

MESTRADO

CIRURGIA ORTOGNÁTICA E ORTODONTIA

Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar

Universitário de São João

RELATÓRIO

Ana Sofia Dias Trindade

M

2022



MESTRADO

CIRURGIA ORTOGNÁTICA E ORTODONTIA

Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

RELATÓRIO

Ana Sofia Dias Trindade

Orientador

Dr. João Geraldo Reis Correia Pinto

Coorientador

Prof. Doutor Miguel Carvalho Silva Pais Clemente

SETEMBRO, 2022

AGRADECIMENTOS

Aqui fica o momento em que coloco a minha bandeira de chegada ao topo da montanha. Uma montanha que se me dissessem que ia acontecer quando me tornei Mestre em Medicina Dentária não ia acreditar. Porque nunca me ocorreu que a paixão por esta área existisse.

Em 2017, pela minha inata curiosidade do “ver a fazer”, decidi assistir a consultas de Ortodontia realizadas pela Dr.^a Rita Glória numa das clínicas privadas em que dava consultas. E ela, paciente e carinhosa, me acolheu e respondia a todas as minhas dúvidas sem hesitação. E aí surgiu uma força que tenho desde criança: quando gosto de algo, vou de cabeça, quero tudo! E ali estava, a paixão pela Ortodontia, desconhecida, mas avassaladora.

Obrigada, Rita.

Esta escalada nem era possível sem o apoio incondicional do meu marido, que passou comigo por todos os altos e baixos e me deu tantas vezes a mão quando eu pensava que já não era possível. Especialização, gravidez, a loucura da paternidade e maternidade, menos saúde dos que nos rodeavam e, mesmo, minha. E tu, sempre aqui comigo.

Obrigada por tudo, Eduardo. Obrigada, Luís, por me tornares sempre melhor.

Aos meus pais, aos meus sogros e à minha querida irmã que estão sempre ali ao lado para mim e para os meus.

Obrigada, família.

Um muito obrigada por terem sido os responsáveis pela existência dos cursos que tão rápido optei, por terem visto toda a potencialidade pedagógica que o Centro Hospitalar Universitário de São João apresentava, mesmo na Ortodontia.

Obrigada, Prof. Dr. João Correia Pinto, Prof. Doutor José Amarante e Prof. Doutor António Ferreira.

Obrigada, ao meu coorientador por ter aceitado este desafio e ter sido sempre tão paciente.

Obrigada, Prof. Doutor Miguel Pais Clemente.

Aos meus docentes, que a atitude pedagógica e profissional foi o que me levou a escolher a FMUP. Levo comigo tudo aquilo que me deram e espero poder dar-lhe todo o bom uso que merece.

Obrigada, Dr. Armando Dias da Silva e Dr.^a Ana Paula Peres.

E, claro, Dr.^a Liliana Amado e Dr.^a Andreia Fonseca.

A todos os profissionais que passaram por nós no SE-CHUSJ, médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos e técnicos de prótese.

Obrigada, Dr.^a Helena Gouveia.

Às minhas colegas do IX MCOO, obrigada por terem partilhado todas as alegrias e tristezas do percurso e de fora.

Obrigada, Dr.^a Liliana Pires, Dr.^a Filipa Teles e Dr.^a Joana Fontes.

À minha colega de binómio, companheira nas aventuras da maternidade, que foi comigo na aventura toda, aquela que se ri até chorar ou só chora mesmo, comigo. Tu vais à parte, porque vais ter sempre o teu lugar aqui comigo. Sempre na luta por um mundo melhor, minha querida.

Obrigada, Dr.^a Joana Almeida.

Coloco a bandeira.

Mas ali estão. As montanhas que ainda estão por vir.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFI – Aparelho fixo inferior

AFS – Aparelho fixo superior

BTP – Barra Transpalatina

CGFLP – Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina

CHUSJ-Porto – Centro Hospitalar Universitário de São João-Porto

CuNiTi – Liga metálica de cobre-níquel-titânio

DDD – Discrepância Dento-Dentária (Desarmonia de Bolton)

DTM – Disfunção Temporomandibular

EPI – Equipamento de proteção individual

FLP – Fenda Lábio-Palatina

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

LMDI – Linha média dentária inferior

LMDS – Linha média dentária superior

LMF – Linha média facial

MCOO – Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia

ORC – Oclusão em relação cêntrica

ORL – Otorrinolaringologia

RIL – Relação incisivo-labial

SE – Serviço de Estomatologia

SS – Liga metálica de aço inoxidável (*stainless steel*)

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 1	- 15 -
TABELA 2 - RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 2	- 19 -
TABELA 3 - RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 3	- 26 -
TABELA 4 - RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 4	- 31 -
TABELA 5 – RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 5.....	- 36 -
TABELA 6 - RESUMO DE FATORES CEFALOMÉTRICOS DO CASO CLÍNICO 6	- 41 -

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – GRÁFICO EM ANEL REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DE GÉNERO DOS CASOS ACOMPANHADOS NA UC DE ESTÁGIO DO IX MCOO PELA ESTUDANTE ANA TRINDADE.....	- 11 -
FIGURA 2 – GRÁFICO CIRCULAR DESCRITIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO REALIZADOS NA UC DE ESTÁGIO DO IX MCOO PELA ESTUDANTE ANA TRINDADE	- 11 -
FIGURA 3 – GRÁFICO DE BARRAS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DAS MÁ-OCCLUSÕES DOS DOENTES SEGUIDOS NA UC DE ESTÁGIO DO IX MCOO PELA ESTUDANTE ANA TRINDADE.....	- 12 -
FIGURA 4 – GRÁFICO DE BARRAS DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE FLP DE SPINA DA CASUÍSTICA ACOMPANHADA NO IX MCOO PELA ESTUDANTE ANA TRINDADE.....	- 12 -
FIGURA 5 - REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 1	- 13 -
FIGURA 6 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 1.....	- 14 -
FIGURA 7 - TELERADIOGRAFIA DE PERFIL INICIAL DO CASO CLÍNICO 1	- 15 -
FIGURA 8 – CONSULTA DE CIMENTAÇÃO DE APARELHO SUPERIOR E INFERIOR APÓS A EXODONTIA DOS DENTES 16, 26, 34 E 44 DO CASO CLÍNICO 1.....	- 16 -
FIGURA 9 - CONSULTA APÓS AS EXODONTIAS DOS DENTES 14 E 24 APÓS REAVALIAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO POR PERDA DE ANCORAGEM POSTERIOR NO CASO CLÍNICO 1.....	- 16 -
FIGURA 10 - INÍCIO DE DISTALIZAÇÃO DOS INCISIVOS SUPERIORES APÓS DOBRA DE INTRUSÃO NO CASO CLÍNICO 1	- 17 -
FIGURA 11 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORA (D A H)L DO CASO CLÍNICO 1	- 17 -
FIGURA 12 - REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRA-ORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 2.....	- 18 -
FIGURA 13 - TELERADIOGRAFIA DE PERFIL PRÉ-TRATAMENTO DO CASO CLÍNICO 2	- 19 -
FIGURA 14 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 2.....	- 20 -
FIGURA 15 - CONSULTA DE CIMENTAÇÃO DE APARELHO AUTOLIGADO SISTEMA DAMON® DO CASO CLÍNICO 2	- 21 -
FIGURA 16 - CONSULTA DE INÍCIO DE MECÂNICA DE ELÁSTICOS INTERMAXILARES PRECOSES DE CLASSE II DIREITA (TAMANHO 5/16”, FORÇA 4,5 OZ) E CLASSE I ESQUERDA (TAMANHO 3/16”, FORÇA 2 OZ) NO CASO CLÍNICO 2	- 22 -
FIGURA 17 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INTERMÉDIA DEVIDO A ATRASO ERUPTIVO DO DENTE 17 DO CASO CLÍNICO 2	- 22 -
FIGURA 18 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 2	- 23 -
FIGURA 19 – REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 3	- 24 -
FIGURA 20 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 3.....	- 25 -
FIGURA 21 - TELERADIOGRAFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 3 EM RELAÇÃO CÊNTRICA	- 26 -
FIGURA 22 - REGISTO FOTOGRÁFICO OCLUSAL E FRONTAL INTRAORAL DA CONSULTA DE CIMENTAÇÃO DO DISJUNTOR TIPO HYRAX (A E B) E QUATRO MESES DEPOIS, JÁ COM BLOQUEIO DO PARAFUSO DE EXPANSÃO (C E D) DO CASO CLÍNICO 3	- 27 -
FIGURA 23 - REGISTO DE FOTOGRAFIA OCLUSAL E FRONTAL INTRA-ORAL DA CONSULTA DE PEDIDO DE ENXERTO ÓSSEO NO LOCAL DO DENTE 12 (A E B) E DA CONSULTA DE INÍCIO DE TRAÇÃO À DISTÂNCIA DO PRÉ-CANINO PARA A ARCADA (C E D) DO CASO CLÍNICO 3.....	- 27 -
FIGURA 24 - CONSULTA DE CONTROLO DE APARELHO FIXO PRÉVIA À REALIZAÇÃO DE PEDIDO DE CORONOPLASTIA DOS DENTES 11, PRÉ-CANINO E 13 DO CASO CLÍNICO 3	- 28 -
FIGURA 25 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 3	- 29 -
FIGURA 26 - REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 4	- 30 -

FIGURA 27 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 4.....	- 31 -
FIGURA 28 - TELERADIOGRAFIA DE PERFIL INICIAL DO CASO CLÍNICO 4	- 31 -
FIGURA 29 - REGISTO FOTOGRÁFICO INTRAORAL OCLUSAL E FRONTAL DAS CONSULTAS DE CIMENTAÇÃO DE DISJUNTOR HYRAX (A E B), DA CONSULTA DE TRAVAMENTO DO PARAFUSO DE EXPANSÃO (C E D) E DA CONSULTA DE 6 MESES DE CONTENÇÃO (E E F) DO CASO CLÍNICO 4	- 32 -
FIGURA 30 - REGISTO FOTOGRÁFICO INTRAORAL DA CONSULTA DE CIMENTAÇÃO DE APARELHO FIXO MANDIBULAR DO CASO CLÍNICO 4	- 33 -
FIGURA 31 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 4	- 33 -
FIGURA 32 - REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 5	- 34 -
FIGURA 33 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 5.....	- 35 -
FIGURA 34 - TELERADIOGRAFIA DE PERFIL INICIAL DO CASO CLÍNICO 5	- 36 -
FIGURA 35 - REGISTO FOTOGRÁFICO PRÉ CIRURGIA DE RECOBRIMENTO RADICULAR DOS DENTES 31 E 41 (A) E PÓS-CIRÚRGICO, COM DOIS MESES DE RECUPERAÇÃO (B) DO CASO CLÍNICO 5	- 37 -
FIGURA 36 - FOTOGRAFIA INTRAORAL OCLUSAL DA CONSULTA DE INÍCIO DE VERTICALIZAÇÃO COM MECÂNICA AUXILIAR DOS DENTES 37 E 47 DO CASO CLÍNICO 5.....	- 37 -
FIGURA 37 - ORTOPANTOMOGRÁFIA DE CONTROLO ORTODÔNTICO PÓS-COLOCAÇÃO DE MICRO-IMPLANTES ORTODÔNTICOS EXTRA-ALVEOLARES MANDIBULARES NO CASO CLÍNICO 5	- 37 -
FIGURA 38 - REGISTO FOTOGRÁFICO INTRAORAL DA CONSULTA APÓS RESOLUÇÃO DA MORDIDA CRUZADA DENTÁRIA POSTERIOR DIREITA E DE REMOÇÃO DOS LEVANTES DE MORDIDA DO CASO CLÍNICO 5.....	- 38 -
FIGURA 39 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 5	- 39 -
FIGURA 40 - ORTOPANTOMOGRÁFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 6.....	- 40 -
FIGURA 41 - REGISTO FOTOGRÁFICO INICIAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 6	- 40 -
FIGURA 42 - TELERADIOGRAFIA INICIAL DO CASO CLÍNICO 6.....	- 41 -
FIGURA 43 - REGISTO FOTOGRÁFICO DO CONTROLO DE 3 SEMANAS PÓS-CIRURGIA DE CORTICOTOMIAS MAXILARES E EXODONTIA DOS DENTES 14 E 24 DO CASO CLÍNICO 6	- 42 -
FIGURA 44 - ORTOPANTOMOGRÁFIA DE CONTROLO PÓS-CIRURGIA DE AVANÇO MANDIBULAR E MENTOPLASTIA.....	- 43 -
FIGURA 45 - TELERADIOGRAFIA DE PERFIL DE CONTROLO PÓS-CIRURGIA DE AVANÇO MANDIBULAR E MENTOPLASTIA	- 43 -
FIGURA 46 - REGISTO FOTOGRÁFICO INTRAORAL NA CONSULTA PRÉ-CIRURGIA ORTOGNÁTICA (A A C) E APÓS (D A F) JÁ EM FASE DE FINALIZAÇÃO DA INTERCUSPIDAÇÃO DO CASO CLÍNICO 6	- 43 -
FIGURA 47 - REGISTO FOTOGRÁFICO FINAL EXTRA (A A C) E INTRAORAL (D A H) DO CASO CLÍNICO 6	- 44 -

CÓDIGO DE FASE DE REGISTOS DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO



Registos Pré-tratamento Ortodôntico



Registos Durante o Tratamento Ortodôntico



Registos Finais do Tratamento Ortodôntico

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	III
ÍNDICE DE TABELAS	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	V
CÓDIGO DE FASE DE REGISTOS DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO	VII
1 RESUMO	- 3 -
1 ABSTRACT	- 4 -
2 INTRODUÇÃO	- 5 -
DESCRIÇÃO DO IX MCOO	- 5 -
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DO CHUSJ-PORTO	- 6 -
A. <i>Colocação e Remoção de EPI na sala de consulta</i>	- 7 -
B. <i>Círculo de Consulta em Contexto de Pandemia</i>	- 7 -
ATIVIDADE CLÍNICA DO IX MCOO	- 8 -
A. <i>Consulta de Ortodontia</i>	- 8 -
B. <i>Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina</i>	- 9 -
C. <i>Consulta de Grupo de Dismorfias Dentofaciais</i>	- 9 -
3 CASUÍSTICA CLÍNICA DO ESTÁGIO	- 11 -
4 CASOS CLÍNICOS	- 13 -
CASO CLÍNICO 1 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO TRATADA COM EXODONTIAS	- 13 -
A. <i>Análise Extraoral</i>	- 13 -
B. <i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 13 -
C. <i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 14 -
D. <i>Diagnóstico</i>	- 14 -
E. <i>Plano de Tratamento</i>	- 14 -
F. <i>Discussão do Caso Clínico</i>	- 15 -
CASO CLÍNICO 2 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO DE CLASSE II TRATADA SEM EXTRAÇÕES	- 18 -
A. <i>Análise Extraoral</i>	- 18 -
B. <i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 19 -
C. <i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 19 -
D. <i>Diagnóstico</i>	- 20 -
E. <i>Plano de Tratamento</i>	- 20 -
F. <i>Discussão do Caso Clínico</i>	- 20 -
CASO CLÍNICO 3 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO DE CLASSE III	- 23 -
A. <i>Análise Extraoral</i>	- 23 -
B. <i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 24 -

C.	<i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 25 -
D.	<i>Diagnóstico</i>	- 26 -
E.	<i>Plano de Tratamento</i>	- 26 -
F.	<i>Discussão do caso clínico</i>	- 27 -
CASO CLÍNICO 4 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO COM DESARMONIA TRANSVERSAL.....		- 29 -
A.	<i>Análise Extraoral</i>	- 29 -
B.	<i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 30 -
C.	<i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 31 -
D.	<i>Diagnóstico</i>	- 31 -
E.	<i>Plano de Tratamento</i>	- 32 -
F.	<i>Discussão do caso clínico</i>	- 32 -
CASO CLÍNICO 5 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO EM ADULTO		- 34 -
A.	<i>Análise Extraoral</i>	- 34 -
B.	<i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 35 -
C.	<i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 35 -
D.	<i>Diagnóstico</i>	- 36 -
E.	<i>Plano de tratamento</i>	- 36 -
F.	<i>Discussão do caso clínico</i>	- 37 -
CASO CLÍNICO 6 – CASO DE MÁ-OCCLUSÃO COM MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA		- 39 -
A.	<i>Análise Extraoral</i>	- 39 -
B.	<i>Análise Intraoral, Funcional e de Modelos</i>	- 40 -
C.	<i>Análise Cefalométrica e Radiográfica</i>	- 41 -
D.	<i>Diagnóstico</i>	- 41 -
E.	<i>Plano de Tratamento</i>	- 41 -
F.	<i>Discussão do caso clínico</i>	- 42 -
NOTA FINAL SOBRE OS CASOS CLÍNICOS		- 44 -
5 CONCLUSÃO		- 45 -
6 BIBLIOGRAFIA.....		- 46 -
7 ANEXOS		- 48 -

1 | RESUMO

Introdução: O presente relatório compreende o último semestre do IX Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia, relatando o estágio profissionalizante decorrido no Serviço de Estomatologia do CHUSJ da estudante Ana Trindade. Pretende-se com este relatório evidenciar a junção dos ensinamentos teóricos e da sua aplicação em casos clínicos complexos e desafiantes encontrados a nível hospitalar. Com a pandemia de COVID-19, muitos desafios inesperados surgiram na prática em Saúde e no Ensino, tornando este um mestrado único, em que cada obstáculo se tornou numa oportunidade de aprendizagem para o futuro.

Casuística clínica do estágio: com um total de 59 casos clínicos, estes serão caracterizados pelos tipos de tratamento, tipo de má-oclusão, presença de FLP e classificação das mesmas.

Casos clínicos: seis casos clínicos são estudados desde a recolha para estudo ortodôntico, até à sua finalização. São apresentadas as análises extraoral, intraoral, funcional, de modelos, cefalométrica e radiográfica, diagnóstico, plano de tratamento e a discussão do tratamento de cada caso.

Conclusão: foram adquiridos os conhecimentos e capacidades clínicas diferenciadoras para a estudante, mesmo que em contexto pandémico. A realização do mestrado foi muito além da aquisição de capacidades, mas também pelo impacto na vida de cada doente que passa pelas estudantes. A adaptação do serviço de estomatologia e dos docentes à situação do COVID-19 foram essenciais para um percurso de sucesso académico e profissional.

Palavras-chave: mestrado; cirurgia ortognática; ortodontia; fenda lábio-palatina; dismorfias dentofaciais; TOCO; estomatologia; estágio.

1 | ABSTRACT

Introduction: This report summarizes the last semester of the IX Master's Degree in Orthognathic Surgery and Orthodontics, reporting the professional internship that took place at the CHUSJ-Porto Stomatology Service of the student Ana Trindade. The aim of this report is to highlight the combination of theoretical teachings and their application in complex and challenging clinical cases in a central hospital. With the Covid-19 pandemic, many unexpected challenges emerged in practice in Health and Education, making this a unique master's degree, in which each obstacle became a learning opportunity for the future.

Clinical casuistry of the internship: with a total of 59 clinical cases, these will be characterized by the types of treatment, type of malocclusion, presence of CLP and its classification.

Clinical cases: six clinical cases are studied from the orthodontic study to completion. Extraoral, intraoral, functional, casts, cephalometric and radiographic analysis, diagnosis, treatment plan and discussion of the treatment of each case are presented.

Conclusion: the differentiating clinical knowledge and skills were acquired for the student, even in a pandemic context. The completion of the master's degree went far beyond the acquisition of skills, but also for the impact on the life of each patient who passes through the students. The adaptation of the stomatology service and the teachers to the COVID-19 situation were essential for a successful academic and professional path.

Keywords: master; orthognathic surgery; orthodontics; cleft lip and palate; dentofacial dysmorphism; stomatology; internship.

2 | INTRODUÇÃO

O Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia tem lugar na Faculdade de Medicina desde o ano letivo de 2003/2004. Trata-se de um curso de mestrado único, que coloca os alunos (médicos dentistas e médicos) que por ele passam em vantagem face aos seus pares. Por muito tempo, o grau académico do profissional de saúde foi sinónimo de capacidade profissional. Porém, numa carreira altamente competitiva como a Medicina Dentária/ Estomatologia, que se tem revelado nas últimas duas décadas, a seleção de profissionais tem-se cada vez mais focado nas capacidades demonstradas em resposta a desafios clínicos⁽¹⁾. O MCOO além de preparar os seus alunos com os vastos conhecimentos teóricos necessários para a prática de Ortodontia, fornece um treino clínico hospitalar único em Portugal, num ambiente de condições excecionais, oferecido pela junção de uma das faculdades mais prestigiadas do país, a FMUP, com o Centro Hospitalar Universitário de São João no Porto, que reúne muitos dos melhores profissionais de saúde do país e casos clínicos altamente complexos.

No ano letivo 2021/2022, pela primeira vez, foi oferecida a oportunidade aos alunos do IX MCOO de concluírem a Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio através de um Relatório de Estágio Profissionalizante. A escolha desta opção passou pela oportunidade de demonstrar aquilo que foi tão aliciante na matrícula neste curso de mestrado face a todos os outros: a prática clínica intrinsecamente ligada à investigação e ao estudo dos desafios nos tratamentos ortodônticos num ambiente multidisciplinar altamente especializado.

Descrição do IX MCOO

O IX MCOO iniciou-se em outubro de 2019, pelo que aconteceu em condições nunca encontradas, devido à ocorrência da pandemia mundial de COVID-19, o que obrigou a alterações ao funcionamento intrínseco do ensino superior⁽²⁾ e da prática clínica de todas as áreas médicas, especialmente em Estomatologia e em Medicina Dentária. De outubro de 2019 a março de 2020, o mestrado decorreu com 22 horas presenciais semanais distribuídas por 12 horas de componente teórica no Departamento de Cirurgia e Fisiologia na FMUP e 10 horas de componente clínica com atendimento de Consulta de Ortodontia no SE-CHUSJ-Porto, decorrentes durante três dias semanais.

Após a pandemia, a componente teórica do mestrado passou a acontecer por videoconferência à distância, através da plataforma Zoom[®] cedida através da Universidade do Porto.

A componente clínica sofreu uma pausa de três meses e iniciou-se nas condições descritas no parágrafo sobre o funcionamento da Consulta de Ortodontia no CHUSJ-Porto.

O mestrado decorreu com um total de 810 horas em 4 semestres.

Descrição do Serviço de Estomatologia do CHUSJ-Porto

O Serviço de Estomatologia localiza-se no Piso 3 do CHUSJ do Porto, inicialmente sob a direção do Dr. João Correia Pinto e, atualmente, da Dr.ª Helena Gouveia, desde fevereiro de 2020. Devido à ocorrência da pandemia COVID-19, que se despoletou em Portugal em março de 2020, foram realizadas várias alterações estruturais e protocolares^(3,4) no serviço, sendo que o semestre de estágio decorreu com a seguinte constituição espacial:

- Quatro gabinetes de consultas externas (2 cadeiras/gabinete, sendo que apenas se podia encontrar um doente em consulta por gabinete);
- Uma sala de Serviço de Urgência (1 cadeira);
- Sala de Imagiologia com ortopantomógrafo (ortopantomografias de perfil e frontais e telerradiografias) e sensor RVG para radiografias periapicais com o respetivo computador com 2 monitores;
- Sala de prótese dentária;
- Sala de pré-esterilização;
- Bloco operatório *Dr.ª Susana Serrano*, com uma sala preparada para anestesia geral, dois equipamentos para anestesia loco-regional e uma sala de recobro;
- Farmácia do Serviço de Estomatologia;
- Sala de médicos;
- Sala de assistentes operacionais;
- Biblioteca *Dr. Esteves Pereira*;
- Gabinete Administrativo;
- Gabinete de Diretor de Serviço;
- Gabinete de Chefia de Enfermagem;
- Gabinete de Chefia de Serviço;
- Dois sanitários de funcionários do serviço;
- Sala de espera dos utentes.

As consultas passaram a ser realizadas segundo o seguinte protocolo:

A. Colocação e Remoção de EPI na sala de consulta

O médico deverá ter uma máscara/respirador FFP2/N95 por turno (norma interna CHUSJ), colocando uma máscara cirúrgica sobre o respirador quando se equipa.

Se usar calçado higienizável e exclusivamente no Hospital, não é necessária proteção de calçado.

COLOCAÇÃO (antes do doente entrar):

1. Higienização das mãos;
2. Touca;
3. Proteção de calçado (opcional);
4. 1º par de luvas;
5. Colocação de bata e assegurar fecho atrás no pescoço e cintura;
6. Colocação de máscara cirúrgica;
7. Colocação de viseira;
8. 2º par de luvas.

REMOÇÃO (após saída do doente):

1. Num passo único, remoção de bata pelo exterior, puxando pela região dos ombros, enrolando sucessiva e suavemente de forma a criar o menor volume possível;
2. Remoção um par de luvas juntamente com a bata;
3. Remoção da proteção de calçado (se existir);
4. Remoção da viseira (de trás para a frente);
5. Remoção da máscara cirúrgica;
6. Remoção da touca;
7. Remoção do par de luvas restante;
8. Higienização das mãos.

B. Circuito de Consulta em Contexto de Pandemia

1. Médicos e auxiliares equipam-se com EPI dentro do gabinete de consulta;
2. A cadeira é preparada: copo com solução de água + peróxido de hidrogénio (5:1 ml), guardanapo e tabuleiro;

3. O doente é chamado pelo computador e esperado pela auxiliar à porta da sala;
 4. Indica-se ao doente a desinfeção das mãos com SABA antes de entrar na sala (caso não tenha máscara, fornecer neste momento);
 5. A porta do gabinete é fechada durante toda a consulta;
 6. A auxiliar encaminha o doente até à cadeira e coloca a babete;
 7. O médico faz o questionário clínico e epidemiológico que se encontra afixado junto à cadeira estomatológica e inicia a história clínica, se viável;
 8. O médico pede ao doente que remova a máscara pelos elásticos, coloque no seu colo e bocheche 30-60s com a solução, prosseguindo com a consulta;
 9. Terminados os procedimentos intraorais, é solicitado ao doente que volte a colocar a máscara e são dadas as indicações necessárias verbalmente;
 10. Ao sair do gabinete de consulta, o doente realiza novamente a desinfeção das mãos com SABA;
 11. O doente é aconselhado a esperar na sala de espera caso haja necessidade de assinar documentos ou entregar receitas;
 12. O médico faz o registo informático no computador destinado, dentro do gabinete, enquanto a auxiliar realiza a limpeza;
 13. O gabinete deve ter a porta e janelas abertas durante 10 minutos, após término da limpeza.
- NOTA: no caso de, no decorrer da consulta, a auxiliar necessitar de se deslocar à “zona limpa” para buscar material, deve trocar o 2º par de luvas.

Atividade Clínica do IX MCOO

A. Consulta de Ortodontia

A Unidade Curricular de Estágio decorreu no período entre 13 de setembro de 2021 a 29 de julho de 2022, com uma soma de 270 horas de contacto.

A Consulta de Ortodontia do MCOO ocorreu no SE-CHUSJ, às segundas-feiras e sextas-feiras, semanalmente, durante o calendário escolar, das 14:00 às 19:00, em dois gabinetes. Devido à pandemia, sendo que apenas uma cadeira por gabinete poderia ser usada para consultas, foi realizada rotatividade de atividade clínica entre as cinco estudantes inscritas no IX MCOO, nos horários disponíveis. A consulta de Ortodontia consiste no estudo, prevenção e tratamento das alterações do aparelho estomatognático que levam ao desenvolvimento de más-oclusões dentárias. A atividade clínica das estudantes do MCOO consistia em:

- Recolha de dados clínicos para estudo ortodôntico (1ª consulta de ortodontia);
- Realização de estudo ortodôntico e discussão com os professores assistentes;
- Consulta de controlo de aparelhos de aparelho fixo/ aparelho removível;
- Consultas de controlo de contenção de casos já terminados;
- Confeção de contenções removíveis para casos finalizados;
- Encaminhamento para consultas de outras especialidades médicas ou áreas da saúde para consulta multidisciplinar, nomeadamente ORL, Terapia da Fala, Cirurgia Maxilofacial, entre outras, ou mesmo encaminhamento para outras consultas do SE, como Consulta de Oclusão e DTM ou consulta aberta de estomatologia para tratamentos curativos ou cirúrgicos da cavidade oral;
- Atendimento de urgências relacionadas com o tratamento ortodôntico (fraturas de contenções removíveis e fixas, descimentação de *brackets*, deslocamento de arcos, descimentação de aparelhos intercetivos, fratura de aparelhos funcionais).

B. Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina

Também na componente clínica do MCOO fez parte a participação na Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina, uma consulta multidisciplinar, que ocorre no SE-CHUSJ semanalmente, às sextas-feiras de manhã, na biblioteca do SE. Esta consulta consiste da presença simultânea vários de profissionais de áreas da saúde do CHUSJ que fazem o seguimento dos doentes de FLP desde a gravidez até à idade adulta: Neonatologia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Genética, ORL, Terapia da Fala, Ortodontia/Estomatologia, Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilofacial, Psicologia e Psiquiatria/Pedopsiquiatria.

As estudantes assistiram à consulta rotativamente, assim como participaram nas decisões e tempos de intervenção sobre os doentes que seguiram, juntamente com a assistente convidada do MCOO, Dr.ª Liliana Amado, e os representantes das outras áreas da saúde.

C. Consulta de Grupo de Dismorfias Dentofaciais

Mensalmente, na última sexta-feira de cada mês, pela manhã, acontece também a Consulta de Grupo de Dismorfias Dentofaciais. Nesta consulta, à semelhança da Consulta de Grupo de FLP, encontram-se presentes representantes das áreas de Ortodontia; Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética; Cirurgia Maxilofacial e Cirurgia Estomatológica. Trata-se de uma consulta, portanto, mais específica, envolvendo as áreas médicas que intervêm na cabeça e pescoço. São discutidas as intervenções necessárias destas especialidades e áreas da saúde nos vários casos que apresentem

dismorfias dentofaciais, relatando os progressos e o planeamento das intervenções seguintes.

As estudantes do IX MCOO, apesar de não presentes na consulta, eram responsáveis pela indicação das informações necessárias sobre o estado atual do tratamento ortodôntico de cada caso ao representante da Ortodontia, que, por sua vez, transmitia às estudantes as decisões clínicas de cada consulta.

3 | CASUÍSTICA CLÍNICA DO ESTÁGIO

Durante o seu estágio clínico no serviço de estomatologia do CHUSJ, ficaram a cargo da autora 59 casos clínicos, com indivíduos entre os 11 anos e os 50 anos, dos quais 33 pertenciam ao género masculino e 26 eram do género feminino (fig. 1).

Da totalidade dos casos, 6 casos foram recolhidos em primeira consulta de ortodontia, porém três destes não iniciaram o tratamento ortodôntico devido a encaminhamento para consultas de outras especialidades e por priorização de necessidade de outros casos já seguidos, devido à diminuição de vagas de consulta devido à pandemia COVID-19. Quanto aos tipos

de tratamento ortodôntico realizados, 5 casos foram tratados apenas com ortodontia interceativa, 30 casos foram tratados apenas com tratamento ortodôntico (TO) fixo e 21 casos representavam tratamento ortodôntico fixo com cirurgia ortognática (TOCO) (fig. 2). Em 7 casos, independentemente do tipo do tratamento, foram realizadas exodontias de um ou mais dentes por motivos ortodônticos.

GÉNERO

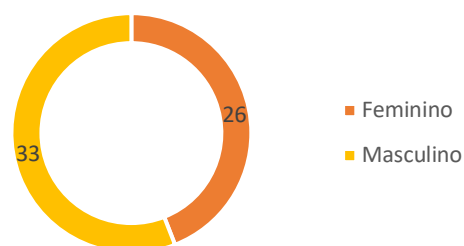


Figura 1 – Gráfico em anel representativo da distribuição de género dos casos acompanhados na UC de Estágio do IX MCOO pela estudante Ana Trindade

TIPOS DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO

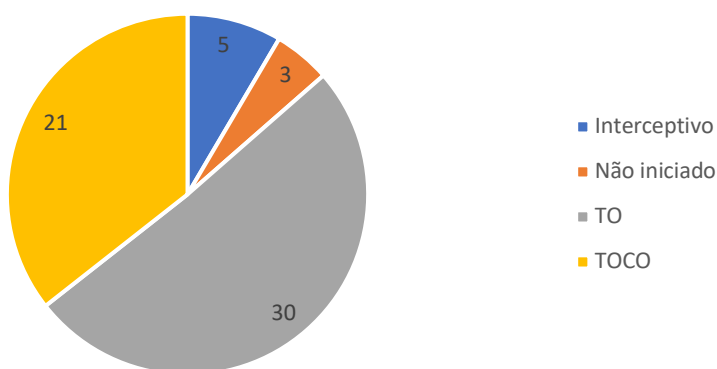


Figura 2 – Gráfico circular descritivo da distribuição dos tipos de tratamento ortodôntico realizados na UC de estágio do IX MCOO pela estudante Ana Trindade

Da totalidade dos 59 casos, 3 casos tratavam-se de casos com má-oclusão de Classe I de Angle, 26 casos de Classes II de Angle e 29 casos de Classe III de Angle^(5,6); apenas um caso, que se encontrava em espera devido à idade do doente, não se encontrava com classificação da má-oclusão (fig. 3).

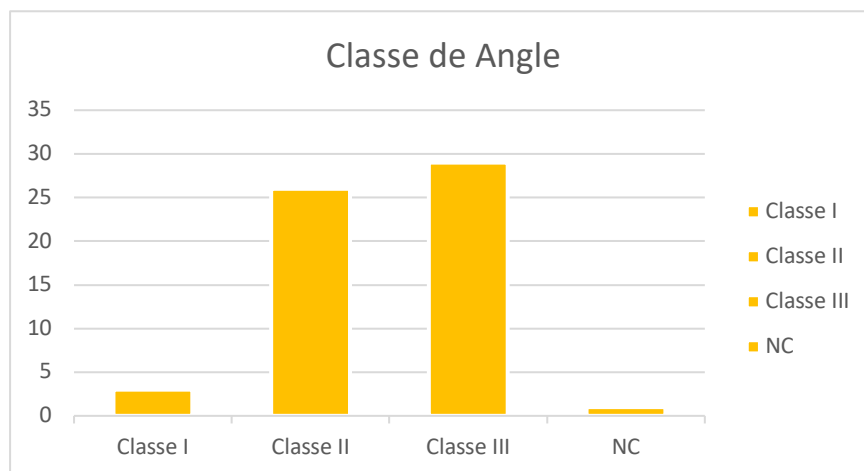


Figura 3 – Gráfico de barras sobre a classificação das má-oclusões dos doentes seguidos na UC de Estágio do IX MCOO pela estudante Ana Trindade

Foram tratados 21 doentes com fenda lábio-palatina. Dentro deste grupo encontravam-se 5 doentes com FLP Tipo I de Spina⁽⁷⁾ (pré-forâmen): 3 casos bilateral, 1 caso unilateral esquerda completa, outro de unilateral direita completa e um caso de unilateral esquerda incompleta. Do Tipo II de Spina, foram acompanhados um total de 11 doentes. Apresentavam FLP Tipo II bilateral completa 2 doentes. Dentro das FLP Tipo II unilaterais, 5 doentes apresentavam-na à direita e 4 à esquerda. Um total de 4 doentes apresentava FLP Tipo III incompleta de Spina. (gráfico 4).

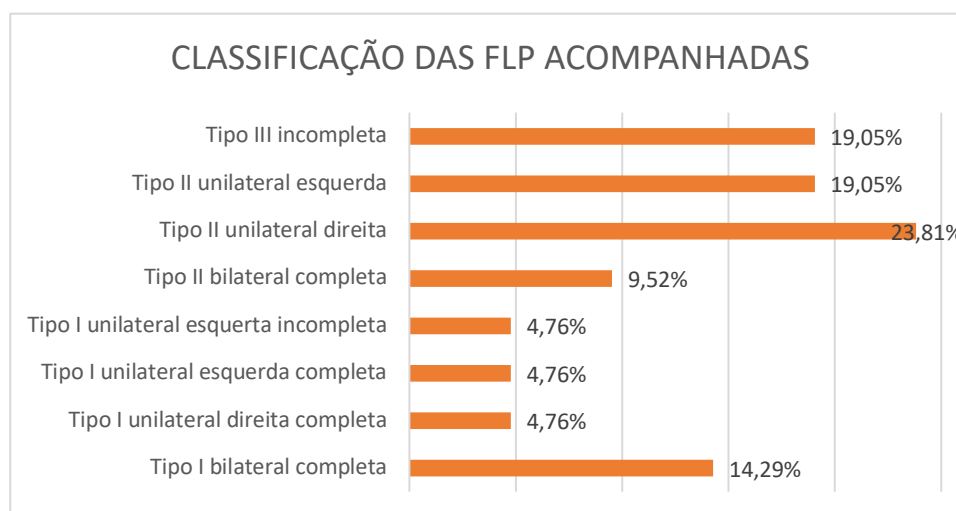


Figura 4 – Gráfico de barras da distribuição percentual dos tipos de FLP de Spina da casuística acompanhada no IX MCOO pela estudante Ana Trindade

4 | CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1 – Caso de Má-oclusão Tratada com Exodontias

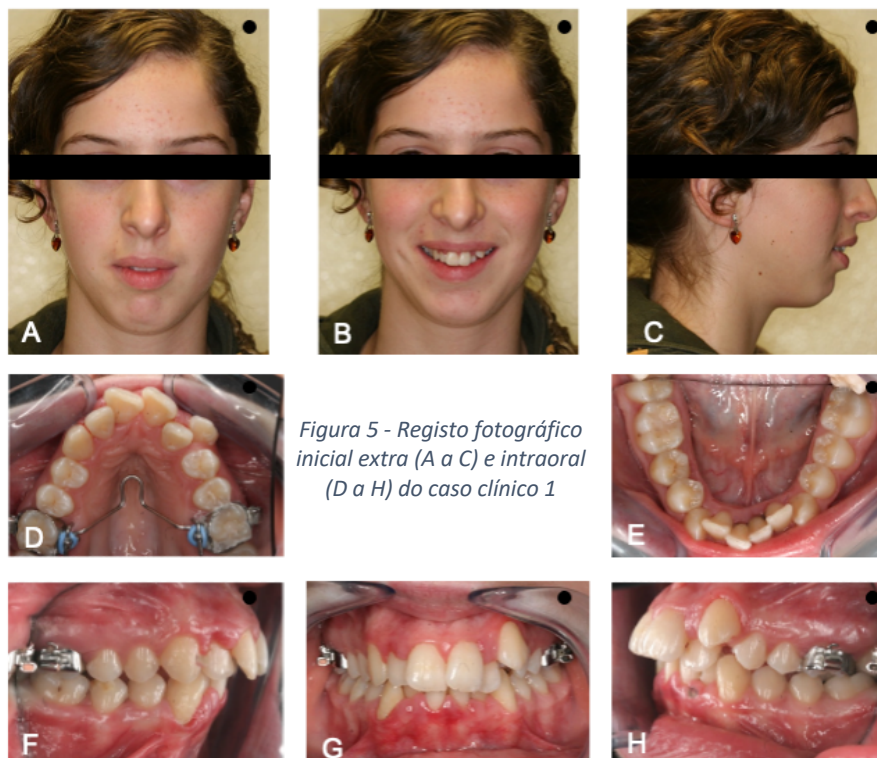
A.F., género feminino, 17 anos e 4 meses de idade, compareceu em primeira consulta de Ortodontia no SE-CHUSJ com a queixa de “Quero ter os dentes direitos.”.

A. Análise Extraoral

A nível frontal, assimetria no terço médio e inferior, com desvio do dorso nasal à esquerda e ramo mandibular esquerdo mais comprido que o direito. Presença de incompetência labial com hipertonicidade mentoniana (fig. 5 – A). Em sorriso, LMDS sem desvio em relação à LMF, porém a LMDI com um desvio de 1 mm à esquerda (fig. 5 – B). O perfil, convexo, com lábio superior bem posicionado, com ângulo nasolabial aberto. Lábio inferior retruído, assim como a mandíbula (fig.5 – C).

B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Relação dentária de classe II com sobremordida horizontal aumentada e apinhamento severo bimaxilar em dentição permanente, com dente 23 ectópico (fig. 5 - D a H). Presença de barra transpalatina cimentada (BTP) nos dentes 16 e 26 (fig. 5 – D). A avaliação funcional da doente não



indicou alterações patológicas⁽⁸⁾. Na análise de modelos foi aferida DDD de excesso maxilar dos 6 dentes anteriores e uma curva de Spee aumentada.

C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Na ortopantomografia foi confirmada a presença dos gérmenes dos terceiros molares (fig. 6).

A nível cefalométrico deparámo-nos com um padrão dolicofacial severo (VERT -2,4) com classe II esquelética com maxila ortoposicionada e mandíbula retroposicionada, de tamanho diminuído. Sobremordida horizontal aumentada de 7 mm aliada a sobremordida vertical dentro dos valores padrão de normalidade. Incisivo superior protruído e normoinclinado e incisivo inferior ortoposicionado e normoinclinado. As vias aéreas superiores e inferiores apresentavam diminuição de permeabilidade (fig. 7 e tab. 1).

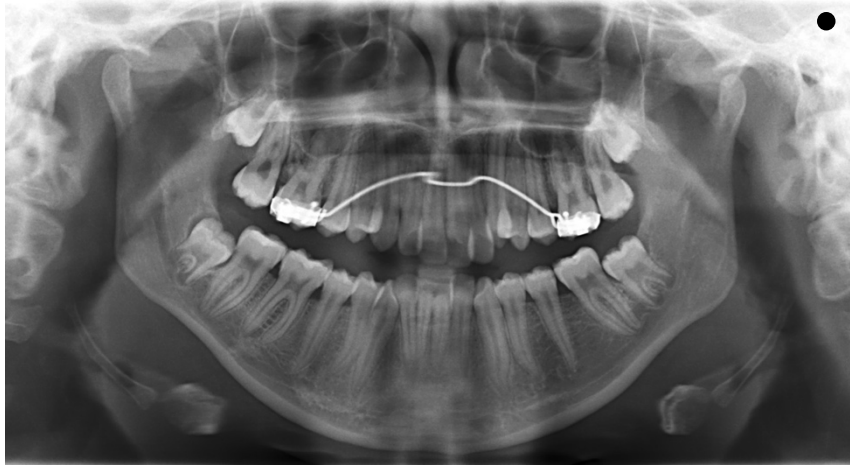


Figura 6 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 1

D. Diagnóstico

Má-oclusão Classe II Divisão 1 completa dentária e Classe II esquelética por retro e micromandibulia, com desvio da LMDI à esquerda e perfil dolicofacial severo, em doente sem potencial de crescimento.

E. Plano de Tratamento

A primeira opção de tratamento apresentada à doente foi de tratamento ortodôntico-cirúrgico de avanço mandibular^(9,10), no entanto foi recusado pela mesma. O segundo plano de tratamento ortodôntico de camuflagem cirúrgica consistiu em:



Figura 7 - Teleradiografia de perfil inicial do caso clínico 1

Tabela 1 - Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 1

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	7,0	x
Sobremordida Vertical	2,4	
Ângulo Interincisivo	123,1°	-x
Convexidade	6,8	xxx
Posição Incisivo Inferior	2,9	
Posição Incisivo Superior	10,2	xx
Inclinação Incisivo Superior	38,0°	xx
Profundidade Facial	82,7°	-xx
Eixo Facial	78,8°	-xxx
Profundidade Maxilar	89,6°	
Comprimento Mandibular	60,5	-xxx
IMPA	87,5°	

- Cimentação de nova BTP para ancoragem dos segundos molares superiores;
- Exodontia dos dentes 16, 26, 34 e 44;
- Cimentação de aparelho fixo

convencional (prescrição Roth 0.22) bimaxilar, com colagem do bracket invertido no dente 22 quando existir espaço para a sua colocação na arcada;

- Tratamento com técnica segmentada (arco base);
- Correção da curva de Spee;
- Distalização superior e inferior e terminar com classe III de molares terapêutica.

F. Discussão do Caso Clínico

A cimentação da BTP com bandas nos dentes 17 e 27 foi realizada antes das exodontias dos dentes 16 e 26 e só então foi efetuada a cimentação do AFS. Antes da cimentação do AFI foram pedidas as exodontias dos dentes 34 e 44 (fig. 8).

Após o fecho total dos diastemas deixados pelas exodontias realizadas verificou-se que a classe I de caninos não foi conseguida, devido a perda de ancoragem posterior maxilar, ainda que com a utilização de BTP. Deste modo, através de uma reavaliação do plano de tratamento foram

traçados os seguintes objetivos, tendo em conta que a doente já apresentava os terceiros molares na cavidade oral:

- Exodontia dos dentes 14 e 24;
- Distalização dos dentes anteriores e finalização em classe I de molares, utilizando técnica de arco contínuo (fig. 9).



Figura 8 – Consulta de cimentação de aparelho superior e inferior após a exodontia dos dentes 16, 26, 34 e 44 do caso clínico 1



Figura 9 - Consulta após as exodontias dos dentes 14 e 24 após reavaliação do plano de tratamento por perda de ancoragem posterior no caso clínico 1

Após a distalização completa dos caninos superiores foi realizada dobra de intrusão para os incisivos superiores aliada a IPR de modo a serem fechados os diastemas anteriores. Devido a diferença de tamanho entre o dente 12 e 22, foi mantido 1 mm de espaço em distal do dente 12 para

coronoplastia pós-tratamento ortodôntico e, assim, conseguir o menor desvio possível da LMDI em relação à LMF (fig. 10).



Figura 10 - Início de distalização dos incisivos superiores após dobra de intrusão no caso clínico 1

Os objetivos terapêuticos foram alcançados e analisando as fotografias extraorais foi conseguido um melhoramento geral do perfil da doente assim como da competência labial. Conseguiu-se a melhoria da postura corporal e um sorriso harmonioso com o lábio inferior (fig. 11 A a C). Observava-se presente uma ligeira falta de assentamento posterior devido ao encurtamento do número de consultas por doente em situação de pandemia (fig. 11 F e H). Este assentamento ocorrerá



Figura 11 - Registo fotográfico final extra (A a C) e intraora (D a H) do caso clínico 1

espontaneamente no período de assentamento. Foram utilizadas contenção maxilar do tipo Essix e contenção fixa 3-2-1-1-2-3 mandibular. A doente foi encaminhada para coronoplastia do dente 12.

Caso Clínico 2 – Caso de Má-oclusão de Classe II Tratada Sem Extrações

F.M., género masculino, 13 anos e 3 meses, compareceu na primeira consulta de Ortodontia no SE-CHUSJ com a queixa de ter os dentes grandes.

A. Análise Extraoral

Equilíbrio nas proporções entre os terços faciais, porém com falta de paralelismo entre a linha bipupilar e linha comissural, em consequência de um desvio ligeiro do mento à direita e da ponta do nariz (fig. 12 – A). Em sorriso notou-se desvio da LMDS de 1 mm à esquerda da LMF e LMDI centrada com a mesma. Presença de sorriso gengival, com exposição de 3 mm em sorriso máximo. O contorno do lábio inferior acompanhava os bordos incisais maxilares (fig. 12 – B). Doente de perfil convexo, ângulo nasolabial aberto com lábio superior vertical e lábio inferior retruído (fig. 12 – C).



B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Relação dentária de classe II de 7 mm do lado direito e de classe I do lado esquerdo com sobremordida horizontal aumentada com apinhamento leve bimaxilar (fig. 12 – D a H). Freio lingual tipo 2 de Durán, mas sem alterações funcionais a nível nasal, amígdalas ou adenoides⁽⁸⁾. A análise de modelos mostrou a rotação mesial dos molares superiores e uma assimetria da distância dos mesmos à linha mediana, existindo atrofia no lado direito. Estávamos também perante uma curva de Spee aumentada.

C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Perfil braquifacial severo com VERT de 1,1 associado a uma classe I esquelética composta por uma promaxilia, promandibulia e micromandibulia, com um mento de grande volume ósseo. A nível dentário existência de sobremordida horizontal de 8 mm e vertical de 3 mm. O incisivo superior apresentou-se protruído e normoinclinado na sua base óssea e o incisivo inferior ortoposicionado, mas vestibularizado (fig. 13 e tab. 2). Na ortopantomografia foi confirmado o tratamento endodôntico e restaurador do dente 21 devido a um traumatismo aos 8 anos de idade e também a presença dos gérmes dos quatro terceiros molares (fig. 10).

Tabela 2 - Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 2



Figura 13 - Teleradiografia de perfil pré-tratamento do caso clínico 2

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	8,0	x
Sobremordida Vertical	3,0	
Ângulo Interincisivo	118,1°	-xx
Convexidade	4,0	
Posição Incisivo Inferior	1,9	
Posição Incisivo Superior	9,5	xxx
Inclinação Incisivo Superior	29,0°	
Profundidade Facial	91,2°	-x
Eixo Facial	92,8°	
Profundidade Maxilar	95,3°	x
Comprimento Mandibular	81,3	xxx
IMPA	102,2°	xxx



Figura 14 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 2

D. Diagnóstico

Má-oclusão Classe II Divisão 1 subdivisão direita completa, em doente com Classe I esquelética, braquifacial severo e desvio da LMDS à esquerda. Existência de potencial de crescimento.

E. Plano de Tratamento

- Tratamento ortodôntico fixo bimaxilar com sistema Damon®;
- IPR maxilar para correção da posição do incisivo superior;
- IPR mandibular para correção da inclinação dos incisivos inferiores;
- Levantes de mordida para desengrenagem oclusal;
- Mecânica de elásticos intermaxilares de classe II do lado direito para correção da classe dentária e correção da LMDS.

F. Discussão do Caso Clínico

O sistema Damon® permite a individualização do tratamento para cada má-oclusão. Deste modo, avaliando as posições iniciais dentárias, a saúde periodontal do doente, a severidade e o tipo de má-oclusão e qual a mecânica de elásticos a ser usada, tão cedo como a cimentação dos brackets, é possível escolher qual o tipo de torque usado em vários dentes para auxiliar na resolução do caso clínico^(11, 12). No SE-CHUSJ, durante o estágio do IX MCOO, o sistema usado foi o Damon® Q, sendo

que este sistema conta com a disponibilidade de torques alto, standard e baixo para caninos superiores e inferiores e incisivos superiores; torque alto e standard para primeiros pré-molares inferiores; e torque baixo e standard para incisivos inferiores^(11, 12).

Foram selecionados torques standards para o presente caso (fig. 15). Poderia ter sido opção o uso de torque alto superior para os incisivos superiores e torque baixo nos incisivos inferiores, devido a uma mecânica de elásticos de classe II prolongada, de modo a impedir a retro-inclinação excessiva dos incisivos superiores e uma vestibularização dos incisivos inferiores.

Tratando-se de um sistema passivo, foi utilizada mecânica de elásticos precoces de classe II direita e classe I esquerda, ainda na fase de alinhamento e nivelamento, mas já com arcos retangulares de CuNiTi, variando o tamanho e força para um maior efeito sagital do lado direito (fig. 16).

Quando se alcançou a passagem para a fase de trabalho, antes de se iniciar o uso de arcos SS, foi requisitada uma ortopantomografia de controlo devido ao atraso de erupção do dente 17. Foi encontrado que o dente 17 se encontrava impactado devido à posição do dente 18 (fig. 17). Foi pedida a exodontia do dente 18 para permitir a erupção espontânea do segundo molar.



Figura 15 - Consulta de cimentação de aparelho autoligado sistema Damon® do caso clínico 2



Figura 16 - Consulta de início de mecânica de elásticos intermaxilares precoces de classe II direita (tamanho 5/16", força 4,5 oz) e classe I esquerda (tamanho 3/16", força 2 oz) no caso clínico 2



Figura 17 - Ortopantomografia intermédia devido a atraso eruptivo do dente 17 do caso clínico 2

Retirado o aparelho bimaxilar, confirmou-se que se atingiram todos os objetivos terapêuticos, com uma melhoria significativa do perfil do doente (fig. 18 – C). Conseguiu-se correção do sorriso gengival (fig. 18 – B) e foi possível observar uma cúspide do dente 17 a erupcionar apesar de ainda sem exodontia do dente 18 (fig. 18 – D). Doente foi encaminhado para exodontia dos terceiros molares, com urgência do 18, e para coronoplastia dos caninos superiores devido a perda de cúspide por desgaste (fig. 18 – F e H), de modo a reestabelecer as guias oclusais de lateralidade. Houve também indicação de novo tratamento restaurativo do dente 21, assim como gengivoplastia para correção da margem gengival pela margem gengival do dente 11 (fig. 18 – G).

Como contenção ortodôntica foi usada uma barra lingual fixa 3-2-1-1-2-3 e um Essix superior realizado pela estudante.



Caso Clínico 3 – Caso de Má-oclusão de Classe III

C.M., género masculino, 13 anos e 7 meses, foi encaminhado para a consulta de Ortodontia através da consulta de grupo de FLP. Pelas palavras do doente, a sua queixa era de ter “os dentes de baixo muito para a frente.”. Doente portador de FLP Tipo II unilateral direita completa⁽⁷⁾.

A. Análise Extraoral

Assimetria das abas nasais com um desvio da columela à direita da LMF. Predomínio do terço inferior da face, mas sem desvio do mento (fig. 19 – A). Devido à cicatriz das várias queiloplastias realizadas desde o nascimento, o sorriso apresentava assimetria significativa, sendo mais alto à esquerda (fig. 19 – B), com uma RIL de 0 mm. Perfil côncavo, ângulo nasolabial reto, com um lábio superior vertical e promandibulia (fig. 19 – C).

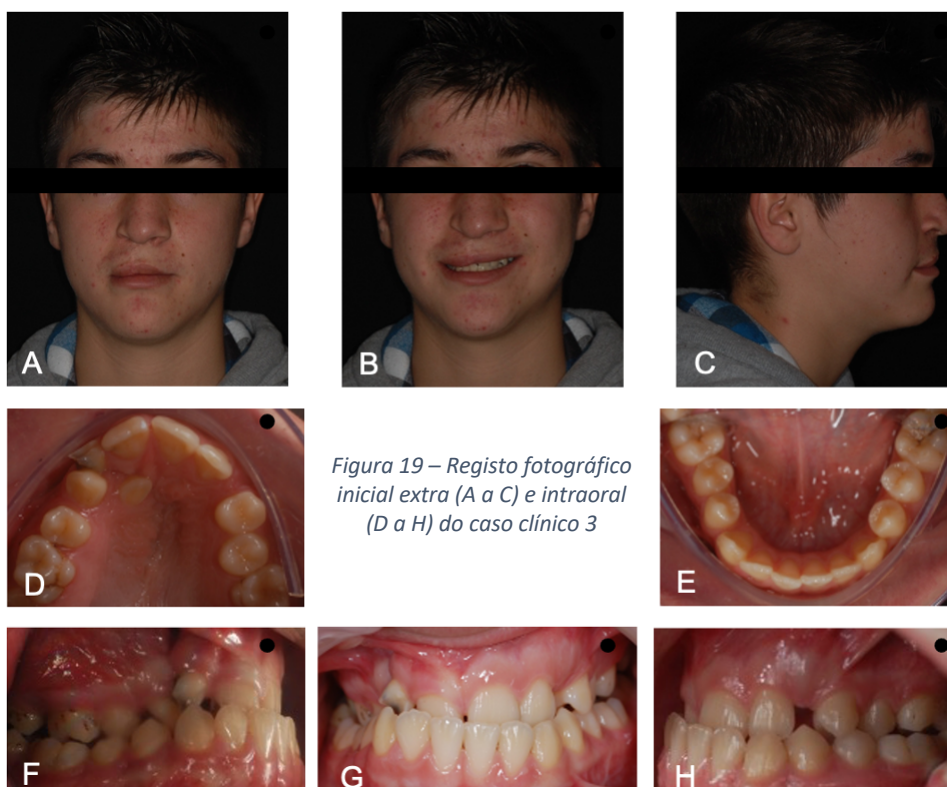


Figura 19 – Registo fotográfico inicial extra (A a C) e intraoral (D a H) do caso clínico 3

B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Lado esquerdo com relação de classe III molar, não sendo possível classificar a classe de caninos pela ausência do dente 23 na cavidade oral (fig. 19 – H). Do lado direito uma relação de classe II molar e classe III de canino devido à agenesia do dente 15 (fig. 19 – F). Nem a LMDS, nem a LMDI apresentavam desvios em relação à LMF. Presença de mordida cruzada anterior e posterior direita esquelética (fig. 19 – G). Permanência do dente 52 na arcada, erupcionado na zona da FLP, devido à agenesia do dente 12. Na zona da fenda, totalmente por palatino do dente 11 encontrava-se erupcionado o dente supranumerário, muitas vezes presente em FLP trans-forâmen^(13, 14), denominado comumente de *pré-canino* (fig. 19 – D).

Doente com narinas tipo 3 de Durán⁽⁸⁾, apresentando colapso parcial bilateral. Não foram observadas alterações funcionais a nível do freio lingual, amígdalas e adenoides.

Nos modelos observou-se assimetria das hemiarcadas, com forma em “V” superior e elíptica inferior. Dentes 16 e 26 com rotação mesial. Presença de DDD de excesso mandibular total.

C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Na ortopantomografia foi possível confirmar a existência do dente 23, assim como a sua correta posição para erupcionar espontaneamente. Confirmou-se também a presença dos quatro terceiros molares (fig. 20).

O doente foi manipulado para ORC e encontrou-se que a mordida cruzada anterior era funcional, sendo que este apresentava na realidade uma mordida anterior topo-a-topo. Assim foi possível classificar esta má-oclusão como uma pseudo-classe III, ou classe III funcional⁽¹⁵⁾. A telerradiografia de perfil foi realizada em ORC para estudo cefalométrico (fig. 21).



Figura 20 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 3



Figura 21 - Teleradiografia inicial do caso clínico 3 em relação cêntrica

Perfil dolicofacial suave com VERT de -0,7. Classe I esquelética com ortomaxilia e

mandibular com tendência de crescimento vertical (eixo facial diminuído). O incisivo superior e o inferior encontravam-se ortoposicionados, porém lingualizados (fig. 21 e tab. 3).

Tabela 3 - Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 3

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	-1,6	-x
Sobremordida Vertical	-0,5	-x
Ângulo Interincisivo	147,0°	xx
Convexidade	1,8	
Posição Incisivo Inferior	2,9	
Posição Incisivo Superior	1,4	
Inclinação Incisivo Superior	9,6°	-xxx
Profundidade Facial	88,7°	
Eixo Facial	84,5°	-x
Profundidade Maxilar	90,6°	
Comprimento Mandibular	72,2	
IMPA	84,6°	-x

D. Diagnóstico

Doente com FLP Tipo II unilateral direita completa com má-oclusão de pseudo-classe III, com agenesia dos dentes 15 e 12 e presença de *pré-canino*. Mordida topo-a-topo anterior e mordida cruzada posterior direita esquelética.

E. Plano de Tratamento

- Tratamento da insuficiência transversal com disjuntor tipo Hyrax;
- Cimentação de aparelho fixo convencional bimaxilar prescrição Roth 0.22;
- Cimentação de BTP para rotação distal dos primeiros molares superiores e ancoragem;
- Exodontia do dente 52;
- Exodontia dos dentes 34 e 44 para correção da sobremordida horizontal;
- Exodontia do dente 24 para corrigir o dente 23 ectópico;
- Na finalização do tratamento, coronoplastia do dente *pré-canino* para transformação em

incisivo lateral.

F. Discussão do caso clínico

O tratamento foi iniciado com disjunção maxilar com um Hyrax com bandas nos dentes 16 e 26 e apoios oclusais no dente 13 e 24. Foi utilizado um protocolo de 2/4 de volta, duas vezes ao dia com controlos semanais, totalizando 1 volta completa por dia. O parafuso expansor foi bloqueado três semanas depois (fig. 22).

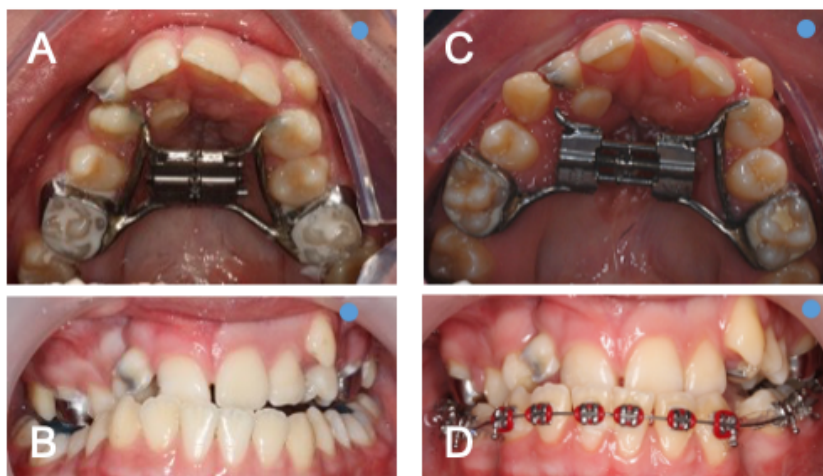


Figura 22 - Registo fotográfico oclusal e frontal intraoral da consulta de cimentação do disjuntor tipo Hyrax (A e B) e quatro meses depois, já com bloqueio do parafuso de expansão (C e D) do caso clínico 3

Quatro meses após o início da disjunção foi cimentado o aparelho fixo inferior, exceto nos dentes 34 e 44 e foi pedida a exodontia dos mesmos. Após oito meses de contenção, foi removido o disjuntor e substituído por uma BTP para correção da rotação mesial dos primeiros molares superiores, assim como para auxílio na expansão da arcada maxilar e ancoragem.

Durante o alinhamento e nivelamento, foram usados levantes de mordida nos dentes 16 e 26 para desbloqueio da oclusão e para possibilitar a correção da sobremordida horizontal. Conseguido o espaço para o *pré-canino*, o doente foi encaminhado para consulta de estomatologia para realização de enxerto ósseo na zona da fenda (fig. 23 – A e B). Terminada a recuperação da cirurgia, foi iniciada a tração à distância do dente para a arcada (fig. 23 – C e D).

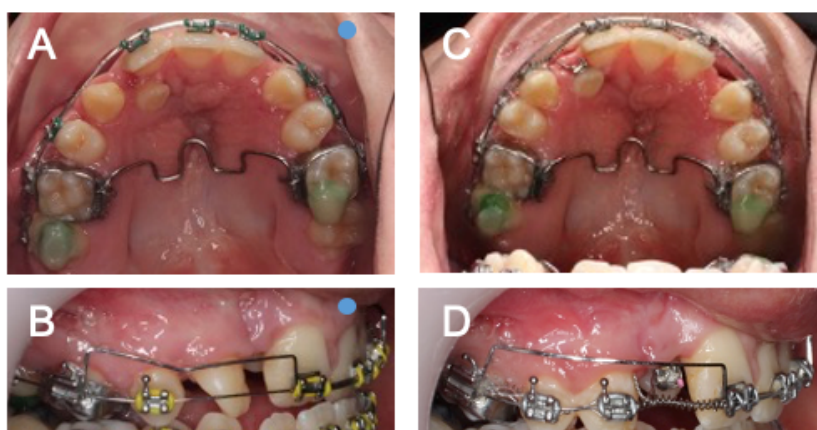


Figura 23 - Registo de fotografia oclusal e frontal intra-oral da consulta de pedido de enxerto ósseo no local do dente 12 (A e B) e da consulta de início de tração à distância do pré-canino para a arcada (C e D) do caso clínico 3

Após a colocação do *pré-canino* na arcada, continuou-se o fecho dos diastemas maxilares e mandibulares. Na fase de trabalho, quando se procedia ao fecho dos espaços do segundo quadrante

através de mesialização posterior, o doente foi encaminhado para a coronoplastia dos dentes 11, pré-canino e 13, de modo a conseguir a proporção mais correta, para uma melhor estética do sorriso (fig. 24).

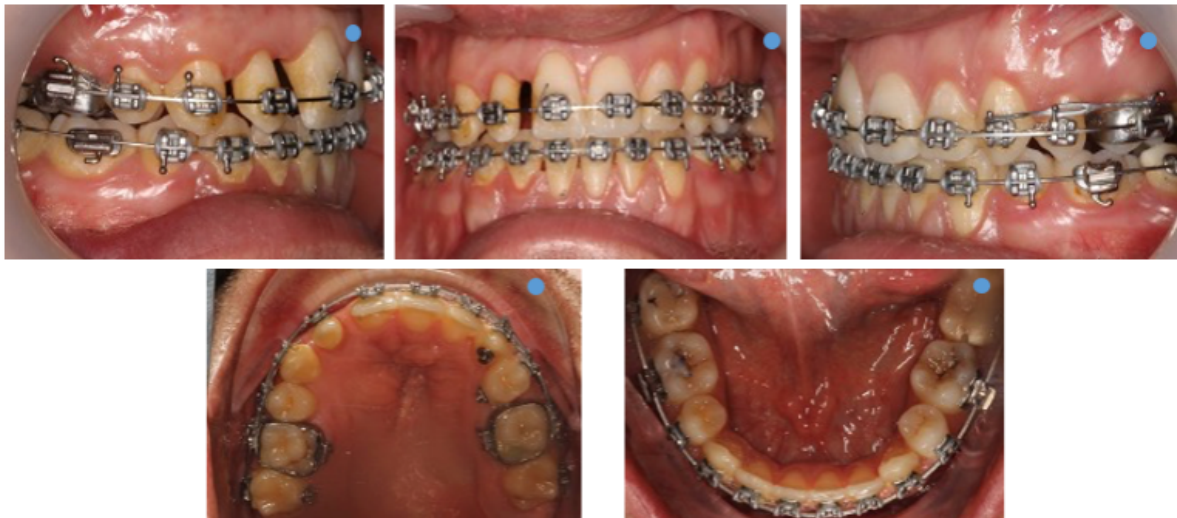
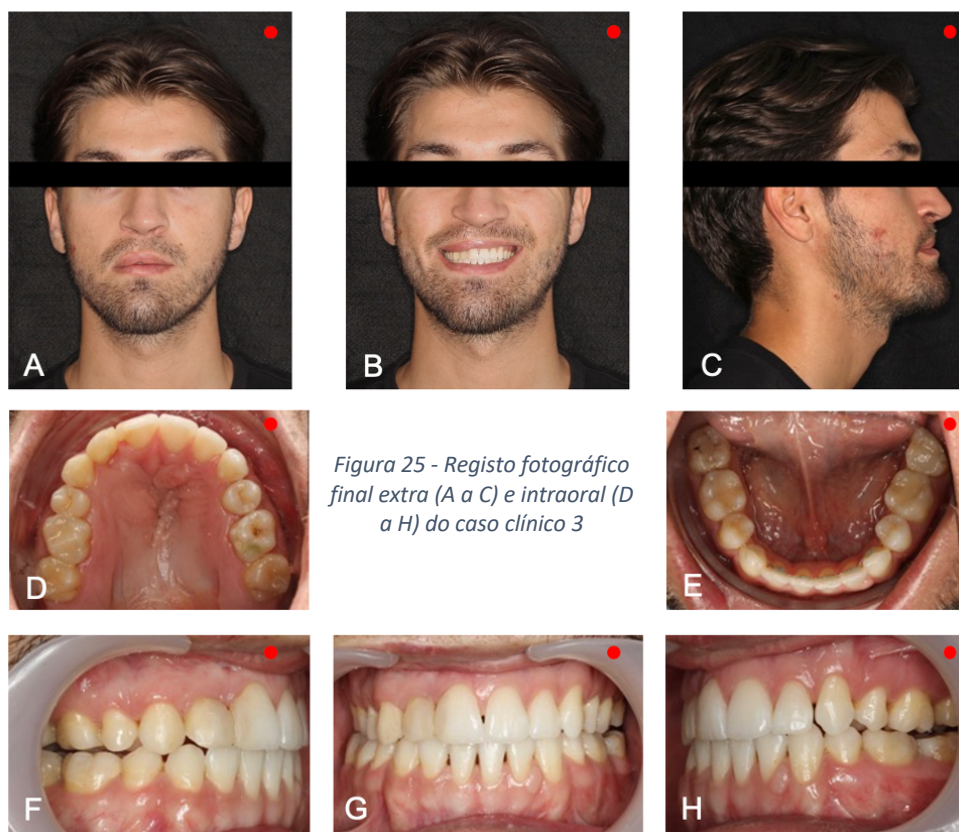


Figura 24 - Consulta de controlo de aparelho fixo prévia à realização de pedido de coronoplastia dos dentes 11, pré-canino e 13 do caso clínico 3

Finalizado o caso, foi usada uma barra lingual fixa 3-2-1-1-2-3 mandibular e uma contenção tipo Essix maxilar. O maior desafio de um caso complexo e desafiante como o presente encontrou-se no assentamento oclusal (fig. 25 – F e E). Tratando-se de um caso com DDD devido a alterações de tamanho dos dentes definitivos, à presença de agenesias e ter sido mantido um dente supranumerário com alteração de forma, as proporções dentárias díspares^(14, 16, 17) levaram a uma finalização não perfeita, mas funcional, com guias oclusais corretas, após as coronoplastias. Foi assim conseguido um sorriso harmonioso que devolve ao doente a funcionalidade e estética capaz de alterar a qualidade de vida, física e emocionalmente (fig. 25 – B).



Caso Clínico 4 – Caso de Má-oclusão Com Desarmonia Transversal

D.P., 9 anos e 2 meses, género masculino, seguido na consulta multidisciplinar de FLP, foi encaminhado para a consulta de Ortodontia, com queixa pessoal de sentir os dentes inferiores “tortos” e o “queixo a ficar para a frente”. Doente portador de FLP Tipo I esquerda incompleta.

A. Análise Extraoral

Equilíbrio dos terços faciais, com ligeira assimetria das abas nasais e do contorno do lábio superior, com desvio do mento à esquerda (fig. 26 – A). O sorriso com ligeira ectopia dos laterais e corredores bucais estreitos (fig. 26 – B). Ângulo nasolabial aberto, com lábio superior vertical e bem posicionado no perfil, assim como uma ortomandibulia (fig. 26 – C).

B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Relação dentária de classe II de molares em dentição mista após primeira fase de transição e sem a segunda fase iniciada. Ambas as arcadas com apinhamento ligeiro, com compressão maxilar causando mordida cruzada posterior esquerda, afetando os dentes 63, 64 e 65, e mordida topo-a-topo posterior direita. Posição mandibular de conforto com desvio da LMDI de 2,5 mm à esquerda (fig. 26 – D a H).

Doente com freio lingual tipo 2 de Durán⁽⁸⁾, sem outras alterações funcionais.

Os modelos mostraram assimetria da arcada maxilar e rotação mesial dos dentes 16 e 26. Curva de Spee plana.



C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Doente com perfil braquifacial com VERT de 0,6. Classe III esquelética por ortomaxilia e promandibulia devido a mento de grande volume ósseo, apesar do corpo mandibular apresentar um tamanho dentro do padrão da normalidade. Os incisivos superiores e inferiores ortoposicionados e normoinclinados, porém com tendência a mordida aberta (fig. 27 e tab. 4)



Figura 27 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 4

Na ortopantomografia foi possível confirmar a presença de toda a dentição definitiva, incluindo os quatro terceiros molares (fig. 28).



Figura 28 - Telerradiografia de perfil inicial do caso clínico 4

Tabela 4 - Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 4

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	-5,4	x
Sobremordida Vertical	0,7	
Ângulo Interincisivo	132,8°	xx
Convexidade	-1,8	-x
Posição Incisivo Inferior	-0,1	
Posição Incisivo Superior	5,2	
Inclinação Incisivo Superior	26,6°	
Profundidade Facial	91,9°	x
Eixo Facial	84,1°	-x
Profundidade Maxilar	89,9°	
Comprimento Mandibular	63,3	
IMPA	87,8°	

D. Diagnóstico

Má-oclusão de Classe II de ½ pré-molar com mordida cruzada esquerda posterior devido a insuficiência maxilar, com desvio da LMDI e tendência

a mordida aberta; classe III esquelética por mento de grande volume ósseo. Doente em crescimento.

E. Plano de Tratamento

- Disjunção maxilar;
- BTP como contenção;
- Cimentação de aparelho fixo convencional prescrição Roth 0.22 bimaxilar quando já em dentição definitiva.

F. Discussão do caso clínico

Foi usado um disjuntor do tipo Hyrax com bandas nos dentes 16 e 26 e apoios oclusais nos dentes 14 e 24. O protocolo de ativação foi de 2/4 volta por dia, uma ativação de manhã e uma ativação de noite (fig. 29 - A e B). Foi realizada ativação durante 15 dias e procedeu-se ao bloqueio do parafuso expensor (fig. 29 – C e D). Manteve-se o disjuntor em contenção por 6 meses, onde se observou a correção espontânea do alinhamento das LMDS e LMDI e fecho do diastema central maxilar (fig. 29 – E e F). Procedeu-se à remoção do disjuntor e cimentação de BTP enquanto o doente não completou a segunda fase de transição de dentição.

Após um ano e sete meses, iniciou-se o tratamento ortodôntico fixo (fig. 30).

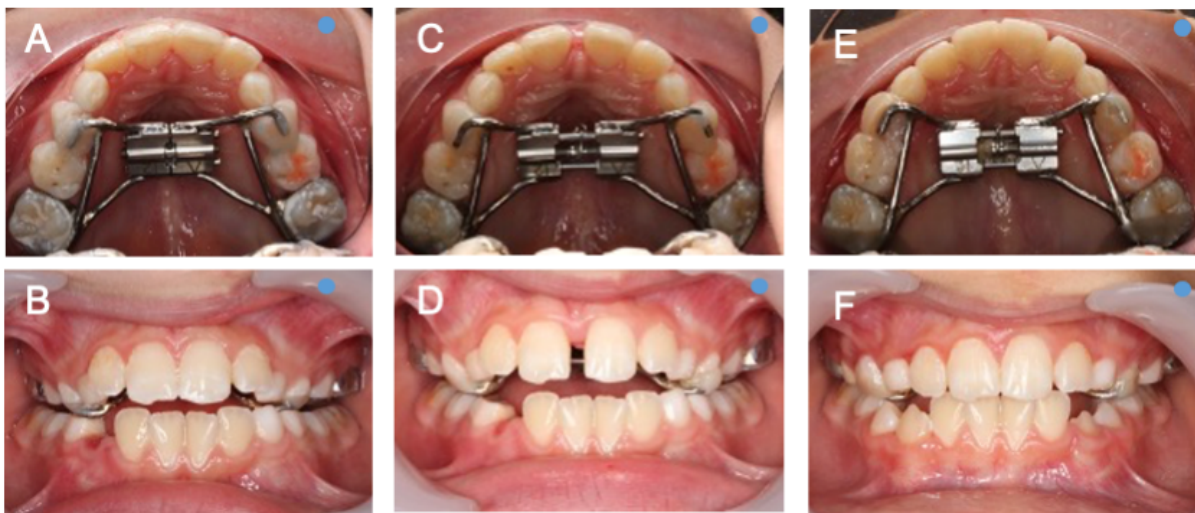


Figura 29 - Registo fotográfico intraoral oclusal e frontal das consultas de cimentação de disjuntor Hyrax (A e B), da consulta de travamento do parafuso de expansão (C e D) e da consulta de 6 meses de contenção (E e F) do caso clínico 4

Através da disjunção e da expansão com os arcos usados no tratamento fixo foi conseguido um sorriso com um ótimo preenchimento dos corredores bucais e uma linha de sorriso consonante com



Figura 30 - Registo fotográfico intraoral da consulta de cimentação de aparelho fixo mandibular do caso clínico 4

o lábio inferior (fig. 31 - B). Por falta de cuidados de higiene oral o doente desenvolveu várias lesões de cárie na sua dentição. Deste modo, foi necessário encurtar a duração do tratamento, pelo que não foi conseguido o assentamento oclusal do lado direito (fig. 31 - F). É esperado que ocorra assentamento naturalmente na fase de contenção. O doente foi encaminhado para consulta de estomatologia para tratamento restaurador dos dentes 15, 13, 22, 25 e 26 devido a lesões de cárie (fig. 31 - D, G e H). A contenção ortodôntica foi feita com barra lingual mandibular fixa 3-2-1-1-2-3 e aparelho Wraparound maxilar, para permitir o assentamento natural do lado direito.

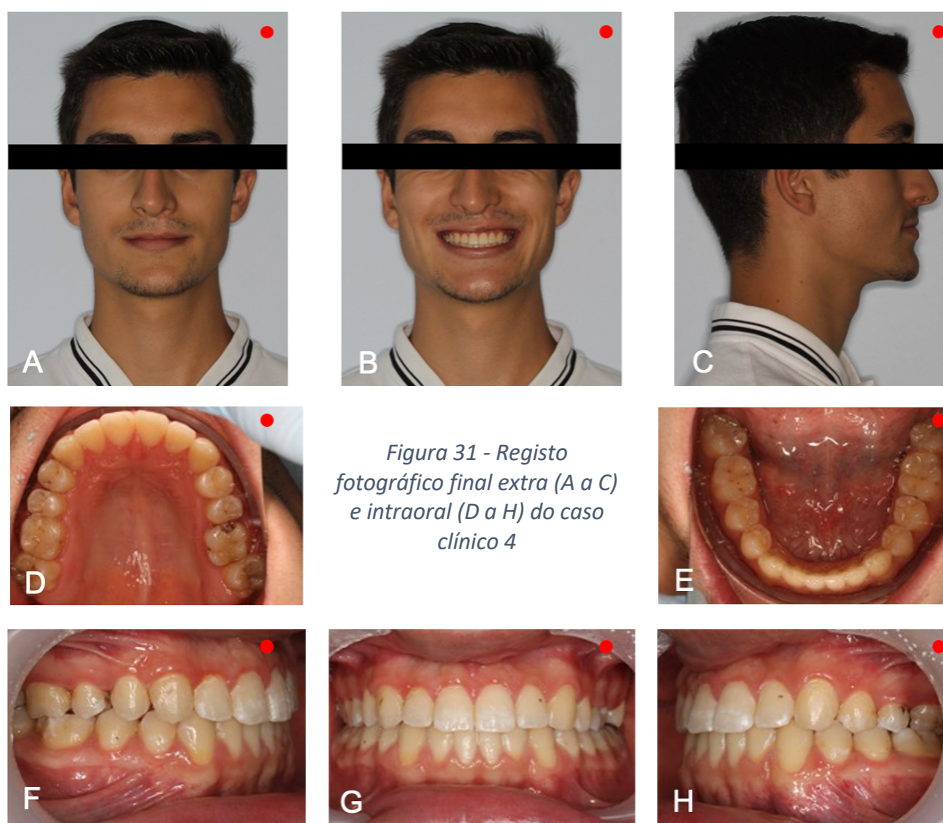


Figura 31 - Registo fotográfico final extra (A a C) e intraoral (D a H) do caso clínico 4

Caso Clínico 5 – Caso de Má-oclusão Em Adulto

C.A., género feminino, 32 anos e 10 meses, recorreu ao SE-CHUSJ para correção de um diastema mediano inferior.

A. Análise Extraoral

Diminuição do terço superior facial, com desvio do dorso nasal à esquerda, mas columela centrada. Mento centrado com a LMF e competência labial em repouso (fig. 32 – A). Em sorriso observa-se a LMDS centrada com a LMF, no entanto a LMDI tinha desvio à direita de 2 mm. No corredor bucal direito, com estreitamento, foi possível notar o torque negativos dos dentes posteriores quando comparado com o corredor bucal esquerdo. Os eixos dentários ântero-



superiores apresentavam uma inclinação para a direita. Foi possível também notar uma assimetria do sorriso, sendo este mais alto do lado direito (fig. 32 – B). Perfil côncavo constituído por um ângulo nasolabial reto, com lábio superior vertical e ortoposicionado, assim como o lábio inferior. A mandíbula encontrava-se ortoposicionada (fig. 32 – C).

B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Relação de classe II de caninos ligeira, com mordida cruzada dentária direita posterior com diastema central mandibular e doença periodontal moderada presente (fig. 32 – D a H). A doente apresentava interposição lingual na deglutição e já se encontrava a fazer terapia miofuncional há quatro meses, com frequência de duas vezes por semana. A doente fora também submetida a cirurgia para correção do septo nasal há oito anos.

Doente com colapso parcial da narina direita (Tipo 2 de Durán), sem encurtamento do freio lingual e com amígdalas de tamanho normal.

Os modelos mostraram uma arcada maxilar elíptica e uma arcada mandibular em “U” com curva de Spee aumentada. Dentes 16 e 26 com rotação mesial.

C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Radiograficamente e clinicamente identificaram-se tratamentos restauradores em resina composta presentes nos dentes 16, 26, 37, 38 e 47; ausência dos dentes 36 e 46, perdidos por doença cariogénica; e agenesia do dente 18 (fig. 33).



Figura 33 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 5

Com um VERT de $-0,2$, a doente apresentava um perfil dolicofacial suave. Sobremordida horizontal e vertical dentro dos valores de normalidade e classe I esquelética com ortomaxilia e mandibulia com micromandibulia. Incisivo superior protruído e vestibularizado na sua base óssea, enquanto o inferior se encontrava ortoposicionado, porém também vestibularizado, com um IMPA de $98,5^\circ$ (fig. 34 e tab. 5).



Figura 34 - Teleradiografia de perfil inicial do caso clínico 5

Tabela 5 – Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 5

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	3,2	
Sobremordida Vertical	2,1	
Ângulo Interincisivo	113,8°	-XX
Convexidade	2,7	
Posição Incisivo Inferior	2,1	
Posição Incisivo Superior	6,2	X
Inclinação Incisivo Superior	35,3°	X
Profundidade Facial	88,1°	
Eixo Facial	86,1°	-X
Profundidade Maxilar	89,9°	
Comprimento Mandibular	64,3	-XXX
IMPA	98,5°	XX

D. Diagnóstico

Má-oclusão de Classe III com mordida cruzada posterior direita, com desvio da LMDI e ausências dentárias em dentição permanente com doença periodontal. Doente sem potencial de crescimento.

E. Plano de tratamento

- Exodontia dos dentes 28, 38 e 48;
- Aparelho fixo bimaxilar sistema Damon®;
- Cirurgia de recobrimento radicular dos dentes 31 e 41, antes da cimentação do aparelho fixo inferior;
- Levantes de mordida para permitir correção da mordida cruzada dentária com mecânica de elásticos cruzados;
- Verticalização dos dentes 27 e 47 com recurso a micro-implante ortodôntico;
- Reabilitação protética pós-ortodôntica com implantes dentários nos espaços edêntulos 36 e 46.

F. Discussão do caso clínico

Foram escolhidos torque standard para todos os dentes anteriores superiores e inferiores, sendo que se individualizou o torque dos dentes 31 e 41 com a inversão do bracket na sua colagem, conseguindo um torque final de $+3^\circ$. Não se optou pelo uso de um bracket de torque baixo invertido ($+11^\circ$)^(11, 12), pois os incisivos inferiores já apresentam vestibularização que teria de ser corrigida. No entanto, o uso de um torque positivo na vez do torque de -3° padrão, permite uma melhor inserção das raízes dos dentes 31 e 41 no envelope ósseo, permitindo conseguir com maior probabilidade a manutenção da estabilidade do recobrimento radicular cirúrgico pré-ortodôntico e alteração da inserção do freio labial inferior frontal (fig. 35).

Através do uso de levantes de mordida a nível dos pré-molares superiores, foi iniciado o descruzamento da mordida posterior e foi pedido a colocação de micro-implantes extra-alveolares

em distal dos dentes 37 e 47 (fig. 36), iniciando-se a verticalização dos mesmos (fig. 37). Assim que se conseguiu a resolução total da mordida cruzada dentária, os levantes de mordida foram retirados na totalidade (fig. 38).

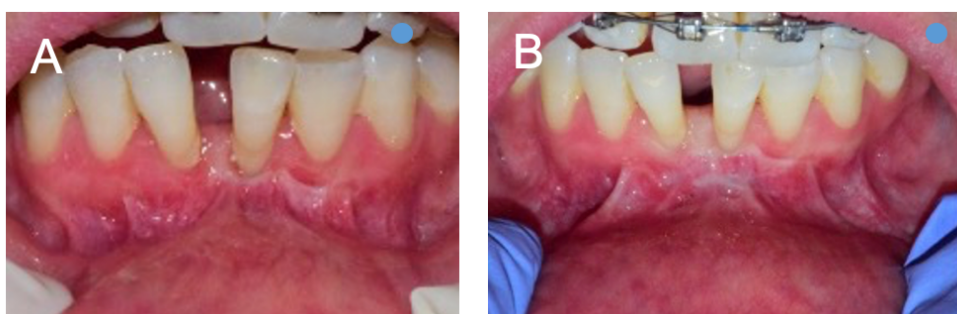


Figura 35 - Registo fotográfico pré cirurgia de recobrimento radicular dos dentes 31 e 41 (A) e pós-cirúrgico, com dois meses de recuperação (B) do caso clínico 5

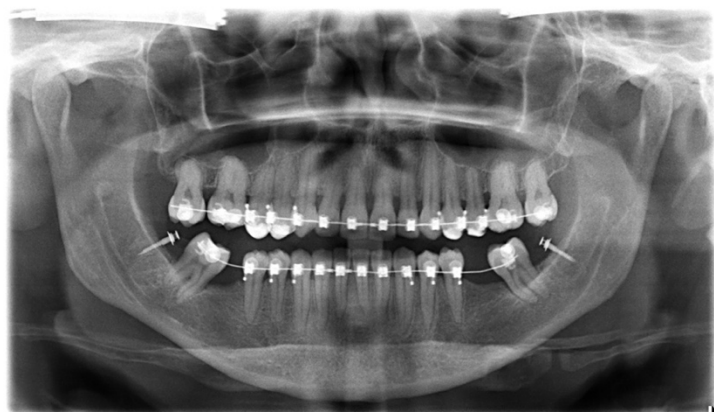


Figura 37 - Ortopantomografia de controlo ortodôntico pós-colocação de micro-implantes ortodônticos extra-alveolares mandibulares no caso clínico 5



Figura 36 - Fotografia intraoral oclusal da consulta de início de verticalização com mecânica auxiliar dos dentes 37 e 47 do caso clínico 5

A resolução final do assentamento da mordida entre o primeiro e o quarto quadrante passou por IPR no quarto quadrante, aliado a um arco SS mandibular comprimido deste lado e arco SS maxilar levemente expandido. Com o auxílio de IPR nos incisivos inferiores e de elásticos curtos, 3/16", de força de 6 oz, realizou-se a coordenação das arcadas para conseguir classe I dentária direita e alinhamento da LMDI pela LMDS e, conseqüentemente, pela LMF.



Figura 38 - Registo fotográfico intraoral da consulta após resolução da mordida cruzada dentária posterior direita e de remoção dos levantes de mordida do caso clínico 5

Os objetivos terapêuticos foram conseguidos, sendo que a intercuspidação do lado direito poderia ter sido melhorada com mais consultas de finalização, porém não foi possível devido ao encurtamento severo do número de consultas pós-pandemia. Na maxila foi usado como contenção um aparelho Wraparound, para permitir a intercuspidação natural dentária, melhorando a intercuspidação do lado direito (fig.39 – F). A contenção ortodôntica mandibular foi feita com barra lingual fixa do tipo 3-2-1-1-2-3 e com uma goteira Essix para uso noturno de modo a conseguir manter os espaços protéticos dos dentes 36 e 46. Conseguiu-se a manutenção do resultado da cirurgia de recobrimento radicular.



Figura 39 - Registo fotográfico final extra (A a C) e intraoral (D a H) do caso clínico 5

Caso Clínico 6 – Caso de Má-oclusão com Mordida Aberta Esquelética

A.A., género feminino, 19 anos e 10 meses, apresenta-se na consulta de Ortodontia com queixa de impossibilidade de morder dos dentes anteriores.

A. Análise Extraoral

Terço inferior facial da doente aumentado, sem assimetrias, mas associado a uma incompetência labial e *facies adenoidea* evidente (fig. 40 – A). Sorriso com compressão maxilar perceptível, resultando em corredores bucais muito estreitos e linha de sorriso invertida em relação ao lábio inferior (fig. 40 – B). Perfil convexo devido a retromandibulia significativa, com o lábio superior pró-inclinado, tornando o ângulo nasolabial fechado (fig. 40– C).

B. Análise Intraoral, Funcional e de Modelos

Relação de classe II de 12 mm bilateral com sobremordida horizontal aumentada muito severa, apinhamento severo mandibular e uma mordida aberta anterior. LMDS com um desvio de 2 mm à esquerda da LMF e a LMDI com um desvio de 6 mm à esquerda da LMF (fig. 40 – D a H).

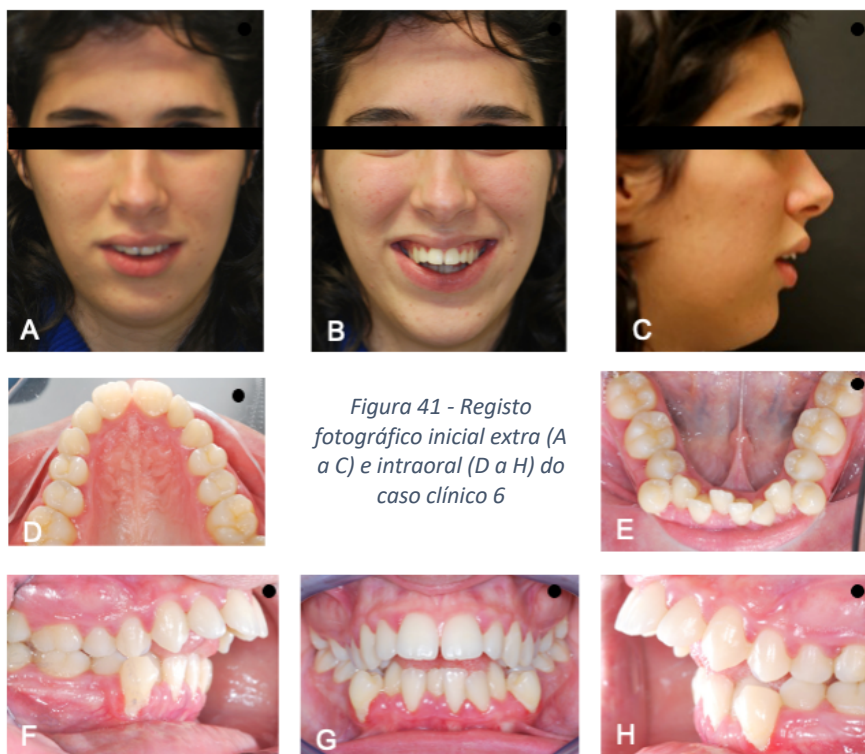


Figura 40 - Ortopantomografia inicial do caso clínico 6

C. Análise Cefalométrica e Radiográfica

Presença dos quatro terceiros molares inclusos e a ausência de qualquer patologia dentária na ortopantomografia. Notaram-se os côndilos mandibulares curtos e a presença de seios maxilares pneumatizados, característico da síndrome de respirador oral (fig. 41).

Na análise cefalométrica, diagnosticou-se mordida aberta anterior esquelética com três fatores chave para o agravamento da mesma⁽⁵⁾: altura facial inferior aumentada, rotação anti-horária do plano palatino e comprimento mandibular diminuído. Doente com perfil dolicofacial muito severo, com um VERT de -3,3,



Figura 42 - Teleradiografia inicial do caso clínico 6

adivinhandando-se um controlo vertical muito dificultado no tratamento, porém crucial. Quanto à posição dos incisivos nos planos, encontramos o incisivo superior muito protruído e vestibularizado, apesar do incisivo inferior se apresentar ortoposicionado, mas lingualizado na sua base óssea (fig. 42 e tab. 6). Na teleradiografia de perfil é muito evidente a diminuição das vias aéreas superiores e inferiores (fig. 42).

D. Diagnóstico

Má-oclusão de Classe II Divisão 1 completa com mordida aberta anterior esquelética; classe II esquelética e diminuição da via aérea. Doente sem potencial de crescimento.

E. Plano de Tratamento

- Exodontia dos quatro terceiros molares;
- Exodontia dos dentes 14 e 24, devido à necessidade de correção da protrusão e vestibularização severa dos incisivos superiores;
- Exodontia dos dentes 34 e 44, devido ao apinhamento severo mandibular;

Tabela 6 - Resumo de fatores cefalométricos do caso clínico 6

FATOR CEFALOMÉTRICO	VALOR	DESVIO
Sobremordida Horizontal	15,0	XXXX
Sobremordida Vertical	-3,2	-XX
Ângulo Interincisivo	111,4°	-XXX
Convexidade	9,1	XXXXX
Altura Facial Inferior	57,8°	XX
Posição Incisivo Inferior	-0,3	
Posição Incisivo Superior	14,0	XXXXX
Inclinação Incisivo Superior	53,0°	XXXXXX
Profundidade Facial	81,2°	-XX
Eixo Facial	75,1°	-XXXXX
Profundidade Maxilar	90,5°	
Rotação Plano Palatino	-3,3°	-X
Comprimento Mandibular	60,5	-XXXXXX
IMPA	78,2°	-XXXXX

- Tratamento ortodôntico fixo convencional prescrição Roth 0.22 bimaxilar com uso de BTP para ancoragem máxima maxilar;
- Cirurgia ortognática de avanço mandibular e mentoplastia de avanço;
- Finalização ortodôntica pós-cirurgia.

F. Discussão do caso clínico

As primeiras exodontias realizadas foram as dos dentes 34 e 44 e só então foi cimentado o aparelho fixo. As exodontias dos dentes 14 e 24 foram realizadas na mesma cirurgia onde se fizeram corticotomias maxilares para facilitar a expansão da arcada e o recuo dos dentes anteriores⁽¹⁸⁻²⁰⁾ (fig. 43). Devido às corticotomias foi possível a expansão maxilar necessária para coordenação das arcadas, evitando a expansão cirúrgica aquando da cirurgia de avanço mandibular, permitindo uma melhor recuperação pós-operatória da doente.



Figura 43 - Registo fotográfico do controlo de 3 semanas pós-cirurgia de corticotomias maxilares e exodontia dos dentes 14 e 24 do caso clínico 6

Terminado o fecho de diastemas e conseguida a coordenação das arcadas em simulação cirúrgica com modelos, a doente foi submetida à cirurgia de avanço maxilar e de mentoplastia (fig. 44 e 45). Devido a uma ótima preparação entre a ortodontia e a cirurgia maxilofacial, apenas foram necessárias finalizações *minor* a nível ortodôntico para conseguir a melhor intercuspidação dentária, recorrendo a recolagens, para extrusão e correções de *tipping*, e a elásticos intermaxilares (fig. 46).



Figura 45 - Teleradiografia de perfil de controlo pós-cirurgia de avanço mandibular e mentoplastia



Figura 44 - Ortopantomografia de controlo pós-cirurgia de avanço mandibular e mentoplastia

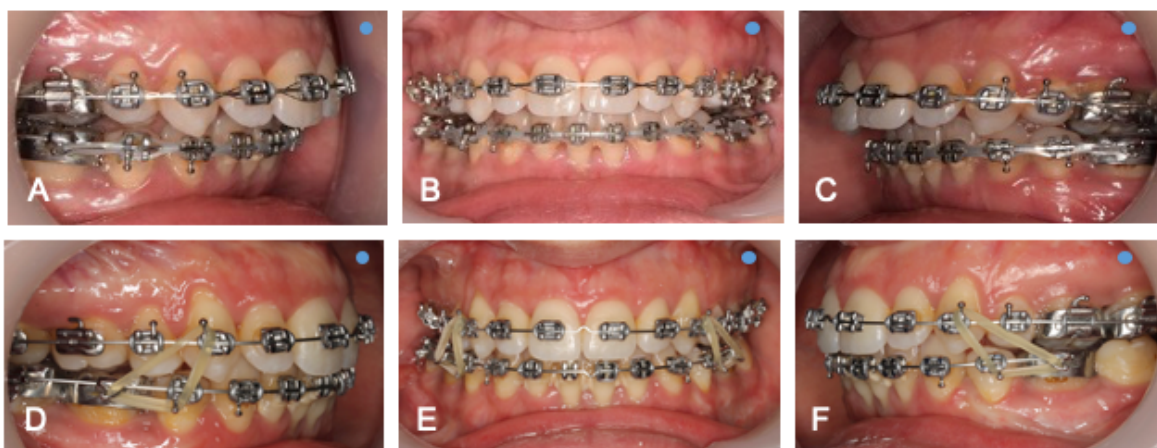


Figura 46 - Registo fotográfico intraoral na consulta pré-cirurgia ortognática (A a C) e após (D a F) já em fase de finalização da intercuspidação do caso clínico 6

Com este tratamento foi possível devolver à doente uma melhoria significativa de qualidade de vida, com uma melhoria na capacidade respiratória, em especial noturna. Conseguiu-se também uma transformação estética com a construção de um perfil harmonioso (fig. 47 – A a C). No registo

fotográfico da consulta de remoção dos aparelhos é possível notar uma ligeira desocclusão a nível dos molares (fig. 47 – D e F). Esta deve-se ao uso prolongado de bandas ortodônticas, pois há pobre controlo tridimensional com estas, dificultando os ajustes finos. A contenção maxilar superior foi feita com um aparelho removível Wraparound para permitir o assentamento molar e na arcada mandibular usou-se uma barra lingual 3-2-1-1-2-3.



Nota Final Sobre os Casos Clínicos

Por motivos éticos, não foram realizados exames finais radiográficos (ortopantomografia e teleradiografia de perfil) aos doentes relatados, por não apresentarem valor clínico, não justificando a exposição repetida de cada doente à radiação ionizante.

5 | CONCLUSÃO

A aquisição de conhecimentos foi realizada, de forma simples e sistemática, através da vinculação dos ensinamentos teóricos oferecida por docentes experientes e generosos e da prática clínica complexa e desafiante, esperada num hospital central.

O privilégio de poder fazer parte da vida dos doentes que passam pelo SE-CHUSJ vai muito além da prática clínica. Neste serviço são mudadas vidas todos os dias, devolvendo a identidade que cada indivíduo espera ter numa sociedade que muito ainda tem por aprender na aceitação do que se distancia do “normal”. Poder acompanhar mães e pais que procuram nos profissionais de saúde, mais do que a resolução, uma mão amiga que os guie para que os filhos possam crescer saudáveis, física e emocionalmente. E poder ver cada criança a crescer com o acompanhamento das estudantes, dos docentes, dos médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos é uma regalia inesperada da frequência do MCOO.

As maiores dificuldades sentidas deram-se à conta da pandemia de COVID-19, diminuindo drasticamente o número de consultas possíveis para cada caso clínico numa área em que tudo se resolve com exatamente isso: tempo. Mesmo assim, os docentes mostraram-se sempre disponíveis para a adaptação ao novo tipo de ensino, à distância, acomodando-o num novo modo de vida que afetou todos.

As capacidades teóricas e práticas adquiridas no MCOO permitirão a diferenciação da estudante em relação aos seus pares.

6 | BIBLIOGRAFIA

1. Ordem Dos Médicos Dentistas. Estudo aos Jovens Médicos Dentista [internet], publicado abril 2021, disponível em <https://www.omd.pt/content/uploads/2022/04/estudo-jovens-medicos-dentistas-2022.pdf>.
2. Clemente MP, Moreira A, Pinto JC, Amarante, J. M., & Mendes, J. The challenge of dental education after COVID-19 pandemic—present and future innovation study design. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 2021, 58: 00469580211018293.
3. Marcenés W. The impact of the COVID-19 pandemic on dentistry. Community Dent Health, 2020, 37(4), 239-241.
4. Spagnuolo G, De Vito D, Rengo S, Tatullo M. (2020). COVID-19 outbreak: an overview on dentistry. International journal of environmental research and public health, 17(6), 2094.
5. Ricketts RM. The influence of orthodontic treatment on facial growth and development. The Angle Orthodontist, 1960, 30.3: 103-133.
6. Proffit WR, Fields JR, Henry W, Sarver, David M. Contemporary orthodontics. Elsevier Health Sciences, 2006.
7. Spina V. Classification of cleft lip and cleft palate: Suggested changes. Revista do Hospital das Clínicas, 1972, 27.1: 5-6.
8. Torrent JMU. Diagnóstico y tratamiento em ortodoncia. Edicions Universitat Barcelona, 2016.
9. Gregoret J, Tuber E, Escobar H. Ortodoncia y cirugía ortognática. Diagnóstico y planificación. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1997.
10. Arnett GW; Gunson MJ. Facial planning for orthodontists and oral surgeons. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2004, 126.3: 290-295.
11. Damon DH. The Damon low-friction bracket: a biologically compatible straight-wire system. J Clin Orthod. 1998;32(11):670-680.
12. Damon DH. Damon System: The Workbook., Ormco Corporation, 2003.
13. Consolaro A, Medeiros MCM, Miranda DAO, Oliveira IA. Supernumerary teeth in patients with cleft lip and palate: the tooth germs do not separate. Dental Press J Orthod. 2021;26(4):e21ins4. Published 2021 Sep 10. doi:10.1590/2177-6709.26.4.e21ins4
14. Vettore MV; Sousa Campos AE. Malocclusion characteristics of patients with cleft lip and/or palate. The European Journal of Orthodontics, 2011, 33.3: 311-317.

15. Reyes A, Serret L, Peguero M, Tanaka O. Diagnosis and treatment of pseudo-Class III malocclusion. Case reports in dentistry. 2014;2014
16. Vig K, Mercado A. The orthodontist's role in a cleft palate-craniofacial team. Orthodontics: Current principles and techniques, 5th ed, St Louis: Mosby Co. 2012:967-70
17. Association ACP-C. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial differences. Cleft Palate Craniofac J. 2018;55(1):137-56.
18. Iino S, Sakoda S, Ito G, Nishimori T, Ikeda T, Miyawaki S. (2007). Acceleration of orthodontic tooth movement by alveolar corticotomy in the dog. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 131(4), 448-e1.
19. Arruda FR. Corticotomias alveolares na ortodontia: indicações e efeitos na movimentação dentária. 2019. PhD Thesis.
20. Hassan AH, Al-Fraidi AA, Al-Saeed SH. Corticotomy-assisted orthodontic treatment. The open dentistry journal, 2010, 4: 159.

PARECER DO ORIENTADOR

Eu, João Geraldo Reis Correia Pinho (nome do/a orientador/a) com documento de identificação n.º 1772496, (documento de identificação), orientador/a do estudante Ana Sofia Dias Trindade do Mestrado em Ciências Ontológicas e Ontologia

Declaro ter conhecimento que a tese intitulada Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em condições de ser defendida publicamente.

Porto 09/09/2022 João Geraldo Reis Correia Pinho
(assinatura conforme documento de identificação)

PARECER DO CO-ORIENTADOR

Eu, Miguel Carvalho Silva Pais Clemente (nome do/a
co-orientador/a) com documento de identificação n.º 11549132, (documento
de identificação), co-orientador/a do estudante
Ana Sofia Dias Trindade do Mestrado em
Ciências Ontogenéticas e Ontodulcia

Declaro ter conhecimento que a tese intitulada
Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João
vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em
condições de ser defendida publicamente.

Porto 09 / 09 / 2022



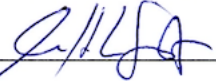
(assinatura conforme documento de identificação)

DECLARAÇÃO

Maria Helena Sereno Gouveia, diretor do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, declara que Ana Sofia Dias Trindade, estudante do Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia, frequentou um estágio profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no período de 2019-2021 com aproveitamento.

Porto, 14 de Setembro de 2022.

O Diretor do Serviço,



Dr. Maria Helena Sereno Gouveia

FACULDADE DE **MEDICINA**

