



Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Relatório de Estágio

Lipomas Orais

A Propósito de um Caso Clínico

Autor: Wesley de Britto Krebel

Orientador: Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

DECLARAÇÃO

Aceitação do Orientador

Eu, José Manuel Barbas do Amaral, com a categoria profissional de professor auxiliar convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "*Lipomas orais – a Propósito de um Caso Clínico*", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, *Wesley de Britto Krebel*, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes a obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 27 de junho de 2016

O orientador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Barbas', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

À minha irmã, que nos momentos mais difíceis, teve sempre uma palavra amiga para me incentivar.

Ao meu orientador, que para além de ser um excelente professor, contribuiu através da orientação, suporte e transmissão de conhecimentos na área da patologia oral, para a minha formação e para este relatório.

Ao professor Doutor Luís Monteiro, por ser a referência que é da Cespu e do país na área da patologia oral, e pela cedência das imagens do caso clínico apresentado neste relatório.

À Filipa Teixeira, que além de uma grande amiga, foi uma excelente binómia nestes cinco anos de curso.

À Sofia Vilela, que mesmo estando na sua "bubble" mostrou que é uma extraordinária amiga e junto com a Filipa Teixeira constituiu o melhor trinómio que eu podia ter.

Aos integrantes do Núcleo de Medicina Dentária, mais do que um grupo de trabalho, são amigos de uma honestidade e carácter irreprensíveis, que levo para a vida.

A cada professor e cada funcionário da Cespu, que tive ao longo deste percurso, que contribuíram para a minha formação com a transmissão de conhecimentos, valores e forma de estar na área da medicina dentária.

Aos meus colegas de ano em geral, que apoiaram-me, incentivaram-me e trataram-me sempre muito bem e mantivemos um grupo sempre muito unido ao longo deste percurso.

"A vida é ter coragem, amar, lutar e vencer"! Autor desconhecido...

RESUMO

Este relatório final de estágio tem como objectivo realizar uma revisão de literatura sobre os lipomas orais evidenciando as características clínicas, o diagnóstico, o prognóstico, as opções de tratamento bem como as localizações mais frequentes.

Também faz parte deste relatório, a apresentação de um caso clínico dum lipoma de localização rara, num paciente do sexo masculino, com 60 anos de idade.

O lipoma é a neoplasia benigna mais comum dos tecidos moles, porém, raro na cavidade oral, de origem mesenquimatosa e etiologia desconhecida, composto por tecido adiposo com metabolismo independente da gordura corporal.

Apresenta como características clínicas uma massa de consistência flácida, arredondada e coloração amarelada.

Geralmente são assintomáticos com crescimento lento, surgindo normalmente em adultos, tendo como localização mais comum a mucosa jugal e fundo do vestíbulo, seguido da língua, pavimento bucal, palato, lábios e gengiva.

O diagnóstico é clínico através da observação, palpação e história clínica da lesão. O diagnóstico definitivo é obtido através do exame histológico que acaba por ser o tratamento para este tipo de lesão.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com bisturi, laser ou electrocirurgia, sendo a sua recidiva rara.

PALAVRA-CHAVE

Lipoma; Lipomas da Cabeça e Pescoço; Lipoma Oral; Lipoma Cavidade Oral

ABSTRACT

This report presents a literature review of oral lipomas comprising the most common locations, clinical features, diagnosis, treatment options and prognosis.

In addition, a clinical case of a 60-year-old male patient with a lipoma in a rare location is described.

Lipomas are the most common benign neoplasm of soft tissues. They are rarely located in the oral cavity, usually of unknown etiology and mesenchymal origin, composed of fatty tissue with an independent metabolism of body fat.

Clinically, they present as rounded masses of flaccid consistency and yellowish coloration.

Lipomas frequently occur in adults, usually as an asymptomatic, slow growing lesion, most commonly located in the buccal mucosa and vestibular floor, followed by the tongue, the floor of the mouth, palate, lips and gums.

Diagnosis is clinical through observation, palpation and history. The definitive diagnosis is obtained by histological examination which ultimately comprises the treatment for this type of lesion.

The optimal treatment consists of surgical excision (using a scalpel, laser or electrosurgery) with a very low rate of recurrence.

KEY-WORDS

Lipoma; Head and Neck Lipoma; Oral Lipoma; Oral Cavity Lipoma.

ÍNDICE

I. CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
4.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	4
4.2. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	5
4.2.1. FIBROLIPOMA.....	6
4.2.2. ANGIOLIPOMA.....	6
4.2.3. LIPOMA DE CELULAS FUSIFORMES.....	6
4.2.4. LIPOMA MIXÓIDE.....	7
4.2.5. LIPOMA PLEOMÓRFICO.....	7
4.2.6. LIPOMA INTRAMUSCULAR.....	7
4.2.7. OSTEOLIPOMA.....	8
4.2.8. CONDRILIPOMA.....	8
4.2.9. SIALOLIPOMA.....	8
4.2.10. LIPOSSARCOMA.....	9
4.3. DIAGNÓSTICO.....	9
4.4. PROGNÓSTICO.....	10
4.5. TRATAMENTO.....	10
5. CASO CLÍNICO.....	12
6. DISCUSSÃO.....	14
7. CONCLUSÃO.....	16
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
9. ANEXOS.....	20
II. CAPÍTULO II.....	24
1. RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS.....	24
1.1. RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES PRÁTICAS.....	24
1.1.1. RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES POR UNIDADE CURRICULAR.....	24
1.1.1.1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA.....	24
1.1.1.2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR.....	25
1.1.1.3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA.....	26
2. CONCLUSÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS.....	29
3. ANEXOS CAPÍTULO II.....	30

ÍNDICE DE QUADROS

1. QUADRO 1: FLUXOGRAMA DA PESQUISA DE ARTIGOS	3
2. QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DOS LIPOMAS	5

ÍNDICE DE FIGURAS

1. FIGURA 1: EXCISÃO LIPOMA	11
2. FIGURA 2: DENSIDADE LIPOMA EM FORMOL A 10%	11
3. FIGURA 3: LIPOMA NO VESTÍBULO DIREITO.....	12
4. FIGURA 4: EXCISÃO CIRÚRGICA CONSERVADORA.....	12
5. FIGURA 5: PEÇA CIRÚRGICA EXTRAÍDA.....	13
6. FIGURA 6: SUTURA.....	13
7. FIGURA 7: LOCAL INTERVENCIONADO CICATRIZADO	13
8. FIGURA 8: RECURSOS UTILIZADOS NO ESOC.....	27
9. FIGURA 9: IMPLEMENTAÇÃO ESCOVAGEM NO ESOC.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. GRÁFICO 1: NÚMERO DE ATOS ÁREA CONSERVADORA DO ECGD	25
2. GRÁFICO 2: NÚMERO ATOS ÁREA CIRURGIA E PERIODONTOLOGIA DO ECGD	25
3. GRÁFICO 3: NÚMERO ATOS ÁREA REABILITAÇÃO ORAL DO ECGD	25
4. GRÁFICO 4: NÚMERO TRIAGENS E OUTROS DO ECGD	25
5. GRÁFICO 5: NÚMERO DE ATOS ÁREA CONSERVADORA DO EH	26
6. GRÁFICO 6: NÚMERO ATOS ÁREA CIRURGIA E PERIODONTOLOGIA DO EH.....	26
7. GRÁFICO 7: NÚMERO TRIAGENS E OUTROS DO EH.....	26

ABREVIATURAS

RM - Ressonância Magnética

TAC - Tomografia Axial Computadorizada

OMS – Organização Mundial de Saúde

ECGD – Estágio em Clínica Geral Dentária

EH – Estágio Hospitalar

ESOC – Estágio em Saúde Oral e Comunitária

PNPSO - Plano Nacional Promoção de Saúde Oral

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

O lipoma é uma neoplasia benigna, composto por células adiposas normais, que se apresenta como tumefação mole, móvel, indolor, bem circunscrito, de crescimento lento, superfície lisa e coloração amarelada (rosa nas lesões mais profundas) e envolvido por uma fina cápsula fibrosa.

É a neoplasia mesenquimal mais comum e frequentemente localizada nas costas, ombro, pescoço, extremidades, e raros na região oral e maxilofacial. Não existe predominância de sexo e a maioria das lesões ocorre em adultos acima dos 40 anos, sendo raros em crianças. O metabolismo dos lipomas é completamente independente da gordura corporal normal e podem ser sésseis ou pedunculados.

A maioria dos casos identificados tem dimensões inferiores a 3 cm, no entanto, ocasionalmente podem ocorrer casos de lesões maiores. A mucosa jugal e o vestíbulo são as localizações intra-orais mais comuns (cerca de 50% de todos os casos), seguido da língua, pavimento bucal, palato, lábio e gengiva.

Quando ocorrem nos tecidos profundos, os lipomas são de difícil diagnóstico, sendo necessários exames imagiológicos, e nestes casos, a ressonância magnética (RM) e a ecografia têm sido utilizadas como coadjuvantes no diagnóstico desta patologia, sem contudo esquecer que o diagnóstico é clínico e a análise anatomopatológica é fundamental para a sua confirmação.

Apesar de ter uma baixa prevalência na cavidade oral, deve o médico-dentista estar preparado para o seu correcto diagnóstico, a fim de reduzir o risco do mesmo ser confundido com outros tipos de lesões benignas e algumas malignas, e o paciente ser submetido a um tratamento eficaz.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica conservadora com bisturi, laser ou eletrocirurgia e a recidiva é rara.

Este relatório final de estágio encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro, dividido em três partes, é apresentada uma revisão da literatura, um caso clínico realizado na

clínica Nova Saúde da faculdade e uma discussão sobre a revisão da literatura e sobre o caso clínico.

O segundo capítulo é dedicado aos estágios realizados ao longo do ano lectivo.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral:

- a) Promover uma melhor compreensão sobre os lipomas orais.

Este trabalho tem como objetivos específicos:

- a) realizar uma revisão de literatura sobre os lipomas na cavidade oral. Pretende-se focar a revisão da literatura sobre o que de mais relevante existe ao nível científico acerca deste mesmo tema.
- b) apresentar o caso clínico de um lipoma que se apresentou na clínica da faculdade a consulta de medicina e patologia oral.
- c) evidenciar as características clínicas/patológicas, a importância do diagnóstico, tratamento e prognósticos mais adequados para o caso apresentado estabelecendo um paralelismo entre a parte clínica e a revisão bibliográfica e retirar conclusões sobre os mesmos.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

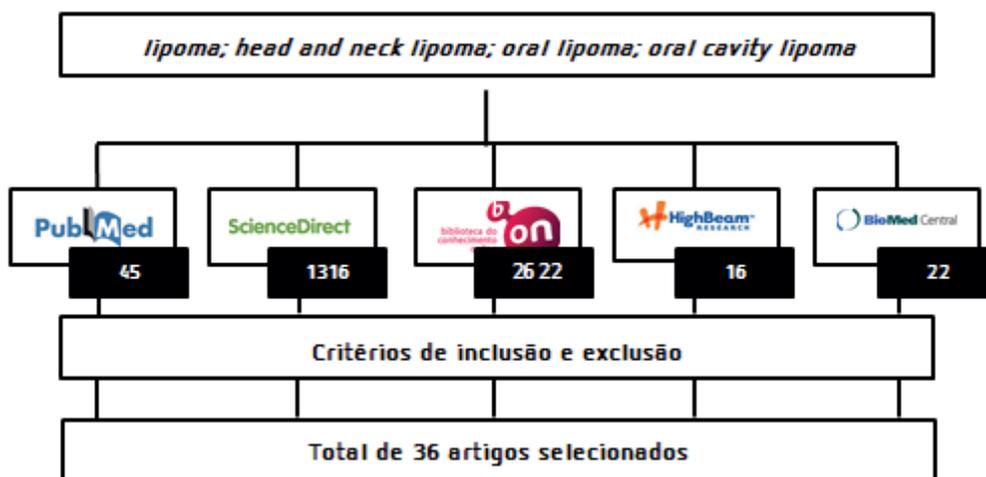
Este relatório final de estágio consiste na apresentação de um caso clínico ocorrido na clínica da faculdade, sustentado por uma revisão de literatura e uma breve discussão sobre o tema.

Foi realizada uma pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *PubMed*, *Science Direct*, *b-on*, *Highbeam research* e *Biomed Central* com as seguintes palavras-chaves: *lipoma*; *head and neck lipoma*; *oral lipoma*; *oral cavity lipoma*.

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos com descrição ou série de casos, texto integral disponível, escritos preferencialmente em inglês ou português que fossem relevantes para o tema, publicados nos últimos 6 anos. Foram também utilizados 2 artigos, sendo um de 2009, sobre os *schwannomas* que demonstraram ter importância científica para este relatório.

Como critérios de exclusão dos artigos obtidos, depois de avaliados, excluíram-se os que não apresentavam relevância para a realização deste relatório final de estágio, artigos sobre lipomas extra-orais e artigos que não incidissem sobre a espécie humana.

Quanto à metodologia clínica, esta consistiu na recolha de dados através da anamnese, fotografias, radiografia do qual foi construída a história clinico dentária do paciente. Também foi incluída, a informação sobre o tratamento cirúrgico e análise anatomopatológica relevante para a apresentação do caso.



Quadro1: Fluxograma pesquisa de artigos nas bases de dados.

4. REVISÃO DA LITERATURA

O lipoma é uma neoplasia benigna, de células adiposas normais, rara na boca, de origem mesenquimatosa, que se apresenta como tumefação mole, móvel, assintomático, de cor amarelada, compreendendo cerca de 20% dos casos na região da cabeça e pescoço e por até 5% das neoplasias benignas na cavidade oral.^{1,2,3,4,5,6,7,31}

A primeira descrição de um lipoma na cavidade oral, foi em 1848 por *Roux* num trabalho sobre a revisão das massas alveolares, no qual se refere ao lipoma como um "*epulis amarelo*".^{2,29,31}

4.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O lipoma apresenta-se como uma massa relativamente bem delimitada, única ou lobulada, de crescimento lento, desenvolvendo-se por muitos anos podendo atingir grandes proporções e, por vezes, áreas nobres da maxila e da mandíbula. Quanto ao metabolismo, este é independente do metabolismo da gordura corporal.^{2,3,4,5,6,29,30}

Podem apresentar-se de duas formas: encapsulada, originando-se dentro do tecido conjuntivo da submucosa superficial sendo a mais comum, e a difusa, que surge no tecido profundo da face e são detetados apenas à palpação.^{2,4,29,33}

Quando se apresenta na boca, os locais mais comuns são a mucosa jugal, vestíbulo, língua, pavimento bucal, palato, lábio e gengiva. Há autores que referem também a localização nas glândulas salivares major e intra-ósseo, sendo este último de ocorrência ainda mais rara. *Anexo 1*^{2,3,4,5,6,7,29,30}

Aparecem principalmente depois dos 40 anos de idade, sendo raros os casos detetados em crianças. Com relação ao género, os lipomas intra-orais não possuem predileção de género, no entanto, há uma tendência maior para o género masculino.^{1,2,3,4,5,6,7,29,31}

Em regra, os lipomas apresentam-se assintomáticos, com consistência mole e lisa à palpação, de coloração amarelada e, geralmente localizados na mucosa jugal, o que somado às dimensões que raramente ultrapassa os 3 cm no seu maior diâmetro, sésseis ou pedunculados, são aspetos essenciais ao diagnóstico clínico.^{1,2,3,5,6,7,29}

Dependendo da sua localização e tamanho, os lipomas na cavidade oral podem interferir com a respiração, deglutição, fonação e próteses removíveis.^{3,4,6}

Desde origem embrionária, hereditariedade, trauma, degeneração gordurosa, hormonal, infecção e irritação crônica são algumas das possíveis teorias para o aparecimento dessa lesão.^{2,5,6,7,30}

A transformação maligna dos lipomas na cavidade oral é extremamente rara, informação que vem auxiliar no diagnóstico, que é eminentemente clínico, sendo aconselhável a sua confirmação histológica.^{1,7,29}

4.2. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

No exame microscópico, observam-se adipócitos maduros que são idênticos às células adiposas normais, com citoplasma nítido, vacuolizado, e com núcleo em posição de excentricidade. Normalmente é bem circunscrito, podendo apresentar uma fina camada fibrosa e observar-se um distinto arranjo lobular das células. *Anexo 2*^{7,29}

Os lipomas podem apresentar inúmeras variedades histopatológicas, sendo então denominados a partir do componente celular presente em maior número e podem ser classificados, entre outros, em fibrolipomas, angioliomas, lipomas das células fusiformes, lipomas mixóides, lipomas pleomórficos, lipomas intramusculares, osteoliomas, condroliomas, sialoliomas e lipossarcomas (*Quadro 2*).^{1,4,5,7,29}

Componente Tecidual Adicional	Classificação
Tecido fibroso	Fibrolipoma
Vasos sanguíneos	Angiolioma
Células fusiformes	Lipoma das células fusiformes
Tecido mixóide	Lipoma mixóide
Células fusiformes e gigantes multinucleadas	Lipoma pleomórfico
Fibras músculo estriado, vasos e tecido fibroso	Miolipomas
Tecido ósseo	Osteoliomas
Tecido cartilaginoso	Condroliomas
Tecido glandular	Sialoliomas
Células redondas, pleomórficas, diferenciadas	Lipossarcoma

Quadro 2: Classificação histológica dos lipomas quanto a componente tecidual adicional.

4.2.1. FIBROLIPOMA

É o principal e mais comum tipo de lipoma, que contém um componente fibroso significativo combinado com lóbulos de células adiposas maduras de diferentes tamanhos, principalmente na periferia. Podem ser mais ou menos consistentes consoante a quantidade, distribuição e profundidade do tecido fibroso presente. Devido à sua capacidade de adesão aos tecidos e estruturas adjacentes e à sua capacidade pseudo-infiltrativa, os fibrolipomas podem gerar dúvidas sendo de extrema importância efetuar um diagnóstico diferencial com lesões infiltrantes malignas. Raro na cavidade oral, quando ocorre, a localização mais frequente é a mucosa jugal e representa aproximadamente 40% dos tumores benignos de tecido adiposo. A sua etiologia é desconhecida, no entanto, tem maior incidência em zonas que sofrem constante trauma na cavidade oral. ^{1,5,8,9,29}

4.2.2. ANGIOLIPOMA

São raros na cavidade oral representando entre 5% a 17% de todos os lipomas. Apresentam-se como um nódulo amarelo com células adiposas maduras, separadas por uma rede ramificada de pequenos vasos sanguíneos com proporção variada contendo fibrina, trombos e mastócitos. Tem etiologia desconhecida, no entanto, o traumatismo, a diferenciação hormonal durante a puberdade, a deterioração dos adipócitos em hemangiomas e a proliferação vascular em lipomas congênitos têm sido apontados como possíveis causas. Podem ser circunscritos ou difusos, sendo os circunscritos geralmente confinados ao tecido subcutâneo. O difuso surge nos tecidos moles profundos e possui uma grande capacidade infiltrativa de estruturas adjacentes tornando mais complicada a sua excisão cirúrgica. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o angiossarcoma e com o sarcoma de *kaposi*. ^{1,5,10,11,12,29}

4.2.3. LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES

Benignos e assintomáticos, representam cerca de 1,5% de todos os casos de lipomas, sendo raros na cavidade oral. Possuem uma quantidade variável de células fusiformes, de

aparência uniforme, em conjunto com um componente lipomatoso típico, bem circunscrito e com localização superficial. Após substituírem as células adiposas maduras, as células fusiformes ligam-se intimamente a uma matriz de colagénio, material mixóide e mastócitos espalhados. Tem predileção pela língua, mas pode também aparecer no pavimento da boca, mucosa oral, palato e gengivas. ^{1,13,14,15,29,32}

4.2.4. LIPOMA MIXÓIDE

Lesão bem circunscrita, benigna, rara e representa menos de 1% dos lipomas. Delimitado por uma cápsula fina ou lobulada, com variadas proporções de células adiposas, células fusiformes, colagénio, substância mucóide e matriz mixóide. Devido à variação vascular que pode apresentar, este tipo de tumor pode ser confundido com lipossarcoma mixóide.

^{1,5,11,16,17}

4.2.5. LIPOMA PLEOMÓRFICO

É considerado uma variante do lipoma das células fusiformes, que raramente ocorre na cavidade oral, possuindo pleomorfismo celular e espectro histológico variado. A sua principal característica é a presença de células fusiformes e células gigantes hiper cromáticas, bizarras e multinucleadas, com arranjo *floret-like* dos núcleos, sendo difícil diferenciá-lo de um lipossarcoma pleomórfico. ^{1,18,29,32}

4.2.6. LIPOMA INTRAMUSCULAR

Lesão benigna com células adiposas maduras, separadas por um estroma fibroso escasso contendo um pequeno número de vasos sanguíneos e por cadeias e grupos de fibras de músculo estriado. Apresentam padrão de crescimento infiltrativo, lento, assintomático, não capsulado, situando-se mais profundamente e estendendo-se por entre (intermuscular) ou dentro (intramuscular) do músculo-esquelético, com limites mal definidos e podendo ser facilmente confundido com um lipossarcoma. É fundamental o uso de tomografia axial computadorizada (TAC) e da ressonância magnética para

delimitar a lesão. Possui uma das mais altas taxas de recidiva devido à sua natureza invasiva e à dificuldade de excisão da lesão. ^{1,19,29}

4.2.7. OSTEOLIPOMA

São extremamente raros e consistem em lipomas com metaplasia óssea, ou seja, tecido adiposo maduro rodeado por tecido ósseo ou com este no seu interior. Quanto à localização podem ser intra-ósseos (representam 0,1% dos tumores intra-ósseos) ou aderido ao osso. Tem etiologia desconhecida devido à raridade de casos ocorridos, no entanto, pode estar associado com a ossificação endocondral por células mesenquimais pluripotentes dentro dos adipócitos. A maioria dos casos intra-ósseos são achados radiográficos, devido à ausência de sintomatologia. ^{1,20,21,22,33}

4.2.8. CONDROLIPOMA

É um tumor benigno com células adiposas maduras e metaplasia cartilaginosa e variante histológica rara na cavidade oral. Possui predileção por adultos jovens e pelo sexo feminino. Tem etiologia desconhecida, no entanto, a metaplasia da cartilagem parece estar associada a multipotencialidade das células estaminais mesenquimais. O tratamento é a remoção cirúrgica e a recidiva rara. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o lipossarcoma mixóide e com o condrossarcoma. ^{1,23,24}

4.2.9. SIALOLIPOMA

É uma neoplasia benigna rara nas glândulas salivares com tecido adiposo maduro, bem circunscrita, com elementos das glândulas salivares entre o tecido adiposo (o que distingue de um lipoma comum). A ressonância magnética e a ecografia assumem um papel importante como meios auxiliares de diagnóstico. O tratamento é a cirurgia conservadora e no caso da parótida, tentar preservar o nervo facial. ^{1,6,25,26}

4.2.10. LIPOSSARCOMA

O lipossarcoma é um atípico tumor lipomatoso bem diferenciado, conhecido como uma neoplasia maligna do tecido adiposo e sarcoma dos tecidos moles. Representa 2 – 8% dos lipossarcomas da cabeça e do pescoço e tem predileção pelo palato, assoalho da boca, gengiva, mandíbula e língua. Localizam-se em tecidos profundos, de crescimento lento e indolor. Na sua etiologia parecem estar associados a predisposição genética, trauma, radiação, pesticidas, imunossupressores, vírus da imunodeficiência humana, herpes vírus do tipo 8 e esteróides anabolizantes. Possui consistência firme, encapsulado, crescimento constante e não necessita ser precedido por um lipoma. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem 3 formas de lipossarcomas com formas e comportamentos únicos: atípica ou diferenciada, mixóide ou celular e pleomórfico. A análise anatomopatológica é fundamental para o diagnóstico da lesão. O tratamento passa pela cirurgia para a excisão do tumor. A radioterapia é utilizada conjuntamente com a cirurgia ou exclusiva para tumores microscópicos. A quimioterapia é utilizada como terapêutica adjuvante para tumores de alto grau em diferentes protocolos. O doente deve ser controlado de perto devido à alta taxa de recidiva.^{27,28}

Em caso de dúvida, deve ser realizada uma análise imunohistoquímica para despistar a malignidade do tumor.¹⁷

4.3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico centra-se nas características clínicas, observadas após exame físico intra-oral minucioso, através da observação e palpação (que permite examinar estruturas profundas e observar a compressibilidade, sensibilidade e relações anatómicas) associado à história da lesão formando assim o diagnóstico clínico presumível. **Anexo 3**^{2,3,4,6,7,29}

O diagnóstico clínico diferencial dos lipomas faz-se com o fibroma (tecido fibroso e mais firme), liposarcoma, tumor misto, mucocelo, rânula, a hiperplasia fibrosa inflamatória / traumática e *schwannoma*.^{2,3,4,6,7,29}

O diagnóstico torna-se mais complexo quando o padrão característico da lesão se apresenta alterado, devendo-se recorrer aos meios auxiliares de diagnóstico e a uma

biópsia para observar os aspetos microscópicos da lesão, e estabelecer um diagnóstico definitivo.^{3,7,29}

Em tumores profundos nos quais o campo visual e a palpação são inconclusivos, os meios auxiliares de diagnósticos revelam-se fundamentais. A ortopantomografia e a tomografia axial computadorizada (TAC) auxiliam na exclusão de lesões ósseas, a ressonância magnética (RM) e a ecografia são importantes meios auxiliares de diagnóstico que estão disponíveis, tornando mais fácil o seu diagnóstico e plano de tratamento.^{3,4,7,30,31}

Os meios auxiliares de diagnóstico apresentam também algumas limitações para o diagnóstico. Na ecografia por exemplo os lipomas tendem a ser hipocóticos, ou seja, refletem pouco os ultras-sons e / ou ecos e na TAC aparecem com as margens pouco definidas. A RM tem demonstrado ser um importante e eficaz meio auxiliar de diagnóstico utilizado para delimitar e diferenciar a lesão do tecido normal adjacente, principalmente nos casos em que há envolvimento nervoso ou vascular peri ou intratumoral.^{2,3,7,30,31}

4.4. PROGNÓSTICO

O prognóstico dos lipomas é bom. A maioria das variações histológicas não afetam o prognóstico e o doente deve continuar a ser seguido após ressecção total, embora sejam raros os casos de recidiva.^{1,3,5}

4.5. TRATAMENTO

Independentemente da sua classificação, o plano de tratamento após o diagnóstico clínico e imagiológico, deverá ser sempre o mesmo: a excisão cirúrgica conservadora visto possuir um carácter não agressivo e raramente recidivar. A biópsia excisional pode ser feita com bisturi, electrobisturi e laser.^{2,3,4,5,6,7,29,31}

As cirurgias devem ser muito bem planeadas e observada a especificidade anatómica do local da cirurgia a fim de evitar lesar estruturas nobres como o canal da glândula submandibular, vasos sanguíneos como a artéria lingual, o plexo venoso e os nervos mentoniano e lingual.²⁹

Segundo o *The American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology* todo o material composto por tecido anormal excisionado da cavidade oral deve ser submetido a exame histopatológico, constituindo este, o *gold standard* no diagnóstico de lesões da cavidade oral.³⁶

A biópsia está indicada quando a lesão persiste por mais de duas semanas, após a exclusão de fatores traumáticos e inflamatórios ou há suspeita de malignidade, tratando-se de um importante instrumento para a confirmação do diagnóstico clínico e detecção precoce de lesões pré-malignas e malignas.³⁶

Uma característica das peças cirúrgicas associadas a esta patologia é possuírem menor densidade quando mergulhadas em um líquido fixador (formol 10% ou soro fisiológico 0.9%) devido a gordura ser menos densa que a solução fixadora.^{5,7}



Figura 1: Fotografia cedida pelo Dr. Lorenzo Azzi. Autorização para uso em anexo.



Figura 2: Lipoma em formol a 10%, <http://www.dentalborras.com/lipoma/>, consultado em 09 de junho 2016 as 19:54 hs. Autorização para uso da imagem nos anexos.

5. CASO CLÍNICO

J.P.F., sexo masculino, 60 anos de idade, caucasiano, recorreu à consulta de medicina oral / patologia oral no dia 21 de novembro de 2015, com queixa de “nódulo indolor, que estava a crescer no lado direito da boca”.

Referiu ser não fumador, não consumir álcool, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II.

Faz como medicação habitual, sitagliptina / cloridrato de metformina, trombolite 150mg, peridropril (10 mg/2,5); diamicron 60mg, nebilet 5 mg e sinvastatina 10 mg.

Foi efetuada a ortopantomografia, que revelou imagem radiopaca que poderia corresponder a cálculo da parótida direita ou ainda placa de ateroma.



Figura 3: lipoma com localização no vestibulo direito entre os dentes 43 e 46.

Ao exame clínico objetivo, constatou-se a presença de tumefação no vestibulo direito, com cerca de 3 x 2 cm de diâmetro, localizada entre os dentes 43 e o 46.

O doente referiu que o aparecimento da lesão ocorrera há cerca de 1 ano, sem sintomatologia acompanhante.

A tumefação apresentava-se mole e amarelada, móvel em todos os planos com exceção da face vestibular da mandíbula, indolor, sem alterações de cor da mucosa que a reveste. Não apresentava gânglios linfáticos cervicais aumentados.

Como hipóteses de diagnósticos foram colocadas Lipoma e *schwannoma*.



Figura 4: excisão cirúrgica conservadora do lipoma.

Foi efetuada a exérese cirúrgica da tumefação cuja morfologia e aspeto macroscópico correspondiam a lipoma. A peça foi enviada para a anatomia patológica e o doente foi medicado com amoxicilina 1 g de 12/12 horas e paracetamol 6/6 horas com um máximo de 4 comprimidos / dia.

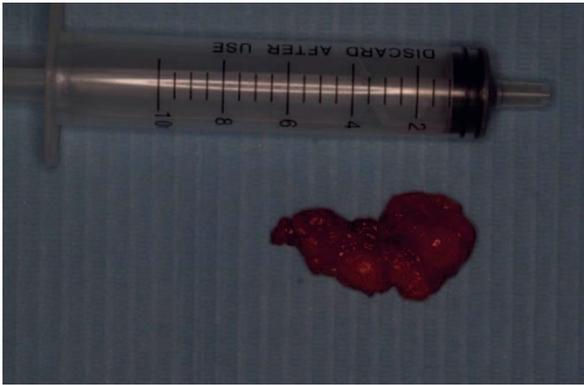


Figura 5: peça cirúrgica pós extração.



Figura 6: sutura do local onde foi excisado o lipoma.

Foi dada esta informação em carta ao paciente para ser entregue ao seu médico assistente.

No dia 01 de dezembro de 2015, foi enviado pelo laboratório de anatomia patológica, citologia e tanatologia da Cespu, o resultado da biópsia da peça cirúrgica com a seguinte descrição:

- Exame macroscópico: fragmento de 3,5 x 2 cm, irregular de cor amarelada.
- Exame microscópico: os cortes histológicos mostram formação nodular constituída por células adiposas regulares. Não se observa sinais de malignidade.
- Diagnóstico: Lipoma.

No dia 08 de janeiro de 2016, o paciente veio a consulta pós-operatória, estando assintomático e com exame clínico sem alterações, tendo tido alta.



Figura 7: processo cicatrização pós-operatória.

6. DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os lipomas são lesões benignas, compostas por tecido adiposo bem diferenciado, envolvido por tecido conjuntivo sem alterações celulares. Aproximadamente 15% a 20% dos lipomas ocorrem na região de cabeça e pescoço sendo 1 a 5% na cavidade oral.^{1,2,3,4,5,6,7,29,31}

O lipoma é a neoplasia benigna mais comum, desenvolvendo-se em locais onde exista tecido adiposo e localização subcutânea, podendo ocorrer em regiões mais profundas.^{3,5,7,29}

O tecido adiposo é composto por células adiposas maduras que possuem variados tamanhos dependendo do volume dos seus vacúolos citoplasmáticos.^{5,7,29}

O caso clínico apresentado corresponde ao que é descrito na literatura disponível sobre os lipomas, apresentando as seguintes características: 60 anos de idade, masculino, lesão única, aparecimento há cerca de 1 ano, assintomático, 3 x 2 centímetros de diâmetro, consistência mole, amarelada, móvel, sem alteração de cor da mucosa que a reveste.

Devido à sua localização, vestibulo direito entre o 43 e o 46, foi colocada como hipótese de diagnóstico diferencial com o *schwannoma*.

O *schwannoma* é uma neoplasia benigna ou maligna, rara, originária das células de *Schwann* e desenvolvendo-se a partir da bainha de mielina dos nervos periféricos e cranianos. São arredondados, encapsulados, sólidos, bem delimitados, crescem lentamente comprimindo o nervo ao qual está associado.^{34,35}

Apesar de raros, 25 – 45% dos *schwannomas* aparecem na cabeça e pescoço e apenas 1% são encontrados na cavidade oral. Tem predileção pela língua, seguido pela mucosa, palato, lábio e também há descrições de *schwannomas* intra-ósseos.^{34,35}

No caso clínico, a hipótese de *schwannoma* para diagnóstico diferencial, cumpre todos estes requisitos, podendo estar associado ao nervo mentoniano.

Entre as diversas causas apontadas para o aparecimento dos lipomas na cavidade oral, foram encontradas na literatura descrições, que sustentam a hipótese de alterações endócrinas como a diabete mellitus apresentada pelo paciente, ser o fator etiológico do lipoma.⁶

Alterações genéticas como diabetes mitocondrial e mutações no tRNA, no ADN mitocondrial podem ser uma causa direta ou indireta de perturbação do processo de maturação das células adiposas desencadeando a formação dos lipomas.⁶

Não podemos no entanto, descartar as outras hipóteses para o aparecimento do lipoma apresentado no caso referido como alterações endócrinas, traumas locais, predisposição genética.

Na avaliação clínica, deve ser realizada a anamnese, seguida de exame físico extra e intra-oral de forma minuciosa, com o objetivo de contribuir para um correcto diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento dos lipomas orais.^{1,3,4,5}

O diagnóstico é essencialmente clínico, suportado por exames imagiológicos quando as margens da lesão não estão bem delimitadas, tamanhos excessivos ou quando o tamanho pode comprometer estruturas anatómicas complexas.^{1,29,30}

O conjunto de características clínicas apresentadas pelo paciente, foram fundamentais no tipo de tratamento, bem como no prognóstico da lesão. O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica conservadora, que, conforme a literatura, é o procedimento de eleição com baixos índices de recidiva.

A excisão cirúrgica que é o procedimento mais indicado nos casos de lipomas, podendo ser realizada com bisturi, laser ou electrocirurgia.

A maioria das exéreses efetuadas, corresponde a lipomas e fibromas, no entanto, o exame histopatológico é fundamental para despistar novas variantes, subtipos e malignidade.^{1,6,31}

Histologicamente, o caso foi classificado como lipoma.

7. CONCLUSÃO

Com base na revisão da literatura e no caso clínico apresentado neste Relatório Final de Estágio podemos concluir:

O lipoma é uma neoplasia benigna relativamente comum em outras partes do corpo, mas raro na cavidade oral, devendo o médico dentista estar preparado para identificar e diagnosticar os casos que apareçam no consultório.

O diagnóstico é essencialmente clínico, no entanto, caso haja dúvidas sobre a extensão / limite e profundidade da lesão, deve o médico dentista recorrer dos meios auxiliares de diagnóstico que estão à disposição, como a ressonância magnética, tomografia axial computadorizada e a ecografia para auxiliarem no correto diagnóstico e tratamento.

Quanto à etiologia, a literatura ainda não é conclusiva, desde alterações endócrinas, hereditariedade, trauma local, degeneração gordurosa, alterações hormonais, infecção e irritação crônica podem estar na origem dos lipomas.

No caso clínico apresentado, a diabetes mellitus pode ter contribuído para o aparecimento do lipoma na cavidade oral, no entanto, e por falta de confirmação, não podendo descartar outros fatores desconhecidos.

Histologicamente, existem vários tipos de lipomas sendo os mais prevalentes o lipoma comum e o fibrolipoma. Qualquer que seja a variação histológica, o tratamento é a excisão cirúrgica conservadora.

Assim como na literatura, o caso clínico veio a confirmar que o local de maior prevalência de lipomas na cavidade oral é a mucosa jugal e o vestíbulo.

Devido à sua localização, foi colocada como hipótese de diagnóstico diferencial do caso clínico, o *schwannoma*. Esta hipótese foi logo descartada aquando da análise macroscópica da peça cirúrgica e confirmada pela biópsia.

A correta técnica cirúrgica e o acompanhamento pós-operatório são os fatores-chave para evitar possíveis recidivas e o sucesso do tratamento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

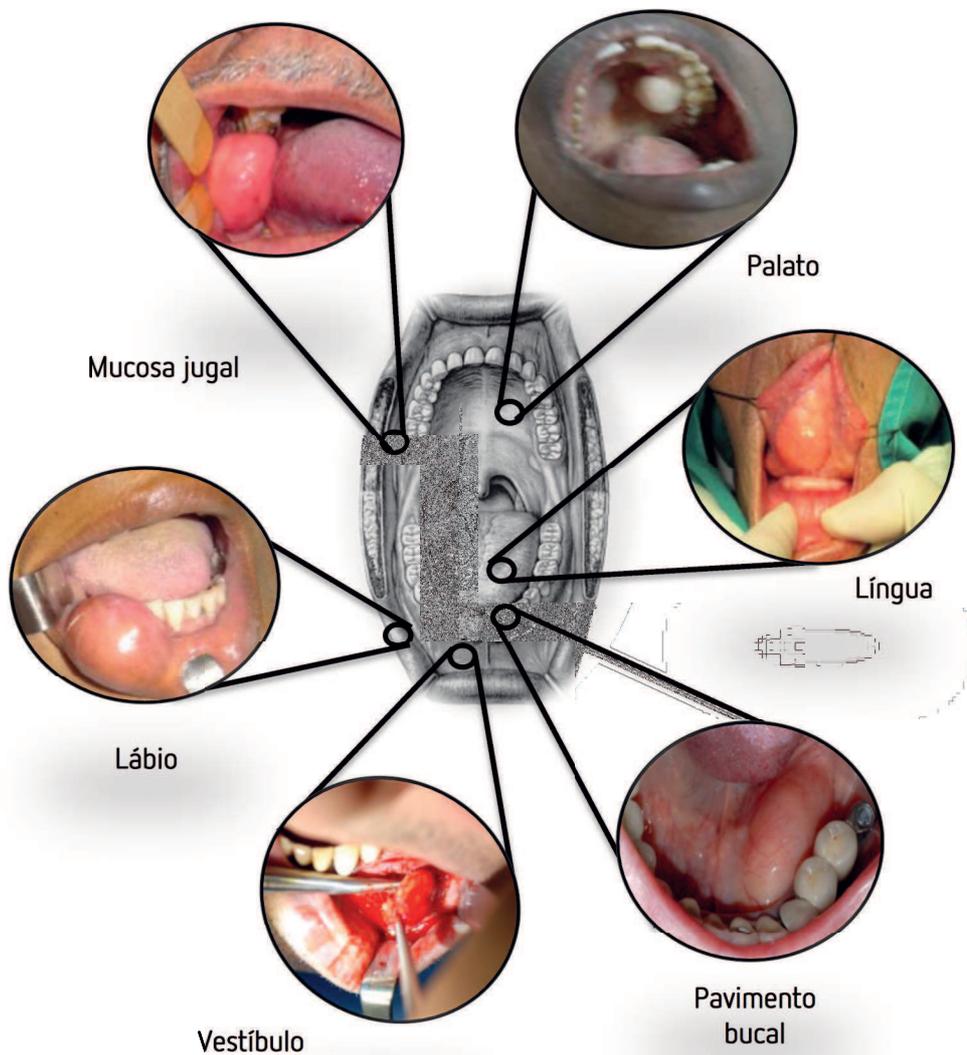
1. Tettamanti L, Azzi L, Croveri F, Cimetti L, Farronato D, Bombeccari G, Tagliabue A, Spadari F. *Oral lipoma: Many features of a rare oral benign neoplasm*. Head Neck Oncol 2014 Jun 10;6(3):21
2. Kaur R, Kler S, Bhullar A. *Intraoral Lipoma: Report of 3 Cases*. Dental Research Journal. 2011;8(1):48-51.
3. Hoseini AT, Razavi SM, Khabazian A. *Lipoma in Oral Mucosa: Two Case Reports*. Dental Research Journal. 2010;7(1):41-43.
4. Magadum D, Sanadi A, Agrawal JM, et al. *BMJ Case Reports*. Published online 2016 01 22 doi:10.1136/bcr-2012-007987
5. Studart-Soares EC, Costa FWG, Sousa FB, Alves APNN, Osterne RLV. *Oral lipomas in a Brazilian population: A 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Sep 1;15(5):e691-6
6. Park B-G, Choi D-J, Park J-W, Kim J-S. *Oral cavity lipoma: a case report*. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2015;41(4):213-216.
7. Sharma G, Jain K, Nagpal A, Baiju CS. *A rare presentation of lipoma on mandibular mucogingival junction*. J Indian Soc Periodontol 2016;20:199-202
8. Laconetta G, Friscia M, Cecere A, Romano A, Orabona GD, Califano L. *Rare fibrolipoma of the tongue: a case report*. Journal of Medical Case Reports 2015;9:177
9. Iwase M, Saida N, Tanaka Y. *Fibrolipoma of the Buccal Mucosa: A Case Report and Review of the Literature*. Case Reports in Pathology 2016;2016:4
10. Ohnishi Y, Watanabe M, Fujii T, Yasui H, Kubo H, Kakudo K. *Infiltrating angiolipoma of the lower lip: A case report and literature review*. Oncology Letters. 2015;9(2):833-836.
11. Silva-Junior GO, Picciani BL, Costa RC, Barbosa SM, Silveiras MG, Souza RB, Cantisano MH, Pires FR. *Oral soft-tissue angiolipoma: report of two cases of rare oral lipomatous lesion with emphasis on morphological and immunohistochemical features*. Journal of Oral Science 2013 Mar;55(1):85-8.
12. Martínez-Mata G, Rocío M-F, Juan L-EC, Paes AO, Adalberto M-T. *Angiomyxolipoma (Vascular Myxolipoma) of the Oral Cavity. Report of a Case and Review of the Literature*. Head and Neck Pathology 2011;5(2):184-187.
13. Jaeger F, Capistrano HM, de Castro WH, et al. *Oral Spindle Cell Lipoma in a Rare Location: A Differential Diagnosis*. The American Journal of Case Reports 2015;16:844-848.
14. Al Sheddi MA, Assari A, Mosadomi H. *Spindle cell lipoma of the mandibular mucogingival junction: a case report of unusual oral neoplasm*. International Journal of Oral Science 2014;6(3):185-187.

15. Júnior OC, de Aguiar ECG, Sartori JHF, Lima F de O. *Spindle cell lipoma of the tongue: A case report of unusual occurrence*. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology **2013**;17(1):148.
16. Ono S, Rana M, Takechi M, et al. *Myxolipoma in the tongue - A clinical case report and review of the literature*. Head & Neck Oncology **2011**;3:50.
17. Bajpai M, Pardhe N. *Myxolipoma of oral cavity*. Universal Research Journal of Dentistry **2016**;6:134-6.
18. Lin X-Y, Wang Y, Liu Y, et al. *Pleomorphic lipoma lacking mature fat component in extensive myxoid stroma: a great diagnostic challenge*. Diagnostic Pathology **2012**;7:155.
19. Gouveia MM, Júnior OR, Nunes RAP, Borba AM, Alves CAF, Júnior JG. *Lipoma in the temporal region: a case report*. Revista Gaúcha Odontologia **2015**;63(4):489-491.
20. Fukushima Y, Kitamura T, Hayashi N, Enoki Y, Sato T, Yoda T. *A huge osteolipoma involving the coronoid process: a case report*. Journal of Oral Science **2016**;58(1):141-144.
21. Büyükkakyüz N, Ergun S, Öztürk M, Olgac V. *Intraosseous Lipoma of the Mandible: A Case Report and Review of the Literature*. International Journal of Oral & Maxillofacial Pathology **2012**;3(3):26-30.
22. Morais AL, Mendonça EF, Alencar AH, Estrela C. *Intraosseous lipoma in the periapical region of a maxillary third molar*. J Endod. **2011 Apr**;37(4):554-7.
23. G K, PJ Y. *Chondrolipoma of the Lower Lip: A Case Report*. Journal of Clinical and Diagnostic Research **2014**;8(6):FD07-FD08.
24. Haytoglu S, Ekici NY, Kulahci O, Arikan OK. *Chondrolipoma of the Tongue in a Child: A Case Report*. Journal Medicine Cases **2015**;6(8):378-381.
25. De Moraes M, de Matos FR, de Carvalho CP, de Medeiros AMC, de Souza LB. *Sialolipoma in Minor Salivary Gland: Case Report and Review of the Literature*. Head and Neck Pathology **2010**;4(3):249-252.
26. Mitsimponas KT, Agaimy A, Schlittenbauer T, Nkenke E, Neukam F-W. *Oncocytic lipoadenoma of the parotid gland: a report of a new case and review of the literature*. International Journal of Clinical and Experimental Pathology **2012**;5(9):1000-1006.
27. Priyal G, Shakil M, Jose M, Hussain A. *Liposarcoma of the maxillary antrum: A case report*. Journal Cancer Res Ther **2015 Oct-Dec**;11(4):1023.
28. Chandra S, Devi MP, Gupta A, Ravindra SV. *Liposarcoma: A Rare Case Report with Review of Literature*. IJSS Case Reports & Reviews **2015**;1(12):22-26.
29. Venkateswarlu M, Geetha P, Srikanth M. *A rare case of intraoral lipoma in a six year-old child: a case report*. International Journal of Oral Science **2011**;3(1):43-46.

30. Martins FL, Salum FG, Cherubini K, de Figueiredo MAZ. *Utility of ultrasonography as an auxiliary method in the diagnosis of lesions in oral soft tissues*. Oral Radiology 2015;31(3):137–142.
31. Baonerkar HA, Vora M, Sorathia R, Shinde S. *The lipoma of tongue - A rare site for a tumor: Case report and review of the literature*. Indian Journal of Dentistry 2015;6(4):207-210.
32. Milhan NVM, Cavalcante ASR, Marques YMFS, Carvalho YR, Anbinder AL. *Spindle Cell Lipoma Occurring in the Buccal Mucosa: An Unusual Location of This Benign Lipomatous Neoplasm*. Case Reports in Pathology 2015;2015Article ID 805730, 5 pages.
33. Kavusi S, Farahmand V, Davidson TM, Farid N, Shabaik A. *Osteolipoma Presenting as a Submandibular Mass: A Rare Presentation*. Head and Neck Pathology 2013;7(1):93-96.
34. Subhashraj K, Balanand S, Pajaniammalle S. *Ancient schwannoma arising from mental nerve. A case report and review*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jan 1;14(1):E12-4.
35. Gudi SS, Sikkerimath BC, Puranik RS, Kasbe SS. *Swelling on lower lip...not always a mucocele !!!* Annals of Maxillofacial Surgery 2013;3(1):98-99.
36. Villa A, Nordio F, Strohmenger L, Abati S. *Clinical–pathologic Agreement for Oral Lesions in an Oral Medicine Setting*. American Journal of Oral Medicine 2016;2(1)1-10.

9. ANEXOS DO CAPÍTULO I

Anexo 1



Esquema representativo das principais localizações dos lipomas na cavidade oral. Imagens retiradas da internet depois de obtida a devida autorização do (s) autor (es).

<http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/1.pdf>, consultado em 07 de junho de 2016, as 19:00 hs.

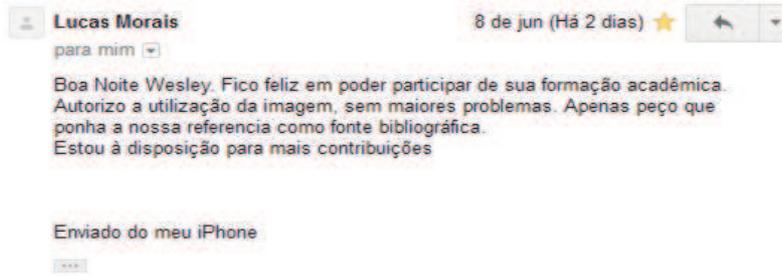
 **Gianny Roger Parra Castanharo** <rogerc para mim, gr.parra > 8 de jun (Há 2 dias) ★

Prezado Wesley,
Fique à vontade para utilizar as imagens. Se possível gostaria de uma cópia do trabalho quando estiver pronto.
Gostaria de adicionar a citação em meu lattes.

Cordialmente

Dr Roger

<http://www.revistacirurgiabmf.com/2014/3/brjoms14.3.6.pdf>, consultado em 07 de junho de 2016, as 19:10 hs.



<http://www.njconline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2011;volume=14;issue=2;spage=242;epage=244;aulast=Adebiyi>, consultado em 07 de junho as 19:30 hs.



http://www.mastereditora.com.br/periodico/2014/1130_221748.pdf, consultado em 07 de junho de 2016 as 19:45 hs.

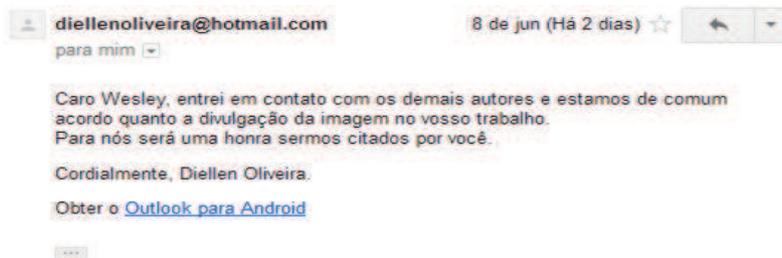
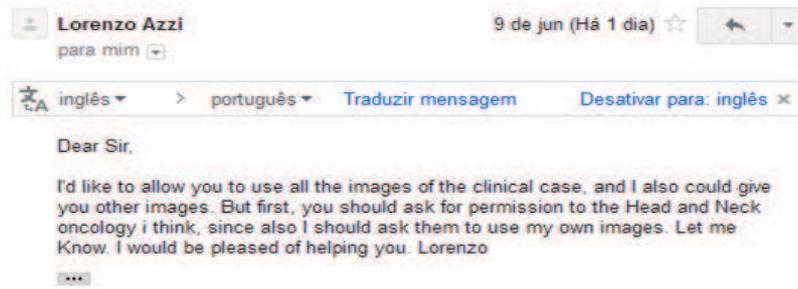


Imagem do lipoma com localização no vestibulo cedida gentilmente pelo Dr. Lorenzo Azzi por email em 09 de junho de 2016 as 21:55 hs.



<http://www.oapublishinglondon.com/article/1414>, consultado em 07 de junho de 2016 as 20:15 hs.

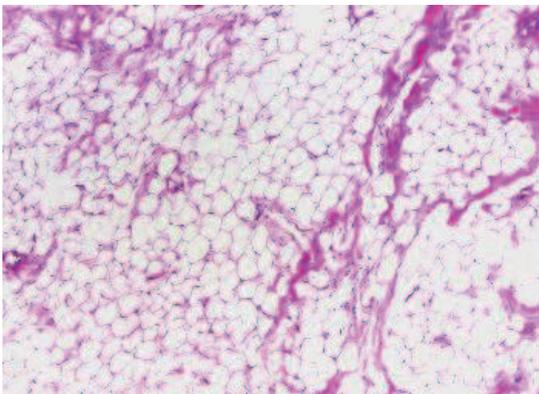


Autorização do professor doutor Luís Monteiro para a utilização das imagens do caso clínico deste relatório.

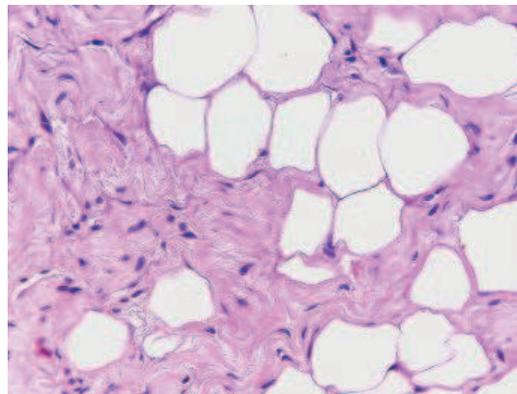
Em 5 de junho de 2016 23:24, Luis Monteiro <lmonteiro.md@gmail.com> escreveu:

wesley
cá vão as fotos
tudo de bom
LM

Anexo 2

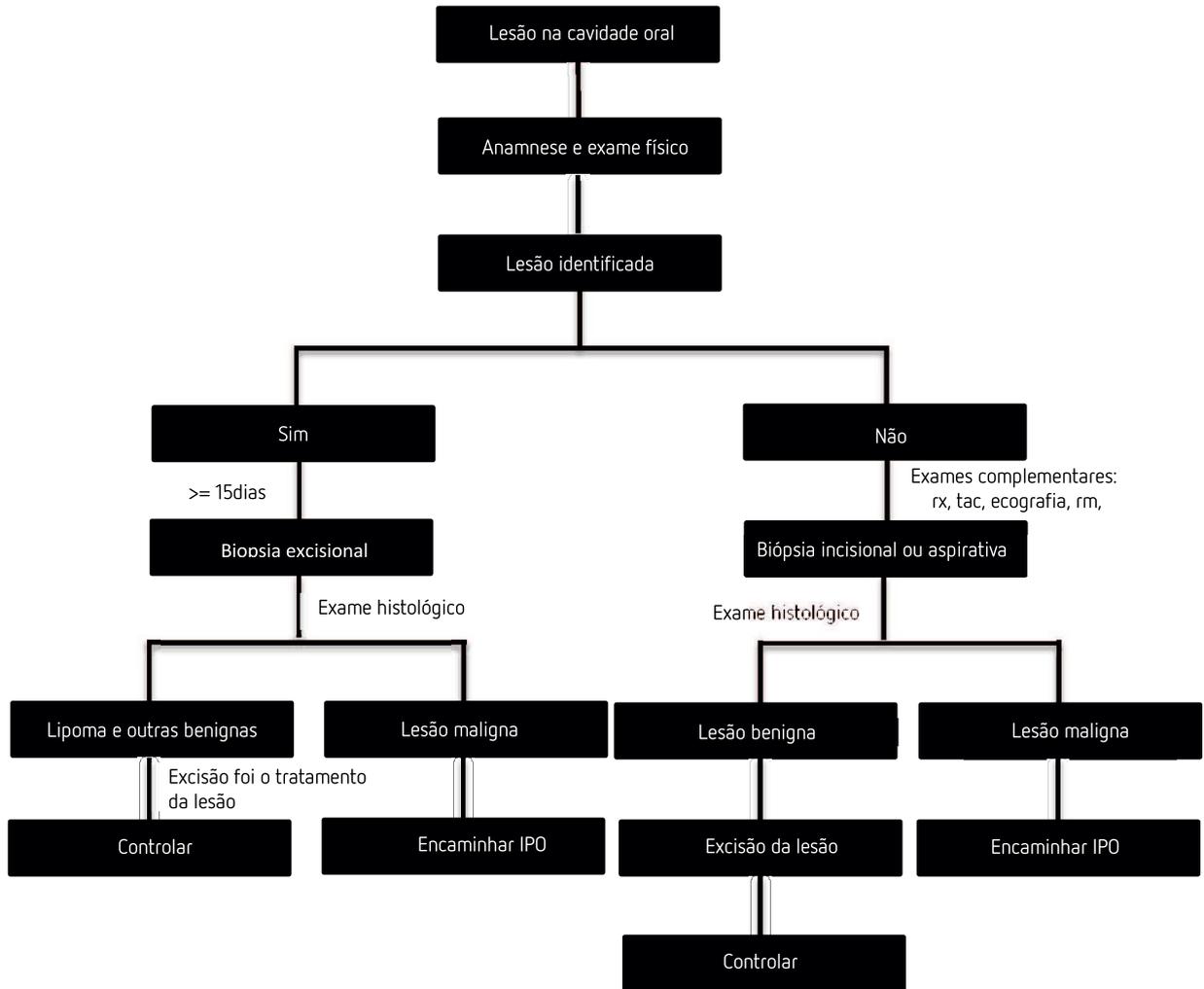


Lipoma, proliferação células adiposas maduras, <http://www.odontologia.uerj.br/fouerj/download/patologia/Manual%20patologia.pdf>, consultado em 09 de junho as 21:00 hs



Fibrolipoma, tecido adiposo maduro com tecido conjuntivo fibroso (HE 40x). <http://www.odontologia.uerj.br/fouerj/download/patologia/Manual%20patologia.pdf>, consultado em 09 de junho as 21:00 hs

Anexo 3



Fluxograma de actuação em presença de uma lesão na cavidade oral.

Figura 2 lipoma em formol a 10%.



CAPÍTULO II

1. RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS

O relatório dos estágios traduz no papel o trabalho realizado durante os estágios de verão e os estágios realizados no presente ano letivo e está dividido em 3 componentes: Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD), Estágio Hospitalar (EH) e Estágio de Saúde Oral e Comunitária (ESOC).

“Visam a integração de forma progressiva e orientada, em contexto real, desenvolvendo as competências profissionais que promovam um desempenho crítico e reflexivo, capaz de responder aos desafios e exigências da profissão”.

https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/ucurr_geral.ficha_uc_view?pv_ocorrencia_id=357210, consultado em 11 de junho de 2016 as 00:52hs.

Assim, os estágios, sendo um período de formação supervisionada, assumem o papel de consolidar a aprendizagem pré-clínica adquirida ao longo dos anos anteriores, de forma competente e segura, perante um ambiente real de situações que ilustram o futuro na vertente profissional.

1.1. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

1.1.1. RELATÓRIO DE ATIVIDADES POR UNIDADE CURRICULAR

1.1.1.1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

Supervisionado pelos professores Luís Santos e João Batista, este estágio com 37 semanas letivas e 185 horas e decorreu as quartas-feiras das 19:00 – 24:00hs na clínica Nova Saúde em Gandra, Paredes, pertencente à Cespu.

Por iniciativa própria e com a devida autorização dos docentes, realizei mais 2 dias, ou seja, 10 horas de estágio voluntário (no período da Páscoa).

Também inserido neste contexto, e antes do início do ano letivo, realizei 24 dias de estágio de verão totalizando 120 horas de estágio.

Os atos realizados ao longo das atividades letivas foram ilustrados sob a forma de gráficos. Para maior detalhe dos mesmos, consultar o *Anexo 4*.

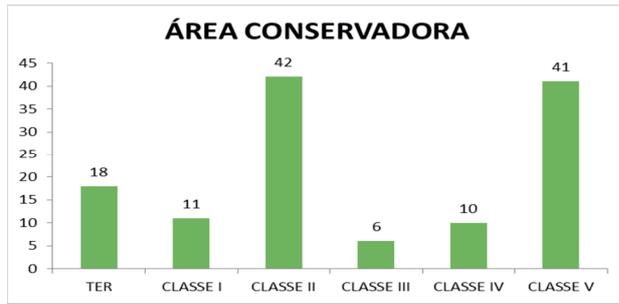


Gráfico 1: n.º atos da área de conservadora



Gráfico 3: n.º atos da área de reabilitação oral

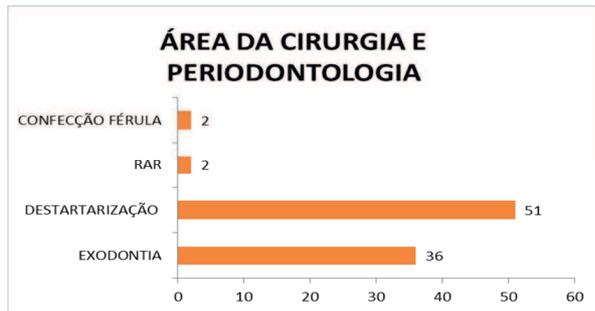


Gráfico 2: n.º atos da área de cirurgia e periodontologia

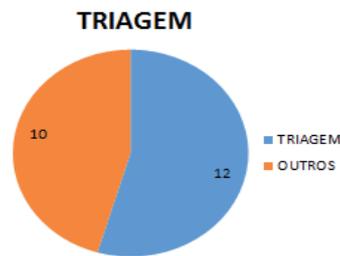


Gráfico 4: n.º atos de triagem e outros

1.1.1.2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR

Supervisionado pela professora Doutora Ana Azevedo, este estágio com 34 semanas letivas e 119 horas, decorreu as quintas-feiras das 14:00 – 17:30hs no hospital Nossa Senhora da Conceição, Valongo, pertencente ao hospital São João.

Por iniciativa própria e com a devida autorização dos docentes, realizei mais 7 dias, ou seja, 42 horas de estágio voluntário (no período da Páscoa e Queima das Fitas).

Os atos realizados no âmbito deste estágio, encontram-se abaixo representados por gráficos e os detalhes encontram-se no *Anexo 5*.

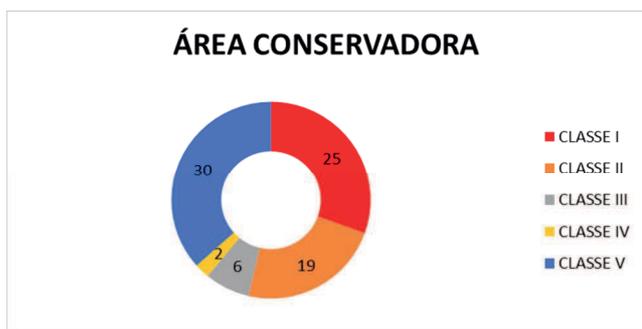


Gráfico 5: n° actos da área de conservadora

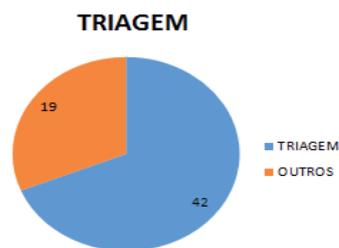


Gráfico 7: n° actos de triagem e outros

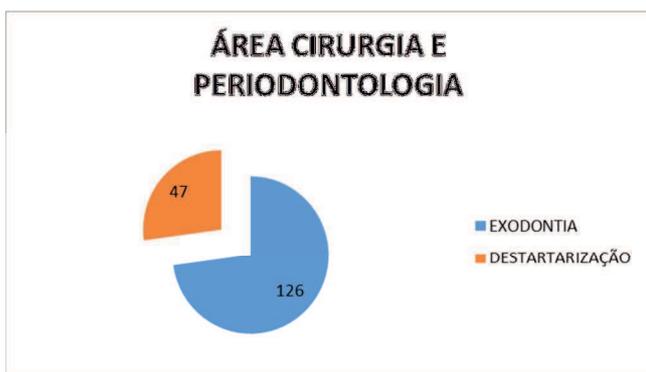


Gráfico 6: n° actos da área de cirurgia e periodontologia

1.1.1.3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA

Supervisionado pelo professor Doutor Paulo Rompante, o estágio de saúde Oral e comunitária realizou-se em 2 fases: 1ª fase de 15-09-2015 a 19-01-2016 nas instalações da Cespu e uma 2ª fase de 26-01-2016 à 24-05-2016 nos infantários S. Marcos (Rebordosa), Pulgada (Aguiar de Sousa) e Traz-de-Várzea (Recarei).

Na 1ª fase, foi-nos proposto analisar o Plano Nacional Promoção de Saúde Oral (PNPSO) e preparar ações de promoção de saúde oral aos diversos destinatários (imunodeprimidos, grávidas, idosos, crianças, jovens) e simular tais ações.

Na 2ª fase, fomos colocados nos infantários acima mencionados, e realizámos as seguintes atividades:

1. Visita prévia à escola para conhecer o jardim-de-infância, nomeadamente as instalações e as condições disponíveis para a realização do nosso plano de atividades. *Anexo 6*
2. Foi realizada uma promoção de saúde oral de acordo com o Plano Nacional Promoção de Saúde Oral recorrendo a vídeos, palestras, jogos (certo ou errado, alimentos que fazem bem ou mal aos dentes...), caderno de atividades e panfletos.



Figura 8: Fotografias dos recursos utilizados no âmbito do ESOC

3. Foi realizada uma recolha de dados das crianças utilizando os indicadores WHO 2013.
4. Foi realizada a implementação da escovagem, através de métodos explicativos com vídeos e uma maquete que simulava uma boca gigante, a forma e os métodos de escovagem bem como a utilização dos principais meios auxiliares como o fio

dentário e o escovilhão. Aqui as crianças utilizaram escova e pasta de dentes para porem em prática o que aprenderam.

5. Foi feita a avaliação da escovagem para verificar se as crianças compreenderam os movimentos corretos e se estavam sensibilizadas para uma correcta higiene oral.



Figura 9 Implementação da escovagem no âmbito do ESOC

Este estágio foi muito importante, porque permitiu-me contactar com crianças em idade pré-escolar, tendo-me que adaptar à sua tenra idade, para transmitir de forma clara e que pudessem compreender, toda a informação sobre a promoção de saúde oral.

A estratégia adotada foi a de "entrar no mundo" das crianças através de jogos, vídeos e brincadeiras sobre a promoção de saúde oral e acredito que o objetivo foi alcançado!

2. CONCLUSÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

Os estágios foram fundamentais e proporcionaram uma experiência bastante positiva, proporcionando ao aluno o contacto de forma ativa com a realidade que espera o médico dentista no seu ambiente de trabalho, e por outro lado, a possibilidade de intervir em situações reais apoiados pelos docentes.

Comprovamos na prática, que todas as matérias abordadas ao longo do curso, principalmente as pré-clínicas, foram fundamentais para o bom desenvolvimento das actividades clínicas.

Os estágios proporcionaram períodos gratificantes e enriquecedores de contatos com as crianças em seu ambiente escolar (Estágio em Saúde Oral e Comunitária), com pacientes, com colegas e professores na clínica e no hospital, proporcionando a aquisição de novos e variados conhecimentos em ambiente real de trabalho.

Em resumo, considero que todos os objetivos propostos para estes estágios foram atingidos.

3. ANEXOS DO CAPÍTULO II

Anexo 4

ECGD		
ÁREAS	OPERADOR	ASSISTENTE
CONSERVADORA		
ENDODONTIA		
TER	7	5
RESTAURAÇÕES		
CLASSE I		5
CLASSE II	13	16
CLASSE III	1	1
CLASSE IV	5	
CLASSE V	28	7
CIRURGIA		
EXODONTIA	3	5
DESTARTARIZAÇÃO	14	16
RAR	1	9
CONFEÇÃO FÉRULA		1
REABILITAÇÃO ORAL		
PF	2	1
DESGASTES SELECTIVOS	6	
IMPRESSÕES		
CERAS ARTICULAÇÃO		
CONCERTO DE PRÓTESE		
GERAL		
TRIAGEM	3	5
OUTROS		1
	83	72

ESTÁGIO DE VERÃO		
ÁREAS	OPERADOR	ASSISTENTE
CONSERVADORA		
ENDODONTIA		
TER	4	2
RESTAURAÇÕES		
CLASSE I	4	2
CLASSE II	8	5
CLASSE III	1	3
CLASSE IV	2	3
CLASSE V	3	3
CIRURGIA		
EXODONTIA	12	16
DESTARTARIZAÇÃO	12	9
RAR		
CONFEÇÃO FÉRULA		1
REABILITAÇÃO ORAL		
PF		
DESGASTES SELECTIVOS		3
IMPRESSÕES	1	
CERAS ARTICULAÇÃO		1
CONCERTO DE PRÓTESE	1	2
GERAL		
TRIAGEM	3	1
OUTROS	4	4
	55	55

Anexo 5

HOSPITAL		
ÁREAS	OPERADOR	ASSISTENTE
CONSERVADORA		
ENDODONTIA		
TER	9	5
RESTAURAÇÕES		
CLASSE I	15	11
CLASSE II	9	11
CLASSE III	2	4
CLASSE IV	1	2
CLASSE V	11	19
CIRURGIA		
EXODONTIA	65	65
DESTARTARIZAÇÃO	25	25
RAR		
CONFEÇÃO FÉRULA		
REABILITAÇÃO ORAL		
PF		
DESGASTES SELECTIVOS		4
IMPRESSÕES		
CERAS ARTICULAÇÃO		
CONCERTO DE PRÓTESE		
GERAL		
TRIAGEM	22	15
OUTROS	9	9
	168	170

Anexo 6

Plano atividades / visitas ao Jardim Infância São Marcos

Data	Atividade
26-jan	Reuniões com coordenadores para aprovação do cronograma + Verificação de condições de escovagem
02-fev	T1 + T2: Educação para a saúde oral + Levantamento (8+8)
09-fev	Não há atividade
16-fev	Não há atividade
23-fev	T3 + T4: Educação para a saúde oral + Levantamento (10+10)
01-mar	Não há atividade
08-mar	T1 + T2: Educação para a saúde oral + Levantamento (10+8)
15-mar	T3 + T4: Educação para a saúde oral + Levantamento (7+8)
22-mar	Não há atividade
29-mar	T1 + T2: Implementação escovagem + Levantamento (7+3)
05-abr	T3 + T4: Implementação escovagem + Levantamento (6+7)
12-abr	Não há atividade
19-abr	T1 + T2: Acompanhamento escovagem + Motivação
26-abr	Não há atividade
03-mai	Não há atividade
10-mai	T3 + T4: Acompanhamento escovagem + Motivação
17-mai	Não há atividade
24-mai	T1 + T2 + T3 + T4: Avaliação de escovagem dentária

Plano atividades / visitas ao Jardim Infância Trás-de-várzea

Data	Atividade
26-jan	Reuniões com coordenadores para aprovação do cronograma + Verificação de condições de escovagem
02-fev	Não há atividade
09-fev	Não há atividade
16-fev	Educação para a saúde oral + levantamento (8)
23-fev	Não há atividade
01-mar	Educação para a saúde oral + levantamento (8)
08-mar	Não há atividade
15-mar	Não há atividade
22-mar	Não há atividade
29-mar	Não há atividade
05-abr	Não há atividade
12-abr	Acompanhamento escovagem + motivação + levantamento (9)
19-abr	Não há atividade
26-abr	Acompanhamento de escovagem + motivação
03-mai	Não há atividade
10-mai	Não há atividade
17-mai	Avaliação de escovagem dentária
24-mai	Não há atividade

Plano atividades / visitas ao Jardim Infância Pulgada

Data	Atividade
26-jan	Reuniões com coordenadores para aprovação do cronograma + Verificação de condições de escovagem
02-fev	Não há atividade
09-fev	Não há atividade
16-fev	Educação para a saúde oral + levantamento (8)
23-fev	Não há atividade
01-mar	Educação para a saúde oral + levantamento (8)
08-mar	Não há atividade
15-mar	Não há atividade
22-mar	Não há atividade
29-mar	Não há atividade
05-abr	Não há atividade
12-abr	Acompanhamento escovagem + motivação + levantamento (7)
19-abr	Não há atividade
26-abr	Acompanhamento de escovagem + motivação
03-mai	Não há atividade
10-mai	Não há atividade
17-mai	Avaliação de escovagem dentária
24-mai	Não há atividade