

Jacinta Andreia Caires Figueira Teles

Lesões na Cavidade Oral associadas ao uso de Prótese Parcial Removível



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Jacinta Andreia Caires Figueira Teles

Lesões na Cavidade Oral associadas ao uso de Prótese Parcial Removível



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Jacinta Andreia Caires Figueira Teles

Lesões na Cavidade Oral associadas ao uso de Prótese Parcial
Removível

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciada em
Medicina Dentária.

Sumário

As próteses parciais removíveis têm como objectivos primordiais o restabelecimento da função, estética e preservação das estruturas remanescentes, no entanto devido à falta de cuidados na utilização desta, nomeadamente a nível da higiene e seu uso prolongado levam a diversas lesões na mucosa que podem ser prejudiciais.

Materiais e Métodos: Realizou-se pesquisa bibliográfica no período compreendido entre 24 de Abril de 2010 e 29 de Maio de 2010. A pesquisa foi realizada sem limite cronológico nas bases de dados: B-on, Medline/Pubmed. Esta pesquisa foi também possível através da biblioteca virtual da Universidade do Porto e através das revistas existentes na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e na Universidade Fernando Pessoa (UFP). Foi também realizada consulta de artigos científicos de revistas nacionais e internacionais em livros relacionados ou que abordassem o tema. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: oral mucosal lesions, dentures, denture-related lesions, prótese dentária, prótese esquelética e lesões orais.

Na primeira parte do trabalho, é abordado o tema de lesões na cavidade oral que originam-se devido a uma incorrecta utilização da prótese parcial removível, entre as quais a candidíase, estomatite protética, úlcera traumática, hiperplasia papilar, hiperplasia fibro-epitelial inflamatória e lesões periodontais, e os principais factores que levam ao aparecimento dessas lesões.

Na segunda parte é descrito o caso clínico de uma paciente que efectuou-se reabilitação com prótese parcial removível esquelética na mandíbula.

A terceira parte do trabalho é composta por três tabelas que descrevem os actos clínicos realizados durante o 6º ano de Estágio.

Conclusões: O Médico dentista tem de estar atento a estas alterações na cavidade oral para poder intervir quando conveniente. A educação do paciente é fundamental para a alteração de hábitos que potenciam estas lesões.

Abstract

The removable partial dentures have as primary goals the restoration of function, aesthetics and preservation of the remaining structures, however due to lack of care in using this, particularly in terms of hygiene and prolonged use leads to several injuries in the mucosa that may be harmful.

Materials and Methods: The research was performed, between April 24th and May 29th, 2010, in order to review the literature on the subject. The research was conducted without chronological limit on databases: B-on, Medline / Pubmed. This research was done through the virtual library of the University of Porto and magazines available through the School of Dental Medicine, University of Porto (FMDUP) and the University Fernando Pessoa (UFP). It was also carried out consultation papers to national magazines and international or related books that addressed the issue. The keywords used in this study were: oral mucosal lesions, dentures, denture-related lesions, prótese dentária, prótese esquelética and lesões orais.

The first part of this work addresses the topic of oral cavity injuries that originate due to an incorrect use of removable partial dentures, including candidiasis, denture stomatitis, traumatic ulcers, papillary hyperplasia, fibro-epithelial hyperplasia and inflammatory periodontal lesions, and the main factors leading to the appearance of these lesions.

The second part describes the case of a patient that took place in rehabilitation with removable partial skeleton denture in the jaw.

The third part consists of three tables describing the clinical acts performed during the 6th year of Internship.

Conclusions: The dentist must be aware of these changes in the oral cavity in order to intervene when appropriate. Patient education is key to changing habits that enhance these lesions.

Dedicatórias

Dedico este trabalho aos meus pais, que proporcionaram-me a chegada até esta licenciatura, obrigada por todo o amor, carinho e educação que me deram ao longo da minha vida em especial nestes seis anos de curso, mesmo estando longe o vosso amor ajudou-me a superar as saudades e a ter força para continuar. Às minhas avós por todo o carinho que tenho por elas. À minha irmã, Carina, por tudo o que faz por mim, pela atenção, amizade e força nestes anos de licenciatura. Ao meu irmão Eusébio, por toda a alegria e carinho. E ao João por tudo o que significas para mim.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Adolfo Magalhães, pelo incentivo, ajuda e disponibilidade na execução deste trabalho, e por todo o apoio, simpatia e ensinamentos nestes anos de clínica na Universidade Fernando Pessoa, um agradecimento muito especial.

À minha irmã, Carina, por todo o apoio e que me deu na realização deste trabalho, e tempo que sempre disponibilizou para ajudar-me e aconselhar-me sempre que mais precisei.

Ao meu binómio, João, pelo companheirismo e amizade nestes anos de clínica, pelo apoio, incentivo e companhia constante neste trabalho, agradeço todo amor, carinho e boa disposição que fazem-me feliz.

Às minhas amigas da Madeira, Catarina, Mónica, Mónica Andrade e Nicole, pela amizade de longa data, pelo apoio que sempre me deram.

Agradeço aos meus amigos que conheci na Faculdade, António, Gilda, Marco, Victor, Cláudia, Cátia, Pedro, João Victor e Paula, por todos os bons momentos vividos na nossa vida académica, obrigada pela amizade, que concerteza irá prolongar-se por muitos anos.

À família Machado e Vieira, pela simpatia e carinho.

À minha família, pelo incentivo e carinho ao longo da minha vida.

Deixo também uma palavra de agradecimento, aos docentes da minha licenciatura que contribuíram para a minha formação.

ÍNDICE

ÍNDICE	i
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE TABELAS	iv
I) PARTE	1
I) INTRODUÇÃO	1
II) DESENVOLVIMENTO	4
2.1- Introdução às Lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR	4
2.2 - Principais factores que levam ao aparecimento de lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR	5
i) Incorreto plano de tratamento da prótese	5
ii) Higiene oral e da PPR	6
iii) Xerostomia	7
iv) Desadaptação da prótese	7
2.3- Lesões mais frequentes na cavidade oral associadas ao uso de PPR	8
i) Úlcera traumática	8
ii) Candidíase	9
iii) Estomatite Protética	10
iv) Hiperplasia Papilar Inflamatória	11
v) Hiperplasia Fibro-Epitelial Inflamatória	13
2.4 - Considerações Periodontais	14
2.5 – Consultas de controlo da PPR	15
2.6 - Considerações a ter em conta num portador de PPR	15
III) CONCLUSÃO	17
IV) BIBLIOGRAFIA	18

II- PARTE _____	21
I) CASO CLÍNICO _____	21
i) Exame exobucal _____	21
ii) Exame endobucal _____	22
iii) Exames auxiliares de Diagnóstico _____	23
iv) Exame Dentário _____	23
v) Diagnóstico _____	23
vi) Opções de Tratamento _____	24
vii) Protocolo de PPR Esquelética _____	24
viii) Sequência de tratamento _____	24
III – PARTE _____	31
1) ACTOS CLÍNICOS _____	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1- Imagem da úlcera traumática na zona retromolar _____	8
Fig. 2- Imagem de candidíase no palato _____	9
Fig. 3- Estomatite Protética _____	10
Fig. 4- Hiperplasia fibrosa inflamatória na região ântero-lateral direita da maxila ____	13
Fig. 5- Fotografias iniciais de norma frontal e lateral _____	22
Fig. 6- Fotografias da linha do sorriso e do selamento labial _____	22
Fig. 7- Ortopantomografia _____	23
Fig. 8- Fotografia intra-oral em máxima intercuspidação _____	25
Fig. 9- Fotografias intra-orais da maxila e da mandíbula _____	25
Fig. 10- Fotografia intra-oral da prova de dentes _____	27
Fig. 11- Fotografias intra-orais da prova dentes do 1e 4°Quad. e 2 e 3°Quad. _____	28
Fig. 12- Fotografias da montagem em articulador da prova de dentes do 1e 4°Quad. e 2 e 3°Quad. _____	28
Fig. 13- Fotografia intra-oral com a PPR esquelética mandibular _____	29
Fig. 14- Fotografia intra-oral da mandíbula com a PPR _____	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Odontograma _____	23
Tabela 2- Resumo dos procedimentos clínicos _____	31
Tabela 3- Actos clínicos realizados no 1ºSemestre _____	32
Tabela 4- Actos clínicos elaborados no 2ºSemestre _____	33

I) PARTE

I) INTRODUÇÃO

O termo *Prostodontia* é utilizado em *Medicina Dentária* na área que tem como interesse a reabilitação oral de zonas desdentadas através de uma prótese dentária removível. (Desplats e Keogh, 1998). A prótese parcial removível (PPR) é um elemento artificial de substituição de um ou mais dentes e estruturas associadas (Phoenix et al., 2003) no caso de desdentados totais é denominado prótese removível total (PT).

A reabilitação com prótese parcial removível tem como objectivos a eliminação da doença, preservação, restauração, manutenção da saúde dos dentes remanescentes e tecidos orais, que influenciam o próprio desenho da prótese (Carr et al., 2005).

A PPR pode estar suportada sobre os dentes pilares anteriores e posteriores (prótese dento-suportada), ou apenas pelos anteriores (prótese dento-mucosuportada) também referida como prótese de extremo livre (Desplats e Keogh, 1998).

A PPR de extremo livre é a que apresenta maiores dificuldades quanto ao funcionamento biomecânico, este tipo de prótese produz cargas laterais nos dentes vizinhos ao espaço da prótese. Devido a este factor este tipo prótese mesmo quando é bem confeccionada pode levar a danos no ligamento periodontal do dente pilar adjacente ao extremo livre (Amaral et al., 2009).

No estudo de Amaral et al. (2009), observou-se que os elementos adjacentes a extremidades livres apresentavam condição periodontal menos favorável do que os pilares adjacentes a espaços desdentados intercalados em portadores de prótese dento-suportadas.

Verificou-se que as próteses esqueléticas apresentam maior estabilidade que as acrílicas por esse motivo são mais resistentes aos vectores de força reduzindo desta forma o trauma que a prótese pode causar na mucosa (Borel et al., 1996).

Em diferentes partes do Mundo verificou-se uma variação nas estatísticas de perda dentária na população, o que reflecte a evolução do comportamento preventivo na Medicina Dentária (Murray et al., 2005).

A perda dentária e a utilização inadequada de próteses removíveis têm impacto negativo na qualidade de vida da população a nível social e psicológico (Silva et al., 2008). Estas informações são importantes no âmbito de capacitar os Médicos dentistas para lidarem melhor com estes pacientes (Silva et al., 2008).

Verificou-se que a perda dos dentes posteriores, tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, ao contrário da perda total de dentes que motiva as pessoas a procurarem tratamento para a substituição destes (Silva et al., 2008).

Graber et al. (1993) refere que uma PPR é o último passo a adoptar numa reabilitação. A prótese removível é com muita frequência, uma das soluções mais procuradas para reabilitar arcadas desdentadas (Fonseca et al., 2007).

A nível do material utilizado na construção da PPR existem dois tipos a PPR acrílica sendo a sua estrutura basicamente composta por acrílico e assenta sobretudo na mucosa apresentando bases mais extensas o que é um inconveniente, a PPR esquelética que também tem acrílico nas bases e dentes mas tem como esqueleto uma liga metálica normalmente de cromo-cobalto (mais comum), esta última é mais recente que a anterior, aumenta o apoio nos dentes e reduz o contacto com os tecidos osteo-mucosos (Borel et al., 1996).

A colocação de uma prótese provoca uma alteração quantitativa e qualitativa placa bacteriana, deste modo irá propiciar um aumento de processos inflamatórios na cavidade oral (Fonseca et al., 2007). Quando esta situação associa-se ao trauma provocado por uma prótese removível mal ajustada desencadeia muitas das vezes lesões na cavidade oral (Goiato et al., 2005).

Este trabalho surge integrado no plano curricular de 6º Ano da Licenciatura de Medicina Dentária e tem como finalidade uma revisão bibliográfica sobre as lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível.

É objectivo com este trabalho, identificar e caracterizar as principais lesões na cavidade oral que ocorrem devido à utilização de prótese parcial removível.

Verificar os principais factores que levam ao aparecimento das lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese.

Alertar os Médicos dentistas quanto à sua terapêutica e cuidados que o paciente deve ter na higiene oral e da sua prótese parcial removível bem como salientar ao paciente a importância das consultas de controlo.

Considerou-se esta revisão bibliográfica relativa às lesões da cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível, de extremo interesse visto que o meu caso clínico foi a elaboração de uma PPR esquelética na mandíbula.

Este tema é importante para a minha prática clínica e a todos os Médicos dentistas, pelo facto destes muitas vezes serem surpreendidos com alterações que a cavidade oral e as próprias próteses sofrem ao longo do tempo.

Realizou-se pesquisa bibliográfica no período compreendido entre 24 de Abril de 2010 e 29 de Maio de 2010. A pesquisa foi realizada sem limite cronológico nas bases de dados: B-on, Medline/Pubmed. Esta pesquisa foi também possível através da biblioteca virtual da Universidade do Porto e através das revistas existentes na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e na Universidade Fernando Pessoa (UFP). Foi também realizada consulta de artigos científicos de revistas nacionais e internacionais em livros relacionados ou que abordassem o tema. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: oral mucosal lesions, dentures, denture-related lesions, prótese dentária, prótese esquelética e lesões orais.

II) DESENVOLVIMENTO

2.1- Introdução às Lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR

Na prática de Medicina Dentária, é comum observar lesões na cavidade oral causadas pelo uso inadequado de PPR. Estas alterações têm de ser reconhecidas analisadas e tratadas quando necessário (Phoenix et al., 2003).

No estudo de Jainkittivong et al. (2009), verificou-se que 45% dos pacientes apresentavam lesões na mucosa relacionadas com a utilização de prótese removível e 60% apresentava lesões na mucosa oral não associadas com a prótese.

As lesões provocadas por próteses podem ser divididas em agudas e crónicas. As lesões agudas podem ocorrer essencialmente em caso de próteses novas mal ajustadas e a forças oclusais mal distribuídas, que provocam isquemia e irritação nos tecidos em contacto causando ulceração e dor. As lesões crónicas resultam na alteração gradual do tecido de apoio, nesta situação normalmente a prótese encontra-se desadaptada levando a alterações dos tecidos pela fricção exercida (Sapp et al., 1999).

O diagnóstico das lesões da mucosa oral é frequentemente baseado em exames clínicos e na história clínica, apesar de por vezes ser necessário recorrer a outros meios auxiliares de diagnóstico como por exemplo a biópsia (Azul e Trancoso, 2006).

Jainkittivong et al. (2009) verificou no seu estudo que havia uma prevalência superior significativa de lesões na maxila (94.7%) em relação à mandíbula (52%).

As lesões mais frequentes na mucosa oral associadas ao uso de PPR são, a candidíase (Gonçalves et al., 1995 cit. in Goiato 2005; Jainkittivong et al., 2009), hiperplasia inflamatória (Gonçalves et al., 1995 cit. in Goiato 2005; Jainkittivong et al., 2009), úlceras traumáticas (Gonçalves et al., 1995 cit. in Goiato 2005; Jainkittivong et al., 2009) e estomatite protética (Jainkittivong et al., 2009).

Em alguns estudos sugerem associação entre determinadas doenças como por exemplo o Diabetes, com uma maior prevalência de lesões associadas ao uso de prótese (Dundar e Ilhan Kal, 2007 cit in Jainkittivong et al., 2009). No entanto Jainkittivong et al. (2009) não verificou qualquer associação.

Alguns factores de risco, como por exemplo o tabaco e álcool, com a ocorrência de irritação crónica das mucosas induzidas por próteses mal adaptadas, podem progredir para o cancro da cavidade oral (Goiato et al., 2005). No entanto outros autores citaram que os traumatismos crónicos de origem protética não são um factor etiológico de cancro da cavidade oral (Brunetti e Montenegro, 2002 cit. in Goiato et al., 2005). Este facto explica-se pelo facto da irritação crónica promover a displasia e a carcinogénese.

No estudo de Jainkittivong et al. (2009), verificou que todas as lesões diagnosticadas eram benignas. Este autor salienta a importância do papel do Médico dentista na educação dos pacientes para que saibam detectar antecipadamente as lesões causadas pelas próteses.

Se as lesões persistirem mesmo eliminando o trauma e a placa bacteriana será necessário investigar possíveis problemas sistémicos do paciente, e a solução poderá passar pela toma de anti-fúngicos (Davenport et al., 2001).

2.2 - Principais factores que levam ao aparecimento de lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR

i) Incorrecto plano de tratamento da prótese

O momento de confecção de uma PPR é fundamental, para uma futura adaptação adequada na cavidade oral e evitar lesões orais. O Médico dentista deve prestar atenção especial a todos os factores na confecção de uma PPR. Factores como: a articulação tempero-mandibular, a tonicidade dos músculos, rebordo alveolar, espaço inter-maxilar, extensão e adaptação da prótese, defeitos das margens cervicais, presença de áreas

pontiagudas e doenças sistêmicas associadas e essencialmente as instruções a dar ao paciente relativamente à higiene oral e da sua prótese (Goiato et al., 2005).

ii) Higiene oral e da PPR

As lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR ocorrem sobretudo devido à pouca informação que os pacientes têm em relação às normas de higiene oral e da prótese, ao uso e frequência de utilização de uma prótese removível (Goiato et al., 2005).

É imprescindível instruir os pacientes portadores de PPR, sobre a necessidade de realizarem uma correcta higiene oral, inclusive antes da confecção da prótese (Desplats e Keogh, 1998).

Os microrganismos podem aderir a todas as superfícies de uma prótese removível, no entanto a superfície interna das bases acrílicas são as que apresentam maiores níveis de placa microbiana, pois estas não são polidas e apresentam mais irregularidades o que favorece a aderência dos microrganismos. A aderência destes aos materiais que constituem a prótese pode favorecer o desenvolvimento de determinadas patologias na mucosa oral (Neppelenbroek et al., 2009).

Não se deveriam construir nenhuma prótese sem antes conseguir que o paciente mantenha os níveis mínimos de placa bacteriana, não adianta de modo algum realizar uma prótese bem confeccionada se em poucos meses fica comprometida por causa da origem de cáries nos dentes remanescentes e lesões associadas (Desplats e Keogh, 1998).

A higiene oral e da prótese são muito importantes para a saúde dos tecidos. Dos vários métodos de higiene descritos a escovagem é o mais utilizado, alguns autores consideram que o uso de substâncias químicas de imersão é um bom adjuvante por exemplo o peróxido neutro com enzimas Corega® (Fonseca et al., 2007).

Segundo vários autores o método de higienização da prótese apenas por escovagem (mecânico) não é suficiente para a remoção da placa bacteriana é necessária também

a higiene através de processos químicos, uma vez que esta vai diminuir a patogenicidade dos microrganismos presentes (Fonseca et al., 2007).

Para uma correcta higiene da prótese, o paciente tem de ser avisado para utilização de uma escova cerdas rígidas e de pequena dimensão que dê um bom acesso a todas as áreas da prótese. Os agentes auxiliares de higiene da prótese devem ser pouco abrasivos porque podem danificar o acrílico. Para uma limpeza mais cuidada do acrílico este deve ser imerso em água com uma gota de hipoclorito, pois é o agente químico mais efectivo na remoção da placa bacteriana. O cobalto e crómio presentes nas próteses não devem estar expostos ao hipoclorito por períodos longos pelo facto de possibilidade de corrosão do metal (Davenport et al., 2001).

No estudo de Fonseca et al. (2007) muitos portadores de prótese removível não higienizam bem as próteses, por falta de motivação e por falta de consciência das consequências que isso pode trazer.

iii) Xerostomia

Com o avanço da idade, ocorre uma diminuição salivar que pode ocasionalmente em pacientes portadores de prótese provocar dor, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção e colaborar para a formação de lesões na cavidade oral (Mac Entte, 1993 cit. in Goiato, 2005).

No artigo de Jankittivong (2009) verificou-se que a xerostomia ou alguma actividade parafuncional das glândulas salivares podem levar a uma maior sensibilidade da mucosa oral, o que pode propiciar um aumento de lesões orais.

iv) Desadaptação da prótese

As próteses removíveis que não têm uma boa adaptação devem ser corrigidas ou substituídas (Goiato et al., 2005).

A troca de prótese é essencial quando esta já se encontra desadaptada, pelo facto de aumentar o risco de lesões orais.

2.3- Lesões mais frequentes na cavidade oral associadas ao uso de PPR

i) Úlcera traumática

É uma das lesões mais frequentes na cavidade oral, pode ter etiologia variada (Keng, 1979 cit. in Goiato, 2005). Pode ocorrer devido a pressão exercida por uma base mal adaptada da prótese removível, normalmente o que ocorre com maior frequência é a sobrextensão (Phoenix et al., 2003). É facilmente diagnosticada pela história e características clínicas (Neville et al., 1999).



Fig. 1- Imagem da úlcera traumática na zona retromolar (Sebastião, 1999, p.1)

A úlcera traumática (ver figura1) tem uma aparência ovalada e levemente deprimida, na periferia encontra-se uma zona eritematosa, esta zona tem tendência para clarear, no centro é geralmente amarelada e acinzentada (Langlais et al., 1998).

Tratamento

Depois de corrigir a prótese realizando um alívio das zonas que estão a provocar trauma, a úlcera deve cicatrizar em duas semanas, se esta não ocorrer deve ser investigado e se necessário realização de biopsia (Langlais et al., 2003).

ii) Candidíase

A candidíase (ver figura 2) designa actualmente as muitas formas clínicas de infecção dos membros do género *Candida*, na mucosa oral a *Candida albicans* é a mais frequente, aloja-se nas mucosas e apresentam diversas formas clínicas. A candidíase é uma infecção oportunista, trata-se de um microrganismo comensal que torna-se patogénico devido a diversos factores predisponentes (Sapp et al., 1999). Entre os quais a xerostomia, o uso de antibióticos e corticosteróides (Murray et al., 2005).

A falta de higiene da prótese em associação com o trauma age como factor predisponente para a candidíase, na qual o seu desenvolvimento irá depender das condições gerais de saúde do hospedeiro (Goiato et al., 2005).



Fig. 2- Imagem de candidíase no palato (Sebastião, 1999, p.1)

A candidíase apesar de ser facilmente diagnosticada através de exame clínico, a citologia esfoliativa constitui um método rápido e confiável de diagnóstico, quando verifica-se resistência ao tratamento, ou na presença de uma infecção fúngica secundária ou outra alteração primária não diagnosticada clinicamente a biopsia pode ser benéfica (Neville e tal., 1999).

Tratamento

Existem diversos tratamentos possíveis, as soluções para colocar as próteses que contêm ácido benzóico eliminam completamente o fungo presente na prótese, uma solução

que contenha 0,12% gluconato de clorhexidina é também um desinfectante eficaz, pois, pode eliminar o fungo e reduzir a inflamação da mucosa, outro componente que também pode ser importante numa solução é a alcalase protease, pois é eficaz na remoção de placa bacteriana da prótese, mas é mais eficiente quando auxiliada por escovagem (Murray et al., 2005).

iii) Estomatite Protética

É também designada de candidíase atrófica é mais frequente em pacientes que têm próteses mal adaptadas ou que a utilizam por períodos prolongados (Sapp et al., 1999).

Esta é causada por microrganismos do género do fungo *Candida albicans* que alojam-se na base da prótese quando associada a uma insuficiente higiene oral (Davenport et al., 2001), trauma por uma má adaptação da prótese e relações oclusais insatisfatórias (Goiato et al., 2005) e pelo uso nocturno da prótese onde desencadeia colonização das próteses por fungos e placa bacteriana (Sapp et al., 1999).

É uma inflamação difusa em zonas da mucosa oral envolventes pela prótese, apresenta etiologia variada (Davenport et al., 2001). Localiza-se no palato duro na zona que está em contacto com a prótese, não esta para além dos limites desta, clinicamente apresenta eritema da mucosa, pode levar ao aparecimento de nódulos inflamatórios nos quais o fungo *Candída* pode alojar-se, sendo nestes casos mais difícil o tratamento com medicação tópica (Azul e Trancoso, 2006) (ver figura 3).



Fig. 3- Estomatite Protética (Davenport et al., 2001, p.242)

A prevalência desta lesão é maior no género masculino (Jainkittivong et al., 2009). Está presente em 15-65% das próteses parciais removíveis principalmente em idosos e mulheres que usam a prótese à noite (Langlais et al., 2003).

No estudo de Jainkittivong et al. 2009), analisou-se uma maior prevalência de estomatite protética em portadores de próteses parciais do que em totais, o que não se verifica na maioria da literatura.

Alguns autores referem que determinadas situações como tais como, Diabetes, deficiências em ferro e certos medicamentos tais como esteróides, agentes citotóxicos e antibióticos de largo espectro, podem estar relacionados com a estomatite protética (Davenport et al., 2001).

Tratamento

As medidas locais a ter logo em conta é reforçar indicações de higiene oral e controle próteses mal adaptadas, avaliar se é necessário fazer rebasamento ou mesmo a substituição da prótese (Azul e Trancoso, 2006). Indicar ao paciente que deve remover a prótese a noite antes de dormir necessário (Murray et al., 2005).

A toma de antifúngicos é muitas das vezes a solução para o tratamento da estomatite protética. Os antifúngicos mais usados são: fluconazol 50mg/dia durante 14 dias; miconazol em gel e a nistatina em suspensão. A clorhexidina a 0,12% ou 0,2% em solução oral é também um coadjuvante usado no tratamento da estomatite protética (Azul e Trancoso, 2006).

iv) Hiperplasia Papilar Inflamatória

É uma proliferação benigna da mucosa oral (Neville et al., 1999). Ocorre geralmente no palato duro, a sua patogenia é incerta no entanto parece estar relacionada ao uso de próteses mal adaptadas, incorrecta higiene oral, muito tempo de utilização da prótese (Goiato et al., 2005).

Também conhecida por “papilomatose da prótese”, esta lesão tem aspecto de framboesa, com pequenos nódulos eritematosos, esta área pode ser infectada pelo fungo *Cândida albicans* e deste modo apresentar sintomatologia como ardência no palato (Sapp et al., 1999). Ocorre normalmente na zona anterior do palato duro mas pode ocorrer eventualmente mais posteriormente no palato duro, acontece devido a uma resposta inflamatória da mucosa (Phoenix et al., 2003). Pode ser generalizada pela mucosa ou restrita a determinadas áreas, com o prolongar do tempo as pápulas podem aumentar para formar nódulos vermelhos no palato, é mais comum em indivíduos que utilizam prótese removível em tempos prolongados (Langlais et al., 1998).

A hiperplasia é mais comum no género masculino, isto pode ser explicado pelo facto destes não irem com tanta frequência às consultas de rotina segundo nos diz Jainkittivong et al. (2009).

Histopatologicamente, a lesão pode apresentar hiperplasia pseudocarcinomatosa, que nestes casos é confundida normalmente com carcinoma das células escamosas (Neville et al., 1998).

Tratamento

Deve-se considerar essencialmente não utilizar a prótese por períodos longos, essencialmente à noite, o uso de anti-fúngico na mucosa e na base da prótese pode ser necessário, a utilização de condicionador de tecido na base da prótese deve ser levado em conta por parte do Médico dentista (Sapp et al., 1999), o trauma provocado pela prótese deve ser eliminado para possibilitar a cicatrização (Langlais et al., 1998). Estes factores levam a uma diminuição da inflamação e da sintomatologia (Sapp et al., 1999).

Na hiperplasia os nódulos são constituídos por tecido fibroso que é difícil voltar ao normal, por este facto é muito complicado o tratamento anteriormente referido, o que por vezes a cirurgia pode ser uma das soluções (Sapp et al., 1999) bem como electrocauterização ou cirurgia a laser pode ser a solução (Neville et al., 1998).

v) Hiperplasia Fibro-Epitelial Inflamatória

É uma das lesões inflamatórias mais frequentes e o seu desenvolvimento está directamente relacionado com o uso de Prótese Removível (Jainkittivong et al., 2009).

É uma hiperplasia reaccional do tecido conjuntivo fibroso e epitélio, ocorre no vestíbulo alveolar em associação a uma irritação permanente de uma prótese mal adaptada (Goiato et al., 2005; Neville et al., 1999).

Caracteriza-se pelo crescimento de múltiplas dobras de tecido redundante, adaptando-se profundamente a borda da prótese, é mais comum na região anterior e ocorrem, mais pelo lado vestibular do rebordo alveolar do que pelo lado lingual (Neville et al., 1998) (ver figura 4). As mulheres são normalmente mais afectadas do que os homens (Neville et al., 1998).

A incidência de displasia neste tipo de hiperplasia, pode originar a malignização na acção de carcinogénicos que estão presentes na cavidade oral (Goiato et al., 2005).



Fig. 4- Hiperplasia fibrosa inflamatória na região ântero-lateral direita da maxila (Pedron et al., 2007, p.53)

Tratamento

Deixar de usar a prótese por períodos prolongados essencialmente à noite, e fazer ajustes na prótese, deste modo a lesão pode diminuir de dimensão ou mesmo voltar ao normal, normalmente é possível observar um nódulo residual ou uma massa de tecido fibroso, que pode ser necessário efectuar cirurgia para sua remoção (Sapp et al., 1999).

Na cirurgia efectua-se uma remoção do excesso de tecido e uma confecção de prótese nova, quando a prótese já se encontra bem adaptada a lesão não recidiva (Neville et al., 1998).

2.4 - Considerações Periodontais

A presença de uma Prótese Removível pode contribuir para acelerar problemas periodontais do indivíduo, devido a um aumento na formação de placa bacteriana e retenção alimentar (Goiato et al., 2005).

A doença periodontal é um dos principais factores que levam à perda de dentes, uma grande percentagem de indivíduos parcialmente desdentados apresentam gengivite e problemas periodontais, uma prótese removível colocada num paciente que apresenta doença periodontal activa irá contribuir para o rápido progresso da doença e da perda dos dentes remanescentes. Para a reabilitação protética ter sucesso a periodontite tem de estar controlada. A avaliação periodontal deve incluir os exames radiográficos e clínicos (Phoenix et al., 2003).

A terapia periodontal antes da colocação de uma prótese é de extrema importância, pois irá controlar a doença periodontal e saúde dos tecidos de suporte dos dentes. E tem como objectivos, o controle dos factores etiológicos que contribuem para a periodontite, através da eliminação e redução do sangramento gengival, eliminação ou redução de bolsas periodontais e sobretudo um desenvolvimento pessoal a nível de controlo de placa bacteriana. Quando o Médico dentista observar que este parâmetros está controlado pode então avançar para o tratamento com prótese.

2.5 – Consultas de controlo da PPR

A avaliação periódica é muito importante para remover traumas e para minimizar potenciais danos (Goiato et al., 2005). Depois da entrega da prótese o paciente deve ser observado 24 horas depois (Phoenix et al., 2003). As lesões que ocorrem na fibromucosa e nos tecidos periodontais decorrentes da utilização de próteses, são normalmente observados na primeira consulta de controlo, por este facto é muito importante recomendar ao paciente que estas consultas são muito importantes para realização de ajustes no acrílico, aliviando áreas de compressão que podem estar a traumatizar a mucosa e ajustes oclusais (Goiato et al., 2005).

São diversos os factores que dificultam a adaptação à prótese, tais como a falta de ajustes, rebasamento, ou mesmo a substituição regular desta. O tempo previsível de duração de uma prótese removível é de 3 anos, mas é comum observar pacientes que usam prótese durante 20, 30 e mais anos. (Mendes et al., 2008).

Os pacientes portadores de próteses removíveis devem ter especial atenção ao tempo de utilização da prótese, pois a maioria julga que a sua dentição artificial será permanente, mas o Médico Dentista tem de informá-los que os tecidos da cavidade oral, como qualquer outro do organismo, sofrem alterações, por isso as consultas periódicas são fundamentais (Goiato et al., 2005). As consultas de controlo da prótese devem ser realizadas pelo menos uma vez por ano.

Quando o Médico dentista observa nas consultas de controlo que o paciente apresenta uma debilitada higiene oral, deve motivar e reforçar as instruções de higiene oral e da prótese.

2.6 - Considerações a ter em conta num portador de PPR

O paciente que utiliza uma PPR deve ter especial atenção à higienização da sua prótese e da sua boca, devido a isso é necessário o Médico Dentista aconselhar, motivar e dar correctas instruções de higiene oral ao paciente desde a primeira consulta.

Ambos partilham responsabilidade no sucesso da prótese parcial removível (Carr et al., 2005).

Pacientes que não demonstram ter cuidados no controle de placa bacteriana, a consequência é inicialmente a acumulação desta, e posteriormente gengivite e eventuais lesões (Graber, 1993).

Paciente não deverá dormir com a prótese com a finalidade de promover o relaxamento e descanso dos tecidos, ao mesmo tempo que a língua, saliva, bochechas e lábios exercem a sua acção de limpeza (Goiato et al., 2005).

Estudo demonstram que após a entrega de uma prótese, as instruções recebidas e o comportamento positivo do paciente tende a piorar num curto espaço de tempo, por isso é necessário realizar consultas de controlo com alguma regularidade (Goiato et al., 2005).

III) CONCLUSÃO

As razões que motivam os pacientes a procurarem a reabilitação com PPR são variados e visam restabelecer a estética, função, fonética e conforto. Estes objectivos podem eventualmente ficar comprometidos devido à colocação de próteses mal adaptadas e a falta de orientação do paciente, o que poderá levar a um mau prognóstico e ao aparecimento de determinadas lesões na cavidade oral

As lesões mais frequentes na cavidade oral associadas ao uso de PPR são, úlcera traumática, candidíase, estomatite protética, hiperplasia papilar, inflamatória, hiperplasia fibro-epitelial inflamatória, são mais prevalentes nas próteses acrílicas e próteses esqueléticas dento-muco-suportadas.

Para obter sucesso na reabilitação com PPR é necessário efectuar um plano de tratamento eficiente, seguindo correctamente os passos de confecção da prótese.

Deste modo são importantes as consultas de controlo para Médico dentista verificar possíveis alterações na prótese que precisem de ser ajustadas e verificar se há modificações na mucosa oral, tais como lesões. No caso do Médico dentista observar lesões orais este deve proceder ao seu tratamento e também adoptar meios de as prevenir futuramente através da educação e motivação do paciente.

IV) BIBLIOGRAFIA

Amaral, B. *et alii.* (2009). Estudo Clínico Longitudinal Comparativo da Condição Periodontal de Pilares Directos de Próteses Parciais Removíveis Dento-Suportada e Dento-Muco-Suportada. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada*, 9(3/Set./Dez.), pp.381-388.

Azul, A. *et alii.* (2006). Patologia mais frequente da mucosa oral. *Rev Por Clin Gera*, 22, pp.369-377.

Borel, J. *et alii.* (1996). *Manual de Prótesis Parcial Removible*. Espanha.Masson.

Carr, A. *et alii.* (2005). *Removable Partial Prosthodontics*. 11ªEd. Missouri. Elsevier Mosby.

Davenport, J. *et alii.* (2001). Initial prosthetic treatment. *British Dental Journal*, 190(5/Março), pp. 235-244.

Desplats, E. e Keogh, T. (1998). *Prótesis Parcial Removible*. Madrid. Harcourt.

Fonseca, P. *et alii.* (2007). Higiene de Próteses Removíveis. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 48(3), pp.141-146.

Graber, G. *et alii.* (1988). *Color Atlas of Dental Medicine*. New York. Thieme.

Graber, G. *et alii.* (1993). *Atlas de Protesis Parcial*. 2ªEd.Espanha. Masson.

Goiato, M. *et alii.* (2005). Oral Injuries caused by the usage of removable prosthesis. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada*, 5(1/jan./abr.), pp.85-91.

Jainkittivong, A. *et alii.* (2009). Oral mucosal lesions in dentures wearers. *Journal compilation Gerodontology*, 27(Janeiro), pp. 26-32.

Langlais, R. *et alii.* (2003). *Color Atlas of Common Oral Disease*. 3ªEd. Philadelphia. Lippincot.

Mendes, J. *et alii.* (2008). Estudo Comportamental do Poli(metilmetacrilato) nos Rebasamentos Indirectos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 49(1), pp. 5-12.

Murray, J. *et alii.* (2005). Prevenção e controle da doença periodontal. In: Jenkins, B. (Ed.). *Doenças Oraís - Medidas Preventivas*. 4ªEd. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, pp.123-141.

Neppelenbroek, K. *et alii.* (2009). Aderência de microrganismos em materiais para base de próteses. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 21(2/Mai./Ago.), pp.123-136.

Neville, B. *et alii.* (1999). *Atlas colorido de Patologia Oral Clínica*. 2ªEd. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Pedron, I. *et alii.* (2007). Hiperplasia Fibrosa causada por prótese. *Ver. Clín. Pesq. Odontol*, 2(1/Jan./Abr.), pp.51-56.

Phoenix, R. *et alii.* (2003). *Clinical Removable Partial Prosthodontics*. 3ªEd. Hanover. Quintessence Publishing.

Sapp, J. *et alii.* (1999). *Patologia Oral e Maxilo Facial Contemporânea*. Loures. Lusociência.

Sebastián, J. (1999). Atlas Clínico de Medicina Oral. Universidade de Valência. [Em linha]. Disponível em <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/atlas.htm> [Consultado 15/05/2010].

Silva, M. *et alii.* (2008). Impact of tooth loss in quality of life. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15(3), pp. 841-850.

II- PARTE

I) CASO CLÍNICO

Apresentou-se na clínica pedagógica da UFP, uma paciente do sexo feminino, com o nome A. S. de 43 anos, Peso 55kg e estatura de 1.55m, o motivo da consulta foi a intenção de obter uma PPR mandibular, sendo esta já portadora de PPR acrílica na maxila.

Procedeu-se à análise da história clínica da paciente, o qual verificamos que não apresentava patologias associadas, e não tomava nenhuma medicação, referiu o facto de possivelmente ser alérgica à penicilina e que tinha que proceder a exames para confirmação. A paciente apresentou-se cooperante e muito calma.

Efectuou-se um minucioso exame clínico (exobucal e endobucal), e também analisou-se a ortopantomografia para a realização do diagnóstico.

i) Exame exobucal

- Apresenta simetria facial
- Face oval
- Abertura de boca 3 dedos
- Lábios volume (finos), tamanho (curtos), tonicidade (normotónicos) e apresenta competência labial
- Linha de sorriso média
- Apresenta selamento labial
- Sem adenopatias cervicais ou mandibulares papáveis ou dolorosas
- Desvio do lado esquerdo no fecho mandibular
- Estalido articular do lado esquerdo no fecho mandibular
- Não existia perda de dimensão vertical de oclusão



Fig. 5- Fotografias iniciais de norma frontal (à esquerda) e lateral (à direita)



Fig. 6- Fotografias da linha do sorriso (à esquerda) e do selamento labial (à direita)

ii) Exame endobucal

- Apresenta continuidade do epitélio
- Freios com inserção normal
- Não apresenta bridas que possam interferir na colocação da prótese
- Palato em “U”
- Apresenta tórus palatino
- Rebordo maxilar e mandibular baixo
- Tuberosidades normais
- Portadora de PPR acrílica maxilar

iii) Exames auxiliares de Diagnóstico



Fig. 7- Ortopantomografia

iv) Exame Dentário

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
5	5	5	0	5	0	0	0	M	0	5	0	5	0	5	0	5
5	5	5	0	5	0	0	0	V	0	5	0	5	0	5	0	5
5	5	5	0	5	0	0	0	D	2	5	0	5	0	5	2	5
5	5	5	0	5	0	0	0	P	0	5	0	5	0	5	0	5
5	5	5	0	5	0	0	0	O	0	5	0	5	2	5	2	5

5	5	5	0	0	0	0	0	M	0	0	0	0	5	5	5	5
5	5	5	0	0	0	0	0	V	0	0	0	0	5	5	5	5
5	5	5	0	0	0	0	0	D	0	0	0	0	5	5	5	5
5	5	5	0	0	0	0	0	L	0	0	0	0	5	5	5	5
5	5	5	2	2	0	0	0	O	0	0	0	0	5	5	5	5
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Tabela 1- Odontograma (Código do Odontograma: 0 – São; 1 – Cariado; 2 – Obturado; 3 – Perdido por cárie; 4 – Extração indicada; 5 – Excluído)

v) Diagnóstico

Dentes ausentes 14, 16, 17, 18, 22, 24, 26, 28, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 48. Relativamente à oclusão não apresentava alterações, não foram detectadas prematuridades ou interferências. Segundo a classificação de Kennedy, na mandíbula apresenta uma Classe I, pois tem áreas desdentadas bilaterais (extremo livre bilateral).

vi) Opções de Tratamento

A paciente apresentava limitações financeiras por este facto, a hipótese de um tratamento com implantes era inviável, sendo assim ficamos restringidos apenas a reabilitação com prótese removível esquelética (dento-muco-suportada) na mandíbula. Apesar de termos explicado as vantagens e desvantagens da PPR acrílica em relação à esquelética a paciente optou por manter a PPR acrílica que possuía na maxila.

vii) Protocolo de PPR Esquelética

- 1- História clínica, história dentária, exame extra e intra-oral.
- 2- Impressões iniciais (passagem a gesso, moldeiras individuais).
- 3- Transferência Inter-maxilar (arco facial).
- 4- Preparo dos dentes (apoios oclusais e slices).
- 5- Impressões definitivas (passagem a gesso).
- 6- Prova do esqueleto.
- 7- Prova estética e funcional.
- 8- Entrega.
- 9- Consultas de controlo.

viii) Sequência de tratamento

1ª Consulta – 13/10/2009

- Preenchimento da ficha de prostodontia, e apresentação de orçamento à paciente.
- Para a realização das Impressões preliminares (maxilar e mandibular), seleccionou-se o material de impressão: hidrocoloide irreversível – alginato.
- Experimentou-se as moldeiras em boca e verificou-se se cobria toda a área.
- Colocou-se o material de impressão na moldeira e fez-se as impressões.
- A impressão foi desinfectada com água e spray de gluteraldeído a 2%.
- Tirou-se fotos iniciais da paciente.



Fig. 8- Fotografia intra-oral em máxima intercuspidação



Fig. 9- Fotografias intra-orais da maxila (à esquerda) e da mandíbula (à direita)

Em laboratório:

- Vazou-se a impressão a gesso tipo III;
- Confeccionou-se a moldeira individual em acrílico autopolimerizável.

Verificou-se que a paciente apresentava hiperplasia no palato (Figura 9), para corrigir esta lesão era necessário estender a prótese na zona do palato e realizar rebasamento na prótese maxilar, no entanto a paciente não aceitou efectuar este procedimento.

2ªConsulta – 04/10/2009

Fez-se o registo do arco facial para montagem posterior em articulador semi-ajustável.

Após a montagem, enviou-se para laboratório com as seguintes indicações:

- Pediu-se para efectuarem a análise no paralelómetro dos modelos de estudo;
- Enviamos o desenho da PPR esquelética para analisarem (Barra lingual com apoios oclusais no 4.5(M), 4.4(M), 3.4(M), ganchos em barra.

3ª Consulta – 18/12/2009

- O laboratório de prótese analisou os dados e os modelos e concordou com o desenho elaborado.
- Procedeu-se à realização dos preparos para os apoios oclusais e slices.
- Seguidamente experimentou-se a moldeira individual em boca, e verificou-se se esta estava bem adaptada.
- Espatulou-se o alginato.
- Colocou-se o alginato na moldeira e fez-se a impressão da mandíbula.
- Depois procedeu-se a impressão da maxila com moldeira standard.
- Realizou-se o registo com arco-facial.
- No final aplicou-se flúor sobre os dentes preparados.

Em laboratório vazou-se a gesso as impressões e enviou-se para laboratório o articulador, e pediu-se o esqueleto da prótese com base acrílica para técnica de modelo modificado.

4ª Consulta – 15/01/2010

- Realizou-se a prova da estrutura metálica, a qual verificamos a inserção, retenção e estabilidade, verificou-se a oclusão.
- Depois procedeu-se à técnica do modelo modificado.
- Escolheu-se a cor A2, através de luz natural e artificial.
- Pediu-se a prova de dentes ao laboratório.

5ª Consulta – 24/03/2010

Realizou-se a prova estética e funcional no qual avaliamos os seguintes parâmetros:

- A cor e forma dos dentes;
- Estética;
- Controle fonético;
- Estabilidade;
- Oclusão;
- Adaptação.

Efectuou-se algumas fotografias para registo. Verifica-se nas figuras 10 e 11 que existe disocclusão posterior, por isso procedemos à colocação de godiva em cima dos dentes artificiais da prótese, e pedimos para a paciente ocluir, deste modo permitiu-nos dar ao técnico de laboratório de prótese a referência oclusal desejada, na figura 12 observa-se a montagem de articulador com este procedimento terminado.



Fig. 10- Fotografia intra-oral da prova de dentes



Fig. 11- Fotografias intra-orais da prova dentes do 1e 4ºquadrantes (à esquerda) e 2 e 3ºquadrantes (à direita)

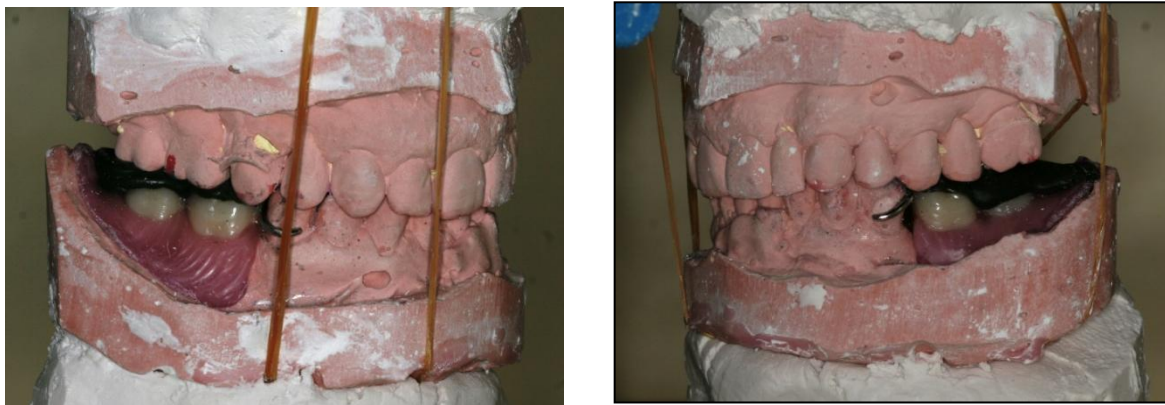


Fig. 12- Fotografias da montagem em articulador da prova de dentes do 1e 4ºquadrantes (à esquerda) e 2 e 3ºquadrantes (à direita).

Pedi-se ao laboratório a confecção final da prótese.

6ª Consulta – 28/04/2010

Procedeu-se à prova da prótese já finalizada a qual não apresentava nenhum problema associado. E verificamos os contactos oclusais.



Fig. 13- Fotografia intra-oral com a PPR esquelética mandibular



Fig. 14- Fotografia intra-oral da mandíbula com a prótese parcial removível esquelética

Ensinou-se ao paciente como inserir e desinserir a prótese e demos algumas informações entre as quais:

- Nas primeiras 48h a fonética, mastigação pode altera-se um pouco mas que depois é facilmente restabelecida.
- A prótese pode eventualmente provocar náuseas, pois é a reacção a um corpo estranho presente na boca.
- Nas primeiras horas não comer alimentos muito duros.
- Ter especial atenção à higiene da prótese e da cavidade oral, o uso de uma solução comercial é um bom auxiliar.
- O paciente tem de estar atento ao aparecimento de áreas de pressão que é necessário serem ajustadas posteriormente.

- A remoção da prótese à noite é importante para os tecidos descansarem.

Comentário final do Caso Clínico:

Verificou-se que após a realização da PPR esquelética que esta apresentava boa retenção e estabilidade.

A paciente mostrou-se satisfeita com o trabalho efectuado, para além das instruções e cuidados a ter com a prótese que foi entregue à paciente salientamos a importância das consultas de controlo, para o Médico dentista verificar a necessidade de adaptações e rebasamento da prótese e observação da cavidade oral para controlar possíveis lesões orais.

III – PARTE**1) ACTOS CLÍNICOS**

Áreas Científicas	Actos clínicos efectuados	Número de actos clínicos efectuados
Cirurgia	Exodontia e Sutura	5
Dentística	Restauração a compósito	34
	Restauração provisória com IRM	2
	Restauração provisória com IV	5
	Branqueamento Externo de Dentes Vitais	1
Endodontia	Tratamento Endodôntico Não Cirúrgico	1
Periodontia	Destartarização e Polimento	8
	Reconstrução de uma férula	1
Prostodontia	Prótese Fixa de 5 elementos	1
	Prótese Parcial Removível Maxilar (Acrílica)	1
	Prótese Parcial Removível Mandibular (Esquelética)	1
	Rebasamento de Prótese Total	1
Oclusão	Confecção de Goteira Oclusal	1

Tabela 2- Resumo dos procedimentos clínicos

Datas	Actos Clínicos
15/09/09	Triagem e Ortopantomografia
18/09/09	Controle de Prótese Total
22/09/09	Triagem e Ortopantomografia
25/09/09	Destartarização , Polimento e Exodontia do 1.5.
29/09/09	Destartarização e Polimento
01/10/09	Restauração de Prova com compósito
02/10/09	Rebasamento de Prótese Total
06/10/09	Restauração a compósito do 4.5.
08/10/09	Restauração a compósito do 2.4.
09/10/09	Exodontia do 2.6 e Sutura.
13/10/09	Restauração a compósito do 2.1 e 2.2 e Preenchimento de ficha de prótese e orçamento.
15/10/09	Restauração a compósito do 1.6
20/10/09	Restauração a compósito do 1.1 e 1.2
22/10/09	Impressão Definitiva de Prótese Fixa.
23/10/09	Restauração a compósito do 2.6 (O,M,D,P)
27/10/09	Reconstrução de férula no 5º sextante e restauração a compósito do 1.2 (P)
29/10/09	Exodontia do 1.5 e 1.6 e Sutura
30/10/09	Restauração a comósito do 1.4 (OD)
03/11/09	Restauração a compósito do 2.2 (D)
13/11/09	Impressões preliminares, ficha de prostodontia e orçamento
17/11/09	Exodontia do 2.8 e Sutura
19/11/09	Impressões preliminares
20/11/09	Controle de prótese esquelética
24/11/09	Restauração a compósito do 3.4 e destartarização e polimento
26/11/09	Restauração provisória do 2.2 com IRM
27/11/09	Branqueamento externo dos dentes 2.1 a 2.3 e 3.3 a 4.4
03/12/09	Restauração a compósito do 3.4
10/12/09	Restauração provisória do 1.2 a ionómero de vidro
15/12/09	Triagem e ortopantomografia
17/12/09	Restauração a compósito do 3.1
18/12/09	Impressões definitivas
08/01/09	Restauração a compósito do 1.3 (D)
12/01/10	Destartarização e Polimento
15/01/10	Prova de estrutura metálica e técnica do modelo modificado
19/01/10	Restauração a compósito do 3.4 (D)
21/01/10	Restauração a compósito do 1.7
22/01/10	Restauração a compósito do 2.7 (O) e 1.2 (P)

Tabela 3- Actos clínicos realizados no 1ºSemestre

Datas	Actos Clínicos
02/02/10	Restauração a compósito do 4.8 (OD)
04/02/10	Restauração a ionómero de vidro 4.6 e 3.5
08/02/10	Restauração a compósito do 2.5 (MOD)
10/02/10	Goteira Oclusal
11/02/10	Triagem , ortopantomografia e destartarização e polimento
17/02/10	Triagem e ortopantomografia.
18/02/10	Restauração a compósito do 1.8 (D)
24/02/10	Goteira Oclusal
01/03/10	Impressões
04/03/10	Restauração a compósito do 2.4 (VMD)
08/03/10	1º Sessão de Tratamento Endodôntico Não Cirúrgico
10/03/10	Destartarização e polimento
11/03/10	Restauração a IRM do 1.6 (OD)
17/03/10	Restauração a compósito do 4.8.
18/03/10	1º Sessão de TENC DO 3.7.
23/03/10	Restauração a compósito do ponto de contacto de 2.4 e 2.5
19/04/10	Destartarização e polimento e restauração a compósito do 1.2
21/04/10	Restauração a compósito do 4.5 (D).
22/04/10	Restauração a ionómero de vidro do 3.5 e 4.6
26/04/10	Restauração a compósito do 2.5
28/04/10	Entrega de prótese removível esquelética
29/04/10	Restauração a compósito do 4.1 (classe III)
10/05/10	Restauração a compósito do 3.7 (O).
12/05/10	Restauração a compósito do 4.6 (MO)
13/05/10	Restauração a compósito do 1.7 (M).
17/05/10	Exodontia do 1.7 com Odontosecção
20/05/10	1º sessão e TENC do 2.5
26/05/10	Destartarização e polimento.
27/05/10	2º sessão de TENC do 2.5

Tabela 4- Actos clínicos elaborados no 2ºSemestre

Eu, _____, tutor e orientador da aluna Jacinta Andreia Caires Figueira Teles, com o número 14330, a frequentar o 6º ano de Medicina Dentária, confirmo e valido os actos clínicos efectuados pela aluna referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Orientador
Dr. Adolfo Magalhães

Eu, _____, Directora da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, valido os actos clínicos efectuados pela aluna Jacinta Andreia Caires Figueira Teles com o número 14330, referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Directora Clínica
Prof. Dra. Sandra Gavinha
