



Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Reabilitação de um caso com Displasia Ectodérmica Anidrótica

Autor:

Jéssica Alexandra Pinto Martins

Orientador:

Mestre Juliana de Sá

2018



Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Reabilitação de um caso com Displasia Ectodérmica Anidrótica

Jéssica Alexandra Pinto Martins

2018

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Jéssica Alexandra Pinto Martins**, 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, "**Reabilitação de um caso com Displasia Ectodérmica Anidrótica**".

Confirmando 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 referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Gandra, 28 de Junho de 2018

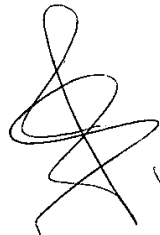
Jéssica Alexandra Pinto Martins

DECLARAÇÃO

Eu **Juliana Manuela Barbosa de Sá** com a categoria profissional de monitor clínico do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “**Reabilitação de um caso com Displasia Ectodérmica Anidrótica**”, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Jéssica Alexandra Pinto Martins, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes para obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 6 de 2018

O orientador,



Juliana
Sá

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho contei com o apoio, colaboração e dedicação de várias pessoas a quem não posso deixar de agradecer.

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me apoiaram, valorizaram, acreditaram e incentivaram o meu trabalho, sem eles nada disto seria possível.

Em especial, à Mestre Juliana de Sá, minha orientadora científica, que me guiou na realização deste relatório final de estágio, que sempre me incentivou e apoiou em todos os momentos, demonstrando permanentemente a sua disponibilidade. Estou-lhe grata pela liberdade de acção que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal. A sua orientação foi imprescindível para a realização deste trabalho.

Em especial ao Ricardo Pardal e família, pela sua disponibilidade, interesse e dedicação neste trabalho, pois sem ele não seria possível apresentar o caso clínico.

Ao Professor Doutor António Sérgio Silva pela sua disponibilidade e apoio prestado.

Ao Doutor e amigo Emanuel Carção, por toda a ajuda e apoio prestados.

Agradeço também ao meu irmão e a toda a família por me apoiar e incentivar durante todo o meu percurso.

Finalmente ao João Rodrigues, meu namorado, que foi incansável durante todo o meu percurso, obrigada por todo o apoio e dedicação principalmente nos momentos menos bons.

Aos amigos de sempre, pelo apoio e carinho prestados.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE FIGURAS	7
Capítulo I –	12
1. Introdução.....	12
2. Objectivos.....	17
3. Metodologia	18
4. Relato de caso clínico	19
• História Clínica Geral.....	19
• História Médico-Dentária.....	21
4. Resultados / Discussão.....	25
5. Conclusão	27
6. Bibliografia	28
7. Anexos.....	31
Capítulo II – Relatório das actividades práticas das disciplinas de estágio supervisionada	33
1. Estágio em clínica geral dentária.....	33
2. Estágio em clínica hospitalar.....	34
3. Estágio em saúde oral e comunitária	35
4. Considerações finais.....	38

ÍNDICE FIGURAS

FIG 1	Fotografia extra-oral, vista frontal do paciente em bebé	19
FIG 2	Fotografia extra-oral, vista frontal do paciente em criança	19
FIG 3	Observação de alterações das análises de imunologia	20
FIG 4	Ortopantomografia inicial	21
FIG 5	Ortopantomografia actual	22
FIG 6	Fotografia extra-oral, vista frontal.....	23
FIG 7	Fotografia intra-oral, lateral direita	23
FIG 8	Fotografia intra-oral, lateral esquerda	23
FIG 9	Fotografia intra-oral, arcada superior	23
FIG 10	Fotografia intra-oral, arcada inferior	23
FIG 11	Fotografia extra-oral, vista frontal actual	24
FIG 12	Fotografia extra-oral, vista de perfil	24

RESUMO

A displasia ectodérmica é um grupo heterogêneo raro de doenças hereditárias em que duas ou mais estruturas anatômicas derivadas da ectoderme sofreram alteração (aplasia ou displasia) durante o desenvolvimento, afectando principalmente o cabelo, as unhas, a pele e os dentes. Existem mais de 100 tipos de displasias ectodérmicas. A displasia ectodérmica anidrótica ou Síndrome de Christ-Siemens-Touraine é o tipo mais comum da doença. Este síndrome é caracterizado pela tríade de hipodontia, hipotricose e hipoidrose. As manifestações orais mais comuns são a anodontia, hipodontia ou dentes cónicos e pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente e um osso pobre que prejudica tanto a função estética como a função mastigatória. O tratamento destes pacientes é dirigido para os sintomas e não para as causas.

O objetivo deste trabalho é analisar os possíveis tratamentos através da reabilitação oral para as anomalias orais causadas por este síndrome, através da descrição de um caso clínico.

Este trabalho foi baseado numa revisão de literatura relacionada com o tema e apresenta o caso clínico de um paciente do sexo masculino. O paciente em causa embora nunca tenha apresentado episódios febris idiopáticos, desde pequeno que levantou algumas suspeitas. Com o decorrer do tempo foi apresentando características que confirmam o diagnóstico de displasia ectodérmica como: excesso de muco encrustado nos ouvidos e nariz, presença de hipotricose do cabelo e sobrancelhas, hipodontia e presença de dentes cónicos. O plano de tratamento neste caso baseou-se numa reabilitação fixa através de uma ponte metalo-cerâmica como forma de restaurar os dentes presentes na cavidade oral.

A hipodontia na dentição decídua e permanente é um dos sinais orais com maior frequência em pacientes com displasia ectodérmica anidrótica e a reabilitação fixa é normalmente o tratamento utilizado como forma de melhorar a função e a estética do paciente.

Conclui-se que o plano de tratamento deste caso foi finalizado com sucesso pois foi possível restaurar a função, estética e fonética e aumentar a qualidade de vida do paciente.

Palavras chave: "Displasia ectodérmica", "Síndrome de Christ-Siemens-Touraine", "Agenesia", "Anodontia", "Hipodontia", "Hipotricose", "Hipoidrose", "Prótese fixa", "Implantes dentários", "Reabilitação oral".

ABSTRACT

Ectodermal dysplasia is a rare heterogeneous group of hereditary diseases in which two or more anatomical structures derived from the ectoderm have undergone alteration (aplasia or dysplasia) during development, mainly affecting the hair, nails, skin and teeth. There are more than 100 types of ectodermal dysplasias. Anhydrotic ectodermal dysplasia or Christ-Siemens-Touraine Syndrome is the most common type of disease. This syndrome is characterized by the three components hypodontia, hypotrichosis and hypohidrosis. The most common oral manifestations are anodontia, hypodontia or conical teeth and can occur both in deciduous and permanent dentition and a poor bone that damages both aesthetic function and masticatory function. Treatment of these patients is usually directed to the symptoms and not to the causes.

The objective of this work is to analyse the possible treatments through oral rehabilitation for the oral anomalies caused by this syndrome, through the description of a clinical case.

This work was based on a literature review related to the topic and presents the clinical case of a male patient. The patient in question although never had idiopathic febrile episodes, since small that raised some suspicions. During the course of time, it was presented characteristics that confirm the diagnosis of ectodermal dysplasia such as: excessive mucus encrusted in the ears and nose, presence of hypotrichosis of the hair and eyebrows, hypodontia and presence of conical teeth. The treatment plan in this case was based on a fixed rehabilitation through a metal-acrylic bridge as a way to restore the teeth present in the oral cavity.

Hypodontia in the deciduous and permanent dentition is one of the most frequent oral signs in patients with anhydrotic ectodermal dysplasia and fixed rehabilitation is usually the treatment used as a way to improve the patient's function and aesthetics.

It is concluded that the treatment plan of this case was successfully achieved because it was possible to restore the aesthetic and phonetic function and to increase the quality of life of the patient.

Keywords: "Ectodermal Dysplasia", "Christ-Siemens-Touraine Syndrome", "Agenesis", "Anodontia", "Hypodontia", "Hypothosis", "Hypohidrosis", "Fixed prosthesis", "Dental implants", "Rehabilitation oral".

Capítulo I –

1. Introdução

A displasia ectodérmica é um grupo heterogêneo raro de doenças hereditárias em que duas ou mais estruturas anatômicas derivadas da ectoderme sofreram alteração (displasia ou aplasia) durante o desenvolvimento, tendo uma prevalência de cerca de 1 indivíduo a cada 100.000 nascimentos. No folheto ectodérmico, uma das três lâminas germinais presentes durante o desenvolvimento dá origem ao sistema nervoso central e periférico e a algumas estruturas como glândulas sudoríparas, cabelos, unhas e esmalte dentário, sendo estes os tecidos afetados. Existem mais de 100 tipos de displasias ectodérmicas, os 2 tipos mais comuns são: a hidrótica ou Síndrome de Clouston e a hipodrótica/anidrótica, a grande diferença entre ambos é o grau de alteração das glândulas e a forma de transmissão genética. O Síndrome de Clouston geralmente não afeta as glândulas sudoríparas (a sua transpiração é sempre normal), nem os dentes, e quando afeta estes últimos é em menor extensão. Este tipo de displasia é caracterizado pela tríada de alopecia, unhas distróficas e hiperqueratose palmoplantar. A displasia ectodérmica anidrótica ou Síndrome de Christ-Siemens-Touraine é o fenótipo mais comum, embora seja um síndrome bastante raro, normalmente transmitido por um gene ligado ao cromossoma X, sendo mais frequente no homem, com rácio homem:mulher de 5:1. Neste Síndrome, o gene é transmitido pela mulher e manifestado pelo homem, embora algumas mulheres possam apresentar características leves (cabelos e sobrancelhas finas, leite escasso, alterações dentárias e anomalias dermatoglíficas).^{1-7,9-11,13-29}

Este síndrome é caracterizado pela tríade de hipodontia, hipotricose e hipoidrose. Em casos mais completos, o paciente afetado (geralmente do sexo masculino) pode apresentar um fâcies típico com a fronte proeminente, cristas supraorbitárias salientes, orelhas mal formadas, ponte nasal em sela, pálpebras finas e rugosas, pigmentação na região periorbitária, nariz pequeno com hipoplasia das narinas, diminuição da dimensão vertical e lábios proeminentes com a borda avermelhada indefinida. Estas características faciais geralmente tornam-se mais evidentes no segundo ano de vida. No primeiro ano de vida a condição pode manifestar-se como uma febre de origem indeterminada.^{1-7,10,11,13,16-17,21-26,28,29}

Crianças com displasia ectodérmica anidrótica têm uma mentalidade normal assim como a esperança média de vida, mas são muitas vezes afetadas psicologicamente devido às características de anormalidade, tornando-se um alvo potencial de *bullying*, principalmente os pacientes que frequentam a escola. ^{4,9,15}

Uma grande percentagem dos pacientes, aproximadamente 70%, apresenta doenças alérgicas, especialmente dermatite atópica e asma, apresentando também com frequência infecções respiratórias e gastrointestinais. ^{5,18,21,25}

Pode-se também encontrar rinite atrófica nestes pacientes com uma abundante produção de muco fétido e uma descarga nasal persistente com formação de crostas, provocada pela discinesia ciliar associada. Podem também ocorrer problemas no ouvido médio e diminuição sensorial da audição. As secreções nasais incrustadas e a cera do ouvido devem ser removidas regularmente. Raramente ocorre morte na infância devido a infecções respiratórias ou hipertermia. Os pacientes afetados têm secreções lacrimais reduzidas, o que pode levar a problemas conjuntivais e cataratas congénitas. Em alguns casos, lágrimas artificiais podem ser úteis. A incapacidade de transpirar (hipoidrose), devido à grande diminuição do número de glândulas sudoríparas leva à intolerância ao calor, com hipertermia mesmo após pequenos esforços e febre de origem desconhecida. O calor deve ser monitorizado e são necessários ar condicionado, restrição de exercícios físicos, roupas frescas e uma grande ingestão de líquidos na dieta, para evitar hipertermia. ^{1-5,7,11,17,18,22,25,27,28}

A pele é macia, fina e muito seca. Cremes e pomadas podem melhorar a secura da pele. Os cabelos são frequentemente aloirados, finos, curtos e endurecidos. As sobrancelhas e especialmente os cílios, são escassos e/ou ausentes. Após a puberdade, o bigode e a barba são normais, embora os pêlos axilares e pubianos sejam escassos. Em casos mais extremos pode haver a necessidade de utilização de perucas. ^{1-5,10,16,17,19,21,22,25,27,29}

Na cavidade oral em particular, as manifestações mais comuns são a anodontia completa ou parcial (anomalias no número) da dentição decídua ou permanente, a hipodontia ou dentes cónicos (anomalias na forma) e um osso pobre que prejudica tanto a função estética como a função mastigatória. O crescimento do osso alveolar depende da erupção e presença de dentes, em caso de hipoplasia dentária, o osso adapta-se e remodela-se, reabsorvendo-se. ^{1-7,9-11,14,16-22,27}

Os dentes podem apresentar redução do diâmetro da coroa na forma de barril ou amora. O segundo molar em particular pode apresentar taurodontismo (câmara pulpar aumentada). Os incisivos, os caninos e os pré-molares, quando presentes, têm a forma cônica, sendo esta a anormalidade de forma mais comum. Embora os dentes tenham uma origem mista (o esmalte é ectodérmico e as demais partes mesodérmicas), a sua formação total é ectodérmica. ^{2-4,7,27,28}

Ainda na cavidade oral, pode ocorrer xerostomia por anomalia nas glândulas salivares, o que aumenta a predisposição à doença cárie. Análogos de saliva são muitas vezes usados para melhorar a sensação de boca seca provocada pela xerostomia. ^{7,9,10,16-19,21,22}

Ocorre com muita frequência perda da dimensão vertical causada por falta de dentes, provocando fissuras em redor da boca e olhos, dando uma aparência envelhecida. Os lábios encontram-se proeminentes com a borda avermelhada indefinida. ^{4,5,16}

O diagnóstico baseia-se na sintomatologia, história familiar, exame radiográfico e no estudo genético, embora a displasia ectodérmica anidrótica possa ser suspeitada em bebé, geralmente menino, que apresente febre de origem desconhecida e que demonstre algumas das características atrás mencionadas. A história clínica deve ser exata, completa e recente para um diagnóstico correto e para uma planificação do tratamento efectiva. A biópsia de pele pode confirmar a suspeita de alteração ectodérmica e distribuição anormal das glândulas sudoríparas e dos folículos capilares. O diagnóstico correto tem importância no restabelecimento das funções básicas como mastigação, fonética e estética assim como na componente psicológica. ^{2-6,9-11,16,17,22,25,27,28}

O aconselhamento genético é importante para estes pacientes e para os seus familiares, principalmente os que planeiam ter filhos. ^{1,4,10,27}

Uma das principais limitações encontradas pelos médicos, em relação a esta patologia, é a falta de tratamento específico. Independentemente da alternativa de tratamento escolhida, deve ser individualizada e multidisciplinar, como forma de possibilitar a completa reabilitação. A equipa de medicina dentária deve ser constituída por um médico dentista com conhecimentos mais avançados em reabilitação oral, um odontopediatra, um ortodontista, um protésico e um cirurgião maxilo-facial. ^{2-6,9,10,16-22,27-30}

O crescimento dos arcos irá acontecer segundo um padrão regularmente normal com ou sem prótese, no entanto, é desejável a confecção precoce de uma prótese para recobrir ou substituir os dentes ausentes como forma de reduzir o problema psicológico, manter a dimensão vertical e melhorar a função mastigatória e fonética. ^{1,3,5,6,16,18,19,22,26-28,30}

O tratamento protético pode incluir próteses fixas sobre dentes, próteses removíveis ou próteses implantossuportadas. Os tratamentos podem ser usados individualmente ou em conjunto, de forma a fornecer o resultado ideal. ³⁰

Os problemas mais comuns relacionados com as próteses são a perda de retenção e as alterações oclusais relacionadas com a erupção ou com o crescimento da mandíbula. ²⁷⁻³⁰

As várias opções de tratamento:

- **Prótese parcial fixa ³⁰:**

Raramente utilizada no início do tratamento destes pacientes, pois a maior parte dos indivíduos afetados tem um número mínimo de dentes.

Além disso, os pacientes costumam ser muito jovens quando iniciam o tratamento, sendo pacientes em crescimento onde este tipo de próteses deve ser evitado, isto porque pode interferir com o crescimento da mandíbula, principalmente se a prótese cruzar a linha média.

- **Prótese removível ³⁰:**

É o tipo de tratamento mais frequentemente relatado para este tipo de pacientes, pois a hipodontia/anodontia é uma das características mais marcantes.

Embora as próteses totais possam fornecer um resultado estético e funcional, o subdesenvolvimento das cristas alveolares pode comprometer a retenção deste tipo de próteses.

Quando há dentes que possam servir de apoio, as sobredentaduras são uma opção desejável. Uma das grandes vantagens destas próteses é a preservação do osso alveolar.

O estágio da dentição representado na prótese deve ser apropriado, ou seja, realizado usando dentes protéticos primários e fazendo modificações e novas próteses à medida que o paciente

envelhece. Além dos ajustes relacionados com o suporte e retenção, a oclusão da prótese deve ser monitorizada devido a mudanças causadas pelo crescimento da mandíbula. ^{4,5,16,23,24,26,27,29,30}

- **Coroa** ³⁰:

Este tipo de restaurações individuais não tem restrições de idade, embora o tamanho aumentado da polpa e a altura da coroa de alguns dentes sejam fatores limitantes.

- **Restauração direta** ^{1,2,3,4,30}:

Recentemente as técnicas adesivas tornam possível a confecção de restaurações estéticas e melhorar a função em dentes conóides de uma forma mais simples.

Coroas e restaurações diretas em compósito são frequentemente usadas em combinação com próteses parciais.

- **Implante** ^{26,27,29,30}:

Estudos realizados em adultos concluíram que existe uma relação positiva de bem estar e qualidade de vida aquando a substituição de próteses removíveis por próteses implantossuportadas, como tal prevê-se que as próteses implantossuportadas possam ser o tratamento desejável para este tipo de pacientes.

Outra razão para considerar os implantes é o impacto benéfico sobre a preservação do osso alveolar.

Há uma controvérsia quanto à idade de colocação dos implantes devido a um possível movimento causado pelo crescimento da mandíbula, prevendo-se que os implantes colocados depois dos 15 anos para as raparigas e 18 anos para os rapazes fornecem um prognóstico mais previsível. É consensual quando se refere que é mais importante a avaliação da maturação do que da idade cronológica.

Consequências da colocação precoce de um implante:

- ✓ **Submersão** causada pelo crescimento mandibular;
- ✓ **Exposição** do implante por reabsorção óssea, consequência do crescimento;
- ✓ **Movimentação** do implante devido ao crescimento mandibular;
- ✓ **Limitação do crescimento da mandíbula** se os implantes estiverem ligados por uma prótese rígida.

2. Objectivos

O objetivo deste trabalho é analisar as possíveis reabilitações para as anomalias orais causadas pela displasia ectodérmica anidrótica, através da descrição de um caso clínico.

3. Metodologia

A pesquisa de referências foi efectuada para artigos relacionados com os vários tipos de displasias ectodérmicas, sinais, sintomas e os possíveis tratamentos. As palavras chave, tanto em Inglês, como em Português, incluíram: "Displasia ectodérmica", "Síndrome de Christ-Siemens-Touraine", "Anodontia", "Hipodontia", "Hipotricose", "Hipoidrose", "Prótese fixa", "Implantes dentários", "Ectodermal Dysplasia", "Christ-Siemens-Touraine Syndrome", "Agenesis", "Anodontia", "Hypodontia", "Hypothosis", "Hypohidrosis", "Fixed prosthesis", "Dental implants", "Rehabilitation oral".

As bases de dados utilizadas foram: PubMed, Medline, Google scholar, SciELO.

Apenas foram seleccionados artigos realizados nos últimos 10 anos, com excepção de um que foi publicado em 1996, mantendo-se ainda actual.

Dos 100 artigos pesquisados apenas 30 contemplaram pelo menos um dos seguintes critérios para serem seleccionados:

- Revisões de literatura que falem sobre as displasias ectodérmicas, displasia ectodérmica anidrótica, sinais, sintomas e possíveis opções de reabilitação.
- Casos clínicos que relatem a temática.
- Artigos científicos com diversas atualizações clínicas do tema: novas descobertas e atualizações relacionados a técnicas laboratoriais, novos materiais e novos paradigmas científicos.

Relato de um caso de displasia ectodérmica anidrótica.

4. Relato de caso clínico

História Clínica Geral

Paciente R. S. P., caucasiano, gênero masculino, com 19 anos, nascido por cesariana às 39 semanas de gestação. Não havendo registo de ocorrência de episódios febris idiopáticos na infância, o paciente apresentou sempre bastante muco no nariz devido a obstrução do tubo de Eustáquio e cera nos ouvidos, fazendo várias vezes limpeza.

Globalmente, o período de infância foi marcado por otites de repetição (uma média de 4/ano) e aparecimento gradual de falta de audição e visão (começando a usar óculos aos 4 anos e tendo atualmente uma graduação de 5,75 dioptrias em cada olho). A pele, sempre ressequida, apresenta períodos de descamação nos pés e nas mãos, unhas grossas, diminuição acentuada da produção de suor, sem nunca haver relato de febre de origem desconhecida ou sinais de intolerância ao calor. O doente relata também queixas de fotossensibilidade, "ficando com a pele vermelha após curta exposição solar". O cabelo muito fino e loiro, o lábio superior protruído, o lábio inferior invertido e muito carnudo e a escassez de cílios, são tudo outros sinais concordantes com o diagnóstico de displasia ectodérmica anidrótica. (FIG.1 e 2)



FIG.1 Fotografia extra-oral, vista frontal do paciente em bebê. Verifica-se hipotricose do cabelo, sobrancelhas e cílios, orelhas proeminentes, achatamento na região nasofrontal, rugas na região perioral, lábio inferior evertido, carnudo e com a borda avermelhada indefinida, terço inferior da face reduzido, ponte nasal deprimida e raiz alongada e fronte proeminente.



FIG.2 Fotografia extra-oral, vista frontal do paciente em criança. Verifica-se hipotricose do cabelo, sobrancelhas e cílios, orelhas proeminentes, achatamento na região nasofrontal, lábio inferior evertido, terço inferior da face reduzido, ponte nasal deprimida e raiz alongada, fronte proeminente, e a presença de dentes decíduos conóides.

A infância foi marcada por otites de repetição com alta frequência e aparecimento de queixas de falta de audição do ouvido direito há 8 anos, tendo sido reencaminhado para um Otorrinolaringologista que detetou a perda de audição num estado avançado fazendo adenoidectomia com colocação de tubos transtimpânicos.

Há 2 anos, uma recorrência de otite motivou nova consulta no Otorrino que diagnosticou otite interna. O paciente foi medicado e prescrito um TAC. Passado 15 dias, novamente em consulta no Otorrino e comprovada posteriormente numa consulta de Maxilo-facial foi detetada sinusite sendo medicado com Bilastina e Fluoreto de fluticasona para quando sentisse mais muco, mais um fator comum em doentes com displasia ectodérmica anidrótica.

O paciente apresentou sempre bastantes crises de alergias, manifestadas por espirros, tosse, muco nasal, lacrimejamento e prurido cutâneo, o que o terá motivado a realizar umas análises de sangue onde se verificou a IgE Total muito aumentada. (FIG. 3)

TESTE	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERÊNCIA
IMUNOLOGIA - RAST PÓLENS PLANTAS			
PARETARIA (421)	13,17		< 0,35
IMUNOLOGIA - RAST PÓLENS ÁRVORES			
Pinus Silvestre (116)	0,61	KU/L	< 0,35
IMUNOLOGIA - RAST ALIMENTOS			
LEITE (52)	0,45	KU/L	< 0,35
BACALHAU (3)	< 0,35	KU/L	< 0,35
TRIGO (4)	5,84	KU/L	< 0,35
CAMARÃO (24)	< 0,35	KU/L	< 0,35
OVO (245)	< 0,35	KU/L	< 0,35
IMUNOLOGIA - SANGUE			
IgE Total	> 2000	KU/L	< 100
IMUNOLOGIA - RAST PÓLENS GRAMÍNEAS			
PANASCO (3)	57,20	KU/L	< 0,35
IMUNOLOGIA - RAST DERIVADOS EPIDERM.			
CASPA DE GATO (17)	1,93	KU/L	< 0,35
PÊLO DE CÃO (2)	1,59	KU/L	< 0,35

FIG.3 Observação de alterações das análises de Imunologia onde se encontra a IgE Total muito aumentada (>2000), verificando-se outras alergias como pólen de árvores e plantas, leite, trigo e pêlo de gato e cão.

História Médico-Dentária

Inicialmente, o paciente era seguido no mesmo hospital na área de Estomatologia e nessa altura os dentes já tinham erupcionado. Erupcionaram no tempo adequado e eram aparentemente saudáveis embora os dentes do sector anterior fossem cónicos, com ausência de algumas peças dentárias e após a realização de uma ortopantomografia (2009) (FIG.4) foi verificada a ausência de gérmenes dentários. Nesse momento, o único tratamento realizado era preventivo através da colocação de flúor, bochechos com choro-hexidina e vigia.



FIG.4 Ortopantomografia inicial. Nesta imagem podemos confirmar a ausência dos gérmenes dos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 47 e 48. Presença dos dentes 26 e 44 inclusos. Proximidade do dente 26 com o seio maxilar. Alteração mucogengival adquirida em espaço edêntulo na zona do 54 por lesão óssea vertical. Dentes 51, 53, 61, 63, 71, 72, 73, 81, 82 e 83 com formato conóide. Dentes 36 e 46 com câmaras pulpares aumentadas (taurodentos). Dente 16 com tamanho da coroa diminuído e em forma de amora.

Em 2010, numa consulta no dentista motivada pela não esfoliação de alguns dentes, foi feita novamente uma Ortopantomografia onde se confirmou a ausência quase total dos dentes permanentes com exceção do 16, 26, 36, 44 e 46, o que provoca uma diminuição da dimensão vertical.

Desde então o paciente passou a ser seguido na mesma clínica, que como primeiro plano de tratamento sugeriu a colocação de uma ponte metalo-cerâmica superior e inferior, como forma de preservar os dentes decíduos, suas raízes e conseqüentemente o osso. Desta forma conseguia promover a estética, uma vez que os colegas o abordavam dizendo: "qual é a afia

com que afias os dentes?”, restaurar a função mastigatória e a fonética e aumentar a auto-estima, pois o paciente já não sorria por vergonha. As consultas eram realizadas de 3 em 3 meses como forma de avaliar a reabilitação e o paciente permaneceu com essas próteses até aos dias de hoje. (FIG.5-13)

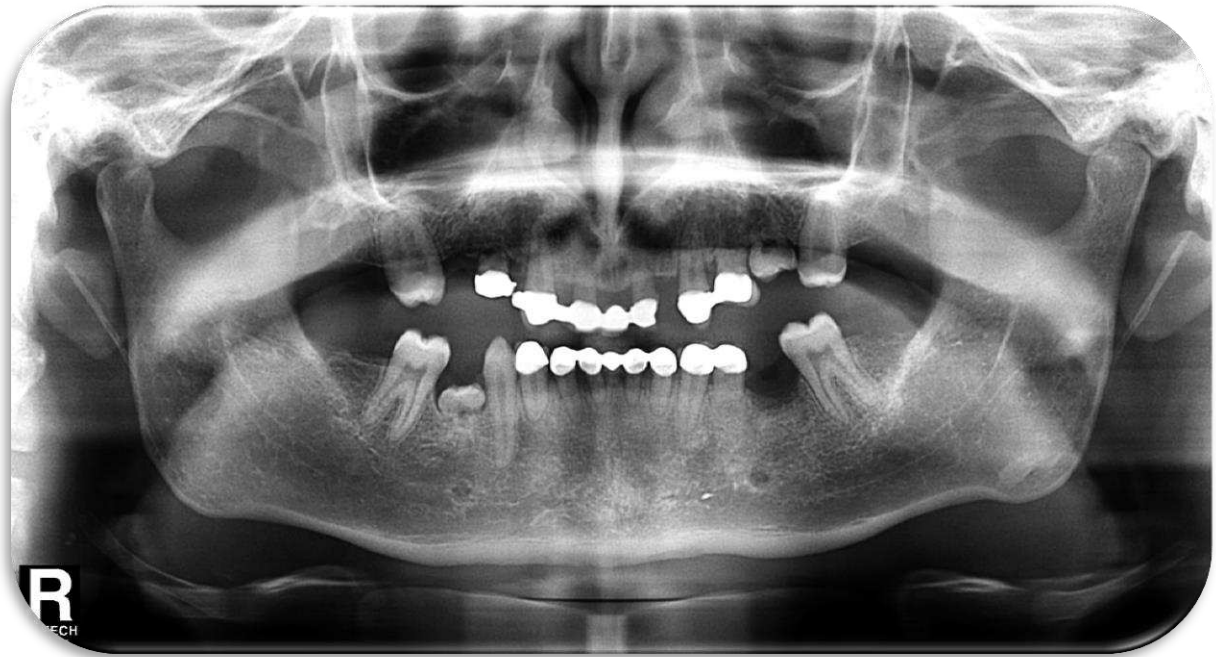


FIG.5 Ortopantomografia atual. Nesta imagem podemos ver ausência dos gérmenes dos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 47 e 48 e permanência dos dentes decíduos. Alteração mucogengival adquirida em espaço edêntulo na zona do 15, 23, 35 e 45 por lesão óssea vertical. Dentes 36 e 46 com câmaras pulpares aumentadas (taurodentos). Dente 16 e 26 com tamanho da coroa diminuído e em forma de amora. Reabilitação fixa dos dentes 51, 53, 61, 63, 64, 71, 72, 73, 74, 81, 82, 83 com coroas metalo-cerâmicas.



FIG.6 Fotografia intra-oral, vista frontal. Pode observar o aspecto da ponte metálo-cerâmica, já com algum desgaste e um *overbite* aumentado onde os dentes superiores cobrem os inferiores.



FIG.7 Fotografia intra-oral, lateral direita. Observam-se as deformidades mucogengivais nos espaços edêntulos não reabilitados e a ponte metálo-cerâmica. É possível observar também o 16, 44 e 46 erupcionados.



FIG.8 Fotografia intra-oral, lateral direita. Observam-se as deformidades mucogengivais nos espaços edêntulos e a presença do 26 e 36 erupcionados.

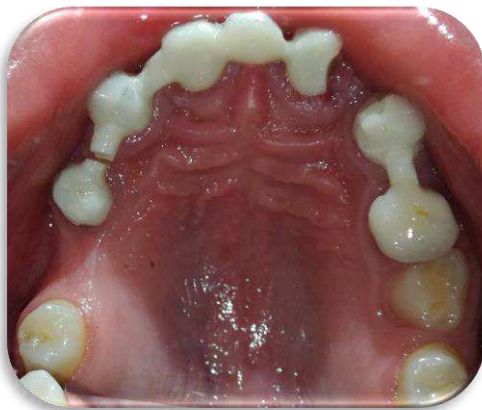


FIG.9 Fotografia intra-oral, arcada superior. É possível observar as fraturas da ponte metálo-cerâmica decorrentes do crescimento e desenvolvimento. É também visível o 16 e o 26 erupcionados.

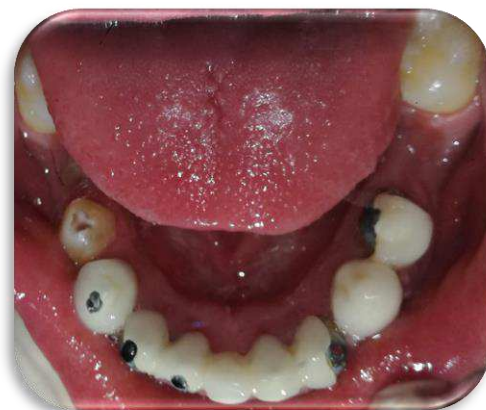


FIG.10 Fotografia intra-oral, arcada inferior. É possível observar o desgaste da cerâmica, já com exposição do metal. É também visível a erupção dos dentes 36, 44 e 46 erupcionados.



FIG.11 Fotografia extra-oral, vista frontal actual. É possível ver melhorias ao nível do cabelo e da barba mas continuando bastante ressequido, rugas na região perioral, lábio inferior invertido, carnudo e com a borda avermelhada indefinida, terço inferior da face reduzido, ponte nasal deprimida e raíz alongada, e frente proeminente.



FIG.12 Fotografia extra-oral, vista de perfil. É visível a diminuição do terço inferior da face e a proeminência do mento em compensação ao não crescimento mandibular.

De reforçar que todo o desenvolvimento estatura-ponderal, psicomotor e psicológico do paciente foi e é normal.

Relativamente aos dados mais importantes da história familiar é de referir que a mãe apresenta o incisivo lateral direito conóide e hipotricose do cabelo, cílios e sobrancelhas. Havia um primo de segundo grau com os mesmos sintomas tendo falecido apenas com 10 anos com leucemia. O paciente possui um irmão mais velho, sem qualquer sinal ou sintoma de relevo.

Com base no exame físico e radiográfico do paciente e no padrão familiar da alteração, concluiu-se que se tratava de um caso de displasia ectodérmica anidrótica com baixa expressividade genética.

Salientar que o paciente autorizou a divulgação de imagens, exames e informações mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1).

5. Resultados / Discussão

A análise de um grande número de casos na literatura revela que a prevalência na população da displasia ectodérmica é de 1:100.000, na proporção de 5 homens para 1 mulher.¹⁰

A expressão do síndrome é variável, pois existe uma série de características clínicas, as quais se podem apresentar como manifestações orais incluindo: hipodontia, desenvolvimento alveolar reduzido, hipoplasia e alterações morfológicas como dentes anteriores conóides e molares de diâmetro diminuído. Segundo Macêdo et al. a hipodontia e a odontodistrofia são sinais frequentes de displasia ectodérmica em 80% dos casos.^{1,21}

Conforme descrito na literatura, a hipodontia da dentição decídua e permanente é um dos sinais orais com maior frequência em pacientes com displasia ectodérmica anidrótica. Tanto a hipodontia como a anodontia afetam a estética, o psicológico e a vida social do paciente. A reabilitação protética é regra geral o tratamento mais utilizado para melhorar a função e a estética.^{1,3,11,19,21}

Está descrito na literatura que esta alteração é rara e apresenta variações quanto à sua expressividade, daí ser muitas vezes difícil chegar ao diagnóstico, principalmente nos casos em que as alterações são apenas dentárias e com poucas expressões extra-orais.^{3,17}

Silveira et al. (2011) relataram um caso clínico em concordância com o apresentado, onde não havia relato de febre nem intolerância ao calor e embora apresentasse redução do fluxo salivar não havia queixa de xerostomia. Os mesmos autores defendem que esta divergência nas características pode estar associada à existência de diferentes graus de expressividade da doença. Um caso idêntico é apresentado por Costa et al. no seu artigo de 2015.^{7,19}

Em concordância com o artigo de Araújo et al., a hipotricose é generalizada, não existe uma alopecia completa, mas o cabelo é fino, esparso, seco e de pigmentação clara. A pele tende a ser pálida, seca, brilhante, translúcida, com rugas finas e aspeto de envelhecimento.²

Para Tommasi, o tratamento da displasia ectodérmica hipodrótica é puramente sintomático e reabilitador, embora de acordo com a literatura, o tratamento deva ser planejado por um grupo multidisciplinar.^{10,19}

Neves et al. (2011) assim como Costa et al. (2015) defendem que a aplicação de flúor previamente à reabilitação é bastante importante uma vez que estes pacientes têm tendência para um fluxo salivar reduzido, sendo um fator predisponente ao desenvolvimento de cáries, é também de igual interesse ressaltar a importância da higiene oral e a regularidade das consultas no médico dentista.^{18,19,22,23}

Embora as próteses removíveis sejam o tipo de tratamento mais frequentemente relatado para este tipo de pacientes, pois a hipodontia/anodontia é uma das características mais marcantes, existem outras opções viáveis.³⁰

O paciente do caso clínico apresentado por ser tão jovem nunca quis colocar uma prótese parcial removível. O paciente na altura, juntamente com os pais e o médico dentista optaram pela colocação de uma ponte metalo-cerâmica a recobrir os dentes decíduos de forma a conservar as raízes e conseqüentemente o osso alveolar.

Segundo Ruschel et al. (2008), as facetas e restaurações em compósito são atualmente opções que proporcionam resultados satisfatórios em dentes com forma alterada e podem ser usadas em conjunto com outros tipos de próteses.³

Segundo a literatura, as coroas são restaurações individuais sem restrições de idade, sendo uma boa opção de tratamento nestes pacientes, o que está de acordo com o apresentado.³⁰

Estudos realizados em adultos concluíram que existe uma relação positiva de bem-estar e qualidade de vida aquando a substituição de próteses removíveis por próteses implantossuportadas, como tal prevê-se que este tipo de prótese possa ser o tratamento desejável para este tipo de pacientes.³⁰

6. Conclusão

O paciente do caso clínico apresenta características em conformidade com o diagnóstico de displasia ectodérmica anidrótica como hipodontia, dentes cónicos e hipotricose.

No momento da reabilitação, o paciente juntamente com os pais e o médico dentista optaram pela colocação de uma ponte metalo-cerâmica a recobrir os dentes decíduos com o objetivo de conservar as suas raízes e conseqüentemente o osso alveolar, desta forma, agora ainda existe a possibilidade de colocação de uma prótese fixa implanto-suportada. Não foi feita uma prótese removível devido à idade jovem do paciente e à não-aceitação do mesmo. O paciente esteve cerca de 8 anos com a ponte metalo-cerâmica e sem qualquer tipo de problema associado.

Conclui-se então que o plano de tratamento tinha como propósito preservar os dentes decíduos, as suas raízes e o osso alveolar, restaurar a função, estética e fonética e dar uma maior qualidade de vida social ao paciente, ou seja, foi bem-sucedido.

Conclui-se ainda que estes casos não são lineares, não havendo um consenso nem um protocolo no que toca a terapêutica específica. Cada caso necessita de um plano de tratamento e acompanhamento individualizado e multidisciplinar permanente.

7. Bibliografia

1. Macêdo T, Costa M, Cheffer L, Muniz V, Dultra F, Dulyta J. Características clínicas e diagnóstico da displasia ectodérmica: Relato de um caso. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2013 jan; 34(1):27-31
2. Araújo B, Nora A, Marcon M, Medeiros D, Araújo E, Fachinello F. Síndrome da displasia ectodérmica anidrótica no período neonatal-relato de um caso. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(1):55-58
3. Ruschel H, Leopoldo C, Cruz F, Junior I. Displasia ectodérmica de baixa expressividade-relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia* 2008 set; 13(3):66-72
4. Ferreira C, Ferreira R, Fernandes M, Branco K, Arantes R, Leão L. Diaplasia Ectodérmica: relato de caso. *Arquivo de Odontologia Belo Horizonte* 2012 jan;48(1):47-52
5. Sarmiento V, Tavares R, Vilas-Boas R, Ramalho L, Falcão A, Meyer G. Displasia ectodérmica- revisão da literatura e relato de casos clínicos. *Sitientibus* 2006 jan;34:87-100
6. Vieira E, Casela L, Botter M, Volpato L. Tratamento protético de paciente com displasia ectodérmica hipohidrótica. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*. 2008 mai;4(2):113-8
7. Silveira J, Marrichi D, Santos A, Gimenez T, Braga M. Reabilitação estético-funcional de paciente com displasia ectodérmica em idade precoce. *Revista de Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas* 2012 nov;66(1):42-7
8. Ahiskalioglu E, Ahiskalioglu A, Firinci B, Dostbil A, Aksoy M. Manejo anestésico de paciente pediátrico com displasia ectodérmica hipohidrótica submetido a cirurgia de emergência. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2015 65(6):522-4
9. Triches T, Ximenes M, Souza J, Neto A, Cardoso A, Bolan M. Implant-supported Oral Rehabilitation in Child with Ectodermal Dysplasia-4-year Follow-up. *Bull Tokyo Coll* 2017; 58(1):49-56
10. León B, Martins G, Meyer G, Santos M, César Y. Reabilitação Protética em Pacientes com Displasia Ectodérmica Hipohidrótica: Caso Clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2008 49(3):153-8

11. Cerri A, Silva C, Silva S. Anodontia total decídua e permanente: displasia ectodérmica anidrótica. *Revista Brasileira de Medicina* 11: 571-3
12. Díaz B, Casas M. Displasia ectodérmica hipohidrótica. Presentación de caso. *Revista Médica Electrónica* 2009; 31(3)
13. Pipa A, López-Arranz E, Gonzálvez M. Tratamiento odontológico en la displasia Ectodérmica. Actualización. *Avances en Odontoestomatología* 2006 22(3):171-6
14. Vieira E, Casela L, Botter M, Volpato L. Tratamento Protético de Paciente com Displasia Ectodérmica Hipohidrótica. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica* 2008 mai; 4(2):113-8
15. Cardozo E, Oliveira A, Almeida B, Silva D, Britto A, Chrvitarese L. A Influência do Bulling nos Aspectos Psicossociais da Criança com Displasia Ectodérmica e o Conhecimento de Seus Responsáveis e Professores a Respeito da Doença: Um Olhar de Enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*.
16. Queiroz K, Novaes T, Imperato J, Costa G, Bonini G. The role oh the dentist in the diagnosis of ectodermal displasia. *Revista Gaúcha de Odontologia* 2017 abr; 65(2):161-7
17. Figueiredo V, Torealba M, Estrada P. Reporte de un Caso de Displasia Ectodérmica Anhidrótica Ligada Al X. *La Revista de Enfermería y Otras Ciencias de la Salud* 2012 jul; 5(2):102-6
18. Neves F, Ladeira D, Nery L, Neves E, Almeida S. Diaplasia Ectodérmica: Relato de Dois Casos Clínicos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2011: 23(2); 194-9
19. Costa C, Pontual M, Pontual A, Beltrão R, Almeida M, Diniz M. Displasia ectodérmica hereditária e hipótese de Lyon. *Revista Cubana de Estomatología* 2015 52(1):79-86
20. Garcovich S, Gnarra M, Muarabit A, Arena V, Sani I, Feliciani C. First report of hereditary Christ-Siemens-Touraine syndrome and non-segmental vitíligo association in a Young adult: contraindication for vitíligo treatment. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2014
21. Ramírez M, Jaimes L, Pieruccini J, Rodríguez M. Displasia Ectodérmica: Un reporte de caso. *Revista Estomatológica Herediana* 2016 abr;26(2):162-7

22. Botero ML, Botero G, Fuentes TM, Zapata MV, Pérez M, Peláez DA, Pérez JI. Displasia ectodérmica hipohidrótica: Reporte de casos. *Avances en Odontoestomatología* 2013 dez 2(1):11-23
23. Silva K, Alpízar B, Betancourt E, Ávila G. Opciones de tratamiento protésico en niños con oligodoncias por displasia ectodérmica hidrótica. *Medisur* 2014 jun;12(3):501-9
24. Erosa R, Ricalde R, Peraza M, Rodríguez C, García Y. Tratamiento de rehabilitación bucal en un Paciente con displasia ectodérmica anhidrótica. *Revista Odontológica Latinoamericana* 2008 0(1):13-17
25. Succi I, Fontenelle E. Qual é o seu Diagnóstico? Caso para diagnóstico. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2009 84(2):194-6
26. Montanari M, Battelli F, Corinaldesi G, Carboni C, Piana G. Reabilitação com Prótese sobre Implantes com Pilares de Baixo Perfil numa Criança com Displasia Ectodérmica. *O Jornal Dentistry* 2014 jun; 26-28
27. Montanari M, Battelli F, Callea M, Corinaldesi G, Sapigni L, Marchetti C, Tadini G, Mancini EG, Grecchi F, Clarich G, Salinas CF, Fedele G, Piana G. Oral Rehabilitation with implant-supported overdenture in a child with hypohidritic ectodermal dysplasia. *Annals of Oral & Maxillofacial Surgery* 2013 set;1(3):26
28. Montanari M, Callea M, Battelli F, Piana G. Oral Rehanilitation of children with ectodermal dysplasia. *BM J Case Reports* 2012 jun
29. Mello B, Silva T, Rios D, Machado M, Valarelli F, Oliveira T. Mini-implants: Alternative for Oral Rehabilitation of a Child with Ectodermal Dysplasia. *Brazilian Dental Journal* 2015 26(1):75-8
30. Pigno A, Blackman B, Cronin J, Cavazos E. Prosthodontic management of ectodermal displasia: A review of the literatura. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 1996 nov;76:541-5

8. Anexos

Consentimento Informado

Eu, Jéssica Alexandra Pinto Martins, aluna do Mestrado Integrado de Medicina Dentária no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, venho por este meio solicitar a sua colaboração, no sentido de realizar recolha de dados (história clínica, história familiar, exames complementares de diagnóstico, fotografias intra e extra orais...) para fins de investigação para o Relatório Final de Estágio com o tema "Reabilitação de um caso com Displasia Ectodérmica Anidrótica", sob orientação da Mestre Juliana de Sá.

Assinatura do aluno: Jéssica Alexandra Pinto Martins
Assinatura do orientador: Juliana de Sá

Eu, Picardo Salgado Pordal declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado para assinar este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos pessoais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários do meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura do paciente: Picardo Pordal

Gandra, 11 de Junho de 2018

Capítulo II – Relatório das actividades práticas das disciplinas de estágio supervisionado

1. Estágio em clínica geral dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário Ciências da Saúde em Gandra - Paredes, num período compreendido entre 11 de Setembro e 15 de Junho, com uma carga semanal de 5 horas compreendidas entre as 19h00 e as 00h00 perfazendo um total horário de 180h.

Este estágio foi supervisionado pelo Professor João Batista, professor assistente de Clínica Geral Dentária.

Este estágio revelou-se importante tanto a nível profissional como pessoal. Através deste estágio tive uma noção mais real do que será o mercado de trabalho, como interagir com todo o pessoal da equipa, como lidar com os pacientes e que situações me podem ocorrer ao longo da vida profissional. Foi sem dúvida um estágio que contribuiu positivamente para a minha formação.

Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se na tabela 1.

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em Clínica Geral Dentária			
Acto Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
<i>Dentisteria</i>	9	8	17
<i>Exodontia</i>	2	2	4
<i>Periodontologia</i>	5	3	8
<i>Endodontia</i>	5	3	8
<i>Outros</i>	2	6	8
TOTAL	23	22	45

2. Estágio em clínica hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital da Senhora da Oliveira, num período entre 11 de Setembro e 15 Junho, com uma carga semanal de 4 horas compreendidas entre as 9h00 e as 13h00 perfazendo um total de 120h sob a supervisão da Professora Ana Azevedo.

Este estágio revelou-se muito importante para mim, pois tive contacto com pessoas e realidades completamente diferentes do que estava habituada. O estágio hospitalar permitiu-me colocar em prática muitos conhecimentos adquiridos na teórica e ter uma noção das situações que me irão aparecer ao longo da vida profissional. Foi sem dúvida um estágio que me enriqueceu e me permitiu crescer tanto a nível profissional como pessoal.

Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio Hospitalar			
Acto Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
<i>Dentisteria</i>	29	15	44
<i>Exodontia</i>	38	39	77
<i>Periodontologia</i>	16	10	26
<i>Endodontia</i>	4	6	10
<i>Outros</i>	10	6	16
TOTAL	97	76	173

3. Estágio em saúde oral e comunitária

A unidade de ESOC contou com uma carga horária semanal de 4 horas, compreendidas entre as 9h00 e as 13h00, com uma duração total de 120 horas, sob a supervisão do professor Paulo Rompante, professor auxiliar do IUCS.

Numa primeira fase, que se desenrolou do início do ano letivo 2017-2018 até à paragem letiva, de acordo com o calendário escolar, de Dezembro, foi desenvolvido um plano de actividades tendo por base o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) da Direção Geral da Saúde (DGS), Ministério da Saúde de Portugal Continental. As tarefas nesta etapa contemplaram a interpretação individual da forma de implementação do PNPSO e da construção de ferramentas para alcançar o objetivo.

O plano de actividades teve este espírito em cada um dos grupos contemplados no PNPSO, nomeadamente:

- Grávidas, onde foi feito um power point assim como panfletos alusivos aos principais problemas decorrentes durante a gravidez, cheques dentista, precauções na realização de exames auxiliares com radiação, importância do médico dentista durante a gestação, cuidados de saúde oral a ter e a sua influência na saúde do feto e os primeiros cuidados na Saúde Oral do bebé.
- Adultos seniores, onde se realizou um power point alusivo aos principais problemas decorrentes da idade, uso de próteses, principais causas da perda de dentes e cuidados a ter, a importância da medicação e a importância da regularidade das consultas no médico dentista.
- HIV+ e indivíduos com Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (SIDA), onde foi feito um poster para afixar nas Unidades de Cuidados de Saúde abordando o que é, os principais cuidados de higiene oral, principais consequências orais da doença, principais vias de transmissão e prevenção.
- Crianças 0-5 anos, propôs-se informar através de uma apresentação os pais, cuidadores, educadores e auxiliares sobre a educação para a saúde e higiene oral da

criança assim como a sua importância, meios e métodos, e principais alimentos cariogénicos. Propôs-se também uma sessão de esclarecimento e educação directamente para as crianças mais velhas com o fim das motivar e ensinar de uma forma mais divertida a fazer a sua escovagem.

- Crianças 6-7 anos, elaborou-se um vídeo onde abrangia assuntos como métodos de escovagem, escovas, pastas dentífricas e meios auxiliares adequados, de forma a alertar as crianças, através de imagens, dos principais problemas orais e consequências da doença cárie, a erupção dos “novos” dentes e como os preservar, e alertar para uma alimentação saudável não cariogénica. Informou-se também os pais/cuidadores sobre os cheques dentista.

- Crianças 8-9 anos, fez-se uma pequena apresentação sobre as noções básicas da higiene oral e alimentação, seguida de uma interacção com as crianças através de jogos (palavras cruzadas, sopas de letras...) como forma de consolidar o que foi aprendido na apresentação anterior.

- Adolescentes, elaborou-se uma apresentação que informava sobre a higiene e saúde oral, alimentação, mudanças na cavidade oral durante a adolescência e principais problemas associados. Elaboraram-se também “marcadores de livros” alusivos à prática da higiene oral para estar sempre presente.

Na segunda fase do ESOC procedeu-se à visita de unidades de Ensino na seguinte escola:
JI/EB1 Boavista-Valongo

Para além das actividades inseridas no PNPSO, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos recorrendo a inquéritos fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a um total de 87 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 11 anos.

O plano de actividades encontra-se na tabela 3.

Tabela 3: Plano de actividades desenvolvido no Estágio de Saúde Oral Comunitária			
Data	Escola	Turma	Plano de actividades
30/jan	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Professores da Escola	Verificar as condições para executar as mais diversas actividades na escola.
6/fev	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	PPT para pais e educadores e livro para colorir.
13/fev	Carnaval		
20/fev	Jl/EB1 Boavista – Valongo	1º Ano	Teatro de incentivo aos bons hábitos de higiene.
27/fev	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	Levantamento Epidemiológico.
06/mar	Jl/EB1 Boavista – Valongo	2º Ano	Vídeo informativo e jogo interativo.
13/mar	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
18/mar	Entrega do primeiro 1/3 dos dados epidemiológicos		
20/mar	Jl/EB1 Boavista – Valongo	2ºAno	Levantamento Epidemiológico.
26/mar	Páscoa		
06/abr			
10/abr	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
17/abr	Jl/EB1 Boavista – Valongo	4ºAno	PPT alusivo à escovagem dentária e livro de jogos educativos com a motivação à higiene.
24/abr	Visita de Estudo		
29/abr	Entrega do segundo 1/3 dos dados epidemiológicos		
01/mai	Feriado		
06/mai	Queima das fitas		
15/mai	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
22/mai	Jl/EB1 Boavista – Valongo	4ºAno	Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
29/mai	Jl/EB1 Boavista – Valongo	Pré-escola	Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
14/jun	Entrega do terceiro 1/3 dos dados epidemiológicos		

4. Considerações finais

O Estágio em Medicina Dentária permitiu-me colocar em prática tudo o que foi aprendido na teórica. Com o estágio foi possível ter uma base mais completa de como será o futuro profissional, bem como funciona o mercado de trabalho. Foi uma ótima maneira de adquirir mais experiência e desenvolvimento profissional, tornando-me mais apta para exercer a profissão.

Ao fazer o estágio, tive uma visão mais clara e ampla do que realmente é a profissão e o que será exigido no mercado de trabalho.

Outro ponto muito importante foi a possibilidade de ter o auxílio de vários profissionais mais experientes, que me auxiliaram sempre que precisei e que me transmitiram conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da sua carreira.

Para além dos estágios referidos, foi feito também voluntariado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário Ciências da Saúde em Gandra - Paredes, num período compreendido entre 24 de Julho de 2017 até 27 de Julho de 2017.

Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 : Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio de Verão			
Acto Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
<i>Dentisteria</i>	1	1	2
<i>Exodontia</i>	2	0	2
<i>Periodontologia</i>	0	1	1
<i>Outros</i>	1	1	2
TOTAL	4	3	7