

REVISTA

EQUIPA

EQUIPA EDITORIAL

Editora Chefe: Catarina Fraga

Editores Adjuntos: Luís Fonseca, Mariana Moreira, Marta Galrito

CONSELHO CIENTÍFICO DA REVISTA

Prof. Doutor Barbas do Amaral

Prof. Doutor Ivo Furtado

Prof. Doutor Francisco Salvado

Prof. Doutor José Pedro Figueiredo

Prof. Doutor António Mano Azul

Prof. Doutor Miguel André Martins

Prof. Doutor Rui Cabral

Dr.ª Catarina Fraga

Dr. Luís Fonseca

Dr.ª Mariana Moreira

Dr.ª Marta Galrito

EDITORIAL

Caros sócios e colegas,

Nestes novos tempos de pandemia COVID-19 que nos trouxeram dificuldades e desafios acrescidos para a nossa atividade clínica, a AMEP em parceria com a Ordem dos Médicos (OM), nomeadamente a Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia (DCEE), elaboraram, entre março e maio de 2020, três documentos fundamentais para o exercício da nossa especialidade médicocirúrgica, a saber:

- Plano de Contingência para Ajustamento Urgente da Atividade Clínica dos Serviços e Clínicas ou consultórios de Estomatologia (15 de março 2020);
- Plano de Contingência para Fornecimento de Equipamentos de proteção individual aos Serviços de Urgência Hospitalares de Estomatologia (19 de março 2020);
- Retoma da Atividade Clínica no Contexto da Pandemia COVID-19 em Estomatologia (Homologado pelo Conselho Nacional)
 (19 maio 2020).

Dada a celeridade exigida no processo de elaboração destes documentos, a AMEP e a DCEE atuaram em tempo recorde, tal como solicitado pela Ordem dos Médicos, libertando os documentos solicitados. Tenho de agradecer à excelente equipa criada por esta parceria, nomeadamente Dr. Serafim Freitas, Dr^a. Rosário Marques, Dr^a. Conceição Queiroga, Dr^a. Rita Simão, Dr. Moreira da Fonseca, Dr. Jorge Pinheiro, Dr. João Mendes de Abreu, Dr^a. Ana Fernandes, Dr. Nuno Gil, Dr. Luís Filipe Fonseca, Dr^a. Patrícia Caixeirinho, Dr^a. Natacha Ribeiro, Dr^a. Catarina Fraga, Dr^a. Joana Alves, Dr. Cunha Coutinho, Dr. Tiago da Cruz Nogueira, Dr^a. Fernanda Costa, Dr. Álvaro Ferreira Rodrigues, Dr^a. Sara Fontes, Dr^a. Cristina Moreira e Dr. Joel Monteiro. Esta *task force* é constituída por 6 elementos do Porto (4 CHUSJ, 2 CHUP), 2 elementos de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), 3 elementos de Coimbra (CHUC), 8 elementos de Lisboa (5 CHULC, 2 CHULN, 1 clinica privada) e 2 elementos de Faro (CHUA).

A 23 de março, o presidente da Direção homenageou todos os colegas especialistas e internos que integraram as equipas medicas hospitalares na primeira linha, fora dos seus serviços de origem, na luta contra o COVID-19.

A 30 de março a AMEP solidarizou-se com a Recomendação do Conselho das Escolas Médicas Portuguesas que indica o uso universal das máscaras.

A 8 de abril , baseada numa iniciativa do Serviço de Estomatologia do CHULN, que criou reuniões de serviço em videoconferência as terças feiras as 12:00, a AMEP e a CNIE abraçaram o projeto das 'Sessões Clínicas em Estomatologia' e tornaram-nas nacionais, com a participação de especialistas e internos de vários Serviços, com apresentações revistas por orientadores, por vezes com sessões abertas a todos os especialistas e outras restritas a sócios e internos. Todas as Sessões Clínicas foram gravadas e poderão ser posteriormente visualizadas no site institucional da AMEP que estará concluído muito em breve.

Dada a progressão para uma atividade clínica intensa nos serviços, próxima de uma nova normalidade, as sessões terão dificuldades em manter audiências e tendencialmente deverão ser realizadas quinzenalmente, às quartas-feiras, às 21h00, para conseguir obter maior abrangência.

A AMEP também esteve representada no *webinar* organizado pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) no dia 28 de abril com o tema 'Retoma da Cirurgia Ambulatória na era COVID' da qual resultou uma colaboração na construção do documento 'APCA - Recomendações nacionais para Retorno da atividade cirúrgica na era COVID - Cirurgia de Ambulatório' publicado a 11 de maio de 2020.

A Revista AMEP continua a sua produção editorial semestral, conta com a abnegação dos colegas da equipa editorial e espírito colaborativo dos especialistas e internos que são convidados a participar. Um muito obrigado!

O Encontro Nacional de Internos de Estomatologia ENIE 2020, que deveria ter ocorrido em abril deste ano com um programa de excelência, foi protelado para abril de 2021. Associado a este evento estava a II Reunião do Conselho Nacional Sénior de Estomatologia (CNSE), foi diferida para janeiro do próximo ano.

O IV Congresso Nacional de Estomatologia agendado para 20 e 21 de novembro em Faro, foi adiada para novembro de 2021.

A AMEP tem sentido dificuldades em percecionar as dificuldades dos colegas que exercem atividade clínica privada em exclusivo e de os representar institucionalmente, fazendo ouvir as suas dificuldades. A AMEP vai lançar uma campanha no mês de julho, solicitando a todos os colegas que sejam proprietários de clínicas o favor de enviar para filipa.pereira@diventos.com os seus dados pessoais e da empresa para futura ligação e articulação com a AMEP no sentido de auscultar as dificuldades e sugestões de apoio ou melhoria da ação da AMEP neste âmbito.

Por fim, apelo aos especialistas e internos de estomatologia para a atualização das suas quotas. A AMEP tem feito um esforço para representar os colegas a vários níveis institucionais. A CNIE, órgão autónomo da AMEP, continua a cooperar e a tentar tornar a experiência do internato em estomatologia mais profícua. O CNSE, órgão consultivo da AMEP, também colabora neste excelente momento da Estomatologia portuguesa.

Bem-haja! Ajudem-nos a ajudar!

O Presidente da Direção da AMEP

Rui Moreira



J. Serafim Freitas

Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário São João Presidente da Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia

PANDEMIA COVID-19 - EXAMES DE SAÍDA DE ESPECIALIDADE REMARCADOS E COROADOS DE ÊXITO

Devido à Pandemia COVID-19, os exames marcados para março de 2020, foram adiados para 18 e 19 de junho de 2020. Foram realizados no Serviço de Estomatologia do IPO do Porto e no Serviço de Estomatologia de Setúbal sob as presidências de júri respetivas do Dr. Luís Medeiros e do Dr. Carlos Matos.

Foi mais uma vez uma grande jornada para a Estomatologia Nacional pois graduaram-se mais 8 novos estomatologistas o que muito poderá contribuir para o futuro dos nossos, ainda envelhecidos, Serviços.

DATA DE GRADUAÇÃO / ESPECIALISTAS	CENTRO HOSPITALAR FORMADOR			
19 de junho de 2020 - IPO do Porto				
Daniela Filipa Gomes Torres Simões Rôlo	CHUP - H. Santo António			
Diogo Costa Branco	Hospital de Braga			
Francisco Maria Fontes Spratley Azevedo Coutinho	CHUSJ - H. São João			
Inês Vaz Silva	CHVN Gaia/Espinho			
19 de junho de 2020 – Hospital de Setúbal				
Ana Boyé de Sousa	CHUC - Coimbra			
João Afonso Janine Simões Martins	CHULC – H. São José			
João André Freitas Correia	CHULN – H. Santa Maria			
Marcelo Pereira Prates	CHULC – H. São José			

Não esquecer que desde 2016, e apenas em 4 anos e meio, já graduámos 34 especialistas! A especialidade e os Serviços começam a respirar...

VAGAS PARA RECÉM-ESPECIALISTAS

O SNS está em renovação e a Estomatologia não foge a regra. Após o exame e a graduação de especialistas da 2.ª época de 2019, que para a Estomatologia foi a 24 de outubro, formámos três novos especialistas. O concurso aconteceu a 24 de janeiro de 2020, tendo havido quatro vagas a concurso. Dessas quatro vagas, foram preenchidas duas, uma no S. João e uma em Faro e os colegas começaram a trabalhar oficialmente no início de abril, nos seus novos cargos. Não foram preenchidas uma vaga da Beira Interior (Covilhã) e outra em Faro.

Regista-se como muito positivo o crescimento do Serviço de Estomatologia do CHUA (Hospital de Faro) onde, em apenas três anos, e atendendo às reais necessidades da população, se alterou o quadro de 2 para 5 estomatologistas. Muito se espera do futuro deste Serviço! Daqui lançamos o desafio ao seu Diretor, Dr. Joel Monteiro e aos restantes médicos do Serviço. Poderá Faro ter um Serviço formador de internos?

DATA DE GRADUAÇÃO / ESPECIALISTAS	CENTRO HOSPITALAR FORMADOR	CENTRO HOSPITALAR DE CONTRATAÇÃO ATUAL
23 de outubro de 2018		
Ana Margarida de Brito Neves Rocheta Cassiano	CHULN – Santa Maria	CHUA – Faro
24 de outubro de 2019		
Ana Catarina Sezinando dos Reis	CHUSJ – São João	CHUSJ – São João (Assist. Eventual)
Carlos Augusto da Silva Faria	CHUSJ – São João	CHUSJ – São João
Maria do Céu Vareta Machado	CHULC - São José	CHULC – São José (Assist. Eventual)

ATRIBUIÇÃO DE PATROCÍNIO CIENTÍFICO AO "BOND DE 1º GERAÇÃO"

A Direção do Colégio de especialidade atribuiu Patrocínio Científico ao "Bond de 1.ª Geração" organizado pela Comissão Nacional de Internos de Estomatologia 2019/2020 que se realizou a 11 de janeiro de 2020, no Porto, nas instalações da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dentofacial. Esta atribuição de Patrocínio Científico foi fundamentada pela relevância da reunião, pela valia científica dos temas para o público-alvo e pela validação por Comissão Científica composta por especialistas em Estomatologia, todos Orientadores de Formação.

Foi uma ótima jornada de afirmação da especialidade onde estiveram presentes 13 dos 14 novos internos, alguns orientadores de formação e a Comissão Científica do evento composta pela Dr.ª Conceição Queiroga (Assistente Hospitalar Graduada do CHUP), Dr.ª Catarina Fraga (Assistente Hospitalar do CHUSJ) e Dr. Luís Fonseca (Assistente Hospitalar do CHULC – São José). Muito boa a organização da CNIE (Comissão Nacional de Internos de Estomatologia) que, liderada pela Dr.ª Cristina Moreira do CHVNGaia/Espinho, levou a cabo uma tarde interessantíssima onde foram proferidas pelos membros da CNIE diversas comunicações de introdução à especialidade, de muito bom nível. Foram os temas certos, no momento exato!

Estiveram presentes, além de alguns outros estomatologistas orientadores de formação como a Dr.ª Fernanda Costa do CHUC, o Dr. Luís Ribeiro, do Serviço de Estomatologia da Covilhã. Marcaram também presença o Dr. Rui Moreira, presidente da Direção da AMEP e o presidente da Direção do Colégio da especialidade que dirigiram palavras de agradecimento aos membros da CNIE que palestraram, e de incentivo aos colegas que tinham acabado de entrar no internato de especialidade.

NOVO PROGRAMA DE FORMAÇÃO ES-PECIALIZADA EM ESTOMATOLOGIA

A proposta de novo plano de Programa da Formação Especializada em Estomatologia foi entregue pela Direção do Colégio de especialidade ao Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos (CNPG) em 31 de outubro de 2018. O documento consta de uma proposta e seis anexos que totalizam 35 páginas e prevê fundamentalmente a passagem de 4 para 5 anos de formação e uma detalhada revisão do percurso formativo. Dado o grande número de especialidades que alteraram em simultâneo os seus programas formativos, cerca de vinte, a validação tem sido muito lenta mas entretanto já foi analisada e aprovada pelo CNPG, aguardando agora apenas a aprovação do Plenário do Conselho Nacional da OM.

Espera-se a sua aprovação, após o que se seguirá o envio para a ACSS e ulterior publicação em DR. Trata-se de um percurso muito lento para uma necessidade muito urgente...

PLANO NACIONAL PARA ELIMINAÇÃO DA AMÁLGAMA DENTÁRIA...

Um Inoportuno Esquecimento ou mais uma Desajeitada Tentativa de Eliminação dos Estomatologistas da Ordenação Jurídica Nacional?

Em 8 de agosto de 2019 foi indicado pela DCEE e depois nomeado pela OM o Dr. João Mendes de Abreu como representante da OM no "Grupo de Trabalho para a eliminação gradual da utilização da amálgama dentária".

A Convenção de Minamata adotada em 2013, e assinada por mais de 130 países, entrou em vigor em agosto de 2017 e é um tributo à cidade japonesa com o mesmo nome, onde aconteceu uma grande libertação de resíduos de mercúrio durante as décadas de 1930 a 1960. É o mais importante quadro jurídico internacional com o intuito de controlar e limitar a utilização e as emissões de mercúrio e compostos de mercúrio para a

atmosfera, a água e o solo.

O Regulamento 2017/852 da Comissão Europeia sobre o mercúrio foi adotado pelos Estados-Membros em 17 de maio de 2017, para ratificar e aplicar a Convenção de Minamata. Abrange a utilização, o armazenamento e o comércio de mercúrio bem como a gestão dos seus resíduos.

A amálgama dentária é um material de preenchimento dentário com aproximadamente 50% de mercúrio. Entre os materiais utilizados nos tratamentos dentários é considerado como o que tem maior durabilidade, sendo de baixo custo e menos lesivo da polpa dentária do que as resinas compostas.

O mercúrio contido nas amálgamas dentárias apresenta-se sob uma forma estável e não há evidência de que apresente risco direto para a saúde dos indivíduos portadores de restaurações dentárias. No entanto, este material, libertado no meio ambiente, pode sofrer conversão em metilmercúrio por microrganismos aquáticos, acumular-se nos peixes e noutras formas de vida, atingindo níveis tóxicos, e concentrar-se assim na cadeia alimentar humana.

De acordo com o Regulamento 2017/852 da União Europeia, todos os Estados Membros devem elaborar os respetivos Planos Nacionais para reduzir gradualmente a utilização da amálgama dentária. De facto, este Regulamento foi introduzido por questões ambientais e não pelo facto de as amálgamas dentárias apresentarem qualquer risco para os utentes.

Em Portugal o Decreto-Lei nº 101/2019 de 5 de agosto assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento n.º 2017/852, relativo ao mercúrio.

No seu artigo 13 n.º 3 refere que "constitui contraordenação ambiental muito grave, punível nos termos da lei-quadro das contraordenações ambientais, a prática dos seguintes atos:

- ... f) O incumprimento, pelos médicos dentistas, da obrigação de entrega dos resíduos de amálgama, incluindo os resíduos de amálgama, as partículas e as restaurações e dentes ou partes deles, contaminados com amálgama dentária a um operador de tratamento de resíduos, licenciado nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de setembro, na sua redação atual, em violação do disposto no primeiro parágrafo do n.º 6 do artigo 10.º do Regulamento;
- g) A libertação, direta ou indireta, de resíduos de amálgama contaminados com amálgama dentária para o ambiente, em violação do disposto no segundo parágrafo do n.º 6 do artigo 10.º do Regulamento;..."

Por outro lado, segundo o seu artigo 14 são consideradas

contraordenações, puníveis com coima de € 1250 a € 3740 ou de € 2500 a € 44 890, consoante o agente seja pessoa singular ou coletiva:

- "j) A utilização de amálgama dentária pelos médicos dentistas sem ser sob a forma de cápsulas pré-doseadas, em violação do disposto na primeira parte do n.º 1 do artigo 10.º do Regulamento;
- k) A utilização de mercúrio a granel pelos médicos dentistas, em violação do disposto na segunda parte do n.º 1 do artigo 10.º do Regulamento;
- I) A utilização de amálgama dentária pelos médicos dentistas para efeitos de tratamentos dentários de dentes decíduos, de crianças menores de 15 anos e de mulheres grávidas ou lactantes, que não seja considerada estritamente necessária por um médico dentista, em violação do disposto no n.º 2 do artigo 10.º do Regulamento;
- m) O incumprimento, pelos médicos dentistas, da obrigação de equipar os consultórios com separadores de amálgama, para retenção e recolha de partículas de amálgama que cumpram os requisitos previstos no primeiro parágrafo do n.º 4 do artigo 10.º do Regulamento;
- n) O incumprimento, pelos médicos dentistas, da obrigação de assegurar que os separadores de amálgama possuem um nível de retenção de pelo menos 95 % das partículas de amálgama, nos termos do segundo parágrafo do n.º 4 do artigo 10.º do Regulamento..."

Para além destas medidas previstas no Regulamento Nº 2017/852, Portugal pretende reduzir, gradualmente, a utilização de amálgama através do reforço das medidas de promoção da saúde e prevenção da cárie dentária que fazem parte do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e através da substituição da amálgama por outros materiais de restauração que não contenham mercúrio.

Como alguns colegas agora fizeram, descobrimos pela simples leitura que este decreto 101/2019, no que a profissionais de saúde oral diz respeito, só se dirige a médicos dentistas, o que torna os incumprimentos por estomatologistas e odontologistas na prática inexistentes e fora da malha legal... e além disso impede quaisquer outros profissionais, que não os médicos dentistas, de usar a amálgama dentária... se não fosse a sério, e com força de lei, até tinha piada!

Entretanto já foi enviado o nosso parecer a 30 de janeiro, que teve em conta as especificidades dos nossos doentes com atraso de desenvolvimento psicomotor, chamando a atenção para a necessidade de manutenção da possibilidade de uso de

amálgama até que um material de igual durabilidade e inocuidade pulpar o possa substituir, e a necessidade urgente de equipar os nossos blocos operatórios com sistemas de separação de amálgama.

Claro que, no mesmo correio de 30 de janeiro de 2020, já informamos a DGS desta lacuna legal e pedimos a sua correção urgente, mas resposta, ainda não temos...

NOMEAÇÃO DE REPRESENTANTE DA DCEE JUNTO DO CONSELHO DISCIPLINAR DO SUL

Em reunião da DCEE de 13 de maio de 2020 e em resposta ao pedido do Conselho Disciplinar do Sul, de 9 de abril de 2020, para nomeação de representante do Colégio junto do mesmo, decidiu-se escolher a Dr.ª Rosário Marques (Assistente Hospitalar Graduada do CHULC – Hosp. de São José), dada a sua diferenciação e experiência necessária para a função.

NOMEAÇÃO DA NOVA DIREÇÃO DA SECÇÃO DE SUBESPECIALIDADE DE ORTODÔNCIA

Em face da nomeação, a 13 de janeiro de 2020, pelo Plenário do Conselho Nacional da OM, da Direção da Secção de Subespecialidade de Ortodôncia, recebemos a 9 de abril um pedido do Sr. Bastonário da OM para nomeação de mais um elemento em representação da Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia.

Na lista já nomeada pelo CN da OM destaca-se o facto de serem todos pessoas empenhadas e com experiência na área ortodôntica, nomeadamente o Dr. João Correia Pinto (ex-Diretor do Serviço de Estomatologia do CHUSJ, promotor de cursos de ortodôncia na FMUP, que transita da anterior Direção), o Dr. José Paiva de Amorim (do CHUC, que transita da anterior Direção), o Dr. José Quinaz (ortodoncista, com clínica privada na Maia), o Dr. Manuel Martins Lopes (aposentado do CHULN, mas que mantem ainda a consulta de ortodôncia no mesmo hospital) e o Dr. Miguel Moura Gonçalves (ortodoncista, com clínica privada em Viseu).

Em face da diferenciação, uma vez que é membro da subespecialidade, e da experiência prévia na anterior Direção, decidiu-se indicar o Dr. Jorge Pinheiro (Assistente Hospitalar Graduado do CHULC – Hosp. de D.ª Estefânia) para integrar a Direção da subespecialidade de Ortodôncia, como representante da DCEE.

Espera-se que esta nova Direção da subespecialidade, além da nova dinâmica, que com certeza introduzirá, possa fazer avançar

os projetos da anterior Direção nomeadamente a proposta de regulamento da subespecialidade e o consentimento informado em ortodôncia, que estão em análise no Conselho Nacional desde há vários anos, e que são trabalhos de muita valia que seria pena perder.

POSIÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS SOBRE A CIRURGIA POR LASER

Curta, clara e concisa a posição do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos sobre a cirurgia com laser, emitida em 3 de dezembro de 2019 e que pode ser consultada no sítio da OM.

Nela se refere inequivocamente que "a Cirurgia Laser constitui um ato próprio dos médicos, nos termos do Regulamento do Ato Médico n.º 698/2019, pelo que esta atividade clínica deverá ser realizada exclusivamente por médicos com formação específica e inscrição em vigor nesta Ordem."

Do mesmo modo pode também ser consultada no mesmo sítio informático a posição da **Sociedade Portuguesa Interdisciplinar do Laser Médico** (SPILM) que já tinha sido emitida a 2 de janeiro de 2019.

"A SPILM apoia firmemente a posição de que toda a cirurgia ou intervenção laser para fins médicos, (incluindo cirurgia a laser oftálmica ou dermatológica ou de outras especialidades médico -cirúrgicas), deve ser realizada apenas por médicos licenciados em medicina e com formação específica reconhecido entre os pares e pelos respetivos colégios da especialidade e em locais onde se pratica atividade clínica.

Como outros instrumentos cirúrgicos, os lasers são potencialmente perigosos e podem causar hemorragia, edema, trauma e lesão tecidual irreversível e deformante ou marcada e irreversível lesão funcional do órgão lesado que se pretendia tratar. Além do mais, a utilização do laser de classe III-b ou IV, bem como da LPI (Luz Pulsada Intensa) tem riscos específicos associados que inclui danos à área de visão central e fina, a retina, e dano à córnea. Cada uma destas complicações pode resultar em perda significativa de visão. Devido às consequências médicas, potencialmente nocivas da cirurgia laser, foram estabelecidas diretrizes rigorosas para o uso de lasers na assistência ao doente.

A cirurgia laser que use lasers médicos de classe III-b ou IV, deverá ser realizada exclusivamente por licenciados em medicina, com formação específica demonstrada e aceite pelo respetivo colégio da Especialidade e em ambiente sob controlo e responsabilidade de médico especialista e em estabelecimento licenciado para o exercício da medicina e sob responsabilidade

do Diretor Clínico. A cirurgia realizada com LPI deverá sempre ser realizada sob responsabilidade do Diretor Clínico.

Os colégios da especialidade da OM, em parceria com a SPILM, poderão definir as diretrizes da formação em período de internato da especialidade e a formação contínua, bem como as

condições locais de operação para o uso do laser na sua especialidade."

ADIAMENTO SINE DIE DO ENIE 2020

Foi com pena que, devido às contingências impostas pela pandemia COVID-19, vimos ser adiado o Encontro Nacional de Internos de Estomatologia (ENIE 2020) que estava previsto para 16 a 18 de abril e que incluiria um curso pré-Congresso de disseção em cadáver. O belíssimo esforço organizacional que estava em curso não se terá perdido todo e espera-se que se possa ainda realizar durante este ano. Força Comissão Nacional de Internos de Estomatologia!

CRONOLOGICAMENTE - AO CORRER DA PANDEMIA COVID-19

A 15 de março, e imediatamente antes da emissão do Despacho de encerramento da atividade estomatológica pelo Ministério da Saúde, emitiram-se em 5 páginas as primeiras Recomendações em parceria da DCEE com a AMEP intituladas "Pandemia pelo SARS COV-2 – Infeção COVID-19 / Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia". De relevar a rapidíssima validação pelo nosso Bastonário que, em menos de duas horas, aprovou e permitiu a divulgação desse Plano de Contingência que recomendava o adiamento de toda a atividade não urgente. Pode consultar no sítio da Ordem dos Médicos / Colégio de especialidade de Estomatologia.

https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/ Estomatologia-Pandemia-COVID-19.pdf

Nesse mesmo dia, foi também publicado pelo Governo o Despacho n.º 3301-A/2020 que determinava "a suspensão de toda e qualquer atividade de medicina dentária, de estomatologia e de odontologia, com exceção das situações comprovadamente urgentes e inadiáveis".

A **19 de março** em novo comunicado conjunto, a DCEE e a AMEP pediam "Equipamentos de Proteção Individual para os Serviços Hospitalares de Estomatologia com Urgência". E houve dádivas generosas, de estomatologistas, de médicos dentistas e da população em geral, muito importantes nessa fase inicial em que apenas uma viseira poderá ter feito toda a diferença...

https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%AAncia-Fornecimento-de-EPI-aos-Servi%C3%A7os-de-Estomatologia-com-SU-18032020.pdf

A **31 de março** foi recebido do CNIM (Conselho Nacional do Internato Médico) um correio sobre "Estágios de Médicos Internos – COVID-19: Estado de Emergência (atualização)" onde se relevava e elogiava o já nessa altura importante papel dos internos na luta contra a COVID-19:

A 3 de abril foi enviado pela DCEE aos internos, orientadores de formação e diretores de Serviço, um correio onde se reencaminhava o anterior e se dava nota do orgulho da Direção do Colégio de especialidade "pelo papel desempenhado pelos médicos internos de Estomatologia no duro combate que se trava, por estes dias, contra a COVID-19.";

A 18 de abril enviou-se pedido ao Sr. Bastonário sobre a "Distribuição urgente de EPI aos médicos especialistas em Estomatologia" a exemplo do que a OMD tinha conseguido junto do Ministério da Saúde, para a Medicina Dentária. Esse pedido seguiu para o Infarmed, mas a resposta, até hoje, não se traduziu em qualquer cedência de EPI. Traduziu-se sim em mais uma discriminação negativa dos médicos em relação aos médicos dentistas.

A **3 de maio** enviou-se ao Sr. Bastonário da OM correio sobre a vinda a público da Orientação 022/2020 da DGS (veja-se notícia sobre esta problemática) tendo o Sr. Bastonário interpelado a Sr.ª Diretora Geral da Saúde a **4 de maio**.

Datadas de **10 de maio**, mas atrasadas pela máquina burocrática da OM, foram emitidas a 15 de maio as 41 páginas das "Recomendações Para a Retoma da Atividade Clínica em Estomatologia no Contexto da Pandemia COVID-19". Tratase de um documento muito mais extenso, de novo uma parceria DCEE/AMEP, elaborado por uma equipa muito alargada de 21 autores e 2 coordenadores, com maior evidência científica, e que pretendeu abranger todas as vertentes importantes a considerar no retomar progressivo da atividade clínica em Estomatologia. Pode consultar no sítio da Ordem dos Médicos / Colégio de especialidade de Estomatologia.

https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/05/ Recomenda%C3%A7%C3%B5es-Retoma-Estomatologia-DCEE-e-AMEP.pdf

A **30** de maio e integrada nas Sessões Clínicas de Estomatologia organizadas pela AMEP em *zoom*, os dois coordenadores das "Recomendações Para a Retoma", Dr. Rui Moreira e Dr. Serafim Freitas, fizeram uma apresentação interativa das mesmas. A apresentação teve cerca de 50 participantes e consistiu

em 45 minutos de apresentação e um pouco mais de 1 hora de animada discussão. Foi uma ótima oportunidade para esclarecimento e para um saudável confronto de pontos de vista que nos mostraram os atuais limites da "ciência baseada na evidência" e o papel importante da opinião dos peritos nos tempos que correm.

ALTERAÇÕES NA DURAÇÃO DOS ESTÁ-GIOS DEVIDO À PANDEMIA

Foi publicado a 7 de maio de 2020 um comunicado do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM) sobre "Normalização da Formação Médica Pós-graduada - Estágios de Médicos Internos – COVID-19". Dele consta:

"Relativamente aos Médicos Internos de Formação Especializada e atendendo à necessidade de reestruturação do plano formativo da grande maioria de IFE, com a consequente impossibilidade legal de concluírem o internato médico até 31 de janeiro, vem o CNIM propor que:

- A época de avaliação final de fevereiro/ março de 2021 ocorra excecionalmente em maio de 2021.
- O período formativo poderá terminar a 31 de março e a entrega dos respetivos CV deverá ocorrer até 10 de abril.
- Deverá ser dada prioridade no reagendamento de estágios aos médicos internos do último ano de Formação Especializada. A formalização legal destes pedidos de compensação ou repetição segue o regulamentado pela Portaria 79/2018 com a justificação "COVID-19".
- O programa de formação tem de ser integralmente cumprido.
- Serão possíveis adaptações, em particular em estágios opcionais, desde que com o parecer técnico favorável da Ordem dos Médicos, de acordo com o RIM.
- Um estágio COVID pode ser integrado no programa.
- Um estágio COVID faz parte do Curriculum Vitae do médico interno.

A pandemia e as suas consequências na formação médica pósgraduada não terminaram. No entanto, faremos os possíveis para se retomarem as nossas atividades, incluindo os blocos formativos e estágios no Internato Médico, dentro das limitações e oportunidades que se criaram."

INADEQUAÇÃO DA ORIENTAÇÃO 022 / 2020 DA DGS DE 1 DE MAIO

Carta ao Sr. Bastonário da OM à Srª. Diretora Geral de Saúde, Dr. Graça Freitas

Em face da inadequação da Orientação 022/2020 da DGS emitida a 1 de maio, e por proposta de 3 de maio desta DCEE, o Sr. Bastonário enviou a 4 de maio, à Sr.ª Diretora Geral da Saúde, Dr.ª Graça Freitas, um correio dando conta da irregularidade legal da não audição prévia da OM no que se refere a essa Orientação e do perigo para a saúde pública causado pela mesma quando permite o tratamento de urgências em doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 em qualquer consultório dentário sem preparação logística para tal. O texto na íntegra:

"Exma. Dr.ª Graça Freitas

Digníssima Sr.ª Diretora Geral da Saúde,

Emitiu a DGS no dia 1 de maio a Orientação 022/2020 intitulada "COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado". Dirige-se a mesma a todos os "Profissionais de Saúde Oral".

Nessa conformidade, e apesar da Ordem dos Médicos inexplicavelmente não ter sido ouvida, nem ter participado, como deveria, na elaboração deste documento, tomou conhecimento do conteúdo do mesmo.

Esse conteúdo, ao permitir o tratamento de doentes com COVID-19 ou altamente suspeitos de estarem contaminados, em qualquer consultório de saúde oral português, permite transformar todos esses consultórios em "salas operatórias COVID-19", que só existem em alguns hospitais, põe desnecessariamente em risco a saúde pública, os profissionais e os doentes.

Deve assim ser alterada urgentemente a Orientação 022/2020 no sentido deque os doentes suspeitos ou com COVID-19 confirmada, que necessitem de cuidados urgentes de saúde oral devem contactar a Saúde 24 de onde deverão ser direcionados aos Serviços de Urgência dos hospitais do SNS com atendimento por médicos especialistas em Estomatologia. Esses doentes deverão ser avaliados e tratados em salas dotadas de equipamentos estomatológicos em que a ventilação possa assumir características de pressão negativa, para que seja seguro intervencionar os doentes e minimizar o risco de contaminação dos profissionais e dos doentes seguintes.

Relembre-se que nos hospitais do SNS em que há salas

operatórias dedicadas aos doentes COVID-19, e apesar de estas terem ventilação em condições de pressão negativa, estas salas são mesmo assim submetidas a procedimentos de higienização e desinfeção que ocupam largamente os tempos pré e pósoperatórios.

Estaremos a desperdiçar meios e recursos hospitalares imensos na exaustiva limpeza e desinfeção das salas e na utilização de pressão negativa nos doentes suspeitos ou COVID-19 positivos que tratamos nos hospitais? Será possível fazer o mesmo nos consultórios privados?

Está pois, a Ordem dos Médicos bastante preocupada com a proteção da saúde pública e por isso vem afirmar, baseada na melhor evidência científica disponível, que o tratamento de doentes suspeitos ou com a doença COVID 19 em consultórios ou clinicas de Estomatologia, Medicina Dentária ou de Odontologia não é defensável, e deve ser feita apenas em espaços físicos que assegurem a logística necessária, que normalmente só se encontram em meios hospitalares altamente diferenciados.

Estando os médicos na primeira linha do combate pela Saúde Pública, não poderíamos calar aquilo que é cientificamente baseado e não pode serignorado.

Colocamo-nos desde já à disposição de Vossa Exa. para quaisquer questões relacionadas com a problemática em apreço, e manifestamos a contínua disponibilidade da Ordem dos Médicos para colaborar na análise de todas as questões referentes à Saúde Oral.

Subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos,

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães

lympin

O Presidente do Colégio de Estomatologia

A resposta ao Sr. Bastonário chegou a 5 de maio e tem o sequinte teor:

"Encarrega-me a Senhora Diretora-Geral da Saúde de muito agradecer a V. Exa. o envio do email infra e respetivos contributos e informar que os mesmos se encontram em análise."

NOVA DIRETORA DE SERVIÇO E IM-PORTANTES OBRAS NO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DO CENTRO HOSPI-TALAR UNIVERSITÁRIO SÃO JOÃO

Em face da situação epidemiológica criada pela pandemia CO-VID-19, o Serviço de Estomatologia do Hospital de São João, entrou em obras emergentes de adaptação e brevemente so-frerá grandes obras de reabilitação que lhe permitirão manter a capacidade instalada embora abandonando a realidade dos consultórios em "espaço aberto" e com os imprescindíveis cuidados de ventilação (exaustão forçada) e climatização, em todas as áreas clínicas.

Também mercê de obras urgentes no pólo do Serviço situado no Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, o Serviço, que no total possuía 17 cadeiras estomatológicas (14 no Porto + 3 em Valongo), ficará futuramente dotado de 14 cadeiras (11 + 3), o que, aliado à diversificação de horários, permitirá na prática manter a capacidade instalada e o potencial assistencial.

Neste momento, e depois de obras iniciais, já tem 5 cadeiras estomatológicas em funcionamento no Porto e espera-se que possa reabrir mais 3 cadeiras em Valongo antes do fim do mês de junho. Diga-se que mesmo durante os quase dois meses de contingência, o Serviço, mesmo que reduzido à única cadeira que tinha boas condições de isolamento, ventilação e climatização, nunca encerrou e manteve sempre aberta a urgência, a consulta urgente (interna e externa), o bloco operatório e a valência de internamento.

Entretanto o Dr. João Correia Pinto atingiu os 70 anos a 13 de fevereiro de 2020, e após concurso público foi substituído pela Dr. a Maria Helena Gouveia que é agora a nova Diretora do Serviço de Estomatologia do CHUSJ.

O Frits

UM OLHAR

A PRÁTICA PRIVADA DA ESPECIALIDADE MÉDICA DE ESTOMATOLOGIA: Uma Opção a ter em conta

José Cunha Coutinho

Médico Estomatologista | CEO da Cunha Coutinho Saúde | Competência em Gestão em Serviços de Saúde (Ordem dos Médicos)

O exercício da especialidade Médica de Estomatologia em termos de atividade privada é uma opção aliciante, para o médico estomatologista, que se pode revestir de diversas formas, designadamente como profissional liberal ou como proprietário de uma unidade de saúde privada.

A prática privada da especialidade Médica de Estomatologia pode ser um desafio, mas também é uma oportunidade para ter uma vida profissional mais adaptada ao seu ritmo já que é ele quem decide o que faz, quando faz e para quem faz.

O médico especialista em Estomatologia que exerce a sua prática médica na atividade privada vai desenvolver a sua profissão de forma autónoma, isto é, trabalha para si mesmo, já que é patrão de ele próprio.

Esta opção vai-lhe permitir mais liberdade para fazer os próprios horários, e de poder dedicar-se em paralelo aos seus projetos pessoais e consequentemente auferir os rendimentos de acordo, pois não tem rendimento fixo. Recebe sempre na mesma proporção em que trabalha. Contudo, esta opção pode proporcionar ao médico estomatologista mais tempo para ficar em casa, com maior liberdade para dar apoio à família, para os seus hobbies ou outras atividades.

A opção da prática privada também lhe permite mais facilmente definir, de acordo com o seu critério, vontade e gosto, a área ou áreas da especialidade que entende exercer e em que pretende desenvolver a sua formação. Sabendo que uma prática bem diferenciada proporciona um elevado retorno.

Como se pode ver a liberdade é total, já que a opção pela prática privada da especialidade médica da Estomatologia proporciona aos profissionais mais liberdade para fazer os próprios horários, de poder dedicar-se em paralelo aos seus projetos pessoais, desenvolver uma atividade variada , trabalhar para diferentes entidades em simultâneo, escolher as áreas da especialidade que entende exercer e em que pretende desenvolver a sua formação, a zona ou zonas geográficas onde se movimenta, entre muitas outras opções que poderá fazer livremente e alterar quando muito bem entender, sem ter de prestar contas a quem quer que seja.

Pelo exposto se vê, que a prática privada da medicina proporcio-

na uma via de realização pessoal livre, autónoma e inspiradora.

Haverá sempre prazos a cumprir, mas os clientes estão, apenas, interessados em saber a qualidade do atendimento, o cumprimento de *timings* acordados previamente e que seja satisfeita a expectativa de resultados.

Na privada pode ser empresário e proporcionar, à sociedade civil, unidades de saúde para o exercício da sua atividade e de outros colegas constituindo uma mais valia para o Sistema Nacional de Saúde, onde as unidades de saúde privadas são um elemento essencial e incontornável.

A busca de um melhor nível de conforto, nos serviços de ambulatório, por parte dos pacientes constitui uma janela de oportunidade para as unidades de saúde privadas.

As unidades de saúde privadas dão uma resposta rápida às necessidades de cuidados de estomatologia dos pacientes.

A conveniência do acesso a resultados de elevada qualidade que o sector privado proporciona constituem um atrativo para os pacientes.

A crescente procura de cuidados ligados à estética e relacionados com o bem-estar tornam cada vez mais importante o papel desempenhado pelos médicos estomatologistas que trabalham no sector privado.

A prática privada da medicina está intimamente ligada ao conceito de liberdade, condição daquele que é livre, capacidade de agir por si mesmo. A liberdade é a expressão genuína da essência humana.

A independência significa a imunidade diante de qualquer tipo de coerção ou constrangimento. A multiplicidade de estímulos presentes na essência humana faz-nos confrontar com a necessidade de escolher entre os diversos caminhos a seguir, logo a liberdade implica, assim, pluralidade.

Em conclusão, a prática privada da Medicina na especialidade de Estomatologia, quer como profissional liberal, quer como empresário na área da saúde, constitui um desafio aliciante e compensador a ter em conta.

ARTIGO DE OPINIÃO

TRAUMATOLOGIA DA FACE

Tiago Nogueira

Assistente Hospitalar, Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Quando me pediram para dar o meu contributo para a revista de todos os estomatologistas, como jovem especialista, fui acometido por um enorme sentido de responsabilidade. De facto, não escrevo apenas para quem está no seu período designado de formação, mas também para todos os que já percorreram este caminho e permitiram à Estomatologia traçar o caminho recente de revitalização que temos assistido.

Fiz o meu internato no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, durante 3 anos, sendo que o quarto ano foi divido em dois estágios: um no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética do mesmo centro hospitalar, o segundo no serviço de Cirurgia Oncológica do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto. Durante este tempo, tive a oportunidade de contactar com a mais diversa patologia, mais especificamente com os mais diversos tipos de trauma que acometem a face e em particular o aparelho estomatognático, num grau de crescente complexidade. Nos três primeiros anos a prática clínica decorreu, na grande maioria, no tratamento de casos de traumatismos alveolodentários. Já no último ano, durante o primeiro estágio, tive oportunidade de participar no tratamento da traumatologia major da face. Foi durante este período que pude constatar que o olhar de um estomatologista, no que à patologia traumática da face diz respeito, é uma mais valia para aquele que está no centro da nossa ação, o doente. Como especialidade dentária, médica e cirúrgica, não existe nenhuma outra com melhor conhecimento na área da Oclusão e Disfunção Temporomandibular para dar o seu contributo no trauma, sobretudo no que atinge os dois terços inferiores da face, nos quais a oclusão pode estar comprometida.

Atualmente encontro-me a exercer funções de assistente hospitalar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Desde o início do ano corrente, juntamente com quatro outros colegas, sob a direção do doutor Joel Monteiro, surgiu a possibilidade de ficarmos responsáveis pela traumatologia da face da área de referenciação correspondente ao nosso âmbito de atuação. Esta mudança trouxe a oportunidade de aplicar e consolidar conhecimentos previamente adquiridos, ganhar novos conhecimentos e, igualmente importante, adquirir uma maior experiência neste campo de ação.

É a este segundo ponto que gostaria de dar maior relevo. De facto, durante o período de formação específica, são poucos os casos em que temos contacto com traumatologia da face, salvo raras exceções.

A Estomatologia, como especialidade centenária que é, dotada dos profissionais que tem, deveria estar na linha da frente na abordagem do doente com trauma facial e assim proporcionar aos mais novos a prática que é necessária e que deve acompanhar a ciência.

Um outro ponto que gostaria de salientar foi o facto de termos tido a hipótese de dar a conhecer ao resto do corpo clínico hospitalar a Estomatologia. Uma intervenção multidisciplinar, que muitas vezes é necessária no tratamento destes doentes, levou a que tivéssemos que interagir, partilhar conhecimento, contribuindo com as especificidades próprias que a nossa especialidade possui.

Por fim queira deixar um desafio aos jovens estomatologistas, internos e especialistas, para apostarem na formação. É essencial que nos tornemos capazes de responder aos desafios que nos são colocados, dotarmo-nos, e assim dotar a Estomatologia de uma área do saber que também lhe pertence. Só assim seremos profissionais de excelência, competentes, aptos a levar a Estomatologia a novos horizontes.

PERSPETIVA

CRÓNICA DE UMA INTERNA DE ESTOMATOLOGIA EM TEMPO DE PANDEMIA

Ana M. Marques

Interna de Formação Especializada de Estomatologia | Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Contato do autor: anamelissamarques@gmail.com

Estimados Colegas Estomatologistas Portugueses,

Deixo-vos a partilha da minha experiência como interna de Estomatologia em tempo de pandemia.

Voltando atrás. Ao início. Àquele tempo em que saíamos à rua sem necessitarmos de utilizar máscara e sem sentirmos medo. Ao tempo em que podíamos abraçar os nossos pais, os nossos avós, as nossas crianças.

Já se passaram mais de dois meses, mas, sejamos sinceros, parece muito mais. "Como atuar em tempo de Covid-19? O que podemos fazer para ajudar a nossa instituição e a nossa comunidade?" – foram apenas duas das inumeráveis interrogações com que os Internos e Especialistas do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra se têm deparado perante a pandemia. Ainda hoje mantemos essas questões (e, diga-se, inseguranças).

Muitos de nós – e aqui falo da nossa grandiosa família estomatológica portuguesa - experienciaram o "covidário" e têm vivenciado momentos de preocupação e, até, de desespero. E a todos vós me dirijo, esperando que este texto transmita o nosso profundo agradecimento e solidariedade.

Por agora, apenas me resta contar como tem sido a minha experiência e a de todos os internos de Estomatologia em Coimbra.

Por onde começar?

Pelos nossos exames anuais da especialidade que vieram a ser adiados *sine die*? Pelos internatos no Instituto Português de Oncologia ou os demais que se viram forçados a serem interrompidos? Pela dúvida permanente de que, a qualquer momento, poderíamos ser chamados a integrar o "covidário"?

Quanto a esta última questão, em abono da verdade, certo é que, até ao momento, nenhum de nós foi chamado a atuar na linha da frente em Coimbra, hipótese que, contudo, ainda não se encontra afastada. Impunha-se, por conseguinte, indagar, afinal, qual poderia ser então o nosso contributo nesta luta que a todos afeta e que a todos interpela.

Muito antes de pensarmos na nossa participação no exercício da Medicina, tentámos ser - como se nos afigura evidente - bons

cidadãos. De facto, as repetidas tentativas de difundir informação junto da comunidade sobre a importância do recolhimento domiciliário profilático e voluntário ("fiquem em casa") de nada serviriam se nós próprios não o cumpríssemos, é dizer, de outro modo, se, em primeira linha, os Médicos não dessem esse exemplo. E assim o fizemos. Além disso, a par da evicção de todo e qualquer contacto social que não fosse absolutamente necessário, vários foram os esforços envidados para incentivarmos os mais próximos à prática de exercício físico (entenda -se, em casa) ou providenciando apoio emocional a quem mais dele necessitava.

No nosso Serviço, de uma forma célere e expedita, procedeuse à elaboração de uma escala de urgência fixa, de molde a minimizar contactos entre os médicos do serviço (isto é, cada urgência seria assegurada por grupos previamente constituídos pelas mesmas pessoas). O nosso Centro Hospitalar forneceu o material de proteção individual e com ele vestimos a nossa inabalável vontade de auxiliar quem entrava "na nossa casa".

Assim, apesar das dificuldades sentidas, este tempo de pandemia veio a engrandecer (o já de si) notável espírito de entreajuda, humanidade e solidariedade que sempre impera no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, como estou certa de que sucederá nos demais. O nosso Serviço de Urgência mantevese ativo, vigilante e preparado para prestar os cuidados de saúde a todos os doentes que dele se mostraram necessitados. A resposta do Serviço foi, em todos os casos, imediata, ainda que, naturalmente, com os cuidados adicionais que esta pandemia demandava.

Mas claro, para os mais jovens no Serviço, mantiveram-se as preocupações no que respeita ao internato. As incertezas e os receios sobre como ficariam as nossas formações complementares, mestrados e pós-graduações foram uma constante. Permanecemos, pois, apreensivos quanto à viabilidade de cumprirmos os nossos currículos, receosos de ficarmos "para trás" na formação. Alguns de nós, estando integrados na comissão de internos, dedicaram-se à preparação do nosso congresso de internos. E, também esse, adiado. Adiado, porém, não esquecido.

Nesse sentido, foram encetados múltiplos esforços para que todos no nosso Serviço se sentissem motivados.

Mantivemos a nossa Reunião de Serviço por via Zoom, concedendo a todos os Internos a oportunidade de continuar as apresentações semanais de temas sobre Estomatologia, com debate e enriquecimento para todos, e, ainda, funcionando como espaço de diálogo e autorreflexão do Serviço. Todos no Serviço foram incentivados a participar nas Sessões Clínicas de Estomatologia, iniciativa de valor inestimável da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. As sessões decorriam de uma a duas vezes por semana, com temas apresentados por Internos e Especialistas de todo o país, favorecendo o engrandecimento pessoal e profissional, e a criação de laços de união entre os diferentes Serviços.

De outro passo, recordo-me de alguns momentos de maior inquietude, pela numerosa partilha de informações relativas à Covid-19, pelos estudos sucessivamente divulgados - que sempre fomos acompanhando, como é nosso dever de ofício -, pelas estatísticas diariamente anunciadas pela Direção Geral de Saúde e todas as demais atualizações. Por outro lado, disponibilizámonos para auxiliar na Linha de Apoio Médico e, já fora desse contexto, prestámos aconselhamento médico à distância a familiares, pessoas próximas e a todos aqueles que, através das mais diversas formas, nos solicitaram apoio neste período conturbado e atemorizador. Sentimos, não raro, as dificuldades e os medos de quem enfrentava o desconhecido e que nas nossas palavras e conselhos encontrou conforto, orientação e esperança.

Estamos, nesta data, a percorrer um caminho que vem sendo comumente designado como de "desconfinamento" e o nosso Serviço tem percorrido o seu caminho para alcançar o regresso a "dias normais".

Por agora, temos acompanhado em consulta doentes prioritários e já iniciámos períodos de bloco, em contexto de anestesia local e geral. Os nossos exames anuais de especialidade têm nova data agendada e o estudo até aqui efetuado ganhou um novo fulgor.

Cumpre terminar este meu relato, enaltecendo, uma vez mais, todos os profissionais de saúde, que tanto têm dado das suas vidas a esta difícil e prolongada luta, por toda a sua resiliência, espírito de sacrifício e coragem. Um bem-haja!

III CONGRESSO NACIONAL

DE ESTOMATOLOGIA DA AMEP

oão Rui Abreu

Assistente Hospitalar, Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Referência nacional de luxo e de requinte, localizado na vila termal homónima e com a Serra do Bussaco como pano de fundo, foi nos dias 29 e 30 de novembro de 2019 que o Grande Hotel do Luso acolheu o III Congresso Nacional de Estomatologia da Associação de Médicos Estomatologistas Portugueses.

Um cenário idílico onde se confirmou o *momentum* que impulsionou a especialidade para o futuro e foram pagas as promessas e compromissos assumidos em 2018.

É, assim, com grande orgulho que, agora e à distância que só o tempo permite, congratulo todas as pessoas envolvidas na organização, na qual pude participar como coordenador da comissão organizadora local, mas, acima de tudo, felicito todos os palestrantes e congressistas sem os quais este evento não seria possível.

Fazeis todo este esforço valer a pena e fostes vós que permitistes a agregação de peritos das mais diversas áreas, especialidades e grupos profissionais.

Fostes capazes de produzir excelentes apresentações na forma de póster e comunicações orais, todas de altíssima propriedade e entre as quais destaco "O tratamento da doença perimplantar", "Melanoacantoma Oral", "Displasia Cleidocraniana: relato de caso clínico pediátrico" e "Dentes verdes: a propósito de três casos clínicos", cuja qualidade interpares chamou a atenção da comissão científica.

Sois a prova viva de que a Estomatologia tem o seu futuro assegurado dentro do Serviço Nacional de Saúde, mas também fora dele.

Por último destaco, igualmente, a eleição dos novos membros dos corpos sociais e diretivos da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses, a quem dirijo uma palavra de apreço e o desejo do maior sucesso para o próximo triénio. Que este mandato seja, pelo menos, tão fértil e produtivo como o anterior.



J. Serafim Freitas

Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário São João Presidente da Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia

O III Congresso Nacional de Estomatologia da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. Decorreu com entusiasmo e bom nível científico e teve o patrocínio científico da Ordem dos Médicos, do Colégio de especialidade de Estomatologia e da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

O ambicionado **III Congresso Nacional**, o da consolidação, que se seguiu ao significativo passo de setembro de 2018, no Centro

Hospitalar Universitário do Porto, que acolheu o **II Congresso. Este III Congresso**, foi um encontro muito participado, com 106 inscritos, onde foram produzidas significativas comunicações científicas e se apresentaram 35 trabalhos a concurso, com a sala sempre repleta de profissionais interessados.

A sessão solene de abertura, decorreu com grande entusiasmo. Falaram aos congressistas a Dr.ª Marília Dias Pereira, em

representação do Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Miguel Guimarães, o Professor Doutor José Pedro Figueiredo, diretor do Serviço de Estomatologia do CHUC, o Dr. Lélio Marques, insigne estomatologista, com 92 anos, decano da Assembleia, antigo Diretor de Serviço do Hospital de São José, e ainda o presidente do Colégio da especialidade de Estomatologia Dr. Serafim Freitas e o presidente da AMEP Dr. Rui Moreira.

Trata-se de um tempo de assumido renascimento da especialidade e da, há tanto ambicionada, renovação dos quadros. De facto,
entre os cerca de 550 estomatologistas existentes a nível nacional, e depois de atingir no Continente um mínimo de 107 especialistas hospitalares públicos em 2017, verificava-se já em 2018 a
subida do efetivo para 116 especialistas, que seguramente já
ultrapassou os 120 em 2019 e se espera, possa ampliar-se. Assim clamam as necessidades em saúde dos doentes! A nível do
País, a última estatística do INE refere-se a 2017 e contabiliza
144 especialistas hospitalares, 122 no público e 22 no privado.
Nesse ano produziram 297167 consultas e 12312 cirurgias. Por
outro lado, a taxa de ambulatoriedade cirúrgica referente a 2015
atingia 91,5% e nesse ano a Estomatologia cuidou de 890 internamentos, sem esquecer a intensa atividade de urgência.

A Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia, documento estruturante do Ministério da Saúde, de novembro de 2017, prevê a necessidade de 320 estomatologistas nos hospitais do SNS do Continente. Refira-se que apenas existem Serviços de Estomatologia em 27 dos 51 centros hospitalares do SNS, havendo pois muita necessidade e muito espaço para crescer!

Na ocasião foram elencados diversos factos relevantes sucedidos em 2019 que permitem antever o progresso da especialidade:

A formação de médicos internos iria recomeçar já em janeiro de 2020 no Serviço de Estomatologia do IPO do Porto, pois este recuperou a sua idoneidade formativa. Também o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial do IPO de Coimbra, a partir deste ano, dobrou as suas capacidades formativas, acolhendo agora 2 internos por semestre.

A proativa Comissão Nacional de Internos de Estomatologia 2018/2019, liderada pelo Dr. José Vieira Ferreira, levantou com muito êxito o Encontro Nacional de Internos de Estomatologia 2019, que decorreu em Lisboa a 10 e 11 de maio, e foi mais uma intensa e vivida jornada de maturidade e excelência da especialidade e do seu setor de formação.

A importante publicação em Diário da República do regulamento da Ordem dos Médicos sobre os **tempos de consulta**, que a todos obriga, desde os Diretores Clínicos, até aos internos de especialidade.

Na Estomatologia, e dada a especificidade e o caráter procedimental de muitos dos atos, são respetivamente de 30 e 45 minutos para 1.ªs consultas e consultas subsequentes.

O Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral 2019 foi alvo de um interpelante parecer da Ordem dos Médicos. Reconhecer virtualidades, denunciar desconformidades e apontar caminhos para o necessário e urgente aperfeiçoamento, foram os objetivos.

A **Revista da AMEP**, depois do n.º 15, de setembro de 2018, está revitalizada e a 16.ª edição, de junho de 2019, é prova disso. O número 17 nasceria antes do fim de 2019 e, já em 2020, partirá para a batalha da indexação. Esta regularidade é da responsabilidade da editora-chefe Dr.ª Catarina Fraga, e dos seus editores-adjuntos Dr. Luís Fonseca, Dr.ª Mariana Moreira e Dr.ª Marta Galrito, que, com a Comissão Científica da Revista, tem erguido um significativo projeto editorial. É toda uma nova geração a apontar um novo caminho!

Neste ano de 2019 ocorreram ainda duas importantes comemorações, nomeadamente os 110 anos do Serviço de Estomatologia do hospital de São José e os 100 anos da fundação da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, hoje SPEMD.

O envolvimento científico crescente da especialidade é marcante. Refira-se que apenas contabilizando os três principais eventos nacionais, a Estomatologia, e designadamente os seus Serviços hospitalares, participaram só em 2019 com 93 cartazes científicos em Congressos Nacionais (ENIE 29, SPEMD 34 e AMEP 30). Mas também com dezenas de comunicações orais e dezenas de publicações de artigos científicos. Os 25 fundadores da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, estariam orgulhosos e imensamente felizes por ver que, 100 anos volvidos, vivemos de novo um extraordinário momento em que a Estomatologia tem vindo a recuperar o lugar que merece, com a formação desde 2016 de 26 novos especialistas, com a existência de 50 médicos internos em formação, com a organização e participação em eventos científicos nacionais e internacionais, com as publicações em revistas da especialidade, com o aprofundamento da enriquecedora interação com o Corpo de Enfermagem, sem esquecer a progressiva diferenciação dos nossos Serviços de Estomatologia hospitalares, que, integrados em departamentos médico-cirúrgicos, tem vindo a reforçar a sua modernidade e o seu papel no ensino médico e médicodentário.

A boa participação no Congresso, com 106 inscrições, esteve ao nível dos números do ano anterior (cerca de 120). A sala, sempre povoada por uma plateia muito atenta e interventiva, as

30 comunicações escritas e as 5 comunicações orais a concurso, a novidade da integração do setor de enfermagem, que participou com uma comunicação do CHUSJ e um cartaz do D.ª Estefânia, e a integração de diretores de Serviço como o de Faro (Dr. Joel Monteiro) e o do IPO de Coimbra (Dr. José Eufrásio), entre muitos outros, foram importantes. Muitos internos, incluindo pelo menos 7 dos 14 que só em janeiro de 2020 entrariam na especialidade, e a participação tenaz do Dr. Lélio Marques que nos seus 92 anos mostrou uma invejável saúde e se dirigiu emocionado ao Congresso na sessão solene e, de novo, quase no fim dos trabalhos, exaltando o renascer da Estomatologia. Também as discussões científicas, que atingiram um bom nível, e a "Conferência" da Dr.ª Rosário Malheiro sobre política de saúde oral foram muito enriquecedoras.

Para o futuro fica o registo dos prémios entregues aos melhores trabalhos, onde o CHUC arrasou e quase fazia o pleno.

A estatística mostra que a maioria dos trabalhos tiveram a chancela do CHUC, Hospital de Braga, CHULN e CHULC. Também presentes trabalhos do CHUP e CHVNG/E. Foi, no entanto notado o compromisso de produção científica no CHUSJ, presente com apenas com 1 cartaz.

Uma novidade de esperança no Congresso foi o propósito do Dr. Joel Monteiro, que manifestou a intenção de que, logo que em Faro se organizem, e agora que são cinco especialistas, está muito motivado para formar internos no Serviço, "pagando a dívida" que referiu ter com os Serviços formadores, sem os quais o seu Serviço não poderia crescer como está a fazer nos últimos anos.

Durante a Assembleia Geral, foram eleitos os novos Corpos Sociais da AMEP. Dos 12 elementos dos anteriores Corpos Sociais, ficaram apenas 4, muito resilientes e que acolheram os novos elementos da equipa com a motivação que se impõe. Decerto uma equipa ganhadora e da qual se espera a consolidação e engrandecimento da atividade da AMEP.

E por falar em futuro, o IV.º Congresso Nacional de Estomatologia da AMEP anunciava-se para Faro, em novembro de 2020! E se não fosse o vírus...

29-30 NOVEMBRO 2019 GRANDE HOTEL DE LUSO





TRABALHOS PREMIADOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

1º PRÉMIO



COMUNICAÇÕES ESCRITAS

1º PRÉMIO



Melanoacantoma Oral



O Melanoacantoma Oral é uma condição benigna rara da mucosa oral caracterizada pela proliferação de melanócitos e queratinócitos que resulta em lesões em placa ou máculas pigmentadas, acastanhadas, com margens bem circunscritas

Caso Clínico

Apresentação

Homem de 34 anos : Antecedentes Pessoais: Diabetes

Entrada no SU por quadro de descompensação de diabetes, pós-prandial, apresentando sintomas de tontura e visão turva. Por apresentar queixas de dor de origem odontogénica foi pedida a colaboração da urgência de Estomatologia. O doente apresentava odontalgia com 4 dias de evolução referente ao primeiro quadrante. Não apresentava outras queixas relevantes.

Exame físico: Ao exame objetivo intra-oral, apresentava dor à percussão de resto radicular de dente 14, tendo este sido extraído. Adjacente a este dente, apresentava também uma lesão pigmentada com limites bem definidos, indolor, com 1 cm de maior diâmetro na mucosa vestibular do primeiro quadrante ao nível dos dentes 12 e 13 com vários meses de evolução.





Fig. 2 - Imagem da lesão



strando resto radicular retido no 1º quadrante, onde se d qualquer afeção óssea da lesão





Adjacente ao dente extraído, apresentava também uma lesão pigmentada com limites bem definidos, indolor, com 1 cm de maior diâmetro na mucosa vestibular do primeiro quadrante ao nível dos dentes 12 e 13 com vários meses de evolução. (figura 1 e 2). Foi realizada biópsia excisional da lesão, tendo o resultado anátomo-patológico sido de melanoacantoma oral da mucosa vestibular, descrevendo-se "epitélio malpiohiano hiperplásico, acantósico, com discreta paraqueratose" e ainda "hiperplasia de células melanociticas com hiperplasia o melánica na camada basal" (figura 4). Foi agendada nova consulta para informar o doente do resultado diagnóstico. Dado o carácter benigno e a ausência de sintomas, foram planeadas consultas de revisão de seis em seis meses. (figura 5)

Discussão / Conclusão

O Melanoacantoma Oral (MO) é raramente observado na raça caucasiana, sendo mais frequente na raça negra, mostrando uma predileção pelo sexo feminino. O MO ocorre maioritariamente no lábio, seguido da mucosa oral e palato. Devido ao facto das lesões de MO serem caracteristicamente indolores, são identificadas, na maior parte das vezes, apenas em exames de rotina. Clinicamente, o MO apresenta-se como uma lesão bem definida preta-acastanhada, suave, lisa, ou ligeiramente elevada. À apresentação, esta lesão pode variar de poucos milímetros a vários centímetros de tamanho. Devido à sua apresentação alarmante, deve ser realizada biópsia para descartar a possibilidade de diagnóstico de melanoma. Ao exame microscópico, os melanócitos, produtores de melanina, os quais estão, normalmente, limitados à camada epitelial basal, no MO, estão profundamente espalhados por toda a face epitelial. É esta dispersão de melanócitos em várias camadas epiteliais, para além da camada basal que causam a coloração da lesão e facilitam o diagnóstico. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica. Apesar do número reduzido de casos de lesões pré-malignas, é recomendada a biópsia excisional com margens largas e livres. Não está descrito qualquer caso de recorrência ou metástases, ou complicações provenientes da biópsia. Uma vez obtido o diagnóstico de MO, nenhum tratamento adicional é requerido.

COMUNICAÇÕES ESCRITAS

1º PRÉMIO (Ex-aeguo)



Displasia Cleidocraniana: relato de um caso clínico pediátrico

Marques A.M.¹, Morais M.J.¹, Amorim, J. P.², Costa M. F.², Figueiredo J.P.³

.. Interno de Formação Específica em Estomatologia, CHUC; 2. Assistente Hoso tafar do Serviço de Estomatologia, CHUC; 3. Professor Auxiliar da EMUCIe Diretor de Serviço de Estomatologia, OHJC

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-EPE, Coimbra, Portugal Universidade De Coimbra - Faculdade de Medicina - Coimbra, Portugal



Introdução A Displasia Cleidocraniana (DCC) ou doença de Marie-Sainton é uma patologia esquelética que ocorre por transmissão autossómica dominante ou por neomutação², apresenta uma prevalência de 1/1.000.000 indivíduos e não tem predileção por género ou grupo étnico.2ºº A mutação ocorre no gene RUNXZ, localizado no cromossoma 6.º Apresenta-se como uma displasia óssea generalizada e lesa principalmente estruturas sujeitas a ossificação intramembranosa como clavícula, ossos do crânio e da face, e dentes. Assim, engloba anomalias como aplasia ou hipoplasia uni ou bilateral das clavículas, estatura reduzida, ausência de ossificação das suturas ou fontanelas cranianas, entre tantos outros. 7 Ao nível da cavidade oral, pode manifestar-se como palato ogival, hipoplasia do esmalte, hiperdontia por presença de múltiplos dentes supranumerários, atraso na erupção e esfoliação da dentição decídua, e atraso ou ausência na erupção da dentição definitiva. 3-5 O diagnóstico é essencialmente clínico-radiológico, mas apenas dado como definitivo após a realização de estudo genético. 8-11 A presença de afeção clavicular aliada a anomalias do desenvolvimento dentário e à patência das suturas cranianas é fortemente indicativo de DCC.⁷ Não existe tratamento específico para esta patologia. 1⁵⁴ O tratamento é direcionado aos sintomas do doente e requer uma abordagem multidisciplinar, cujo objetivo passará por melhorar a saúde do individuo aos níveis funcional e estético. 17

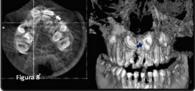
Descrição do Caso Clínico Menino de 8 anos, com Displasia Cleidocraniana é enviado à consulta de Estomatologia Pediátrica por atraso na erupção dentária.

- o Mãe G1P2 gravidez gemelar de 36 semanas, parto de cesariana, peso ao nascimento de 2980 g o Marcha aos **16** meses (irmã começou aos 9 meses)
- Encerramento da fontanela anterior tardio → Pai também!
- o Coxa vara bilateral (figura 1 e 2) submetido a osteotomia de valgização bilateral aos 6 anos (figura 3)
- o Hipoplasia clavicular bilateral (figuras 4 e 5) o Estudo molecular do menino identificou mutação RUNX2 - pai sem mutação.
- Bom estado geral
- o Peso e estatura P5
- Macrocefalia relativa PS0 e proeminência da bossa frontal (figura 6)
 Boa higiene oral e sem cáries
- o Atraso na erupção na dentição definitiva

ECD: Radiografia panorâmica e o dental scan detetaram três dentes supranumerários no maxilar - bloco incisivo, e dois dentes supranumerários mandibulares ao nível de 3.3 (figura 7 e 8).

PLANO: Extração dos dentes supranumerários foi realizada em contexto de bloco e sob anestesia geral. O procedimento ocorreu sem intercorrências (figura 9). À data, mantém-se em vigilância pelo atraso da erupção dentária e iniciou tratamento ortodôntico (figuras 10, 11 e 12).











Discussão e Conclusões As anomalias dentárias constituem uma das principais causas de morbilidade em doentes com DCC, com enfoque em casos de retenção da dentição decidua, presença de múltiplos dentes supranumerários e de ausência de erupção da dentição permanente. 46 17 A hiperdontia provoca tanto inclusões dentárias, atraso na erupção dentária, como também apinhamento dentário e mai oclusão, comprometendo as funções de articulação e mastigação e a estética, com impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar. Lassim, com frequência, dentro da mutiplicidade de anomalias que constituem esta síndrome, são as alterações do desenvolvimento dentário que motivam a procura dos cuidados de saúde. Isto posto, importa frizar o papel significativo que a Estomatologia pode desempenhar na abordagem e tratamento destes doentes e, ainda, do seu potencial como especialidade precursora no diagnóstico de patologias genéticas com repercussão craniofacial e intra-oral.

Bibliografia: "Aray, A. A.; Lópe, E. E.; Moreno, G. G. Displank deidocurainar revisio e exclude des características chiricas e radiográficas de uma familia chifera. Revista de Odontopediarria Lutinourrenicana. Disponind em https://www.nechiaredontopediarria org/ediciones/2011/1/art 13/, 2011. "Risparcel, benet. Celidocuraid application Sichology, divisional displantar includes and possible an

COMUNICAÇÕES ESCRITAS

3º PRÉMIO



Dentes Verdes - A propósito de três casos -



Mussá Y.1, Ramazanova A.2, Prates M.1, Pereira A 1. Martins A.1

- Internos de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.
 Assistente de Estomatologia, Unidade de Estomatologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

INTRODUÇÃO

A coloração esverdeada dos dentes resulta da deposição de bilirrubina na dentina durante a fase de formação e desenvolvimento da matriz mineralizada.

sendo a dentição decidua a mais afetada. É uma condição rara secundária à exposição nos primeiros meses de vida a elevadas concentrações de bilirrubina. A causa mais comum é a atrésia das vias biliares. Outras causas incluem doença hemolítica, oclusão do ducto biliar, hemólise in utero, hipoplasia biliar e colestase associada a sépsis. O tratamento é restaurador.

Sexo masculino, 7 anos, raça negra, com antecedentes patológicos de atresia das vias biliares e cirrose hepática com necessidade de transplante hepático aos 3 anos; No exame objectivo intra-oral destacava-se pigmentação esverdeada generalizado, atrição, focos de displasia do esmalte, múltiplas cáries e mau controlo de placa.







Figuras 1,2 e 3 – Atingimento de toda a dentição decídua, 1os molares e incisivos centrais inferiores definitivos

Sexo feminino, 9 anos, raça negra, com antecedentes patológicos de atrésia das vias biliares, cirrose hepática e transplante hepático aos 2 anos; pigmentação dentária esverdeada, displasia do esmalte e múltiplas





Figuras 4 e 5 – Atingimento de toda a dentição decídua

Ш Sexo feminino, 6 anos, raça negra, com antecedentes de atrésia biliar, cirrose hepática e transplante hepático aos 2 anos; pigmentação esverdeada mais marcada nas coroas dos incisivos centrais.



Figura 6 – Atingimento das coroas dos incisivos

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Descrevemos 3 casos de dentes esverdeados secundários a atrésia das vias biliares. Esta cor intrínseca é causada pelo depósito de pigmento verde resultante da degradação da bilirrubina. A expressão fenotípica é muito variável desde tons francamente esverdeados a amarelados. A extensão da afectação depende do estadio de desenvolvimento dentário durante o período de hiperbilirrubinemia.

Nos casos I e II existe atingimento da dentição decidua e definitiva pelo que podemos inferir através das tabelas da cronologia de mineralização dentária, que as alterações analticas se iniciaram intra útero com um período prolongado até aos 2-3 anos momento em que termino a mineralização da coroa do 1º molar. No caso III a dentição decidua não está afectada pelo que podemos datar o início da hiperbilirrubinemia mais tardio, após os 11 meses de idade, com atingimento dos gérmens dos incisivos centrais no estadio II de Nolla.

A hipoplasia do esmalte relacionada com alterações sistémicas associada ao mau controlo de placa bacteriana resultam no aumento da incidência de

A abordagem terapêutica na dentição decídua é preventiva, com ênfase nos cuidados de higiene e evicção de cariogénicos. Na dentição definitiva a estética é preponderante tornando-se necessário o recurso a tratamentos restauradores.

BOND DE 1ª GERAÇÃO

UMA INICIATIVA PIONEIRA NA HISTÓRIA DA ESTOMATOLOGIA FM PORTUGAL

Cristina Moreira

Interna de Formação Especializada em Estomatologia | Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Presidente da Comissão Nacional de Internos de Estomatologia 2019-2020

É sobejamente sabido que a Estomatologia é uma das mais antigas áreas da Medicina, reconhecida em Portugal como especialidade médica desde 1911. Sobreviveu a um período de declínio e envelhecimento dos quadros hospitalares, mas assistimos recentemente a uma nova fase de revitalização e dinamismo, fruto de um trabalho de equipa entre especialistas dedicados e novos elementos empenhados e proativos.

Na sequência deste "renascimento" da especialidade, em 2017 surgiu a primeira Comissão Nacional de Internos de Estomatologia (CNIE), uma estrutura autónoma da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. Com o objetivo não só de representar os internos de cada centro formativo do país, mas também de promover a partilha científica e a comunicação interpares, as duas primeiras CNIE organizaram, respetivamente, o Encontro Nacional de Internos de Estomatologia (ENIE) 2018, em Coimbra, e o ENIE 2019, em Lisboa.

Em 2020, a terceira CNIE iniciou o seu mandato com a organização de um evento pioneiro de caráter integrativo, o "BOND de 1.ª Geração: Unindo os Internos de 1.º Ano à Estomatologia". O nome do evento foi escolhido de forma a adequar-se ao seu objetivo primordial, traçando um paralelismo entre o bond usado na prática clínica e este evento, criado para estabelecer a "união" dos novos internos à especialidade, a novos conhecimentos e a novos pares. Este conceito surgiu da necessidade de proporcionar aos internos

recém-chegados uma oportunidade de partilha de saberes e experiências de internos e para internos, sob alçada e validação de especialistas convidados.

Divulgado previamente nas redes sociais e em *website* próprio (https://cniestomatologia19.wixsite.com/bond1g), este evento foi realizado no dia 11 de janeiro de 2020, nas instalações da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dentofacial, no Porto. Mantendo a intenção de acolher os novos elementos, uniramse todos os esforços para que o evento fosse promovido de forma gratuita, como um verdadeiro momento de boas-vindas.

Para grande satisfação e orgulho, este dia contou com a presença dos internos de 1.º ano de todo o país, bem como de um grupo de especialistas constituído pela Dr.ª Conceição Queiroga e Dr.ª Catarina Fraga (elementos da Comissão Científica), Dr. Luís Ribeiro, Dr.ª Fernanda Costa, Dr. Rui Moreira (Exmo. Sr. Presidente da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses) e Dr. Serafim Freitas (Exmo. Sr. Presidente do Colégio da Especialidade de Estomatologia).

Com esta iniciativa tudo se organizou no sentido de integrar os mais novos, dando-lhes a conhecer algumas noções basilares da Estomatologia que não são abordadas ao longo do curso de Medicina. Discutiram-se aspetos relativos ao exame objetivo do aparelho





estomatognático, à radiologia intra e extraoral, a conceitos de exodontia, endodontia, dentisteria e cirurgia oral, colocando-se a descoberto uma parte do alfabeto com que escreverão o seu percurso na Estomatologia.

No final das sessões teóricas houve ainda lugar a um pequeno *workshop* sobre Endodontia Mecanizada levado a cabo pelo Sr. António Carvalho, delegado da empresa VDW[®] que gentilmente cedeu um *kit* de treino a cada participante.

No rescaldo do evento as imensas palavras de agradecimento deixaram uma agradável sensação de objetivo cumprido. Internamente jaz também a esperança de se ter aguçado o espírito dinamizador das comissões vindouras: que projetem eventos inovadores, que melhorem os moldes dos eventos já realizados, que pouco a pouco enriqueçam a história da "nossa Estomatologia".

Até breve e, sobretudo, até sempre!







COMUNICAÇÃO OROANTRAL:

TÉCNICAS AUTÓLOGAS DE CORREÇÃO CIRÚRGICA

Oroantral Communication: autologous techniques for surgical correction

Ana I. Magalhães¹, Rita Martins¹, J. Serafim Freitas², Catarina Fraga³

¹Interna de Formação Especializada em Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de São João

¹Assistente Hospitalar Graduado | Centro Hospitalar e Universitário de São João

³Assistente Hospitalar | Centro Hospitalar e Universitário de São João

Contacto do Autor: anamagalhaes90@hotmail.com

RESUMO

Uma comunicação oroantral é uma via aberta patológica entre a cavidade oral e o seio maxilar. Quando esta não encerra espontaneamente ou não é corrigida, forma-se um epitélio que dá origem a uma fístula oroantral. Existem múltiplas intervenções cirúrgicas para o seu encerramento. As técnicas autólogas são as mais frequentemente utilizadas pois mimetizam a anatomia original. Estas incluem os retalhos de tecidos moles, os enxertos ósseos, os reta-Ihos livres microvascularizados, entre outras técnicas. A seleção da técnica cirúrgica depende essencialmente da dimensão e localização da comunicação, da quantidade e qualidade de tecido disponível e da possibilidade de reabilitação oral do doente. Os retalhos de tecidos moles são a 1.ª linha na correção dos defeitos de menores dimensões pois são procedimentos simples, fáceis de executar, de disponibilidade imediata, de grande diversidade e eficazes na maioria dos casos. Contudo, guando o defeito ósseo é de grandes dimensões é necessária a transferência de tecidos distantes, como osso autólogo não vascularizado ou retalhos microvascularizados. Estes permitem a reabilitação implantossuportada do doente e obedecem ao princípio reconstrutivo primordial "replace like with like".

O objetivo desta revisão de literatura é rever as principais indicações e comparar a eficácia e segurança das diferentes intervenções cirúrgicas autólogas não-endoscópicas, para a correção das comunicações oroantrais.

ABSTRACT

Oroantral communication is defined as a pathological opening between the oral cavity and the maxillary sinus. When this communication fails to close spontaneously or is not surgically corrected, epithelial ingrowth may ensue giving rise to an oroantral fistula. Treatment is then warranted, and there are several options. Autologous tissue techniques are most frequently

performed and permit close mimicking of previous anatomy. These include local soft tissue flaps, boné grafts, free osteocutaneous flaps, as well as other techniques. Selection of the procedure relies on the dimension and localization of the communication, availability of donor tissue, and the possibility of prosthetic oral rehabilitation. When the defect is small, local flaps are usually the first choice. These are reliable, versatile and technically more straightforward. With larger communications, there is the need for distant tissue transference, either as a bone graft or a microvascularized free flap. These follow the reconstructive principle of replacing "like with like" and allow for oral implant-based rehabilitation.

This review is intended to point out the main surgical indications and compare different non-endoscopic autologous treatment options for oroantral communication.

Palavras-chave: comunicação oroantral, fístula oroantral, técnicas autólogas, cirurgia oral.

Key-words: oroantral communication, oroantral fistula, autologous techniques, oral surgery.

INTRODUÇÃO

Uma comunicação oroantral (COA) e uma via aberta patológica entre o seio maxilar e a cavidade oral provocada pela perda parcial dos tecidos duros e moles que separam estas duas cavidades^(1,2).

A extração de dentes maxilares posteriores e a principal causa de COA devido a proximidade anatómica das suas raízes com o seio maxilar, cujo pavimento, nesta região, pode ter entre 1 a 7 mm de espessura^(1–6).

Outros fatores etiológicos associados as COA são: traumatismos; infeções periodontais, em que o processo inflamatório de origem dentaria pode difundir-se através do osso alveolar maxilar ate a membrana de *Schneider*; e cirurgias maxilares como a enucleação de tumores ou quistos, colocação de implantes, cirurgia ortognática, etc^(2,3,5–8).

A necessidade de uma intervenção para a correção da comunicação sinusal depende essencialmente de três fatores: tamanho da comunicação; tempo decorrido desde a sua formação; existência ou não de sinusite⁽⁴⁾. Na ausência de infeção do seio maxilar, pequenas comunicações de 2 a 3 mm de diâmetro podem encerrar espontaneamente^(1,2,5,9,10). Muitas delas não são diagnosticadas, sendo consideradas subclínicas (1). No entanto, este encerramento espontâneo esta dependente de vários fatores, como o estado clínico do doente, o estado dos tecidos moles que envolvem a comunicação, a presença prévia de infeções, as dimensões do alvéolo e os cuidados pós-operatórios (4). As COA com diâmetros superiores a 5 mm ou aquelas que perduram por um período superior a 3 semanas, raramente encerram sem intervenção cirúrgica^(1,5,9,10). Estas devem ser encerradas 24 a 48h após a sua formação de forma a evitar a passagem de fluidos para o seio, o que atua como veículo para a microflora oral, causando sinusite^(4,11). Outra consequência do não encerramento da COA e a formação de um epitélio que vai dar origem a uma fistula oroantral, situação que resulta num menor sucesso terapêutico e pior prognóstico^(1,5).

A seleção da técnica cirúrgica depende principalmente do tamanho e localização da comunicação, da quantidade e qualidade de tecido disponível e da possibilidade de reabilitação oral do doente (2,4,7,10) Independentemente da opção cirúrgica, deve-se ter em conta dois princípios fundamentais, a correta drenagem do seio maxilar infetado previamente à intervenção e o encerramento da comunicação sem tensão e sobre osso alveolar são^(1,1,5,12).

MATERIAIS E MÉTODOS:

Uma revisão da literatura foi conduzida na base de dados da *PubMed*, sem restrições relativas à data de publicação. Os artigos foram pesquisados usando os termos "oroantral", "orosinusal", "communication", "perfuration", "fistula", "management", "treatment", e "closure". Foram incluídos artigos de investigação, casos clínicos e revisões da literatura (n=364). Foram selecionados apenas os artigos que abordavam as técnicas para encerramento das COA, excluindo-se aqueles que abordavam exclusivamente epidemiologia, etiologia e diagnóstico (n=81). Destes apenas foram selecionados aqueles que abordavam técnicas cirúrgicas autólogas, excluindo-se os procedimentos endoscópicos (n=37).

TÉCNICAS PARA ENCERRAMENTO DAS COMUNICAÇÕES ORO-ANTRAIS:

As possibilidades terapêuticas para correção das COA incluem técnicas autólogas, técnicas alogénicas, técnicas xenogénicas, a utilização de materiais sintéticos e metais, e outras técnicas (4,13) (Tabela 1).

TÉCNICAS AUTÓLOGAS					
RETALHOS DE	TECIDOS MOLES	Enxertos ósseos	RETALHOS LIVRES MICROVASCULARIZADOS		
Locais	REGIONAIS	» Retromolar	» Côndilo Femoral Medial		
RETALHOS VESTIBULARES	RETALHO LINGUAL	» Mento			
TALINOS VESTIBULANES	NETALITO LINGUAL	» Zigomático			
» Rehrmann		» Crista ilíaca			
» Môczáir		» Enxertos de cartilagem			
RETALHO PALATINO					
Corpo adiposo oral					
TÉCNICAS ALOGÉNICAS	TÉCNICAS XENOGÉNICAS	MATERIAIS SINTÉTICOS / METAIS	Outras técnicas		
» Cola de fibrina	» Colagénio	» Ouro	» 3º Molar		
» Dura	» Filme de gelatina	» Alumínio	» Alveolotomia intraseptal		
	» Bioguide®/Bio-oss®	» Tântalo	» Regeneração guiada por tecido		
		» Polimetilmetacrilato	» Fibrina rica em plaquetas		
		» Análagos de raíz			

Tabela 1: Técnicas para correção das comunicações oroantrais.

(adaptado de Visscher et al., 2010 e de Parvini et al., 2018)

As técnicas autólogas são as mais frequentemente utilizadas. Estas utilizam tecidos do próprio e possibilitam a restituição da anatomia original. São, por isso, consideradas o padrão de referência. Técnicas alogénicas e xenogénicas são uma alternativa (4,13). Existem também materiais inertes que podem ser utilizados para o preenchimento das COA, como o ouro, alumínio, tântalo, polimetilmetacrilato, hidroxiapatite, etc. Estes são colocados na zona do defeito com as margens sobre osso saudável e funcionam como uma barreira à mucosa do seio, servindo de baseà criação de tecido de granulação (4,13). Por fim, existem ainda outras técnicas que não se enquadram nos grupos supracitados mas que merecem menção. Estas têm, de alguma forma, um caráter autólogo, embora sejam mais frequentemente descritas separadamente.

A discussão que se segue tem como objetivo explorar as técnicas que envolvem reconstrução das comunicações e fistulas oroantrais com tecido autólogo, total ou parcialmente.

Técnicas Autólogas para Encerramento das Comunicações Oro-antrais:

Retalhos de tecidos moles locais:

Retalhos Vestibulares

Existem dois tipos de retalhos vestibulares para o encerramento das COA, a técnica de *Rehrmann* e a técnica de *Môczáir*^(4,10,13).

A técnica de *Rehrmann*, consiste na confeção de um retalho de avanço vestibular. É considerado o retalho de primeira linha para o encerramento das COA de pequenas dimensões, até 5mm^(1,4,7,10,11,13–15). Após a realização de duas incisões verticais vestibulares e divergentes, com as dimensões apropriadas para o encerramento adequado (1 cm a distal e 1 cm a mesial da comunicação), levanta-se o retalho de base larga e conformação trapezoidal (**Figura 1**).

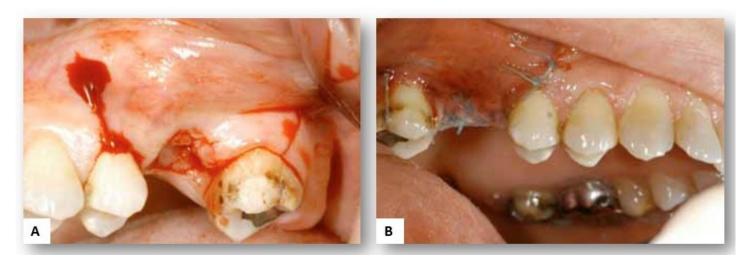


Figura 1: Técnica de *Rehrmann;* Incisão para o retalho de avanço vestibular (**A**); aspeto da sutura após o encerramento da COA (**B**) (adaptado de Borgonovo et al., 2012)

Realizam-se também incisões horizontais perto da base do retalho, para permitir o avanço do mesmo e o encerramento, suturando à mucosa palatina, sob tensão mínima^(1,3,5,7,10,13,15). A base ampla permite o adequado suprimento sanguíneo^(3,4,7,10,13). Se for realizado de forma imediata, este retalho tem uma elevada taxa de sucesso, de cerca de 90%^(1,4,13). As principais desvantagens são a diminuição da profundidade do vestíbulo, a dificuldade na reabilitação protética futura e o edema e dor pós-operatórios^(7,10,10,12–15)

A técnica de *Môczáir* envolve a confeção de um retalho de deslizamento vestibular, que é deslocado distalmente um dente de largura, de forma a utilizar a papila do dente adjacente que roda sobre o defeito^(4,10,13). A utilização desta técnica evita a diminuição da profundidade do vestíbulo^(10,13,16). No entanto, tem como principais desvantagens um maior grau de desinserção dentogengival e deixar um defeito na zona dadora, que vai sofrer

epitelização secundária (13,16).

Retalho Palatino

O retalho mucoperiósseo palatino é uma técnica de encerramento de COA útil nos casos de comunicações de dimensões médias (superiores a 10 mm) ou recorrentes^(4,17). É um retalho de avanço e rotação e, para a sua correta confeção e sucesso, alguns prérequisitos deverão ser levados em conta (**Figura 2**):

- A base deve ser ampla, de modo a incluir a artéria grande palatina na sua emergência pelo buraco palatino⁽⁵⁾;
- A dimensão da porção anterior do retalho deverá exceder o diâmetro do defeito ósseo de modo a cobri-lo na sua totalidade⁽⁵⁾;
- O comprimento deverá permitir a rotação lateral e a sutura sem rotação ou tensão excessivas⁽⁵⁾.

Assim se compreende que o retalho palatino seja mais indicado para o encerramento de defeitos na região pré-molar maxilar, uma vez que para a região molar seria necessária uma maior rotação, comportando risco de isquemia e necrose do retalho (5,17)

As vantagens desta técnica prendem-se com a menor suscetibilidade à rotura do retalho e com a possibilidade de manter a profundidade do sulco vestibular⁽¹⁷⁾. No entanto, uma rotação excessiva pode levar a necrose e perda do retalho^(5,18). A existência de uma área palatina de osso exposto, que permanece até a epitelização secundária ocorrer, e a formação de uma protuberância no local do eixo de rotação estão associadas a um pós-operatório mais desconfortável^(4,5,17,18).

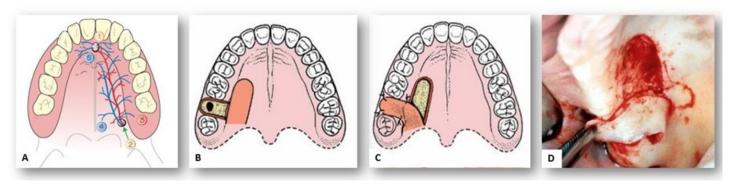


Figura 2. Planeamento do retalho palatino, que deverá conter a artéria grande palatina (A) e ter dimensões que permitam cobrir o defeito ósseo com uma rotação sem tensão excessiva (B e C). Fotografia intraoperatória (D). (adaptado de Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea 5ed, e de https://pt.slideshare.net/GuilhermeTerra/tratamento-das-comunicaes-buco-sinusais-2013, acedido em 30/04/2020)

O uso de retalhos de espessura parcial permite minimizar o desconforto no pós-operatório e a probabilidade de necrose^(5,18); destaca-se o retalho submucoso que é dividido em duas camadas, em que a camada submucosa encerra o defeito ósseo e a camada mucosa encerra o local dador, evitando a exposição óssea.

Corpo Adiposo Oral

O corpo adiposo oral ou bola de *Bichat*, consiste numa massa de tecido gordo capsulado localizada nos espaços mastigatórios, profundamente à porção posterior da maxila. Apresenta quatro prolongamentos - vestibular, pterigóide, pterigopalatino e temporal - e a sua dimensão é constante ao longo da vida, independente das variações de gordura corporal^(19,20). O ducto parotídeo tem uma íntima relação com a bola de *Bichat*, percorrendo a sua face lateral até ao nível do bordo anterior do músculo masséter, altura em que a perfura, e ao músculo bucinador, dirigindo-se para a cavidade oral^(19,20).

Este retalho aplica-se a pequenos e médios defeitos (menores que 5mm) cujo encerramento falhou por outros métodos. A colheita inicia-se com uma incisão, com cerca de 2 cm, no sulco vestibular, em relação com a porção posterior da apófise zigomática e através do músculo bucinador. É importante identificar a abertura do ducto parotídeo, evitando a sua lesão. Com recurso à disseção romba, localiza-se o corpo adiposo oral. Depois de fazer a incisão da cápsula, traciona-se cuidadosamente, fixando-o no local do defeito com recurso a sutura com pontos simples (**Figura 3**). Após 1 mês o tecido está totalmente epitelizado^(5,19–21). O recobrimento com mucosa oral não apresenta vantagens adicionais exceto no caso de perfuração do retalho ou de defeitos maiores, em que o encerramento com o corpo adiposo oral não seria total ou ficaria sob grande tensão (21)

O excelente aporte vascular do corpo adiposo oral, a simplicidade do procedimento de colheita e a sua fácil mobilização tornam esta técnica muito versátil e com alta taxa de sucesso.

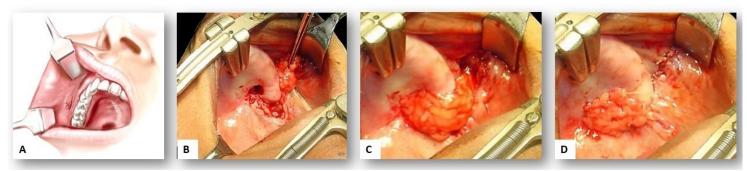


Figura 3. Encerramento de COA com recurso ao corpo adiposo oral. Incisão inicial, esquema (**A**); tração do corpo adiposo oral (**B**); posicionamento (**C**) e sutura com pontos simples (**D**). (adaptado de Fagan J. Buccal fat pad flap)

A possibilidade de perfuração do corpo adiposo oral, com comprometimento do suprimento vascular ou formação de hematoma, o trismo, a lesão do nervo facial ou do ducto parotídeo são algumas das complicações relatadas, que são minimizadas com a manipulação cuidada e um bom planeamento cirúrgico^(17,20). O facto de não se conhecer a verdadeira dimensão do corpo adiposo oral previamente à intervenção constitui uma desvantagem, que pode ser ultrapassada se o retalho for complementado com um retalho de avanço vestibular, que pode ser suturado ao local desejado do corpo adiposo oral, permitindo o encerramento do defeito sem tensão e evitando a perda de profundidade do vestíbulo⁽²¹⁾.

Retalhos de tecidos moles regionais:

Retalho Lingual

Este retalho está indicado para o encerramento de defeitos de grandes dimensões (superiores a 15 mm) quando outras técnicas não apresentaram sucesso^(4,17). Habitualmente, o bordo da língua é o local escolhido para a colheita, mas esta pode também ser realizada da face dorsal ou ventral, de acordo com a localização do defeito⁽⁴⁾.

A língua apresenta um excelente aporte vascular, realizado pelas duas artérias linguais cujos ramos dorsais e ventrais se anastomosam entre si, o que permite a realização de uma grande variedade de retalhos, conferindo uma grande versatilidade a esta técnica⁽²²⁾. Assim, para além da correção de COA, também é possível realizar reconstruções do lábio, bochecha ou correção de fistulas palatinas, com alta taxa de sucesso⁽⁴⁾.

As desvantagens desta técnica prendem-se com a necessidade de duas intervenções para se obter o resultado final; a primeira intervenção é realizada obrigatoriamente sob anestesia geral; a cirurgia de secção do pedículo pode ser realizada sob anestesia local. A necessidade de manter o pedículo torna o pós- operatório desconfortável para o doente, pela diminuição da mobilidade da língua, interferência com a fala e com a deglutição (4,17,22).

Enxertos ósseos

Em defeitos ósseos maiores que 1 cm, nos quais a utilização de retalhos mucosos isoladamente foi ineficaz, deve ser considerada a reconstrução com recurso a osso autólogos (13,23), com a vantagem adicional de poder possibilitar a reabilitação implantossuportada, pois o defeito é preenchido por tecido ósseo, obedecendo ao princípio reconstrutivo "replace like with like" (8,24,25). No entanto, esta técnica implica a colheita do osso de diferentes zonas dadoras, geralmente da região retromolar e do osso zigomático, nas comunicações mais pequenas, ou da sínfise da mandíbula e crista ilíaca, para enxertos de maiores dimensões. Isto, por sua vez, aumenta o tempo cirúrgico e a dor pós-operatória (1,8,12,13,23–27).

Os enxertos de cartilagem auricular e do septo nasal também têm sido utilizados para o encerramento das COA. Estes enxertos provaram ser biocompatíveis, resistentes à infeção, de fácil colheita e não necessitam de revascularização para a sua integração^(28,29).

Retalhos livres microvascularizados:

Os enxertos ósseos, como não possuem vascularização própria, são em grande parte reabsorvidos. Assim, principalmente para defeitos maiores, uma alternativa é a transferência de osso vascularizado que proporciona uma melhor disponibilidade óssea com características biomecânicas que mais adequadamente mimetizam osso normal⁽³⁰⁾. Os retalhos livres mais utilizados na cirurgia reconstrutiva craniofacial são o de perónio e o de crista ilíaca. No entanto, estes retalhos são de grandes

dimensões e dificilmente moldáveis. No caso de COA, uma possível alternativa é o retalho de côndilo femoral medial. É um retalho pequeno, fino e maleável, que se adequaria bem para a reconstrução dos defeitos resultantes das COA. No entanto, esta opção ainda não está amplamente difundida na prática clínica.

Outras técnicas de cariz autólogo:

Em relação a outras técnicas, o transplante autólogo do terceiro molar é usado para comunicações restritas a um dente, geralmente o segundo ou o primeiro molar. Esta abordagem permite a recuperação mastigatória e protética imediata⁽⁹⁾. O terceiro molar é extraído e transplantado imediatamente para o local recetor⁽⁹⁾. O dente dador deve apresentar um tamanho e forma adequada, de modo a encerrar completamente a comunicação e o leito recetor deve ser cuidadosamente preparado com a remoção do osso inter-radicular⁽⁹⁾. Nesta abordagem existe o risco de reabsorção radicular e anquilose. Geralmente, é realizado o tratamento endodôntico radical. Contudo, se o dente a transplantar apresentar o ápice aberto é passível, em certos casos, de recuperar a vitalidade pulpar⁽⁹⁾.

A alveolotomia interseptal é outra opção para a correção de pequenas COA (até 5 mm) na região molar da maxila⁽³¹⁾. Esta

técnica implica a remoção do osso interseptal e a realização de uma fratura da cortical vestibular adjacente ao defeito no sentido palatino. Assim permite-se o encerramento da comunicação diretamente através da sutura do tecido mole, sem tensão (31). Esta técnica permite uma melhor cicatrização do tecido pois existe um suporte ósseo, além disso não altera a profundidade do vestíbulo. As maiores limitações são a necessidade de um espaço de pelo menos 1 cm entre o defeito e os dentes adjacentes e de uma crista alveolar com uma altura apropriada (31)

Outra técnica muito usada é a regeneração guiada por tecido, cujo princípio se baseia na utilização de membranas não reabsorvíveis ou reabsorvíveis, que evitam o rápido crescimento em profundidade do epitélio sobre a superfície externa do material ou a sua encapsulação, e dão estabilidade ao retalho suprajacente⁽³²⁾.

A fibrina rica em plaquetas é um novo biomaterial que tem sido usado mais recentemente para o encerramento das COA. Este tratamento é tecnicamente pouco exigente, reduz o tempo de cicatrização dos tecidos, diminui a dor e edema pós operatórios e não está associado a morbilidade da zona dadora^(11,33–36) (Figura 4).

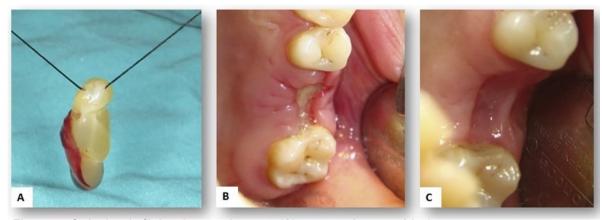


Figura 4. Coágulos de fibrina rica em plaquetas (**A**); aspeto pós-operatório 1 semana apos o encerramento da COA com recurso aos coágulos de fibrina rica em plaquetas (**B**); aspeto pós- operatório 21 dias após (**C**). (adaptado de Gülsen U et al., 2012)

Cuidados pós-operatórios

O doente deverá manter uma higiene oral cuidadosa e a alimentação deverá ser mole e fria. A prescrição de analgésicos, antiinflamatórios e descongestionantes nasais é recomendada. Adicionalmente, o doente deverá evitar assoar o nariz com força, espirrar com a boca fechada, realizar esforços vigorosos ou quaisquer outras atividades que comportem um aumento da pressão intraoral para evitar o comprometimento do retalho⁽³⁷⁾.

Discussão e Conclusões:

Perante uma COA, a colheita de uma boa anamnese e um bom exame objetivo são os passos primordiais na elaboração do plano de tratamento. A dimensão e localização da COA, o tempo de evolução, a existência de tecido epitelizado, a falência de tratamentos prévios e a existência de infeção do seio maxilar são alguns fatores importantes a ter em conta.

O tratamento da sinusite maxilar é um ponto incontornável do

tratamento, sem o qual o sucesso não é possível. A escolha da técnica de encerramento mais apropriada deve permitir um encerramento sobre osso alveolar são e sem tensão excessiva. O planeamento cirúrgico é, por isso, de extrema importância, devendo fazer-se os possíveis para manter a profundidade do sulco vestibular, que permita uma boa reabilitação oral no futuro.

REFERÊNCIAS

- 1. Renton T, Durham J, Hill CM. Oral surgery II: Part 2. The maxillary sinus (antrum) and oral surgery. BDJ Oral Surgery Series. 2017.
- 2. Kiran Kumar Krishanappa S, Eachempati P, Kumbargere Nagraj S, et al. Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018.
- 3. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, Moraes M, Moreira RWF. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006.
- 4. Visscher SH, Minnen B van, Rudolf R.M. Bos. Closure of Oroantral Communications: A Review of the Literature. J Oral Maxillofac Surg. 2010.
- 5. Borgonovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. Surgical Options In Oroantral Fistula Treatment. The Open Dentistry Journal. 2012.
- 6. Güven O. A clinical study on oroantral fistulae. Journal of Cranio-Maxilofacial Surgery. 1998.
- 7. Batra H, Jindal G, Kaur S. Evaluation of different treatment modalities for closure of oro-antral communications and formulation of a rational approach. J Maxillofac Oral Surg. 2009.
- 8. Amroun S, Zouari Y, Bouattour A. Closure of an oroantral fistula by bone autograft: a case report. J Oral Med Oral Surg 2018. 2018.
- 9. Kitagawa Y, Sano K, Nakamura M, Ogasawara T. Use of third molar transplantation for closure of the oroantral communication after tooth extraction: A report of 2 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003.
- 10. Kwon M-S, Lee B-S, Choi B-J, et al. Closure of oroantral fistula: a review of local flap techniques. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020.
- 11. Bilginaylar K. Comparison of the Clinical Outcomes of Buccal Advancement Flap Versus Platelet-Rich Fibrin Application for the Immediate Closure of Acute Oroantral Communications. The Journal of Craniofacial Surgery. 2019;30(1).
- 12. Khandelwal P, Hajira N. Management of Oro-antral Communication and Fistula: Various Surgical Options. World J Plast Surg. 2007.
- 13. Parvini P, Obreja K, Sader R, Becker J, Schwarz F, Salti L. Surgical options in oroantral fistula management: a narrative review. International Journal of Implant Dentistry. 2018.
- 14. Yalçin S, Öncü, B, Emes Y, Atalay B, Aktas I. Surgical Treatment of Oroantral Fistulas: A Clinical Study of 23 Cases. J Oral Maxillofac Surg.

2011;69.

- 15. Nezafati S, Vafaii A, Ghojazadeh M. Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012.
- 16. Wowern NV. Closure of oroantral fistula with buccal flap: Rehrmann versus Moczar. Int J Oral Surg. 1982.
- 17. Mota I. Tratamento cirúrgico simultâneo da comunicação oroantral e da sinusite maxilar odontogénica revisão bibliográfica. 2016.
- 18. Anavi Y, Gal G, Silfen R, Calderon S. Palatal rotation-advancement flap for delayed repair of oroantral fistula: A retrospective evaluation of 63 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003.
- 19. Tideman H, Bosanquet A, Scoot J. Use of the Buccal Fat Pad as a Pedicled Graft. J Oral Maxillofac Surg. 1986.
- 20. Fagan J. Buccal fat pad flap. The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery.
- 21. Candamourty R, Manoj Kumar Jain, Sankar K, Babu MRR. Double-layered closure of oroantral fistula using buccal fat pad and buccal advancement flap. J Nat Sci Biol Med. 2012.
- 22. Moumine M, Khalfi L, Choumi F. Uses of tongue flaps in oroantral communication. J Oral Med Oral Surg. 2018.
- 23. Proctor B. Bone graft closure of large or persistent oromaxillary fistula. The Laryngoscope. 1969.
- 24. Penãrrocha-Diago M, García B, Balaguer J. Zygomatic bone graft for oral-antral communication closure and implant placement. Journal of Oral Implantology. 2007.
- 25. Kapustecki M, Niedzielska I, Borgiel-Marek H, Ró**ż**anowski B. Alternative method to treat oroantral communication and fistula with autogenous bone graft and platelet rich firbin. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016.
- 26. Haas R, Watzak G, Baron M, Tepper G, Mailath G, Watzek G. A preliminary study of monocortical bone grafts for oroantral fistula closure. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003.
- 27. Watzak G, Tepper G, Zechner W, Monov G, Busenlechner D, Watzek G. Bony Press-Fit Closure of Oro-Antral Fistulas: A Technique for Pre-Sinus Lift Repair and Secondary Closure. J Oral Maxillofac Surg. 2005.
- 28. Saleh EA, Issa IA. Closure of Large Oroantral Fistulas Using Septal Cartilage. Otolaryngology—Head and Neck Surgery. 2013.
- 29. Ram H, Makadia H, Mehta G, et al. Use of Auricular Cartilage for Closure of Oroantral Fistula: A Prospective Clinical Study. J Maxillofac Oral Surg. 2016.
- 30. Deune EG, Manson PN. Use of the Serratus Anterior Free Flap to Treat a Recurrent Oroantral Fistula. The Journal of Craniofacial Surgery. 2004.
- 31. Hori M, Tanaka H, Matsumoto M, Matsunaga S. Application of

the interseptal alveolotomy for closing the oroantral fistula. J Oral Maxillofac Surg. 1995.

- 32. Waldrop TC, Semba SE. Closure of Oroantral Communication Using Guided Tissue Regeneration and an Absorbable Gelatin Membrane. J Periodontol. 1993.
- 33. Agarwal B, Pandey S, Roychoudhury* A. New technique for closure of an oroantral fistula usingplatelet-rich fibrin. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015.
- 34. Bilginaylar K. The Use of Platelet-Rich Fibrin for Immediate Closure of Acute Oroantral Communications: An Alternative Approach. J Oral Maxillofac Surg. 2017.
- 35. Assad M, Bitar W, Alhajj MN. Closure of Oroantral Communication Using Platelet- rich Fibrin: A Report of Two Cases. Annals of Maxillofacial Surgery. 2017.
- 36. Gülsen U, Sentürk, M, Mehdiyev I. Flap-free treatment of an oroantral communication with platelet-rich fibrin. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015.
- 37. Parvin P, Obreja K, Begic A, et al. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. International Journal of Implant Dentistry. 2019.

PROFILAXIA DA OSTEONECROSE DOS MAXILARES ASSOCIADA A MEDICAMENTOS:

Prevention of Medication-related osteonecrosis of the jaw

Joel da Costa Pereira¹, Luís Medeiros¹, Odete Menezes¹, Jorge Marinho¹ Serviço de Estomatologia | Instituto Português de Oncologia do Porto Contacto do Autor: joel.cos.pereira@gmail.com

RESUMO

A osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos (OMAM) é um efeito adverso raro de medicamentos antirreabsortivos e antiangiogénicos, que condiciona considerável perda da qualidade de vida dos doentes. Recentemente, outros fármacos têm sido associados a OMAM. Apesar dos seus mecanismos fisiopatológicos não estarem completamente esclarecidos, estão descritos vários fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento. A literatura aponta para um impacto significativo na redução da incidência de OMAM quando instituídas medidas profiláticas. Nesta revisão os autores pretendem rever a literatura mais recente sobre os principais fármacos envolvidos na patogénese da OMAM, os principais fatores de risco e que medidas profiláticas são recomendadas internacionalmente para reduzir o risco de OMAM na prática clínica de Estomatologia.

ABSTRACT

Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw (MROJ) is a rare adverse effect of antiresorptive and antiangiogenic drugs, which causes considerable loss of quality of life in patients. Recently, other drugs have been associated with MROJ. Although its pathophysiological mechanisms are not completely understood, several risk factors that contribute to its development are described. The literature points to a significant impact in reducing the incidence of MROJ when prophylactic measures are applied. In this review, the authors intend to analise the most recent literature on the main drugs involved in the pathogenesis of MROJ, the main risk factors and what prophylactic measures are recommended internationally to reduce the risk of MROJ in the clinical practice of Stomatology.

Palavras-chave: Prevenção Primária; Osteonecrose dos maxilares associada a bifosfonatos.

Key-words: Primary Prevention; Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw

INTRODUÇÃO

Os medicamentos antirreabsortivos - bifosfonatos e inibidores do ligando para o recetor ativador do fator nuclear kB (RANK-L) - são frequentemente utilizados para o controlo de metástases ósseas, hipercalcemia maligna, lesões líticas associadas a mieloma múltiplo, doença de *Paget*, doença renal crónica e algumas doenças reumáticas, entre outros⁽¹⁾. Estes medicamentos trouxeram muitos benefícios que se traduziram em efeitos significativos na melhoria da qualidade de vida⁽²⁾. Uma complicação rara associada a estes medicamentos, mas com impacto relevante, é a osteonecrose nos maxilares⁽²⁾.

Apesar de inicialmente denominada de osteonecrose relacionada com bifosfonatos (BFF), a sua definição passou a abranger outros fármacos tais como inibidores do RANK, Anti-VEGF (inibidores do fator de crescimento endotelial), Anti-TKI (inibidores da tirosina cinase) entre outros, passando a utilizarse a denominação osteonecrose dos maxilares associada ao uso de medicamentos (OMAM)⁽²⁾. Segundo a *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* (AAOMS) no *position paper* em 2014, para o diagnóstico de OMAM é necessário a presença cumulativa das 3 seguintes condições:

- Terapêutica atual ou prévia com agentes antirreabsorti vos ou antiangiogénicos;
- Exposição óssea ou presença de fístula intra ou extra oral, que permita acesso ao osso, na região oromaxilo facial com duração superior a 8 semanas;
- Ausência de história de radioterapia na região da cabe ça e pescoço, assim como de metástases ósseas que atinjam os maxilares.

A sua fisiopatologia é complexa e alguns aspetos permanecem por esclarecer. Contudo, os principais mecanismos envolvidos na sua génese são a inibição dos osteoclastos, diminuição da vascularização, efeito tóxico direto sobre a mucosa, inflamação e infecão⁽³⁾.

Atualmente não existe tratamento efetivo para esta complicação, pelo que a sua prevenção permanece a melhor opção⁽⁴⁾.

MEDICAMENTOS RELACIONADOS À OMAM

Os BFF ligam-se à matriz do osso induzindo apoptose dos osteoclastos levando assim a diminuição da reabsorção óssea e do *remodeling* (remodelação) ósseo⁽⁵⁾. Este efeito no *remodeling* ósseo é considerado como potencial mecanismo para o desenvolvimento de necrose óssea⁽³⁾. Além disso, estão descritos outros mecanismos que contribuem para o desenvolvimento da OMAM, nomeadamente, o efeito imunomodulador que aumenta a propensão para o desenvolvimento de algumas infeções (principalmente bactérias do género *Actinomyces*), efeito antiangiogénico e potencial efeito tóxico na mucosa oral⁽³⁾. Devido à sua capacidade de ligação, a sua semivida está estimada em aproximadamente 10,5-11,6 anos, podendo os seus efeitos prolongarem-se por anos^(6,7).

O risco de OMAM em doente a tomar BFF está relacionado com múltiplos fatores^(8–10). Entre os mais destacados na literatura estão a dose (regimes de alta dose quando comparados com regimes de baixa dose estão associados a maior risco de OMAM⁽¹¹⁾), duração (doentes sob BFF para osteoporose o risco aumenta após 4 anos de terapêutica⁽²⁾; doente com regime de alta dose por metástases ou doença maligna o risco aumenta após 1 ano de tratamento⁽¹²⁾), via de administração (consenso de que via intravenosa está associada a maior número de casos e casos mais graves que a via oral⁽⁷⁾), potência relativa (bifosfonatos não azotados apresentam menor risco (**Tabela 1**)^(7,9)), administração concomitante de corticoides, diabetes, doenças reumáticas, tabagismo⁽⁹⁾.

AZOTADOS		VIA DE ADMINISTRAÇÃO
Potência		
Zoledronato	10000	IV
Pamidronato	5000	IV
Alendronato	5000	PO
Ibandronato	1000	PO
Residronato	1000	PO
Não Azo		
Clodronato	500	PO
Tiludronato	50	PO
Etidronato	1	PO

Tabela 1: Bifosfonatos: potência relativa e vias de administração Legenda: IV – intravenosa; PO – per os

Adaptado de: Fleisher KE, Kontio R, Otto S. Antiresorptive Drug-Related Osteonecrosis of the Jaw (ARONJ)-a Guide to Research. Davos Platz (Switzerland); 2016.

O denosumab é um anticorpo (IgG2) monoclonal humano que pelo bloqueio seletivo do ligando RANK inibe a atividade e diminui a sobrevida dos osteoclastos, resultando na diminuição da reabsorção óssea e no aumento da sua densidade⁽⁵⁾. Além deste efeito, o denosumab tem também um efeito imunomodulador podendo contribuir para o desenvolvimento de infeções atípicas (5). Ao contrário dos BFF, o denosumab não permanece ligado na matriz óssea (semivida no osso de 26 dias⁽⁷⁾) pelo que o seu efeito é residual ao fim de 12-24 meses de cessação terapêutica⁽⁹⁾.

Atualmente os dados disponíveis não apontam para uma diferença significativa entre os BFF e o denosumab relativamente ao desenvolvimento de OMAM⁽³⁾.

Os antiangiogénicos também estão associados ao desenvolvimento de OMAM⁽⁹⁾. Dentro deste grupo, os anti-VEGF e os anti-TKI são aqueles que apresentam maior risco de OMAM^(8,9). A inibição da angiogénese provocada por estes fármacos altera o *remodeling* ósseo afetando negativamente a capacidade de regeneração do osso em caso de agressão e aumentando a suscetibilidade a infeções⁽⁹⁾. Os anti-VEGF inibem a quimiotaxia dos macrófagos e a diferenciação osteoblástica, enquanto os anti-TKI inibem a diferenciação dos osteoclastos bem como outras células do sistema monocítico macrofágico condicionando a resposta do sistema imune, que contribuem para o potencial desenvolvimento de OMAM⁽⁹⁾.

Com a evidência atualmente disponível não é possível definir o grau de risco de OMAM associado a estes medicamentos(9). Desde 2008, foram descritos casos de OMAM associados ao bevacizumab e ao sunitinib, apresentando estes dois fármacos mais casos associados a esta complicação; no entanto, existem casos descritos associados a outros fármacos deste grupo tais como dasatinib, erlotinib, imatinib, axitinib, sorafenib e cabozantinib(9).

Têm sido descritos casos isolados de OMAM associados a outros fármacos como os imunomoduladores biológicos (infliximab, adalimumab e rituximab)⁽⁹⁾. O mecanismo pelo qual estes fármacos podem causar OMAM não está estabelecido. No caso dos anti-TNFα esse efeito pode estar relacionado com a inibição do RANK-L ou com a potencial colonização bacteriana consequente à imunossupressão⁽⁹⁾.

Existem também casos descritos de OMAM associados ao metotrexato^(13,14), podendo esta complicação estar associada ao seu efeito imunomodulador⁽⁹⁾ bem como ao efeito que este tem na inibição da mineralização e aumento da reabsorção óssea ⁽¹³⁾

Os inibidores do mTOR (proteína alvo da rapamicina nos mamíferos), nomeadamente o everolimus e o temsirolimus, têm sido associados a casos de OMAM principalmente em doentes medicados com BFF ou denosumab⁽⁹⁾, existindo, contudo, casos descritos de OMAM por everolimus usado isoladamente^(15,16).

Estão também descritos casos isolados de OMAM em doente a medicados com ipilimumab - antagonista do antigénio 4 dos linfócitos T citotóxicos (anti-CTLA-4) - e azacitidina, sendo, contudo, necessários mais estudos para estabelecer uma possível relação com a OMAM⁽⁹⁾.

As estatinas à semelhança dos BFF inibem a via do mevalonato - as estatinas pela inibição do HMG-CoA-reductase, os BFF pela inibição da ação da farnesil-pirofosfato sintetase (FPS) – induzindo assim a apoptose dos osteoclastos⁽⁵⁾. Apesar da sua extensa utilização a ocorrência de OMAM é rara, havendo apenas alguns casos descritos na literatura⁽¹⁷⁾.

A toma prolongada de corticoides está associada a osteonecrose e necrose avascular⁽⁹⁾. Contudo, isoladamente, não estão descritos casos de OMAM⁽⁹⁾. O seu efeito parece ser aditivo aumentando o risco de OMAM em doentes submetidos a terapêutica com BFF ou denosumab^(7-9,18).

FATORES DE RISCO PARA OMAM

O fator de risco mais importante para a OMAM é a exposição ao fármaco⁽⁷⁾. Cerca de 25% dos casos de OMAM ocorrem espontaneamente, sem fatores desencadeantes, estando o risco associado à dose, potência, via de administração, frequência de administração e semivida no osso⁽⁷⁾.

Além da exposição aos fármacos, é aceite que tipicamente o desenvolvimento da OMAM surge na sequência de infeção local ou trauma do osso ou mucosa^(7,8). Assim, extrações dentárias ou cirurgia oral que envolva manipulação óssea ou da mucosa, alterações da oclusão, trauma por prótese mal ajustada, doença periodontal e maus cuidados de higiene oral constituem na maioria dos casos os fatores iniciadores do processo que leva ao desenvolvimento de OMAM^(10,19).

De notar que apesar das extrações dentárias serem frequentemente referidas como o principal fator de risco/fator iniciador para o desenvolvimento de OMAM⁽⁷⁾ esta hipótese tem cada vez mais sido posta em causa uma vez que começa a acumular-se evidência de que é a infeção dentária ao invés da exodontia per si que constitui principal fator de risco de OMAM⁽²⁰⁾.

A presença de comorbilidades tais como tabagismo, alcoolismo, diabetes, anemia, cancro, lúpus eritematoso sistémico, artrite

reumatóide, obesidade, desidratação, insuficiência renal, e a idade avançada, apesar de não contribuírem diretamente para o aparecimento da OMAM, contribuem para aumentar a precocidade e a gravidade da OMAM^(7,8,12,18). Além disso, o uso concomitante de medicamentos tais como corticosteroides, quimioterapia, imunomoduladores ou radioterapia de cabeça e pescoço (prévia à instituição da medicação antirreabsortiva ou antiangiogénica sendo a lesão atribuída à terapêutica e não à radioterapia) também contribuem para potenciar o desenvolvimento desta complicação^(6,18,21).

Têm sido identificados alguns fatores genéticos que podem estar relacionados com o aumento do risco de OMAM, nomeadamente polimorfismos no gene da FPS, polimorfismos no CYP2C8 e a presença de SNPs no cromossoma 10 (SIRT1/HERC4), contudo, o seu papel na OMAM não está ainda totalmente esclarecido⁽²¹⁾.

PROFILAXIA

Sendo uma complicação para a qual não existe ainda um tratamento eficaz, a instituição de medidas profiláticas pode reduzir substancialmente o risco de OMAM^(4,8). Numa revisão sistemática da literatura, Karna et al. (2018) estimaram uma redução de incidência de OMAM de 77,3% quando instituídas medidas preventivas⁽²²⁾.

Entre as medidas profiláticas mais consensuais está a necessidade de uma avaliação do doente por um profissional especialista em medicina oral previamente ao início da terapêutica (23,24). Nesta, deve ser avaliada por exame objetivo e radiograficamente a presença de infeções agudas ou de potenciais locais de infeção (por exemplo dentes parcialmente inclusos, próteses mal ajustadas, quistos, áreas de trauma da mucosa) que podem agravar com o início da terapêutica antirreabsortiva ou antiangiogénica^(7,25). É também consensual que, sempre que a condição do doente permita, a terapêutica só deva ser iniciada após os doentes terem terminado os tratamentos orais necessários (24). Isso implica a necessidade de permitir que mucosa cicatrize completamente no caso de procedimentos mais invasivos - processo variável, mas que dificilmente ocorre antes de 1 mês após o procedimento (18,22,23,25). Além disso, a consulta prévia ao tratamento permite o aconselhamento de cuidados de higiene oral, a programação da periodicidade das consultas, o ensino do reconhecimento de sinais/sintomas OMAM, e é uma oportunidade importante de motivar os doentes para a sua higiene oral e cessação tabágica (18,23).

Alguns autores recomendam que seja estimado o risco do doente para desenvolver OMAM⁽¹⁸⁾ (**Figura 1**).

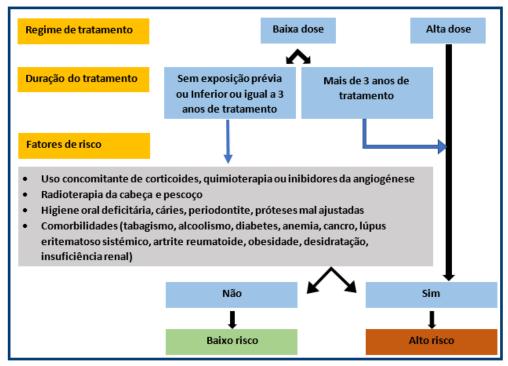


Figura 1: Avaliação do risco de OMAM.

Adaptado de: Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2019;127 (2):117–135. doi:10.1016/j.oooo.2018.09.008

BAIXO RISCO DE OMAM

Após a avaliação inicial, o doente deve manter consultas de seguimento de 6 em 6 meses^(18,25).

Neste grupo de doentes todos os procedimentos são possíveis de ser realizados após o início de terapêutica, devendo o doente ser alertado para a possibilidade de OMAM nos procedimentos mais invasivos⁽²⁵⁾.

ALTO RISCO DE OMAM

Os doentes de alto risco representam um grupo heterogéneo. Apesar de serem considerados de alto risco os doentes submetidos a terapêutica com antirreabsortivos por osteoporose, têm menos risco de OMAM que os doentes com doença maligna (18,23,25). Nestes doentes, alguns autores defendem a possibilidade de realização de tratamentos invasivos tais como colocação de implantes, ou preparação cirúrgica do osso para colocação de implantes, desde que o doente seja informado do risco acrescido deste tipo de intervenção e lhes seja fornecido tratamento alternativo (25). A maioria das orientações recomenda terapêutica profilática com antibioterapia (18,23,25-27); alguns autores recomendam também utilização de plasma rico em fatores de crescimento (PRFC) e encerramento com retalho de mucosa (18,22,25). Após a

extração, os doentes devem ser monitorizados com radiografias periódicas (um, três, seis e doze meses após a extração)⁽²⁵⁾.

Nos doentes de alto risco que usam antirreabsortivos por doença maligna, estão contraindicados implantes dentários, alveoloplastias e extrações sem motivo médico^(6,9,25).

A realização de procedimentos cirúrgicos está indicada no caso da presença de focos infeciosos que não possam ser resolvidos com terapêutica médica^(24,25). Nestas circunstâncias é recomendada a instituição de antibioterapia profilática no dia antes da intervenção podendo ser prolongada até 6 dias após a intervenção, ou redução de sinais clínicos de exposição bacteriana ^(18,22,25,27). É também recomendado a utilização de bochechos com solução antissética (clorohexidina 0,12-0,20%) três vezes por dia que deve ser iniciada nos sete dias anteriores à intervenção^(23,25).

Relativamente aos procedimentos cirúrgicos existem alguns cuidados que podem reduzir a probabilidade de OMAM^(28,29), contudo a evidência disponível consiste em series de casos:

- 1. Utilização de anestésico local sem vasoconstritor⁽²⁵⁾;
- 2. Exodontia atraumática⁽⁸⁾;
- Remoção e alisamento de todas as superfícies ósseas pontiagudas^(28–30);

 Encerramento alveolar primário com retalho mucoperiós teo vestibular com sutura absorvível^(28–30).

À semelhança do anteriormente referido, muitos autores recomendam a utilização de PRFC nestes procedimentos, contudo, a evidência disponível é de baixa qualidade⁽²²⁾. Numa revisão da literatura realizada por Fortunato et al. (2020), os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos que utilizaram e grupos que não utilizaram PRFC, quer na profilaxia quer no tratamento do OMAM⁽³¹⁾.

Após a cirurgia, o doente deve manter os bochechos três vezes por dia durante 15 dias⁽²⁵⁾.

Durante a fase de cicatrização, deve ser aconselhado a ingerir alimentos moles e a suspender a utilização de próteses dentárias (28,29)

A extração de raízes e a exérese de quistos/quistectomias deve seguir os princípios atrás descritos⁽²⁸⁾.

Tratamentos não invasivos como, por exemplo, restaurações ou endodontias são considerados de especial importância nestes doentes evitando o desenvolvimento de infeções⁽²⁵⁾. Os procedimentos endodônticos estão recomendados^(32,33):

- Bochecho com clorohexidina durante um minuto antes do procedimento;
- 2. Utilização de anestésico local sem vasoconstritor;
- Remoção de toda a carie antes do procedimento;
- Utilização de dique de borracha (colocação o mais atrau maticamente possível) com desinfeção com solução alcoólica ou de iodopovidona durante dois minutos;
- Evitar ultrapassar o forâmen apical, utilizando para isso um detetor de ápices;
- Privilegiar a utilização de técnica de condensação lateral em detrimento da condensação termoplástica.

Não existe consenso sobre a utilização de antibioterapia profilática nestes casos, contudo alguns autores aconselham sua utilização em doentes de alto risco com necrose pulpar, ou doentes com necessidade de múltiplos tratamentos endodônticos em simultâneo^(32,33).

Procedimentos não cirúrgicos como tartaretomias são considerados essenciais e devem ser realizados periodicamente juntamente com as consultas de seguimento (cada quatro meses)⁽²⁵⁾.

Relativamente às próteses removíveis, é fundamental reduzir a pressão da prótese na mucosa oral e otimizar a sua adaptação

para evitar o trauma. Nas consultas de seguimento deve ser avaliado o ajuste da prótese e realizadas as correções necessárias. Os doentes devem ser aconselhados a remover a prótese por períodos de oito a doze horas por dia⁽²⁵⁾.

SUSPENSÃO DA TERAPÊUTICA ANTIRRE-ABSORTIVA

Relativamente à suspensão da terapêutica antirreabsortiva antes dos tratamentos cirúrgicos, há consenso de que não existe evidência suficiente para esta recomendação^(2,8,18,23–25,34). Contudo, a maioria das orientações refere que, do ponto de vista teórico, pode existir benefício em suspender a terapêutica antirreabsortiva nos dois meses anteriores à intervenção, principalmente nos doentes de alto risco, pelo que esta prática deve ser aplicada caso a caso dependendo do risco de progressão da doença oncológica/risco de fratura de cada caso^(2,8,18,23–25,34).

No que se refere à continuação da terapêutica após a intervenção, a evidência disponível também não permite afirmar benefício claro da sua suspensão pelo que os autores referem que esta deve ser pensada caso a caso, devendo sempre que possível manter-se a terapêutica suspensa até à cicatrização completa da mucosa^(2,8,18,23–25,34).

CONCLUSÕES

A OMAM é uma complicação que apesar de rara, está cada vez mais presente na prática clínica em Estomatologia, quer pelo aumento do número de doentes que beneficiam da terapêutica com antirreabsortivos e antiangiogénicos, quer pela utilização de novos medicamentos biológicos que parecem ter alguma associação na sua patogénese. A evidência atual mostra uma redução muito significativa do risco de OMAM quando são implementadas medidas preventivas de forma sistemática, quer antes do início, quer durante os tratamentos com os medicamentos antirreabsortivos e antiangiogénicos. Assim, deve ser dada cada vez mais ênfase à profilaxia quando se avaliam estes doentes, nas consultas previas à implementação da terapêutica e nas consultas de seguimentos, sendo de especial importância manter uma boa comunicação entre os colegas que iniciam esta terapêutica e as equipas de Estomatologia.

REFERÊNCIAS

1. Then C, Von Tresckow E, Bartl R. Bisphosphonate and Denosu

- mab therapy: Fields of application. In: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws: Bisphosphonates, Denosumab, and New Agents. Springer Berlin Heidelberg; 2015:17-26. doi:10.1007/978-3-662-43733-9_2
- 2. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al. American association of oral and maxillofacial surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw 2014 update. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72 (10):1938-1956. doi:10.1016/j.joms.2014.04.031
- 3. Otto S, Aguirre JI, Dayisoylu E. Pathogenesis of medication- related osteonecrosis of the jaw. In: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws: Bisphosphonates, Denosumab, and New Agents. Springer Berlin Heidelberg; 2015:139-148. doi:10.1007/978-3-662-43733-9_13
- 4. Beth-Tasdogan NH, Mayer B, Hussein H, Zolk O. Interventions for managing medication-related osteonecrosis of the jaw. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(10). doi:10.1002/14651858.CD012432.pub2
- 5. Bartl R, Von Tresckow E. Pharmacological aspects of antiresorptive drugs: Bisphosphonates and Denosumab. In: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws: Bisphosphonates, Denosumab, and New Agents. Springer Berlin Heidelberg; 2015:1-15. doi:10.1007/978-3-662-43733-9_1
- 6. Yarom N, Fedele S. Risk reduction of medication-related osteonecrosis of the jaw. In: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws: Bisphosphonates, Denosumab, and New Agents. Springer Berlin Heidelberg; 2015:149-153. doi:10.1007/978-3-662-43733-9_14
- 7. Fleisher KE, Kontio R, Otto S. Antiresorptive Drug-Related Osteonecrosis of the Jaw (ARONJ)-a Guide to Research. Davos Platz (Switzerland); 2016. http://www.maaszt.hu/images/pdf/ARONJ2016.pdf. Accessed April 1, 2020.
- 8. Otto S, Pautke C, Van den Wyngaert T, Niepel D, Schiødt M. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Prevention, diagnosis and management in patients with cancer and bone metastases. Cancer Treat Rev. 2018;69:177-187. doi:10.1016/j.ctrv.2018.06.007
- 9. Eguia A, Bagan L, Cardona F. Review and update on drugs related to the development of osteonecrosis of the jaw. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2020;25(1):e71-e83. doi:10.4317/medoral.23191
- McGowan K, McGowan T, Ivanovski S. Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaws: A systematic review. Oral Dis. 2018;24 (4):527-536. doi:10.1111/odi.12708
- Kwon TG. Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaw.
 Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws: Bisphosphonates, Denosumab, and New Agents. Springer Berlin Heidelberg; 2015:27-42. doi:10.1007/978-3-662-43733-9_3
- 12. Qi WX, Zhao S, Chen J. Risk factors for developing osteonecrosis of jaw in advanced cancer patients underwent zoledronic acid treatment. Futur Oncol. 2019;15(30):3503-3511. doi:10.2217/fon-2019-0352
- 13. Aghaloo TL, Tetradis S. Osteonecrosis of the Jaw in the Absence of Antiresorptive or Antiangiogenic Exposure: A Series of 6 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2017;75(1):129-142. doi:10.1016/j.joms.2016.07.019

- 14. Henien M, Carey B, Hullah E, Sproat C, Patel V. Methotrexate-associated osteonecrosis of the jaw: A report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017;124(6):e283-e287. doi:10.1016/j.ooo.2017.09.005
- 15. Yamamoto D, Tsubota Y, Utsunomiya T, et al. Osteonecrosis of the jaw associated with everolimus: A case report. Mol Clin Oncol. 2017;6(2):255-257. doi:10.3892/mco.2016.1100
- 16. Akkach S, Shukla L, Morgan D. Everolimus-induced osteonecrosis of the jaw in the absence of bisphosphonates: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2019;57(7):688-690. doi:10.1016/j.bjoms.2019.05.017
- 17. Giladi HZ, Gabay E, Machtei EE. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients Taking High-Dose Simvastatin. J Oral Maxillofac Surg. 2020. doi:10.1016/j.joms.2020.01.009
- 18. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2019;127(2):117-135. doi:10.1016/j.oooo.2018.09.008
- 19. Kuroshima S, Sasaki M, Sawase T. Medication-related osteone-crosis of the jaw: A literature review. J Oral Biosci. 2019;61 (2):99-104. doi:10.1016/j.job.2019.03.005
- 20. Schiodt M, Otto S, Fedele S, et al. Workshop of European task force on medication-related osteonecrosis of the jaw—Current challenges. In: Oral Diseases. Vol 25. Blackwell Publishing Ltd; 2019:1815-1821. doi:10.1111/odi.13160
- 21. Wan JT, Sheeley DM, Somerman MJ, Lee JS. Mitigating osteone-crosis of the jaw (ONJ) through preventive dental care and understanding of risk factors. Bone Res. 2020;8(1):1-12. doi:10.1038/s41413-020-0088-1
- 22. Karna H, Gonzalez J, Radia HS, Sedghizadeh PP, Enciso R. Risk-reductive dental strategies for medication related osteonecrosis of the jaw among cancer patients: A systematic review with meta-analyses. Oral Oncol. 2018;85:15-23. doi:10.1016/j.oraloncology.2018.08.003
- 23. Aparecida Cariolatto F, Carelli J, de Campos Moreira T, Pietrobon R, Rodrigues C, Bonilauri Ferreira AP. Recommendations for the Prevention of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Systematic Review. J Evid Based Dent Pract. 2018;18(2):142-152. doi:10.1016/j.jebdp.2017.11.002
- 24. Yarom N, Shapiro CL, Peterson DE, et al. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: MASCC/ISOO/ASCO Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol. 2019;37(25):2270-2290. doi:10.1200/JC0.19.01186
- 25. Di Fede O, Panzarella V, Mauceri R, et al. The dental management of patients at risk of medication-related osteonecrosis of the jaw: New paradigm of primary prevention. Biomed Res Int. 2018;2018. doi:10.1155/2018/2684924
- 26. Poxleitner P, Engelhardt M, Schmelzeisen R, Voss P. The preven

tion of medication-related osteonecrosis of the jaw. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(5):63-69. doi:10.3238/arztebl.2017.0063

- 27. Bermúdez-Bejarano EB, Serrera-Figallo M ángeles, Gutiérrez-Corrales A, et al. Prophylaxis and antibiotic therapy in management protocols of patients treated with oral and intravenous bisphosphonates. J Clin Exp Dent. 2017;9(1):e141-e149. doi:10.4317/jced.53372
- 28. Heufelder MJ, Hendricks J, Remmerbach T, Frerich B, Hemprich A, Wilde F. Principles of oral surgery for prevention of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014;117(6). doi:10.1016/j.oooo.2012.08.442
- 29. Matsumoto A, Sasaki M, Schmelzeisen R, Oyama Y, Mori Y, Voss PJ. Primary wound closure after tooth extraction for prevention of medication-related osteonecrosis of the jaw in patients under Denosumab. Clin Oral Investig. 2017;21(1):127-134. doi:10.1007/s00784-016-1762-y
- 30. Hasegawa T, Kawakita A, Ueda N, et al. A multicenter retrospective study of the risk factors associated with medication-related osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients receiving oral bisphosphonate therapy: can primary wound closure and a drug holiday really prevent MRONJ? Osteoporos Int. 2017;28(8):2465-2473. doi:10.1007/s00198-017-4063-7
- 31. Fortunato L, Bennardo F, Buffone C, Giudice A. Is the application of platelet concentrates effective in the prevention and treatment of medication-related osteonecrosis of the jaw? A systematic review. J Cranio-Maxillofacial Surg. 2020;48(3):268-285. doi:10.1016/j.jcms.2020.01.014
- 32. Moinzadeh AT, Shemesh H, Neirynck NAM, Aubert C, Wesselink PR. Bisphosphonates and their clinical implications in endodontic therapy. Int Endod J. 2013;46(5):391-398. doi:10.1111/jej.12018
- 33. Alrahabi MK, Ghabbani HM. Clinical impact of bisphosphonates in root canal therapy. Saudi Med J. 2018;39(3):232-238. doi:10.15537/smj.2018.3.20923
- 34. Japanese Allied Committee On Osteonecrosis Of The Jaw, Yoneda T, Hagino H, et al. Antiresorptive agent-related osteonecrosis of the jaw: Position Paper 2017 of the Japanese Allied Committee on Osteonecrosis of the Jaw. J Bone Miner Metab. 2017;35(1):1-14. doi:10.1007/s00774-016-0810-7

Angina de Ludwig:

RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Ludwig's Angina: Clinical Case Report

Maria J. Morais¹, Olga Vascan¹, Ana M. Marques¹, Beatriz Dominguez¹, Maria D. Lopes¹, José P. Figueiredo^{1,2}

¹Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Contacto do Autor: mariajmmorais31@gmail.com

RESUMO

As infeções da cabeça-pescoço, devido à sua localização e proximidade de estruturas vitais apresentam um elevado risco de morbilidade e mortalidade. Perante isto, as abordagens à infeção odontogénica são de extrema relevância, pois condicionam a evolução da infeção. Algumas das abordagens instituídas são: Avaliar as defesas do hospedeiro, determinar a gravidade da infeção, garantir sempre a permeabilidade das vias aéreas, tratar precocemente a infeção, eleger e administrar o antibiótico de forma adequada, bem como garantir o suporte médico do doente.

Angina de Ludwig é uma forma severa da infeção odontogénica, tem um início agudo, com difusão bilateral. Afeta os espaços submandibular, sublingual bilateralmente e o espaço submentoniano, que pode culminar numa situação de emergência ameaçadora da vida, pelo que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato são essenciais.

ABSTRACT

Head-neck infections, due to their location and proximity to vital structures, they present a high risk of morbidity and mortality. In view of this, the approaches to odontogenic infection are extremely relevant, as they condition the evolution of the infection. Some of the established approaches are: Assessing the host's defenses, determining the severity of the infection, always guaranteeing airway permeability, treating the infection early, choosing and administering the antibiotic in an appropriate manner, as well as ensuring the patient's medical support.

Ludwig's angina is a severe form of odontogenic infection, has an acute onset, with bilateral diffusion. It affects the submandibular, sublingual spaces bilaterally and the submental space, which can culminate in a lifethreatening emergency situation, so early diagnosis and immediate treatment are essential.

Palavras-chave: Infeções da cabeça e pescoço, Infeção odontogénica, Angina de Ludwig, Obstrução da via aérea.

Key-words: Head and neck infections, Odontogenic infection, Ludwig's angina, Airway obstruction.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 80 anos a infeção odontogénica apresentou um decréscimo drástico no que diz respeito à sua incidência, gravidade, morbilidade e mortalidade.

A promoção da saúde oral e uma maior acessibilidade aos tratamentos dentários contribuíram para o decréscimo deste tipo de infeção, através da prevenção e intervenção precoce da patologia dentária.

Mas foi com a introdução de novas abordagens, pelo Dr. Walter Guralnick, em 1943, que se verificou um decréscimo acentuado na morbilidade e mortalidade da infeção odontogénica⁽¹⁾.

Na sua publicação demonstrou que devido à aplicação de abordagens como: priorização da segurança da via aérea, drenagem cirúrgica agressiva e precoce dos espaços afetados, a taxa de mortalidade diminuiu dos 54% para os 10%⁽¹⁾. Posteriormente, com o aparecimento e a introdução do antibiótico na abordagem da infeção, esta taxa de mortalidade diminuiu para os 4%.

As infeções da cabeça e pescoço, apresentam uma elevada capacidade de disseminação contínua pelos espaços faciais, podendo comprometer a permeabilidade das vias aéreas e afetar espaços vitais⁽²⁾. A obstrução das vias aéreas é consideradaa causa mais comum de morte sendo, portanto, uma emergência cirúrgica^(3, 4).

A Angina de Ludwig é uma infeção de etiologia odontogénica, em que a maioria dos casos tem origem nos molares inferiores ⁽⁵⁾.

Esta infeção caracteriza-se por uma celulite agressiva da face, por afetar os espaços submandibular e sublingual bilateralmente e o espaço submentoniano. Apresenta uma evolução rápida para regiões mais profundas e é potencialmente fatal⁽⁶⁾.

Por esse motivo, é importante a atuação célere por parte do Médico Estomatologista, devendo garantir a manutenção das vias aéreas, administração de antibioterapia intravenosa adequada, drenagem precoce do abcesso e remoção do agente etiológico.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Doente de sexo masculino, de 27 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, por edema na região submentoniana e submandibular bilateral, com 5 dias de evolução. Referiu disfagia para sólidos, negou dispneia ou odinofagia. Medicado, três dias antes, com amoxicilina associado ao ácido clavulânico e deflazacorte.

Sem antecedentes patológicos e familiares relevantes.

Ao exame extra-oral apresentava assimetria da face, com tumefação na região submentoniana e submandibular, mais pronunciada na hemiface esquerda, tensa e dolorosa à palpação (Figura 1).

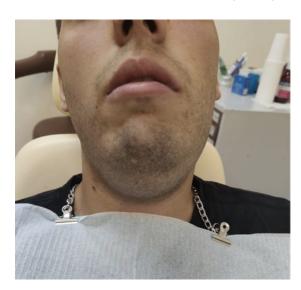


Figura 1: Aumento do volume submentoniano e submandibular, mais exuberante à esquerda.

Ao exame intraoral o doente revelou uma limitação na abertura bucal (amplitude de aproximadamente 15mm), discreta elevação do pavimento, sem drenagem intraoral, com dor à percussão do dente 3.7 cariado (**Figura 2**).

O estudo analítico salientou leucocitose de 15.3x10^9/L e uma PCR 10.15 mg/dl.

Foram solicitados outros exames complementares de diagnóstico, como a ortopantomografia (OPG) e uma TC de cabeça e pescoco.

A OPG demonstrou, raiz de dente 3.5 e dente 3.7 com cárie extensa e reação periapical (Figura 3).

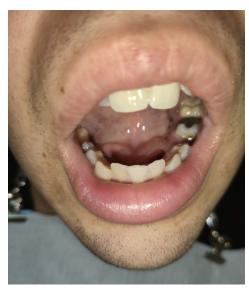


Figura 2: Trismus de aproximadamente 15 mm com discreta elevação do pavimento.



Figura 3: A ortopantomografia realizada revelou resto radicular de 3.5, cárie extensa de dente 3.7 com a presença de uma radiotransparência a nível periapical.

A TC de cabeça e pescoço evidenciou coleção organizada no pavimento oral, que se iniciava ao nível do músculo milohioideu esquerdo, com extensão ao espaço submandibular direito e submentoniano na linha média. Sem envolvimento do espaço parafaríngeo.

Iniciou-se antibioterapia intravenosa com amoxicilina e ácido clavulânico, associada a corticoterapia intravenosa e analgesia.

O doente foi submetido a uma drenagem cirúrgica extra-oral, sob anestesia local, na região submentoniana, com a saída abundante de conteúdo purulento, com a posterior colocação de dreno *penrose* (Figura 4). Apesar da saída abundante de material purulento, não foi possível recolher amostra suficiente, para realizar teste de cultura e sensibilidade antibiótica.



Figura 4: Colocação de dreno *Penrose* na região submentoniana.

Prosseguiu-se então ao encaminhamento do doente para o internamento, onde cumpriu 4 dias de antibioterapia intravenosa. Realizou-se a extração de dente 3.7.

Durante o internamento o doente apresentou uma boa evolução do quadro clínico, com alta hospitalar ao quinto dia.

DISCUSSÃO

O vírus SARS-CoV-2, teve um impacto brutal na nossa sociedade, não só nos nossos hábitos diários, bem como na repercussão a nível do acesso aos cuidados da saúde oral. Durante três meses houve um condicionamento da população no acesso aos tratamentos dentários, o que levou a um aumento das infeções de etiologia odontogénica nos serviços de urgência da Estomatologia. Por esse motivo, é muito importante a vigilância do doente com infecão odontogénica.

A realização de uma história clínica exaustiva é relevante, no sentido que se deve avaliar as defesas do doente, pois o grau de imunodepressão do doente vai influenciar o desenvolvimento e a própria resolução do quadro de infeção. O exame físico é, igualmente, decisivo para determinar o grau de gravidade da infeção. Como foi referido anteriormente a obstrução da via aérea é a causa mais comum de morte, portanto, é essencial ter presente a abordagem ABCDE, para garantir uma via aérea segura. Existem alguns sinais ou posturas durante o exame objetivo que

denunciam a possível eminência da obstrução da via aérea como: estridor, o uso de músculos acessórios da respiração, posturas como "sniffing position", a posição de tripé e a inclinação cervical para o lado contralateral da infeção^(1,2).

No que diz respeito aos exames complementares de diagnóstico a tomografia computorizada é o melhor método para a avaliação da infeção e do potencial de risco da obstrução da via aérea⁽¹⁾. Apresenta uma elevada sensibilidade e exatidão para identificar abcessos com características potencialmente drenáveis⁽⁷⁾.

Quando possível deve realizar-se a recolha de material purulento para a realização de teste de cultura e sensibilidade ao antibiótico, para efetuar uma terapia antibiótica mais dirigida aos agentes etiológicos da infeção.

CONCLUSÕES

A Angina de Ludwig é uma celulite da face, com uma evolução rápida e potencialmente fatal. Algumas complicações que se podem observar são a mediastinite descendente necrosante e a fasceíte, bem como a sépsis e a obstrução das vias aéreas. No entanto, com o diagnóstico e intervenção de forma precoce e célere, as complicações tornam-se pouco prováveis⁽³⁾.

AGRADECIMENTOS

Os mais sinceros agradecimentos ao Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que nos permitiu o acesso e estudo do caso clínico em apreço.

REFERÊNCIAS

- 1. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR: Principles of management and prevention of odontogenic infections. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 4th Ed: p. 344-366, 2003.
- Flynn TR. Surgical management of orofacial infections. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am:77–100, 2000.
- 3. Potter JK, Herford AS, Ellis E: Tracheotomy versus endotracheal intubation for airway management in deep neck space infections. J Oral Maxillofac Surg60:349-354, 2002.
- 4. Bali RK, Sharma P, Gaba S, Kaur A, Ghanghas P: A review of complications of odontogenic infections. Natl J MaxillofacSurg 6(2): 136 –143, 2015 Jul-Dec.

- 5. Mehrotra M, Mehrotra S: Decompression of Ludwig angina under cervical block. Anesthesiology97:1625-1626, 2002.
- 6. Srirompotong S, Art-smart T: Ludwig's Angina: A Clinical Review. Eur Arch Otorhinolaryngol 260:401-403, 2003.
- 7. McKellop JA, Mukherji SK: Emergency Head and Neck Radiology: Neck Infections. The journal of practical medical imaging and management. 260(7):401-32010 Aug.

MARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULA:

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ranula Marsupialization: about a clinical case

Ana M. Marques¹, Maria J. Morais¹, Laura Rodrigues¹, Olga Vascan¹, Fernanda A. Costa¹, José P. Figueiredo^{1,2}

¹Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Contacto do Autor: anamelissamarques@gmail.com

RESUMO

A rânula é uma lesão benigna de glândulas salivares, provocada por extravasamento e acumulação de saliva. Surge, na maioria dos casos, após traumatismo da glândula (com subsequente formação de pseudoquisto) ou por obstrução do ducto da glândula (por quisto verdadeiro). Os autores relatam um caso de rânula após traumatismo com um instrumento de alta rotação, ulteriormente submetido a marsupialização.

ABSTRACT

The ranula is a benign lesion of the salivary glands, caused by extravasation and accumulation of saliva. It appears in most cases after trauma to the gland (with subsequent formation of a pseudo-cyst) or obstruction of the gland's duct (due to a true cyst). The authors report a case of a ranula after trauma with a high rotation instrument, subsequently submitted to marsupialization.

Palavras-chave: rânula, glândula, sublingual, marsupialização, lesão, excisão

Keywords: ranula, gland, sublingual, marsupialization, injury, excision.

INTRODUÇÃO

A cavidade oral apresenta três pares de glândulas salivares *major* – parótida, sublingual e submandibular – que, juntamente com as glândulas salivares *minor* (cerca de 500 – 1000), são responsáveis pela produção de aproximadamente 1500 ml de saliva por dia (1,2)

A rânula é uma lesão benigna de glândulas salivares do pavimento da cavidade oral, provocada por extravasamento e acumulação de saliva⁽¹⁾. Ocorre na maioria dos casos na glândula sublingual,

pela sua capacidade particular em secretar saliva espontaneamente, isto é, independentemente da estimulação parassimpática⁽¹⁾. A mesma lesão pode ocorrer na dependência da glândula submandibular ou vinculada a glândulas salivares minor, embora com um número inferior de casos⁽¹⁻³⁾.

É uma lesão que acomete cerca de 1 em cada 5000 indivíduos, correspondendo a 6% dos quistos intraorais das glândulas salivares⁽⁴⁾.

Afeta principalmente adultos jovens, entre a segunda e a terceira década de vida⁽⁴⁾, e apresenta predileção pelo sexo feminino (numa relação de 1,3:1)⁽⁵⁾.

O nome desta entidade descende da palavra latina *rana* (rã, em português) e, foi assim denominada pela semelhança da lesão ao aspeto translúcido do ventre de uma rã⁽¹⁻⁵⁾.

Surge após traumatismo da glândula com subsequente formação de pseudoquisto ou, com menor frequência, por obstrução dos ductos da glândula por quisto verdadeiro⁽⁵⁾.

Pode ser congénita ou adquirida, sendo o primeiro tipo extremamente raro⁽⁴⁻⁷⁾.

A rânula congénita ocorre por rotura de ductos salivares minor com extravamento de saliva, ou por bloqueio do ducto por atrésia, adesão óssea ou traumatismo, com consequente formação de quisto de retenção^(1,6-7).

A rânula adquirida é dividida em dois subtipos – rânula mergulhante e não mergulhante (ou intraoral) – com base na sua localização anatómica⁽⁶⁻⁹⁾. A rânula não mergulhante encontra-se acima do músculo milohióideo e leva ao aparecimento de uma tumefação no pavimento da cavidade oral; por outro lado, a variante mergulhante ocorre abaixo deste nível, traduzindo-se numa massa alocada à região cervical ipsilateral à glândula

afetada⁽²⁻⁷⁾. É essencial distinguir os dois subtipos pelas complicações que podem surgir quando a rânula mergulhante disseca pelo músculo milohióideo para o espaço submandibular, com potencial para progredir em direção a planos mais profundos, podendo até alcançar o mediastino^(1-3, 6-9).

Ao exame clínico, observa-se no pavimento da cavidade oral uma tumefação unilateral, de base séssil ou pediculada, bem delimitada, com superfície lisa, de cor azulada e translúcida⁽¹⁻⁹⁾. Geralmente, a lesão é crescimento lento e assintomático; no entanto, em casos raros, pode ter uma evolução rápida associada à presença de sintomatologia dolorosa, com períodos alternados de remissão e exacerbação⁽⁹⁻¹¹⁾. Em casos mais alarmantes, nos quais se observem lesões de volumes consideráveis e que atravessem a linha média do pavimento da cavidade oral, pode condicionar a elevação da língua e comprometer as funções de fonação, mastigação e deglutição⁽¹⁰⁾. Em crianças, o caso pode afigurar-se atemorizador pelo facto de a lesão ocupante de espaço poder condicionar o crescimento pelo inerente comprometimento da alimentação, e, mais ainda, pelo prejuízo das vias aéreas com risco de obstrução^(6-7,10-11).

O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento pode envolver várias técnicas, com destaque para a marsupialização (que se trata da técnica cirúrgica menos invasiva)⁽¹²⁾. Por vezes, pode associar-se a esta modalidade a excisão da glândula afetada⁽¹⁻¹²⁾. Se a marsupialização não for bem sucedida, emerge a opção cirúrgica clássica, na qual se procede à excisão completa da lesão e da glândula sublingual correspondente⁽¹⁻¹²⁾. Em alternativa, outras modalidades terapêuticas disponíveis — enucleação da lesão, criocirurgia, escleroterapia, ablação por laser e injeção de toxina botulínica — que evidenciaram resultados variáveis, sendo menos utilizadas⁽¹²⁾.

Importa referir que muitos dos casos de rânula congénita resolvem espontaneamente, sendo por esse motivo controversa a decisão de instituir tratamento⁽⁶⁾. Pode optar-se pela marsupialização precoce, ou pela atitude vigilante, seguida de uma abordagem cirúrgica, caso haja risco de obstrução das vias aéreas ou dificuldades na alimentação⁽⁶⁾. Outras opções de tratamento são: aspiração por agulha, escleroterapia, criocirurgia, micromarsupialização, excisão da rânula com ou sem excisão da glândula ipsilateral e criocirurgia⁽⁶⁻⁷⁾.

Globalmente, os casos clínicos de rânula apresentam excelente prognóstico, apesar de serem relatadas taxas de recorrência muito significativas⁽¹³⁾ (no caso da marsupialização sem excisão da glândula sublingual podem ocorrer taxas de recorrência a rondar os 50%)⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Mulher com 26 anos de idade, observada no Serviço de Urgência por tumefação sublingual esquerda com 2 meses de evolução, que relacionava com traumatismo local ocorrido durante o tratamento dentário de molar inferior esquerdo com instrumento de alta rotação. Negava alteração da fonação, da deglutição, da mastigação ou da respiração.

Ao exame clínico, observou-se uma mulher com bom estado geral, nutrida e com idade aparente correspondente à idade real. Ao exame cervicofacial, não foram observados dismorfismos faciais, depressões, cicatrizes, lesões cutâneas e não foram palpadas adenomegálias nas diferentes cadeias ganglionares. Foi realizado exame neurológico (teste de sensibilidade e de função motora), que se revelou sem alterações. Os maxilares tinham conformação normal e contornos regulares, não apresentando exostoses, edemas ou tumefações.

À observação e à palpação intraoral, verifica-se a existência de lesão com forma ovóide de 3,5 x 2 cm na região sublingual esquerda, unilateral, sem cruzar a linha média, flutuante, indolor e de cor translúcida (figura 1); não foram observadas outras lesões da mucosa oral, assimetrias, abaulamentos ou depressões nem outras alterações objetiváveis.



Figura 1: Tumefação sublingual esquerda, unilateral, de cor azulada e paredes translúcidas.

Não se apuraram antecedentes pessoais e familiares relevantes. Estabelecido o diagnóstico clínico de rânula intraoral, optou-se por tratamento cirúrgico conservador através da técnica de marsupialização sob anestesia locorregional (figuras 2 e 3).

A cirurgia ocorreu sem intercorrências, tendo a doente tido alta com prescrição de dieta mole, higiene oral rigorosa e analgesia oral em SOS. Não foi realizada consulta pós-operatória



Figura 2: Realizada a incisão circular na parede superior da lesão, procedeu-se à descompressão do conteúdo mucoso.



Figura 3: Tumefação sublingual esquerda, unilateral, de cor azulada e paredes translúcidas.

presencial por indisponibilidade pessoal da doente (que foi trabalhar para o estrangeiro).

Dada a situação, procedeu-se à avaliação pós-cirúrgica através de duas teleconsultas, aos 10 e aos 30 dias, tendo a doente referido uma resolução total do quadro clínico e sem sinais de recidiva.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A grande maioria dos casos de rânula está associado a traumatismo da glândula^(1-9,11), como aconteceu no caso em apreço. Por

vezes, os doentes não conseguem identificar a causa subjacente, que pode estar associada à presença de estenose, fibrose periductal, ou, até, agenesia do ducto⁽³⁾.

O diagnóstico de rânula pode ser complementado com estudo por Ecografia, Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética⁽¹⁻¹¹⁾. Constantemente, esse estudo complementar não é necessário dado que na maior parte dos casos a história clínica é suficiente para definir o diagnóstico⁽¹³⁻¹⁴⁾. De outro passo, em situações cuja observação clínica não direcione o estomatologista a um diagnóstico definitivo, a apreciação imagiológica pode ser essencial para a exclusão de outras patologias, como lesões quísticas (quisto dermóide, quisto branquial e quisto do ducto tiroglosso), lesões vasculares e tumores de glândulas salivares^(1-3,7,9).

Das inúmeras opções de tratamento de rânula, destaca-se a marsupialização (10-12). Após anestesia locorregional e em torno da lesão, procede-se a uma incisão circular na parede superior da lesão, com posterior sutura dos bordos da lesão à mucosa oral (14-15). Destaca-se por ser uma técnica cirúrgica pouco invasiva, com proteção de estruturas vitais de lesões iatrogénicas, divergindo do potencial risco da técnica cirúrgica clássica (a qual engloba a excisão completa da lesão e da glândula salivar major correspondente e pode levar a parestesia pós-cirúrgica por lesão do nervo lingual ou a lesão do ducto da glândula submandibular) (15-17). Isto posto, a técnica de marsupialização é uma opção favorável, simples e de baixa morbilidade e, por isso, repetidamente escolhida em rânulas de grandes dimensões e em criancas (17-18).

A micromarsupialização também é uma opção facilmente exequível e com resultados promissores⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Realizam-se várias suturas na superfície da lesão, que, devido à epitelização em torno do fio, formam diversas fístulas permitindo a saída de conteúdo⁽¹⁹⁾.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra a permissão ao acesso e ao estudo do caso clínico aqui descrito.

REFERÊNCIAS

1- Kokong, Daniel; Iduh, Augustine; Chukwu, Ikechukwu et al. Ranula: Current Concept of Pathophysiologic Basis and Surgical Management Options. World J Surg. 41 (6): 1476 1481, 2017.

- 2- Crysdale, W.S., Mendelsohn, J.D., Conley, S. Ranulas mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. Laryngoscope. 98(3): 296–298, 1988.
- 3- McGurk, Mark. Management of the Ranula. Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 65 (1):115 6, 2007.
- 4- Gonçalves, K. K. N.; Santos, M. S.; Silva, J. A. A. et al. Rânula mergulhante extensa em paciente pediátrico tratado com micromarsupialização: relato de caso. RSBO. 16(2): 136 42, 2019.
- 5- Kamalakaran, A.; Jayaraman, B.; Balasubramaniam, S. et al. Plunging ranula in a 78- year- old male a rare case report. J Clin Exp Dent. 10(1): 92 5. 2018.
- 6- Pandit, R. T.; Park, A. H. Management of the pediatric ranula. Otolaryngol Head Neck Surg. 127: 115 118, 2002.
- 7- Singh, B. S.; Rai, A. K.; Arora, R. et al. A Rare Case of Congenital Simple Cystic Ranula in a Neonate. Hindawi Publishing Corporation. Article ID 841930, Volume de 2013.
- 8- Arunachalam, P.; Priyadharshini, N. Recurrent plunging ranula. J Indian Assoc Pediatr Surg. 15: 36 8, 2010.
- 9- Batsakis, J. G.; McClatchey, K. D. Cervical ranulas. Ann Otol Rhinol Laryngol. 97: 561-562, 1988.
- 10- Pang, C.E.; Lee, T.S.; Pang, K. P. et al. Thoracic ranula: an extremely rare case. J Laryngol Otol. 119(3): 233 234, 2005.
- 11- Zhi, K.; Gao, L.; Ren, W. What is new in management of Pediatricranula? Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 22(6): 525 529, 2014.
- 12- Patel, Mihir R.; Deal, Allison M.; Shockley, William W. Oral and Plunging Ranulas: What is the Most Effective Treatment? Laryngoscope. 119 (8): 1501 1509, 2009.
- 13- Zhao, Y. F.; Jia, Y.; Chen, X. M. et al. Clinical review of 580 ranulas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 98: 281 7, 2004.
- Hernandez-Martin, A.; Torrelo, A. Ranula. N Engl J Med. 367: 38.
 2012.
- 15- Zhao, Y.F.; Jia J.; Jia, Y. Complications associated with surgical management of ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 63: 51 54, 2005.
- 16- Syamsudin, E.; Andhitya, S. D.; Arumsari, A. et al. Management of ranula with marsupialization technique: serial case. International Journal of Medical Reviews and Case Reports.
- 17- Yuca, K.; Bayram, I.; Cankaya, H. et al. Pediatric intraoral ranulas: an analysis of nine cases. Tohoku J Exp Med. 205: 151 155, 2005.
- 18- Soni, A.; Suyal, P.; Suyal, A. Congenital Ranula in a Newborn: a Rare Presentation. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 64(3): 295 297, 2012.
- 19- Berti, S. A.; Santos, J. A. R.; Dirschnabel, A. J. et al. Micromarsupialização: Relato de Dois Casos Clínicos. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 47(3): 151 155, 2006.

SUPLEMENTO

SESSÕES CLÍNICAS DE ESTOMATOLOGIA

(abril-junho 2020)

RESUMOS ALARGADOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS, ACEITES A PUBLICAÇÃO EM REVISTA.



PATOLOGIA DA ATM E DOR FACIAL:

A ABORDAGEM TERAPÊUTICA ATUAL

José Ricardo Ferreira^{1,2}, Miguel Amaral Nunes^{2,3}, Francisco Salvado^{2,4}

¹Interno de Formação Especializada em Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

²Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina! Clínica Universitária de Estomatologia

³Assistente Hospitalar de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

⁴Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Contacto do Autor: irvieiraferreira@amail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma entidade multifatorial, com forte componente psicossocial e grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Fatores biológicos, anatómicos, biomecânicos, comportamentais, ambientais e/ou emocionais afetam o sistema mastigatório, contribuindo para o desenvolvimento de sinais e sintomas e/ou perpetuação da DTM. Afeta predominantemente jovens adultos entre os 20 e os 40 anos de idade, com predominância no sexo feminino numa proporção de aproximadamente 4:1⁽¹⁾. Pode afetar até um terço da população, ainda que apenas 3,6 a 7% desta procure tratamento⁽²⁾.

Os principais objetivos do tratamento da DTM são a redução ou eliminação da dor e desconforto e o restabelecimento da normal função articular. Estes objetivos são melhor alcançados quando fatores como o stress, a depressão e os hábitos parafuncionais são incorporados na estratégia de tratamento⁽³⁾.

O tratamento da DTM pode ser dividido em três categorias: conservador, minimamente invasivo e cirúrgico. Este trabalho pretende apresentar uma revisão introdutória sobre o "estado da arte" destas três modalidades.

A articulação temporomandibular (ATM) é descrita como uma bicôndilo-meniscartrose conjugada, que liga o côndilo mandibular à fossa temporal, na base do crânio. Tratando-se de uma articulação bilateral, o movimento de um lado é indissociável do lado contralateral. Os músculos mastigatórios, nomeadamente o temporal, masséter e pterigoideus são responsáveis pelos movimentos mandibulares. No movimento de abertura oral, a mandíbula não só roda (movimento de rotação) como desliza ao longo da eminência temporal (movimento de translação), sendo este

movimento acompanhado pelo disco, interposto entre os dois topos ósseos. A sua inervação é assegurada essencialmente pelos nervos aurículo-temporal e massetérico, ramos terminais da divisão mandibular do nervo trigémio (V3).

A patologia disfuncional da articulação temporomandibular manifesta-se habitualmente através de dor, localizada às regiões pré-auricular, temporal, parotídeo-massetérica ou ao ângulo da mandíbula. Tem características variáveis, podendo ser aguda ou do tipo "moinha"; constante ou desencadeada pela mastigação e fonação. Em termos de ritmo, poderá haver predominância matinal ou vespertina, conforme a sua causa. A sua quantificação pode ser efetuada pela Visual Analogic Scale (VAS) com valores entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima). Pode estar associada a limitação da abertura oral (< 35 mm), cefaleia ou sensação de disoclusão.

O correto diagnóstico das patologias temporomandibulares depende de uma anamnese detalhada e de um exame objetivo minucioso de todos os componentes, intra e extraorais, do aparelho estomatognático.

Como meios auxiliares no diagnóstico da patologia da ATM, são úteis a ortopantomografia e a artrografia dinâmica da ATM – exames baratos e facilmente disponíveis – assim como a ressonância magnética e a tomografia computorizada – exames essenciais na confirmação diagnóstica dos desarranjos internos e da patologia óssea articular, respetivamente, e seu planeamento cirúrgico.

Durante a primeira metade do século passado, dominava a abordagem focada na oclusão. James Costen, um médico otorrinolaringologista norte-americano, descreveu, em 1934, uma série de casos com sintomatologia dolorosa da ATM, ouvido e seios perinasais que apelidou de Síndrome de Costen,

atribuindo a sua causa a uma nevralgia compressiva com origem na sobremordida ("overclosure of the bite" ou, simplificando, "overbite").

Criou-se, assim a ideia, muito impulsionada por práticos da arte dentária, de que o seu tratamento deveria basear-se em medidas mecânicas/gnatológicas — goteiras, reposição da dimensão vertical e ortodontia. O tratamento tornou-se, por isso, baseado na sintomatologia e não na identificação concreta da origem da doença, culminando no agrupamento de várias doenças distintas, sem relação etiológica, numa mesma entidade — a disfunção temporomandibular — pela sua semelhança signo-sintomatológica.

Diversos grupos de autores têm, nos últimos anos, procurado encontrar formas de classificação das doenças temporomandibulares baseadas na sua etiologia. Laskin defende uma clara separação entre doenças do foro muscular/miofascial e aquelas que têm origem intra-articular através de processos como o desarranjo interno ou as luxações recidivantes, de origem degenerativa ou traumática (**Tabela 1**)⁽⁴⁾.

MUSCULAR	INTRA-ARTICULAR	
Mialgia	Anomalias congénitas	
Dor miofascial	Anomalias do desenvolvimento	
Miosite	Lesões traumáticas	
Mioespasmo	Anquilose	
Hipercinésia	Artrite	
Hipocinésia	Neoplasia	
Hipertrofia	Desarranjo interno	
Contratura	Luxação/subluxação	

Tabela 1: Doenças musculoesqueléticas do complexo temporomandibular

(Laskin DM, Temporomandibular Disorders: A Term Whose Time Has Passed! Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2020), doi:10.1016/j.joms.2019.11.038.)

Outro esforço importante de classificação das doenças temporomandibulares é o realizado pelo grupo internacional DC-TMD, composto por dois eixos: I – patológico; II – psicossocial. Apesar de moroso e de complexa utilização no contexto clínico atual, este questionário alargado permite enquadrar a patologia temporomandibular, não só de acordo com a sua base etiológica, como também a nível dos fatores psicossociais que contribuem para o desenvolvimento e perpetuação da sintomatologia dolorosa temporomandibular. Também no plano cirúrgico, existem diversas classificações relevantes do ponto de vista da estratificação da gravidade da patologia, de que são exemplo a Classificação de Wilkes (1989), Bronstein-Merril ou a mais recente Classificação de Dimitroulis (2013) (tabela 2), estabelecida com base em dados clínicos e imagiológicos e na etiologia da doença, servindo como um guia para o cirurgião⁽⁵⁾.

Classificação de Dimitroulis (2013):

Clínica + imagiologia + etiologia + tratamento aconselhado:

- 1. ATM normal: dor miofascial, sem lesão intra-articular → Tx conservador
- 2. Alterações *minor:* DADcR → artrocentese/artroscopia com lise e lavagem (± visco)
- 3. Alterações moderadas: DADsR → artroscopia operatória, artroplastia
- 4. Alterações severas: degeneração D → discectomia, condiloplastia, eminectomia
- Alterações "catastróficas": destruição D/degeneração C → condilectomia, discectomia, prótese ATM

Tabela 2: Classificação de Dimitroulis.

(G. Dimitroulis: A new surgical classification for temporomandibular joint disorders. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 218–222.)

Atualmente, face ao maior conhecimento sobre os mecanismos complexos envolvidos na dor crónica e o papel dos fatores psicossociais, afetivos e cognitivos neste grupo de patologias, defende-se, numa primeira fase, uma abordagem não-invasiva (6)

Deste modo, recomenda-se, sempre que possível, a instituição inicial de modalidades terapêuticas conservadoras, reversíveis e baseadas na evidência no tratamento de doentes com DTM. Muitas das modalidades conservadoras provaram ser pelo menos tão eficazes em proporcionar alívio sintomático como a maioria das formas de tratamento invasivo. Estima-se que entre 75 e 90% dos doentes com DTM respondem favoravelmente à terapêutica conservadora⁽⁷⁾.

Dado o curso natural da doença, frequentemente transitória, autolimitada ou flutuante ao longo do tempo, deve evitar-se o uso precoce de terapêuticas agressivas e irreversíveis, como as terapias oclusais complexas ou a cirurgia⁽⁸⁾.

TRATAMENTO CONSERVADOR

Estão disponíveis múltiplas modalidades de tratamento não-invasivo da DTM, que podem ser utilizadas de forma combinada, no tratamento inicial da doença ou como medidas de manutenção, mesmo em casos cirúrgicos, nomeadamente: medidas gerais de autocuidado, modificação comportamental, fisioterapia, terapêutica farmacológica, terapia cognitivo-comportamental e estabilização oclusal com goteira⁽⁹⁾.

TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS

Toxina Botulínica

A injeção de toxina botulínica tipo A na musculatura orofacial tem demonstrado bons resultados no tratamento das DTM de componente miofascial e misto, bem como em casos de anquilose extracapsular da ATM (frequentemente após radioterapia dirigida à cabeça e ao pescoço). Trata-se de uma neurotoxina produzida pela bactéria Clostridium botulinum, com efeito paralisante a nível muscular, conferido pela inibição da libertação de acetilcolina na junção neuromuscular. A sua administração em doses baixas por injeção direta nos músculos mastigadores (masséter, temporal e pterigoideus) é segura e tem provado reduzir a hiperatividade muscular local, com diminuição consequente da dor e inflamação locais. Porém, o seu efeito é temporário e, na maioria dos casos, parcial ou totalmente reversível, tendo um pico de eficácia aproximadamente 1 mês após a injeção e uma duração máxima estimada de aproximadamente 4 meses. Ainda assim, a melhoria sintomática poderá manter-se de forma mais prolongada, além dos 6 meses após a injeção. Quando necessário, as injeções poderão ser repetidas, por forma a obter efeitos continuados no tempo (10). A evidência mais recente aponta no sentido da superioridade a médio-prazo da toxina botulínica quando comparada com a utilização de goteiras oclusais, no tratamento da dor temporomandibular associada a bruxismo(11).

Artrocentese

A artrocentese é uma modalidade de tratamento minimamente invasivo indicada na patologia intra-articular da ATM, particularmente nos deslocamentos anteriores do disco articular, com ou sem redução na abertura oral. Pode ser realizada sob anestesia locorregional, com ou sem sedação consciente associada, e pressupõe a introdução de uma ou mais cânulas (geralmente, 2 agulhas do tipo intramuscular – 18 a 21 gauge) através da pele, penetrando no compartimento superior da articulação. Inicialmente, é realizada a dilatação da cápsula articular com lactato de Ringer, estabelecendo-se, depois, um circuito de irrigação intra-articular com cerca de 200 ml do mesmo fluído, num procedimento conhecido como "lise e lavagem", que permite libertar aderências discais e eliminar fatores pró-inflamatórios (12,13). Após a lavagem, pode realizar-se viscossuplementação do espaço articular com ácido hialurónico, o que parece conferir alguma vantagem funcional e na redução da dor a médio e a longo-prazo(14,15).

Num estudo prospetivo com 30 doentes, realizado no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, a artrocentese com lise, lavagem e viscossuplementação (ALLV) demonstrou benefício estatisticamente significativo na melhoria da dor em repouso e em função, bem como na abertura máxima oral (AMO) e na eficácia da mastigação, até 12 meses após a intervenção (**Gráficos 1, 2 e 3**). Demonstrouse ainda a elevada tolerabilidade do procedimento, bem como a sua segurança como procedimento de ambulatório (16,17).

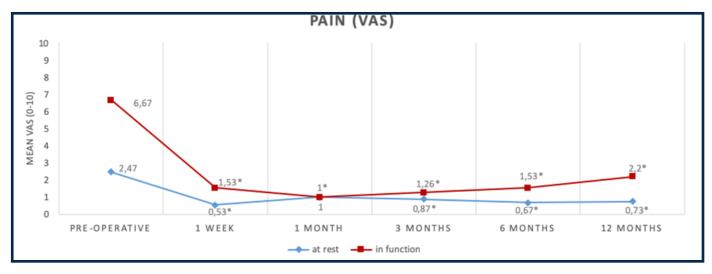


Gráfico 1: Dor (VAS), em repouso (azul) e em função (vermelho), no pré-operatório e após ALLV. (Ferreira JR, Nunes MA, Salvado F. Clinical Outcomes in TMD patients after Arthrocentesis with Lysis, Lavage and Viscossuplementation. 4th International Congress of CiiEM (3rd – 5th June 2019))



Gráfico 2: AMO no pré-operatório e após ALLV. (Ferreira JR, Nunes MA, Salvado F. Clinical Outcomes in TMD patients after Arthrocentesis with Lysis, Lavage and Viscossuplementation. 4th International Congress of CiiEM (3rd – 5th June 2019))

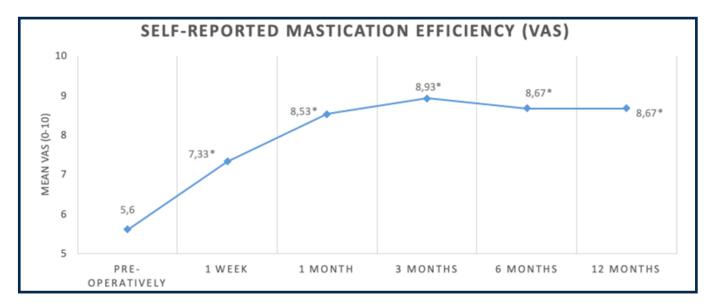


Gráfico 3: Eficácia da mastigação no pré-operatório e após ALLV. (Ferreira JR, Nunes MA, Salvado F. Clinical Outcomes in TMD patients after Arthrocentesis with Lysis, Lavage and Viscossuplementation. 4th International Congress of CiiEM (3rd – 5th June 2019))

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Artroscopia

No campo da intervenção cirúrgica sobre as doenças intraarticulares da ATM, tem-se destacado, nos últimos anos, a grande evolução na cirurgia artroscópica da ATM. Esta técnica minimamente invasiva permite, além do seu valor diagnóstico como forma de caracterização estrutural das alterações inflamatórias e degenerativas, a realização de um mecanismo de lise e lavagem do compartimento articular superior de elevado valor mecânico e funcional⁽¹⁸⁾(figura 1). As técnicas operatórias que se lhe associam permitem, também, a lise de aderências intra-articular, bem como o reposicionamento discal, através de eletrocoagulação, radiofrequência ou da miotomia a laser do músculo pterigoideu lateral.



Figura 1: Imagem artroscópica do recesso posterior da ATM direita, evidenciando sinais de sinovite e condromalacia. (Arquivo do Serviço de Estomatologia, CHULN)

Artroplastia

Artroplastia aberta da ATM afigura-se como a solução cirúrgica mais indicada nos casos de alteração estrutural moderada a severa dos tecidos intra-articulares (Categorias 3 a 4 de Dimitroulis). Em caso de desarranjo interno da ATM, particularmente quando existam já sinais de degeneração irreversível da estrutura discal, sugere-se a excisão do disco articular (discectomia), reservando-se a condiloplastia ou a condilotomia para os casos mais avançados de degeneração das estruturas ósseas articulares, nomeadamente do côndilo articular, bem como para o tratamento das hiperplasias do côndilo e dos tumores articulares.

A eminectomia ou eminoplastia consiste na realização de uma osteotomia/osteoplastia modelante sobre a eminência articular (côndilo temporal) (figura 2) e é utilizada em luxações recidivantes da ATM que não respondam às medidas conservadoras ou aos tratamentos minimamente invasivos, como a artrocentese e a artroscopia.



Figura 2: Eminectomia após abordagem pré-auricular à ATM esquerda. (Arquivo do Serviço de Estomatologia, CHULN)

As próteses aloplásticas apresentam-se, hoje, como o mais fiável método de reconstrução da ATM, podendo ser customizadas através de planeamento cirúrgico virtual pré-operatório. Permanecem, porém, reservadas para os casos mais graves de degeneração articular, para os defeitos congénitos e do desenvolvimento e para a reconstrução pós-ablação tumoral (19-23). O principal fator limitante da sua utilização mais generalizada tem sido o seu elevado custo, ainda que a longevidade que lhes tem sido associada – autores como Monje, Saeed e Sidebottom advogam taxas de sobrevivência protética funcional superiores a 90% a 15 anos – bem como a sua simplicidade, a ausência de morbilidade de área

dadora e os bons resultados a nível estético e funcional, apontem para o seu elevado valor em termos de custo-efetividade (19,23,24).

CONCLUSÕES

O Estomatologista possui atualmente um armamentário diversificado de ferramentas adequadas ao tratamento das mais diversas formas de dor e disfunção de origem temporomandibular. Ainda que esta patologia continue a representar um desafio terapêutico complexo, deve ser encarada como benigna e, em muitos casos, autolimitada, beneficiando maioritariamente de tratamentos conservadores ou minimamente invasivos. Nos casos refratários ou quando se verifique patologia intra-articular grave ou rapidamente progressiva, deve optar-se por técnicas cirúrgicas, quer artroscópicas, quer no campo da artroplastia aberta, se necessário com o auxílio de componentes aloplásticos que auxiliem o cirurgião numa reconstrução eficaz da anatomia articular, com vista à obtenção de resultados estéticofuncionais satisfatórios. Neste campo, alvo de intensa investigação biomédica em curso, reside uma margem alargada para a inovação, com a tendência para o recurso a materiais cada vez mais biocompatíveis e adaptados às necessidades dos nossos doentes (25-27).

AGRADECIMENTOS

Aos co-autores Prof. Doutor Francisco Salvado e Dr. Miguel Nunes, respetivamente meu Diretor e meu orientador de formação. À Dr.ª Ana Teresa Coelho, que colaborou na pesquisa bibliográfica inicial de que surgiu mais este trabalho. Ao Prof. Doutor Florencio Monje, de Badajoz, que me cedeu de forma gratuita boa parte dos artigos mais recentes aqui citados, alguns deles em formato "In Press", ainda a aguardar publicação definitiva.

REFERÊNCIAS

- Heir GM. The Efficacy of Pharmacologic treatment of temporomandibular disorders. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 30 (2018) 279

 –285.
- 2. Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 6th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2018.

- 1. Heir GM. The Efficacy of Pharmacologic treatment of temporomandibular disorders. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 30 (2018) 279–285.
- 2. Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 6th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2018.
- 3. Dimitroulis G. Management of temporomandibular joint disorders: A surgeon's perspective. Australian Dental Journal 2018; 63: (1 Suppl): S79 –S90.
- 4. Laskin DM, Temporomandibular Disorders: A Term Whose Time Has Passed! Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2020), doi:10.1016/j.joms.2019.11.038.
- 5. G. Dimitroulis: A new surgical classification for temporomandibular joint disorders. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 218–222.
- 6. Uyanik JM, Murphy E. Evaluation and management of TMDs, Part 1. History, epidemiology, classification, anatomy, and patient evaluation. Dent Today. 2003 Oct; 22(10): 140-5.
- 7. Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders: a new guideline for care. J Am Dent Assoc. 2010; 141: 1086–8.
- 8. Melis M, Di Giosia M, Colloca L. Ancillary factors in the treatment of orofacial pain: A topical narrative review. J Oral Rehabil. 2019 February; 46 (2): 200–207.
- 9. Moreira J, Moreira R. Patologia Disfuncional da Articulação Temporomandibular: A Abordagem da Medicina Física e de Reabilitação. Rev Soc Port Med Fisica Reabil 2009; v. 17, n. 1.
- 10. Yurttutan ME, Sancak KT, Tuzuner AM. Which Treatment Is Effective for Bruxism: Occlusal Splints or Botulinum Toxin. J Oral Maxillofac Surg 77:2431-2438, 2019.
- 11. Durham J, Newton-John T, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. BMJ 2015, 350 (7999): h1154.
- 12. Abouelhuda, AM, Khalifa AK, Kim Y, Hegazy SA. Non-invasive different modalities of treatment for temporomandibular disorders: review of literature. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2018 Apr; 44(2): 43–51.
- 13. Nale JC, Tucker MR. Management of Temporomandibular Disorders. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 7th edition. Elsevier; 2019.
- 14. Kopp S, Carlsson GE, Haraldson T, et al. Long-term effect of intraarticular of sodium hyaluronate and corticosteroid on temporomandibular joint arthritis. J Oral Maxillofac Surg. 1987;45:929.
- 15. Sharma A, Rana AS, Jain G, Kalra P, Gupta D, Sharma S. Evaluation of efficacy of arthrocentesis (with normal saline) with or without sodium hyaluronate in treatment of internal derangement of TMJ A prospective randomized study in 20 patients. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research 3 (2013): 112-119.
- 16. Ferreira JR, Nunes MA, Amorim I, Salvado F. The Role of Arthrocentesis with Lysis, Lavage and Viscosupplementation with Hyaluronic Acid In Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. 24th Congress of the European Association for Cranio Cranio Maxillo Facial Surgery; 2018.

- 17. Ferreira JR, Nunes MA, Salvado F. Clinical Outcomes in TMD patients after Arthrocentesis with Lysis, Lavage and Viscossuplementation. 4th International Congress of CiiEM (3rd 5th June 2019).
- 18. Xu Y, Lin H, Zhu P, Zhou W, Han Y, et al. (2013) A Comparative Study between Use of Arthroscopic Lavage and Arthrocentesis of Temporomandibular Joint Based on Computational Fluid Dynamics Analysis. PLoS ONE 8(11): e78953. doi:10.1371/journal.pone.0078953).
- 19. Westermark A. Total reconstruction of the temporomandibular joint. Up to 8 years of follow-up of patients treated with Biomet(®) total joint prostheses. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39(10):951-955. doi:10.1016/j.ijom.2010.05.010.
- 20. Lee SH, Ryu DJ, Kim HS, Kim HG, Huh JK. Alloplastic total temporomandibular joint replacement using stock prosthesis: a one-year follow-up report of two cases. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2013;39(6):297-303. doi:10.5125/jkaoms.2013.39.6.297
- 21. Farzad P. Reconstruction of nongrowing hemifacial microsomia patient with custom-made unilateral temporomandibular joint total joint prosthesis and orthognathic. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research 7 (2017) 62–66).
- 22. Cascone et al. Reconstruction of the Adult Hemifacial Microsomia Patient with Temporomandibular Joint (TMJ) Total Joint Prosthesis and Orthognathic Surgery. Article in Press.
- 23. Westermark et al. The use of TMJ Concepts prostheses to reconstruct patients with major TMJ and mandibular defects (IJOMS, January 2011).
- 24. Elledge et al. Extended total temporomandibular joint replacements: a classification system (BJOMS, June 2018).
- 25. Ângelo DF, Morouco P, Alves N, Viana T, Santos F, Gonzalez R, et al. (2016). Choosing sheep (Ovis aries) as animal model for temporomandibular joint research: Morphological, histological and biomechanical characterization of the joint disc. Morphologie 100, 223–233.
- 26. Moura C, Trindade D, Vieira M, Francisco L, Ângelo DF and Alves N (2020) Multi-Material Implants for Temporomandibular Joint Disc Repair: Tailored Additive Manufacturing Production. Front. Bioeng. Biotechnol. 8:342. doi: 10.3389/fbioe.2020.00342.
- 27. Monje F. Future of minimally invasive surgery in temporomandibular joint pathology. Stomatological Dis Sci 2020;4:xx. http://dx.doi.org/10.20517/2573-0002.2019.11.

SUPLEMENTO

RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMA DA ATIVIDADE CLÍNICA EM ESTOMATOLOGIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

OM e AMEP



RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMA DA ATIVIDADE CLÍNICA EM ESTOMATOLOGIA:



CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Direção do Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos (DCEE)

Associação de Médicos Estomatologistas Portugueses (AMEP)

PREÂMBULO

Sendo a Estomatologia a área da Medicina que previne, diagnostica e trata a patologia do aparelho estomatognático e dos seus anexos, integrando-a com as restantes áreas do conhecimento médico, obviamente não ficou incólume perante o decurso desta pandemia COVID-19 que tanto transformou as nossas vidas. O facto de tratar a boca, "autoestrada" das vias aerodigestivas, porta de entrada e saída do organismo, área infetada e infetante por excelência, a isso, e por dever de ofício, foi inexoravelmente conduzida.

Tendo sido uma das primeiras áreas do conhecimento médico a ver-se reconhecida como especialidade em Portugal, a 26 de maio de 1911; Introduzida no ensino médico em 1916, foi a primeira especialidade a fundar uma sociedade científica, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a 21 de junho de 1919.

No seu longo e fecundo caminho, o seu saber e "saber fazer" cruzaram-se e enriqueceram-se com os de outras especialidades com quem partilha território anatómico, métodos e técnicas, como é o caso da Cirurgia Pediátrica, da Cirurgia Plástica Estética e Reconstrutiva, da Cirurgia Maxilofacial, da Dermatologia, da Medicina Física e Reabilitação, da Otorrinolaringologia e da Radiologia. É também a especialidade de referência para a articulação com profissionais de áreas técnicas superiores e de diferenciação não médica nomeadamente a Fisioterapia, a Medicina Dentária, a Odontologia, a Prótese Dentária e a Terapia da Fala.

Atualmente a especialidade tem 684 inscritos na Ordem dos Médicos e cerca de 450 titulares no ativo, dos quais 22 especialistas em hospitais privados e 122 especialistas em 27 serviços hospitalares do SNS (23 no Continente e 4 nas Regiões Autónomas), onde possui 11 centros formadores com **63 médicos internos em formação especializada** estando assim assegurada a dinâmica de substituição das gerações. Foi esse aliás o refundador trabalho da década finda em que formamos 36 novos especialistas.

A relevância da especialidade na atividade privada e, particularmente pela sua especial diferenciação, nos hospitais do SNS, traduz-se numa multifacetada atividade que inclui consulta externa, consulta interna, bloco operatório, internamento, serviço de urgência, participação em consultas de grupo e atividades de formação médica e paramédica, pré e pós-graduada.

No País, a última estatística publicada pelo INE data de 2017 e refere que se produziram 297167 consultas/MCDT e 12312 cirurgias. Por outro lado, a taxa de ambulatoriedade cirúrgica referente a 2015 atingia 91,5% e nesse ano a Estomatologia cuidou de 890 internamentos, sem esquecer a intensa atividade de urgência.

No seguimento do trabalho, com caráter de urgência, e em boa hora promovido pela Direção do Colégio de Estomatologia da Ordem dos Médicos e pela Direção da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses, denominado "Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia", que viu a luz do dia em 15 de Março de 2020, entenderam as duas Direções prosseguir o esforço e fornecer aos profissionais médicos, de enfermagem, técnicos superiores de saúde, assistentes técnicos e operacionais, aos decisores políticos, às administrações hospitalares, às chefias intermédias e de Serviço ou Unidade, aos Diretores Clínicos dos muitos consultórios

espalhados pelo País e ao público em geral, um conjunto de recomendações cientificamente baseadas, que permitam um melhor enfrentar pela especialidade das dificuldades que a pandemia COVID-19 nos tem colocado, nomeadamente durante este especialmente crítico, tempo de desconfinamento, que está em curso.

A evidência científica referente à COVID-19 e ao vírus SARS-CoV-2 está a ser construída e o bom senso clínico dos peritos (o nível menor da evidência científica) ainda pesa bastante nestas recomendações. No futuro haverá com certeza necessidade de as atualizar à medida que a evidência científica se torne mais forte.

Tem a especialidade a perfeita noção dos desafios que enfrentamos nomeadamente em relação à adaptação organizativa e logística que a Estomatologia, e todos os que com ela colaboram, terão que sofrer e aos necessários aperfeiçoamentos em curso nomeadamente em relação à criteriosa aplicação dos exigentes métodos de limpeza, desinfeção e esterilização, do uso judicioso dos equipamentos de proteção individual, do obedecer fundamental às boas regras de ventilação e climatização, das alterações referentes aos tempos destinados às consultas e procedimentos, à transformação dos espaços abertos em consultórios tendencialmente estanques, e de tudo aquilo com que o futuro nos interpelará.

Sem esquecer que as bases que agora lançarmos nos permitirão progredir para um devir que se espera seguro e gerador de melhores resultados em saúde, melhorando a qualidade de vida dos nossos doentes, razão última da nossa ação.

Os Coordenadores

J. Serafim Freitas

Jorge durcher Verina de Frister

(Presidente da Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia)

Rui Moreira

(Presidente da Direção da AMEP)

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 tem criado desafios constantes.

Atualmente, com a diminuição em Portugal do número de novos casos/dia, que, tendo atingido o número de 1516 casos a 10 de abril, passou recentemente para cerca de 500 casos diários, decidiu o Governo diminuir algumas das restrições impostas, nomeadamente na área da Saúde.

Assim, com efeito a partir de 4 de maio de 2020, foi permitido retomar a atividade clínica não urgente nem inadiável.

No entanto, não é possível prever como evoluirá a pandemia pelo SARS-CoV-2, admitindo mesmo as entidades governamentais a eventual necessidade de retorno às restrições em vigor até 2 de maio, caso a situação epidemiológica se degrade.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA COVID 19 NA PRÁXIS ESTOMATOLÓGICA

A infeção por coronavírus (COVID-19) é uma ameaça global causada por um agente muito contagioso, inclusivamente na fase assintomática. O período de incubação é, em média, de 14 dias, mas pode variar entre 2 e 24 dias.

Os sintomas iniciais da doença incluem febre, tosse seca e dores musculares. O agravamento do quadro caracteriza-se por dificuldade respiratória grave e culmina, por vezes, em falência multiorgânica.

A taxa de letalidade estimada é de 3,4%, mas na população idosa a mortalidade é muito mais elevada. A existência de comorbilidades assume especial importância, sendo a doença cardíaca isquémica, a hipertensão e a diabetes, as que se associam a prognósticos mais negativos.

O tratamento é demorado e obriga a meios diferenciados, também eles moduladores do prognóstico e da morbilidade.

O rácio de cuidados intensivos em Portugal é dos mais baixos na Europa o que reforça o caráter imperativo de medidas profiláticas, com a adoção de comportamentos que minimizem a possibilidade de contágio.

Apesar de não estarem ainda totalmente esclarecidos os mecanismos de transmissão humano-humano do agente SARS-CoV-2, as evidências apontam para a relevância do contacto direto das mãos com superfícies e objetos contaminados, posteriormente levadas à boca e/ou ao nariz, bem como da via respiratória, por gotículas e aerossóis^(1–3). Acresce a existência de portadores assintomáticos ou com sintomas minor, cujo papel na transmissão do vírus não é totalmente conhecido, mas parece ser significativo.^(1,3–6)

Considerando que:

- Todos os doentes devem ser encarados como potencialmente infeciosos, ainda que aqueles que tenham um ou mais testes negativos para a presença do vírus, até um período máximo de 24 a 48h antes da observação/procedimento, possam ser considerados provavelmente não infetados e não contaminantes;⁽⁷⁾
- A proximidade física, espacial, entre o estomatologista e a pessoa observada, colocam o doente e o médico em especial risco de contágio no contexto da infeção por SARS-CoV-2;
- Os tratamentos estomatológicos são demorados;
- Muitos dos procedimentos realizados:
 - produzem elevadas quantidades:

- * de gotículas e salpicos (compostos por partículas com mais de 50 μm), propagáveis até 2 metros e que podem ser inalados por doentes e profissionais e/ou depositar-se nas superfícies ou instrumentos de trabalho contaminando-os (no entanto à medida que a evaporação ocorre, o seu tamanho diminui e podem entrar novamente em suspensão)^(8,9);
- * de aerossóis (compostos por partículas com menos de 50 μm) que podem permanecer em suspensão no ar até 30 minutos após o término do procedimento e capazes de viajar distâncias significativas;⁽¹⁰⁾
- estão associados a risco aumentado de indução dos reflexos da tosse e do vómito⁽¹¹⁾;
- O SARS-CoV-2 está presente nos aerossóis durante horas e nalgumas superfícies até 9 dias^(12,13);
- Está demonstrada a existência e viabilidade de múltiplos patógenos nos aerossóis assim produzidos (14,15);
- A utilização de máscara cirúrgica pelos doentes submetidos a exame e/ou tratamento estomatológico não é viável.

No decurso da evolução epidemiológica da pandemia por SARS-CoV-2, reconhece-se que os diferentes procedimentos em saúde oral retornarão a um ritmo particular para cada prática, em diferentes momentos e sob diferentes circunstâncias⁽¹⁶⁾.

O regresso à "atividade clínica normal" no âmbito da especialidade de Estomatologia deve ser organizado de forma a que seja possível assegurar a continuação da redução do número de novos casos/dia, prevenindo eventuais ressurgimentos da infeção, nomeadamente por infeção nosocomial ou infeção dos profissionais de saúde.

Nessa conformidade, a Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos e a Direção da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses (AMEP), emitem as seguintes recomendações para a fase de desconfinamento gradual que se segue ao fim do Estado de Emergência que terminou a 2 de maio de 2020.

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

A infeção por coronavírus (COVID-19) é uma ameaça global causada por um agente muito contagioso, inclusivamente na fase assintomática. O período de incubação é, em média, de 14 dias, mas pode variar entre 2 e 24 dias.

Os Consultórios, as Clínicas e os Serviços Hospitalares de Estomatologia devem adotar políticas de gestão das instalações, equipamentos e procedimentos por forma a minimizar a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o vírus da SARS-CoV-2⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Caberá à Instituição assegurar que as suas instalações apresentam as condições necessárias, explanadas neste documento, e sem as quais a utilização de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) não será suficiente para garantir a segurança de todos os envolvidos, nomeadamente dos doentes. Sempre que estas não estejam reunidas, encorajamos que sejam tomadas as devidas providências, nomeadamente através da realização das obras necessárias e/ou reorganização estrutural, sob pena de inviabilizar a realização de atos e procedimentos médicos, como a utilização de equipamento gerador de aerossóis.

ÁREAS NÃO CLÍNICAS:

Recomendam-se como medidas gerais em locais estratégicos, como sejam, entrada, salas de espera, casas de banho, gabinetes administrativos, espaços gerais ou elevadores, as seguintes:

- Afixação de cartazes informativos sobre a "Etiqueta Respiratória" e "Utilização de Máscara" (anexos A e B) (18,20-22);
- Deverão estar à disposição contentores de resíduos do grupo I, idealmente providos de tampa com acionamento por pedal^(18,20);
- Deverão estar disponíveis dispensadores de solução antissética de base alcoólica (SABA)^(17,18,20,22,23) e dispensador de toalhetes de papel para limpeza da boca e nariz^(18,20);
- Deverão ser retirados de todos os espaços, em especial da sala de espera, quaisquer objetos não essenciais, suscetíveis de ser tocados ou manipulados pelos pacientes, como sejam: folhetos informativos e promocionais, comandos de televisão, revistas, livros, entre outros^(19,20);
- O espaço deverá estar o mais desimpedido possível, devendo-se eliminar elementos decorativos, máquinas de café ou mesas desnecessárias, sobretudo a menos de 2m das áreas clínicas⁽¹⁹⁾;
- Sistemas centralizados de ar condicionado não deverão estar ligados caso os sistemas de ventilação conectem zonas comuns a zonas clínicas⁽¹⁹⁾, devendo esses sistemas ser revistos com urgência;
- Caso exista um canal de televisão institucional, recomenda-se a utilização desse meio para sensibilização dos pacientes quanto à prevenção de contágio;
- As casas de banho deverão ter dispensadores de sabão líquido e preferencialmente sistemas de dispensa de papel para secagem das mãos em detrimento de toalhas ou secador de mãos⁽¹⁹⁾. Deve estar afixada informação sobre higiene das mãos e
 outras precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com a Norma n.º 007/2019 da DGS⁽²¹⁾ (anexo C)
- Deverão existir vestiários que contemplem instalações sanitárias com chuveiro.

ENTRADA:

- A porta de entrada deve estar aberta ou semiaberta por forma a evitar que os pacientes tenham de tocar nas maçanetas⁽²⁰⁾ ou alternativamente dotada de um sistema de campainha ou de vídeo porteiro que o evite;
- A entrada deve dispor de SABA para desinfeção das mãos à chegada dos doentes^(18,19);
- À entrada deve constar a indicação que apenas deverá entrar um doente por funcionário administrativo em atendimento e que este deverá entrar com a máscara oronasal corretamente colocada. Os restantes doentes deverão aguardar do lado de fora pela sua vez;
- Sempre que possível, deverão existir entradas separadas para profissionais e doentes (24);
- No caso da entrada abrir diretamente para a sala de espera e/ou receção, em área comum, devem ser criados circuitos (com marcação no piso ou utilizando baias, ou outro sistema eficaz) por forma a evitar cruzamentos e respeitar a distância de segurança.

SALA DE ESPERA:

- Garantir que o local destinado à espera dos utilizadores comporte apenas 1/3 da sua capacidade normal (17);
- O posicionamento das cadeiras deve respeitar a distância de 2 metros umas das outras, quando possível. Nas situações
 em que não é possível mudar a posição das cadeiras, devem bloquear-se assentos por forma a respeitar a distância de segurança;
- Caso as cadeiras ou assentos sejam constituídos por materiais de difícil higienização, devem ser protegidos com uma cobertura de material de fácil desinfeção^(18,19);
- As cadeiras da sala de espera deverão ser limpas entre cada utente;
- Devem igualmente ser respeitadas as medidas gerais dos espaços comuns, anteriormente referidas.

RECEÇÃO/SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:

- Caso a receção não seja dotada de balcão protegido de atendimento, recomenda-se o recurso a uma barreira de protecão em vidro ou acrílico⁽¹⁷⁻²⁰⁾;
- Enquanto não existir a citada barreira deve-se colocar uma marca no chão, indicando a distância de segurança de 2 metros do paciente para o funcionário de atendimento, onde o paciente deve permanecer enquanto é atendido^(17,19);
- Ao entrar na receção, o funcionário deve lembrar o paciente da necessidade de desinfetar as mãos com a SABA à disposição
 (20-22) e caso o doente não esteja a utilizar máscara, esta deve ser-lhe fornecida;
- Quando for necessário recorrer à utilização de esferográfica, por parte do paciente, esta deve ser a do próprio. Caso o paciente não tenha consigo esferográfica, esta deve ser fornecida pelo funcionário do atendimento que a deverá desinfetar imediatamente após a sua utilização⁽²¹⁾;

- No ato do pagamento:
 - Deve ser incentivado o pagamento através de meios que permitam evitar o contacto (por exemplo, pagamento eletrónico, terminal de pagamento automático sem contacto / contactless); Quando tal não for possível, o terminal de pagamento automático deverá ser desinfetado logo após a sua utilização; No caso de pagamento em dinheiro devese desinfetar as mãos, imediatamente após a sua manipulação^(18,21);
 - A emissão de recibos deverá ser preferencialmente em formato digital (SMS, correio eletrónico);
- Quando no mesmo espaço físico existir mais do que um funcionário administrativo, estes deverão adotar a distância mínima de 2m, preferencialmente com uma barreira física entre eles⁽¹⁹⁾.

SALA DE IMAGIOLOGIA:

- Nos períodos de não utilização, a porta da sala de imagiologia deve manter-se aberta de forma a promover o arejamento deste espaço e para evitar que alguém toque na maçaneta ou puxador^(18,20);
- Todos os equipamentos em contacto direto com a boca dos doentes, devem estar protegidos com manga plástica ou outra proteção descartável;
- Todos os equipamentos devem ser desinfetados após cada utilização.

ÁREAS CLÍNICAS:

- O material e equipamentos deverão estar arrumados em armários e gavetas para evitar a contaminação cruzada, limitando assim a sua exposição ao tempo indispensável à realização de cada ato clínico⁽¹⁹⁾;
- Todo o material e equipamento exposto durante os atos clínicos (por ex.: fotopolimerizadores, sensores digitais, câmaras digitais, asa do candeeiro, asa da bandeja, área dos botões do equipamento, etc.), deverá ser convenientemente limpo e desinfetado entre consultas; Em alternativa poderão ser utilizadas películas descartáveis, que no entanto não dispensam a desinfeção das superfícies protegidas⁽¹⁹⁾;
- O instrumental rotatório, ultrassónico, pontas das seringas de ar/água, etc., deverá, além de protegido com mangas plásticas descartáveis, ser descontaminado e esterilizado entre cada consulta^(19,26).
- Os instrumentos rotatórios deverão ter válvulas antirretorno⁽¹⁹⁾;
- Outros equipamentos, como teclados ou rato deverão ser protegidos com películas descartáveis substituídas entre consultas:
- Pelo elevado risco de infeção cruzada, nenhum tipo de ato clínico do foro estomatológico poderá ser realizado em espaços clínicos abertos, com múltiplos postos de consulta ("open space"), apenas se aceitando que sejam realizados em
 gabinetes individuais fechados⁽²⁴⁾;
- Deve estar afixada no gabinete informação sobre higienização das mãos, seguindo a Norma n.º 007/2019 da DGS (anexos C e D), bem como as normas de colocação e remoção de EPI (anexos E e F);
- Os profissionais não devem entrar noutros gabinetes além daquele ao qual estão alocados;

GESTÃO DA DESINFEÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E AMBIENTE

Salientamos alguns aspetos a ter em conta para minimizar a propagação da COVID-19:

SISTEMAS DE ASPIRAÇÃO^(10,16,28):

- Recomenda-se aspiração de alto débito (HVE High Volume Evacuation), vulgo aspirador cirúrgico, que pode diminuir a contaminação do ar ambiente em 90%;
- Para ser classificado como HVE:
 - ♦ A taxa de remoção de ar deve ser superior a 2.83 m³/minuto
 - O bocal do aspirador deve ter no mínimo 8 mm;
- As tubagens dos aspiradores devem ser previamente desinfetadas e protegidas com películas plásticas substituídas entre consultas;
- Entre consultas deve aspirar-se água e hipoclorito a 0.1%;
- É recomendável o trabalho a quatro mãos.

DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES, ENTRE CONSULTAS(19,29):

- A desinfeção das superfícies contaminadas ou potencialmente contaminadas deve fazer-se com um produto virucida (norma europeia EN 14476) sem esquecer a relevância da desinfeção das condutas de água do equipamento por razões que se prendem com a existência do biofilme^(10,29).
- O hipoclorito a 0.1%, o álcool a 70° ou o peróxido de hidrogénio a 0.5% são escolhas possíveis a adequar às especificidades dos materiais:
 - O uso do hipoclorito nesta concentração obriga a que as superfícies sejam previamente limpas com detergente neu-
 - Para existir inativação do vírus parece ser suficiente um tempo de contacto com o hipoclorito de um minuto⁽¹⁰⁾;
 - ♦ Estas soluções diluídas a 0.1% perdem a eficácia ao fim de 24 horas (obrigando a preparação diária) e devem ser conservadas em local fresco, ao abrigo da luz, em recipiente não metálico⁽¹⁹⁾;

LIMPEZA (PAREDES, MOBILIÁRIO, PAVIMENTO) (19,30,37):

- A frequência com que se realiza depende do fluxo de doentes, mas deve realizar-se pelo menos 2x/dia, ou sempre que exista contaminação visível.
- Deve ser sempre húmida.

- Deve realizar-se, com detergente, de cima para baixo e da zona mais limpa para a mais suja (o pavimento). No final lavar com hipoclorito a 0.1%.
- Em alternativa fazer a pulverização das superfícies com solução de cloro a 2000mg/L (a solução de cloro obtém-se pela mistura de 3 L de água com 2L de lixívia, na dosagem normalmente fornecida 5000 mg/L)⁽³⁷⁾;
- Após a utilização da solução de cloro a 2000 mg/L, o procedimento deve ser completado com a aplicação de álcool etílico a 70%⁽³⁷⁾;

VENTILAÇÃO E CONTROLO DA QUALIDADE DO AR^(19,24,27,29,31):

As áreas clínicas devem estar dotadas de sistemas de ventilação mecânica que permitam a renovação do ar e o controlo dos aerossóis em suspensão. Estes equipamentos são fundamentais para minimizar o risco de infeção dos utentes por aerossóis contaminados que subsistam no ar, uma vez que estarão durante uma parte significativa das consultas, procedimentos e/ou cirurgias, sem máscara orofacial.

Nos hospitais do SNS com Serviços de Estomatologia, deve estar reservado um gabinete / sala operatória para tratamentos urgentes e inadiáveis de doentes suspeitos de COVID-19 ou COVID-19 confirmados, o qual deverá obrigatoriamente estar equipado com sistema de pressão negativa, além da adequada ventilação mecânica. Entre consultas deve ser aguardado o tempo suficiente para que 99,9% dos aerossóis sejam removidos^(24,27).

De acordo com o tipo de ato, o seu local de realização e a eventual infeção/suspeição de infeção por SARS- CoV-2, deverão ser garantidas condições de ventilação adequada das áreas clínicas conforme descrito na **tabela 1**. Salienta-se ainda, que os doentes infetados por SARS-CoV-2, não devem ser tratados em ambientes de pressão positiva. Procedimentos dentários, sem necessidade do nível de assepsia de intervenções cirúrgicas, deverão ser, idealmente, realizados em ambientes de pressão negativa para impedir a disseminação de aerossóis contaminados para áreas vizinhas. Não existindo este tipo de sala dedicada, deverão ser criadas salas polivalentes partilhadas por várias especialidades médicas com necessidades semelhantes (p.e. estomatologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, pneumologia, etc.).

	GABINETES DE CONSULTA / MCDT		Bloco operatório	
SARS-CoV-2 (+)	Não	Sim	Não	Sim
				Neutra* (se Cx contaminada)
Pressão do ar	Neutra	Negativa (idealmente)	Positiva	Positiva* (se Cx limpa)
RPH	Idealmente ≥ 12	Idealmente ≥ 12	Idealmente ≥ 15	ldealmente ≥ 15
Sala estanque	Não	Sim (idealmente)	Sim (idealmente)	Sim
Recirculação	Não**	Não***	Não**	Não***

Tabela 1: Características de ventilação das áreas clínicas em função do tipo de ato, local de realização e eventual infeção por SARS- CoV-2 (SARS-CoV-2 (+) – utente com infeção confirmada/suspeita para SARS-CoV-2; Cx – Cirurgia; RPH – renovações por hora do volume da sala).

^{*} em caso de Cirurgia sob anestesia geral, os procedimentos anestésicos devem decorrer em pressão negativa;

^{**} uma vez que todos os utentes são potencialmente infetados, não sendo o ar removido processado através de filtros HEPA adequados para o efeito, não é recomendada a utilização de modos de recirculação de ar;

^{***} exceto se o ar removido for processado através de filtros HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance — Captura de Partículas de Alta Eficiência) adequados para o efeito.

Entre consultas, procedimentos e/ou cirurgias deve assegurar-se que são removidos 99% dos aerossóis, o que obriga a aguardar um período de tempo variável de acordo com as características do sistema de ventilação (RPH), conforme **tabela 2**.

RPH	Minutos necessários para remover 99% dos aerossóis
2	138
4	69
6	46
12	23
15	18
20	7
50	3

Tabela 2: Tempo necessário para a remoção de 99% dos aerossóis tendo em conta o número de renovações de ar por hora (RPH).

(adaptado de: Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - 2003)⁽²⁴⁾.

Na eventualidade da unidade de saúde não estar equipada com sistema de ventilação mecânica, deverá proceder-se à sua instalação, tendo em conta a potência necessária para uma eficaz renovação do ar em tempo útil, não sendo na prática aconselhável menos do que 15 RPH dada a necessidade dos intervalos entre as consultas ou procedimentos não serem demasiado prolongados.

Poderá admitir-se, de forma transitória e excecional, que seja realizada renovação do ar dos gabinetes de consulta através da abertura de janelas para o exterior, desde que estas sejam dotadas de filtros que evitem a entrada de insetos e apenas no intervalo entre consultas. Não devem ser realizadas consultas ou procedimentos com janelas ou portas abertas.

As áreas não clínicas também devem estar dotadas de sistema de ventilação mecânica.

CLIMATIZAÇÃO (19,24,29,31):

De acordo com a legislação em vigor a temperatura média deve ser de 23° e a humidade deve variar entre 30 a 50%. O cumprimento destes normativos é fundamental, especialmente tendo em conta os desconfortáveis EPI em uso, não sendo desejável ou sequer possível fazer procedimentos em segurança sem estas condições de climatização.

No entanto, os aparelhos de ar condicionado constituem um potencial risco de contaminação, apesar de este ser um tema ainda sob análise. Será prudente, evitar modos com recirculação de ar, exceto se o ar removido for processado através de filtros HEPA adequados para o efeito.

RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA^(13,32):

A radiação ultravioleta (UV) é qualquer energia radiante com um comprimento de onda entre 100 e 400nm. Entre 200 e 280nm (UVC) inativa o SARS-CoV-1 e o MERS-CoV. Esperam-se resultados semelhantes para o SARS-CoV-2 ainda que a inativação tenha sido demonstrada apenas em laboratório.

Desta forma, a UVC pode ser instalada em ambientes clínicos para complementar protocolos de desinfeção existentes ou quando outros métodos estão esgotados devido à pandemia.

A eficácia da luz UVC, na prática, depende de fatores como o tempo de exposição e a capacidade da luz UVC atingir o vírus no ar e nos materiais e superfícies (incluindo dobras e fendas).

Nos casos em que a UVC não atinge um determinado agente patogénico, esse patógeno não será inativado, mas a carga patogénica total pode ser substancialmente reduzida. Seria assim uma questão a ponderar irradiar as zonas relevantes, como por exemplo, as superfícies de trabalho e equipamentos de proteção. São muitos os dispositivos UVC comercializados, mas não existem padrões uniformes de desempenho, nem certificação que permita recomendar a aquisição de determinado equipamento. Por outro lado, geralmente representam um investimento significativo e que poderá não ser custo efetivo.

GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS CIRCUITOS

O profissional de saúde desempenha um papel essencial na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

É, portanto, fulcral que o mesmo não atue como agente transmissor e/ou se veja impedido de prestar cuidados na ausência de equipamento de proteção individual adequado, que garanta a sua segurança e a do doente.

Neste sentido, para evitar o colapso dos cuidados de saúde, quer pelo aumento exponencial do número de doentes, quer pela contaminação em grande escala dos profissionais, será fundamental:

INDICAÇÕES PARA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE^(7,17,18,27,33-43):

Os profissionais que em qualquer momento se enquadrem na definição de caso suspeito (conforme definido pela DGS) ou confirmado devem suspender de imediato todas as atividades profissionais e contactar a linha SNS 24 ou o Serviço de Saúde Ocupacional da sua Instituição, nomeadamente nos casos de:

antecedentes de contacto com doentes com diagnóstico estabelecido de infeção por vírus SARS-CoV- 2, sem o equipamento de proteção individual adequado;

sinais ou sintomas com elevado índice de suspeição de associação à infeção pelo vírus SARS-CoV-2, detetados atempadamente através de auto monitorização diária;

teste diagnóstico positivo para o vírus SARS-CoV-2.

Sempre que algum profissional tenha conhecimento de que está infetado pelo SARS-CoV-2, deverão ser informados todos os doentes que com ele contactaram nos 14 dias anteriores.

TESTES^(7,17,18,27,33-43):

Realização de testes de diagnóstico (PCR), de acordo com os protocolos clínicos vigentes.

A avaliação serológica para a identificação de contactos anteriores com o agente patogénico em questão, no sentido do estabelecimento e estratificação do eventual estado de imunidade e do risco individual, encontra- se, ainda, a aquardar validação.

GESTÃO DE EQUIPAS^(7,17,18,27,33-43):

Elaboração de escalas de trabalho dos profissionais de saúde, de acordo com as possibilidades humanas e logísticas, com equipas preferencialmente fixas.

Deverá manter-se o distanciamento entre profissionais e desencorajada a partilha de equipamentos e bens pessoais entre os mesmos.

Este ponto pretende prevenir o aparecimento de "clusters" de contágio nos Serviços, Unidades e Clínicas de Estomatologia com um prejuízo imensurável para a população, pela subsequente incapacidade estabelecida da prestação de cuidados.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL^(7,17,18,27,33-43):

A utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, considerando-se que a não existência deste inviabiliza a realização de qualquer procedimento, nomeadamente a simples observação da cavidade oral, é fundamental no contexto que vivemos.

Os Serviços, Unidades e Clínicas de Estomatologia devem dotar os seus profissionais de saúde dos EPI apropriados e ajustados ao local, papel desempenhado, procedimento a realizar e risco associado.

Para o efeito mantêm-se, assim, em vigor as recomendações estabelecidas no "Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia", nomeadamente:

- O(s) funcionário(s) adstrito(s) exclusivamente à receção deverão usar máscara cirúrgica, óculos de proteção ou viseira, uniforme e calçado de uso clínico;
- Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto aos doentes devem utilizar EPI nos termos da Norma 007/2020 da DGS⁽⁴¹⁾, complementada pelas restantes orientações científicas internacionais:

 - ♦ Procedimentos não geradores de aerossóis em casos não suspeitos: igual ao anterior + cobertura de pés + viseira/escudo facial – Proteção de nível 2;
 - ♦ Procedimentos geradores de aerossóis e nos casos suspeitos ou confirmados para SARS-CoV- 2 (em qualquer circunstância): acrescentar fato de proteção completo + máscara N99/PFF3 ou P3 + capuz protetor/cogula + cobertura de pés impermeáveis descartável (sobre a anterior) Proteção de nível 3.

CUIDADOS HIGIOSSANITÁRIOS^(7,17,18,27,33-43):

Deverá ser adotada a obrigatoriedade de utilização de farda, exclusiva para a atividade laboral e que deve ser trocada ao fim de cada período de trabalho ou sempre que se encontre visivelmente contaminada. O profissional não deve, em circunstância alguma, circular no interior da instituição com a sua roupa pessoal.

É obrigatória a utilização de calçado clínico de uso exclusivo na unidade ou cobre-botas (se não estiver a usar calçado adequado e higienizável).

Os profissionais deverão retirar todos os adornos (p.e. anéis, pulseiras, colares, brincos, *piercings*, relógios, etc.). As unhas devem apresentar-se naturais, curtas e limpas.

Todos os profissionais devem utilizar sempre, pelo menos, máscara cirúrgica (excetua-se os períodos de alimentação).

Locais como copas, salas de pausa ou outros deverão ter a sua lotação limitada em função das regras de etiqueta social préestabelecidas.

Preconiza-se o estabelecimento e identificação de zonas consoante o risco clínico associado, não devendo as mesmas serem cruzadas sem a remoção, substituição ou adequação do fardamento e equipamento de proteção individual.

Qualquer movimentação dentro da instituição deve ser reduzida ao absolutamente indispensável.

GESTÃO DA CONSULTA, DOS DOENTES E SEUS CIRCUITOS

CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA A GRADUAL RETOMA DA ATIVIDADE CLÍNICA ASSISTENCIAL:

- Manter disponíveis as consultas não presenciais através da tele ou vídeo consulta.
- Realizar contactos telefónicos prévios para agendamento de consultas / tratamentos presenciais, sob critérios estritamente clínicos:
- Reagendar consultas/tratamentos considerando os níveis de prioridade relativos de cada doente tendo em conta o seu diagnóstico principal e as suas comorbilidades;
- Manter a diminuição da circulação e do número de doentes e seus acompanhantes nas instalações de saúde;
- Criar condições para evitar cruzamento de funcionários e utentes, bem como entre utentes;
- Assegurar o cumprimento do horário agendado, ponderando a possibilidade de o doente aguardar chamada fora das instalações, por contacto remoto;
- Reduzir a permanência de utentes na sala de espera ao mínimo possível, e cumprindo as normas de distanciamento físico (assentos disponíveis a distância de segurança de 2 metros).

CONSULTAS NÃO PRESENCIAIS:

No sentido de evitar deslocações desnecessárias dos utentes aos serviços de saúde, diminuindo riscos de transmissão do agente SARS-CoV-2, sempre que clinicamente exequível, as consultas devem ser realizadas sem a presença do doente.

Esta medida é particularmente relevante nos grupos com maior risco⁽⁴⁵⁾ (idade superior a 65 anos, residente num lar, imunocomprometido, doença pulmonar crónica ou asma moderada a severa, doença cardiovascular, obesidade severa, diabetes mellitus, IRC em hemodiálise, doença cerebrovascular, doença hepática crónica, hábitos tabágicos marcados)^(46,47).

Assim, é altamente desejável o recurso à telemedicina que pode ser realizada através de telefone, mensagem de texto segura, correio eletrónico, portal eletrónico, envio de imagens/vídeos e videoconferência^(16,18,46).

Seja diretamente com o doente ou em articulação com os cuidados de saúde primários, a telemedicina, se bem utilizada, permite um diagnóstico mais precoce, um maior número de utentes tratados nos cuidados primários, o uso racional dos recursos, e menor necessidade de consultas presenciais nos centros especializados em Estomatologia⁽³⁶⁾.

Em especial, salienta-se a utilidade da teleconsulta para:

- Consultas de seguimento em áreas como a dor orofacial e medicina oral;
- Consultas pré-operatórias (validação de listas de verificação (checklists) e orientações para o doente);
- Consultas pós-operatórias (avaliação do estado clínico pós-cirúrgico e exclusão de sintomas COVID-19)⁽³⁶⁾.

TRIAGEM PARA CONSULTAS PRESENCIAIS:

Deve ser realizada a validação clínica prévia da necessidade de consulta presencial, hierarquizando critérios como doentes em pré ou tratamento oncológico, outros imunossuprimidos, pré cirurgia cardíaca, pré transplante, trauma, infeção oromaxilocervicofacial, hemorragia oral, dor orofacial aguda ou crónica.

Nos casos em que seja necessária consulta presencial, na véspera, deve ser realizado, por via telefónica, um questionário clínico e epidemiológico, ao próprio e acompanhante (se for o caso) (anexo G). Do resultado do inquérito dependerá a confirmação da consulta.

Se da realização do inquérito epidemiológico resultar suspeita de infeção por SARS-CoV-2, o doente deverá ser orientado para a linha de saúde adequada (SNS24 - 808 24 24 24; SRS24 Açores - 808 24 60 24; SRS24 Madeira - 800 24 24 20), de acordo com as recomendações da DGS (Norma nº 004/2020 e Orientação nº 010/2020, DGS)^(7,42, 48, 59).

Paralelamente, se não se tratar de uma urgência inadiável:

- a consulta deve ser adiada⁽⁵¹⁾;
- poderá ser reagendada após:
 - ♦ o utente ser considerado curado, nos termos da Orientação nº 015/2020 e da Norma 007/2020 da DGS;
 - ♦ 14 dias de isolamento social, caso não realize teste, e desde que nesse período não desenvolva sintomas suspeitos:

Por outro lado, se se tratar de uma urgência inadiável:

 O tratamento deverá ser realizado em unidade de saúde que disponha de ventilação mecânica adequada e, idealmente, de sala de pressão negativa^(16,27), conforme referido no ponto "ventilação e controlo da qualidade do ar";

Devem ser fornecidas ao doente instruções gerais dos cuidados preconizados para esse agendamento:

- Cumprimento rigoroso do horário do agendamento;
- Evitar o uso de adornos (como brincos, anéis, objetos pessoais como carteiras, pastas);
- Recomendar formas de pagamento eletrónico sem contacto;
- Uso de máscara:
- Se possível, evitar acompanhantes⁽⁴⁹⁾;
- Necessidade de informar a unidade de saúde caso desenvolva sintomas compatíveis com COVID-19 nos 14 dias subsequentes à consulta.

DEFINIÇÃO DOS AGENDAMENTOS PARA CONSULTAS PRESENCIAIS:

O tempo de consulta deve ser sempre submetido ao critério do médico, no melhor interesse do doente e das boas práticas sem qualquer sujeição a pressões administrativas, por forma a que em caso algum possa comprometer-se, entre outros, a Qualidade dos Cuidados Médicos (art.º 5º), a Independência dos Médicos (art.º 6º), a Isenção e Liberdade Profissionais (art.º 7º), as Condições de Exercício (art.º 8º), o Direito à Objeção Técnica (art.º 13º), tudo bens consagrados no Regulamento de Deontologia Médica nº 107/2016 publicado em D.R., 2ª Série – nº 139 – de 21 de julho de 2016.

Com exceção das primeiras consultas, o tempo de consulta deve ser parametrizado individualmente aquando do ato de marcação da consulta, por forma a garantir uma adequada gestão da sala de espera, uma vez que a maioria das "consultas" do foro estomatológico inclui atos procedimentais (muitos deles operatórios ou cirúrgicos) cujo tempo é muito variável. A alteração desses tempos conforme as necessidades terapêuticas do doente é um simples ato de gestão clínica cuja expectativa de resultados é auspiciosa.

De acordo com as recomendações do Colégio de Especialidade de Estomatologia e da OM, deverão ser considerados os seguintes tempos mínimos de consulta^(52,53):

1. as consultas: 30 minutos;

Subsequentes: 45minutos;

Consulta não presencial: 10 minutos.

Na programação de consultas subsequentes, deverá ser ponderada a realização de múltiplos tratamentos/procedimentos em cada consulta, desde que clinicamente viável. Ainda que alargando a duração de cada consulta, consegue-se minimizar as deslocações do doente, a sua exposição ao risco infecioso e o consumo de EPI.

ADMISSÃO:

À entrada do Serviço ou Clínica o doente e eventual acompanhante deverão:

- fazer a desinfeção do seu calçado em tapete desinfetante bactericida, ou, em alternativa colocar protetores de calçado⁽⁴⁹⁾;
- colocar máscara orofacial, após higienização das mãos com SABA ou lavagem com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando bem, conforme as medidas de circulação da população, do plano de desconfinamento do Conselho de Ministros de 30/04/2020;
- realizar avaliação da temperatura corporal, de preferência através de equipamentos que não requeiram contacto físico;
- receber instruções sobre distanciamento, prática de etiqueta respiratória, cuidados de evicção do toque de superfícies⁽²¹⁾;
- efetuar o registo junto da receção administrativa, mantendo a distância de segurança de 2 metros, caso a receção não disponha de barreira de proteção.

CONSULTAS PRESENCIAIS:

Na área clínica:

- Não devem ser admitidos acompanhantes, exceto nos casos de crianças ou pessoas dependentes, em que se admite a presença de apenas um acompanhante, com uso de máscara oronasal (P1 ou cirúrgica);
- A circulação do doente no gabinete de consulta deve ser limitada ao indispensável sentando-se este diretamente na cadeira de exame, de modo a reduzir o tempo de consulta e o contacto com diferentes objetos;
- O doente só retira a máscara de proteção individual, por indicação médica, para observação e eventual tratamento e coloca-a logo que termine;

- O doente deve realizar bochecho com peróxido de hidrogénio a 1% ou iodopovidona a 0,2%, durante 30 a 60 segundos antes de ser iniciada a observação ou tratamento^(50,51);
- Sempre que clinicamente possível, é recomendável a utilização de dique de borracha, que deve cobrir a boca e o nariz, fornecendo uma proteção de barreira da fonte primária, diminuindo significativamente a contaminação patogénica que emerge da área de trabalho⁽³⁶⁾;
- Em face da imprevisibilidade do comportamento, deve ser adotada a proteção nível 3 no atendimento de crianças ou adultos com alterações do comportamento/cognição;
- Os registos clínicos informáticos e a prescrição digital podem ser efetuados de forma diferida para reduzir o tempo de permanência dos doentes no gabinete;
- Ao sair do gabinete e antes dos procedimentos administrativos o doente deve repetir a desinfeção das mãos com SABA.

CIRCUÍTO DA PRÓTESE DENTÁRIA(19,28):

As impressões dentárias devem ser limpas, enxaguadas com água corrente (para diminuir a biocarga) e depois colocadas em desinfetante:

- Alginato (maior risco de alteração dimensional): pulverizar com hipoclorito a 1% e manter em saco fechado por 10 min.
- Elastómeros (silicones e poliésteres): imersão em hipoclorito de sódio a 1% durante 15-20 min, ou desinfetante à base de amónia e aldeídos durante 5 min, ou peróxido de hidrogénio a 3% durante 10 min.

Após a desinfeção das impressões, estas devem ser enxaguadas novamente e colocadas em saco fechado para o seu envio ao laboratório, indicando o modo de desinfeção (produto) e o tempo da mesma.

Os modelos de gesso que foram manuseados durante a consulta, deverão ser imersos numa solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5% ou glutaraldeído 2% durante 5 min.

Os dispositivos de prova devem ser descontaminados numa solução de base alcoólica a 70º durante 5 min.

As próteses acrílicas devem ser imersas numa solução de hipoclorito de sódio 1% durante 10 min e depois enxaguadas. Se apresentarem componentes metálicos, utilizar peróxido de hidrogénio a 1% durante 10 min.

As próteses metalocerâmicas ou com esqueleto metálico devem ser imersas em álcool a 70º durante 5 min e depois enxaguadas.

SERVIÇO DE URGÊNCIA (INSTITUIÇÕES HOSPITALARES)^(7,37,60):

O atendimento em regime de Urgência deverá ser reservado a casos comprovadamente urgentes (Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia)⁽⁶⁰⁾.

Impõe-se, para receção dos doentes oriundos do Serviço de Urgência, a coordenação prévia entre as unidades, que pode ser estabelecida através de telefonema, evitando aglomeração na sala de espera de doentes com sintomas que possam indiciar infeção por SARS-CoV-2.

GESTÃO DA CIRURGIA

Para retomar a atividade cirúrgica, foram elaboradas estas recomendações, que devem ser adaptadas localmente, tendo em consideração as condições específicas de cada unidade de saúde.

Estas recomendações assentam nos seguintes pressupostos:

•		liet	Hin	a	ıir	ent	łr۵.
•	ᆫ	וסוי	ш	ıyι	ווג	CIII	uc.

- ♦ Cirurgia realizada com Anestesia Geral (AG) e com Anestesia Local (AL);
- ♦ Cirurgia eletiva e urgente;
- ♦ Ambulatório e internamento;
- Os testes de rastreio para infeção por SARS-CoV-2 devem ser⁽⁵⁴⁾:
 - ♦ do tipo PCR;
 - realizados até 48h antes do procedimento;
- Os doentes COVID-19 positivos só devem ser operados em situações clínicas urgentes pois:
 - Ao invadir o epitélio, pode existir o risco de disseminação vírica hematogénica e consequente agravamento da doença⁽⁷⁾;
 - Ao realizar intubação oro ou nasotraqueal existe o risco de disseminação vírica para regiões mais baixas da via aérea e consequente agravamento da doença⁽⁵⁵⁾;
- Rever todos os casos clínicos dos procedimentos adiados por causa do estado de contingência e, se necessário, rever a prioridade;
- Para além das habituais rotinas pré-operatórias, deve ser utilizada a seguinte estratégia para a utilização do teste
 COVID-19 nos doentes a intervencionar (estratégia sistematizada na tabela do anexo H):
 - De acordo com o tipo de anestesia:
 - * Anestesia geral:
 - Todos os doentes a intervencionar sob AG devem realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2 (ambulatório e internamento);
 - Se COVID- 19 positivo, só intervenções urgentes;
 - * Anestesia local:
 - Os doentes a intervencionar sob AL devem, sempre que possível, realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2;
 - De acordo com a prioridade:
 - Cirurgia eletiva:
 - essencial realizar avaliação epidemiológica;

- qualquer suspeita de infeção por SARS-CoV-2 deve levar ao adiamento da intervenção, eventual instituição de medidas paliativas e orientação do doente de acordo com as orientações da DGS para a COVID 19;
- * Cirurgia urgente:
 - só é admissível não realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2 nos casos de intervenções sob AL, em regime ambulatório, e em que a história epidemiológica seja negativa;
- De acordo com o regime da cirurgia:
 - * Internamento:
 - Todos os doentes internados devem realizar rastreio para infeção por SARS- CoV-2 de forma a
 garantir as melhores condições de segurança para o próprio e para os profissionais, mas também para diminuir os riscos de infeção cruzada nas enfermarias;
 - * Ambulatório
 - Só é admissível não realizar teste de rastreio nos casos a intervencionar sob AL e com história epidemiológica negativa;
- De acordo com a história epidemiológica:
 - * História epidemiológica suspeita (positiva):
 - A intervenção deve ser adiada, exceto se urgente;
 - História epidemiológica não suspeita (negativa):
 - A realização de teste de rastreio só é obrigatória se intervenção sob AG ou em internamento, embora também seja recomendável sempre que possível nos casos de AL em ambulatório;
- As características de pressão, ventilação, estanquicidade e renovação do ar nas salas operatórias devem seguir o referido no ponto 3 destas recomendações (Tabela 1).

GESTÃO DE RESÍDUOS

O sucesso das medidas preventivas no âmbito da infeção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) depende da colaboração dos cidadãos, das empresas, das instituições e de outras organizações. É importante salvaguardar o papel específico dos operadores de gestão de resíduos hospitalares na quebra das cadeias de transmissão, contribuindo decisivamente para a sua proteção e para a proteção da comunidade⁽⁵⁶⁾.

Cumulativamente, tal como consta da Orientação n.º 06/2020⁽⁵⁷⁾ da Direção-Geral da Saúde, o empregador é responsável por organizar os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) de acordo com o estabelecido no "Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho" (RJPSST - Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação).

É obrigação do empregador assegurar aos seus trabalhadores condições de segurança e de saúde, de forma continuada e permanente, tendo em conta os princípios gerais de prevenção (artigo 15.º do RJPSST).

As prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos no contexto de trabalho, estão estabelecidas no Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de abril⁽⁵⁷⁾.

Os serviços de saúde devem aplicar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu diagnóstico infecioso.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES:

Os resíduos produzidos pelo doente com COVID-19 e os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde a doentes com COVID-19 são considerados contaminados, com risco infecioso associado — característica de perigo H9 (Anexo do Regulamento (UE) n.º 1357/2014, da Comissão, de 18 de dezembro de 2014 - Guia de Classificação de Resíduos da Agência Portuguesa do Ambiente, publicado em 2017).

A classificação dos resíduos hospitalares é estabelecida pelo Despacho nº 242/96, publicado a 13 de agosto, que procede à sua divisão em quatro grupos.

MEDIDAS DE HIGIENE E SEGURANÇA DO TRABALHO:

As atividades dos operadores de gestão de resíduos hospitalares devem ser efetuadas por profissionais devidamente formados e treinados. Todos os trabalhadores do setor dos resíduos hospitalares, de acordo com o correspondente posto de trabalho, devem estar devidamente equipados com os EPI

adequados à atividade que executam e ao risco profissional a que estão expostos, devendo seguir as recomendações dos respetivos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional.

O risco de infeção por SARS-CoV-2 dos trabalhadores do setor da gestão de resíduos hospitalares poderá exigir uma nova avaliação do risco profissional, assim como medidas de prevenção e de proteção suplementares, conforme o Decreto-Lei 84/97, de 16 de abril⁽⁵⁷⁾.

TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO / RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS:

A triagem dos resíduos é realizada no local de produção;

- Os resíduos produzidos durante a prestação de cuidados ao caso suspeito ou confirmado de infeção por SARS-CoV-2 são considerados resíduos do grupo III e descartados de acordo com os procedimentos de rotina internos;
- Os resíduos do Grupo III risco biológico, são colocados em saco descartável branco, com espessura de 50 ou 70 mícrons, preferencialmente com dimensões adequadas ao volume descartado⁽⁵⁸⁾;
- Os contentores destes sacos devem ser higienizáveis, com tampa e mecanismos de abertura sem o uso das mãos; devem estar identificados por cores, por grupo de risco;
- Após devidamente encerrado com abraçadeira, o saco é colocado num contentor rígido identificado com o símbolo, onde será encaminhado para autoclavagem;
- Os resíduos do Grupo IV resíduos hospitalares específicos de incineração obrigatória, devem ser descartados em recipientes apropriados para corto-perfurantes sem serem desconcertados ou reencapados;
- Os sacos de resíduos e contentores corto-perfurantes devem ser recolhidos antes de atingir 3/4 da sua capacidade;
- A manipulação e o transporte dos recipientes dos resíduos devem ser limitados ao estritamente necessário;
- As áreas de recolha intermédia de resíduos hospitalares devem ser sempre devidamente identificadas, restritas, inacessíveis ao público, laváveis. Idealmente devem ainda ser ventiladas e preferencialmente refrigeradas.

MEDIDAS OPERACIONAIS DE GESTÃO DE RESÍDUOS:

Os resíduos do Grupo III são encaminhados para unidade licenciada para o tratamento de resíduos hospitalares por incineração, ou por pré-tratamento alternativo tal como autoclavagem, sem passar por armazenamento intermédio externo às unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Os resíduos do Grupo IV são encaminhados para unidade licenciada para o tratamento de resíduos hospitalares por incineração, sem passar por armazenamento intermédio externo às unidades prestadoras de cuidados de saúde.

A frequência de recolha para transporte dos resíduos hospitalares é adequada ao quantitativo de resíduos hospitalares produzidos, devendo ser, preferencialmente, diária.

No exterior das embalagens/contentores de acondicionamento para/e transporte de resíduos, em especial na zona de fecho/tampa e na zona das pegas, deve ser aplicada solução desinfetante contendo no mínimo 1000 mg/l de cloro.

As embalagens/contentores de acondicionamento para/e transporte de resíduos não podem ser utilizadas como recipientes de deposição dos resíduos no local de produção, nem podem entrar no local de produção dos resíduos (ex: enfermaria, quarto de isolamento, laboratório de manipulação de amostras)⁽⁵⁶⁾.

AUTORES:

Dr. Álvaro Ferreira Rodrigues (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho) - AMEP Dr. Ana Fernandes (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. D. Estefânia) – AMEP Dr. António Moreira da Fonseca (Assistente Hospitalar Graduado aposentado – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) - DCEE Dr.ª Catarina Fraga (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) - AMEP Dr.ª Conceição Queiroga (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António) - DCEE Dr.ª Cristina Moreira (Interna da Formação Especializada em Estomatologia - Centro Hosp. de Vila Nova de Gaia / Espinho) - AMEP Dr. Cunha Coutinho (Diretor Clínico de Clínica Estomatológica Privada) – AMEP Dr. a Fernanda Costa (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) – AMEP Dr.ª Joana Alves (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) – AMEP Dr. João Mendes de Abreu (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) – DCEE Dr. Joel Monteiro (Assistente Hospitalar Graduado - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro) - AMEP Dr. Jorge Pinheiro (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. D. Estefânia) – DCEE Dr. Luís Fonseca (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de S. José) – AMEP Dr. Nuno Gil (Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar Universitário de São João - Hospital de S. João) - AMEP Dr. a Patrícia Caixeirinho (Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de S. José) – AMEP Dr.ª Rita Simão (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria) – DCEE Dr.ª Rosário Marques (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. S. José) – DCEE Dr. Tiago da Cruz Nogueira (Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro) - AMEP Dr. a Sara Fontes (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria) – AMEP

COORDENADORES:

Dr. J. Serafim Freitas (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) - DCEE

Dr. Rui Moreira (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hosp. Universitário do Porto – Hospital de Santo António) – AMEP e DCEE

ANEXO A

NOVO CORONAVÍRUS COVID-19

Medidas de etiqueta respiratória



Ao TOSSIR ou ESPIRRAR não use as mãos, elas são um dos principais veículos de transmissão da doença. Use um LENÇO DE PAPEL ou o ANTEBRAÇO.



DEITE O LENÇO AO LIXO e LAVE sempre as mãos a seguir a tossir ou espirrar.

EM CASO DE SINTOMAS, LIGUE SNS 24



808 24 24 24







Etiqueta Respiratória. Fonte: Orientação DGS 022/2020(33)

ANEXO B



Lavagem das mãos



didas simple

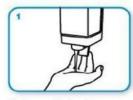
Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas. Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).



Duração total do procedimento: 40-60 seg.



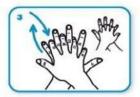
Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



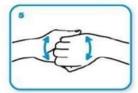
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



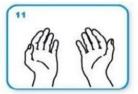
Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

rrecção-Geral da Saúd

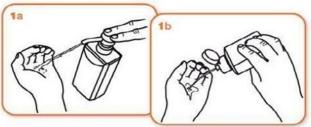
Fricção Antissética das mãos



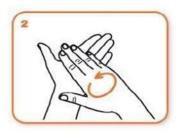
Higienize as mãos, friccionando-as com solução antissética de base alcoólica (SABA). Lave as mãos quando estão visivelmente sujas.



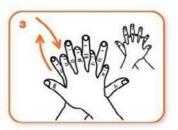
Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



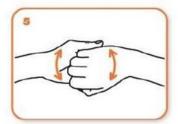
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



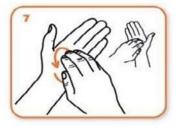
As palmas das mãos com dedos entrelaçados



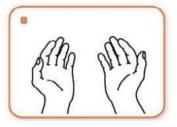
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

Direcção Gerel de Baúdi

ANEXO E

COLOCAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Checklist: Antes de Colocar o EPI:

- ☑ Selecionei os EPI corretos para os procedimentos a realizar.
- ☑ Verifiquei a conformidade/segurança dos EPI a utilizar.
- ☑ Estou hidratado.
- ☑ Removi adornos e prendi o cabelo.
- ☑ As unhas estão naturais e curtas.

Coloque os EPI fora da Área de Isolamento e siga a sequência:

1.Realize a higiene 3. Proteção de 4.Realize a 2. Coloque a higiene das mãos das mãos calçado touca (se não colocar cogula) 7. Coloque 5. Coloque 1º par 6. Coloque a bata cruzando atrás e ate os atilhos do pescoço e da cintura. O punho máscara FFP2 luvas (nitrilo) cobre o punho da luva 9. Coloque 8. Coloque a 10. Coloque a 11. Coloque 2º proteção ocular (se cogula viseira (se não colocar par luvas de cano proteção ocular) alto, cobrindo o não colocar viseira) punho do fato

ANEXO F

REMOÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Checklist: Antes de iniciar a remoção do EPI:

- ☑ O local para a remoção do EPI está preparado.
- ☑ Conheço a sequência das etapas para remoção do EPI.
- ☑ Está presente observador treinado.
- ☑ Está disponível contentor de resíduos grupo III (saco branco).

Retire o EPI seguindo esta sequência:

Dentro do quarto:

- 1. Retire viseira puxando os atilhos por trás da cabeça com ambas as mãos
- 2. Retire cogula



3. Retire 2.º par de luvas e bata em conjunto



4. Retire proteção de calçado passando os pés, um por um, para uma "área limpa"



5. Retire o 1.º par de

luvas.

Coloque um par de luvas limpas se houver necessidade de abrir portas ou adufas



Na "área limpa" ou fora do quarto:

6. Retire luvas (se aplicável) e higienize as mãos



7. Retire proteção ocular (se aplicável)



8. Retire máscara FFP2 puxando com ambas as mãos os atilhos por trás da cabeça



9. Retire a touca



10. Realize a higiene das mãos



ANEXO G

Questionário Clínico e Epidemiológico (7,16,27,41,42,48,51,59)

	SIM	NÃO
1. Tem ou teve febre (≥ 38.0°C) nos últimos 14 dias?		
Sente falta de ar, dificuldade em respirar ou tosse seca, com início nos últimos 14 dias?		
3. Tem congestão nasal?		
4. Sente ausência ou redução no olfato e/ou paladar?		
5. Tem dor de garganta, dores musculares, cansaço, dores de cabeça, tonturas ou diarreia?		
Esteve em contacto com alguém que tenha testado positivo para COVID-19?		
7. Jáfoi testado para COVID-19 e está a aguardar resultado?		
8. Testou positivo para COVID-19 e ainda não foi considerado curado?		

Não são suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam negativamente a todas as perguntas; **São suspeitos** de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam positivamente a qualquer umadas questões 1 a 7; **São casos confirmados** de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam positivamente à pergunta 8.

ANEXO H

	Enquadramento	Regime Cx	Questionário	Teste PCR		Decisão
	•	ŭ	-		N/D	Realizar cirurgia (Nível 1)
				Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 1)
			Negativo	que possível		Adiar cirurgia
		Ambulatório			Positivo	Medidas paliativas
		7411541420110	Positivo			Gerir COVID 19
						Adiar cirurgia
	Eletivo			N/A		Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
		Internamento .				Gerir COVID 19
						Adiar cirurgia
cal			Positivo	1	N/A	Medidas paliativas
Lo						Gerir COVID 19*
Anestesia Local			Negativo	Realizar sempre que possível	N/D	Realizar cirurgia (Nível 2)
ste					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
√ne		Ambulatório		que pessivet	Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
_	Urgente	Ambutatorio	Positivo	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
		Internamento	Negativo	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
			Positivo		N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
		Ambulatório	Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Positivo			Adiar cirurgia
				1	N/A	Medidas paliativas
eral	Eletivo					Gerir COVID 19
Gei	Lieuvo	Internamento	Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
sia					Positivo	Adiar cirurgia
stes						Medidas paliativas
Anestesia G						Gerir COVID 19
				N/A		Adiar cirurgia
			Positivo			Medidas paliativas
				 	N/B	Gerir COVID 19*
	Urgente	Internamento	NI / A	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
			N/A	Realizal Sellipre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)

 $\textbf{Tabela 3} - \textbf{Tabela coma sistematiza} \\ \textbf{Garantica} \\ \textbf{Cnaintica} \\ \textbf{Cnai$

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Workman AD, Welling DB, Carter BS, Curry WT, Holbrook EH, Gray ST et al. Endonasal instrumentation and aerosolization risk in the era of COVID-19: simulation, literature review, and proposed mitigation strategies. Int Forum Allergy Rhinol. 2020;
- 2. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Corona virus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(7).
- 3. Cai J, Sun W, Huang J, Gamber M, Wu J, He G. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases, Wenzhou, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(6).
- 4. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). Science (80-). 2020;
- 5. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A CG. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Euro Surveill. 2020;25(10).
- 6. Tong ZD, Tang A, Li KF, Li P, Wang HL, Yi JP et al. Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(5).
- 7. SPORL. Recomendações de abordagem do doente do foro otorrinolaringológico após a cessação do estado de emergência. Soc Port Otorrinolaringol e Cir da Cabeça e Pescoço. 2020;
- 8. Discacciati J., Sander H., de Castilho L. R V. [Determination of the dispersion of microorganisms in the course of dental surgical activity]. Rev Panam Salud Publica. 1998;3(2):84–7.
- 9. Harrel SK MJ. Aerosols and splatter in dentistry: A brief review of the literature and infection control implications. JADA. 2004;135.
- 10. ADA. Interim Guidance for Management of Emergency and Urgent Dental Care. Updated: 4/1/2020.
- 11. Al-Sehaibany FS. Middle East respiratory syndrome in children. Dental considerations. Saudi Med J. 2017;38(4):339–43.
- 12. Kampf G, Todt D, Pfaender S SE. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Healthc Infect Soc. 2020;
- 13. Illumination T international commission on. Ultraviolet air disinfection. The international commission on illumination. 2003.
- 14. Grenier D. Quantitative analysis of bacterial aerosols in two different dental clinic environments. Appl Env Microbiol. 1995;61 (8):3165–8.
- 15. Hallier C, Williams D, Potts A LM. A pilot study of bioaerosol reduction using an air cleaning system during dental procedures. Br Dent J. 2010;209(8):E14.
- 16. Ge, Z., Yang, L., Xia J et al. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. J Zhejiang Univ Sci B. 2020;
- 17. DGS. Orientação n. 011/2020 Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público. 2020;
- 18. Administration USD of LOS and H. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. March 2020 (OSHA 3990-03 2020). US Dep Labor Occup Saf Heal Adm. 2020;
- 19. Consejo Dentistas Organización Colegial de Dentistas de España. Plan Estratégico de Acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19. 2020;
- 20. CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020;
- 21. DGS. Norma n. 007/2019 de 16 de outubro Higiene das mãos nas Unidades de Saúde. 2019;
- 22. WHO. Guidelines on hand hygiene in health care, Geneva. 2009;
- 23. CDC. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the COVID-19. 2020;
- 24. CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. 2019;
- 25. WHO. Interim Guidelines. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO Interim Guidel. 2007;

- 26. Harrel SK MJ. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. J Am Dent Assoc. 2004;135(4):429–37.
- 27. CDC. Dental Settings; 27 April 2020.
- 28. Department of Health HK. GUIDELINES ON INFECTION CONTROL IN DENTAL CLINICS. Dep Heal Gov Hong Kong Spec Adm Reg. 2019:
- 29. Guerra F, Mata AD, Vinagre A, Costa AL, Vieira AL, Falcão C et al. COVID-19 Normas de Orientação Clínica Medicina Dentária. Grup COVID-19 MD. 2020;
- 30. DGS. Norma n. 014/2020 de 21 de março Infeção por SARS-CoV-2 (COVID 19) Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. 2020;
- 31. Sousa KS FJ. Microrganismos em ambientes climatizados de consultórios odontológicos em uma cidade do extremo sul da bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;35(2):250–63.
- 32. International Ultravioleta Association. IUVA Fact Sheet on COVID-19. 2020;
- 33. DGS. COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado. Orientação no 022/2020. 01/05/2020;
- 34. Holland M, Zaloga D FC. COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. Vis J Emerg Med. 2020;19.
- 35. WHO. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance. World Heal Organ 21 March 2020.
- 36. Meng L, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. J Dent Res. 2020;99(5):481–7.
- 37. Ordem dos Médicos e Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia. 15 Março 2020.
- 38. CDC. Coronavirus (COVID-19). Center of Disease Control.
- 39. Centre of Disease Control. Information for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19).
- 40. DGS. Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Orientação 002/2020. 2020;
- 41. DGS. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma no 007/2020. 2020;
- 42. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Distanciamento Social e Isolamento. Orientação no 010/2020. 2020;
- 43. DGS. Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19). Orientação DGS 013/2020. 2020;
- DGS. COVID-19: Fase de Mitigação Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia. Norma DGS no 009/2020.2020;
- 45. Cohen P, Blau J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient management in adults. 2020.
- 46. U.S. Department of Health & Human Services. Notification of Enforcement Discretion for Telehealth Remote Communications During the COVID-19 Nationwide Public Health Emergency. 2020;
- 47. Council, Nursing and Midwifery. High level principles for good practice in remote consultations and prescribing. Counc Nurs Midwi fery.
- 48. DGS. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2. Norma no 004/2020.
- 49. Thomé G, Bernardes SR, Guandalini S GM. MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM BIOSSEGURANÇA PARA AMBIENTES ODONTOLÓ GICOS. 2020;
- 50. Marui V, Souto M, Romito G, Chambrone L PC. Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aero sol: A systematic review. J Am Dent Assoc. 2019;150(12):1015-1026.e1.
- 51. Peng, X., Xu, X., Li Y et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020;12:9.
- 52. Ordem dos Médicos. Parecer dos Tempos Padrão Mínimos de Consulta em Estomatologia. Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos. 2018;
- 53. Ordem dos Médicos. Regulamento dos Tempos Padrão das Consultas Médicas. Diário da República no 178/2019, Série II 2019-09-17. 724/2019:103-18.

- 54. ASA-APSF Joint. ASA-APSF Joint Statement on Non-Urgent Care During the COVID-19 Outbreak. Am Soc Anesthesiol Anesth Pati ent Saf Found. 2020;
- 55. Topsakal V, Van Rompaey V KR. Prioritizing otological surgery during the COVID-19 Pandemic. B-ENT. 2020;1(1).
- 56. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares. Orientação DGS no 012/2020. 2020;
- 57. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas. Orientação DGS no 006/2020.
- 58. WHO. Disease commodity package Novel Coronavirus (nCoV). 2020.
- 59. DGS. COVID-19: Diagnóstico Laboratorial. Orientação DGS no 015/2020. 2020;
- 60. Malheiro R, et al. Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia. Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos. 2016.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS

DATAS LIMITE

EDIÇÃO DE DEZEMBRO: 30/09

EDIÇÃO DE JUNHO:31/03

Sabiam que...

... A Direção do Colégio de Especialidade já propôs ao Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos

Médicos a equiparação da revista AMEP a revista indexada, para efeitos curriculares?

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

DA REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS ESTOMATOLOGISTAS PORTUGUESES

A Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses é uma revista de edição periódica, que considera para publicação trabalhos originais, de investigação básica ou clínica, normas de orientação clínicas, casos clínicos, imagens em Estomatologia, comunicações curtas e revisões, editoriais, artigos de índole histórica ou artigos de prespetiva de interesse científico na área do aparelho estomatognático e seus anexos, submetidos por médicos especialistas ou médicos internos da formação especializada em Estomatologia e outros profissionais relacionados direta ou indiretamente com a saúde oral. Adicionalmente, à Revista reserva-se o direito à eventual publicação de comunicações breves, resumos de apresentações orais ou escritas de Conferências organizadas pela AMEP, sob a forma de resumos alargados / extended abstracts.

Todos os trabalhos serão avaliados por, pelo menos, dois membros do conselho editorial e científico da revista que condicionarão a sua aceitação para publicação.

Serão considerados para publicação trabalhos originais, que não tenham ainda sido publicados, parcial ou integralmente.

A Revista AMEP rege-se de acordo com as normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report.

Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as autorizações necessárias para a publicação do material apresentado, ao abrigo da proteção de dados e da ética. Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações, deve ter autorização prévia dos respetivos autores.

Os artigos publicados passarão a ser propriedade da revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores e poderão não refletir a opinião dos editores e membros do conselho editorial.

Os Critérios de Autoria da Revista, regem-se pelo "International Commitee of Medical Journal Editors" (ICMJE). Os autores devem ter participado significativamente no trabalho de forma a assumir responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria. São autores aqueles que reúnem quatro condições:

- » 1. Tiveram uma contribuição intelectual substancial, direta, no desenho e elaboração do artigo;
- » 2. Participaram na análise e interpretação dos dados;
- » 3. Participaram na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou, na revisão crítica do conteúdo; ou, na aprovação da versão final;
- » 4. Concordaram que são responsáveis pela exatidão e integridade de todo o trabalho.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os textos deverão ser escritos em português, inglês ou espanhol.

SUBMISSÕES

Tem que ser realizadas online via email amep.revista@ gmail.com e devem incluir os elementos abaixo indicados:

1. CARTA DE APRESENTAÇÃO

Assinada pelo autor principal e dirigida ao editor chefe, declarando que o trabalho não se encontra publicado nem submetido para publicação noutra revista ou jornal, nem o será até que a decisão final referente a esta submissão seja tomada. Deverá declarar que todos os autores leram e concordam com a versão submetida, e que, em caso de aceitação para publicação, transferem todos os direitos sobre o artigo a favor da revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.

No caso em que o número de autores exceda os seis deverá ser apresentada justificação, a qual será devidamente ponderada pelo editor-chefe.

Os resumos alargados/extended abstracts estão dispensados da carta de apresentação.

2. PÁGINA DE CAPA

Deverá conter apenas o título do trabalho, nome e afiliação de cada autor pela ordem que desejam ver publicado.

Deverá conter ainda a identificação completa do autor correspondente com indicação do

nome, número de telefone e endereço de email.

Os resumos alargados/extended abstracts estão dispensados da página de capa.

2.1. TÍTULO

O título do trabalho deverá definir com clareza o tema abordado. Deverá ser apresentado em português e em inglês.

2.2. AUTORES

Os nomes dos autores deverão ser apresentados com a forma e pela ordem que desejam ver publicado (primeiro nome, inicial do nome intermédio, último nome).

Deverá ser feita referência ao email e às instituições a que cada autor se encontre associado.

Toda a comunicação futura entre a revista e os autores será efetuada exclusivamente por correio eletrónico.

3. RESUMO

Deverá ser apresentado em português e inglês e não poderá exceder as 250 palavras (em cada língua). Não deverão ser utilizadas abreviaturas.

O resumo será não estruturado.

Os resumos alargados/extended abstracts estão dispensados da redundância da apresentação do resumo e não deverão exceder as 1000 palavras.

4. PALAVRAS-CHAVE

Palavras-chave (3 a 10) que permitam a eventual indexação do artigo, de acordo com a terminologia usada no Índice Médico "Medical Subject Headings (MESH)" (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) as quais deverão ser submetidas em português e em inglês.

5. DOCUMENTO COM O CORPO DO ARTIGO

5.1. APRESENTAÇÃO:

Neste documento não deverá ser incluída qualquer referência à identidade dos autores para que a mesma não seja revelada durante o processo de avaliação.

Todo o trabalho deverá ser formatado com espaçamento duplo, tamanho de letra Arial 12 justificado.

Todas as páginas devem ser numeradas consecutivamente a partir do número 1, paginação esta situada no canto inferior direito.

As margens deverão ser de 2,5 cm em todo o documento.

5.2. CORPO DO ARTIGO DE ACORDO COM O TIPO DE TRABALHO:

Nenhum corpo de artigo poderá exceder as 2500 palavras.

- a) Artigos de investigação O corpo do artigo deverá ser organizado em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões.
- b) Artigos com casos clínicos O corpo do artigo deverá organizar-se em introdução, caso clínico, discussão e conclusões.
- c) Imagens em Estomatologia Serão aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. As imagens devem fazer-se acompanhar de um título e um texto com um máximo de 150 palavras que

sintetize a mensagem relevante a passar, incluindo uma breve historia clínica, dados laboratoriais, terapêutica e condição atual do paciente. Está isenta da apresentação de resumo. Só serão aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a publicação prévia.

- d) Artigos de revisão Este tipo de artigos deverá ser organizado em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões. O corpo do artigo poderá ser não estruturado.
- e) Artigos de índole histórica ou artigos de perspetiva Neste tipo de artigos o autor ou autores podem publicar artigos de revisão histórica e/ou expressar a sua opinião sobre temáticas atuais relacionadas com a especialidade.
- f) Comunicações breves As descrições de novas técnicas, tratamentos, avanços em determinada área e, ainda, resumos alargados / extended abstracts de trabalhos apresentados em Congressos da AMEP estão contempladas neste tipo de comunicação.

As comunicações breves deverão ter um máximo de 1000 palavras, 2 tabelas e/ou figuras e 15 referências bibliográficas.

g) Normas ou Protocolos de orientação clínica — As sociedades/associações médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e/ou grupos de médicos que desejem publicar recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para publicação. O corpo do artigo deverá ser organizado segundo as normas de publicação internacionais para guidelines - "The RIGHT Statement".

6. REFERÊNCIAS:

A exatidão das referências é de responsabilidade do autor.

6.1. CITAÇÕES:

A revista segue o sistema de citação "autor, data". Deve ser escrito o nome do autor (em itálico), seguido do ano da publicação, por ex. (Gundlach, 2006). Se a referência tiver dois autores, nomeie ambos (por exemplo, Muller e Schulze, 1960); se tiver mais de dois autores, nomeie o primeiro autor seguido por `et al. (Shaw et al., 2001). Quando várias publicações são citadas uma após a outra, comece com o mais antigo e termine com o mais recente (não em ordem alfabética).

6.2. REFERÊNCIAS:

Todos os autores ou grupos de autores citados no artigo devem aparecer na lista de referências e vice-versa no final do trabalho ou numa página separada. Para cada referência, deve listar todos os autores, título completo do artigo, nome da publicação (abreviada de acordo com o Index Medicus, consulte http://www.nih.nlm.gov), volume, primeira e última página numerada e ano de publicação. Por exemplo:

Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattstrom V, Molsted K, Prahl-Andersen B, Gundlach KK: A Eurocleft projeto 1996-2000: visão geral. J Craniomaxillofac Surg 29: 131 142, 2001.

As referências bibliográficas no texto, tabelas e legendas terão que ser identificadas por números árabes colocados entre parêntesis e sobrescritos. A numeração deverá corresponder a uma ordenação bibliográfica por ordem de citação no texto. Na lista de referências bibliográficas apenas deverão constar os artigos citados no texto e tabelas pela ordem de citação no texto.

7. TABELAS:

Todas as tabelas deverão ser referidas no texto.

Deverão ser numeradas com algarismos árabes, por ordem de citação no texto, e acompanhadas da respetiva legenda. A tabela deve ser tanto quanto possível explicativa por si só, sem recurso ao texto do artigo.

8. FIGURAS

As figuras deverão acompanhar o artigo em formato JPEG ou TIFF a 300 dpi.

Todas as figuras deverão ser citadas no texto e numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de citação.

Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, deverá ser identificada a fonte original e incluída nas referências bibliográficas.

Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deverá ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor/editor. A referida autorização deverá ser incluída no processo de submissão.

As legendas das figuras deverão ser apresentadas imediatamente a seguir à figura que descrevem.

Quando forem utilizados símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes deverão ser identificados e explicados claramente na legenda.

Deverá ser identificada a escala interna e o método de coloração nas fotografias de lâminas.

9. AGRADECIMENTOS

Deverão ser expressos a pessoas e/ou a Instituições que tenham permitido a efetivação ou prestado contribuição para o trabalho.

FINANCIAMENTO

Os autores devem declarar a fonte de toda a ajuda financeira recebida.

AUTORIA

Apenas aquelas pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho devem aparecer na lista de autores.

O tipo de participação no trabalho por cada autor deve ser indicado na carta de apresentação.

Todos os autores devem declarar que leram e aprovaram o manuscrito e que os requisitos de autoria foram cumpridos. A revista declina qualquer responsabilidade sobre eventuais conflitos decorrentes da autoria de artigos publicados.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem indicar na Carta de Apresentação quaisquer relações financeiras ou pessoais que possam ter tido ou possam ter, no momento da escrita ou publicação do artigo, com pessoas ou instituições, e que possam dar origem a um conflito de interesses.

O que é declarado aparece impresso na revista.

REPRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Os autores são responsáveis pela obtenção de permissões apropriadas para reproduzir parcialmente material (texto, tabelas ou figuras) de outras publicações.

Os autores devem estar cientes de que, não revelar que o material submetido para publicação tenha sido total ou parcialmente publicado, é uma violação grave da ética científica.

Da mesma forma, autores que reproduzam no seu artigo material previamente publicado (texto, tabelas ou figuras) são responsáveis pela obtenção das permissões apropriadas para reproduzir esse material na revista.