia.

Neste relatório são abordadas algumas das indicações para extração de peças dentárias, segundo Peterson, entre elas: cáries extensas em dentes que não podem ser restaurados, necrose pulpar não tratável em endodontia, doença periodontal severa (excessiva perda óssea e mobilidade dentária), motivos ortodônticos, dentes mal posicionados (que não podem ser tratados ortodonticamente e/ou traumatizam tecidos moles), dentes fraturados não tratáveis, extrações pré-protéticas, dentes impactados, supranumerários ou associados a lesões patológicas, motivos estéticos ou económicos.(3)

A Dentisteria Operatória tem como função o diagnóstico das lesões dos tecidos duros dos dentes e atuar de uma forma preventiva, assim como corrigir ou melhorar alterações da cor e da forma de maneira a favorecer a estética do paciente e/ou repor a função. O tratamento destas lesões é realizado com materiais que substituem a estrutura dentária perdida. (4)

É a área da Medicina Dentária que trata as lesões dos dentes, sejam elas causadas por cárie dentária, traumatismo ou outra razão.

Endodontia é o ramo da Medicina Dentária que se preocupa com a morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária humana e tecidos perirradiculares. O seu estudo e prática englobam as ciências básicas e clínicas, incluindo biologia pulpar, a etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento de alterações e lesões pulpares e condições perirradiculares associados. (2)

Medicina oral é a especialidade que se foca no diagnóstico e tratamento de patologias complexas e distúrbios médicos que afectam a boca e os maxilares. Os clínicos com formação avançada nesta área de conhecimento controlam doenças da mucosa oral, distúrbios de glândulas salivares, e síndromes de dor facial. (5)

Na Clínica Dentária Universitária esta é uma área que dá ênfase à elaboração de uma história clínica completa, através de uma recolha de dados de modo exaustivo assim como à observação geral do paciente. O paciente é avaliado como um todo de modo a possibilitar o diagnóstico e a identificação de todas as patologias existentes.

A Oclusão é a área que estuda, diagnostica e trata os problemas de oclusão dentária e as disfunções temporomandibulares. (6)

A Odontopediatria é uma especialidade definida pela faixa etária dos pacientes aos quais fornece cuidados de saúde oral primários, tanto preventivos como terapêuticos. É direcionada a lactentes e crianças até à adolescência, incluindo aqueles com necessidades especiais de saúde. (7)

A Ortodontia é a especialidade da Medicina Dentária que inclui o diagnóstico, a prevenção, intercepção e correção da má oclusão, dos distúrbios neuromusculares e anomalias esqueléticas das estruturas orofaciais em desenvolvimento ou após o término do crescimento. (2)

Na Clínica Dentária Universitária é possível fazer diagnósticos e realizar tratamentos interceptivos.

A Periodontologia é a área responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças periodontais. Nesta área pretende-se restabelecer a saúde periodontal e evitar a progressão da doença através da remoção dos factores etiológicos (cálculos dentários e placa bacteriana), mas também por meio da prevenção da doença periodontal elaborando planos de higienização, com consultas periódicas consoante a gravidade da condição, dando sempre motivação e instruções de higiene oral ao paciente. Nesta área disciplinar são também controladas e/ou corrigidas situações que se encontram na origem de casos de inflamação gengival, tais como apinhamento dentário ou restaurações insatisfatórias. (8)

Às áreas da protodontia fixa e removível pertence o diagnóstico, plano de tratamento, reabilitação e manutenção da função oral, conforto, aparência e saúde de pacientes com condições clínicas associadas à falta de peças dentárias e / ou de tecidos orais e maxilo-faciais, utilizando substitutos biocompatíveis. (2)

Materiais e métodos

2. Materiais e métodos

A recolha de dados foi restrita aos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa durante os dois semestres do quinto ano de Medicina Dentária, desde 15 de Setembro a 8 de Maio. Foram recolhidos dados nos pacientes que foram acompanhados pelo binómio, ou seja, enquanto operadora e assistente.

Os dados clínicos recolhidos foram alvo de uma análise geral, tendo sido analisado o número de atos clínicos efetuados e a idade e género dos pacientes acompanhados. Posteriormente foi feita uma análise mais detalhada e específica para cada área disciplinar. Esta análise diferencial baseou-se em critérios que achei de especial relevância e foram:

- Cirurgia oral – motivo da exodontia;
- Dentisteria – tratamento efetuado e material restaurador utilizado;
- Endodontia – tipo de consulta;
- Medicina oral – motivo da consulta;
- Oclusão – tratamento efetuado;
- Odontopediatria – tratamento efetuado;
- Ortodontia – tipo de consulta;
- Periodontologia – diagnóstico, BOP, IP, tratamento efetuado;
- Prótese Fixa – tratamento efetuado e tipo de consulta;
- Prótese Removível – tratamento efetuado e tipo de consulta.

Todos estes dados foram sendo registados, de uma forma regular, em plataforma Excel. Posteriormente foram analisados qualitativa e quantitativamente por área disciplinar. Desta forma, foram criadas tabelas e gráficos estatísticos representativos daquilo que ocorreu durante a atividade clínica no ano lectivo.

Análise Geral da Amostra

3. Análise Geral da amostra

Nos seguintes gráficos é feita uma análise geral do total de atos clínicos realizados pelo binómio, durante o 5º ano, desde 15 de Setembro a 8 de Maio na Clínica Dentária Universitária.

Foram efetuados 111 atos clínicos. Destes 55 foram realizados como operadora e 56 como assistente (Gráfico 1).

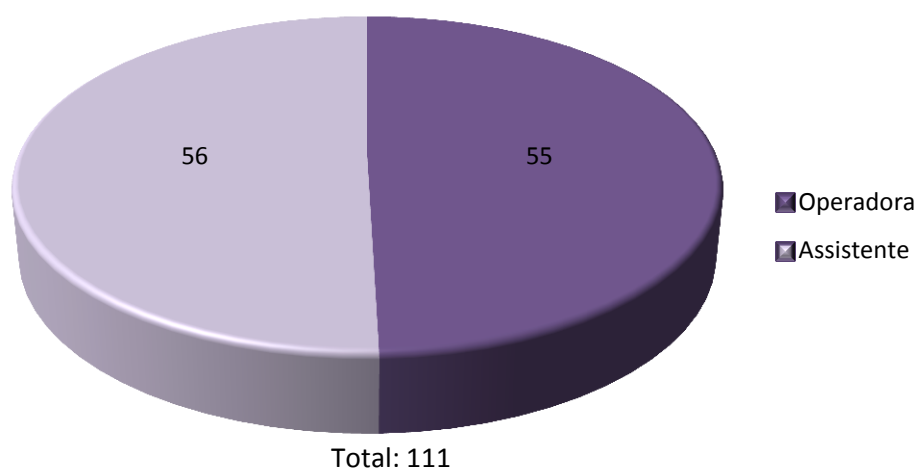


Gráfico 1 - Distribuição de atos clínicos (operadora/assistente)

A distribuição do total de atos pelas diferentes áreas disciplinares está representada na Tabela 1, onde é possível observar o número de atos clínicos realizados em cada uma das áreas disciplinares em valor absoluto e em percentagem. As áreas disciplinares de Prostodontia Removível e de Dentisteria Operatória são as áreas em que foram elaborados maior número de atos, enquanto as áreas de Odontopediatria, Ortodontia e Oclusão foram as áreas com menor número de consultas.

Tabela 1 - Nº de atos clínicos em cada área disciplinar em valor absoluto e em percentagem

Área Disciplinar	Nº de Atos Clínicos	Em %
Cirurgia Oral	11	9%
Dentisteria Operatória	20	18%
Endodontia	13	12%
Medicina Oral	11	9%
Oclusão	4	4%
Odontopediatria	4	4%
Ortodontia	4	4%
Periodontologia	15	14%
Prostodontia Fixa	9	8%
Prostodontia Removível	20	18%

Da amostra geral observada, fizemos a distribuição por género. Desta distribuição verificámos que destes 111 pacientes 66 eram do género feminino e 46 do género masculino, o que corresponde a uma percentagem de 59% e 41% respetivamente (Gráfico 2).

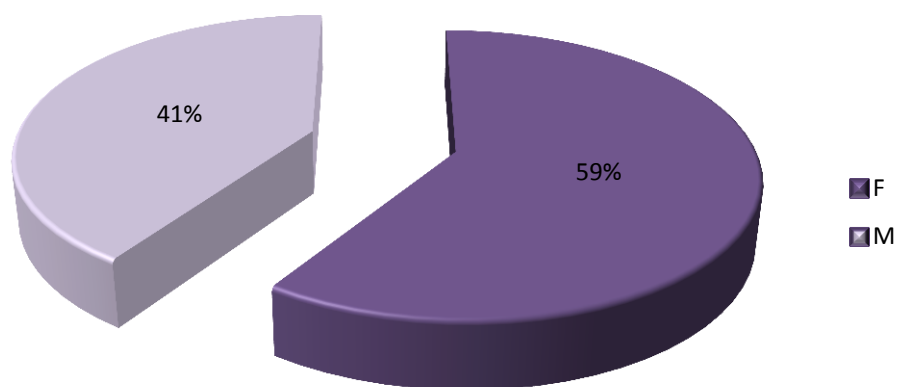


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por género

Em relação à idade dos pacientes observados, foi feita uma análise por faixas etárias (Gráfico 3). Da análise efetuada é possível verificar uma maior afluência à consulta em indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos (correspondente a 86% dos doentes observados).

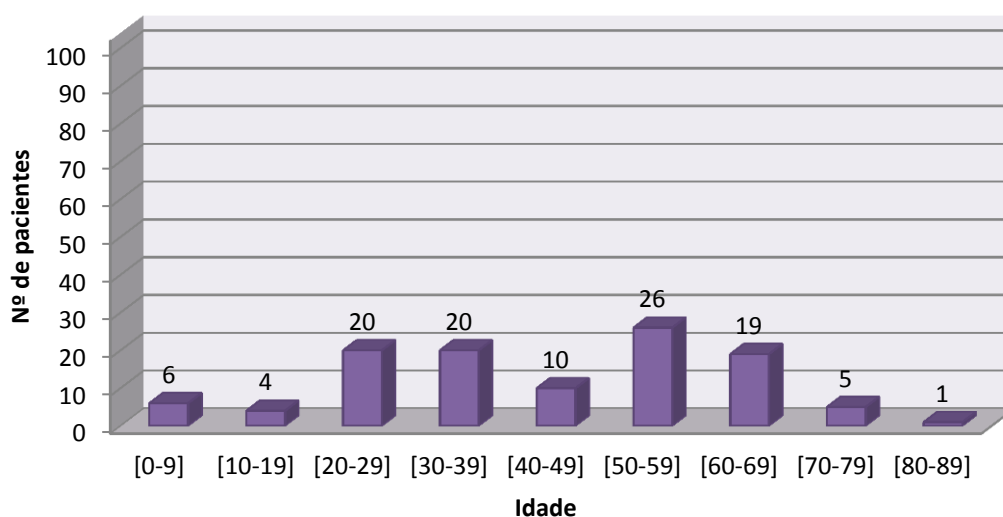


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por faixa etária

No Gráfico 4 está representada a relação entre o número de pacientes observados e o género e a faixa etária em que se encontram. Verifica-se a predominância do género feminino em todas as faixas etárias excepto na que compreende o intervalo de idades dos 50 aos 59 anos e na dos 70 aos 79. O grupo populacional ao qual efetuámos maior número de consultas foi ao dos homens com idades compreendidas entre os 50 aos 59 anos.

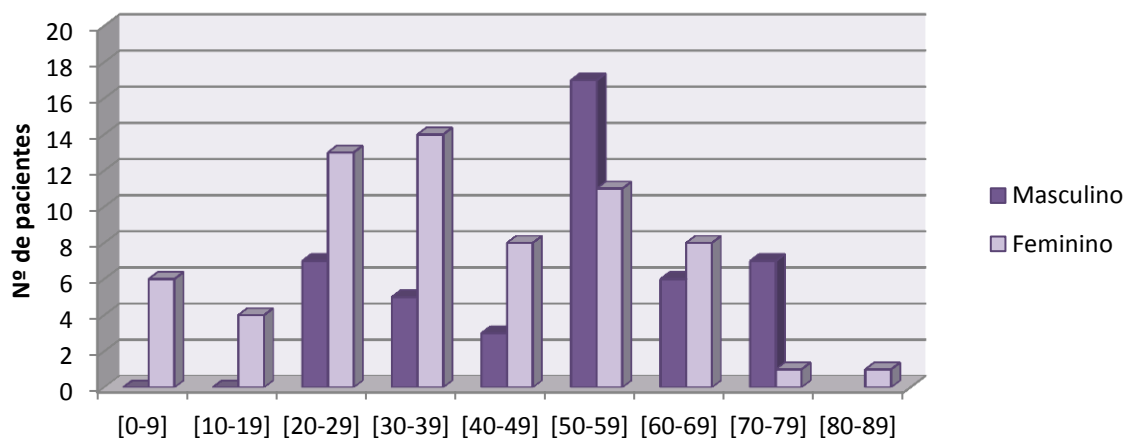


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por género e faixa etária

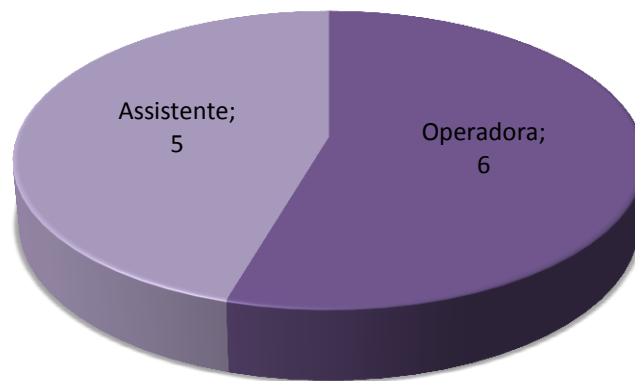
Análise por Área Disciplinar

4. Análise por Área Disciplinar

4.1 Cirurgia Oral

A maioria dos atos clínicos realizados na área de cirurgia oral são extrações de peças dentárias. As extrações dentárias podem ser feitas por técnica fechada ou por técnica aberta.

No total, foram realizadas 11 cirurgias ou atos clínicos, 6 dos quais como operadora e 5 como assistente (Gráfico 5). Uma das cirurgias realizadas foi efetuada através da utilização de técnica aberta com recurso a osteotomia, sendo que as restantes foram realizadas por técnica fechada. Foram extraídas 19 peças dentárias.



Total: 11

Gráfico 5 - Distribuição dos atos clínicos em Cirurgia Oral

Analisámos o motivo que levou às extrações dentárias efetuadas segundo os motivos identificados por Peterson. Após esta análise verificámos que o principal motivo das extrações dentárias que efetuámos foi a doença periodontal, seguida pela impossibilidade de restauração das peças dentárias. Das cirurgias que realizámos não verificámos motivos estéticos, económicos ou ortodônticos nem dentes supranumerários ou alterações pulpares não tratáveis (Gráfico 6).

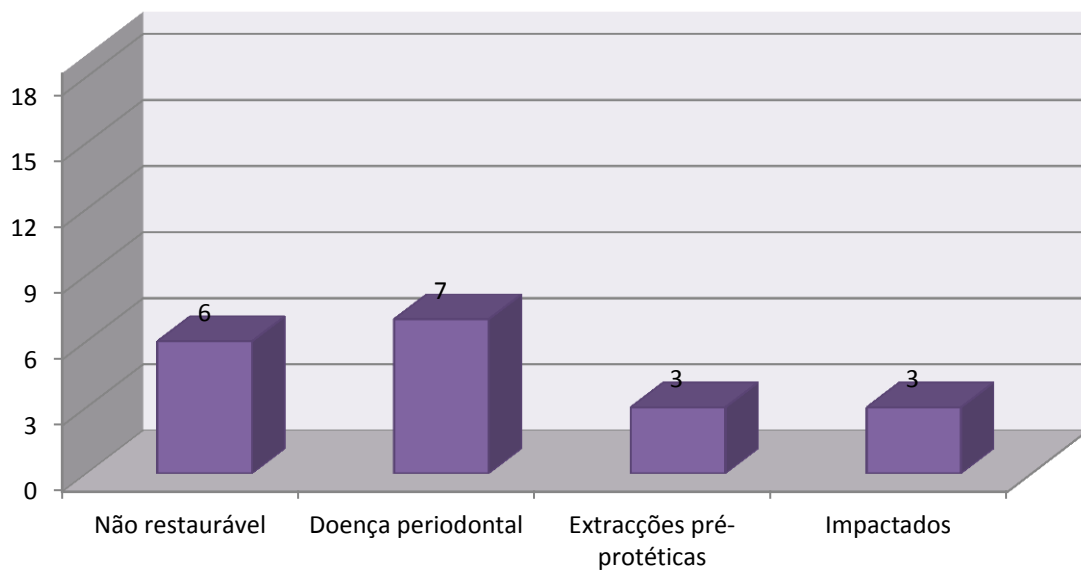


Gráfico 6 – Nº de peças extraídas por motivo da exodontia

4.2 Dentisteria Operatória

Nesta área disciplinar, foram realizados 20 procedimentos clínicos, dos quais 10 como operadora e 10 como assistente (Gráfico 7).

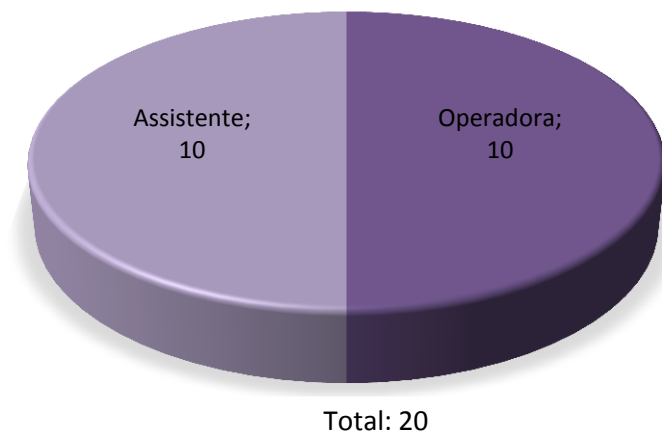


Gráfico 7 - Distribuição dos atos clínicos na área de Dentisteria Operatória

Na prática clínica é mais comumente efetuada a eliminação de tecido cariado com posterior restauração utilizando materiais restauradores consoante cada caso clínico. No Gráfico 8 é feita uma comparação entre o tipo de classes de Black mais realizadas nesta prática clínica, onde podemos encontrar o maior número na classe II. Adicionalmente foi realizado o tratamento de dois dentes extensamente destruídos restaurados com amálgama e um polimento de uma amálgama.

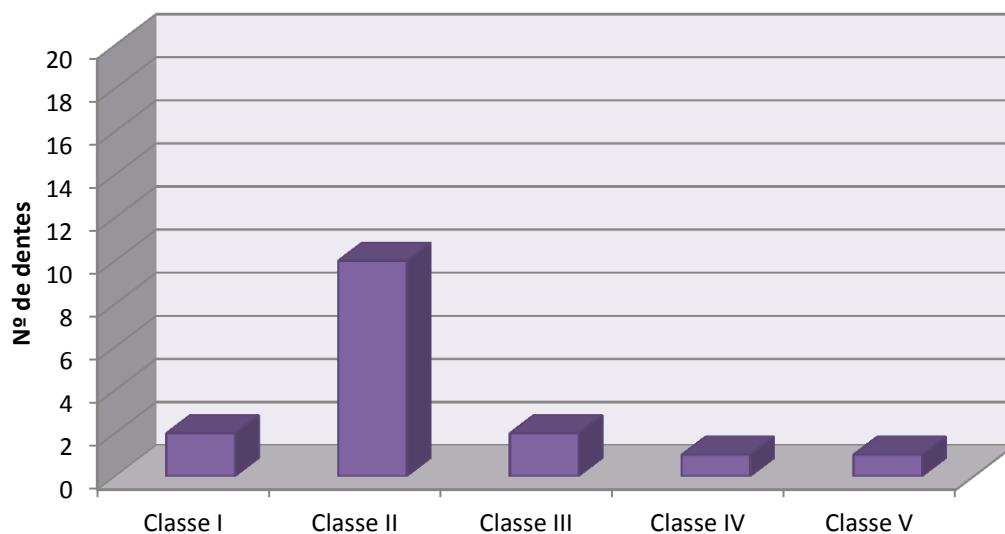


Gráfico 8 - Distribuição de dentes Vs tipo de classe

Fizemos restaurações dentárias com diferentes materiais, e em diversas peças dentárias (Tabela 2). Pela análise da tabela é possível verificar que os molares foram os dentes mais restaurados e o compósito foi o material restaurador mais utilizado.

Tabela 2 – Peças dentárias restauradas e material utilizado

Dentes/Material	Compósito	Amálgama	IV	IRM	Total
Molares	6	3	1	0	10
Pré-molares	6	0	0	0	6
Incisivos e caninos	4	0	0	0	4
Total	16	3	1	0	20

4.3 Endodontia

Esta área de conhecimento apresenta duas componentes: uma clínica e outra de pré-clínica (quando não há pacientes). Os dados registados e analisados neste relatório dizem apenas respeito à componente clínica.

Foram realizadas 13 consultas, 7 como operadora e 6 como assistente (Gráfico 9)

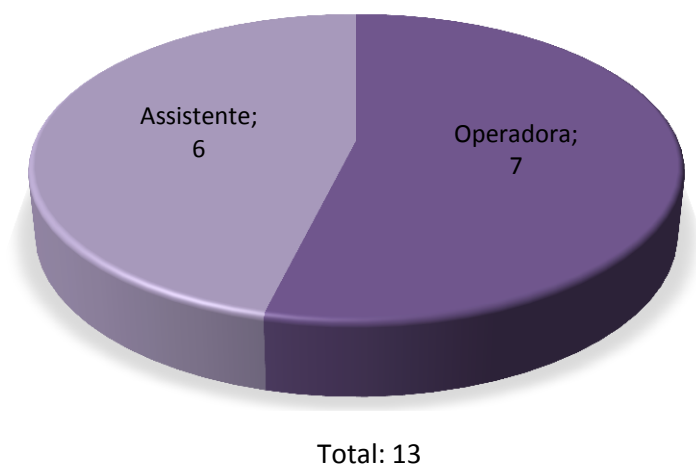


Gráfico 9 - Distribuição de atos clínicos na área de Endodontia

No total das 13 consultas, 3 foram de avaliação e 10 de tratamento.

Do total de dentes avaliados um foi encaminhado para a área de dentisteria, noutro foi efetuado tratamento de espera com hidróxido de cálcio, para proteção pulpar indireto e restaurado a IRM e outro foi encaminhado para a área de cirurgia oral, para ser realizada a sua extração. Em relação às peças dentárias tratadas, uma delas foi consequência de necrose pulpar e quatro devido a pulpite irreversível.

4.4 Medicina Oral

Em Medicina Oral foram realizadas 11 consultas, 5 como operadora e 6 como assistente (Gráfico 10).

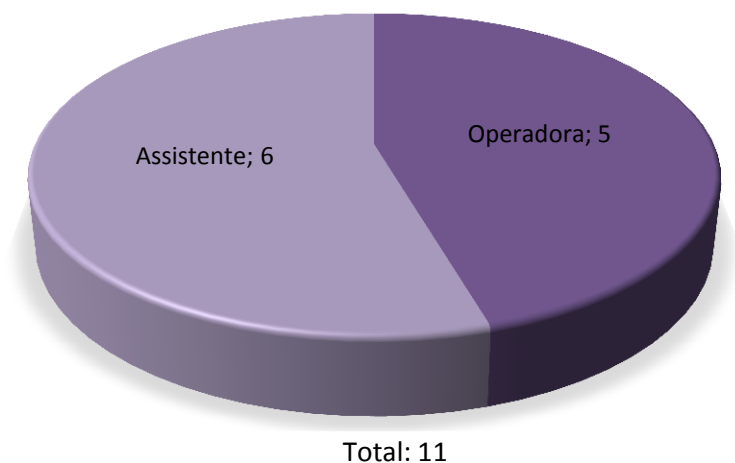


Gráfico 10 - Distribuição de atos clínicos na área de Medicina Oral

Nesta área disciplinar é feita uma primeira abordagem aos pacientes, sendo responsável maioritariamente pelas primeiras consultas e pelo preenchimento detalhado da história clínica (Anexo I) assim como do exame clínico e preenchimento do odontograma (Anexo II). A recolha de dados é feita de modo exaustivo e visa a posterior elaboração do plano de tratamento.

No Gráfico 11 está representado o motivo da consulta referenciado por estes pacientes. Verifica-se que “arranjar os dentes” foi o mais referido.

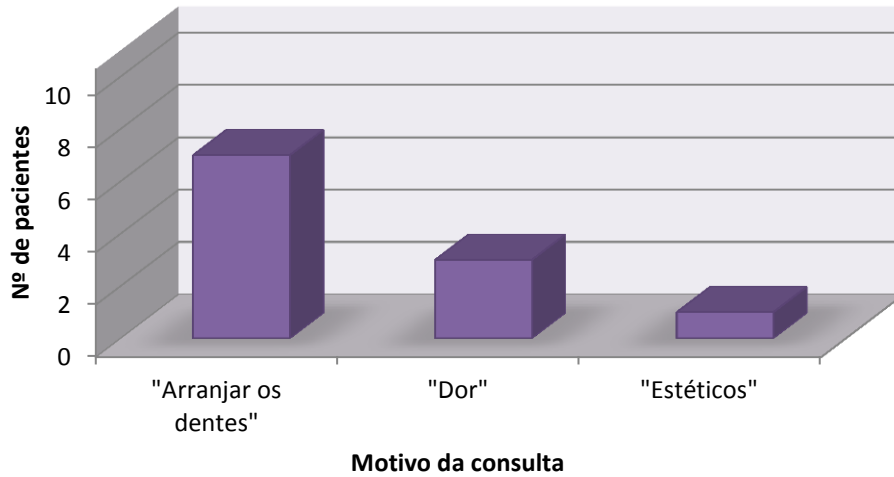


Gráfico 11 - Distribuição de pacientes por motivo da consulta

Nos 13 pacientes observados foram detetadas algumas alterações morfológicas, nomeadamente 2 línguas fissuradas sendo uma delas também geográfica.

4.5 Oclusão

Esta área está encarregue do diagnóstico e tratamento de qualquer disfunção temporomandibular. Foram realizadas 4 consultas, 2 como operador e 2 como assistente (Gráfico 12).

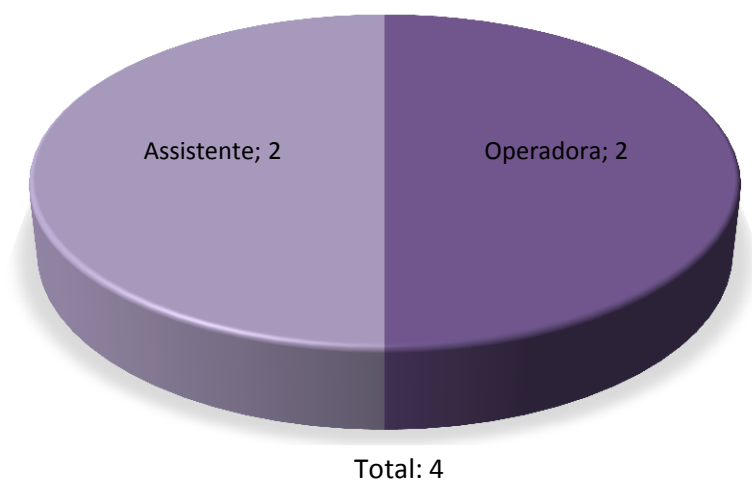


Gráfico 12 - Distribuição de atos clínicos na área de Oclusão

Na prática clínica foram efetuadas 2 goteiras de relaxamento. Uma para uma criança com 5 anos que apresentava um desgaste exagerado nos dentes decíduos e outra para uma paciente adulta que referia sintomatologia dolorosa na articulação temporomandibular e musculatura associada, à qual foi diagnosticado bruxismo noturno.

4.6 Odontopediatria

Nesta área disciplinar são tratados todos os pacientes com idades inferiores a 16 anos.

Foram acompanhadas 2 crianças, uma com 5 e outra com 8 anos de idade, num total de 4 consultas em que 2 foram como operadora e 2 como assistente (Gráfico 13).

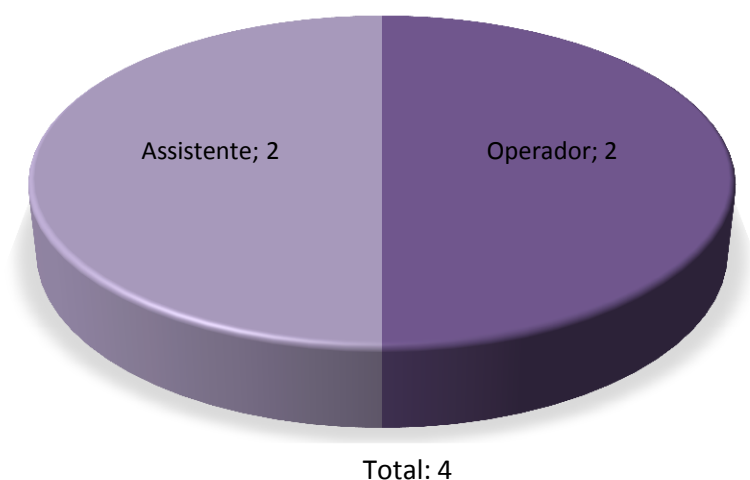


Gráfico 13 - Distribuição de atos clínicos na área de Odontopediatria

Na criança de 5 anos foram realizadas três consultas. As consultas efetuadas envolveram a remoção de tecido cariado em dentes decíduos (54, 74 e 75) seguido das respectivas restaurações com Ionómero de vidro (Ketac™ Cem). Na criança com 8 anos o tratamento foi essencialmente preventivo, tendo sido efetuada a colocação de selantes nos 1ºs molares inferiores e superiores, que corresponde a 1 consulta.

4.7 Ortodontia

Na área de Ortodontia, na Clínica Dentária Universitária, podem ser feitas consultas de avaliação ortodôntica, tratamentos interceptivos, colocação de aparelhos removíveis e controlos.

Foi efetuado o seguimento de um processo de uma paciente com 12 anos, que já vinha sendo acompanhada na Clínica Dentária Universitária em anos anteriores, onde realizou um aparelho removível com expansor da arcada superior (placa de Hawley com parafuso expansor), para expandir a arcada superior devido a compressão maxilar.

Foram feitos controlos do aparelho, que se encontrava em fase de contenção, com o objetivo de manter o espaço obtido na fase ativa. Foram efetuadas um total de 4 consultas, 1 como operadora e 3 como assistente (Gráfico 14).

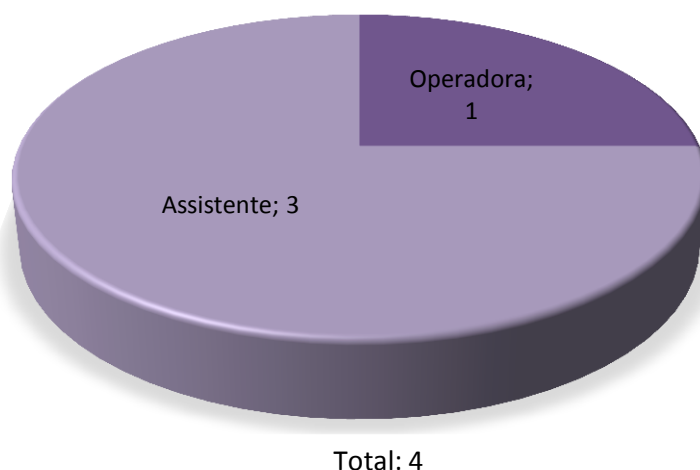


Gráfico 14 - Distribuição de atos clínicos na área de Ortodontia

4.8 Periodontologia

Na área da periodontologia foram atendidos 15 pacientes, 8 como operadora e 7 como assistente (Gráfico 15).

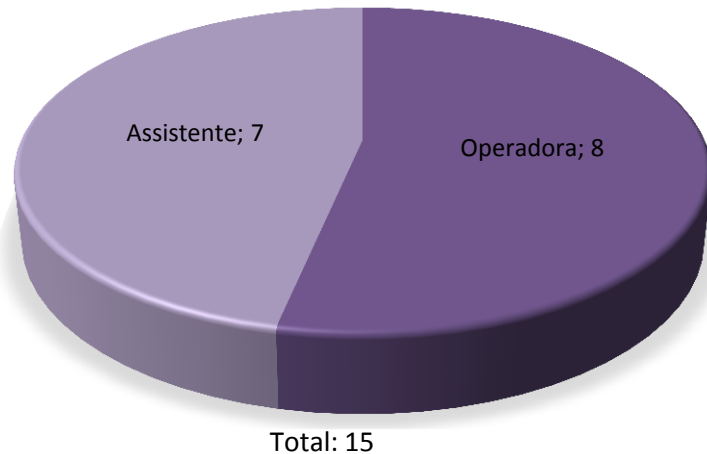


Gráfico 15 - Distribuição de atos clínicos na área de Periodontologia

Nestas consultas a saúde periodontal do paciente é avaliada através de três variáveis: a determinação clínica da profundidade do sulco gengival e respetivo preenchimento do periograma (Anexo III), pelo cálculo do Índice de placa e pelo preenchimento do PSR. Também é realizado o status radiográfico como meio complementar de diagnóstico (em alguns casos este também pode ser utilizado para controlo).

O Gráfico 16 relaciona os doentes observados e o diagnóstico obtido. Verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos apresentava uma Periodontite Crónica Leve.

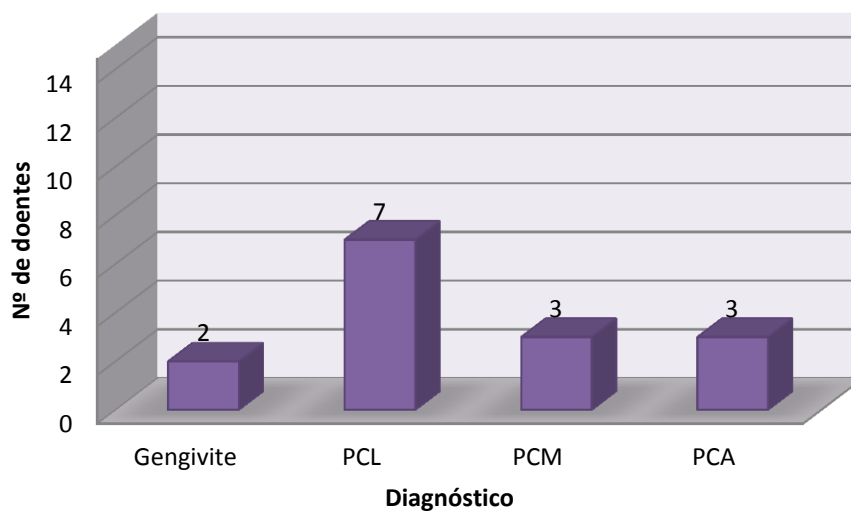


Gráfico 16- Distribuição de pacientes por diagnóstico

No Gráfico 17 analisamos a relação entre a média do Índice de Placa e o diagnóstico obtido. Verifica-se que existe, de uma forma generalizada, um índice de placa elevado, o que demonstra a necessidade de proceder a motivação da população para a higiene oral, é também possível de confirmar o aumento da severidade da doença periodontal consoante o aumento do IP.

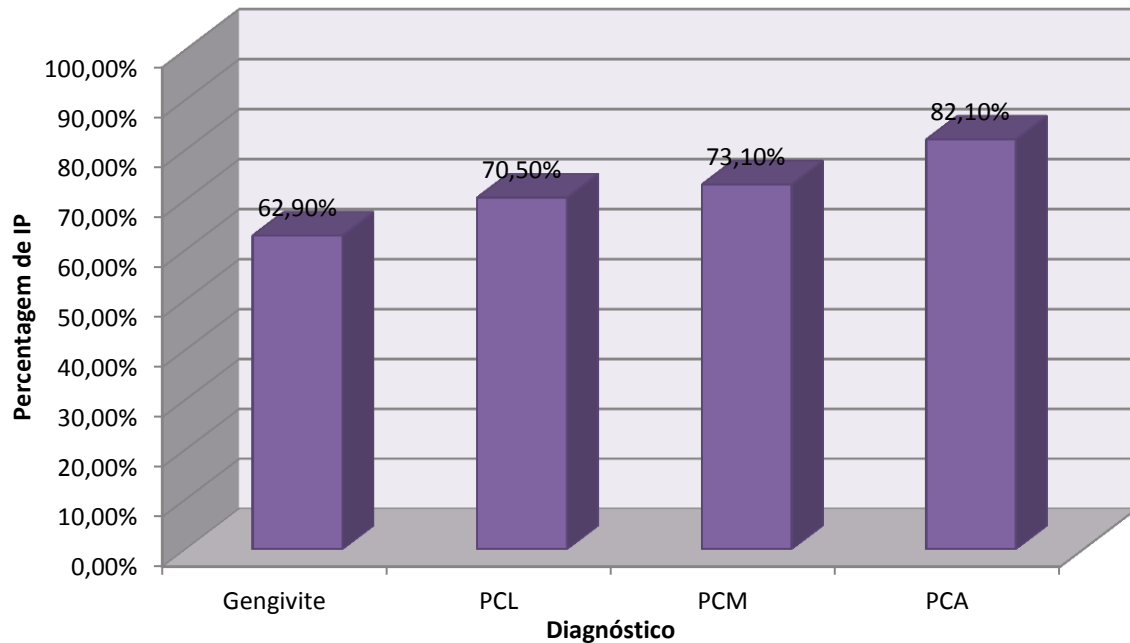


Gráfico 17 – Média do índice de Placa e diagnóstico

Em relação ao tratamento efetuado nestes pacientes este foi sobretudo de fase higiénica com recurso ao destartarizador de ultra-sons, com o reforço das instruções de higiene oral e da motivação.

4.9 Prostodontia Fixa

Na Clínica Dentária Universitária, para a realização de uma prótese fixa, podem ser realizadas 6 tipos de consultas: a 1ª consulta de avaliação (onde são registados os dados necessários para a realização do plano de tratamento de uma prótese fixa), realização dos preparos dentários com respectivos provisórios, impressões definitivas dos preparos, prova de infra-estrutura, prova de cerâmica (opcional), cimentação definitiva das coroas ou pontes e por último controlo.

Nesta área foram realizadas um total de 9 consultas, 4 como operadora e 5 como assistente (Gráfico 18).

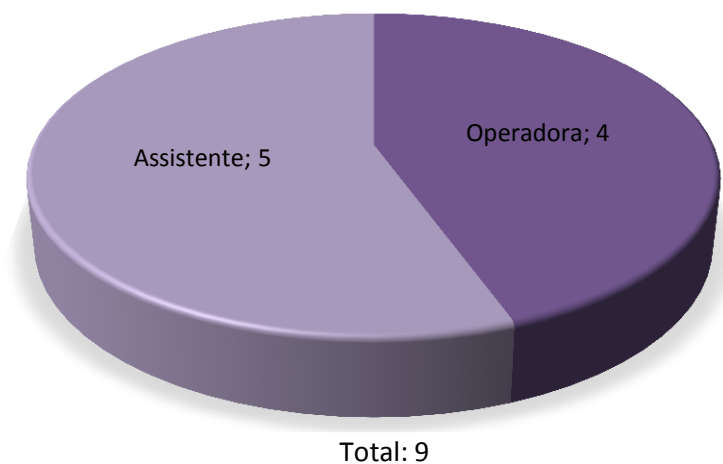


Gráfico 18 - Distribuição de atos clínicos na área de Prostodontia Fixa

Desta forma, 2 foram consultas de avaliação, 2 consultas de controlo e as restantes consultas foram para a execução de uma coroa metalo-cerâmica (que compreende 1ª consulta, realização do preparo e respectivo provisório, impressões definitivas, prova da infra estrutura e cimentação.)

4.10 Prostodontia Removível

À semelhança de Prostodontia Fixa, para a realização de uma prótese removível, são também necessárias 6 consultas. A consulta de avaliação protética, a de preparação pré protética e/ou impressões definitivas, o registo intermaxilar (com ou sem prova de esqueleto), prova de dentes, inserção da prótese e controlo.

No entanto, a maior parte das consultas efetuadas são de controlo e estão relacionadas com problemas e/ou queixas dos pacientes em relação à prótese, como por exemplo falta de retenção, fraturas, dor ou desconforto.

Deste modo, foram realizadas 20 consultas sendo que 10 como operadora e 10 como assistente (Gráfico 19).



Total: 20

Gráfico 19 - Distribuição de atos clínicos na área de Prostodontia Removível

Das consultas realizadas 10 foram utilizadas para a reabilitação de dois pacientes (arcadas superior e inferior reabilitadas com próteses acrílicas). Das restantes consultas efetuadas quatro foram para acrescento de dentes, uma para um conserto de fratura e quatro para controlos (Gráfico 20).

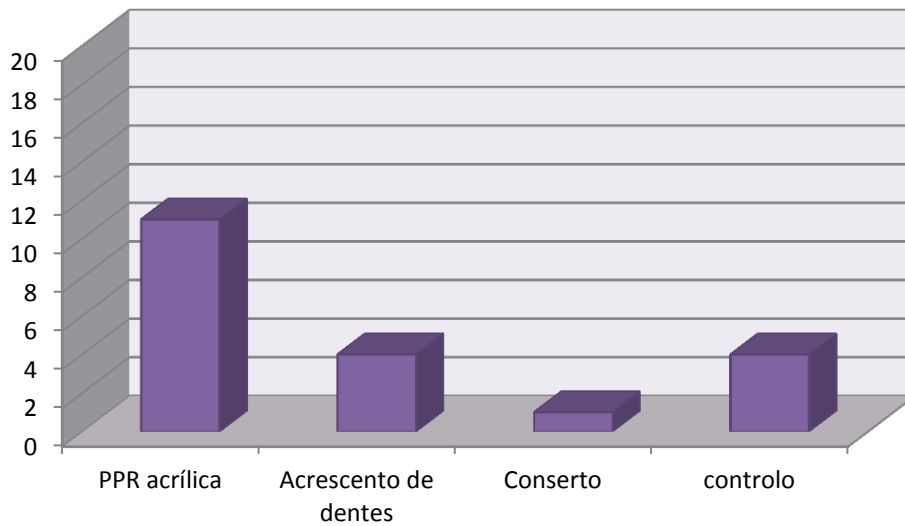


Gráfico 20 - Número de consultas por tratamento efetuado

Casos Clínicos Diferenciados

5. Casos diferenciados

5.1 Caso clínico: Técnica de tunelização

Paciente do sexo feminino, saudável, com 21 anos de idade apresentou-se na Clínica Dentária Universitária com o objetivo de melhorar a estética do seu sorriso. Apresentava recessões gengivais nos dois quadrantes maxilares, na região dos pré-molares.

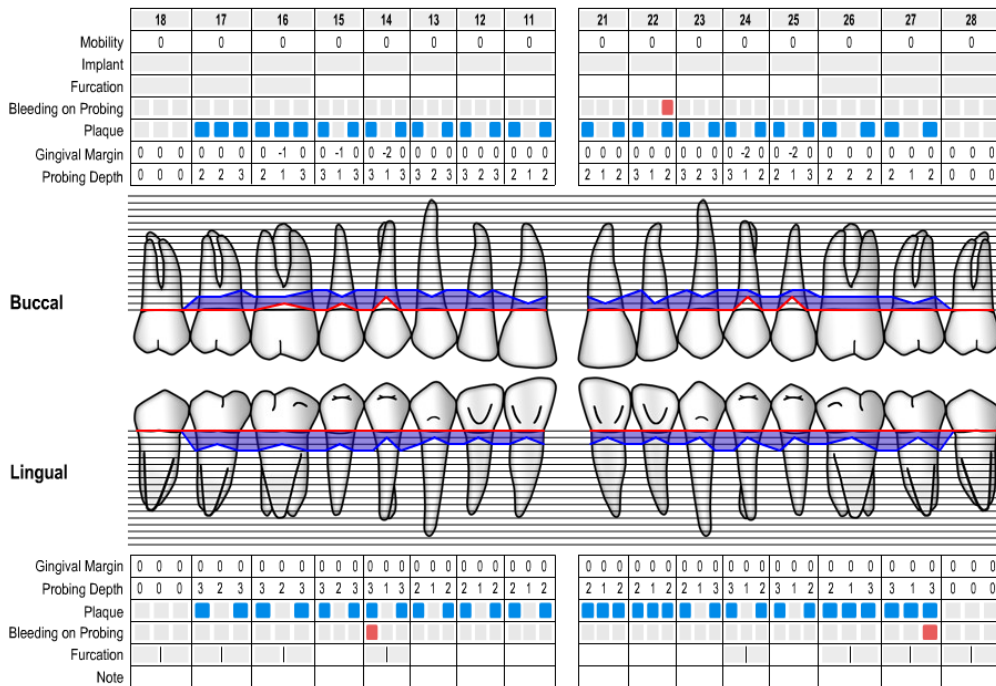


Imagem 1 - Periograma da arcada superior

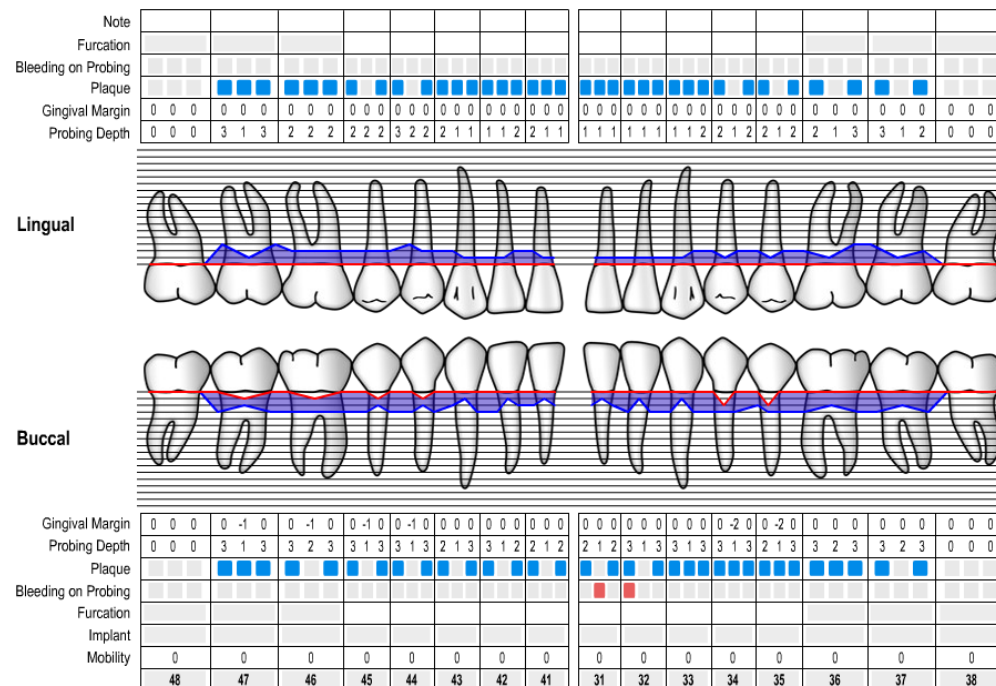


Imagem 2 - Periograma da arcada inferior



Imagem 3 - Recessões no 1º quadrante



Imagem 4 - Foto intraoral frontal

Após a execução da fase higiénica foram realizados desgastes oclusais seletivos e forneceram-se instruções para higiene e escovagem adequada antes, durante e após a terapia, com o objectivo de eliminar prováveis fatores etiológicos.

Como existiam múltiplas recessões adjacentes (dentes 14, 15 e 16) a técnica cirúrgica utilizada foi a tunelização em envelope com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato.

Procedimento cirúrgico

As superfícies dos dentes foram alisadas e tratadas com pasta de Tetraciclina de 2ª geração – Doxiciclina mono-hidratada, 100mg (Vibramicina® Pfizer).

Foram realizadas incisões sulculares, desde distal do 16 a mesial do dente 14, seguido de descolamento de espessura total em túnel, sem descolar as papilas.

O enxerto foi previamente retirado do palato desde o canino ao 2º pré-molar do lado direito, visto ser uma zona rica em tecido conjuntivo. (9)

Foi realizada a colocação do enxerto no local, fixando-o no local com 2 pontos, 1 em mesial e outro em distal. Foi efetuada a mobilização coronal do retalho com recurso a uma sutura dupla cruzada, desenvolvida por Zuhr, que consiste em ancorar a sutura nos pontos de contacto (aos quais foi adicionado compósito) dos dentes afetados de modo a manter a estabilização coronal do enxerto e a proporcionar um contacto íntimo e estável com os tecidos subjacentes. (10) Foi realizada ainda uma sutura adicional ancorada em compósito nas faces vestibulares destes dentes, de modo a proporcionar mais estabilidade coronal aos tecidos moles (Imagem 5).

Foram dadas instruções à paciente para não escovar o local da cirurgia durante os primeiros 20 dias e para fazer bochechos com clorohexidina 0,2%, 2 a 3 vezes por dia.

Foi feita a prescrição de um anti-inflamatório não esteroide Ibuprofeno 600mg (Brufen® Abbott) com a posologia de 8/8 horas de 3 a 5 dias e de um analgésico, Paracetamol 1000mg (Ben-u-ron® Bene) em caso de dor.



Imagem 5 - Sutura (follow-up a 1 semana)

Discussão

Um sorriso estético deve incluir harmonia, equilíbrio e continuidade da forma.(11) A retração gengival na zona estética é um disruptor primário dessas propriedades e deve ser corrigido de modo a alcançar um sorriso estético.(12) Técnicas cirúrgicas de terapia plástica periodontal são utilizadas com o objectivo de recobrir completamente a recessão, com uma estética agradável e uma integração harmoniosa dos tecidos envolventes.(13)

A técnica de tunelização é uma abordagem que otimiza a estética e que confere previsibilidade ao resultado obtido, uma vez que evita o descolamento das papilas e promove a manutenção de um elevado nível de vascularização no local cirúrgico. (12) Segundo o autor Zuhr, em 2014, esta técnica permite resultados superiores quando comparada com CAF (retalho de avanço coronário) com CTG (excerto de tecido conjuntivo). (14)

Neste caso foi obtido um recobrimento total das recessões, tendo sido cumpridos os objectivos da cirurgia, e consequentemente as queixas referidas pela paciente.



Imagem 7 - Follow-up a 2 semanas



Imagem 6 - Follow-up a 6 meses

5.2 Caso clínico: Extração de um canino incluído

Paciente do sexo feminino, 51 anos de idade, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresentou-se na consulta de Cirurgia Oral com o objetivo de extração dos restos radiculares dos dentes 12, 11 e 22 e do dente 13 que se encontrava incluído, encontrado por achado radiográfico na Clínica Dentária Universitária.

Esta peça dentária foi identificada na ortopantomografia (Imagem 8) e verificou-se que se encontrava na posição palatina, segundo o plano vestibulo-palatino e, de acordo com o eixo dos dentes vizinhos, com inclinação para mesial.

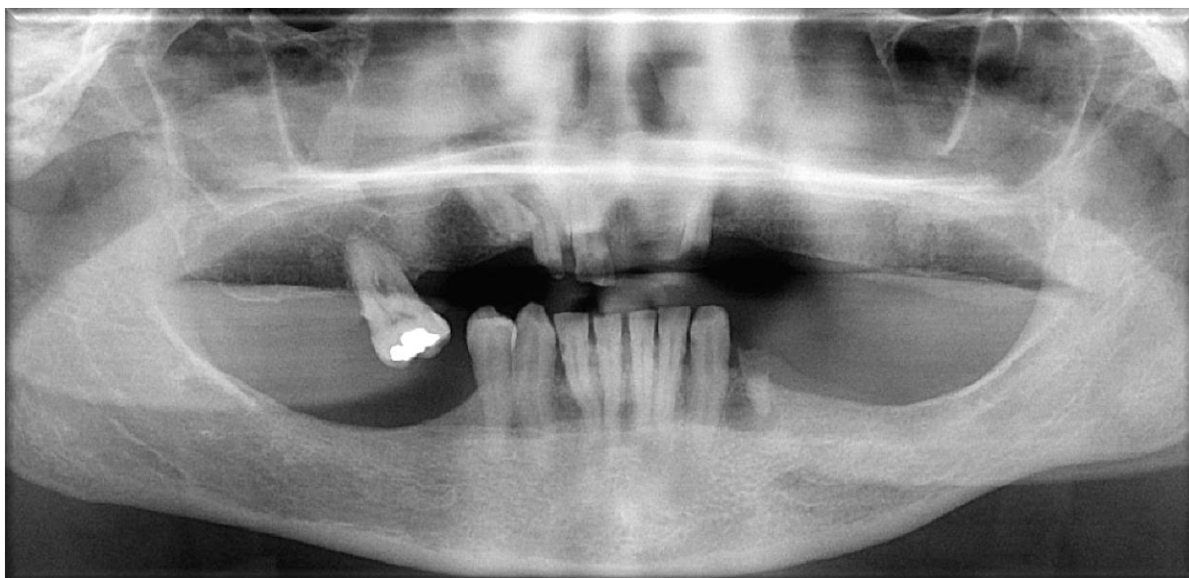


Imagem 8 - Ortopantomografia

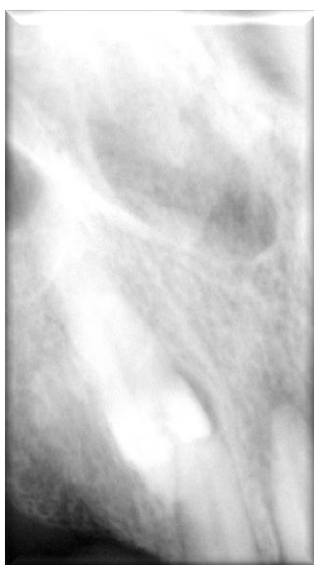


Imagem 9 - Raio-x periapical do 13

Procedimento cirúrgico

Iniciou-se o procedimento com a anestesia, com bloqueio do infra orbitário, nasopalatino e palatino maior do 1º quadrante. Após removidos os restos radiculares do 12, 11 e 22, realizou-se a incisão desde mesial do 2º pré-molar até à zona distal do incisivo lateral do lado oposto, com posterior descolamento muco-periosteio, de forma a obter uma boa visualização e fácil acesso ao campo operatório.

De seguida, foi feita a osteotomia circular em redor da coroa do dente de forma a expor a peça dentária e realizar a sua luxação (Imagem 10). Quando o dente já se encontrava com alguma mobilidade, foi removido e foi realizada a curetagem da loca cirúrgica.

Por fim, reposicionou-se o retalho, promoveu-se a hemóstase com recurso à pressão deste contra o osso e realizou-se uma sutura contínua travada (Imagem 11).

Foi prescrito Amoxicilina 875mg + Ácido Clavulânico 125mg de 12/12h durante 7 dias, Ibuprofeno 600mg (Brufen® Abbott) 8/8h durante 3 a 5 dias, Paracetamol 1g (Ben-u-ron® Bene) em caso de dor. Foi também prescrito um corticosteróide Deflazacorte 30mg nos primeiros 4 dias.

Foram dadas algumas recomendações pós-operatórias como a colocação de gelo nas primeiras horas para evitar o edema, e instrução da paciente para não realizar atividades físicas, não fazer movimentos bruscos, evitar alimentos quentes e a basear sua alimentação em alimentos mais líquidos. Manter a higiene oral e iniciar bochechos com clorhexidina 0,2% após as primeiras 48h.

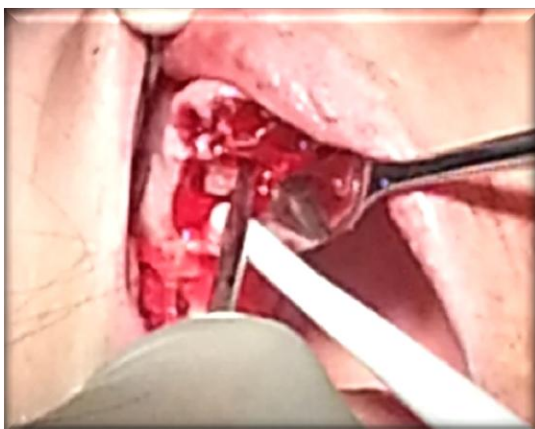


Imagem 10 - Luxação do dente incluído



Imagem 11 - Sutura contínua travada



Imagem 12 - Peça dentária extraída

Discussão

A incidência do canino maxilar impactado por palatino é de 1 a 2,5% da população, mais comum em pacientes do sexo feminino do que no sexo masculino. Os caninos superiores permanentes, depois dos terceiros molares, são os que apresentam maior ocorrência de impactação, especialmente na região palatina. A maior parte ocorre unilateralmente, sendo duas vezes mais comum em mulheres (1,17%) do que em homens (0,51%). (15)

Relativamente à etiologia podem estar relacionados fatores gerais, tais como: hereditários, deficiências endócrinas, doenças febris e radiação. Nos fatores locais as causas mais comuns são as resultantes dos seguintes fatores: falta de espaço na arcada, posição anormal do gérmen dentário, distúrbios da sequência da erupção, anquilose, dilaceração radicular, trauma do dente decíduo, trajeto longo para a erupção do canino, rizogênese precoce, condições idiopáticas. (16)

Na maioria dos casos, o canino incluso é clinicamente assintomático, constituindo simplesmente um achado radiográfico. (17)

Porém, estes dentes podem trazer complicações ao longo do tempo, como: anquilose; remoção cirúrgica dificultada; reabsorção da raiz e da coroa dos dentes adjacentes; presença de infecção; interferência com próteses; dor e erupção ectópica, e presença de lesões patológicas (18, 19)

Existem uma série de tratamentos possíveis desde a extração cirúrgica, exposição cirúrgica para tração ortodôntica ou para auxiliar a erupção espontânea e autotransplante (18)

A melhor opção de tratamento neste caso foi a extração cirúrgica do dente, de modo a prevenir o possível desencadeamento de patologias orais.

Discussão

6. Discussão

Ao fazer uma análise global daquilo que é o resumo de atividade clínica do quinto ano de Medicina Dentária podemos observar que:

Foram realizadas 111 consultas, das quais 55 como operadora e 56 como assistente o que demonstra uma relativa igualdade na distribuição dos pacientes entre o binómio.

Em relação à distribuição dos atos por área disciplinar revelam-se algumas discrepâncias. Em Prótese Removível e Dentisteria Operatória obteve-se um total de 40 consultas (20 em cada área disciplinar) correspondente a 36% dos atos efetuados. Nas áreas disciplinares de Odontopediatria, Ortodontia e Oclusão apenas foram efetuadas 4 consultas em cada. Estas disparidades podem ser justificáveis se atendermos ao facto da maioria dos pacientes atendidos se encontrar na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade e, também, como é possível observar nos dados da área de Medicina Oral (área em que são feitas as primeiras consultas), muitas vezes estes pacientes vêm à clinica porque querem “arranjar os dentes” ou devido a “dor”, sendo a maior parte das consultas efetuadas consequência de patologias como a cárie dentária ou para substituição de peças dentárias perdidas.

Relativamente ao género, a maioria destes pacientes são do género feminino com cerca de 59%, enquanto que o género masculino representa 44 %. Este facto pode ser justificável devido a uma necessidade estética e de bem-estar mais valorizada pelo género feminino (21), apesar de que cada vez mais se tende a verificar uma igualdade entre os géneros.

Fazendo uma análise específica a cada área disciplinar podemos observar que:

Em Cirurgia Oral foram realizados 11 cirurgias, o que constitui 9% dos atos clínicos. Foram extraídas 19 peças dentárias devido ao facto de em algumas cirurgias terem sido extraídos mais de que 1 dente.

De salientar que é uma área onde se dá especial atenção à história clínica dos pacientes e a outros problemas médicos que possam existir, de modo a prevenir e evitar complicações per e pós operatórias. (3)

Podemos ainda verificar que os principais motivos de extração se encontram na impossibilidade de restaurar o dente ou devido a doenças periodontais, o que nos remete para a importância da prevenção e da motivação para higiene oral junto dos pacientes

com o objetivo de promover a saúde oral, favorecendo desta forma a permanência do maior número de dentes na arcada.

Em Dentisteria Operatória, foram realizadas 20 consultas, representando este valor 18% dos atos clínicos. Nesta área disciplinar, foi realizada, sobretudo, a remoção de tecido cariado e respectivas restaurações. A maioria das restaurações efetuadas foram em classes II e algumas restaurações em dentes extensamente destruídos, o que reflete uma alta incidência de cárie na população. Mais uma vez, verificamos a importância do papel preventivo em Medicina Dentária, com o objetivo de reduzir o índice de cárie e a destruição dentária consequente.

Relativamente aos materiais restauradores utilizados, há uma clara predominância do compósito, que pode ser justificável devido ao facto de hoje em dia o médico dentista efetuar tratamentos mais conservadores, minimizando a destruição de tecido dentário sã e devido à crescente preocupação estética verificada tanto pelos pacientes como pelos próprios médicos dentistas. O compósito apresenta também vantagens devido às suas propriedades de adesão químicas, possibilitando a remoção exclusiva do tecido cariado, enquanto que restaurações efetuadas em a amálgama têm que possibilitar a adesão mecânica do material, tendo obrigatoriamente que envolver cavidades retentivas, o que na maioria dos casos envolve uma maior destruição dos tecidos dentários. (22) No entanto é de salientar a longevidade e as capacidades de resistência mecânica que a amálgama possui.

Na área da Endodontia, que envolve cerca de 12 % dos atos clínicos realizados, observamos que muitas vezes estas consultas servem para avaliação dentária e consequente diagnóstico pulpar. Das 13 consultas executadas, 10 serviram para efetuar tratamentos endodônticos.

O tratamento endodôntico tem como objectivo restaurar a função e a forma próprias de um dente, mantendo uma condição perirradicular saudável. As consultas efetuadas são mais demoradas, não só devido à perícia e concentração que as técnicas deste tipo de tratamento exigem, mas também devido à extensa anatomia dos sistemas canulares que variam de pessoa para pessoa e de dente para dente.

Em Medicina Oral foram realizadas 11 consultas. Foi realizada uma primeira abordagem aos pacientes, averiguando o motivo da consulta, realizada uma anamnese detalhada e uma ortopantomografia como meio complementar de diagnóstico.

Apesar de esta ser uma especialidade que se foca no diagnóstico e tratamento de patologias complexas e distúrbios médico dentários que afectam a boca e os maxilares (5), nesta área predominantemente elaboramos e examinamos a história clínica médica e dentária, preenchemos o odontograma, diagnosticamos e elaboramos o plano de tratamento para cada paciente.

Todavia, foram diagnosticadas alterações morfológicas na língua em dois pacientes, duas línguas fissuradas, sendo uma delas também geográfica.

A língua fissurada é uma condição benigna caracterizada por fissuras profundas no dorso da língua e, em alguns casos, é associada à língua geográfica que é uma condição benigna caracterizada pelo aspecto tipo úlcera, que ocorre mais comumente no dorso da língua, podendo estender-se para os bordos laterais, criando uma aparência migratória. Estas lesões normalmente não são sintomáticas (23).

Assim, foi recomendado aos pacientes a prática de uma boa higiene oral (nomeadamente na língua) de forma a prevenir infeções devido ao maior risco de acumulação de placa bacteriana.

Na área de Oclusão foram realizadas 4 consultas em duas pacientes.

Um dos casos acompanhados diz respeito a uma criança que apresentava sinais de bruxismo, diagnosticado devido ao exagerado desgaste dentário nos dentes decíduos, que é um dos sinais mais frequentemente associados a esta patologia. (24) Foi recomendada a utilização de uma goteira de relaxamento, que foi confeccionada e inserida.

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria nestes casos estão descritos na literatura um vasto espectro de tratamentos, desde a utilização de goteiras, a ajustes oclusais ou técnicas psicológicas. (25)

A aplicação de goteiras tem como objetivo proporcionar estabilidade ortopédica na articulação temporomandibular. Estas alteram a oclusão dos pacientes temporariamente e podem ser usadas para diminuir atividade parafuncional. (26, 27,28)

O outro caso clínico acompanhado envolveu uma paciente do sexo feminino, em idade adulta, que apresentava dor na articulação temporomandibular e desconforto na área dos músculos da mastigação, à qual lhe foi diagnosticado bruxismo noturno.

Também foi recomendado a utilização de uma goteira de relaxamento, a qual foi confeccionada e inserida.

Em Odontopediatria foram executadas um total de 4 consultas.

Esta área disciplinar reveste-se de uma especial devido ao facto de os pacientes atendidos terem idades inferiores a 16 anos. Muitas vezes estas consultas tornam-se complicadas devido ao inesperado comportamento das crianças, que tanto podem cooperar relativamente bem, como podem ser não colaborantes com o tratamento dentário. Por esta razão, esta é uma área onde as técnicas de comunicação e de controlo do comportamento são imprescindíveis para a eficácia dos tratamentos. (29)

A diminuta afluência destes pacientes à clínica poderá estar relacionada com a sobreposição do horário escolar com o horário das consultas.

Na área da Ortodontia também foram efectuadas 4 consultas, todas consultas de controlo.

Uma vez que na clínica universitária apenas se realizam tratamentos interceptivos, os pacientes abordados são crianças e adolescentes. Como estas faixas etárias não têm muita afluência na clínica o número de consultas é diminuto.

Não obstante, as consultas realizadas serviram para aprendizagem e compreensão de alguns conceitos teóricos aplicados na prática.

Em Periodontologia foram realizadas 15 consultas, o que representa 14% do total de atos clínicos.

Relativamente aos diagnósticos obtidos podemos observar que 13 destes pacientes apresentavam periodontite, o que é compatível com a tendência da perda progressiva de inserção com a idade (8), uma vez que a maioria destes pacientes apresentava idade superior a 30 anos.

A gengivite e a periodontite são condições inflamatórias causadas pela formação e persistência de biofilmes microbianos na superfície dura dos dentes (30), sendo que a inflamação gengival induzida por placa é a forma mais comum de gengivite. (31)

A gengivite é a primeira manifestação da resposta inflamatória causada pelo biofilme. Caso este não seja removido, a gengivite torna-se crónica, podendo, com o tempo, progredir para periodontite, que é caracterizada pela progressiva perda de inserção de ligamento periodontal levando à eventual perda de osso. (30)

O diagnóstico da gengivite é aplicado quando verificamos hemorragia à sondagem. A profundidade dos sulcos normalmente mantém-se entre 1-3mm independentemente do nível de inserção clínica, podendo estar presentes “pseudobolsas” nos casos de ligeiro aumento da profundidade de sondagem sem concomitante perda de inserção e osso alveolar. (31)

A gengivite em combinação com perda de inserção é denominada periodontite. A fim de avaliar a quantidade do tecido perdido na periodontite e também para identificar a extensão apical da lesão inflamatória, os seguintes parâmetros devem ser registados: profundidade da bolsa, nível de inserção, envolvimento da furca e mobilidade dentária. (31)

A prevenção da doença periodontal consiste no controlo das placas de biofilme realizado pelo paciente e pelas intervenções dos profissionais. (30) Assim, nestas consultas é enfatizada a necessidade de uma correta higiene oral diária, com o objetivo de prevenir doenças periodontais. É feita a motivação para a higiene e são dadas instruções de higiene oral. Desta forma, são avaliados o IP e o BOP, que são referências no controlo da inflamação gengival.

Em Prótese Fixa foram realizadas 9 consultas, que representam 9% do total de atos clínicos.

Nesta área foi realizada apenas uma coroa metalo-cerâmica, no dente 12, com o intuito de melhorar a estética, visto que a paciente não se encontrava satisfeita com o aspeto apresentado por este dente.

Foram também realizadas duas consultas de avaliação pré-protética, não tendo existido continuidade do tratamento porque os pacientes revelaram-se relutantes em relação a este tipo de tratamento, referindo muitas vezes que é dispendioso.

Os atos clínicos efetuados serviram para por em prática os conceitos teóricos adquiridos em anos anteriores.

Na área da Prostodontia Removível foram efetuadas 20 consultas, o que representa 18% dos atos clínicos. Esta é uma área com grande afluência de pacientes, maioritariamente com idades mais avançadas, que recorrem à Clínica Dentária Universitária com o objetivo de reabilitação oral ou devido a problemas associados a próteses removíveis.

Nesta área disciplinar, foram executadas duas reabilitações orais, com recurso a quatro próteses parciais acrílicas. Durante estas consultas foram aplicados os conhecimentos teóricos, desde a avaliação pré-protética até à inserção das próteses.

Conclusão

7. Conclusão

O relatório de atividade clínica permitiu fazer uma análise geral daquilo que foi a prática clínica no quinto ano de Medicina Dentária. Mas também, ilustrar os resultados obtidos por área disciplinar, fazer uma retrospectiva dos casos abordados e tratamentos efetuados.

Ao longo desta reflexão torna-se evidente a importância do Médico Dentista na manutenção da saúde e bem-estar da população, podendo este atuar tanto a nível de tratamento efetivo, preventivo como estético.

Os principais motivos das consultas revelaram que a maioria dos pacientes começa a preocupar-se com o cuidado dos seus dentes e da saúde oral.

Todos os pacientes são diferentes e cada caso é um caso, o que exige uma boa preparação do clínico com conhecimentos teóricos e práticos, assim como o desenvolvimento do raciocínio crítico. Logo, a aquisição de conhecimentos teórico-práticos ao longo de todo o percurso académico e, no futuro, a nível profissional é de extrema importância. Não só para rever noções e desenvolver o intelecto, mas também para acompanhar a nova era de evolução tecnológica e de materiais, que podem trazer uma mais-valia para médicos e pacientes.

Assim, as experiências obtidas em ambiente clínico contribuíram de modo significativo para a aprendizagem e desenvolvimento da conduta profissional da autora, apesar da baixa afluência de pacientes em algumas áreas disciplinares, o que limitou a sua progressão nas respectivas áreas.

Referências Bibliográficas

8. Referências Bibliográficas

1. "Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms". American Dental Association. Retrieved 1 February 2014.
2. American Dental Association. Definitions, education/careers', dental specialties, specialty definitions [documento na internet]. 2014 [citado dia 4 de Fevereiro 2015]
3. Peterson, Ellis E, Hupp JR, Tucker JR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Elsevier, 4ª Edição; 2005.
4. Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde Oral: Cárie e Dentisteria [documento na internet]. 2011 [citado dia 4 de Fevereiro 2015].
5. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burkett's Oral Medicine. BC Decker, 11ª Edição; 2008.
6. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. Artes Médicas, 4ª Edição; 2000.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. 2013-14 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines: Introduction - Overview [documento na internet]. 2002 [citado dia 4 de Fevereiro de 2015].
8. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. Carranza's Clinical Periodontology. Elsevier Health Science, 11ª Edição; 2011
9. Studer, S.P., Allen, E.P., Rees, T.C., Kouba, A. The thickness of masticatory Mucosa in the human hard palate and tuberosity as potential donor sites for ridge augmentation procedures. Journal of Periodontology 1997; 68, pp.145-151
10. Zuhr et al. A Modified Suture Technique for Plastic Periodontal and Implant Surgery – the Double-Crossed Suture. Eur J Esthet Dent 2009; 4:338-347
11. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. Periodontology 2000. 1996;11:18-28.
12. Salama H, Salama M, Garber D. The Tunnel Technique in the Periodontal Plastic Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recession Defects: A Review. Inside Dentistry. 2008;4(9).
13. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. Journal of clinical periodontology. 2008;35(8 Suppl):136-62.

14. Zuhr O, Rebele SF, Schneider D, Jung RE, Hurzeler MB. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivative for root coverage: a RCT using 3D digital measuring methods. Part I. Clinical and patient-centred outcomes. *Journal of clinical periodontology*. 2014;41(6):582-92.
15. Cooke J, Wang HL. Canine impactions: incidence and management. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26(5):483-91.
16. Bishara SE. Impacted maxillary canines: A review. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992;101(2):159-71.
17. Joshi MR. Transmigrant mandibular canines: a record of 28 cases and a retrospective review of the literature. *Angle Orthod*. 2001; 71: 12-22.
18. Alaejos-Algarra C, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Transmigration of mandibular canines: report of six cases and review of the literature. *Quintessence Int*. 1998; 29: 395-8.
19. Hyppolito et al. Tratamento cirúrgico de canino incluso em mento: relato de caso. *Rev Odontol UNESP*. 2011; 40(1): 42-46
20. Alberto PL. Management of the impacted canine and second premolar. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2007; 19: 59-68.
21. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001 Resultados Definitivos – Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. 2002
22. Opdam N BE, Roeters J, Loomans B. . A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. *Dent Mater*. 2007;23:7.
23. Goswami M, Verma A, Verma M. Benign migratory glossitis with fissured tongue. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012;30:173-5
24. Antonio AG, Pierro VS, Maia LC. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. *J Can Dent Assoc*. 2006 Mar;72(2):155-60.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Acquire Temporomandibular Disorders in Infants, Children, and Adolescents. 2010; 36:270-275
26. Restrepo CC, Alvarez E, Jaramillo C, Velez C, Valencia I. Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. *J Oral Rehabil*. 2001 Apr;28(4):354-60

27. Wahlund K, List T, Larsson B. Treatment of temporo-mandibular disorders among adolescents: A comparison between occlusal appliance, relaxation training, and brief information. *Acta Odontol Scand* 2003;61(4):203-11.
28. Fujii T, Torisu T, Nakamura S. A change of occlusal conditions after splint therapy for bruxers with and without pain in the masticatory muscles. *Cranio* 2005;23(2):113-8.
29. Ramos-Jorge, M.L.; Paiva, S.M. Child behavior in the odontological environment: psychological and social aspects. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, jan./fev. 2003.v.6, n.29, p.70-74,
30. Tonetti MS et al. Principles in prevention of periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2015; 42: 5-11
31. Lang, Niklaus P., Lindhe, Jan. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Blackwell Munksgaard 5ª edição 2008

Anexos

9. Anexos

Anexo I: 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 anticoncepcionais)?

Não

Sim

Indique quais:

Senhoras, diga se está grávida:

Não

Sim

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Quais?

Tem tensão alta? Sim Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Mín: Máx:

Em:

Sofre de Diabetes? Sim Não

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue? Sim Não

Anemia

Hemofilia

Outras

Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a coagular? Não Sim

Faz (placuras) hematomas com facilidade? Não Sim

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

Tem alguma doença infecto-contagiosa? Não Sim

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite Tipo

Tuberculose

VIH

SÍfilis

Outra

Tem doenças de fígado? Sim Não

Quais?

Tem problemas de estômago? Sim Não

Quais?

Tem problemas renais? Não Sim

Tem epilepsia? Não Sim

Sofre de alguma destas doenças: Asma Urticária Rinite Sinusite Outras

É alérgico a algum medicamento ou dispositivo médico? Sim Não

Aspirina Penicilinas Sulfamidas Tetraciclina Anestésicos

Níquel Cromo/Cobalto Acrílico Látex Outros

Sofreu de alguma doença cancerígena? Sim Não

Que região foi afectada?

Foi submetido a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia? Sim Não

Indique qual:

Há quanto tempo?

Existem na família doenças como:

Cancro Diabetes D. Cardíacas Alergias Outras

Quais:

Hábitos

Alcoolicos Tabágicos Cigarros/Dia

Flo Dentário Higiene Oral X/Dia

Tem outros problemas de saúde não mencionados acima? Não Sim

Quais?

Observações

1.3.2. PESSOAIS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefacções:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestíbulos e Frenos:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>
		Higiene Oral:	<input type="text"/>

ATM

Sintomatologia:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>

GLÂNDULAS SALIVARES:

Parótidas:	<input type="text"/>
Submaxilares:	<input type="text"/>
Sublinguais:	<input type="text"/>
Menores:	<input type="text"/>
Ductos Excretórios (Stenon, Warton):	<input type="text"/>
Saliva:	<input type="text"/>

2.3. PERIODONTAL

PSR

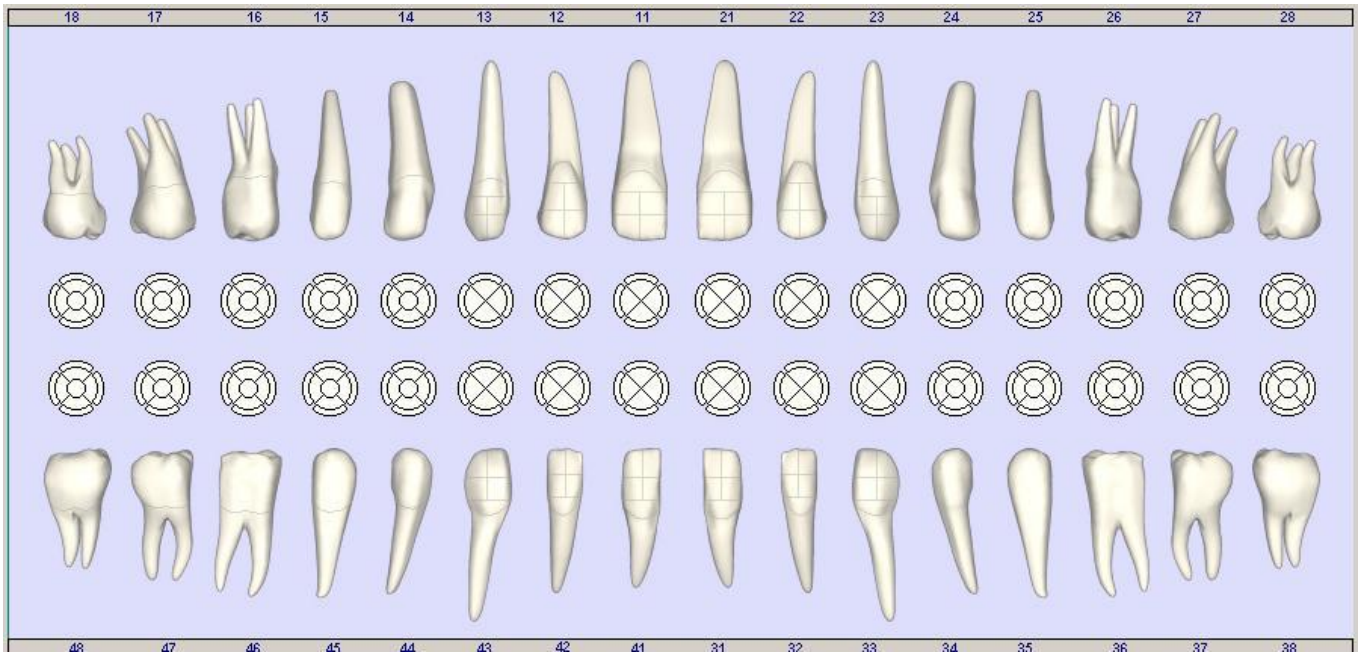
NOTA: Todos os dentes são examinados. Cada sextante é classificado de acordo com a "pior" situação encontrada nesse sextante

Code 0	Sem Sangramento/Saudável
Code 1	Sangramento (com placa)
Code 2	Cálculos Supra ou Infra
Code 3	Bolsas entre 3,5 e 5,5 mm
Code 4	Bolsas com mais de 5,5 mm
.	Envolvimento de furca/recessões/problemas mucogengivais

1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações - Avaliação Intra-Oral

Anexo II: Odontograma



Anexo III: Periograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
— <i>Envolvimento de Furca</i> —															
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
— <i>Envolvimento de Furca</i> —															
— <i>Mobilidade Dentária</i> —															
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
— <i>Envolvimento de Furca</i> —															
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
— <i>Envolvimento de Furca</i> —															

Data: 25-05-2015

Índice de Placa: 0.00%

18	17	16	15	14	13	12
21	22	23	24	25	26	27
38	37	36	35	34	33	32
41	42	43	44	45	46	47

Índice de Sangramento: 0.00%

<i>P,S,R,</i>		
1º Sextante	2º Sextante	3º Sextante
0	0	0
6º Sextante	5º Sextante	4º Sextante
0	0	0


Mais próximo da imagem do dente B Sangr

1 Profundidade de Sonda S Supor

Mais afastado da imagem do dente Click em t

2 Recessão

Anexo IV: Poster: “A técnica de tunelização no tratamento periodontal estético de múltiplas recessões gengivais: caso clínico”



A técnica de tunelização no tratamento periodontal estético de múltiplas recessões gengivais: caso clínico

Diogo Pereira¹, Marta Figueiredo¹, Nuno Santos², Tiago Marques², Manuel de Sousa³


¹ - Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)
² - Professor convidado da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)
³ - Regente da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)

INTRODUÇÃO

Um sorriso estético deve incluir harmonia, equilíbrio e continuidade da forma.(1) A retracção gengival na zona estética é um disruptor primário dessas propriedades e deve ser corrigido de modo a alcançar um sorriso estético.(2) Técnicas cirúrgicas de terapia plástica periodontal são utilizadas com o objectivo de recobrir completamente a recessão, com uma estética agradável e uma integração harmoniosa dos tecidos envolventes.(3) Este caso clínico descreve a técnica de tunelização em envelope, com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para o recobrimento de múltiplas recessões gengivais adjacentes. (4,5)


DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

DADOS CLÍNICOS: <ul style="list-style-type: none">• Mulher, 21 anos, não fumadora, IP=60%, BOP=3%;• O desejo da paciente era melhorar a estética do seu sorriso.	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL: <ul style="list-style-type: none">• Gengivite leve ou inicial induzida por placa;• Recessões gengivais no 1º, 3º, 4º e 5º sextante (região dos pré-molares).
--	---



PLANO DE TRATAMENTO:

- Foi realizado desgaste oclusal e forneceu-se instruções para higiene e escovagem adequada antes, durante e após a terapia, para eliminação de prováveis factores etiológicos;
- Como existiam múltiplas recessões adjacentes a técnica utilizada foi a tunelização em envelope com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato;
- As superfícies dos dentes foram alisadas e tratadas com pasta de Tetraciclina HCL;
- Foram realizadas incisões suculares, seguido de descolamento de espessura parcial em túnel, sem descolar as papilas;
- Colocação do enxerto no local, mobilização coronal do retalho com recurso a sutura;
- Instrução da paciente para não escovar o local da cirurgia durante as primeiras duas semanas e bochecho com cloro-hexidina 0,2%, 2 a 3 vezes por dia;
- Foram prescritos anti-inflamatórios e analgésicos.



Follow-up 1 semana Follow-up 2 semanas Follow-up 6 meses

DISCUSSÃO

A técnica de tunelização é uma abordagem que optimiza a estética e a previsibilidade devido à sua capacidade para evitar o descolamento das papilas e a manutenção de um elevado nível de vascularização no local cirúrgico. (2) Segundo Zuhr a técnica de tunelização permite resultados superiores quando comparada com CAF com CTG. (6)

CONCLUSÃO

Neste caso foi obtido um recobrimento total das recessões, de forma previsível, conseguindo-se melhorar a estética.

BIBLIOGRAFIA

1. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. Periodontology 2000. 1996;11:18-28.
2. Salama H, Salama M, Garber D. The Tunnel Technique in the Periodontal Plastic Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recession Defects: A Review. Inside Dentistry. 2008;4(9).
3. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. Journal of clinical periodontology. 2008;35(8 Suppl):136-62.
4. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. Journal of periodontology. 1995;56(12):715-20.
5. Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 1999;19(2):199-206.
6. Zuhr O, Rebele SF, Schneider D, Jung RE, Hürzeler MB. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivative for root coverage: a RCT using 3D digital measuring methods. Part I. Clinical and patient-centred outcomes. Journal of clinical periodontology. 2014;41(6):582-92.