

Declaração de Integridade

Eu, Pedro Luís da Rocha Mendes, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado:

Caninos Superiores Inclusos: Tratamento Cirúrgico

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Pedro Luís da Rocha Mendes

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientadora: Mestre Asela Lavall Conde

DECLARAÇÃO

Eu, Asela Lavall Conde, com a categoria profissional de Assistente Convidado do Instituto Universitário Ciências Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado "Caninos Superiores Inclusos: Tratamento Cirúrgico", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentário, Pedro Luís da Rocha Mendes, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, Julho de 2017

O Orientador

A handwritten signature in black ink, reading "Asela Lavall", enclosed within a hand-drawn oval shape.

Agradecimentos

Aos meus pais, avós e irmã, por toda a ajuda e apoio em todos os momentos da minha vida acadêmica e pelos ensinamentos e valores que me transmitiram.

À minha namorada, por todas as palavras, pela ajuda, pela paciência, pelo incentivo e pelas traduções na realização deste relatório final de estágio.

À minha família, por todo o apoio e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus amigos, por todo o apoio que me deram, sempre com palavras de incentivo e ânimo e pelos bons momentos passados ao longo destes anos.

À minha orientadora, Asela Lavall Conde pela disponibilidade e empenho que teve para me ajudar a realizar este trabalho.

Resumo

Os caninos superiores são dentes com funções extremamente importantes na cavidade oral, tanto a nível estético como funcional. As suas funções incluem a harmonia entre o setor anterior e posterior da arcada dentária, o estabelecimento do equilíbrio oclusal, para além do seu papel na mastigação. Sendo assim, a sua erupção e manutenção devem ser garantidos.

A inclusão dentária pode ser encontrada na prática clínica e os caninos superiores são, a seguir aos terceiros molares, os dentes inclusos mais frequentes. As causas principais da inclusão dos caninos superiores são a ausência de guia para a erupção (teoria da orientação) e fatores genéticos (teoria genética). Muitos problemas podem advir da não erupção dos caninos superiores, entre os quais reabsorções radiculares dos incisivos laterais, perdas ósseas, recessões gengivais, quistos, entre outros. É por isso fundamental o Médico Dentista estar sensibilizado para esta condição, tanto para o diagnóstico precoce como para a utilização de técnicas adequadas a cada caso para obter sucesso clínico. Existem várias possibilidades de tratamento, no entanto propõem-se abordar, essencialmente, o tratamento cirúrgico desta patologia: o tratamento ortodôntico-cirúrgico, para expor o canino incluído (técnica aberta e fechada) e a exodontia.

Para o sucesso do tratamento é de extrema relevância a instrução e colaboração do paciente. O paciente e, no caso de ser paciente pediátrico também os seus pais, devem estar cientes do prognóstico do tratamento e dos fatores de risco consequentes de um canino não erupcionado.

Palavras-chave

Caninos Inclusos, Ortodontia, Tratamento Cirúrgico

Abstract

The upper canines are teeth with extremely important functions in the oral cavity, both aesthetical and functionally. Its functions include the harmony between the anterior and posterior parts of the dental arch, the establishment of occlusal balance, and its role in mastication. Therefore, their eruption and maintenance must be guaranteed.

Dental inclusion can be found in clinical practice and the maxillary canines are, after the third molars, the most frequently included teeth. The main causes of inclusion of the upper canines are the absence of guidance for eruption (guide theory) and genetic factors (genetic theory). Many problems can arise from the non-eruption of maxillary canines, including root resorption of the lateral incisors, bone loss, gingival recess, cysts or others. Because of this, it is fundamental that the Dentist be sensitized to this condition, both for the early diagnosis and for the use of appropriate techniques in each case to obtain clinical success. There are several possibilities of treatment, however, it is proposed to approach, essentially, the surgical treatment of this pathology: orthodontic-surgical treatment, to expose the canine included (open and closed technique) and the extraction.

For treatment success, the instruction and collaboration of the patient is extremely relevant. The patient and, in case of being a pediatric patient also their parents, should be aware of the prognosis of treatment and the consequent risk factors of an unerupted canine.

Índice Geral

CAPÍTULO I - CANINOS SUPERIORES INCLUSOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO	1
Introdução	1
Objetivo.....	3
Material e Métodos.....	3
Etiologia	4
Teoria Genética.....	4
Teoria de Orientação.....	4
Diagnóstico.....	6
Tratamento	10
Complicações Possíveis de Caninos Maxilares Inclusos e Atitude Expectante.....	10
Exodontia	12
Tratamento ortodôntico-cirúrgico	16
Conclusão.....	24
Bibliografia	25
CAPÍTULO II - RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS	31
1. Estágio de Clínica Geral Dentária	31
2. Estágio de Clínica Hospitalar	32
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária.....	33

Introdução

Os caninos superiores são dentes importantes tanto do ponto de vista estético como funcional. Desempenham um papel fundamental na oclusão, suportam os movimentos de lateralidade e a carga de mastigação e também são os dentes que completam a forma da arcada dentária.¹

Para a sua erupção, o canino superior percorre um caminho longo e complexo, deslocando-se desde a parte lateral da fossa piriforme, local de formação, até à sua posição na arcada. O maior tempo de percurso até ao local de erupção (duas vezes superior aos restantes dentes) e a sua formação tardia tornam-no mais susceptível a sofrer alterações na trajetória de erupção, podendo levar à sua inclusão.²

É frequente encontrar na literatura os termos inclusão, impactação e retenção usados erradamente. Estes termos não são sinónimos, embora sejam referentes a alterações eruptivas. A impactação refere-se à ausência de erupção após a idade normal devido a uma barreira física (outro dente, osso ou tecidos moles) ou por posição anormal do dente.^{3,4}

Caso não se consiga identificar uma barreira física ou uma posição ou desenvolvimento anormal como explicação para a interrupção da erupção de um germen dentário que ainda não seja visível na cavidade oral, denomina-se retenção primária. Já a ausência de erupção dos dentes após o seu aparecimento na cavidade oral, sem existir uma barreira física no caminho eruptivo ou uma posição anormal do dente é chamado de retenção secundária, que acontece principalmente em dentes decíduos.⁴

Um dente incluído é aquele que mesmo completamente desenvolvido e com formação radicular completa não realizou a sua erupção na época normal, encontrando-se totalmente coberto por tecido ósseo e mucosa. Por estas razões, inclui os conceitos de retenção primária e impactação óssea. Pode-se fazer a distinção entre a inclusão ectópica, quando o dente incluído está numa posição anómala, porém perto do seu lugar normal e a inclusão heterotópica, quando o dente se encontra numa posição mais distante da sua localização comum.^{3,4}

A incidência de caninos maxilares inclusos (CMI) varia entre 1% a 3%, sendo os caninos superiores os dentes com uma taxa maior de inclusão após os terceiros molares.⁵ A inclusão do canino mandibular é cerca de vinte vezes menos frequente do que a do canino maxilar. A inclusão ocorre com maior frequência na região palatina (85%) em comparação com a região vestibular e apenas 8% são inclusões bilaterais. A inclusão do canino maxilar é duas vezes mais frequente no sexo feminino do que no masculino. Também é cerca de cinco vezes mais comum a presença de CMI em indivíduos de raça caucasiana do que na raça asiática. A inclusão do canino ocorre mais frequentemente em indivíduos com maloclusão classe II divisão 2. Também existe uma associação entre a inclusão do canino superior e a ausência ou anomalia do incisivo lateral superior.⁶⁻¹⁴

No estudo de Felino a prevalência de caninos inclusos nos estudantes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto foi de 2,1% na população total, 2,9% no sexo feminino e 1,2% no sexo masculino.¹⁵

Num estudo realizado por Moreira et al. numa população portuguesa de raça caucasiana obteve-se uma prevalência de 4,5% de caninos maxilares inclusos por palatino. Constatou-se, também, que o mais comum era a presença de inclusão no sexo feminino e unilateralmente. Neste estudo foi relatada uma maior incidência de inclusão do canino maxilar por palatino em maloclusão classe I do que em classe II e III.⁵

Para um correto diagnóstico e plano de tratamento do canino incluído é necessário entender o que levou o canino a ocupar a posição em que se encontra e, se for o caso, eliminar a causa da inclusão. A localização do dente é determinada no exame clínico, através da inspeção e palpação e com a ajuda de exames radiográficos.

O prognóstico destes tratamentos depende da posição do canino em relação aos dentes adjacentes e da sua altura no processo alveolar. Do mesmo modo, deve-se considerar a hipótese do canino não se mover ortodonticamente, sendo neste caso as opções de tratamento mais radicais.

Dada a importância que o canino superior apresenta na arcada e as complicações que a sua inclusão possa causar, nomeadamente alterações dos tecidos duros e moles adjacentes, um diagnóstico antecipado e um acompanhamento correto do paciente pelo Médico Dentista é fundamental para reduzir o risco de inclusão do canino. Porém, em casos em que esta situação não sucede, um tratamento cirúrgico pode auxiliar na resolução da condição do paciente.

Objetivo

Realizar uma revisão narrativa das diferentes técnicas cirúrgicas para abordagem dos caninos maxilares inclusos (recorrendo a exemplos clínicos), assim como descrever a sua etiologia, diagnóstico e complicações.

Material e Métodos

Foram pesquisados nas bases científicas Pubmed, EBSCO e ScienceDirect artigos utilizando os seguintes limites e descritores MeSH ("tooth, impacted"[MeSH Terms] OR ("tooth"[All Fields] AND "impacted"[All Fields]) OR "impacted tooth"[All Fields] OR "impacted"[All Fields]) AND ("dogs"[MeSH Terms] OR "dogs"[All Fields] OR "canine"[All Fields]) AND ("surgery"[Subheading] OR "surgery"[All Fields] OR "surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR ("surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields] AND "operative"[All Fields]) OR "operative surgical procedures"[All Fields] OR "surgery"[All Fields] OR "general surgery"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "surgery"[All Fields]) OR "general surgery"[All Fields]), selecionados após leitura do resumo, na bibliografia dos mesmos artigos científicos e nos livros Tratado de Cirurgia Bucal de Escoda C e Aytés L e Orthodontics and Dentofacial Orthopedic de McNamara J, Brudon W, nos anos de 1981 a 2016.

Etiologia

A causa de CMI não apresenta consenso na comunidade científica, havendo uma diversidade de estudos que apresentam diferentes teorias.

A etiologia da inclusão do canino por vestibular e por palatino têm sido referenciadas pela comunidade científica como diferentes.¹⁶

A inclusão vestibular deve-se à falta de espaço para o seu posicionamento na arcada.¹⁷

Existem duas teorias principais que explicam a causa do canino incluído por palatino (CIP): a teoria de orientação e a teoria genética. Segundo Bishara, a etiologia de CIP pode estar relacionada com fatores gerais e locais. São exemplos de fatores gerais, os fatores hereditários, as deficiências endócrinas, as doenças febris e a radiação. Os fatores locais podem ser a posição anormal do germen dentário, distúrbios na sequência de erupção, presença de fenda labial, alteração de forma ou agenesia do incisivo lateral superior, anquilose, dilaceração radicular, trauma no canino maxilar decíduo, presença de dente supranumerário na região do canino, perda precoce do canino decíduo, aumento da densidade óssea por palatino, processo alveolar estreito, excesso de fibromucosa palatina e condições idiopáticas.¹⁷

Teoria Genética

Tem como base que a inclusão do canino palatino é acompanhada por sinais como a hipoplasia ou agenesia do incisivo lateral ou aplasia de outros dentes. Pode ser devido a um gene responsável por distúrbios no desenvolvimento dentário como os referidos anteriormente, a impactação e atraso na mineralização dos dentes. Também pode ocorrer devido a distúrbios na fusão entre as conchas palatinas e o processo nasal mediano.¹⁸⁻²⁶

Teoria de Orientação

Muitos autores têm suportado a hipótese da ausência do incisivo lateral estar relacionada com a inclusão do canino maxilar. A falta de guia para o canino que é providenciada pela parte distal da raiz do incisivo lateral pode explicar a ocorrência desta relação. Mesmo na presença de um incisivo lateral pequeno ou cônico, a sua raiz pode ser adequada para o canino permanente erupcionar. Porém existe uma incidência superior de

CMI em pacientes que apresentam incisivo lateral com anomalias. Assim, considera-se que a inclusão palatina do canino é provocada pela existência de um incisivo lateral anormal que não providencia uma boa guia para o canino erupcionar.^{19-21, 26-29}

Segundo Becker et al.³⁰ podemos dividir as causas de CMI em:

<p>Obstrução local por tecidos duros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raíz do canino decíduo longa e sem estar reabsorvida; - Dente supranumerário; - Odontoma; - Trauma no dente decíduo ou no incisivo lateral definitivo; - Rotação do primeiro pré-molar definitivo; - Raízes anormais.
<p>Patologia local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Granuloma periapical; - Lesão inflamatória nos tecidos moles; - Quisto; - Trauma facial.
<p>Anomalia de desenvolvimento dos incisivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalia ou ausência do incisivo lateral; - Falha na cronologia entre a erupção do canino e o desenvolvimento da raiz do incisivo lateral definitivo.

TABELA 1 - CAUSAS DE CMI

Diagnóstico

Passa por relacionar os caninos inclusos com os dentes adjacentes e a posição destes dentes. O diagnóstico precoce tem como objetivo minimizar o tempo, complicações e custo do tratamento.^{31,32}

Para a localização de um canino maxilar recorre-se à análise clínica (inspeção e palpação) e análise radiográfica. Porém, também existem alguns sinais clínicos que podem sugerir a inclusão de um canino, como o atraso da erupção do canino definitivo ou a presença do canino decíduo após os 14 ou 15 anos, a erupção do canino contralateral, a existência de mobilidade do canino decíduo, a ausência da bossa canina aos 8 anos, presença de uma protuberância por vestibular ou palatino, inclinação distal ou migração do incisivo lateral e incisivos laterais microdônticos ou ausentes.^{17,31,33,34}

Na inspeção tenta-se observar protuberâncias na mucosa e a posição do incisivo lateral adjacente. De referir que se houver uma inclusão do canino por vestibular, a raiz do incisivo lateral é pressionada para palatino, podendo a coroa localizar-se por vestibular. No caso da inclusão ser por palatino, a raiz do incisivo lateral pode estar desviada para vestibular e a coroa para palatino.³¹

À palpação pode-se confundir a proeminência óssea do canino com o dente. Deve-se manipular o canino decíduo para determinar a sua mobilidade que, por vezes, é indicadora da sua reabsorção. Quando se consegue palpar o canino numa posição anómala ou não é possível a palpação recorre-se ao auxílio radiográfico para a determinação da posição do canino incluso.³⁴

A localização do canino no sentido mesiodistal e a sua angulação com a linha média são fatores importantes para prever o sucesso do tratamento. Para diagnosticar a presença de caninos inclusos utilizam-se vários tipos de radiografias como periapical, panorâmica, oclusal, telerradiografia lateral do crânio, tomografia computadorizada e ressonância magnética.^{31,33,35}

Na técnica de Clark, introduzida em 1909, realizam-se três radiografias periapicais, mantendo a angulação vertical e variando a horizontal. Com esta técnica podemos verificar se o canino se encontra numa posição vestibular ou palatina. Segundo o princípio do paralelismo, movimentando-se o tubo de raio-x horizontalmente, se o canino se

deslocar no sentido do tubo encontra-se por palatino, caso contrário está por vestibular.³³

34, 36

As radiografias panorâmicas informam qual a posição e a inclinação do canino incluído e a relação com as diferentes estruturas que o circundam, incluindo as raízes dos dentes vizinhos.³⁷



FIGURA 1 - RADIOGRAFIA PANORÂMICA

Na radiografia oclusal determina-se a relação dos caninos inclusos com a linha média e a posição dos mesmos no plano vestibulo-palatino.³⁸

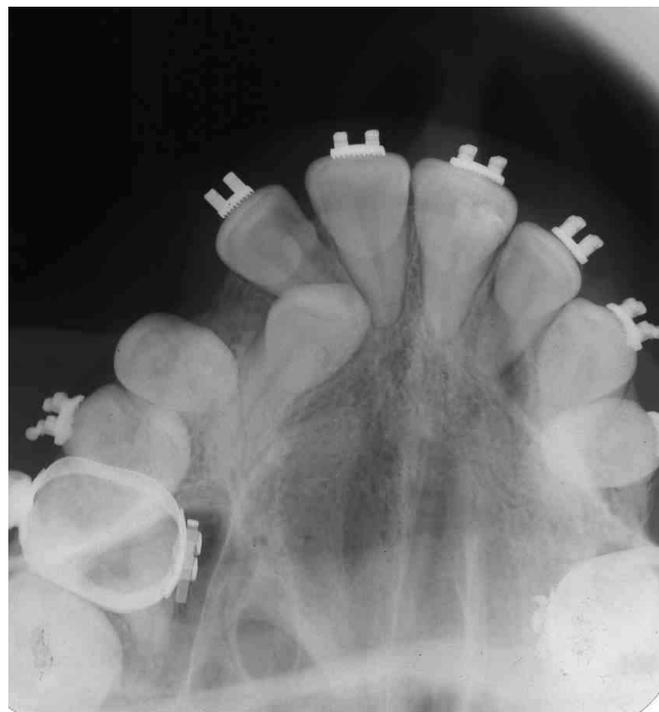


FIGURA 2 - RADIOGRAFIA OCLUSAL

A telerradiografia lateral do crânio permite indicar a posição ântero-posterior do canino incluído, a inclinação vertical da coroa, a sua localização e inclinação no alvéolo, bem como a relação com as estruturas faciais.³⁸

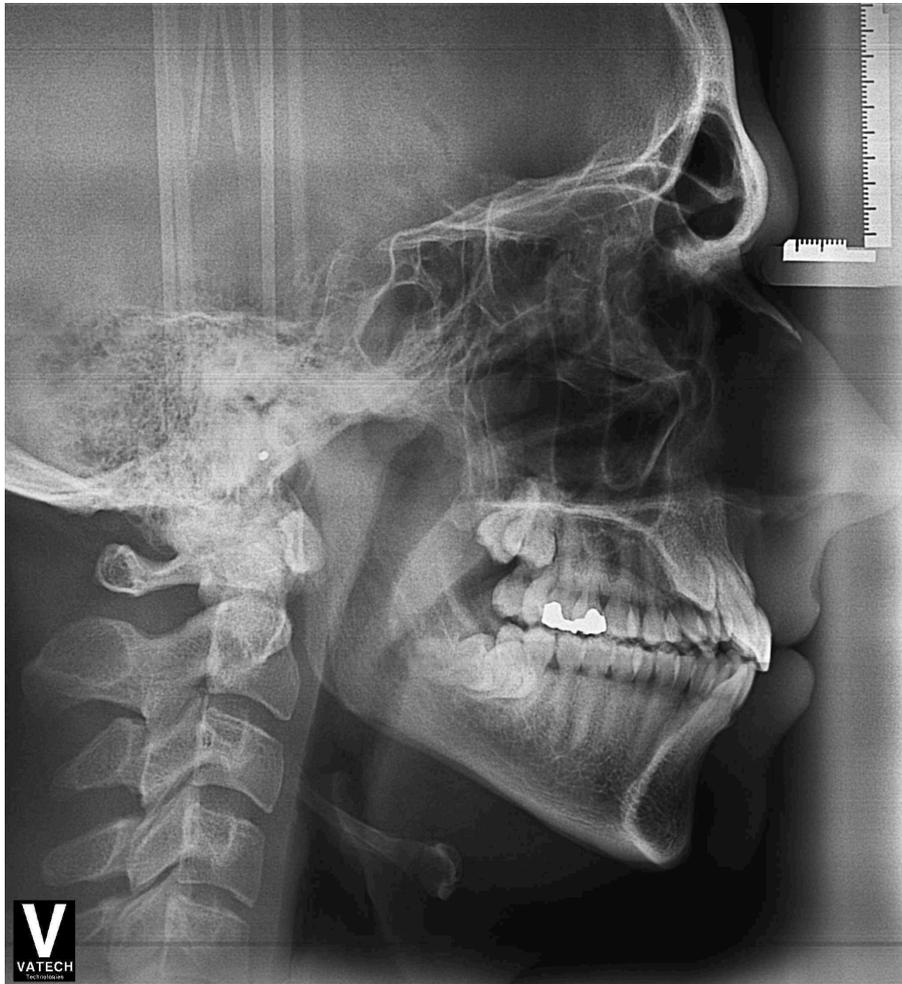


FIGURA 3 - TELERRADIOGRAFIA LATERAL DO CRÂNIO

A tomografia computadorizada permite visualizar a posição tridimensional do canino incluso e a sua relação com as estruturas adjacentes, bem como o grau de apinhamento, a reabsorção do incisivo e a largura do folículo dentário. Por outro lado, a ressonância magnética não utiliza radiações ionizantes, conseguindo as mesmas imagens que a tomografia. Ambos os métodos têm como desvantagem o alto custo do equipamento, acrescentando, no caso da tomografia, a elevada quantidade de radiação usada.^{15, 36, 39, 40}

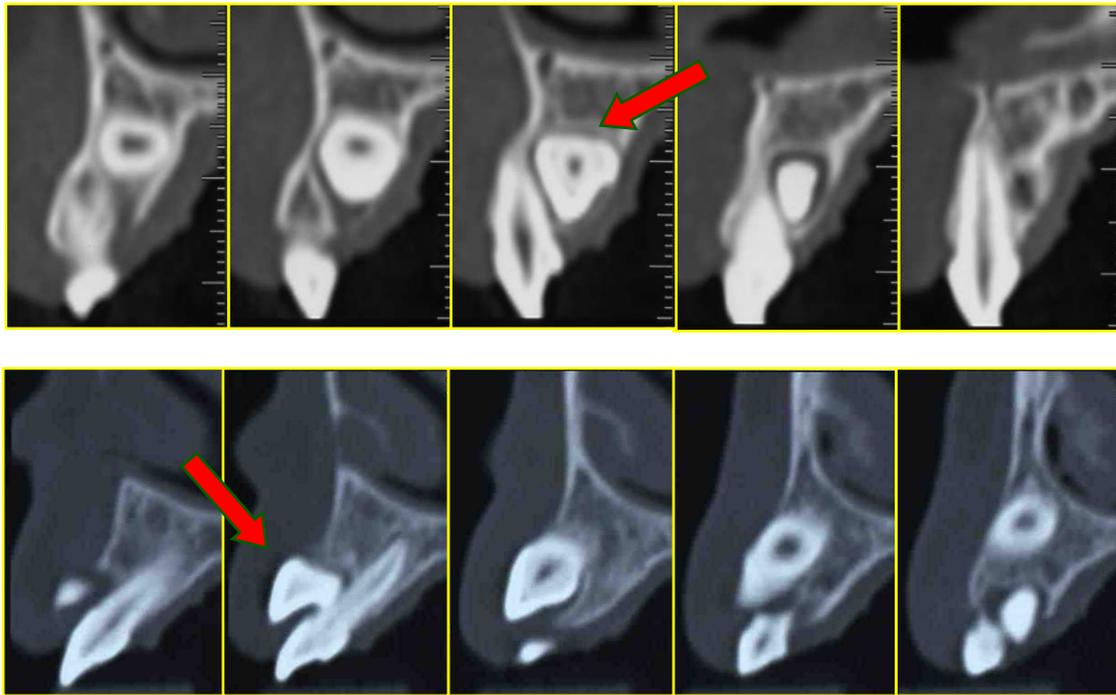


FIGURA 4 - TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA

Tratamento

Complicações Possíveis de Caninos Maxilares Inclusos e Atitude Expectante

Na maioria das situações clínicas de CMI não existe sintomatologia associada, por isso, o paciente desconhece a anomalia. O Médico Dentista é responsável pelo diagnóstico da inclusão do canino, principalmente durante exames radiográficos de rotina.¹³

Os caninos que no processo dentoalveolar apresentam uma posição de erupção anormal irão percorrer o seu caminho até ficarem em posição de inclusão. A sua inclusão pode ter consequências negativas como a migração dos dentes adjacentes e, por consequência, a perda de espaço na arcada dentária. Por outro lado, a inclusão de caninos pode aumentar o risco do paciente desenvolver lesões quísticas (quisto folicular), infeções e reabsorção radicular do incisivo lateral adjacente, comprometendo assim a sua longevidade.¹³

Quanto às complicações infecciosas, a presença de CMI também pode levar a celulites odontogénicas, abscesso palatino, osteomielite maxilar, sinusite maxilar, lesão pulpar dos dentes vizinhos e infeção focal.⁴

Outras consequências possíveis da inclusão de caninos maxilares são a anquilose, a auto-reabsorção (referenciada por vários autores como “cárie do dente incluído”), a dor referida e a intrusão dos dentes adjacentes.¹³

A abstenção de tratamento apenas se justifica quando existe alguma doença que impossibilite a cirurgia ou, por exemplo, em caso de gravidez. Caso se opte pela atitude expectante recomenda-se a realização de controlos clínicos a cada 6-12 meses e radiográficos a cada 2-3 anos. Estes controlos são fundamentais para a deteção de uma eventual complicação. Para além disso, tem que se ter sempre em atenção que “todo o dente incluído é um quisto folicular em potência”. Para além disso, o epitélio do quisto com uma embriogénese anormal tem uma maior potencialidade para produzir tecidos dentários e acumular células ameloblásticas. É de salientar que cerca de 33% dos ameloblastomas procedem de quistos foliculares e que em ocasiões excecionais este epitélio pode malignizar.⁴

A atitude expectante pode também ser considerada pelo paciente quando o dente se encontra assintomático e a estética dentária não se encontra comprometida. Ao tomar

esta decisão terapêutica deve-se lembrar o paciente que o canino temporário raramente permanece no local depois dos 40 anos de idade e, em qualquer caso, a sua aparência estética é desfavorável e a sua funcionalidade é nula.⁴

Por outro lado, a presença de canino incluso pode não causar efeitos adversos durante a vida do paciente. De sublinhar, a necessidade de monitorização por parte do Médico Dentista do canino incluso, realizando exames periódicos ao paciente.

Exodontia

Quando a tração ortodôntica não é viável, o tratamento de escolha é a exodontia. São exemplos dessa inviabilidade o aparecimento de quistos foliculares, impactiones contra os dentes adjacentes, inclusões em posições extremas da arcada dentária, como casos em que o CMI está em contacto com a sutura média palatina, anquilose, reabsorções, infeções repetidas, alterações importantes na morfologia do canino e pacientes relutantes ao tratamento ortodôntico-cirúrgico.^{4,17}

Anestesia

A analgesia recomenda-se com duração superior ao tempo previsto da cirurgia, no caso de ocorrer alguma complicação. Deve utilizar-se anestesia local infiltrativa que permita analgesia dos nervos infraorbitário, nasopalatino e palatino anterior, caso o canino esteja em posição palatina ou dos nervos infraorbitário, nasopalatino, palatino anterior e alveolar superior médio, se o canino estiver por vestibular.^{4,41}

Incisão

No canino incluso por palatino utiliza-se a incisão festonada, seguindo o colo dos dentes pelo sulco gengival da face palatina do primeiro molar do lado do CMI até ao canino ou pré-molar do lado oposto, ou primeiro molar, se a inclusão for bilateral. Devem-se preparar exposições amplas para facilitar a visão e evitar realizar descargas palatinas, com inúmeros inconvenientes, especialmente aquando da sutura.^{4,41,42}

Se o canino se localizar por vestibular, utilizam-se dois tipos de incisões: a incisão de Newman e a incisão semilunar de Partsch com concavidade superior. A incisão de Newman é realizada desde o segundo pré-molar ao contralateral, sendo as incisões de descarga localizadas nesta zona e por vestibular. Esta incisão deixa cicatriz numa área muito visível, porém apresenta uma óptima visibilidade para o operador e baixo risco de retração gengival. Caso se pretenda extrair apenas um canino superior, realiza-se a incisão de Newman parcial, com incisão na área do pré-molar do lado do CMI. A incisão semilunar é útil para pacientes que apresentem o CMI numa posição alta ou tenham dentes adjacentes com reabilitação protética, já que não causa retração gengival nem alterações nos tecidos periodontais adjacentes.⁴

Descolamento

Dado o grau elevado de adesão da fibromucosa do palato ao processo palatino da maxila, o descolamento por palatino é das ações que apresenta maior risco e dificuldade. A resistência ao descolamento diminui à medida que se segue para distal. O descolamento termina ao nível dos primeiros molares para não lesionar os feixes vâsculo-nervosos palatinos.^{4, 41}

Por vestibular realiza-se uma incisão de espessura total, com exposição da superfície vestibular da coroa do CMI. Se a incisão for muito para cima tem que se ter cuidado para não lesar o nervo infraorbitário.⁴

Osteotomia

O objetivo da osteotomia é a exposição da coroa e colo do dente, eliminando os obstáculos à exodontia do CMI.^{4, 41, 42}

Por palatino elimina-se o osso cortical, com recurso a um contra-ângulo ou peça de mão com broca esférica, até à cúspide do canino. Durante a cirurgia irriga-se com soro fisiológico para refrigerar e limpar a zona, facilitar a observação do campo cirúrgico e evitar possíveis lesões iatrogénicas. Aquando da exposição do colo do dente realiza-se um sulco em seu redor, facilitando a luxação.^{4, 41, 42}

Por vestibular, com os mesmos instrumentos que por palatino, remove-se a cortical vestibular, de mais fácil eliminação, na região da coroa e em interproximal.⁴⁰

Luxação

A luxação realiza-se com recurso a uma alavanca reta ou a uma alavanca de Pott e boticão, para movimentos mais amplos. No entanto, a luxação é muitas vezes ineficaz e recorre-se novamente à osteotomia para criar pontos para uma nova luxação.^{4, 41, 42}

Odontossecção

Realiza-se quando a luxação não tem o sucesso pretendido. É feita ao nível do colo anatómico do dente em sentido transversal.^{4, 42}

Avulsão

Se a odontosecção não for necessária, coloca-se o elevador de Pott na região lateral da coroa do canino e faz-se um movimento de rotação, com apoio no osso cortical ou utiliza-se boticão para realizar a avulsão.^{4, 42}

Em casos com odontossecação, em primeiro lugar extrai-se a coroa e depois a raiz. Se a raiz permanecer imóvel, realiza-se um orifício na mesma para colocação de um elevador de Pott. No caso de fratura do ápex utiliza-se uma lima endodôntica ancorada no canal radicular para a exodontia do fragmento.^{4, 42}

Limpeza da zona operatória

Para finalizar e garantir que não há nenhum fragmento do dente no alvéolo realiza-se a curetagem do alvéolo, removendo tecido de granulação e remanescentes do saco pericoronário. De seguida, lava-se com soro fisiológico estéril e regularizam-se as espículas ósseas com lima de osso. É importante observar o retalho para verificar se não existem hemorragias e coágulos, que podem potenciar hemorragias pós-operatórias ou formação de hematomas dissecantes.⁴

Sutura

Reposiciona-se o retalho, pressionando-o para melhorar a adaptação. Realiza-se sutura com pontos simples interrompidos ou Blair Donati.⁴

Para o sucesso da exodontia do CMI é fundamental a realização de um bom planeamento. Porém, mesmo assim, podem ocorrer complicações. As complicações intra-operatórias mais comuns são a perfuração da fibromucosa palatina, seio maxilar ou do pavimento da fossa nasal e lesão dos dentes adjacentes. As complicações pós-operatórias mais recorrentes são as infecciosas, devido a necrose óssea ou fragmentos de osso que não foram devidamente removidos.⁴

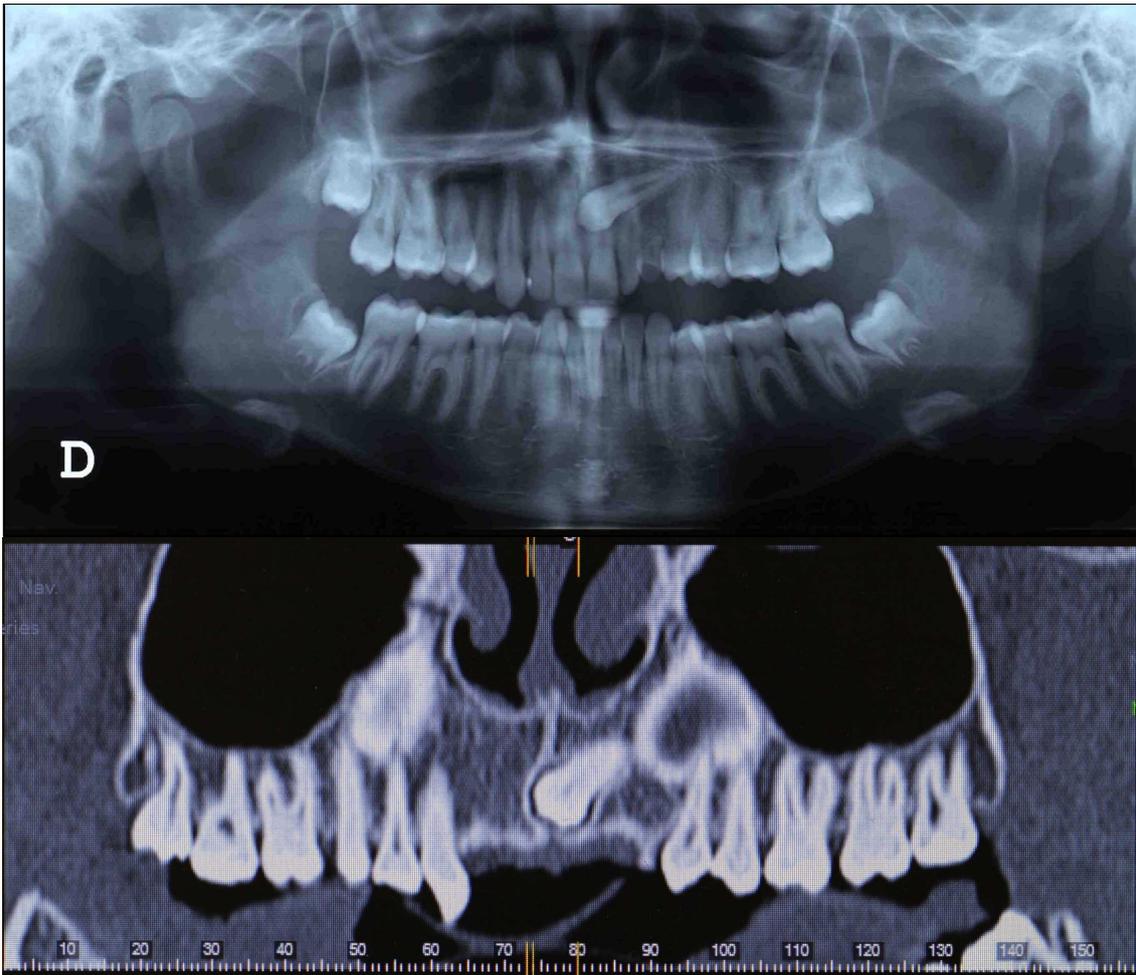


FIGURA 5 - ORTOPANTOMOGRAFIA (EM CIMA) E TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA (EM BAIXO) DE 23 INCLUSO POR PALATINO, EM CONTACTO COM SUTURA MÉDIA PALATINA E COM INDICAÇÃO PARA EXODONTIA.

Tratamento ortodôntico-cirúrgico

Quando se considera que o CMI está apto para a realização de um tratamento ortodôntico-cirúrgico e antes da exposição cirúrgica é preciso certificar-se que existe espaço suficiente na arcada para reposicionar o canino e um alinhamento dos dentes que possibilite a colocação de um fio rígido, de forma a evitar os efeitos produzidos pela tração. Este tratamento tem como objetivo colocar o dente na sua posição correta. A cirurgia de exposição deve ser o mais conservadora possível, mantendo a maior quantidade de mucosa e tecido ósseo possível, os dentes vizinhos e as papilas interdentárias, o que vai permitir uma boa recuperação periodontal, fundamental para uma futura vitalidade e estabilidade do canino. Para a exposição cirúrgica, a localização do canino é importante e deve ser feita através de meios auxiliares de diagnóstico. De acordo com a posição do CMI, a técnica de exposição varia.^{1, 43}

Para a realização do procedimento cirúrgico, em todos os casos, a anestesia é imprescindível. Deve optar-se por uma anestesia local infiltrativa, porém em crianças, que são pacientes mais complexos, pode-se recorrer a sedação ou anestesia geral com intubação nasotraqueal. A incisão deverá ser feita de acordo com a via de abordagem escolhida (vestibular ou palatina), dependendo do caso e da orientação exata do CMI. O descolamento pode ser feito com um periostomo de Freer ou de Obwegeser, em zonas onde a mucosa é mais espessa. Com estes instrumentos eleva-se o retalho até à zona do CMI. Quando necessário executa-se osteotomia, com recurso a uma peça de mão ou contra-ângulo com broca esférica a baixa velocidade e elimina-se o tecido ósseo que recobre a coroa do CMI. Irriga-se para permitir visualizar a coroa do dente e o folículo dentário e evita-se lesar o CMI e as estruturas adjacentes. Para finalizar, regulariza-se a superfície e lava-se com soro fisiológico.⁴

Palatino

- Técnica de erupção aberta

Ao contrário do canino localizado por vestibular, o palatino encontra-se localizado mais profundamente e coberto por uma mucosa espessa. A exposição do canino é realizada por uma incisão, com um bisturi comum, elétrico ou circular, que remove uma área circular de tecido sobre o dente incluso. Após a exposição do canino, deve-se impedir que a cicatrização dos tecidos moles envolventes recobram o dente. Para isso, removem-se os tecidos até à junção esmalte-cimento incluindo o folículo dentário, mucosa oral, tecido ósseo e coloca-se cimento cirúrgico durante 2 ou 3 semanas para que o dente permaneça visível e possibilite a colocação de um elemento de tração. A remoção de tecido duro e mole deve ser feita com algum cuidado, pois pode prejudicar o periodonto, levando à recessão gengival, aumento da coroa clínica e perda de osso. Em algumas situações quando o dente está numa posição mais profunda, o cirurgião pode luxar o dente para ver se este não se encontra anquilosado e facilitar a sua erupção. Esta técnica tem a desvantagem de poder provocar reabsorção cervical da raiz ou anquiose, causando a falha do tratamento. A técnica é indicada em casos em que o dente apenas se encontra recoberto por gengiva.⁴⁴⁻⁴⁷

Por vezes, quando o canino apresenta uma posição axial correta, em pacientes jovens cujo dente está imaturo e se houver espaço suficiente no arco dentário, o dente poderá adquirir força eruptiva. Segundo Kokich, em adultos jovens a erupção autónoma pode ocorrer mais lentamente do que nas crianças e em adultos acima dos trinta anos é necessário um elemento de tração, uma vez que o ligamento periodontal se encontra atrofiado. Em casos de erupção autónoma, a posição do canino deve ser controlada através da utilização de pontos de referência como os dentes adjacentes. Após a erupção do dente, este é ortodonticamente colocado na posição correta na arcada. A erupção aberta autónoma apresenta a vantagem de não ser necessário nenhum meio de tração para erupcionar o dente. E como o dente muitas vezes erupciona no palato, longe das raízes dos incisivos, não há risco de reabsorção destes. A cirurgia pode ser realizada durante a dentição mista e antes da colocação de aparelho ortodôntico, reduzindo, desta forma, o tempo do tratamento. Tem como desvantagens a presença de uma ferida aberta após a cirurgia, em crianças é de difícil execução dadas as características destes

pacientes, a falta de remoção de tecido ósseo pode impedir a erupção e em adultos é um processo bastante demorado.^{17, 44-47}

Uma variante desta técnica é o procedimento de retalho completo aberto. Realiza-se um retalho completo na região palatina até encontrar o canino incluído, expõe-se o dente na máxima circunferência, podendo ser necessária a remoção de tecido ósseo até à junção esmalte-cimento, faz-se uma excisão circular no retalho na região do canino, que é de seguida recolocado.^{48, 49}



FIGURA 6 - TÉCNICA DE ERUPÇÃO ABERTA. (DENTE 2.3 A SER TRACIONADO COM CADEIA ELÁSTICA ATÉ UM MICROIMPLANTE).

- Técnica de erupção fechada

Esta técnica é útil quando a relação do CMI com os dentes adjacentes é desfavorável, há reabsorção dos incisivos ou o canino se encontra numa posição mais profunda, pois a exposição é mais simples e neste caso uma exposição aberta podia levar a uma deficiência de mucosa no palato. Realiza-se um retalho de espessura total na região palatina, desde o pré-molar até a linha média, podendo deixar um colar gengival de dois a três milímetros na superfície palatina dos incisivos. Pode haver necessidade de remover uma pequena área de osso, revelando o folículo na sua parte mais superficial para acesso ao canino. A técnica de erupção fechada tenta preservar ao máximo o tecido mole e duro, particularmente na região da junção esmalte-cemento e o folículo dentário. O elemento de tração é colado durante o procedimento cirúrgico, enquanto se consegue manter a hemóstase e o controlo e contacto com o dente são realizados por um fio ligado ao elemento de tração. A tração ortodôntica deve ser iniciada de imediato.^{44, 47, 50, 51}

Para terminar procede-se à reposição do retalho, permitindo que o dente se encontre envolvido por periodonto saudável e evitando o aumento de coroa clínica, a recessão gengival e a perda de osso.^{4, 44}

As vantagens da técnica são taxa de sucesso mais elevada, cicatrização mais rápida, dor pós-operatória reduzida, sangramento pós-operatório quase inexistente e bons resultados periodontais.⁵⁰

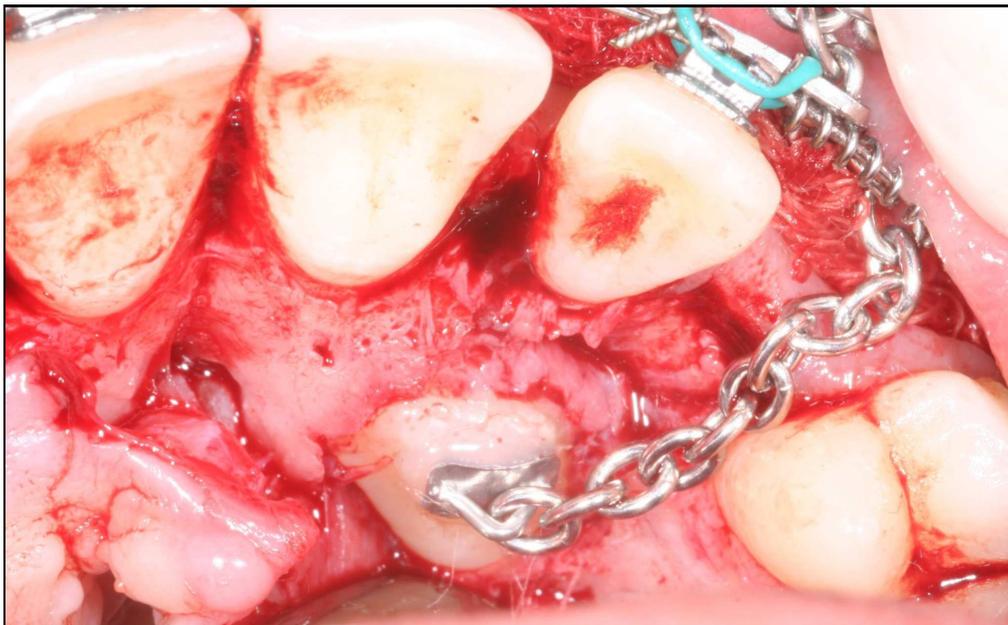


FIGURA 7 - TÉCNICA DE ERUPÇÃO FECHADA (INCISÃO)

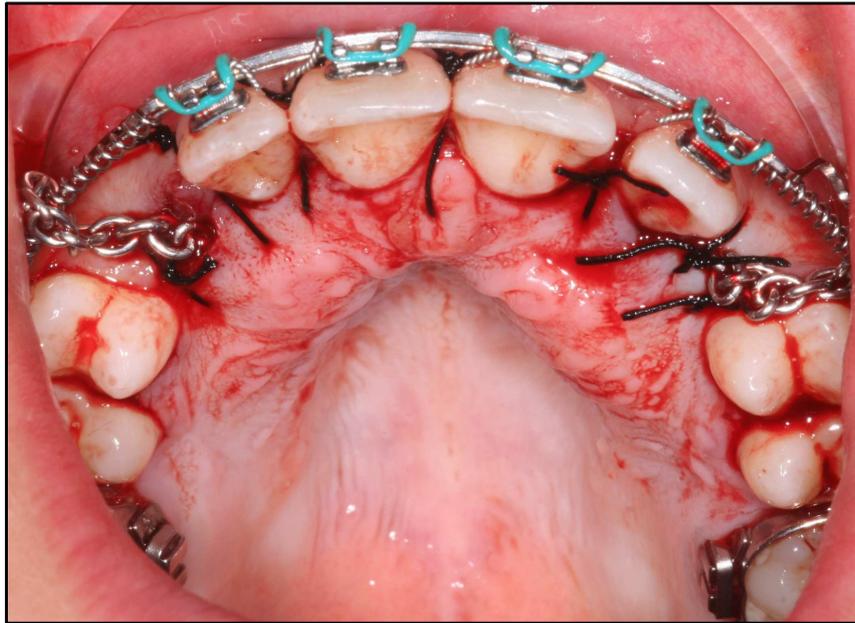


FIGURA 8 - TÉCNICA DE ERUPÇÃO FECHADA (APÓS SUTURA)

Vestibular

Para Kokich existem alguns critérios que elegem o melhor método entre a técnica da janela, a técnica de retalho de reposição apical e a técnica de erupção fechada para o tratamento de CMI por vestibular. O primeiro critério baseia-se na localização do dente: verdadeiramente por vestibular podem-se usar as três técnicas, mais no centro do alvéolo utiliza-se a técnica de erupção fechada ou suas variantes. O segundo critério centra-se na localização vertical relativamente à junção mucogengival: se o dente estiver coronalmente à junção usam-se as três técnicas, se se localizar apicalmente utiliza-se a técnica de erupção fechada. O terceiro critério envolve a quantidade de gengiva na área do canino incluso: se a gengiva for insuficiente recorre-se a um retalho de reposição apical, se a gengiva for suficiente podem-se utilizar as três técnicas.⁵²

- Técnica da janela

É uma técnica de exposição aberta em que o canino incluso geralmente é palpável, recoberto por uma camada de mucosa oral. Expõe-se o canino através de uma incisão semilunar com um bisturi, diretamente na mucosa oral. Por vezes apenas é necessário utilizar anestesia tópica. A zona onde se realiza esta técnica só tem gengiva aderida, não sendo necessário remover osso. Pode-se expor metade a dois terços da coroa do CMI, deixando três milímetros de colar gengival. Esta técnica é aceitável quando o dente está localizado numa zona de gengiva aderida, pois esta irá ser a gengiva vestibular quando o dente for colocado na sua posição correta. Caso contrário, o dente irá ser tracionado com uma gengiva fina, móvel e facilmente traumatizável como proteção por vestibular.^{44, 51, 53}

- Técnica de retalho de reposicionamento apical

Esta técnica de exposição aberta necessita de uma posição correta do canino, não podendo estar deslocado nem para mesial nem para distal. Contudo, segundo Kokich, esta técnica também pode ser usada caso o CMI se encontre ligeiramente deslocado para mesial, acima da raiz do incisivo lateral. É realizado um retalho de espessura total com duas incisões verticais de gengiva queratinizada proveniente da crista alveolar ou da gengiva marginal do canino decíduo retido, sendo elevada acima da altura do CMI por vestibular. Remove-se o tecido ósseo até dois terços da coroa, revelando o folículo do canino. Realiza-se a abertura do folículo na sua face vestibular e o retalho é suturado firmemente à metade cervical da coroa do dente, com a metade coronal do dente exposta, onde posteriormente será colado um elemento de tração.^{52, 54, 55}

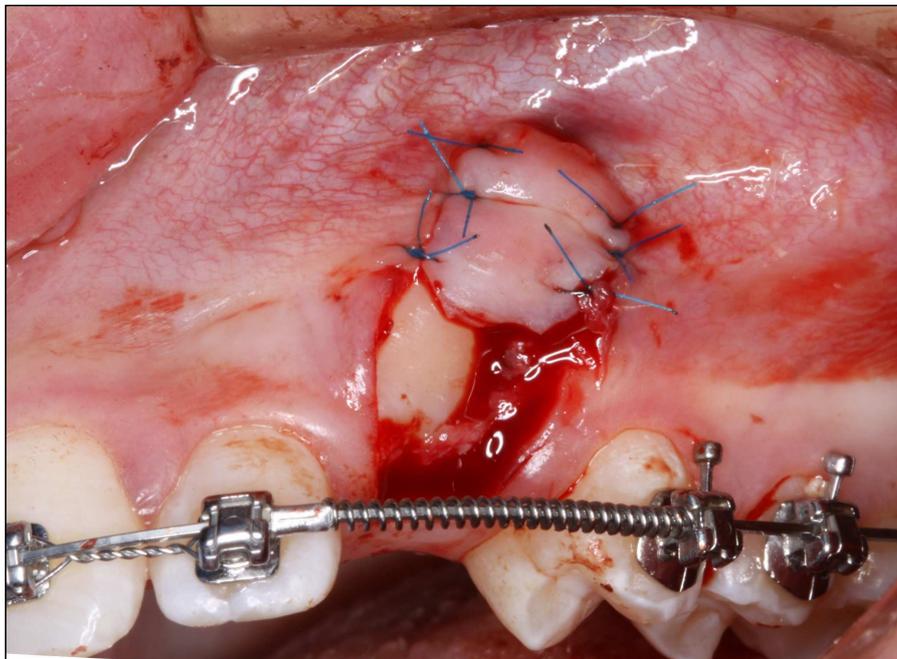


FIGURA 9 - TÉCNICA DE RETALHO DE REPOSICIONAMENTO APICAL

- Técnica de erupção fechada

É usada quando há uma alteração da posição do canino no plano mesiodistal, está numa posição alta ou mais no centro do alvéolo. É realizada uma incisão de espessura completa de gengiva queratinizada da crista alveolar, seguindo os sulcos gengivais e as papilas interdentárias e com uma ou duas descargas. Pode ser necessário remover tecido ósseo. A abertura do folículo é feita com uma incisão mínima no centro da coroa para a colocação de um pequeno elemento de tração. O retalho é colocado na sua posição original.⁵⁵

Centro do Alvéolo

- Técnica de tunelização

É uma variante da exposição fechada, em que há uma maior preservação da cortical vestibular e está indicada em caninos localizados numa posição alta e central. A técnica do túnel diminui o risco de aumento inestético da coroa clínica e de diminuição de osso. Remove-se um retalho de espessura total para expor o osso cortical e o canino decíduo é extraído. O osso cortical é removido para fornecer acesso à coroa com uma broca a baixa velocidade que perfura o fundo do alvéolo do dente decíduo até alcançar a coroa do canino incluso, formando a cavidade decídua um túnel. O retalho é reposicionado e suturado no seu lugar original, a tração realiza-se pelo túnel ósseo.⁵⁶

Conclusão

A presença de caninos superiores inclusos é uma anomalia que pode ser observada na prática clínica diária de Medicina Dentária.

É fundamental que o Médico Dentista compreenda as etiologias possíveis para a inclusão, como fatores gerais e locais, teoria da orientação e teoria genética, mesmo não havendo hoje em dia um consenso da etiologia na literatura.

O diagnóstico desta condição pode ser efetuado através de um exame clínico, da inspeção e palpação ou de um exame radiográfico, como a radiografia periapical, panorâmica, oclusal, telerradiografia lateral do crânio, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Caso se opte pela atitude expectante deve ter-se em atenção que a presença do canino incluído pode provocar inúmeras complicações, como reabsorções, quistos, infeções e ausência de harmonia no sorriso por ausência de um dente na arcada ou presença de dente decíduo.

O tratamento ortodôntico-cirúrgico é, também, uma hipótese, no qual a exposição do canino depende da sua localização e profundidade no maxilar, tem como principais métodos a exposição aberta e fechada e variantes das mesmas. Se este tratamento não for viável, a exodontia, é também uma opção, sendo o tratamento mais radical, mas que evita as complicações associadas a um canino maxilar incluído.

O tratamento de um canino superior incluído por parte do Médico Dentista generalista ou do Ortodontista é essencial para manter uma boa condição da cavidade oral do paciente, bem como para evitar complicações futuras.

Bibliografia

- 1 - Cappellette M, Cappellette Jr M, Fernandes L, Oliveira A, Yamamoto L, Shido F, Oliveira W. Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica - uma sugestão técnica de tratamento. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008;13(1):60-73.
- 2 - Almeida R, Fuziy A, Almeida M, Almeida-Pedrin R, Henriques J, Insabralde C, Abordagem da Impactação e/ou Irrupção Ectópica dos Caninos Permanentes: Considerações Gerais, Diagnóstico e Terapêutica. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2001;6(1):93-116.
- 3 - Lindauer SJ, Rubinstein LK, Hang WM, Andersen WC, Isaacson RJ. Canine impaction identified early with panoramic radiographs. J Am Dent Assoc. 1992;123(3):91-2, 95-7.
- 4 - Escoda C, Aytés L. Tratado de Cirurgia Bucal. 1ª Ed. Madrid:Ergon. 1999.
- 5 - Moreira T, Braga A, Ferreira A. Prevalence of palatally impacted canines. Int J Dent Sci Res. 2016;3(1):2-8.
- 6 - Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting canines by extraction of the primary canines. Eur J Orthod. 1988;10(4):283-95.
- 7 - Ericson S, Kurol J. Radiographic assessment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbance. Eur J Orthod. 1986;8(3):133-40.
- 8 - Ericson S, Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1987;91(6):483-92.
- 9 - Al-Nimri K, Gharaibeh T. Space conditions and dental and occlusal features in patients with palatally impacted maxillary canines: an aetiological study. Eur J Orthod. 2005;27(5):461-5.

- 10 - Vilarinho M, Lira A. Palatally impacted canine: diagnosis and treatment options. *Braz J Oral Sci.* 2010;9(2): 70-76.
- 11 - Ting SR, Quick AN, Winters JC. The impacted maxillary canine: revisiting the clinical guideline, with case illustrations. *N Z Dent J.* 2011;107(1):19-23.
- 12 - Caminiti MF, Sandor GK, Giambattistini C, Tompson B. Outcomes of the surgical exposure, bonding and eruption of 82 impacted maxillary canines. *Can Dent Assoc.* 1998;64(8):572-4, 576-9.
- 13 - Bedoya MM, Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(12):1485-93.
- 14 - Rebellato J, Schabel B. Treatment of a patient with an impacted transmigrant mandibular canine and a palatally impacted maxillary canine. *Angle Orthod.* 2003;73(3): 328-36.
- 15 - Felino ACC. Estudo da Prevalência e Repercussões da Inclusão do Dente Canino Numa População Portuguesa. Porto: Faculdade Medicina Dentária Da Universidade Do Porto; 1993.
- 16 - Sajjani AK, King NM. The sequential hypothesis of impaction of maxillary canine - a hypothesis based on clinical and radiographic findings. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(8):375-85.
- 17 - Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1992;101(2):159-71.
- 18 - Sajjani AK. Permanent maxillary canines - review of eruption pattern and local etiological factors leading to impaction. *J Investig Clin Dent.* 2015;6(1):1-7.

- 19 - Peck S, Peck L, Kataja M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. *Angle Orthod.* 1994;64(4):249-56.
- 20 - Peck S, Peck L, Kataja M. Prevalence of tooth agenesis and peg-shaped maxillary lateral incisors associated with palatally displaced canine (PDC) anomaly. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1996;110(4):441-3.
- 21 - Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *Angle Orthod.* 1998;68(3):267-74.
- 22 - Mossey PA, Campbell HM, Luffingham JK. The palatal canine and the adjacent lateral incisor: a study of a west of Scotland population. *Br J Orthod* 1994; 21(2):169-74.
- 23 - Vastardis H, Karimbux N, Guthua SW, Seidman JG, Seidman CE. A human MSX1 homeodomain missense mutation causes selective tooth agenesis. *Nat Genet* 1996;13(4):417-21.
- 24 - Nieminen P, Arte S, Pirinen S, Peltonen L, Thesleff I. Gene defect in hypodontia: exclusion of MSX1 and MSX2 as candidate genes. *Hum Genet* 1995;96(3):305-8.
- 25 - Peters H, Balling R. Teeth where and how to make them. *TIG.* 1999;15(2):59-65.
- 26 - Oliver RG, Mannion JE, Robinson JM. Morphology of the maxillary lateral incisor in cases of unilateral impaction of the maxillary canine. *Br J Orthod* 1989;16(1):9-16.
- 27 - Brin I, Becker A, Shalhav M. Position of the maxillary permanent canine in relation to anomalous or missing lateral incisors: a population study. *Eur J Orthod* 1986;8(1):12-6.
- 28 - Becker A, Smith P, Behar R. The incidence of anomalous maxillary lateral incisors in relation to palatally-displaced cuspids. *Angle Orthod* 1981;51(1):24-9.

- 29 - Zilberman Y, Cohen B, Becker A. Familial trends in palatal canines, anomalous lateral incisors, and related phenomena. *Eur J Orthod* 1990;12(2):135-9.
- 30 - Becker A, Chaushu S, Etiology of maxillary canine impaction: review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2015;148(4):557-67.
- 31 - Maahs MA, Berhold TB. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. *R Ci Méd Biol*. 2004;3(1):130-38.
- 32 - Richardson G, Russell KA. A review of impacted permanent maxillary cuspids- diagnosis and prevention. *J Can Dent Assoc*. 2000;66(9):497-501.
- 33 - Shapira Y, Kuflinec MM. Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction. *J Am Dent Assoc*. 1998;129(10):1450-4.
- 34 - Jacobs SG. Localization of the unerupted maxillary canine: how to and when to. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999;115(3):314-22.
- 35 - Schindel RH, Duffy SL. Maxillary transverse discrepancies and potentially impacted maxillary canines in mixed-dentition patients. *Angle Orthod*. 2007;77(3):430-5.
- 36 - Lucea A. Caninos incluídos. Tratamiento con biomecánica de arcos dobles. *Ortod Clin* 2005;8(1):22-32.
- 37 - Martins PP, Gurgel JA, Sant'Ana E, Júnior OF, Henriques JF. Avaliação radiográfica da localização de caninos superiores não irrompidos. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2005;10(4):106-14.
- 38 - Martinez L, Walker MMS, Menezes MHO. Ectopia do canino superior por vestibular: Considerações teóricas e relato de caso clínico. *Rev Clin Orthodon Dent Press*. 2007;6(3): 57-65.

- 39 - Mcsherry PF. The ectopic maxillary canine: A review. *Br J Orthod.* 1998;25(3):209-16.
- 40 - Gavel V, Dermaut L. The effect of tooth position on the image of unerupted canines on panoramic radiographs. *Eur J Orthod.* 1999;21(5):551-60.
- 41 - Peñarrocha M, Peñarrocha M, García-Mira B, Larrazabal C. Extraction of impacted maxilar canine with simultaneous implante placement. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(11):2336-9.
- 42 -Dym H, Weiss A. Exodontia: tips and techniques for better outcomes. *Dent Clin North Am.* 2012;56(1):245-66.
- 43- Gaetti-jardim E, Faria K, Junior J, Junior E, Neto M, Aranega A, Ponzoni D. Therapeutic behavior for impacted canines. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.* 2012;14(1): 51-6.
- 44 - Becker A., Chaushu S. Surgical treatment of impacted canines what the orthodontist would like the surgeon to know. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(3):449-58.
- 45 - Schmidt AD, Kokich VG, Periodontal response to early uncovering, autonomous eruption, and orthodontic alignment of palatally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007;131(4):449-55.
- 46 - Kokich VG, Preorthodontic uncovering and autonomous eruption of palatally impacted maxillary canines. *Semin Orthod.* 2010;16(3):205-11.
- 47 - Mathews DP, Kokich VG. Palatally impacted canines: The case for preorthodontic uncovering and autonomous eruption. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;143(4):450-8.
- 48 - Parkin NA, Milner RS, Deery C, Tinsley D, Smith AM, Germain P, Freeman JV, Bell SJ, Benson PE. Periodontal health of palatally displaced canines treated with open or closed surgical technique: a multicenter, randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;144(2):176-84.

49 - Parkin NA, Freeman JV, Deery C, Benson PE. Esthetic judgments of palatally displaced canines 3 months postdebond after surgical exposure with either a closed or an open technique. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015;147(2):173-81.

50 - Becker A, Chaushu S. Palatally impacted canines: The case for closed surgical exposure and immediate orthodontic traction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;143(4):451-9.

51 - McNamara J, Brudon W. *Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 1^o Ed. Ann Arbor:Needham Press Inc.;2001.

52 - Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2004;126(3):278-83.

53 - Becker A, Zogakis I, Luchian I, Chaushu S. Surgical exposure of impacted canines: Open or closed surgery?, *Semin Orthod.* 2016;22(1):27-33.

54 - Vanarsdall RL, Corn H. Soft-tissue management of labially positioned unerupted teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2004;125(3):284-93.

55 - Vermette ME, Kokich VG, Kennedy DB. Uncovering labially impacted teeth: apically positioned flap and closed-eruption techniques. *Angle Orthod;* 1995;65(1):23-32.

56 - Crescini A, Clauser C, Giorgetti R, Cortellini P, Pini Prato GP. Tunnel traction of infraosseous impacted maxillary canines. A three-year periodontal follow-up. *Am J Orthod Dentofacial Orthop;* 1994;105(1):61-72.

CAPÍTULO II - RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS

1. Estágio de Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária decorreu na Clínica Filinto Baptista e teve como docentes o Mestre Luís Santos, Mestre João Baptista e Prof^a. Doutora Sónia Machado, com duração de 5 horas semanais, às quartas-feiras à noite, das 19h às 24h e perfazendo um total de 180 horas, supervisionado pela Prof^a. Doutora Filomena Salazar e pela Prof^a. Doutora Cristina Coelho. Teve início no dia 14 de Setembro de 2016 e término a 14 de Junho de 2017.

No estágio de clinica geral dentária o aluno aperfeiçoa a sua atividade clínica adquirindo as seguintes capacidades e competências: abordagem do paciente e de análise integrada de cada caso clínico; capacidade de elaborar um diagnóstico clínico; execução e interpretação dos exames complementares de diagnóstico; capacidade de elaborar um plano de tratamento e de o executar, aplicando os conhecimentos teóricos, anteriormente adquiridos, na prática clínica de forma integrada.

Os atos clínicos realizados encontram-se na tabela abaixo descritos:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	6	6	12
Dentisteria	7	4	11
Endodontia	1	3	4
Pulpotomia	0	0	0
Exodontia	3	2	5
Destartarização	4	7	11
Outros	1	1	2
Total	22	23	45

2. Estágio de Clínica Hospitalar

O Estágio de Clínica Hospitalar decorreu no Hospital São Gonçalo em Amarante (Unidade Hospitalar do Tâmega e Sousa), supervisionado pelo Mestre José Pedro Novais de Carvalho, decorreu às quintas-feiras de manhã, das 9h às 12:30h, perfazendo um total de 119 horas, teve início no dia 15 de Setembro de 2016 e término a 8 de Junho de 2017.

No estágio em clínica hospitalar o aluno desenvolve as atividades clínicas de Medicina Dentária e adquire a capacidade de efetuar a história clínica geral de um paciente, de ler e interpretar um processo clínico hospitalar e de equacionar e adequar os tratamentos médico-dentários à situação clínica geral de um paciente portador de uma doença que exija seguimento hospitalar.

Os atos clínicos realizados encontram-se na tabela abaixo descritos:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	2	1	3
Dentisteria	31	30	61
Endodontia	14	11	25
Pulpotomia	1	2	3
Exodontia	33	32	65
Destartarização	12	12	24
Outros	1	3	4
Total	94	91	185

3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária decorreu às sextas-feiras de manhã, das 09h às 12:30h, desde o dia 16 de Setembro de 2016 até 9 de Junho de 2017, perfazendo um total de 119 horas e supervisionado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante.

Até Fevereiro de 2017 este Estágio teve lugar no IUCS (Instituto Universitário Ciências Saúde), onde foi elaborado o cronograma e o suporte para as atividades posteriormente realizadas nas escolas.

A partir de dia 17 de Fevereiro até 26 de Maio o trabalho foi apresentado no agrupamento escolar de Ermesinde e Sobrosa, tendo por base o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral onde foram transmitidos aos alunos sob a forma de contos e apresentações com o intuito de transmitir informações acerca da higiene oral. Posteriormente os alunos foram observados e foi feito o levantamento de dados epidemiológicos.

Após as atividades, os dados foram analisados em Excel e apresentados na aula.

No que respeita ao estágio em saúde oral comunitária o aluno estuda os conteúdos do Programa Nacional de Saúde Oral (PNPSO), de forma a saber interpretar os seus objetivos e metodologias, respeitar as suas diretrizes, saber planear e implementar um programa de intervenção comunitário numa população de estudo do ensino pré-primário e básico.

Na tabela abaixo apresentada está descrito o cronograma de atividades:

Datas	Atividade
17 fevereiro	Leitura da história "A Teresinha vai ao Médico Dentista" + Levantamento de dados (PréT1Sampaio)
24 fevereiro	Carnaval
3 março	Apresentação pwp sobre cuidados de saúde oral + Levantamento de dados (4ºSampaio)
10 março	Levantamento de dados (PréT1Sampaio)
17 Março	Prisão Paços de Ferreira (PF)
24 Março	Levantamento de dados (PréT1Sampaio)
31 Março	Jornadas IUCS
7 Abril	Férias Páscoa
14 Abril	Feriado
21 Abril	PF
28 Abril	Levantamento de dados (4ºSampaio) Leitura da história "A Teresinha vai ao Médico Dentista" + Levantamento de dados (JIB Sobrosa)
5 Maio	Levantamento de dados (4ºSampaio) Leitura da história "A Teresa vai ao Médico Dentista" + Levantamento de dados (1ºB e 2ºA Sobrosa)
12 Maio	Queima das Fitas
19 Maio	PF
26 Maio	Levantamento de dados (4ºSampaio) Apresentação pwp sobre cuidados de saúde ora + Levantamento de dados (3ºC e 4ºB Sobrosa)