



RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**OTORRINOLARINGOLOGIA E A SUA INFLUÊNCIA
NA MEDICINA DENTÁRIA**

Gonçalo Alexandre Camacho Brito

Orientadora: Professora Doutora Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo
Pollman

Porto 2022

Resumo

No presente ano letivo 2021/2022, estabeleceu-se um protocolo entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) para a realização de estágios. O estágio descrito ao longo deste relatório foi efetuado no Serviço de Otorrinolaringologia, supervisionado pelo senhor doutor Luís Meireles, cujo a prática é exercida no Hospital Santo António e no Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso e este estágio tem como objetivo relacionar a área médica Otorrinolaringologia com Medicina Dentária, avaliar na forma como estas áreas podem complementar se de forma prevenir, diagnosticar e tratar as diversas patologias que podem surgir nas estruturas do aparelho estomatognático e de que forma um estágio de Otorrinolaringologia pode beneficiar na formação de um estudante de Medicina Dentária. Durante o estágio foram observadas consultas externas, consultas de urgência, cirurgias pediátricas, nas quais foram observados diversos procedimentos como anamnese, observação clínica, planos de tratamento e execução da terapia. Também foi efetuada uma pesquisa bibliográfica sobre aparelhos orais para o tratamento da apneia obstrutiva do sono com o objetivo de os apresentar à equipa médica do hospital e relatar a eficácia deste tratamento, assim como comparar os seus resultados com os da máquina geradora de pressão positiva contínua da via aérea (CPAP).

Este estágio permitiu abrir portas à formação interprofissional do estudante de Medicina Dentária com a área de Otorrinolaringologia, permitindo adquirir e aprofundar o seu conhecimento numa área que apresenta diversas implicações na sua prática clínica, demonstrado que de facto é importante haver uma relação interdisciplinar entre a Medicina Dentária e a área de Otorrinolaringologia, podendo assim os utentes beneficiarem de uma melhor terapêutica para as suas patologias.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha família por serem o meu pilar fundamental ao longo da minha vida, especialmente os meus avós no qual lhes agradeço por todo o tempo que despenderam para cuidar de mim, por todas as lições que me ensinaram e por todo o apoio incondicional que me deram ao longo da minha vida.

Aos meus amigos da Madeira, pela paciência, amizade e apoio que me deram ao longo destes anos todos.

Aos meus amigos da faculdade que o Porto me deu, que permitiram proporcionar bons momentos durante a minha vida académica, no qual os considero com uma segunda família e que irei levar para o resto da minha vida.

Aos meus colegas de casa, por terem tido a árdua tarefa de me aturarem, por toda a ajuda que me deram ao longo destes anos e por todos os momentos que proporcionaram.

À minha orientadora senhora professora Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann por ter aceitado o meu convite de orientar este relatório de estágio, do seu enorme apoio e conselhos dados ao longo do estágio.

Ao Doutor José Abrunhosa por todo o conhecimento que adquiri ao longo do estágio e por ter aceitado este desafio.

Índice

Resumo	i
Agradecimentos	ii
Índice de Tabelas	4
Lista de Abreviaturas	4
Introdução	5
Enquadramento do estágio	6
Atividades do Estágio	7
Consultas observadas no HSA	7
Consultas de Medicina do Sono	7
Consultas de patologia nasal, faríngea e laríngea.....	10
Consultas de Audição	11
Cirurgia pediátrica no CMIN	13
Admissão de pacientes para a cirurgia.....	13
Amigdalectomia	13
Traqueotomia	13
Pós-Cirurgia.....	14
Formação efetuada ao longo do estágio	14
Reflexão Crítica/Discussão	16
Conclusão	17
Bibliografia	18
Anexo 1	20
Anexo 2	22

Índice de Tabelas

Tabela 1-Consultas observadas no HSA	12
--	----

Lista de Abreviaturas

FMDUP-Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

CHUP- Centro Hospitalar Universitário do Porto

HSA-Hospital Santo António

CMIN-Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso.

CPAP-Máquina Geradora de Pressão Positiva Contínua da Via Aérea (Continuous Positive Airway Pressure)

IMC-Índice de Massa Corporal

ATM-Articulação Temperomandibular

Introdução

No presente ano letivo 2021/2022, foi estabelecido um protocolo entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) para a realização de estágios em diversos serviços hospitalares no âmbito da unidade curricular Monografia/Relatório de Estágio do Mestrado Integrado de Medicina Dentária.

Este relatório corresponde ao estágio efetuado no serviço de Otorrinolaringologia do CHUP, que teve início no dia 7 de fevereiro de 2022 e o seu término no dia 17 de junho de 2022, com uma carga de horário de 8 horas semanais.

A Otorrinolaringologia tem como áreas de atuação as estruturas craniofaciais e de pescoço, mais especificamente o aparelho auditivo (ouvido externo, médio e interno), a cavidade nasal, as estruturas nasofaríngeas, orofaríngeas e esofágicas. O serviço hospitalar onde o estágio foi realizado tem como objetivos diagnosticar e orientar as terapêuticas médico-cirúrgicas das patologias faríngeas, naso-sinais, otológicas, laríngeas, cervico-faciais, analisar suspeitas de patologias oncológicas e complicações cirúrgicas após alta hospitalar.⁽¹⁾

Dado ser um ramo de medicina cuja sua atuação incide em diversas estruturas da região da cabeça, é evidente a sua ligação com os vários âmbitos de atuação da Medicina Dentária, sendo muito desejável que ambas as áreas se complementem e trabalhem em equipas multidisciplinares para dar uma resposta mais eficiente às necessidades dos utentes.

Este relatório de estágio tem como objetivo relacionar com a Medicina Dentária os diversos casos clínicos que forem observados no serviço de Otorrinolaringologia, avaliar a contribuição desta área no que toca à prevenção e interpretação da sua ação no âmbito de algumas relações com más-oclusões e malformações do aparelho estomatognático e o associar contributo da Medicina Dentária na resolução das diversas patologias que são diagnosticadas em Otorrinolaringologia. E este estágio tem também como objetivos, num contexto de ambiente hospitalar, adquirir e aprofundar o conhecimento e competências na área de Otorrinolaringologia para um exercício da Medicina Dentária numa perspetiva interdisciplinar e fomentar uma prática clínica holística.

Enquadramento do estágio

O estágio realizou-se nas instalações do CHUP com sede no Largo Professor Abel Salazar, 4099-001 Porto e que é composto por 4 polos: Hospital Santo António (HSA), Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN), Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães e Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório. O local no qual o estágio foi efetuado foi no Serviço de Otorrinolaringologia, que é supervisionado pelo senhor doutor Luís Meireles, e cujo funcionamento decorre nos edifícios HSA e no CMIN, a nível de organização encontra-se dividida em consultas externas, bloco operatório e serviço de urgência.

Serão abordados neste relatório, os procedimentos e protocolos das consultas os diagnóstico estabelecido e respetivos planos de tratamento. De seguida serão abordados diversos casos clínicos para explicar os diferentes procedimentos presenciados.

Atividades do Estágio

O estágio decorreu no HSA, em modo observacional, no acompanhamento das consultas dedicadas à área de Medicina do Sono e consultas de urgência bem como de cirurgias pediátricas no CMIN. Também durante o estágio, foi elaborada uma apresentação sobre aparelhos intra-orais para o tratamento da apneia obstrutiva do sono.

Consultas observadas no HSA

Consultas de Medicina do Sono

Nesta consulta compareciam pacientes já previamente triados e encaminhados com suspeita de patologias obstrutivas das vias aéreas superiores.

Numa grande parte destas consultas, o exame físico foi o momento determinante no diagnóstico pois tinha como objetivo avaliar as vias aéreas superiores de forma a verificar se estas possuíam alterações anatómicas como hipertrofia das amígdalas, obstrução nasal, morfologia da faringe e entre outros que pudessem contribuir agravar ou até mesmo ser a causa primária da apneia obstrutiva do sono e/ou da roncopatia.

Inicialmente eram recolhidos dados do paciente que pudessem ser fatores de risco para apneia obstrutiva do sono tais como a idade do paciente, género, peso, altura e historial de obstrução nasal e se havia diagnóstico prévio de apneia obstrutiva do sono. Depois eram recolhidos sinais e sintomas que o paciente tinha no seu dia a dia como, por exemplo, ressonar ou apneia testemunhada por outra pessoa que não o próprio paciente, respiração ofegante ou sensação de asfixia durante o sono, despertares constantes ou sono agitado, enurese, hipersonolência diurna (um dos sintomas mais comuns na apneia obstrutiva do sono), obstrução nasal ou alguma comorbilidade que o paciente já possuía como doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão, entre outros.(2, 3)

Eram analisados os exames da polissonografia (nos casos em que já os tivesse feito). Este exame avalia o fluxo aéreo oro nasal, a saturação do oxigénio na hemoglobina através da oximetria, episódios de roncopatia, movimentos do corpo, excursão do tórax e do abdómen, e estadios do sono através de eletroencefalograma, eletro-oculograma,

eletromiograma e eletrocardiograma. Neste exame fica registado os episódios de apneia, no qual verifica-se ausência do fluxo respiratório acompanhado por movimento anormal do tórax e do abdómen e pelo decréscimo da saturação de oxigénio. Após o término do episódio de apneia, os níveis de saturação e a respiração voltam ao normal. No final do exame é contabilizado o número de episódios de apneia que ocorreram por hora dando o índice de apneia-hipopneia. Quando o índice é inferior a 5 é considerado normal, entre 5 a 14,9 é considerado médio, de 15 a 29,9 moderado e de 30 para valores mais altos é considerado grave.(2, 3)

Também nos caso aplicáveis, são analisados os questionários de auto-avaliação do sono, previamente preenchidos pelo paciente.(2)

Posteriormente era realizado o exame físico orientado para as estruturas da cabeça e do pescoço, sendo dividido na observação da cavidade oral, da cavidade nasal e a laringoscopia.

- 1- Cavidade nasal: o paciente com a cabeça inclinada para a frente e o foco de luz externo ajustado de forma a ser possível observar a cavidade nasal. É colocado um espéculo no nariz para dilatar as narinas e de forma que as duas lâminas na extremidade mais estreita fiquem abertas antero-posteriormente e não efetuem pressão contra o septo nasal. Este exame avalia a aparência da mucosa nasal, se está saudável ou se apresenta eritematosa, pálida ou edemaciada, analisa o desvio do septo nasal, os vasos sanguíneos, as estruturas ósseas como os cornetos e os meatos, e ainda examina a existência de corizas, crostas, pólipos nasais e a cor e natureza das secreções.(4)
- 2- Na inspeção da cavidade oral, era verificada a forma e o tamanho da úvula e da orofaringe, nomeadamente o volume e aparência das amígdalas, se existia estreitamento concêntrico da faringe, se havia inflamação da mucosa oral e dos tecidos periodontais, se existia tártaro nas superfícies dentárias e se havia ausência das peças dentárias e, nas presentes, se estas estavam sãs ou tinham indicação para tratamento.(4)
- 3- A laringoscopia, podia ser feita por três procedimentos diferentes: laringoscopia flexível, laringoscopia indireta e laringoscopia trans-oral.(5, 6)

Na laringoscopia flexível, o procedimento habitual pode resumir-se da seguinte forma: o paciente deve estar sentado num ângulo de 90°, com a cabeça apoiada no encosto da

cadeira e inclinado para a frente, as pernas devem estar paralelas, na largura dos ombros.(5, 6)

Colocar no laringoscópio uma fonte de luz e ajustar o foco de forma a obter uma imagem nítida e aplicar anestésico tópico ao longo do laringoscópio.(5, 6)

Colocar a ponta do laringoscópio na narina que permita o melhor acesso e inseri-lo lentamente adjacente ao corneto inferior, paralelamente ao soalho do nariz. Ao longo do trajeto até à nasofaringe, devem ser observados os cornetos médios e superiores, a bolha etmoidal, o ostium sinusal maxilar, a abertura da tuba auditiva, as adenóides na parede posterior, base da língua, as valéculas, a epiglote, os seios piriformes, as aritenoides, as pregas vocais falsas e verdadeiras e a laringe abaixo das cordas vocais. Durante a observação das cordas vocais o paciente deve efetuar o som “e” prolongado para permitir a contração das cordas vocais e ser possível uma melhor observação das estruturas laríngeas. No final da observação o laringoscópio é retirado lentamente. Durante este procedimento paciente deve ser instruído para respirar apenas pelo nariz. (5, 6)

Este exame permite observar as cordas vocais enquanto o paciente pode expressar se vocalmente, sendo uma observação razoavelmente tolerada pelos pacientes. Este procedimento auxilia no diagnóstico da odinofagia, presença de corpos estranhos, despiste de alguns tipos de tumores, disfonia/rouquidão, refluxo gástrico, de problemas neurológicos que possam afetar a laringe, entre outros.(5, 6)

Laringoscopia indireta: o paciente deve estar na mesma posição da laringoscopia flexível. De seguida, o médico ajusta a fonte de luz externa de forma a ter visibilidade para a orofaringe, o espelho laríngeo deve ser aquecido (com ajuda de uma lamparina) de forma evitar que fique embaciado. A língua é traccionada com a mão, para fora da cavidade oral com ajuda de uma gaze de forma a impedir que aquela escorregue. O espelho deve ser colocado atrás da região da úvula de forma a não tocar na língua e na mucosa (para impedir reflexos de náusea e de tosse) e seja possível observar a região da laringe. Com movimentos mínimos do espelho observam-se a base da língua, valéculas, epiglotes, seios piriformes, aritenoides, pregas vocais falsas e verdadeiras e a região da laringe abaixo das cordas vocais. O paciente deve expressar o som “e” prolongado de forma a contrair as cordas vocais e avaliar o seu funcionamento. Durante este procedimento, o paciente é instruído para respirar pela boca. Este exame tem o mesmo objetivo que a laringoscopia flexível a nível de diagnóstico, exceto na avaliação

das estruturas da cavidade nasal e nasofaríngea. Apesar de ser mais simples, este procedimento requer uma maior perícia por parte do médico e pode causar reflexos de náusea e tosse.(6)

A laringoscopia trans-oral rígida é semelhante à laringoscopia com espelho quer a nível de procedimento a executar, quer quanto às estruturas a observar e às patologias a pesquisar, com a exceção de em vez de usar um espelho, é utilizado um endoscópio rígido com uma fonte de luz inserida no objeto. Este exame permite ter melhor qualidade na observação das estruturas, sendo possível filmar durante o seu procedimento.(6)

Após a observação clínica, quando indicado, era prescrito como exame auxiliar de diagnóstico um “estudo do sono” para a deteção/confirmação nos casos de suspeita de apneia obstrutiva do sono.(2, 3)

Nos casos com IMC elevado era recomendada a perda de peso e feito o encaminhamento para uma consulta de nutrição, também os fumadores eram orientados para uma consulta de cessação tabágica.(2, 3)

Nos casos em que era prescrita a utilização de CPAP o paciente era remarcado para uma consulta de reavaliação, um ano depois, e analisar os efeitos secundários da terapia.(2, 3)

Consultas de patologia nasal, faríngea e laríngea

Inicialmente como nas consultas de Medicina do sono, era recolhido dados gerais dos pacientes como idade, peso, altura, profissão (muito significativo em caso de disfonia) e historial de obstrução nasal e de refluxo gástrico.

Nestas consultas os pacientes relatavam também os sinais e sintomas que frequentemente estavam relacionados com rinorreia de tipos diferentes (aquosa, mucóide, purulenta, sanguinolenta), associada a alguma alergia ou infeção vírica recente e ainda a rouquidão, disfonia, odinofagia e febre. Também era inquirido a existência de história de patologias e terapêuticas do foro da imunoalergologia.(7)

Era efetuada observação da cavidade nasal, da cavidade oral e laringoscopia.

De forma resumida seguem-se as patologias mais frequentes nesta consulta e respetivos procedimentos e/ou prescrição de medicação:

- Epistaxis com hemorragia abundante avança-se imediatamente para o tratamento, habitualmente por de cauterização. Após a observação da cavidade nasal, era aplicado num tampão de algodão anestésico tópico com vasoconstritor no local onde seria efetuada a cauterização, por meio de um hemostático químico. Após 5 a 10 minutos era então aplicado nitrato de prata embebido numa bolinha de algodão em rama, na região a cauterizar. Neste procedimento era necessário ter extremo cuidado para não provocar uma queimadura química na mucosa do local nem adjacente, pelo risco de provocar uma lesão.(8)
- Nos casos de congestão nasal, o tratamento prescrito assentava no reforço da higienização da cavidade nasal com água salina e se em crises alérgicas ou de rinite aplicar um corticoide nasal até a crise passar. Os anti-histamínicos eram prescritos em casos de pacientes que possuíssem alergias e associadas a patologias do trato respiratório.(9)
- Na disfonia associada a refluxo gástrico, eram receitados medicamentos inibidores da bomba de prótons e dadas recomendações de dieta.(6)

Consultas de Audição

Nestas consultas era recolhido uma história clínica atual e a pregressa, com particular interesse em saber há quanto tempo sentia a perda de audição, se era uni ou bilateral e, se apresentava mais sintomas como tinido, vertigens. Assim como o historial de otites, se na sua profissão havia ruído intenso. Sempre que possível era avaliado o resultado do audiograma (exame efetuado fora da consulta de otorrinolaringologia) para perceber se efetivamente existia alguma perda auditiva, nos sons agudos e graves.(4)

Era realizada a observação do canal auditivo externo com o auxílio de um otoscópio. Para isso coloca-se um espéculo de ouvido dentro do canal auditivo de forma que seja possível a observação da membrana timpânica. Num ouvido normal a membrana timpânica é relativamente transparente com uma coloração cinza-avermelhada, é possível observar o cabo do martelo (ossículo auditivo situado no ouvido médio) no centro da membrana. Este exame tem também como objetivo analisar o cerúmen no meato acústico externo, a presença de objetos estranhos, de edema do

canal, eritema e otorreia, a cor da membrana timpânica e a sua translucidez (esta última costuma variar de paciente para paciente). Com esta observação, é possível diagnosticar as seguintes patologias: impaction de cerúmen, otite média aguda, otite média com efusão, otite externa e otite externa maligna, perfuração da membrana timpânica, colesteatoma, entre outros.(10)

Para o tratamento destas patologias no caso da remoção do cerúmen em casos mais leves, com ajuda de um espéculo auditivo para dar acesso ao meato acústico externo e com uma cureta remove-se o cerúmen que se encontra acumulado. (11)

Nos casos em que se forma um rolhão auditivo, numa primeira fase é aplicada uma gaze embebida num solvente de cerúmen e colocada dentro do canal auditivo. Após um tempo de espera entre 5 a 10 minutos, o cerúmen pode ser removido através de uma cureta ou através de aspiração. Durante este procedimento, é necessário haver boa iluminação para ser possível observar o canal auditivo e cerúmen que deve ser removido.(11)

Os casos de tinido não têm atualmente uma terapia eficaz que possa curar esta patologia, quanto à perda de audição provocada por causas naturais é recomendada a utilização de um aparelho auditivo para dar melhor qualidade de vida ao paciente.(4)

Na seguinte tabela está elencada a distribuição das 42 consultas observadas no HSA. No **anexo 1** encontra-se a lista de materiais do consultório de Otorrinolaringologia do HSA e no **anexo 2**, o relato das consultas observadas.

Tabela 1-Consultas observadas no HSA	
Tipo de Consulta	Nº Consultas observadas
Consulta de Medicina do sono	13
Patologia da nasal, faringe e larínge	19
Consulta Auditiva	7
Outros motivos (cefaleia)	1
Total	42

Cirurgia pediátrica no CMIN

Admissão de pacientes para a cirurgia

Os pacientes são internados no dia antes da cirurgia de forma pernovernarem no hospital para assegurar o protocolo anestésico e confirmar que não apresentam nenhum sinal nem sintoma de infecção como febre ou tosse.

Amigdalectomia

Dos 6 casos assistidos de amigdalectomia, todos eles tinham indicação de remoção das amígdalas palatinas hipertróficas associadas a infecções recorrentes.

Ao entrar no bloco operatório paciente já se encontrava sob efeito da anestesia geral e entubado com os sinais de vida monitorizados. Era colocado em posição de supinação, com a cabeça e pescoço em hiperextensão com ajuda de um rolo de tecido sob os ombros.(12)

A técnica utilizada foi a de amigdalectomia total via disseção fria. Os procedimentos cirúrgicos, de forma resumida consistiram na colocação de um abaixador de língua para permitir uma boa visualização do campo operatório, depois colocação de um cateter através de uma das narinas fazendo com que essa ponta saia pela cavidade oral e de seguida dar um nó de forma a retraindo o palato mole. De seguida, colocação das gazes na região posterior da faringe e as amígdalas são tracionadas através de uma pinça Allis. Segue-se uma incisão ao longo da parede posterolateral no músculo palatoglosso com uma tesoura Mayo Hegar. Depois procede-se à dissecação das amígdalas palatinas com ajuda do instrumento Serra de nó de Bruenings. A hemorragia é controlada com um bisturin elétrico para cauterizar os vasos sanguíneos. No final, foi removido o cateter, as gazes e o abaixador de línguas. No fim da cirurgia é verificada a dentição, articulação temporomandibular (ATM) e os músculos e pele na face e na boca para certificar que não ocorreu nenhuma intercorrência indesejável e caso tenha ocorrido, seja o mais rapidamente tratado.(12)

Traqueotomia

Foi observado uma traqueotomia, num paciente com uma estenose traqueal o que estava a causar obstrução das vias aéreas.

O paciente entrou no bloco já com os procedimentos de anestesia geral iniciados e entubado com um tubo endotraqueal, com os sinais de vida monitorizados e na mesma posição da amigdalectomia.(13)

A cirurgia iniciou-se com uma pequena incisão horizontal na linha média do pescoço que foi aprofundada travessando os tecidos sub-cutâneos e a camada muscular. E é efetuado um corte na vertical na fáscia muscular. Foram colocados afastadores em forma de S para separar os tecidos a meio. De seguida, foi aprofundada novamente a incisão até ao músculo infro-hioideu profundo e colocado afastadores de Farabeuf de forma a abrir o campo operatório. No caso clínico que foi observado não foi necessário realizar a divisão do istmo da tiroide (caso o istmo da tiroide estivesse no local da traqueotomia seria necessária à sua separação). Após a visualização da traqueia, foi efetuada a incisão abaixo da estenose traqueal, primeiro uma incisão horizontal na parte superior do anel e de seguida duas incisões laterais paralelas entre si de forma a formar um quadrado. Removeu-se o tubo endotraqueal e foi colocada uma cânula na incisão efetuada e de seguida foi encaixado um tubo endotraqueal do tamanho adequado à incisão realizada para manter o fluxo de ar. No fim a cânula é fixada com velcro ao longo do pescoço e é efetuado um penso com compressas por baixo para proteger a pele e é removido o tubo endotraqueal para que se possa iniciar o despertar da criança. Durante este procedimento, a visibilidade do campo operatório era garantida através da aspiração do sangue e de compressas.(12-14)

Pós-Cirurgia

Após a cirurgia, a anestesiológica induz o despertar da criança e esta dirige-se para a sala pós-operatória para verificar se surge alguma complicação durante o recobro da cirurgia. No caso das amigdalectomias, se não surgir nenhuma complicação, é dado alta ao paciente no final do dia e este pode dirigir-se para casa. São dadas indicações ao responsável pelo paciente que devem ser cumpridas até à próxima consulta pós-operatório.

Formação efetuada ao longo do estágio

Durante o estágio, foi proposto realizar uma apresentação sobre a utilização de aparelhos intra-orais no tratamento da apneia obstrutiva do sono.

Neste trabalho foram abordados tópicos como definição dos aparelhos intra-orais nomeadamente de reposição mandibular (mais comuns) ou lingual. Estes dispositivos têm como objetivo aumentar o volume das vias aéreas superiores e podem ser uma alternativa ao CPAP, inicialmente eram fabricados reposicionadores mandibulares não personalizados, mas que causavam diversos efeitos secundários como deslocação dos incisivos inferiores e não eram retentivos, foram evoluindo e atualmente são utilizados reposicionadores personalizados e adaptáveis. (15)

Os pacientes para esta terapêutica devem obedecer a vários critérios como por exemplo possuir no mínimo entre 6 a 8 dentes em cada arcada, sem cárie nem problemas periodontais (não existe contra-indicações caso o paciente possua implantes e coroas), nem disfunção da ATM e ainda, deve ter capacidade de movimento de protusão mandibular de, no mínimo 6 mm. (15)

A nível de eficácia deste tratamento, os reposicionadores mais eficazes que permitem reduzir o índice de apneia são os reposicionadores personalizados ajustáveis. Ao compararmos a eficácia deste tratamento com o CPAP, os reposicionadores não são tão eficazes a nível de redução do índice de apneia especialmente nos casos mais graves, mas em comparação com conforto e adaptação, os reposicionadores são melhores tendo uma melhor adesão em relação ao CPAP. (16)

Foi explicado que a utilização de reposicionadores mandibulares pode trazer algumas complicações como alteração da oclusão, desenvolvimento de patologias na ATM e possíveis deslocações dentárias caso o aparelho não estiver bem-adaptado.(15, 17)

Por fim foi sugerido para casos de pacientes com dificuldade de adaptação ao CPAP e/ou recetivos a outras alternativas, efetuar tratamento com aparelhos intra-orais. Nestes casos o paciente deverá ser reencaminhado para o Médico Dentista e durante o tratamento o paciente deverá haver controlo regular através de exames de estudo do sono para confirmar a eficácia do tratamento.(16)

Reflexão Crítica/Discussão

Este estágio permitiu abrir portas à formação interprofissional do estudante de Medicina Dentária com as várias áreas da saúde, mais concretamente na área de Otorrinolaringologia, permitindo adquirir e aprofundar o seu conhecimento numa área que apresenta diversas implicações na sua prática clínica. Integrar numa equipa multidisciplinar, permite ao estudante de Medicina Dentária evoluir as suas competências de trabalho em equipa que por sua vez irá desenvolver a sua capacidade de comunicação para com outros profissionais de saúde a nível de expressar o seu ponto de vista, na compreensão, interpretação e respeito das ideias e opiniões dadas por profissionais de saúde, bem como na tomada de decisões que permitem adotar a melhor solução para o caso.

Concretamente ficou demonstrado que o Médico Dentista pode vir a ter um papel preponderante ao integrar numa equipa multidisciplinar a nível da Medicina do Sono. Este não só possui competências necessárias para poder expressar a sua opinião durante alguns procedimentos efetuados nas consultas de otorrinolaringologia como é o caso da observação da cavidade oral, análise de exames radiográficos, entre outros. Também pode e deve integrar o plano de tratamento como por exemplo no caso da aplicação de terapias alternativas para apneia obstrutiva do sono, na resolução de efeitos secundários que possam surgir durante o tratamento com CPAP como o caso da xerostomia (em que esta potencia o surgimento de cáries, inflamação das mucosas), na resolução da disfagia ao reabilitar a cavidade oral do paciente.

Para o Médico Dentista também torna se imperativo possuir conhecimentos na área de otorrinolaringologia, pois, potencialmente pode ser o primeiro profissional de saúde a despistar anomalias patológicas do âmbito da Otorrinolaringologia, como por exemplo a observação de hipertrofia das amígdalas palatinas, obstrução nasal, disfonia, odinofagia e outros sintomas e sinais que possam necessitar da intervenção de um Otorrinolaringologista.

Conclusão

Com este estágio ficou demonstrado que de facto é importante haver uma relação interdisciplinar mais estreita entre a Medicina Dentária e a Otorrinolaringologia. O Médico Dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a orientar o paciente para a consulta de otorrinolaringologia, caso suspeite de apresente sinais e sintomas de alguma patologia na área de Otorrinolaringologia. Também pode ter um papel importante em atenuar alguns efeitos secundários nas terapias das patologias da Medicina do Sono. A prática clínica integrada destas duas áreas pode trazer vantagens no diagnóstico e tratamento de algumas patologias e consequentemente a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes.

Bibliografia

1. Médicos CdOdOd. Critérios de avaliação da idoneidade e capacidades formativas dos Serviços de Otorrinolaringologia. In: Médicos Od, editor. 2017. p. 9.
2. Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea: A Review. JAMA. 2020;323(14):1389-400.
3. Levy P, Kohler M, McNicholas WT, Barbe F, McEvoy RD, Somers VK, et al. Obstructive sleep apnoea syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15015.
4. Paços João AJ, Luís Alfredo, Branco Carla, Garcia S. Carlos, Caroça Cristina, Carmo e Oliveira Diogo, Paço Francisco, Gabriel Branco, Haider Haúla, Estibeiro Hugo, Moreira Alpoim Inês, Cunha S. Inês, Oliveira Luís, Caçador Maria, Martins L. Maria. Manual de Urgências ORL: Bayer HealthCare; 2009.
5. Tasli H, Birkent H, Karakoc O, Gokgoz MC. Optimal Position for Transnasal Flexible Laryngoscopy. J Voice. 2020;34(3):447-50.
6. Born H, Rameau A. Hoarseness. Med Clin North Am. 2021;105(5):917-38.
7. DeCastro A, Mims L, Hueston WJ. Rhinosinusitis. Prim Care. 2014;41(1):47-61.
8. Krulewitz NA, Fix ML. Epistaxis. Emerg Med Clin North Am. 2019;37(1):29-39.
9. Beard S. Rhinitis. Prim Care. 2014;41(1):33-46.
10. Richard L. Drake AWW, Adam W. M. Mitchell, Adam W. M. Mitchell. GRAY'S ANATOMY FOR STUDENTS. Philadelphia: Elsevier; 2015.
11. Aung T, Mulley GP. Removal of ear wax. Bmj. 2002;325(7354):27.
12. Oomen KP, Modi VK, Stewart MG. Evidence-based practice: pediatric tonsillectomy. Otolaryngol Clin North Am. 2012;45(5):1071-81.
13. Monnier P. Pediatric Airway Surgery, Management of Laryngotracheal Stenosis in Infants and Children. Springer, editor2011.
14. N. Gauberta AC, B. Malgrasa. Surgical tracheotomy. Journal of Visceral Surgery. 2020.
15. Mickelson SA. Oral Appliances for Snoring and Obstructive Sleep Apnea. Otolaryngol Clin North Am. 2020;53(3):397-407.
16. Ramar K, Dort LC, Katz SG, Lettieri CJ, Harrod CG, Thomas SM, et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Snoring with Oral Appliance Therapy: An Update for 2015. J Clin Sleep Med. 2015;11(7):773-827.

17. Jacobowitz O. Advances in Oral Appliances for Obstructive Sleep Apnea. *Adv Otorhinolaryngol.* 2017;80:57-65.

Anexo 1

Lista de materiais do gabinete de otorrinolaringologia no HSA

Materiais

- Abaixa línguas
- Abbocath 18G
- Adesivo
- Agulhas -SC:25; IM:21, EV:19
- Algodão
- Aspiradores
- Compressas pequenas e grandes
- Contentor de agulhas
- Curetas
- Diapasão grande
- Diapasão pequeno
- Espéculo do nariz
- Espéculo dos ouvidos
- Espelhos laríngeos
- Lamina de bisturi °11
- Laringoscópio
- Pinças Baionetas
- Pinças de ouvidos
- Merocele® + Oto-Wicks (vários tamanhos)
- Pensos pequenos
- Seringa 1;2;5 cc

Produtos

- Ácido Tricloroacético
- Água destilada
- Água oxigenada
- Álcool 250ml
- Betadine Solução dérmica

- Borrifador de Pó Bórico
- Dexaval-O® (Detametasona + Neomicina)
- EMLA®
- EPIONE®
- Lidocaína Spray
- Neo-Sinefrina® 0,25mg/ml
- Neo-Sinefrina® 0,5mg/ml
- Nitrato de prata
- Ofloxacina (Ottofloxx®)
- Soro fisiológico de 10cc/100cc

Anexo 2

Casos clínicos observados no HSA

Caso nº1

Motivo da Consulta: Controlo da apneia obstrutiva do sono.

Histórico clínico: Está em tratamento com CPAP há 3 anos, apresentava arritmias durante o exame do sono, IMC elevado, hipersonolência diurna.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Edema da úvula, hipertrofia das amígdalas.

Tratamento: Continuar com o que foi prescrito na última consulta e daqui a um ano voltar a reavaliar.

Caso nº2

Motivo da consulta: Roncopatia.

Histórico clínico: Exame de estudo do sono indicou índice de apneia moderado em decúbito lateral e em decúbito dorsal aumentava para elevado. Frequência cardíaca normal.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Desvio do septo nasal para a direita.

Exame Radiológico: Quisto maxilar, Cornetos do lado direito hipertrofiados e obstruídos.

Tratamento: Reforço da higienização da cavidade nasal ao longo do dia com água salina, aplicação de corticoide nasal. Em caso de se agravar é recomendado cirurgia aos cornetos.

Caso Clínico nº3

Motivo da consulta: Reencaminhado pelo médico interno devido a apneia do sono.

Histórico clínico: Índice de apneia elevado, já se encontra a realizar tratamento de CPAP, IMC elevado.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Estreito concêntrico da faringe, úvula normal, tecidos mucosos normais.

Tratamento: Necessidade de o paciente reduzir o peso, orientar para consulta de nutrição.

Caso Clínico nº4

Motivo da consulta: Paciente com sensação de “areia” na garganta.

Histórico clínico: Odinofagia, xerostomia, disfonia espontânea.

Exame clínico: Realização de laringoscopia e observação de cordas vocais móveis, livres e simétricas, detetado fragmentos radiculares.

Tratamento: Dado que clinicamente não foi detetada alguma alteração das estruturas vocais, foi tomada a decisão de manter a vigilância e orientar para o médico dentista para extração de fragmentos radiculares.

Caso clínico nº5

Motivo da consulta: Controlo das cordas vocais

Histórico clínico: Cirurgia de remoção de um quisto na corda vocal, profissional da voz, queixa de excesso de muco.

Exame clínico: Realização de laringoscopia e observação de cordas vocais móveis, livres e simétricas.

Tratamento: Continuar a realizar consultas controlo.

Caso Clínico nº6

Motivo da consulta: Consulta Pós-cirurgia.

Histórico clínico: Remoção das adenóides há uma semana.

Tratamento: Reforçar higiene nasal durante um mês com auxílio de soro fisiológico, evitar exposição de vapores.

Caso Clínico nº7

Motivo da consulta: Obstrução Nasal.

Histórico clínico: Tratamento com CPAP, começou a apresentar enurese noturna com o uso da máscara, rinorreia.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Detetado desvio do septo nasal, acumulação de tártaro nas superfícies dentárias.

Tratamento: Uso de aquecedor de aparelhos, aplicar inalação de vapor de água, orientar para consulta de medicina dentária para realização de tartarectomia.

Caso Clínico nº8

Motivo da consulta: Perda de audição temporária do ouvido esquerdo.

Histórico clínico: Dificuldades auditivas no ouvido esquerdo.

Exame clínico: Observação de rolhão no canal auditivo esquerdo.

Tratamento: Remoção de rolhão auditivo.

Caso Clínico nº9

Motivo da consulta: Consulta do Sono.

Histórico clínico: Paciente relata hipersonolência diurna, fadiga ao longo do dia, apneia do sono testemunhada, ex-fumador.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral e observação de úvula edemaciada.

Tratamento: Necessidade de realizar polissonografia para deteção de episódios da apneia obstrutiva do sono.

Caso Clínico nº10

Motivo da consulta: Excesso de Cerúmen.

Histórico clínico: Idade avançada, perda gradual da audição nos sons agudos, tonturas devido a toma de medicamentos (Bectied), ex-trabalhador de empresa petrolífera, tinido (zumbido) nos ouvidos.

Exame clínico: Perda total de sons alta frequência no ouvido direito.

Tratamento: Paciente aconselhado utilizar aparelhos auditivos em ambos os ouvidos.

Caso Clínico nº11

Motivo da consulta: Rouquidão.

Histórico clínico: Apresenta rouquidão há mais de 20 anos, ex-fumador há mais de 10 anos (fumou durante 40 anos), garganta irritada, falta de ar, historial de enfisema pulmonar, excesso de peso.

Exame clínico: Realização de laringoscopia e observação pólipos nasais nos meatos médios, observação de ligeiro edema das cordas vocais devido a refluxo gástrico.

Tratamento: Receitar medicamento inibidor da bomba de prótons do estômago, estar atento a sinais de alarme como disfonia, odinofagia constante, falta de ar.

Caso Clínico nº12

Motivo da consulta: Rouquidão.

Histórico clínico: Paciente operado há uns anos devido a pólipos benignos nas cordas vocais com ligeira displasia, fumador de 2 maços por dia.

Exame clínico: Realização de laringoscopia, edema nas bandas ventriculares (alterações típicas de fumador), cordas vocais móveis, livres e simétricas.

Tratamento: Paciente com laringite crónica e com edema de Reinke. Foi recomendado ao paciente deixar de fumar o mais rapidamente devido a possível desenvolvimento de um tumor na laringe, aconselhado a uma sessão de cessação tabágica.

Caso Clínico nº13

Motivo da consulta: Obstrução nasal.

Histórico clínico: Já efetuou uma amigdalectomia, recentemente teve uma consulta de urgência devido a falta de ar.

Exame clínico: Detetado ligeiro desvio do septo do nariz, úvula normal, rinorreia aquosa (Rinite).

Tratamento: Reforço da higiene nasal com água salina.

Caso Clínico nº14

Motivo da consulta: Queixa de rouquidão.

Histórico clínico: Profissional da voz, Ex-fumadora a mais de 10 anos.

Exame clínico: Realização de laringoscopia, cordas vocais móveis, livres e simétricas.

Tratamento: Aconselhado redução de horário de trabalho, Exercícios de aquecimento para a voz.

Caso Clínico nº15

Motivo da consulta: Disfagia

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, dificuldades na mastigação

Exame clínico: Observação da cavidade oro-faringe e cavidade oral, ausência dos dentes posteriores, acumulação de tártaro, gengivite, úvula normal.

Exame Radiológico: Osteoma 1cm no septo frontal

Tratamento: Orientar para o médico dentista para realizar uma tartarectomia, analisar formas de substituição das peças dentárias perdidas.

Caso Clínico nº16

Motivo da consulta: Avaliar tecidos naso-faríngeos e oro-faríngeos

Histórico clínico: Paciente já realizou polissonografia e foi diagnosticado apneia do sono grave, queixa-se de insónias regulares.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oro-faríngea, estreito concêntrico da faringe, úvula normal.

Tratamento: Tratamento com CPAP recomendado, reencaminhado para consulta da apneia.

Caso Clínico nº17

Motivo da consulta: Controlo.

Histórico clínico: Paciente jovem, amigdalectomia devido a infeções recorrentes.

Exame clínico: Laringoscopia, cordas vocais móveis, livres e simétricas.

Tratamento: Alta médica.

Caso Clínico nº18

Motivo da consulta: Congestionamento nasal.

Histórico clínico: Paciente diagnosticada com apneia do sono com índice de apneia moderado, realiza tratamento com CPAP há 2 meses, paciente com queixa de quando utiliza a máquina fica com nariz obstruído, xerostomia, redução da hipersonolência diurna.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e oro-faríngea, tecidos mucosos normais.

Tratamento: Recomendação de usar máquina geradora de pressão positiva com vapor, continuar com o tratamento CPAP.

Caso Clínico nº19

Motivo da consulta: Consulta controlo para Apneia do sono.

Histórico clínico: Ex-fumador, faz terapia com CPAP.

Exame clínico: Efetuado laringoscopia, encontrado um pólipó no meato médio.

Tratamento: Paciente com quadro clínico estável, manter o tratamento com CPAP.

Caso Clínico nº20

Motivo da consulta: Congestionamento nasal

Histórico clínico: Terapia com CPAP, aplica corticoide em alturas de maior crise de rinite, toma medicação para dormir.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Tudo normal.

Tratamento: Receitado corticoide nasal e aplicar durante 7 a 10 dias consecutivos e quando tiver crises de rinite.

Caso Clínico nº 21

Motivo da consulta: Rouquidão, queixa de expetoração, perda de audição.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, já foi efetuado exames de deteção da bactéria *Helicobacter Pylori* e deu como não detetado, realizado exame de laringoscopia flexível na última consulta e não foi detetada nenhuma alteração das cordas vocais.

Exame clínico: Observação da cavidade, não apresentava rinite hipertrófica, não possuía sinais de sinusite, na observação da cavidade oral apresentava desgaste das cúspides dos dentes posteriores, dificuldade em projetar a voz, foi repetido exame laringoscopia e não foi detetada nenhuma alteração significativa das cordas vocais, observação do canal auditivo sem alterações estruturais a registar.

Exame Radiológico: Seios maxilares normais.

Tratamento: Recomendado a realização de exame auditivo para perceber a extensão da perda de audição, em caso agravamento da rouquidão paciente deve dirigir-se à urgência.

Caso Clínico nº 22

Motivo da consulta: Epistaxe frequente.

Histórico clínico: Paciente jovem diagnosticado com bronquite asmática e rinite alérgica, relata sangramento frequente na narina direita e mais raro na narina esquerda, mas com mais escorrimento.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e detetada ectasia vascular septal anterior na narina direita e esquerda.

Tratamento: Receitado anti-histamínico de segunda geração quando apresentar sintomas de alergia, reavaliação daqui a um ano.

Caso Clínico nº23

Motivo da consulta: Controlo das tonturas.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada e relata que tem tonturas ao acordar e durante ao almoço, mas que tem mostrado melhorias. costuma acordar com congestionamento nasal, também relata dificuldade em captar sons em ambientes ruidosos.

Exame clínico: Observação da cavidade auditiva no qual não há alterações significativas.

Tratamento: Prescrito fármaco anti vertiginoso com a posologia de 1 comprimido de manhã e 1 comprimido após o almoço. Marcação de exame auditivo e reavaliação daqui a 1 ano.

Caso Clínico nº24

Motivo da consulta: Pedido do médico interno para controlo da apneia obstrutiva do sono.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, com apneia ligeira que aumentava de valor quando este dormia em decúbito lateral esquerdo, IMC elevado, roncopatia sem implicações familiares, fumador mais de 10 cigarros por dia, paciente refere que respira bem pelo nariz.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e oral sem anomalias a relatar, realização laringoscopia e observação de boa permeabilidade nasal.

Tratamento: Sem indicação de cirurgia, paciente recomendado a perder peso e deixar de fumar.

Caso Clínico nº25

Motivo da consulta: Roncopatia.

Histórico clínico: Idade avançada, IMC elevado, paciente com implicações familiares a nível da roncopatia.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal no qual foi possível verificar que o paciente apresentava desvio do septo não obstrutivo.

Tratamento: Paciente não quer realizar cirurgia, marcação de exame do estudo do sono, recomendado a reforçar a higiene nasal com soro fisiológico.

Caso Clínico nº26

Motivo da consulta: Odinofagia.

Histórico clínico: Fumador, historial de enfisema pulmonar, não tem apresentado alterações na voz.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e oral e realização de laringoscopia, observação das amígdalas linguais hipertrofiadas e fibrose no local das amígdalas palatinas (sinal da sua remoção).

Tratamento: Paciente recomendado a deixar de fumar, avisado em caso de surgimento de algum sinal de alerta como disfonia, odinofagia intensa ou falta de ar deve dirigir-se às urgências.

Caso Clínico nº27

Motivo da consulta: Laringite Crónica.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, possui historial de alergias, ao longo dos anos tem aumentado a sua rouquidão.

Exame clínico: Realização de laringoscopia e observou-se hipertrofia das bandas ventriculares

Tratamento: Recomendado uso de spray nasal e água salina para a limpeza da cavidade oral e foi prescrito um broncodilatador.

Caso Clínico nº28

Motivo da consulta: Inflamação das cordas vocais.

Histórico clínico: Paciente seguido algum tempo por parte do serviço, apresenta episódios de refluxo gástrico frequentes.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e oral, realização de laringoscopia, observação de edema nas cordas vocais (confirmando os episódios de refluxo gástrico)

Tratamento: Prescrição de medicamento inibidor da bomba de prótons, realizar consulta de reavaliação daqui a um ano

Caso Clínico nº29

Motivo da consulta: Controlo da apneia obstrutiva do sono

Histórico clínico: Paciente iniciou tratamento com CPAP há 1 mês, índice de apneia moderado.

Exame clínico: Paciente relata que tem apresentado melhorias como redução de hipersonolência diurna, observação da cavidade nasal e oral e nada anômalo a relatar.

Tratamento: Manter com o tratamento prescrito, daqui a um ano nova reavaliação.

Caso Clínico nº30

Motivo da consulta: Perda de audição

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, aplica corticoide nasal em crises de rinite

Exame clínico: Interpretação dos dados do exame auditivo e foi concluído que houve uma redução da audição nos sons agudos, observação da cavidade auditiva e nada anômalo a assinalar.

Tratamento: recomendado uso de aparelho auditivo.

Caso Clínico nº31

Motivo da consulta: Perda temporária da audição

Histórico clínico: Idade adulta, não toma medicação nem apresenta nenhuma patologia.

Exame clínico: Observação da cavidade auditiva e observação de cerúmen no ouvido provocando hipoacústica do paciente.

Tratamento: Remoção de cerúmen em ambos os ouvidos

Caso Clínico nº32

Motivo da consulta: Rouquidão

Histórico clínico: Profissional da voz, costuma ter rinite, ex-fumador, tem refluxo gástrico e já se encontra a fazer medicação de inibidores da bomba de prótons.

Exame clínico: Realização de laringoscopia, nada anômalo a relatar.

Tratamento: Recomendado paciente a repousar meia hora por dia a voz, manter se hidratado, fazer exercícios de aquecimento da voz

Caso Clínico nº33

Motivo da consulta: Cefaleia na região frontal

Histórico clínico: Realização de duas cirurgias para remoção de pólipos nasais, tem andado medicado com anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e corticoides, queixa-se de corrimento nasal na garganta

Exame clínico: Observação da cavidade nasal, da cavidade oral e laringoscopia flexível e observação de pólipos nasais, chegando ao diagnóstico de rinosinusite crônica com pólipos nasais e rinorreia posterior

Tratamento: Prescrito a toma de spray nasal, reforçar higiene nasal com bicarbonato de sódio e água salina.

Caso Clínico nº34

Motivo da consulta: Consulta de apneia obstrutiva do sono

Histórico clínico: IMC elevado, idade adulta, paciente apresenta roncopatia com implicações familiares, respirador bucal, normotenso, têm hipersonolência diurna, não fumador.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral, observação de redução concêntrica da faringe.

Tratamento: Reencaminhar para o exame polissonografia para despiste da apneia obstrutiva do sono, foi recomendado ao paciente para perder peso e evitar o consumo de álcool.

Caso Clínico nº35

Motivo da consulta: Epistaxe

Histórico clínico: Paciente com idade adulta, tem septo nasal perfurado e já foi operada para o seu encerramento, que não foi bem sucedido.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e observação de crostas na região da perfuração.

Tratamento: Nova cirurgia está contra-indicada, paciente recomendada a reforçar a higienização nasal com soro fisiológico.

Caso Clínico nº36

Motivo da consulta: Rouquidão

Histórico clínico: Paciente queixa-se de há um mês de alteração da voz, de sentir um corpo estranho na região da faringe, esporadicamente tem dificuldades em engolir, não fumador, IMC elevado.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal, da cavidade oral e laringoscopia, detetado edema na região interarritenoideia devido a refluxo gástrico, ausência de dentes posteriores.

Tratamento: Prescrição de medicamento inibidor da bomba de prótons, protetor gástrico, recomendado a perder peso e reencaminhado para o médico dentista para substituição das peças dentárias.

Caso Clínico nº37

Motivo da consulta: Perda de audição

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, teve de ser operada ao ouvido esquerdo devido a perfuração timpânica do mesmo, queixa-se de comichão nesse mesmo ouvido.

Exame clínico: Observação do canal auditivo, nada significativo a assinalar, análise do audiograma e perda auditiva nos sons agudos.

Tratamento: Explicado ao paciente que não existe tratamento eficaz para a sua patologia, marcada nova consulta de controlo.

Caso Clínico nº38

Motivo da consulta: Obstrução nasal.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, possui problemas neurológicos, respirador bucal, apresenta rinorreia purulenta há mais de 2/3 meses, está em tratamento de diálise.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral e observação de pólipos nasais, paciente possui prótese superior que está mal-adaptada.

Tratamento: Prescrição de glicocorticoide para a toma de duas vezes ao dia e administração de spray nasal.

Caso Clínico nº39

Motivo da consulta: Perda de audição

Histórico clínico: Paciente com idade adulta, perda de audição ao longo do tempo, diagnosticada com surdez sensorial neural.

Exame clínico: Observação do canal auditivo e visualização de cerúmen.

Tratamento: Remoção de cerúmen e recomendação da colocação de aparelho auditivo

Caso Clínico nº40

Motivo da consulta: Roncopatia

Histórico clínico: Paciente com idade adulta, não fumadora, não ingere álcool, IMC elevado, não tem hipersonolência diurna, apresenta indícios de sinusite.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Redução concêntrica da faringe, não apresenta edema.

Tratamento: Contra-indicado receitar corticoides nasais devido a paciente ser alérgica, reforço da higiene nasal com água salina.

Caso Clínico nº41

Motivo da consulta: Roncopatia.

Histórico clínico: Paciente com idade avançada, IMC normal, realiza caminhadas de meia hora, não fumadora, já efetuou exame de estudo do sono e não acusou de apneia obstrutiva do sono, apresenta roncopatia.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral. Nada a assinalar.

Tratamento: Não recomendado cirurgia devido a idade avançada, prescrição de spray nasal.

Caso Clínico nº42

Motivo da consulta: Apneia obstrutiva do sono

Histórico Clínico: Paciente com idade avançada, IMC elevado, diagnosticada apneia obstrutiva do sono e realiza tratamento com CPAP, dificuldade na deglutição.

Exame clínico: Observação da cavidade nasal e da cavidade oral e paciente apresentava apenas 7 peças dentárias.

Tratamento: Manter com o tratamento com CPAP, orientar para o médico dentista para consulta de reabilitação oral.

DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Gonçalo Alexandre Conde Brinde
N.º de identificação civil 15168852 N.º de estudante 201706559
Email institucional UP201706559@up.pt
Email alternativo goncalalex@hotmail.com TIF/TIm 927553212
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☐ Relatório de Estágio ☒

Título completo

Terminologia e a sua influência na Medicina Dentária

Orientador Maria Cristina Figueiredo Pellmann

Coorientador _____

Palavras-chave _____

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: X (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto : _____ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____; 12 Meses: X; 18 Meses: _____; 24 Meses: _____; 36 Meses: _____; 120 Meses: _____.

Justificação para a não autorização imediata _____

Data 27 / 06 / 2022

Assinatura Gejo Alfredo Cecilio Brito

DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

27/06/2022

G. de Alvaro Camelo Brito
O/A Estudante

Exmo. Senhor

Diretor do Mestrado Integrado

Da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Professor Doutor César Fernando Coelho Leal da Silva

Assunto: Parecer da Coorientadora para entrega definitiva do trabalho

Informo que o Trabalho Relatório de Estágio desenvolvido pela Estudante Gonçalo Alexandre Camacho Brito com o título: “ Otorrinolaringologia e a sua influência na Medicina Dentária”, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Com os meus respeitosos cumprimentos

Porto, 19 de maio de 2021



Maria Cristina Figueiredo Pollmann
Professora Associada com Agregação
mpollmann@fmd.up.pt