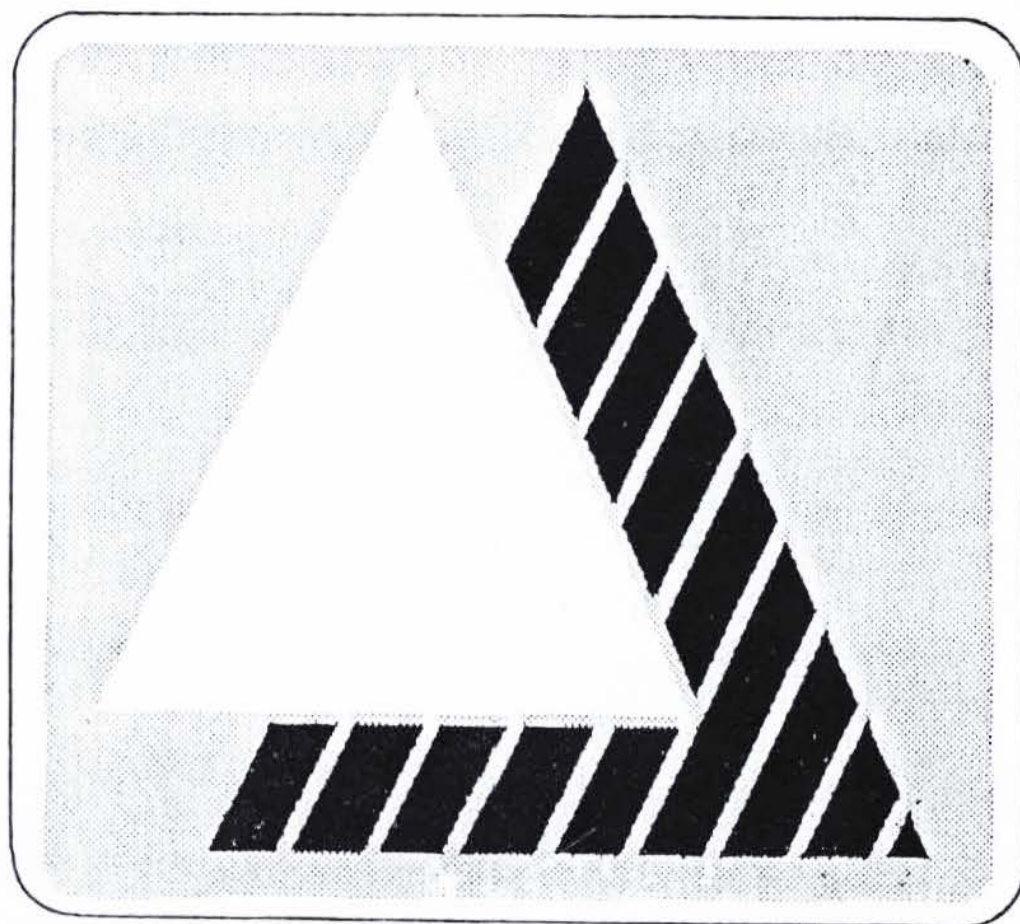


UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPES



PET-INFORMIA

PET-INFORMIA	Bauru	v.1	n.1	p. 1-113	jan./jun. 1988
--------------	-------	-----	-----	----------	----------------

Reitor da Universidade de São Paulo:

Prof.Dr. José Goldemberg

Vice-Reitor:

Prof.Dr. Roberto Leal Lobo e Silva Filho

Diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru:

Prof.Dr. Bernardo Gonzalez Vono

Vice-Diretor:

Prof.Dr. Eymar Sampaio Lopes

Comissão de Pós-Graduação:

Prof.Dr. Maria Fidela de Lima Navarro - Presidente

Prof.Dr. Euloir Passanezi - Vice-Presidente

Prof.Dr. Alceu Berbert

Prof.Dr. Astrid Zaramella Vono

Prof.Dr. Décio Rodrigues Martins

Prof.Dr. Halim Nagem Filho

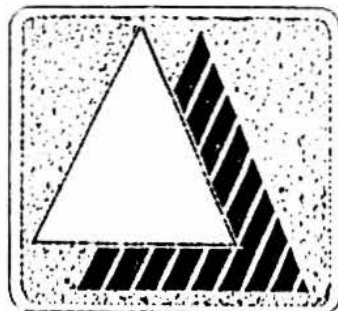
Prof.Dr. Orivaldo Tavano

Prof.Dr. Rubens Florino Pandolfi

Prof.Dr. Sérgio Augusto Catanzaro Guimarães

Coordenador de Área - Odontologia - Programa PET/CAPES

Prof.Dr. Eduardo Batista Franco



V. 1 - N. 1

PET-INFORMA

jan./jun. 1988

APRESENTAÇÃO	2
RESUMOS DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	3
RESUMOS DE SEMINÁRIOS APRESENTADOS	92
ÍNDICE DE AUTORES	101
ÍNDICE DE ASSUNTOS	110

Organizadores:

Tutor: Prof.Dr. **Eduardo Batista Franco**

Bolsistas do PET/CAPES

Normalização técnica:

Eliane Falcão Tuler Xavier - Chefe Técnica do Serviço de Documentação e Divulgação da FOB-USP

Supervisão de redação:

Benedita Aparecida Reda Luppi

Datilografia:

Neide Espindola Russo

Capa:

José Policena de Campos Neto

EDITORIAL

Após a publicação do primeiro Boletim Informativo do Programa Especial de Treinamento - PET/CAPES da Faculdade de Odontologia de Bauru, cuja finalidade básica foi a de apresentar os resumos de leituras, seminários e trabalhos de pesquisa realizados pelos bolsistas do referido programa, cresceu o interesse para um maior dimensionamento.

Como primeira experiência do grupo neste particular, o Boletim permitiu a divulgação e interação de conhecimentos, tanto entre bolsistas do PET como aos demais alunos, incentivando-os a uma maior participação na vida universitária. No entanto a forma de apresentação como publicação técnico-científica necessitava de aprimoramento.

Sobre este aspecto, gostaria de deixar expresso meu agradecimento ao Serviço de Biblioteca e Documentação desta escola, na pessoa da Diretora Técnica Regina Célia Baptista Belluzzo, demais bibliotecárias e pessoal de apoio pelo curso de Orientação Bibliográfica aplicado à Odontologia, que além do conhecimento proporcionado aos bolsistas, resultou na proposta de editoração do Boletim, denominando-o PET-INFORMA, seguindo-se as normas para publicações periódicas, que passará a partir deste número a ser publicado semestralmente.

Prof. Dr. EDUARDO BATISTA FRANCO
Tutor PET/FOB-USP

APRESENTAÇÃO

O PET, Programa Especial de Treinamento, é constituído por um grupo de jovens acadêmicos que têm como objetivo desenvolver um trabalho no campo da pesquisa científica contando com o auxílio da CAPES.

O grupo promove reuniões semanais, apresentação de seminários, participação em congressos (como congressistas ou apresentadores de trabalhos), realiza leituras semanais das quais são feitos resumos e trabalhos de pesquisa.

Neste boletim procuramos divulgar as atividades realizadas pelo grupo com maior destaque para os resumos de seminários e leituras com a finalidade de permitir uma atualização e informação sobre vários assuntos da área odontológica.

ALMEIDA, O. P.; SILVA, C. R. V.; SAIKI, P. Levantamento de lesões bucais. Rev. gaucha Odont., 35(6):471-2, nov./ dez. 1987.

Exame de 1211 lesões intra-orais e periorais, sendo 56% alterações não neoplásicas, 14,6% de neoplasias benignas e 29,4% de neoplasias malignas, onde o maior número delas ocorrem no lábio inferior.

Os carcinomas de lábio são mais favoráveis do que nos casos intraorais, e levam mais freqüentemente à morte, e a taxa de sobrevivência em 5 anos em mulheres é mais alta que em homens.

Conclui-se que os médicos, e principalmente os Dentistas devem enviar para exame histopatológico as lesões com suspeita de malignidade ou que clinicamente oferecem maiores dificuldades de diagnóstico.

Autor do resumo: **Denise da Costa Boamorte**

Unitermos: **Boca, doenças.**

BARBOSA, J. R. & BARBOSA, C. M. R. Emergências em consultório odontológico. *Odont. mod.*, 14(8):7-13, set. 1987.

Descrição de casos de emergências médicas que podem ocorrer no consultório odontológico, durante ou após as intervenções, tais como: lipotímia, desmaio, estimulação do SNC, depressão respiratória, depressão circulatória, reações tóxicas e/ou alérgicas ao anestésico e ao vasoconstritor, obstrução das vias respiratórias, ataque epiléptico, hemorragias, tratamento de pacientes hemofílicos, hipertensos e casos de choque anafilático.

Em qualquer das situações "é imperativo estar preparado".

O sucesso para qualquer emergência está relacionado com o socorro no momento de sua ocorrência, bem como medidas profiláticas que devem ser tomadas para que estas não ocorram.

Prevenção e o treinamento do profissional e do pessoal auxiliar são pontos considerados de máxima importância.

Autor do resumo: **Andrea Amado da Costa**

Unitermos: **Emergências.**

FAÇANHA, E. As hemorragias dentárias rebeldes e o uso de sutura associada ao cimento cirúrgico. *Odont. mod.*, 13(2):52-6, mar. 1986.

A associação da sutura com o cimento cirúrgico possui vantagens sobre várias técnicas utilizadas para a hemostasia em casos de hemorragia ou em pacientes propensos à hemorragias pós-cirúrgicas. Vantagens: a) hemostasia por compressão do cimento cirúrgico sobre a ferida, b) proteção maior do coágulo, evitando-se a alveolite e c) não necessidade de uso dos medicamentos coagulantes sistêmicos. Porém, que não seja utilizada de maneira indiscriminada, pois cimentos que contenham eugenol podem irritar a mucosa e que não sejam introduzidos para dentro do alvéolo.

Autor do resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Hemorragia bucal; Suturas.**

GORZONI, M. L. Interações medicamentosas. Alimentos. Cienc. Méd., 4(1):45, out. 1986.

Alterações nos efeitos esperados de medicamentos podem ocorrer como resultado da administração concomitante de alimentos. Embora várias dessas interações tenham sido relatadas, é relativamente pouco o que se sabe sobre mecanismos, incidência ou significância clínica dessas interações.

Como em outras interações temos dois mecanismos: por farmacocinética e por farmacologia. As primeiras são resultantes de alterações do tempo ou extensão da absorção, metabolismo ou excreção de drogas. Já as interações farmacológicas ocorrem por sinergismo ou antagonismo dos medicamentos em seus sítios efetores.

A absorção é a mais comum interação medicamento-alimento, podendo envolver tanto o tempo como a extensão da absorção de fármaco podendo levar a diluição ou até nulidade da ação medicamentosa.

O pH urinário interfere na excreção e reabsorção de várias drogas e encontra-se também no antagonismo ou sinergismo.

Autor do resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Drogas; Alimento.

GROSS, A. N. Cryoneurotomy for intractable temporomandibular joint pain. Brit. J. oral maxillofac. Surg., 26(1):26-31, Feb. 1988.

A crioneurotomia era utilizada em pacientes que sofriam nevralgias trigeminais e em pacientes que sofriam problemas incuráveis de dor e nevralgias intratáveis, na região pré-auricular (capsula da articulação temporomandibular e ou nervo auricular).

Todos sofriam de severas complicações dolorosas de origem nervosa e que tratamentos anteriores não deram resultado (substâncias analgésicas ou tratamento psicológico).

O efeito da analgesia foi excelente durante o primeiro ano depois da crioneurotomias, mas com certa recidiva.

Concluiu-se que a crioneurotomia pode ser realizada repetidas vezes, mas com a eficácia e sucesso menos prováveis.

Autor do resumo: Helio Hissashi Terada

Unitermos: Crioneurotomia; Dor; Articulação temporomandibular; Neuralgia facial; Analgesia.

ISOLDI FILHO, A.A. & SOUZA, A. de. Osteomielite esclerosante da mandíbula. Rev.gaucha Odont., 34(5):396-9, set./out. 1986.

Realizou-se três cirurgias em três pacientes portadores de assimetria unilateral do terço inferior da face não diagnosticável. Os exames clínico e radiográfico confirmaram a suspeita de osteomielite esclerosante mandibular. A queixa principal era dor e assimetria facial.

Inicialmente foi dada uma pré-anestesia nos pacientes em jejum num período de 12 horas. Após esta, foi dada a anestesia potencializada. Iniciou-se então a técnica operatória: assepsia da região; imobilização e posição da cabeça; incisão cutânea no bordo inferior da mandíbula; divulsão dos planos cutâneos e muscular, deslocamento periostal; exereses do tecido ósseo condensante; curetagem ampla da área envolvida, sutura dos planos profundos. No pós-operatório imediato, alguns procedimentos como controle dos sinais vitais do paciente foram realizados. No pós-operatório mediato o curativo foi removido e no terceiro dia na ausência de anormalidades os pacientes receberam alta.

Autor do resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Mandíbula, doenças; Osteomielite.**

KAHNBERG, K. E. Autotransplantation of teeth: indications for transplantation with a follow-up of 51 cases. *Int.J.oral maxillofac. Surg.*, 16:577-85, 1987.

As indicações dos autotransplantes de dentes foram analisadas seguindo-se o grau de sucesso de cirurgias realizadas em 45 pacientes. Muitos dos transplantes foram com dentes permanentes, 37 dos 51 com rizogênese completa. A maioria tinha a finalidade de ocupar espaços da perda de apenas um dente (40) mas em 11 casos, os dentes era usados como um apoio em reabilitação protética. Em 14 casos, dentes impactados foram transplantados para a sua posição normal. O acompanhamento variou de 3 meses a 10 anos. Nenhuma progressiva reabsorção radicular foi observada, apenas em 6 casos houve um pequeno indício. Sinais clínicos de anquilose foram notados em 4 dentes e defeitos ósseos em 6 pacientes. Pequena ou média destruição periapical foi observada em 4 casos. Os dentes transplantados que já tinham completado a rizogênese recebiam terapia endodôntica, dentro de um mês. A imobilização variava de duas e quatro semanas, enquanto tentava mantê-los o mais estável possível. As experiências tentam encorajar para uma melhor compreensão desse método, tentando resolver problemas associados com reabilitação oral, tanto do ponto de vista protético como ortodôntico.

Autor do resumo: **Márcia Yuri Kawauchi**

Unitermos: **Transplantação.**

MARCILLA, J. S. & BASCA, M. T. M. Presentation de dos formulaciones de morfina de accion prolongada, de aplicacion en las unidades del dolor. Rev. Asoc. esp. farm. hosp., 11 (2): 111-8, abr./jun. 1987.

A morfina constitue um dos princípios mais utilizados no tratamento da dor. Porém apresenta sérios problemas relativos a sua curta duração, sendo necessária repetidas doses. Modificações em sua fórmula atual pode garantir analgesia de até 12 horas. Concluindo-se que as formulas mais efetivas são aquelas constituídas de uma matriz hidrófila.

Autor do resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Analgesia.**

MAYRINK, A. S. Pré-molar ectópico; retido em basilar mandibular. Rev. gaucha Odont., 35(6):466-8, nov./dez. 1987.

Relato de caso clínico de um segundo pré-molar com uma inclusão rara em basilar mandibular, sendo necessário a via extra-oral para a exodontia do dente. A cirurgia foi feita em sala de operação sob anestesia geral.

A sutura foi realizada com atenção para evitar a formação de cicatriz defeituosa. O pós operatório ocorreu sem maiores complicações até quando foi possível o controle ambulatorial do paciente.

Ressalta-se a relevância de dois aspectos da cirurgia : planejamento e a conseqüente eleição de uma via de acesso mais coerente.

Autor do resumo: Denise da Costa Boamorte

Unitermos: Dente, erupção ectópica.

MIMICA, I. M. Infecção hospitalar. Cienc. Méd., 4(1):41-2, out. 1986.

A infecção hospitalar é um dos principais problemas que afeta a todos os hospitais, com frequência variável, sendo menor em hospitais que se dedicam a estudos e controle de infecção.

Em sua grande maioria, decorrem da maior suscetibilidade do hospedeiro à infecção, devido à doença responsável pela internação ou a procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que o paciente foi submetido. Os agentes infecciosos, na maior parte das vezes, são os da microbiota normal do paciente, o que dificulta muito seu controle. Outras fontes de infecção são os microorganismos do pessoal médico, para-médico, instrumental e medicamentos, e meio ambiente.

A forma mais adequada para o controle das infecções hospitalares é a formação de comissões de controle de infecção hospitalar multidisciplinares em todos os hospitais brasileiros.

Autor do resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Infecção hospitalar; Equipe odontológica.

NUELLE, G. D.; ALPERN, M. C.; UFENA, J. W. Arthroscopic surgery of the temporomandibular joint. Angle orthodont.,56(2): 118-42, Apr. 1986.

Relaciona-se a possibilidade do uso da artroscopia nas avaliações dos problemas das articulações têmporo-mandibular.

A possibilidade de se introduzir pequenos telescópios na articulação foi inicialmente avaliada em cadáveres e mais tarde em pacientes, resultando na consideração de aspectos de diagnóstico terapêutico para os casos de problemas na ATM.

A experiência através do diagnóstico por meio de artroscopia, aliada ao desenvolvimento de instrumentos precisos, tem tornado a cirurgia de ATM menos traumática e com uma recuperação mais rápida.

Autor do resumo: Hélio Hissashi Terada

Unitermos: Artroscopia; Articulação temporomandibular.

LEN, C.A. Desnutrição em cirurgia. Cienc. Méd., 5(1): 21-7, out. 1987.

Em qualquer intervenção cirúrgica temos a manifestação de problemas pós-operatórios relacionados ao paciente. Acima de 50% de todos os pacientes cirúrgicos e 40% dos pacientes clínicos têm, ou vão progredir para um estado de desnutrição protéico-calórica.

A desnutrição em cirurgia é um fator extremamente importante no prognóstico e êxito cirúrgicos já que o paciente apresenta complicações e mortalidade significativamente aumentados quanto maior for o seu grau de desnutrição. Ao cirurgião cabe ter conhecimentos adequados para fazer um diagnóstico preciso do estado nutricional de cada paciente e tentar reverter este fato, para que a cirurgia obtenha melhores resultados.

O indivíduo desnutrido apresenta déficit protéico e/ou calórico repercutindo em muitas estruturas quando este é submetido a uma grande cirurgia. Temos uma baixa na produção de anticorpos, a não manutenção da boa função linfocitária, ocorre debilidade muscular progressiva inclusive na musculatura respiratória. A cicatrização é prejudicada e com isto temos maior suscetibilidade às infecções, insuficiências respiratórias, má cicatrização e aumento da morbidade e mortalidade.

Autor do resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Desnutrição; Cirurgia bucal.**

PASHLEY, D. H. & PARSONS, G. S. Pain produced by topical anesthetic ointment. Endod. dent. Traumat., 3(2):80-2, Apr. 1987.

Observou-se que certos pacientes ao receber pomada anestésica de lidocaína 2% (uso tópico) na gengiva de dentes vitalizados, em poucos segundos, sentiam uma dor muito severa (hipersensibilidade dentinária).

A análise da pressão osmótica da pomada revelou que ela é muito hipertônica, com alta concentração de polietileno glicol como veículo. Os resultados do trabalho suportam a teoria hidrodinâmica da sensibilidade dentinária.

Este problema pode ser evitado pela infiltração local de soluções anestésicas isotônicas ao invés do uso de pomadas tópicas hipertônicas.

Autor do resumo: Renata Corrêa Pascotto

Unitermos: Dor; Anestésicos.

SANTOS, W. & GREGOR, C. O uso de diazepínicos em cirurgias odontológicas. Rev. Ass.paul.cirurg.Dent., 41(3):162-74, maio/jun. 1987.

As variações das pressões sistólica e distólica em pacientes que receberam terapêutica cirúrgica-odontológica usando em duplo cego, um diazepínico e um placebo, são parâmetros para verificação da eficácia dos dois procedimentos.

Através da média aritmética das variações de pressões de cada paciente, registradas em fisiógrafo, obteve-se elevações de pressão menos freqüentes relacionadas ao uso da forma ativa (diazepan), enquanto que os pacientes tratados com o placebo sofreram variações mais intensas.

Mostra-se eficiente o uso do diazepan para se amenizar as elevações das pressões sistólica e diastólica após os procedimentos cirúrgicos, fator importante na reabilitação do paciente.

Autor do resumo: Patrícia Orsi Dutra

Unitermos: Cirurgia bucal.

SILVA, P. J. & BARBOSA, A. E. O. Pré-molares inferiores supranumerários. *Odont. mod.*, 12(2):39-41, mar. 1985.

A patologia de dentes supranumerários na forma de pré-molares é relativamente rara, devendo ser observados: a) os pré-molares supranumerários assemelham-se com os seus homólogos, tanto no tamanho como na forma, b) devem ser removidos quanto antes, pois podem causar início de lesões císticas e/ou reabsorção e c) a exodontia desses dentes merecem cuidados, pois geralmente estão localizados perto de estruturas como fórame mentoniano e glândulas salivares.

Autor do resumo: Hélio Hissashi Terada

Unitermos: Dente supranumerário.

SOUZA, J. A. de Prevenção da dor pós-operatória em cirurgias
BMF. Rev.gaucha Odont., 35(5):343-8, set./out. 1987.

A terapêutica cirúrgica muitas vezes é rejeitada pelo paciente devido ao temor da dor pós-operatória, também a cura cirúrgica é comprometida pelas profundas alterações metabólicas provocadas pela dor contínua.

Medidas preventivas adotadas pelo cirurgião-dentista são eficazes no combate ao trauma pós-operatório, entre elas o preparo psicológico do paciente, assepsia e antisepsia rigorosos durante a cirurgia e o uso de anestésicos de ação prolongada, garantindo maior período de analgesia, impedindo assim o surgimento da dor.

As intervenções cirúrgicas devem portanto ser previamente planejadas abordando-se todos os detalhes técnicos de durante a após operação, bem como os fatores humanos pertinentes.

Autor do resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Dor; Cirurgia bucal.**

WAGNER, J. C. B. & OLIVEIRA, M. G. Aumento de rebordo alveolar com enxerto ósseo. Rev.gaucho Odont., 32(2):118-20,abr/jun. 1984.

Relato de reposição cirúrgica de processo alveolar na mandíbula e maxila, através de enxertos ósseos provenientes da crista ilíaca, proporcionando dessa maneira um rebordo alveolar efetivo, permitindo maior estabilidade da prótese total que será confeccionada.

Tentativas de se aumentar o rebordo alveolar com materiais aloplásticos são realizadas. Porém, a infecção junto a esses materiais é freqüente, utilizando atualmente o enxerto ósseo com bons resultados.

Autor do resumo: Glauco José Bazzo

Unitermos: **Cirurgia bucal pré-protética.**

ALMEIDA, J. W. Aplicação de flúor por eletroforese - dessensibilização dentinária. Rev. Odont.USP, 1(3):34-8, jul./set. 1987.

A aplicação de fluoretos com o auxílio de uma corrente elétrica mostrou-se altamente eficaz e seguro para o tratamento da dentina hipersensível. O eletrodo com carga negativa foi aplicado aos dentes com o fluoreto de sódio ou fluoreto estanho. Este método de tratamento da hipersensibilidade dentinária, denominado eletroforese, é mais eficiente do que a simples aplicação tópica de flúor ou o uso sistemático de pastas abrasivas dessensibilizadoras.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Dentina, sensibilidade; Flúor.

BAHRAM, J.; RAHMAT, A.N.; SURYAKANT, V.B. Cyanoacrylate; a new treatment for hypersensitive dentin and cementum. J. Amer.dent.Ass., 114(4):486-8, Apr. 1987.

Estudo comparativo dos efeitos da dessensibilização com o uso de fluoreto de sódio a 33% e do cianoacrilato.

A avaliação da hipersensibilidade da dentina radicular é difícil, pois depende da resposta subjetiva do paciente. A idade, o temperamento, a saúde geral do indivíduo, podem afetar a percepção do mesmo à dor.

O método utilizado para medir a resposta subjetiva do paciente, foi o estímulo com jato de ar frio, direcionado por um segundo na superfície de dentina exposta.

Os pacientes receberam a aplicação das soluções e no dia seguinte voltaram para um teste de sensibilidade. Semanalmente, por seis semanas, voltaram para receber uma reaplicação da solução e teste de sensibilidade, e só para o teste de sensibilidade, sem receber outra aplicação, no caso do cianoacrilato.

Os resultados do cianoacrilato foram mais efetivos na redução imediata da hipersensibilidade que os pacientes que receberam o fluoreto de sódio a 33%.

Como a cianoacrilato sofre erosão e abrasão, com o tempo, a sensibilidade gradualmente pode retornar, daí, ser indicada uma reaplicação após seis semanas.

Autor do resumo: **Renata Corrêa Pascotto**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade.**

BARATIERI, L.N. Amalgapin. Rev.gaucha Odont., 35(5):375-9,set.
/out. 1987.

A técnica do amalgapin, fornece a retenção e resistência à restauração por orifícios executados na dentina dentro dos quais o amálgama é condensado. Os orifícios são feitos com broca cilíndrica de extremo arredondado preparada para possibilitar a obtenção de um orifício com 2 mm de profundidade, o qual deve ser confeccionado num golpe só. Devem ser paralelos ao meio externo e ao meio caminho do limite amelo-dentinário à polpa. Para possibilitar um volume adicional de amálgama, um chanfrado cavo superficial deve ser feito na embocadura dos orifícios com broca esférica em baixa velocidade. Após a execução dos orifícios a cavidade é lavada e seca e recebe fluoreto de sódio a 2%, verniz e amálgama, a começar pelos orifícios. Em relação as técnicas que empregam pinos em dentina o amalgapin apresenta vantagens e desvantagens:

Vantagens: Menor custo; não promove tensões na dentina; não diminui a resistência da restauração; pode ser empregada em situações onde houver perda de estrutura dentária menor que 4mm; técnica mais rápida de ser executada.

Devantagens: O diâmetro dos orifícios é maior que o diâmetro dos pinos; a técnica restauradora é mais crítica onde a movimentação ou remoção prematura da matriz pode determinar o fracasso do tratamento; dificuldade de proteger o fundo dos orifícios; execução destes conclui-se que é uma boa técnica.

Autor do resumo: **Érica Ferrozzoli Devienne**

Unitermos: **Amalgapino.**

BASTOS, M. T. A. A.; LOVADINO, J. R.; ALMEIDA, J.W.; MARTINS, L.R.M.; NAVARRO, M.F.de L. Resinas compostas em dentes posteriores. Rev.Odont.USP., 1 (2): 42-5, abr./jun. 1987.

A viabilidade do emprego da resina composta em dentes posteriores baseia-se na comparação entre as propriedades e comportamento clínico desse material com o amálgama. A resina composta é bastante satisfatória clinicamente com dois anos de vida, mas com o decorrer do tempo, há um desgaste oclusal acentuado. Na maioria dos casos, o aspecto radiolúcido dificulta o diagnóstico radiográfico de reincidência de cárie. Neste estágio em que se encontra a resina composta não pode ser considerada um material restaurador substituto para amálgama em dentes posteriores.

Autor do resumo: **Marly Kirnie Sonohara**

Unitermos: **Resinas compostas; Restauração dentária permanente.**

BERMAN, L. H. Dentinal sensation and hypersensitivity; review of mechanisms and treatment alternatives. Periodont., 56(4):216-22, Apr. 1985.

a
J.

Do mesmo modo que a manipulação de superfícies de dentina durante um procedimento sem anestesia causa dor, quando esta é exposta a estímulos térmicos osmóticos, ou elétricos, ou quando sujeitos a jatos de ar ou drogas, o indivíduo sente uma dor que pode ser denominada "dentinalgia" e é menos prolongada e crônica que a "pulpalgia".

Existem algumas teorias para explicar essa sensibilidade. A teoria da transdução relaciona a sensibilidade da dentina a sinapses entre terminações nervosas da polpa e os odontoblastos com a presença de mediadores químicos. A teoria da modulação diz que os odontoblastos podem se lesar devido a estímulos irritantes e produzir uma variedade de neurotransmissores que podem modular os potenciais de ação de fibras nervosas.

Autor do resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade.**

BRÄNNSTRÖM, M. The hydrodynamic theory of dentinal pain; sensation in preparations, caries, and the dentinal crack. *J. Endod.*, 12(10):453-7, Oct. 1986.

Através de estudos de microscopia eletrônica e testes "in vivo" e "in vitro" procurou-se verificar as causas da sensibilidade dentinária frente à cárie ou preparo cavitário. Estímulos químicos, mecânicos e térmicos foram usados para promover a dor. Com determinados estímulos notou-se uma variação da localização do núcleo dos odontoblastos e verificou-se que a causa da dor é devida a movimentação súbita do fluido dentro dos túbulos dentinários, provocando uma alteração de pressão que pode ser medida pelos métodos descritos.

Autor do resumo: Luiz Francisco Thomazini Neves.

Unitermos: **Dentina, sensibilidade; Dor; Cárie dentária.**

BUSATO, A. L. S.; MACEDO, R. P.; PANITZ, R.,; SALVI, J.; MARCO, M. de; SARI, M.; RACHELLE, I.; BELLIAN, M.A. Clareamento de dentes escurecidos; avaliação comparativa entre duas técnicas. Rev. gaucha Odont., 34(6):479-500, nov./dez. 1986.

Analisaram-se 27 casos clínicos, utilizando-se duas técnicas diferentes. Uma das técnicas com o peróxido de hidrogênio (Peridrol) e a outra com o peróxido de hidrogênio (Peridrol) + perborato de sódio. Dos 27 casos, 4 escureceram por trauma. Dos restantes 23, 9 casos apresentaram abertura coronária incorreta, os demais (12) tiveram como causa de escurecimento ceras e cimento no interior da câmara pulpar. Dois casos escureceram em função de restaurações de cimento de silicato. A observação clínica mostrou que as duas técnicas apresentam bom resultado. A técnica do Peridrol, demora pelo menos uma sessão a mais para atingir o mesmo nível de clareamento que a técnica de a combinação Peridrol + Perborato de sódio, no entanto, o resultado final é o mesmo.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Dente, branqueamento; Peróxido de hidrogênio; Perborato de sódio.

CIPRIANO, T. M. & GARONE NETTO, N. Hidróxido de cálcio; tipos de indicação. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 47(2):100-11, mar./abr. 1987.

Ca (OH)₂ é um dos agentes de proteção do complexo dentina-polpa muito utilizado em odontologia. Porém, possui limitações em função de sua solubilidade em água e ácidos, necessitando de técnicas especiais de aplicação deste material e da própria restauração. Na aplicação sob restaurações de amálgama alguns fatores importantes devem ser analisados como a: resistência a compressão, módulo de elasticidade e espessura desta base. Portanto, o Ca (OH)₂ é um agente de proteção com propriedades biológicas, devendo ser empregado sobre a dentina ou polpa exposta.

Autor do resumo: Luis Francisco Thomazini Neves

Unitermos: Cimentos odontológicos; Hidróxido de cálcio.

CLARK, D. C.; AL-JOBURI, W.; CHAN, E. C. S. The efficacy of a new dentifrice in treating dentin sensitivity; effects of sodium citrate and sodium fluoride as active ingredients. J. Periodont. Res., 22(2):89-93, Mar. 1987.

Medição da sensibilidade dentinária através de três testes clínicos: solução saturada de sacarose, jato de ar e sensibilidade tátil para se verificar a efetividade clínica de novos dentifrícios no tratamento desta sensibilidade.

Os pacientes foram divididos em quatro grupos: dentifrício contendo sílica abrasiva precipitada, dentifrício contendo 0,2% de tampão citrato de sódio em gel plurônico com sílica abrasiva precipitada, dentifrício contendo 0,2% NaF com sílica abrasiva precipitada e dentifrício contendo 0,2% de NaF e 2% de tampão citrato.

Os resultados não demonstraram eficácia dos novos dentifrícios em relação ao grupo usando placebo.

Autor do resumo: **Renata Corrêa Pascotto.**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade.**

CONSANI, S. Infiltração dentinária nos preparos cavitários. *Rev. gaucha Odont.*, 35(5):385-7, set./out. 1987.

Para diminuir a infiltração dentinária nos preparos cavitários, foi aplicado soluções fluoretadas às estruturas dentárias.

Os produtos da reação entre fluoretos e dentina podem promover a obliteração parcial da entrada dos canalículos dentinários, principalmente quando a solução é de fluoreto estanhoso. A recomendação da aplicação das soluções de fluoreto estanhoso torna-se viável em preparos cavitários, reduzindo a permeabilidade dentinária.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Dentina, permeabilidade.

COSTA, N. O. da & VARGAS, L. T. Resistência de cimentos forradores às forças mastigatórias. Rev. gaucha Odont., 35 (2):149- 53, mar./abr. 1987.

Verificação do comportamento de bases forradoras compostas por hidróxido de cálcio (Dycal, Life, Renew) e por óxido de zinco e eugenol (Pulposan). Foram escolhidos 40 dentes de pacientes indicados para restaurações de amálgama e fez-se os forramentos de modo que cada paciente recebeu os quatro tipos de cimento forradores.

Após 3 a 4 meses as restaurações de amálgama foram removidas e os forramentos avaliados. Concluiu-se: a) cimentos a base de hidróxido de cálcio, cimentos a base de óxido de zinco e eugenol suportaram satisfatoriamente as forças de condensação do amálgama e as forças mastigatórias; b) os cimentos testados podem ser utilizados como base única em proteções pulpares indiretas, sob restaurações de amálgama.

Autor do resumo: Glauco José Bazzo

Unitermos: Cimentos odontológicos; Hidróxido de cálcio; Óxido de zinco eugenol, cimento.

COURY, T. L.; WILLER, R. O.; MIRANDA, F. J.; PROBST, R. T. Adhesiveness of glass-ionomer cement to enamel and dentin; a laboratory study. Oper. Dent., 7:2-6, 1982.

O sucesso obtido na restauração de lesões de classe V tem envolvido o preparo mecânico do dente para que ele receba o material restaurador.

Esses materiais ficam retidos na cavidade graças a retenções mecânicas que são realizadas.

Nos locais onde o dente não está envolvido pela cárie, como abrasões e erosões cervicais, o ideal seria que fossem restaurados com um mínimo de preparo mecânico, pois este exigiria desgaste de estrutura hígida.

O cimento de ionômero de vidro tem sido recomendado nesses casos pois possui aderência química ao esmalte e à dentina não sendo necessárias as retenções mecânicas feitas através do preparo cavitário e/ou do ataque ácido.

Mediu-se a aderência desse cimento ao esmalte dentário, à dentina e a ambos.

Concluiu-se que a aderência do cimento é maior ao esmalte do que à dentina e à combinação de esmalte/dentina.

Autor do resumo: Andréa Amado da Costa

Unitermos: Ionômero de vidro.

ERDOGAN, B. & ALAÇAM, T. Evaluation of a chemically polymerized pit and fissure sealant - results after 4 - 5 years. J. paediat.Dent., 3(1):11-3, Apr. 1987.

Retenção e efeito na redução de cárie de um selante de cicatrículas e fissuras quimicamente ativado aplicado em primeiros molares permanentes de crianças com 8 a 10 anos de idade. Todos os selantes foram aplicados pelo mesmo dentista depois de uma exploração e limpeza das áreas evoluídas. Os dentes foram examinados depois de seis meses, um ano e um ano e meio, quatro e cinco anos. A maior perda de selante foi observada durante os primeiros seis meses. Depois de quatro e cinco anos, 21,9% dos dentes apresentavam perda parcial do selante e 4,2% perda total. A redução de cárie foi de 51,7% no mesmo período. O selamento de cicatrículas e fissuras combinado com um regime efetivo de aplicação de flúor e com um aconselhamento da dieta e instrução de higiene oral, promovem proteção máxima à cárie dentária

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Depressão e fissuras, selantes.**

FRANCO, E. B.; CORADAZZI, J.L.; ISHIKIRIAMA, A.; SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.H. da; NAVARRO, M.F. de L. Restauração de dentes anteriores fraturados com aproveitamento do fragmento; caso clínico. Estomat. Cult., 15(4):47-50, 1985.

Restauração de um incisivo central superior fraturado, onde a porção de dentina é retirada do fragmento, possibilitando assim maior área para retenção de resina composta. O fragmento é unido ao remanescente dentário com resina composta ativada quimicamente. Após a fixação faz-se um preparo em forma de chanfrado na porção de esmalte da linha de união. Realizou-se o ataque ácido, aplicou-se o agente de união e finalmente a resina composta foto-polimerizável.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Dente, fraturas; Restauração dentária permanente.**

HARDISON, J. R.; COLLIER, D. R.; SPROUSE, L. W.; VAN
CLEARE, M.L.; HOGAN, A. D. Retention of pit and fissu-
re sealant on the primary molars of 3- and 4-year-old chil-
dren after 1 year. J. Amer. dent. Ass., 114(5):613-5, May
1987.

Determinação da retentividade do selante depois de apli-
cado em molares decíduos com cicatrículas e fissuras bem defi-
nidas.

Crianças de 4 regiões foram reexaminadas 1 ano depois da
aplicação para determinar o percentual de retenção do selante.
Os scores de retenção por região variaram de 74% a 96% com uma
média de 88,21% de retenção no total.

Concluiu-se que a aplicação de selante, por operadores
experientes, em primeiros molares decíduos tendem a apresentar
um potencial de retenção semelhante àquele esperado para den-
tes permanentes permanecendo no local por períodos comparáveis
àqueles observados nesses últimos.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Depressão e fissuras, selantes; Dente decíduo.**

HEYES, R. J.; FITZGERALD, M.; HEYS, D. R. CHARBENEAS, G.T. An evaluation of a glass ionomer luting agent; pulpal histological response. J. Amer.dent.Ass., 114(5):607-11, May 1987

Avaliou-se a resposta histológica da polpa depois da cimentação de uma coroa com cimento de ionômero de vidro e comparou-se a resposta à cimentação feita com cimento de polícarboxilato ou com cimento de fosfato de zinco mais verniz.

Não foi encontrada estatisticamente nenhuma diferença da resposta pulpar aos diferentes agentes.

Observou-se que, outros fatores que não a inflamação pulpar, contribuem para a ocorrência da hipersensibilidade associada à cimentação com ionômero de vidro. Certamente não se tem ainda certeza sobre esse fato e mais pesquisas são necessárias para esclarecer essas ocorrências.

Autor do resumo: Andréa Amado da Costa

Unitermos: Ionômero de vidro.

HINOURA, K.; MOORE, B. K.; PHILLIPS, R. W. Tensile bond strength between glass ionomer cements and composite resins J. Amer. dent. Ass., 114(2):167-72, 1987.

A técnica da restauração dupla foi desenvolvida, aproveitando características dos dois materiais restauradores: ionômero de vidro e suas propriedades de união à dentina e como agente liberador de flúor; resina composta com suas propriedades estéticas e resistência à abrasão.

A técnica se resume em colocar o ionômero de vidro na cavidade, condicionar tanto o material restaurador como o esmalte, aplicar o agente de união e restaurar com a resina compostada, comparando a resistência à união dos dois materiais restauradores, de acordo com os vários tratamentos superficiais do cimento.

Concluíram que o ataque ácido (ácido fosfórico) à superfície do cimento ionomérico antes da aplicação da resina dava resistência comparável àquela entre o ionômero e a dentina, porém uma lavagem adequada após o ataque é essencial para que a resistência da união seja satisfatória.

Autor do resumo: Hélio Hissashi Terada

Unitermos: Ionômero de vidro; Resinas Compostas; Ataque ácido dentário.

ISSAO, M. & AUDO, T. Selantes de fósulas e fissuras, método de prevenção de cáries dentárias. Enciclop. bras. odont. , 1(1):1-14, jan./abr. 1983.

Vários selantes de cicatrículas e fissuras foram estudados, realizando vários testes com relação à adesividade e à sua eficácia como meio de prevenção à cárie dentária, concluindo que: 1) os selantes à base de cianocrilatos e poliuretanos não possuem efetivamente os efeitos de retenção, assim como de prevenção à cárie dentária; 2) Os selantes do tipo Bis-GMA apresentam características positivas quanto à adesão e prevenção contra cárie; 3) A associação entre a aplicação do selante e a aplicação de soluções fluoretadas é extremamente útil em programas de prevenção à cárie, observando que os selantes devem ser aplicados antes da aplicação da solução fluoretada.

Autor do resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Depressão e fissuras, selantes; Cárie dentária.**

KIM, S. Hypersensitive teeth; desensitization of pulpar sensory nerves. J. Endod., 12(10):482-5, Oct. 1986.

Relatos dos resultados de anos de experiências eletrofisiológicas da atividade dos nervos sensoriais da polpa em a n i m a i s e humanos.

Pelo método eletrofisiológico, os animais foram anestesiados e duas cavidades dentinárias foram preparadas na superfície vestibular dos dentes, uma sobre o cornopulpar incisal e a outra na área cervical. Uma terceira cavidade foi preparada na superfície lingual para ser usada para a aplicação dos agentes químicos. Eletrodos de platina foram colocados em cada cavidade em contato com a dentina exposta e as cavidades foram preenchidas com substância salina isotônica. A aplicação de solução hipertônica de 18% de clureto de sódio foi usada como um meio de estabelecer a linha base da atividade do nervo.

Várias substâncias foram testadas, entre elas, o agente que mostrou uma redução do Sistema Nervoso Autônomo mais e f e t i v a. Isso porque um aumento da concentração extracelular de potássio presume uma despolarização da membrana da fibra nervosa, dando um aumento inicial do potencial de ação. Após a despolarização inicial, as fibras nervosas não podem se repolarizar para manter um alto nível de potássio celular e então o estado de despolarização é sustentado. Assim, durante esse estado, pouco ou nenhum potencial de ação pode ser e v o c a d o.

Autor do resumo: **Renata Corrêa Pascotto**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade.**

KIM, S. Thermal stimuli in dentinal sensitivity. Endod. dent. Traumat., 2:138-40, 1986.

A ação de estímulos térmicos sobre a sensibilidade dentinária tem duas correntes a serem consideradas: a teoria hidrodinâmica e as alterações fisiológicas da polpa. Na teoria hidrodinâmica a resposta sensorial ocorre antes que a alteração da temperatura junto a polpa-dentina. A alteração da temperatura leva a uma alteração física na dentina. Nas bases fisiológicas a temperatura se relaciona com o fluxo pulpar sanguíneo, alterando-o com sua variação, porém não de uma maneira uniforme. Com a mudança da temperatura, surge um aumento na permeabilidade dos vasos, diminuindo a resistência do transporte e do fluido com a dilatação arteriolar, ainda ocorrendo

Autor do resumo: Luiz Francisco Thomazini Neves

Unitermos: Dentina, sensibilidade.

LOPES, C.M.N.; RODRIGUES, H. H.; VONQ, R.M.G.; PELÁ, C.A.
Remoção da dentina cariada. Rev.gaucha Odont., 35(2):138-47,
mar./abr. 1987.

Em condições experimentais de pesquisa *in vitro*, propuseram-se realizar a avaliação do uso da solução de fucsina básica a 0,5% em propileno glicol, na remoção da dentina cariada, a análise histobacteriológica da dentina remanescente, após remoção da cárie com o uso da fucsina básica e estudo comparativo da pressão da remoção da dentina cariada mediante o "Sensor Digital", tendo como controle a dentina hígida do mesmo dente. Diante dos resultados obtidos conclui-se que: a solução de fucsina básica em propileno glicol serviu de guia na evidenciação da dentina cariada até a obtenção de um assoalho cavitário com características de dentina clinicamente sadia. A remoção da dentina cariada, sob lupa, até a obtenção de um assoalho cavitário clinicamente sadio, onde a fucsina não mais atuou, não assegurou a total ausência de MO na dentina remanescente. A quantificação da pressão manual de corte de dentina cariada é sugestiva de que a medida que atinge-se a dentina remanescente clinicamente sadia, ocorre maior resistência ao corte.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Dentina; Cárie dentária.

MARTINS, L. R. M.; LOVADINO, J. R.; ALMEIDA, J. W. de;
BASTOS, M. T. A. A.; NAVARRO, M. F. de L. Restaura-
ções com cimentos ionoméricos. Rev. Odont. USP., 1(2):24-
7, abr./jun. 1987.

Novos estudos clínicos ainda são necessários para a to-
tal aceitação do cimento ionomérico no meio odontológico. É
um material estético que pode ser aplicado em áreas sujeitas
a esforços mastigatórios de baixa intensidade. O cimento io-
nomérico possui adesividade à estrutura dentária, liberando
flúor para a estrutura dentária adjacente, apresentando-se bio-
compatível com a polpa.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Restauração dentária permanente; Ionômero de vidro.

NAVARRO, M. F. de L.; PISANESCHI, E.; ISHIKIRIAMA, A.; MONDELLI, J.; MARQUES, A. L. V.; GALAN JÚNIOR, J. In filtração marginal em coroas totais cimentadas com fosfato de zinco, ionômero de vidro e policarboxilato de zinco; estudo in vitro e in vivo. Estomat.Cult., 13(2):9-13, 1983.

Testes **in vivo** e **in vitro** da infiltração marginal em coroas cimentadas com cimentos de fosfato de zinco, policarboxilato de zinco e ionômero de vidro. Para os dentes **in vitro** criou-se um meio artificial que se aproximasse do meio bucal. Os dentes **in vivo** eram dentes de pacientes indicados para extração por razões periodontais.

Os resultados foram os seguintes: a microinfiltração **in vitro** maior que **in vivo**, o melhor cimento utilizado foi o de ionômero de vidro, tanto nos testes **in vitro** quanto **in vivo**.

O cimento de policarboxilato de zinco apresentou o maior índice de microinfiltração **in vivo** e **in vitro**.

Autor do resumo: Glauco José Bazzo

Unitermos: Cimentos odontológicos; Cimentação.

NAVARRO, M. F. de L.; FRANCO, E. B.; MONDELLI, J.; PEREIRA, J.C; MARTINS, L. R. M.; PINHEIRO, C. E. Remineralização de manchas brancas em esmalte. Estomat. Cult., 15(4):41-6, 1985.

Exposição de uma técnica de clareamento utilizando ácido fosfórico a 37% (somente na primeira sessão) por um minuto, aplicação de uma solução de nitrato de alumínio (em todas as sessões) por um minuto, e logo em seguida aplicação de uma solução de flúor (fluoreto estanhoso, flúor fosfato acidulado, ou fluoreto de sódio a 2%). Associado ao tratamento recomenda-se ao paciente uma higiene correta e bochechos com soluções fluoretadas para potencializar o tratamento. É um tratamento extremamente conservador, evitando a remoção de tecido dentário sadio.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Cárie dentária; Dente, remineralização; Esmalte dentário.**

PASHLEY, D. H. Dentin permeability dentin sensitivity and treatment through tubule occlusion. J.Endod., 12(10):465-74, Oct. 1986.

Observou-se que alguns procedimentos que promovem a obstrução dos túbulos dentinários produzem redução na sensibilidade. Dentre estes procedimentos, citam-se a aplicação de resinas e a aplicação tópica de sais de oxalato em áreas sensíveis. Este último método produz cristais de oxalato de cálcio os quais obstruem os túbulos promovendo uma dessensibilização imediata.

O uso do oxalato de potássio combina a ação de oclusão tubular pelos cristais de cálcio com a propriedade inibitória do potássio sobre os nervos intradentais.

Há dois mecanismos de ação dos agentes dessensibilizantes: bloqueio do movimento do fluido pela oclusão do túbulo e bloqueio da atividade do nervo pulpar pela alteração da excitabilidade dos nervos sensoriais, como é o caso do KNO₃.

Autor do resumo: Renata Corrêa Pascotto

Unitermos: Dentina, sensibilidade.

PASHELY, D. H. Sensitivity of dentin to chemical stimuli. Endodont. dent. Traumat., 2:130-7, 1986.

A sensibilidade dentinária provém de estímulos químicos causados por vários fatores relacionados com a teoria do deslocamento brusco dos fluidos dos túbulos dentinários e com a excitação de terminações nervosas. A variação da concentração do Hidrogênio influi no estímulo onde, quanto maior a concentração mais rápido o estímulo, sendo que também haverá uma diminuição da "smear layer". Outro detalhe a se considerar é que com o aumento da concentração de Ca^{+} devido a ação do H, provoca diminuição da excitabilidade. A duração do estímulo depende da solução usada do tempo e intervalo de aplicação, pois quando atingi-se um equilíbrio osmótico tem-se a diminuição do estímulo. A diferença na estimulação está de pessoa para pessoa, ou seja, cada um tem seu limiar de tolerância. As soluções que levam a excitabilidade são todas hipertônicas.

Autor do resumo: Luiz Francisco Thomazini Neves

Unitermos: Dentina, sensibilidade.

SOARES, I. J. & BITTENCOURT, A. Z. Fratura coronoradicu-
lar. Rev. gaucha Odont., 34(5):403-6, set./out. 1986.

As fraturas dentárias que envolvem esmalte, dentina, ce-
mento e por vezes a polpa ocorrem em pacientes jovens geral-
mente protusos e acometem geralmente incisivos centrais supe-
riores. O comprometimento da polpa e do periodonto agrava a
lesão. Nestes casos de fratura o tratamento desejado é o ime-
diato. Para casos de fratura coronária com extensão radicu-
lar indica-se a colagem dos fragmentos, a qual deve ser feita
após tratamento endodôntico radical ou conservador.

Apresentação de um caso onde o paciente relatou dor no
incisivo central superior o qual havia sofrido um traumatismo.
Com exame clínico observou-se que parte da coroa apresentava
mobilidade e que havia um nítido traço de fratura no sentido
inciso-cervical e vestibulo-palatal, que sangrava.

Removeu-se o fragmento menor preso ao tecido periodon-
tal sem lesão deste último. Irrigou-se promovendo limpeza e
visualização da área de exposição pulpar, seguindo-se da an-
tissepsia da região operada. Recolocou-se então o fragmento
removido para uma prova de adaptação e em seguida fez-se bize-
lamento no fragmento e no dente. Inseriu-se resina compos-
ta na câmara pulpar do dente e na interface dos 2 fragmentos,
não devendo deixar resina em contato com o ligamento periodon-
tal. Por fim tomou-se uma radiografia para um controle postê-
rior do caso.

Autor do resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Dente, fraturas.**

STEAGALL, L. & SCHARESTEN, A. Efeitos dos ácidos sobre os cimentos de hidróxido de cálcio. Rev.Ass.paul.cirug.Odont., 41 (4):194-6, jul./ago. 1987.

Comparou-se as porcentagens de solubilidade dos cimentos de hidróxido de cálcio das marcas comerciais Dycal, Life e Renew em ácido fosfórico (solução e gel) e em ácido cítrico (solução).

Verificou-se que os cimentos citados apresentam diferentes solubilidades nos ácidos empregados: o Renew foi o que apresentou maior índice de solubilidade na solução de ácido fosfórico a 37% seguido pelo Dycal e Life; o Dycal foi o que mais se solubilizou na solução de ácido cítrico a 50% e no gel de ácido fosfórico seguido pelo Renew e Life.

O cimento de hidróxido de cálcio da marca Life foi o que menos se solubilizou nos ácidos empregados.

Autor do resumo: Renata Corrêa Pascotto

Unitermos: Hidróxido de cálcio.

ARAÚJO, R. M.; SILVA FILHO, F.P.M.; MENDES, A. J. D. Verificação da dureza de gessos em função da compatibilidade com materiais à base de borracha. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent. , 41(3):178-83, maio/jun. 1987.

Estudou-se a influência dos polissulfetos e siliconas de 3 tipos de materiais de moldagem (Permlastic, Provil e Xantopren) na dureza dos gessos-pedra ou tipo III e pedra melhorado ou tipo IV. Como parâmetro para comparação foi utilizado o gesso tomando presa em contato com uma superfície de vidro.

Os resultados demonstram a maior dureza de gesso - pedra melhorado em relação ao gesso pedra tipo III, maior redução na dureza do gesso-pedra quando toma presa em contato com o Permlastic ou Provil, maior redução na dureza do gesso-pedra melhorado quando toma presa em contato com o Xantopren. Os gessos que tomam presa em contato com materiais de moldagem em relação aos que permanecem, em contato com o vidro durante a presa apresentam menor dureza.

Foi verificado que a compatibilidade relativa dos gessos com os materiais de moldagem pode comprometer, as qualidades da superfície, do modelo através de reações indesejáveis entre os componentes dos materiais moldadores e o gesso.

Autor do resumo: Renata Corrêa Pascotto

Unitermos: Moldagem odontológica, materiais.

HARDIE, J. Dentists attitudes towards aids. J. Canad. dent. Ass., 11(11):820-5, 1987.

A maioria dos dentistas desconhecendo algumas doenças, trabalham sem precauções, preocupando-se apenas com a parte dentária, ignorando o diagnóstico e sintomas de determinadas enfermidades.

Os resultados colhidos através de questionário distribuído para dentistas de Ottawa, revelou que a grande maioria não está apta a diagnosticar, indicar tratamento e simplesmente tratar de pessoas com a síndrome.

O objetivo é montar um programa de educação para que os pacientes com AIDS e outras enfermidades também sejam tratados e corretamente manuseados.

Autor do resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Síndrome da imunodeficiência adquirida.**

PINHEIRO, C. E. Algumas reflexões sobre a etiologia da cárie dentária. Estomat. Cult., 13 (2):70-5, 1983.

Discussão da etiologia da cárie sobre 3 fatores: susceptibilidade do dente, placa bacteriana e dieta.

A susceptibilidade do dente é o fator predisponente que condiciona o aparecimento de cárie. Os microorganismos são os fatores desencadeadores da cárie e a dieta é o fator que atua modificando o equilíbrio do sistema dente-placa aumentando a agressividade dos microorganismos e/ou aumentando a susceptibilidade dos dentes.

Recomenda-se escovação e redução do consumo de alimentos a base de sacarose para evitar ou diminuir o aparecimento de cárie.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Cárie dentária.**

SAKATA, N. Y. & CURY, V. A. Absorção de flúor. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 41(1):57-9, jan./fev. 1987.

A relação entre a concentração de íon flúor no plasma sangüíneo e nefrotoxicidade foi estudada em adultos após a aplicação tópica do elemento em gel em 4 voluntários, 3 dos quais cuspiram o excesso de gel retido na cavidade bucal após a aplicação, enquanto que o 4º o ingeriu. O material utilizado foi o Fluoreto em gel comercializado no país, com 1,3% de flúor e pH 3,5. Para a análise de flúor utilizou-se um potenciômetro digital ORION 710A, eletrodo de flúor 94-90 e eletrodo de referência da mesma firma.

O pico de íon flúor no plasma ocorreu 30 à 60 minutos após a aplicação nos voluntários que cuspiram o excesso de gel, atingindo um valor médio não nefrotóxico de 330,0 Ng/ml. Quando o gel foi ingerido, causou náuseas e mal-estar e a concentração de flúor no plasma 2 horas após de 2.180,0 Ng/ml, caracterizando-se uma nefrotoxicidade pelas alterações de sódio, uréia e creatinina no soro e urina.

Autor do resumo: Carlos A. Carvalho Pires

Unitermos: Flúor.

VECCHI, R. D. C. & FRANKEN, R. A. Hipertensão arterial no idoso. Cienc. Méd., 4(1):37-9, out. 1986.

Hipertensão arterial foi definida, como um nível de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 160 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 95 mmHG em indivíduos com idade superior a 65 anos. Era comum entre os ocidentais considerar como alteração normal o aumento isolado do PAS. Porém hoje se sabe que aumentos isolados da PAS favorecem o aparecimento de danos ao sistema vascular semelhante à aqueles provocados pelo aumento da PAD.

Estão implicadas no gênese da hipertensão arterial do idoso as alterações anatômicas da aorta e dos grandes vasos e diminuição da complacência vascular, mudanças estruturais dos receptores aórticos e carótidos, degeneração das artenólas com aumento da resistência periférica e alterações da função renal incapaz de assimilar sobrecargas salinas.

A terapêutica proposta é escalonada, com mudança de hábitos de higiene de vida, seguida do uso de drogas.

Autor do resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Hipertensão.

BOSCO, A. F.; MILANEZI, L. A.; D'ANTONIO, G. M.; LANZA, I.
Esterilização e desinfecção de agulhas para uso odontológico .
Odont. mod., . 14(7):22-6, ago. 1987.

Comparação e discriminação de alguns métodos de esterilização e desinfecção das agulhas para uso odontológico. Agulhas gengival 30G, Mizzy e hipodérmicas foram submetidas, após contaminação, a esterilização e desinfecção pelos métodos: calor úmido, calor seco e agentes químicos. Os resultados demonstraram que os métodos físico são altamente eficazes quando comparados aos agentes químicos, e que persiste a idéia da inviabilidade da reutilização das agulhas para anestesia na prática rotineira da odontologia.

Autor do resumo: Denise da Costa Boamorte

Unitermos: Agulhas, esterilização.

COSTA, I. M. Patogenia das halitoses. Odont. mod. 14(6): 6-16, jul. 1987.

Existem duas possibilidades de ocorrência de halitoses: as que derivam de alterações na cavidade bucal ou nas vias aéreas superiores ou seios, e os casos em que o ar já traz do pulmão os elementos com odor desagradável.

As halitoses originadas da cavidade bucal ou vias aéreas superiores são chamadas secundárias e podem ocorrer por variações fisiológicas e processos adaptivos ou causas patológicas. As halitoses decorrentes do ar vindo do pulmão são classificadas em primárias e possuem as mesmas variações de causas.

São indicados tratamentos para qualquer que seja a causa da halitose, sendo que os mais usados são a escovação da língua e o uso de balas ou pastilhas que encubram o odor desagradável.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Halitose.**

BERBERT, A. & BRAMANTE, C. M. Tratamentos endodônticos de urgência. Rev. bras. Odont., 33(4):258-71, jul./ago. 1976

Tratamentos endodônticos de urgência são aqueles aplicados imediatamente para evitar agravamentos iminentes ou para dominar dor ou infecção aguda, decorrentes de lesões pulpares ou perirradiculares.

As lesões conseqüentes de traumatismos mecânicos, as pulpites e parendodontopatias agudas ou agudizadas são as entidades que geralmente necessitam deste tratamento.

Situações que necessitam deste tratamento: 1) Casos de dor: dores que surgem após o tratamento endodôntico; após proteções pulpares indiretas ou diretas. Casos de polpa viva inflamada reversivelmente; inflamada em fase irreversível; necrosada; pericementite aguda. Em cada caso a conduta a ser tomada será específica. 2) Casos de infecção: abscesso dentoalveolar agudo e suas diversas manifestações. 3) Traumatismos mecânicos acidentais: são os que mais requerem este tratamento devido a freqüência com que ocorrem: fraturas dentárias (coronárias, radiculares e/ou as duas); luxações e avulsões dentárias.

Autor do resumo: Erica Ferrazzoli Devienne

Unitermos: Endodontia; Dor.

BERBERT, A.; ROCHA, M. J. de C.; MORAES, I. G.; BRAMANTE, C. M. Infiltração marginal e constância do limite apical da obturação de canais radiculares, em função das técnicas de Schilder e de McSpadden, com ou sem cimento. Estomat. Cult., 16(4):48-53, out./dez. 1986

A percolação apical, ou seja, trocas de exsudato, plasma, sangue e toxinas bacterianas entre o canal radicular e os tecidos paraendodônticos após intervenção endodôntica é a maior causa de fracasso desse tratamento.

A saúde dos tecidos paraendodônticos depende da hermeticidade da obturação dos canais radiculares e seu confinamento exclusivo ao canal dentinário, com 1mm de distância a quem do forame apical.

Através do preparo biomecânico dos canais radiculares de 25 incisivos centrais superiores sob técnicas e materiais diferentes, mediu-se a infiltração do corante azul de metileno no qual foram imersos.

Concluiu-se que o uso do cimento obturador reduziu significativamente a extensão da infiltração diminuindo a penetração do azul de metileno sem haver no entanto grandes diferenças entre as técnicas operatórias.

Autor do resumo: Patricia Orsi Dutra

Unitermos: Endodontia.

BRAITT, A. H. Condensação lateral versus técnica de Mc Spaden: avaliação da infiltração marginal apical "in vitro". Rev gaucha Odont., 35(6):437-9, nov./dez. 1987.

Análise "in vitro" da infiltração marginal apical em 20 incisivos superiores recém-extraídos e armazenados em soro fisiológico, instrumentados pela técnica telescópica e obturados pela Técnica de Condensação Lateral e pela Técnica de Mc Spaden. Os resultados evidenciaram que não houve diferença significativa no nível de infiltração marginal apical "in vitro" pelo azul de metileno a 2% entre os grupos testados. A pasta Sealapex da Kerr mostrou-se compatível ao vedamento apical quando usada como material selador auxiliar da guta percha.

Autor do resumo: Denise da Costa Boamorte

Unitermos: Endodontia.

JENSEN, M. E. & DOERING, J. V. A comparative study of two clinical techniques for treatment of root surface hypersensitivity. Gen. Dent., 35(2):128-32, Mar./Apr. 1987.

Utilizou-se o fluoreto de sódio e o cloreto de estrôncio com um agente de união dentinária fotopolimerizável (Scotchbond) como métodos de tratamento da sensibilidade dentinária radicular.

A sensibilidade foi observada imediatamente após o tratamento, três e seis meses após.

Os resultados demonstraram que o tratamento da hipersensibilidade da superfície radicular com o adesivo dentinário é superior ao tratamento com a solução fluoreto de sódio/cloreto de estrôncio. A aplicação do adesivo eliminou toda a sensibilidade em 89% das superfícies extremamente sensíveis e 97% em superfícies com sensibilidade moderada. O tratamento com fluoreto eliminou a sensibilidade em apenas 12% dos dentes com sensibilidade moderada. O efeito do fluoreto não foi notado em dentes extremamente sensíveis.

Autor do resumo: Renata Corrêa Pascotto

Unitermos: Hipersensibilidade.

KAHAPKA, J. A. & COLUCCI, S. V. Clinical evaluation of dentinal hypersensitivity; a comparison of methods. Endod. dent. Traumat., 2:157-64, 1986.

Avaliação do melhor método (elétrico ou térmico) para aplicar e avaliar clinicamente a hipersensibilidade dentinária.

Tentou-se os dois métodos com aparelhos, o primeiro um estimulador com pressão mecânica onde eram notados os resultados em milímetros. Já o outro, um estimulador termo-elétrico com variações entre o quente e frio.

Utilizou-se o método elétrico e o do jato de ar verificando um aumento da voltagem para o decréscimo da dor e uma diminuição da dor com o estímulo do jato de ar.

A variação do estímulo pode ser ou natural, sendo que o método elétrico atua diretamente no nervo e o jato de ar (natural) no fluxo do fluido dentinário, agindo depois no nervo.

Autor do resumo: Luiz Francisco Thomazini Neves.

Unitermos: Dentina, sensibilidade.

MORAES, S. H.; MARTINEZ, D.; ARAGÃO, E. M. de; HECK, A.
A infiltração apical do cimento Sealapex comparado ao Endo-
fill na técnica de Mc Spadden. Rev. bras. Odont., 44(3): 36-
40, maio/jun. 1987.

Avaliou-se "in vitro" a capacidade seladora do cimen-
to Sealapex comparado ao Endofill, utilizando a técnica de
Mc Spadden (guta-percha termoplastificada). O Sealapex é um
cimento à base de hidróxido de cálcio introduzido recentemen-
te pela Kerr. O Endofill é um cimento à base de óxido de zin-
co e eugenol. Trinta incisivos superiores foram divididos em
3 grupos: Grupo I = obturação com gutta-percha sem cimento,
Grupo II = gutta-percha e Sealapex; Grupo III = gutta-percha e
Endofill. Usando o azul de metileno foram obtidos os resulta-
dos, não houve diferença estatisticamente significativa entre
os cimentos Sealapex e Endofill na infiltração apical quando
associados à técnica da gutta-percha termoplastificada; houve
acentuada infiltração apical quando o canal foi obturado sem
cimento (Grupo I) com diferença significativa entre os Grupos
II e III.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Cimentos odontológicos; Canal radicular, obturação.

SIMÕES FILHO, A. P.; ESBERARD, R. M.; LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M.; BONETTI FILHO, I. Ultra-som em endodontia. Rev. gaucha Odont., 35(4):297-300, jul./ago. 1987.

O uso do ultrassom em endodontia oferece um sinergismo de limpeza química e mecânica do canal radicular num espaço de tempo operatório bem reduzido. Foi utilizado o Cavi-Endo e o Profi-Endo durante um ano. A técnica da instrumentação ultrassônica funciona como um ótimo complemento da instrumentação convencional e não deve ser considerado no sentido de substituí-la. Algumas vantagens e desvantagens do ultra-som:

Vantagens: melhor limpeza dos canais radiculares; redução no tempo de preparo biomecânico; melhor obturação dos canais radiculares; maior desgaste nas paredes dentinárias; redução da fadiga do operador; irrigação contínua e abundante; instrumentos menores fazem a função de instrumentos manuais maiores; remoção de pinos intra-radiculares; remoção de cones de prata e instrumentos fraturados presos.

Desvantagens: necessidade de um período de treinamento prévio em dentes extraídos e troquéis; possibilidade de detritos serem empurrados para o ápice e periápice; fluxo pobre em canais curvos; não abre espaço em profundidade, apenas em lateralidade; fratura de instrumentos, custo relativamente alto e manutenção especializada.

Autor do resumo: Erica Ferrazzoli Devienne

Unitermos: Endodontia; Ultra-som.

VILLELA, L. C.; ARAÚJO, M. A. J. de; CARVALHO, J.R.F. de; D'AZEVEDI, M.T.F. S.; DE LACIO, G. C. Clareamento de dentes. Rev. gaucha Odont., 34(6):487-8, nov./dez. 1986.

A principal causa de alteração de cor em dentes despolpados pode ser a hemorragia seguida de degeneração pulpar. Falhas no tratamento endodôntico também levam à alteração de cor. É muito importante saber a causa do escurecimento e realizar o clareamento o mais rápido possível para se obter bons resultados.

Selecionou-se um paciente com incisivo lateral escurecido (falha no tratamento endodôntico) e empregou-se a técnica BT - clarident: remoção da restauração, tecido necrótico e cariado. Sobre material restaurador da região cervical há a colocação de cimento de fosfato de zinco (impede que o O₂ liberado da reação da pasta BT - clarident atinja o periápice levando a uma pericementite). Limpeza da câmara com solução BTC-1, secagem, colocação de pasta clareadora. Deixa-se o espaço para colocar bolinhas de algodão e restauração provisória. Após 5 dias os resultados são excelentes mas há necessidade de mais 2 seções. Após a 3ª seção realiza-se a restauração [limpeza da câmara com BTC-1, secagem e passagem de BTC-4 (veda canalículos e região interprismática)]. Em seguida coloca-se cimento de silicato, realiza-se ataque ácido no esmalte e usa-se então, resina fluida e composta.

Após 1 ano os resultados obtidos foram ótimos.

Autor do resumo: Erica Ferrazzoli Devienne

Unitermos: Dente, branqueamento.

CRAIG, S. & DAVIDSON, L. The use of the periodontal ligament injection in children. J. Dent., 15(5): 204-8, Sept./Oct. 1987.

Apresentação de uma técnica anestésica como opção ao bloqueio do nervo alveolar inferior, para restauração de molares inferiores uma vez que esta última não é muito apreciada pelos pacientes nem pelo profissional.

Vinte e cinco (86,2%) das crianças que tiveram experiência com o bloqueio inferior disseram preferir a técnica infiltrativa no ligamento periodontal. Apenas 8% dos pacientes relataram desconforto depois do procedimento restaurador e da técnica infiltrativa. Não foi necessária, no entanto, qualquer intervenção terapêutica.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Anestesia dentária; Odontopediatria.**

KUSTER, C. G. & REKES, G. Frequency of inadequate local anaesthesia in child patients. J. paediat. Dent., 3(1):7-9, Apr. 1987.

Analisou-se 4.134 infiltrações em crianças de 3 a 13 anos de idade, onde obteve-se que 12,8% das infiltrações não promovem uma anestesia adequada; a infiltração que falha com mais freqüência é o bloqueio do nervo alveolar inferior com 23,9% das falhas e a técnica infiltrativa para molares superiores falha em 12,5%.

Das meninas, 14,3% precisam de uma segunda incisão para se conseguir uma anestesia profunda; meninos 11,3%, as crianças com 6 anos 16,7% e 3 anos, 4,5% dos casos. A anestesia feita por estudantes de odontologia pode ter interferido nos resultados.

Os resultados foram compatíveis com experiências anteriores estando o maior número de falhas relacionadas ao bloqueio do nervo alveolar inferior. A variação anatômica, técnica inadequada e inervação acessória do dente são fatores que podem explicar esse fato. Várias modificações a essa técnica têm sido feitas em adultos não tendo sido ainda testadas em crianças.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Anestesia dentária; Odontopediatria.**

ZIBERMAN, Y.; FUKS, A.; BRIN, I.; BASSAT, Y. B.; LUSTMAN, J. Effect of trauma to primary incisors on root development of their permanent successors. *Pediat. Dent.*, 8(4):289-93, Dec. 1986.

Avaliação de radiografias de 34 crianças que tiveram seus incisivos decíduos injuriados. Somente 6 crianças mostraram distúrbios de desenvolvimento nas raízes dos incisivos superiores permanentes e em três casos foi evidente o desenvolvimento de patologias na dentição permanente. Concluiu-se que há necessidade de exames periódicos clínicos e radiográficos após a ocorrência de traumas de tal forma que as possíveis patologias ou distúrbios de desenvolvimento que possam surgir, sejam precocemente detectados e controlados.

Autor do resumo: Denise da Costa Boamorte

Unitermos: Dente decíduo; Dente, anormalidades.

ALLARD, W. F. A importância das luvas de borracha; redução de transmissão de doenças infecciosas em odontologia. Estomat. Cult., 15(2):29-33, 1985.

Prevenção das doenças bucais dos pacientes pelo uso de luvas de borracha. Relato de testes feitos provando a impermeabilidade das luvas de borracha as quais protegem de maneira eficaz a transmissão de agentes etiológicos de várias doenças provenientes do sangue ou saliva do paciente, os quais poderiam penetrar por cortes ou arranhões microscópicos na mão ou ao redor da unha. Quanto à perda de tato com o uso de luvas, relata-se que isto depende do hábito. Quanto a higiene, recomenda-se o uso de luvas esterilizadas ou desinfetadas para que não haja transmissão de agentes etiológicos de doenças do cirurgião dentista para o paciente.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Luvas cirúrgicas.**

MAZZEO, A. C. Influência do cacau e do leite na incidência de cárie em ratos. Estomat. Cult., 15(4):1-4, 1985.

Verificou-se através de grupos de ratos submetidos a diferentes dietas, o efeito anti-cariogênico do cacau e do leite. O cacau diminuiu o score de cáries tanto em dentina quanto em esmalte. Em relação ao leite este diminuiu o score de cárie em esmalte e aumenta o score de cárie em dentina.

O poder anticariogênico do cacau seria proveniente da inibição da fermentação e produção de polissacarídeos extracelulares pelos microorganismos da placa dental. Quanto ao leite, que teria um poder tampão evitando a formação de cárie pela inativação dos ácidos liberados pelos M.O.* da placa dental. Recomenda-se o consumo de chocolate na alimentação e a substituição do açúcar por um outro agente adoçante não cariogênico.

* M.O. - microorganismos

Autor do resumo: Glauco José Bazzo

Unitermos: Cárie dentária; Odontologia preventiva.

ROLDI, C. R. & CURY, J. A. Metabolismo do flúor após a ingestão de dentifrícios. Rev. gaucha Odont., 34(4):425-7, set./out. 1986.

Utilização de cremes dentais com enfoque para o metabolismo de flúor através da análise comparativa das curvas de absorção plasmática e salivar de íon flúor e sua excreção urinária. Três voluntários de 10-30 anos ingeriram 6g de pasta de dente suspensa em água destilada. Coletou-se sangue e saliva mista após a ingestão. Colheu-se a urina 24 horas antes e depois da ingestão. Observou-se que os agentes abrasivos presentes nos dentifrícios interferem na absorção gastrointestinal do flúor, diminuindo-a. Com a ingestão da pasta dental durante 3 escovações diárias poderá ocorrer a absorção de uma quantidade de flúor recomendada pelos métodos sistêmicos de administração.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Flúor; Dentrífícios.

SAKATA, N. Y. & CURY, J. A. Absorção de flúor; "absorção de fluor e nefrotoxicidade após a aplicação tópica de gel". Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 41(1): 57-9, 1987.

Observou-se a relação entre concentração de íon flúor no plasma sanguíneo e nefrotoxicidade. Utilizou-se quatro voluntários adultos que receberam aplicação tópica de flúor em gel.

A três dos voluntários foi pedido que cuspissem o excesso de gel que ficou na boca depois da aplicação. Pediu-se ao quarto voluntário que engolisse esse excesso.

Constatou-se uma nefrotoxicidade pelas alterações de sódio, uréia e creatinina no soro e na urina além de náuseas e mal-estar, no voluntário que ingeriu o excesso de gel. Nos outros três, a concentração de flúor no plasma sanguíneo atingiu um valor médio não nefrotóxico.

Concluiu-se que o cirurgião-dentista deve estar alerta para a necessidade do paciente cuspir todo o excesso de gel que fique retido na boca depois da aplicação na moldeira com o flúor.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Flúor.**

SILVA, M. F. A. de **Flúor; existem razões para controvérsias ?**
Rev. gaucha Odont., 35(3):195-8, maio/jun. 1987.

Ativistas anti-flúor, em estudos recentes, questionaram que uma série de perguntas sobre a efetiva segurança deste halogênio não foram respondidas. Acreditam que o procedimento de fluoretação da água de abastecimento público esteja relacionado a doenças capazes de provocar alarme e medo na comunidade não científica. Esta relação no entanto não foi confirmada por organizações governamentais ou pesquisadores individuais. Assim sendo, não existem evidências de que a fluoretação aumente ou diminua a incidência de câncer ou qualquer outra doença, exceto a cárie dental.

Há ainda uma abordagem sobre a utilização do flúor e os cuidados que devem ser tomados com o mesmo: a intoxicação crônica pelo flúor (fluorose dental).

Autor do resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Flúor; Fluoretação; Cárie dentária.**

PERA, R. V. & MORAES, N. Efeito da perda prematura de molares decíduos sobre a oclusão, medido pelo Índice TPI de Grainger. Estomat. Cult., 16(3):3-8, jul./set. 1986.

Estudou-se 123 pacientes que sofreram extrações prematuras de primeiros e segundos molares decíduos. Examinou-se quanto à condição de oclusão por meio do TPI de Grainger.

Entre os resultados obtidos não houve diferença significativa entre sexos nos efeitos da perda prematura de molares decíduos. Não se verificou correlação ou associação entre a época em que foi realizada a extração e a maior severidade da má oclusão medida pelo índice TPI. Extrações prematuras em ambos os arcos produzem efeitos mais danosos do que quando ocorridas em apenas um dos arcos dentários. O primeiro molar perdido prematuramente produziu efeitos menos danosos que a perda do segundo molar decíduo.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Molar; Oclusão dentária.

PINZAN, A. & ALMEIDA, R. R. Extrações seriadas; uma questão de ponto de vista. *Ortodontia*, 18:40-9, 1985.

A simplificação do tratamento ortodôntico como um todo, implica em redução do custo final deste, procedimento importante principalmente quando direcionado à população de baixa renda.

A implantação de programa extensivo de extrações seriadas apresenta-se como meio eficiente para se atingir tal objetivo. A análise de um caso clínico de paciente jovem submetido ao programa, com relação molar de classe I, com falta de espaços, para os dentes permanentes anteriores, superiores e inferiores, mostrou as vantagens do procedimento com reabilitação estética, mastigatória, da deglutição e autóclise do paciente. Outras vantagens relacionadas ao programa são o realinhamento dos dentes, prevenção de cáries interproximais e aumento da longevidade dos dentes e estruturas periodontais.

Autor do resumo: Carlos A. Carvalho Pires

Unitermos: Dente, extração; Ortodontia.

VALK, J. W. P. & DAVIDSON, C. L. The relevance of controlled fluoride release with bonded orthodontic appliances. *J. Dent.*, 15:157-60, 1987.

Para a investigação dos efeitos inibitórios do flúor em adesivos no esmalte desmineralizados "in vitro", com brackets ortodônticos.

Foram utilizados esmalte, cimento de ionômero de vidro e BISGMA - adesivo. Os "brackets" de metal foram colocados no esmalte intacto e atacado com ácido, após o que um número de amostras receberam uma aplicação de flúor acidificado. Cada amostra sofreu um tratamento de desmineralização "in vitro", e subsequentemente foram seccionados e microscopicamente investigados quanto a formação de cáries artificiais.

Nas amostras foi observado que quando se utilizou o cimento de ionômero de vidro houve uma substancial proteção do esmalte adjacente ao "bracket". O efeito oposto foi observado com o adesivo a base de BISGMA. Cáries artificiais desenvolveram não só no esmalte adjacente, mas também, sob o material adesivo. Aplicação tópica do flúor não afetou significativamente os resultados.

Autor do resumo: Marcia Yuri Kawauchi

Unitermos: Ortodontia, aparelhos; Adesivos; Flúor.

SILVA FILHO, O. G.; OLIVEIRA, E. A.; CAPELOZZA FILHO, L.;
Avaliação das alterações dentárias e esqueléticas ocorridas na
dentadura mista após o uso do expansor fixo tipo quadri-helice.
Ortodontia, 18(2):23-35, jul./dez. 1985.

Avaliação do efeito da expansão do arco superior através do uso do aparelho quadri-helice em 33 crianças, sendo 24 do sexo feminino e 9 do masculino.

O aumento das dimensões transversais foi suficiente para corrigir a mordida cruzada posterior em 3 meses. Foi feita uma contenção posterior ao descruzamento durante 2 meses.

O efeito ortodôntico do tratamento foi verificado pela inclinação vestibular das coroas dos dentes posteriores e o efeito ortopédico foi constatado pela abertura da sutura palatina mediana.

Autor do resumo: **Andréa Amado da Costa**

Unitermos: **Má oclusão; Ortodontia corretiva.**

SOUZA, I. P. R. de & WILHELM, R. S. Mordida cruzada e sua precoce repercussão gengival. Rev. gaucha Odont., 35(2):101-6, mar./abr. 1987.

Estabeleceu-se a prevalência de gengiva normal, gengivite e gengiva retraída em 539 crianças entre 6 e 12 anos de idade, de ambos os sexos, portadores de mordida cruzada anterior, posterior unilateral e posterior bilateral. Analisou-se também o estado gengival nos diversos tipos de mordida cruzada, segundo o sexo do paciente. Por último, observou-se que a ocorrência de patologia na gengiva (gengivite, gengiva retraída) dependia do tipo de mordida cruzada. Diante dos resultados obtidos, concluiu-se que o estado da gengiva se apresenta de forma semelhante quanto à sua distribuição, predominando gengiva normal, seguindo-se a gengivite e, por último, a gengiva retraída. O estado gengival nos diversos tipos de mordida cruzada independe do sexo do paciente bem como a anormalidade na gengiva independe do tipo de mordida cruzada.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Ortodontia corretiva; Gengivite.

CHAVES FILHO, E.S.; CAFFESSE, R.G.; SCHMIDT, E. F. Bases biológicas para o tratamento dos envoltimentos de furca. Rev. gaucha Odont., 35(5): 351-6, set/out. 1987.

A base para o tratamento da lesão periodontal na área de furca abrange a progressão e a atividade da doença periodontal. A completa resolução do processo inflamatório e a eliminação total da flora bacteriana presente na bolsa periodontal parece ser difícil de ser atingida, no entanto tem sido demonstrado que níveis de inserção podem ser mantidos e dentes preservados em um estado de conforto e função para o paciente por longos períodos de tempo quando a ruptura da flora bacteriana se faz periodicamente. Além da anatomia radicular dos dentes multirradiculares, a qual é de fundamental importância para o sucesso do tratamento periodontal, levar em conta projeções e pérolas de esmalte. O diagnóstico clínico classifica as lesões de furca em graus I, II e III em ordem crescente de severidade e agrange o exame clínico e radiográfico. Os estudos longitudinais da terapiaperiodontal, mostram que os tipos de tratamentos mais radicais os quais foram tradicionalmente usados não apresentam nenhuma vantagem comparados a uma terapia conservadora, que é mais indicada e na maioria dos casos é o tratamento definitivo. Desta forma, dentes multirradiculares com perda de inserção na área do furca não precisam necessariamente ser extraídos ou sofrer tratamento radical irreversível.

Autor do resumo: Érica Ferrozoli Devienne

Unitermos: Periodontia, doenças.

FERNANDES, M. I. & OPPELMANN, R. V. Avaliação das condições de higiene oral e gengival nas diferentes fases do tratamento periodontal. Rev.bras. Odont., 44(3):29-35, maio/ jun. 1987.

Para avaliar as condições de higiene oral e gengival durante as fases de tratamento periodontal foram utilizados 18 pacientes com idade média de 42 anos submetidos ao seguinte tratamento: exame inicial, controle de placa supragengival, controle de placa subgengival, raspagem, exame pós-raspagem subgengival, nova raspagem subgengival e se necessário cirurgia periodontal, exame controle, exame manutenção, por um período de acompanhamento de 28 meses.

Para avaliar o estado periodontal utilizaram-se os índices de placas, de sangramento e gengival, profundidade de bolsa a sondagem e perda de inserção.

Os índices mais altos foram observados nas áreas que apresentavam necessidade de acesso cirúrgico. Porém, após a realização das cirurgias e controle de higiene oral, estas áreas tiveram seus índices iguais aos das outras áreas e todos diminuíram de forma satisfatória.

Autor do resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Higiene oral; Periodontia; Gengiva.

MEFFERT, R. M.; THOMAS, J. R.; HAMILTON, K. M.; BROWNSTEIN, C.N. Hydroxyapatite as an alloplastic graft in the treatment of human peridontal osseous defects. J. Periodont., 56(2):63-73, Jan. 1985.

Utilizando materiais aloplásticos para enxertos tentando regenerar perdas ósseas da doença periodontal. O sistema de fosfato de cálcio (HA), tem sido alvo de muitas pesquisas pois deriva do próprio sistema a que se destina.

Doze pacientes que apresentavam defeitos ósseos ósseos-verticais avançados - analisados clínica e radiograficamente - foram submetidos ao enxerto com HA. As lojas foram abertas e removido o tecido de granulação o osso foi exposto, debridado e o material inserido com um instrumento de plástico. O material apresenta-se em formato de partículas, já esterilizadas, sendo colocado até preencher o defeito, ao nível da crista óssea remanescente.

A resposta tecionar após 9 meses foi excelente e sugeriu que o defeito foi eliminado. O espaço entre o dente e a área onde o material foi enxertado é que era uma discussão maior já que em muitos casos foi observada anquilose e em outros não tivemos a reinserção das fibras.

Autor do resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Periodontia, doenças; Hidroxiapatita.**

NOVAES JÚNIOR, A.B. & NOVAES, A.B. Espaços medulares na área receptora de enxertos gengivais livres. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 41(2):78-84, mar./abr. 1987.

Realizou-se em quatro cães adultos enxertos gengivais livres diretamente sobre o osso cortical exposto e previamente perfurado para que os espaços medulares se comunicassem com os enxertos.

Os animais foram sacrificados após 36 horas 1, 2 e 4 semanas e observou-se a seqüência de cicatrização através de análise histológica. Sugere-se que o tecido recém-formado é necessário para nutrir e fixar o enxerto ao osso origina-se do endóstio e do ligamento periodontal. Dos espaços medulares expostos, surge a nova vascularização e o tecido de granulação é responsável pela circulação plasmática inicial e posterior formação do novo e fibrótico perióstio o qual liga firmemente o enxerto ao osso.

Deve ser dada uma atenção especial ao exame que pode antecipar a existência de septos ósseos extremamente delgados que não seriam apropriados a técnica de exposição óssea pois correm o risco de uma reabsorção permanente.

Autor do resumo: **Renata Corrêa Pascotto**

Unitermos: **Gengiva.**

PASSANEZI, E.; CAMPOS JÚNIOR, A; NAHÁS, D; JANSON, W. A Princípios periodontais de Kramer para aumento da coroa clínica de molares mandibulares isolados. Estomat. Cult., 16(3): 43-7, jul./set. 1 986.

Apresenta-se uma técnica proposta por Kramer para aumento da coroa clínica dos dentes, com maior exposição extra-alveolar, sendo uma técnica alternativa à técnica convencional. O procedimento foi realizado em molar inferior.

Após exame inicial, são demarcadas as incisões para a realização das cunhas por M e D, e incisões relaxantes, paralelas e verticais nos ângulos vestibulo-proximais e línguo-proximais. Após a confecção dos retalhos, são feitas a osteotomia e osteoplastia, acabamento, sutura e instituído o acompanhamento pós-operatório. Através desta técnica, as duas incisões verticais paralelas, por V e L, permitem ótimo acesso ao tecido ósseo, facilitando a sutura e permitindo o reposicionamento apical pela ancoragem lateral na sutura do retalho.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Molar; Coroas; Prótese dentária.

PICK, R. M., PEGARO, B. C.; SILBERMAN, C. J.. The laser gingivectomy; the use of the CO₂ laser for the removal of phenytoin hyperplasia. J. Periodont., 56(8):492-6, Ago. 1985.

A nova técnica para remoção da hiperplasia dilatínica usando o laser cirúrgico de dióxido de carbono é apresentada, assim como são enfatizados o laser físico e os usos atuais do laser CO₂ em odontologia.

Relatou-se 12 casos de pacientes com a hiperplasia que foi removida através da gengivectomia a laser CO₂. As vantagens do procedimento compreendem a ausência de hemorragia, esterilização da área cirúrgica, nenhum contato cirúrgico necessário, rápida cicatrização, mínimo desconformo pós-operatório e pouco tempo gasto com o procedimento.

Basicamente 4 tipos de laser têm sido desenvolvidos para aplicações médicas: CO₂, Neodymirin/4AG, argon e rubi.

A maior desvantagem do laser CO₂ é a necessidade de hospitalização do paciente e o custo do equipamento. Atualmente os aparelhos estão limitados ao uso hospitalar, impróprio para um consultório. De acordo com a situação do paciente a operação pode ser feita apenas com um sedativo intravenoso associado a uma anestesia local sem correr o risco da anestesia geral.

Autor do resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Gengivectomia; Lasers.**

FELTRIN, P. P.; ZANETTI, A.; MARCUCCI, G.; ARAÚJO, V. C.
Prótese total mucos-suportada. I - lesões da mucosa bucal.
Rev. Ass. paul. cirug. Dent., 41(3):150-9, maio/jun. 1987.

Uma variada gama de lesões da mucosa bucal pode aparecer em associação ao uso das próteses totais mucos-suportadas (PTMS).

Para analisar as condições da mucosa bucal em portadores de PTMS, foram examinados 100 pacientes. Destes, 93 apresentavam uma ou mais lesões somando um total de 118 lesões, sendo que o maior número de lesões ocorreu na faixa etária de 40 a 50 anos.

A lesão mais freqüente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória somando-se 31,4% do total, seguida em ordem decrescente pela estomatite por prótese 18,6%, úlcera traumática 15,3%, rebordo flácido 13,6%, hiperplasia papilomatosa inflamatória 10,2%, candidíase 4,2% áreas de compressão 3,4%, reabsorção óssea acentuada 1,7%, hiperqueratose 0,8% e queilite angular 0,8%.

Autor do resumo: **Renata Corrêa Pascotto**

Unitermos: **Boca, mucosa.**

LOSSIO, J. J. D. O pó de vidro como auxiliar na retenção mecânica da "prótese adesiva". Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 41(4): 198-209, jul./ago. 1987.

Com base na preocupação acerca da retenção, foi testado o vidro pulverizado aplicado sobre a superfície de um modelo de cera recoberto com esmalte de unha. Após a fundição com liga de Ni-Cr, foram confeccionados corpos de prova em resina composta diluída sobre aquelas superfícies. Como padrão usou-se outro grupo de corpos de prova em liga de Ni-Cr, atacada eletroquimicamente, sobre o qual se fazia corpos de prova de resina composta diluída. Após armazenagem em temperatura e umidade controladas o conjunto liga/resina foi submetido ao teste de resistência ao cisalhamento. Os resultados mostraram que não houve diferença de resistência ao cisalhamento entre os diferentes tamanhos do pó de vidro, entretanto estes valores foram muito maiores que aqueles da liga atacada eletroquimicamente.

Autor do resumo: **Marcia Yuri Kawauchi**

Unitermos: **Prótese dentária.**

MENDES, W. B.; VECCHIO, G. M. de F.; BONFANTE, G.; SILVA, A. L. da. Prótese parcial fixa adesiva; um problema. Estomat. Cult., 15(1):48-51, jan./mar. 1985.

Relata-se o caso de um paciente que deglutiu uma prótese fixa "adesiva" posterior.

Neste caso, a conduta mais correta é a observação vigiada do paciente. A dieta é um fator importante, devendo fazer volume para não promover peristaltismo rápido. Os alimentos mais adequados são os líquidos, tomados periodicamente em abundância, e as fibras. Quanto ao exame radiológico constatou-se que a passagem se fez pelo piloro gástrico e pelo íleo-cecal. Bastando apenas orientar o paciente para observar as fezes eliminadas, onde isolará o corpo estranho. A prótese foi eliminada dezoito dias após.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Prótese dentária.

MOLINA, O. F. & MAINIERI, E. I. O estalo articular. Rev. gaucha Odont., 35(4):279-83, jul./ago. 1987.

Barulhos articulares são sinais muito comuns em indivíduos com má oclusão e distúrbios funcionais do aparelho mastigador. Os ruídos articulares podem ser provocados por diversos fatores: relações alteradas do côndilo e disco, velocidades diferentes do côndilo e disco durante os movimentos da mandíbula, alterações estruturais dos componentes intra-articulares, rugosidades, aumentos de espessura, saliências, alterações anatômicas, problemas com a secreção do líquido sinovial, etc. Como parte da terapia dos ruídos articulares tem-se recomendado cirurgia, placas e fêrulas, desgaste seletivo, reabilitação, tratamento ortodôntico, exercícios mio-relaxantes e tratamento combinado.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Articulação temporomandibular, síndrome.

NOGUEIRA, S. S.; LOMBORDO, J. G.; RUSSI, S.; COMPAGNONI, M. A. Relação central em desdentados totais. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 41(1):38-44, jan./fev. 1987.

A comparação dos métodos guiado e não forçado e de retrusão da língua seguida do fechamento da boca para o registro da relação central foi feita, procurando observar o potencial retrusivomandibular de cada um desses métodos. Dos 20 pacientes estudados, 55% apresentaram no sentido antero-posterior, uma variação linear média de $0,50 \pm 0,12$ mm, valor este significativo ao nível de 5%, e que em 80% dos casos o método guiado não forçado forneceu uma posição mandibular mais posterior do que o método da retrusão da língua seguida do fechamento da boca. Em 10% dos casos o método da retrusão da língua seguida do fechamento da boca forneceu uma posição mandibular mais posterior do que o método guiado não forçado; no restante dos casos não houve variações lineares posteriores - anteriores entre os métodos estudados.

Conclui-se que o método guiado não forçado fornece maior efetividade no objetivo questionado.

Autor do resumo: Carlos A. Carvalho Pires

Unitermos: Desdentados.

SEABRA, E. G.; JANSON, W. A.; SOTTOVIA FILHO, D. Avaliação clínica e histopatológica da área interproximal em contato com trabalhos protéticos fixos e com dentes naturais. Estomat. Cult., 12(1/2):61-6, jan./dez. 1982:

Verificou-se as alterações causadas por PPFs no tecido gengival, em três situações diferentes: papilas abaixo da área de solda das PPFs; papilas onde não havia solda, mas que tinham contato com as PPFs e papilas em contato com dentes íntegros, as quais foram preparadas para exames histo-patológicos.

O grupo de papilas que se localizavam abaixo da área de solda apresentavam maior grau de inflamação devido ao fato da área abaixo da solda da PPF ser de difícil higiene, permitindo o acúmulo de restos de alimentos, placa e até formação de cálculos dentais.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Prótese parcial fixa; Periodontia, doenças.**

LEMES, J. C. R.; GONZALEZ, J. P.; LEACHE, E. B. Dimorfismo sexual em la antropometria craneofacial. Rev. Ibero - Amer. Ortodont., 7(2):35-41, oct. 1987.

Estudou-se uma amostra de 129 escolares com idade entre os 6,2 e 7,2 anos, pertencentes a uma classe social média para a média baixa.

Determinou-se mediante métodos antropométricos, seis parâmetro craniofaciais estabelecendo as médias e os desvios padrões para cada um deles; índices e proporcionalidade craniofacial analisando as médias e desvios padrões.

Os parâmetros ou segmentos craniofaciais da mostra estudada foram tabelados para que desta forma fossem estabelecidas condições de avaliar o crescimento diferencial craniofacial na segunda infância.

Em último lugar, foi estudada a diferença das médias entre sexo para determinar se existe ou não diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres conforme os parâmetros do estudo.

Autor do resumo: Hélio Hissashi Terada

Unitermos: Antropometria; Dimorfismo sexual.

LOPES, E. S. & TAVANO, O. Um novo sistema de processamento do filme radiográfico periapical. Rev. gaucha Odont., 25 (3): 229-31, maio/jun. 1987.

O uso adequado do aparelho de raios-X mais o processamento correto são os fatores principais para a obtenção de uma boa radiografia periapical. Um novo sistema é descrito para diminuir as falhas que aparecem quando são utilizadas as câmaras portáteis. Para a revelação e fixação é usado uma pequena quantidade de solução processadora para cada filme proporcionando um diagnóstico adequado, através de uma boa imagem radiográfica.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Radiografia dentária.

BAUSELLS, H. I.; OLIVEIRA, M. R. B. de; RAVELLI, D. B. Mucocele no lábio superior. Rev.Ass.paul. cirurg. Dent., 40(20): 198-9, mar./abr. 1986.

Os fenômenos de retenção de muco denominados de cistos de retenção mucoso ou mucocelos, são lesões comuns, especialmente no lábio inferior, bochecha e soalho da boca. Envolvem as glândulas salivares menores ou acessórias. Etiologia: obstrução do ducto excretor glandular e extravasamento da secreção para a intimidade tecidual adjacente por lesão da parede ductal. São indolores, não deslocáveis. lisos, moles, flutuantes, medindo de um a vários centímetros. No geral recidivam e o tratamento preconizado é excisão cirúrgica. Histologicamente, são de base, com formações cavitárias contendo muco envolvidos por tecido de granulação com infiltrado inflamatório misto de intensidade variada.

Relatou-se o caso de um menino branco, 11 anos, que apresentava aumento volumétrico na região labial superior direita, tendo a lesão 2 meses de idade. Exames intra-orais mais exames histopatológico da lesão após intervenção cirúrgica confirmaram o diagnóstico de mucocele.

Autor do resumo: Erica Ferrozoli Devienne

Unitermos: Mucocele.

CARTEZZI, W.; FERREIRA, S. M. S.; SANTOS, M. da G. G. dos
Osteomielites dos maxilares. (Parte I). Rev. bras. Odont., 44
(3):47-57, maio/jun. 1987.

As osteomielites que afetam os maxilares, constituem uma enfermidade inflamatória do osso que se inicia como uma inflamação da cavidade medular e sistemas harvesianos, propagando-se até o perióstio da área inflamada.

Utilizou-se uma classificação que agrupa a osteomielite em: Osteomielite Aguda dos Maxilares associada a doenças sistêmicas-tuberculose, sífilis e Actinomicose e o Osteonecrose associada com Noma medicamentosa, eletrocoagulação e irradiação.

As osteomielites agudas são subclassificadas e apresentam diversas patogenias como a supurativa aguda que pode ter como processo infeccioso precursor a própria estrutura dentária. Já o do recém-nascido pode advir da penetração nos maxilares de microorganismos através de feridas que são feitas durante o parto ou pela sua disseminação através da cavidade nasal. A osteomielite em crianças e adultos muitas vezes deriva de doenças exantemáticas da infância como a escarlatina.

Autor do resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Maxilares, doenças; Osteomielite.**

Título: As hemorragias dentárias rebeldes e o uso de sutura associada ao cimento cirurgico.

Orientador: Carlos Alberto Bazaglia Escobar

Apresentadores: Hélio H. Terada e Marcia Yuri Kawachi

Propõe-se um método para melhor coibir a hemorragia e prevenir uma possível alveolite e elegeu-se a associação da sutura com o cimento cirurgico.

Uso da sutura com cimento cirurgico

Indicações: pacientes propensos a hemorragias ou alveolites.

Vantagens: além das oferecidas pelas suturas das bordas, temos a compressão pelo cimento cirurgico e a proteção do coagulo.

Procedimentos: anestesia, curetagem, sutura e cimento cirurgico COE-PAX, composto por duas pastas: 1) óxido de zinco misturada com um óleo para fluidez e uma resina para aderência, a qual se adiciona um fungicida; 2) ácidos suaves de gordura de coco, diluídos com uma resina como bactericida.

Conclusões: 1) nenhum caso foi constatado hemorragia ou alveolite, mesmo em pacientes propensos a tais desconfortos após as exodontias; 2) não se deve usar indiscriminadamente esta técnica em todos os casos de exodontia. Só quando se suspeita de uma possível hemorragia, ou até mesmo de uma possível alveolite (devido ao eugenol irritante aos tecidos); 3) não foi observado o retardamento da cicatrização; 4) não foi comprovado nenhum resultado significativo da diminuição da dor após a exodontia, com o uso do cimento cirurgico.

Unitermos: Hemorragia bucal; Suturas.

Título: Agentes de limpeza de cavidades.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Apresentadores: Andréa Amado da Costa e Marcia Yuri Kawauchi

Um objetivo comum de qualquer procedimento restaurador é obter uma melhor adaptação do material à estrutura dentária remanescente. Após o preparo cavitário, a superfície dentinária encontra-se cheia de raspas de dentina e esmalte, bactérias, saliva, sangue e muitas vezes, pequenos fragmentos ou partículas abrasivas dos instrumentos cortantes rotatórios, óleos provenientes dos aparelhos de alta e baixa rotação, que podem interferir na adaptação e adesão dos materiais restauradores à superfície do dente.

Contudo existe ainda por parte dos pesquisadores e clínicos grande dúvida quanto à sua efetividade e indicação.

Quando utilizamos um material como o amálgama, esta adaptação é basicamente conseguida com as técnicas de condensação, já nos procedimentos que envolvam o uso do sistema de adesivos, uma superfície limpa é um pré-requisito para estabelecer uma adequada adesão e selamento. Utilizamos, então, para o primeiro caso, a solução de hidróxido de cálcio (água de cal) e para o cimento ionomérico, o ácido poliacrílico (Durelon) ou o ácido tânico.

Unitermos: Cavidade dentária, preparo.

Título: Adesivos dentinários.

Orientador: Prof. Dr. Mário Honorato da Silva e Souza Júnior

Apresentadores: Érica Ferrazzoli Devienne e Renata Corrêa Pas-
cotto

O marco na odontologia foi a adaptação da técnica do condicionamento ácido ao esmalte visando solucionar problemas de retenção e infiltração marginal de cavidades localizadas em regiões que possuíssem qualidades suficiente de esmalte. O condicionamento ácido cria microporosidades no esmalte as quais serão preenchidas por selantes (convencional) formando os tags, que dão retenção mecânica ao selante e à resina composta aplicada sobre o mesmo. Cavidades localizadas próximas à junção amelo-cementária por terem pouca quantidade de esmalte, grande quantidade de dentina e algum cimento não possuem uma solução efetiva dos problemas de retenção e infiltração marginal, pois nestas não é possível se realizar o condicionamento. A dentina possui uma porcentagem maior de substâncias orgânicas, além de apresentar canalículos dentinários com prolongamentos de células odontoblásticas... um condicionamento ácido na dentina poderia agredir o tecido pulpar, havendo uma toxicidade à polpa. Além disso, o condicionamento remove cálcio da estrutura dentária e tendo em vista que certos adesivos dentinários reagem com componentes minerais da dentina, em especial o cálcio, o condicionamento diminuiria este contingente dificultando as reações químicas de superfície.

Unitermos: Adesivos.

Título: Amálgama; expansão mercurioscópica.

Orientador: Prof. Dr. Halim Nagem Filho

Apresentadores: Luiz Francisco Thomazini e Renata Bastos Del' Hoyo

O amálgama é considerado uma liga onde temos a interação do mercúrio com outros metais. Na odontologia os metais mais usados são a prata, estanho, cobre, zinco e outros, em quantidade bem menor. O amálgama dental tem sido largamente usado, desde muito tempo, porém sem grandes modificações. Temos que a norma nº 1 da ADA é que contém as características que o amálgama deve possuir, sendo que em 1977 sofreu algumas modificações onde os 6% máximo de Cu que eram permitidos na liga agora passam para, no máximo, o quanto é permitido para o estanho. Assim temos que as ligas passaram a ter alto conteúdo de cobre, e com isso eliminamos a expansão mercurioscópica quase que totalmente, ou seja a fase 2 (gama 2) diminuiu sensivelmente. Uma vez que a fase gama 2 leva a uma liberação do mercúrio para o interior do amálgama, causa alterações, como expansão e deflexão da restauração, resultando em fratura marginal e infiltração. Sendo assim, devemos escolher, se possível, uma liga com alto conteúdo de cobre, que tem outras características pertinentes ao amálgama.

Unitermos: Amálgama dentário.

Título: Métodos de esterilização e desinfecção.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Lázaro Valeriane Marques

Apresentadores: Renata Bastos Del'Hoyo e Glauco José Bazzo

Realizamos um estudo sobre os métodos de desinfecção e esterilização disponíveis ao cirurgião-dentista. Esterilização é a liberação de um objeto, superfície ou ambiente através da destruição de todos os MO patogênicos ou não (saprófitos), quer estejam na forma vegetativa ou esporulada. Desinfecção é a destruição somente dos germes patogênicos, com exceção dos que estejam na forma esporulada, podendo ser feita por meios físicos e químicos. Desinfetantes são substâncias químicas que produzem desinfecção em seres inanimados e antissépticos os que produzem desinfecção em superfícies cutâneas e mucosas. Com relação à esterilização, comentamos sobre calor seco (incineração, incandescência, flambagem e estufa), calor úmido (pasteurização, água em ebulição, tyndarização e autoclave), filtrações (filtros de porcelana, filtro de gesso, filtro de Berkefeld, filtro de Seitz e membranas filtrantes) e agentes esterilizantes químicos (cidex, óxido de etileno). Frisamos que a luz ultravioleta não pode ser considerada um agente esterilizante, pois não atinge o vírus da AIDS. Dentre os antissépticos, os mais potentes são PVPI, tintura de iodo a 7% e a 5% (Iugol). Dentre os desinfetantes mais potentes temos o álcool 77% e Germekil. Os instrumentos, antes de serem colocados na solução desinfetante, devem ser bem lavados para remover matéria orgânica, a qual dificulta a ação do desinfetante e bem secos, para evitar que ocorra diluição do desinfetante, diminuindo assim, seu poder. A melhor forma de se limpar um instrumento é através do uso do Ultrassom.

Unitermos: Esterilização; Desinfetantes.

Título: Desgaste Interproximal com alta rotação em ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Renato Rodrigues de Almeida

Apresentadores: Renato Corrêa Pascotto e Luis Francisco Thomazini Neves.

O desgaste com alta rotação (DAR) permite ao clínico remover uma quantidade precisa de esmalte interproximal para criar espaço para o alinhamento dentário ao invés da extração ou expansão.

A técnica DAR pode ser feita a qualquer instante durante o tratamento, sem desconforto para o paciente e sem afetar adversamente a função da dentição, relação interoclusal ou forma dentária.

Após o desgaste com um broca carbide 699L posicionada de cervical para oclusal, paralela a um fio metálico de 0,02 mm que é colocado logo abaixo do ponto de contato da superfície interproximal, deve ser dado um acabamento nas paredes de esmalte, remodelando as superfícies desgastadas para assemelharem-se com a morfologia interproximal original e em seguida deve-se fazer uma remineralização com flúor.

Embora a técnica do DAR ofereça grandes vantagens, é um processo irreversível e deve ser iniciado tendo-se isso em mente. Através dessa técnica, um ganho de 8,9mm de espaço no arco é conseguido, espaço este determinante dos procedimentos necessários no tratamento ortodôntico.

Unitermos: Ortodontia; Alta rotação, técnica.

Título: Modulação da dor - mecanismos analgésicos endógenos.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Loureiro Maringoni

Apresentadores: Hélio Hissashi Terada e Renata Bastos Del'Hoyo

Estudou - se mecanismos analgésicos endógenos de modulação da dor.

Estímulos nervosos da sensação dolorosa são captados a través de fibras denominadas nociceptores.

Existem duas vias mais importantes na condução dos estímulos dolorosos: 1) neoespinotalâmica e 2) paleoespinotalâmica.

Descobriu-se, a existência de morfina endógenas, as encefalinas e endorfinas, substâncias que atuam sobre determinados "receptores específicos" de certos neurônios, atuando no bloqueio do estímulo da dor.

A "acupuntura", também pode induzir à liberação destas endorfinas e bloquear a dor, porém questiona-se o uso da acupuntura como um meio alternativo para se anestésiar um paciente durante o tratamento dentário.

Unitermos: Dor; Analgesia; Anestesia dentária.

Título: Observação em campo escuro da distribuição bacteriana em canais radiculares com necrose pulpar.

Orientador: C. D. Milton Carlos Kuga

Apresentadores: Hugo Nary Filho e Glauco José Bazzo

Estudo por microscopia de campo escuro da distribuição de bactérias nos terços coronal e apical de dentes com necrose pulpar os quais foram seccionados em três partes iguais. O material necrótico foi colocado numa suspensão estéril de cloreto de sódio a 0.9% com 1% de gelatina e levados para a análise microscópica.

Observou-se uma porcentagem significativamente maior de cocos e bastonetes no terço coronal do canal do que no terço apical. Não havia muita diferença na porcentagem de espirilos entre as duas porções. Entretanto porcentagens levemente diferentes foram verificadas de bactérias filamentosas e espiroquetas.

Outra correlação foi observada entre a porcentagem de espiroquetas encontradas no terço apical e o tamanho das lesões periapicais vista radiograficamente.

Os fatores possíveis dessa variação da flora microbiana nas diferentes porções de canal são: concentração de oxigênio e variação de pH.

Unitermos: Polpa dentária, doenças.

Título: Substitutos do açúcar na prevenção da cárie dentária.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro

Apresentadores: Carlos Alberto C. Pires e Marly Kimie Sonohara

A cárie é um processo multifatorial. Está relacionado com a interação de 3 fatores etiológicos principais: dieta cariogênica, hospedeiro suscetível e microbiota.

Através de levantamentos epidemiológicos feitos durante a 2ª Guerra Mundial, confirmou-se que a ingestão indiscriminada de sacarose está relacionada com a alta incidência de cárie. A cariogenicidade da sacarose está relacionada com o tempo de permanência em contato com a superfície do esmalte.

Atualmente existem substitutos calóricos e não calóricos para a sacarose.

Xilitol apresenta, aproximadamente as mesmas características que a sacarose e não é cariogênico. Sorbitol e manitol são fracamente cariogênicos e apresentam 75% do sabor da sacarose. Lycasin (nome comercial) é o adoçante cujo sabor doce é de 75%; e o mais recente substituto da sacarose é o palatinin que também não é cariogênico. Esses adoçantes quando ingeridos nas mesmas quantidades que a sacarose provocam diarreia osmótica.

Sacarina e esteviosídeo, além de serem não cariogênicos, são também anti-cariogênicos. Ciclamato é 30 vezes mais doce que a sacarose, mas quando usado em meio ácido os seus componentes são quebrados, perdendo o seu sabor doce. Aspartano tem seu sabor adoçante 160 vezes maior que a sacarose e não é cariogênico.

Unitermos: Cárie dentária.

ÍNDICE DE AUTORES

ALACAM, T.	32
AL-JOBURI, W.	28
ALLARD, W. F.	66
ALMEIDA, J. W. de	20, 23, 41
ALMEIDA, O. P.	3
ALMEIDA, R. R. de	72, 97**
ALPERN, M. C.	13
ARAGÃO, E. M.	60
ARAÚJU, M. A. J. de	62
ARAÚJO, R. M.	48
ARAÚJO, V. C.	82
AUDO, T.	37
BAHRAM, J.	21
BARATIERI, L. N.	22
BARBOSA, A. E. O.	17
BARBOSA, C. M. R.	4
BARBOSA, J. R.	4
BASCA, M. T. M.	10
BASSAT, Y. B.	65
BASTOS, M. T. A. A.	23, 41
BAUSELLS, H. I.	90
BAZZO, G. J.*	19, 30, 33, 42, 43, 50, 66, 67, 87, 96, 99

Obs.: Os autores com (*) à frente dos nomes constituem os resu-
midores dos trabalhos indexados e seminários. São indica-
dos com (**) os orientadores de seminários apresentados.

BELLAN, M. A.	26
BERBERT, A.	55, 56
BERMAN, L. H.	24
BITTENCOURT, A. Z.	46
BOAMORTE, D. da C.*	3, 11, 53, 57, 65
BONETTI FILHO, I.	61
BONFANTE, G.	84
BOSCO, A. F.	53
BRAIT, A. H.	57
BRAMANTE, C. M.	55, 56
BRÄNNSTRÖM, M.	25
BRIN, I.	65
BROWNSTEIN, C. N.	78
BUSATO, A. L. S.	26
CAFFESSE, R. G.	76
CAMPOS JÚNIOR, A.	80
CAPELLOZZA FILHO, L.	74
CARTEZZI, W.	91
CARVALHO, J. R. F. de	62
CHAN, E. C. S.	28
CHARBENEAS, G. T.	35
CHAVES FILHO, E. S.	76
CIPRIANO, T. M.	27
CLARK, D. C.	28
COLLIER, D. R.	34
COLUCCI, S. V.	59
COMPAGNONI, M. A.	86
CONSANI, S.	29

CORADAZZI, J. L.	33
COSTA, A. A. da*	4, 31, 32, 34, 35, 54, 63, 64, 69, 74, 93
COSTA, I. M.	54
COSTA, N. O. da	30
COURY, T. L.	31
GRAIG, S.	63
CURY, J. A.	68, 69
CURY, V. A.	51
D'ANTONIO, G. M.	53
DAVIDSON, C. L.	73
DAVIDSON, L.	63
D'AZEVEDI, M. T. F. S.	62
DE LACIO, G. C.	62
DEL'HOYO, R. B.*	26, 40, 60, 71, 75, 80, 84, 85, 95, 96, 98
DEVIENNE, E. F.*	8, 22, 46, 55, 61, 62, 70, 76, 90, 94
DOERING, J. V.	58
DUTRA, P. O.*	16, 18, 56
ERDOGAN, B.	32
ESBERARD, R. M.	61
ESCOBAR, C. A. B.	92**
FAÇANHA, E.	5
FELTRIN, P. P.	82

FERNANDES, M. I.	77
FERREIRA, S. M. S.	91
FITZGERALD, M.	35
FRANCO, E. B.	33, 43, 93**
FRANKEN, R. A.	52
FUKS, A.	65
GALAN JÚNIOR, J.	42
GARONE NETTO, N.	27
GONZALEZ, J. P.	88
GORZONI, M. L.	6
GREGOR, C.	16
GROSS, A. N.	7
HAMILTON, K. M.	78
HARDIE, J.	48
HARDISON, J. R.	34
HECK, A.	60
HEYES, R. J.	35
HEYS, D. R.	35
HINOURA, K.	36
HOGAN, A. D.	34
ISHIKIRIAMA, A.	33, 42
ISOLDI FILHO, A. A.	8
ISSAO, M.	37
JANSON, W. A.	80, 87
JENSEN, M. E.	58
KAHAPKA, J. A.	59
KAHNBERG, K. E.	9

KAWAUCHI, M. Y.*	9, 73, 83, 92, 93
KIM, S.	38, 39
KUGA, M. C.	99**
KUSTER, C. G.	64
LANZA, I.	53
LEACHE, E. B.	88
LEAL, J. M.	61
LEMES, J. C. R.	88
LEN, C. A.	14
LEONARDO, M. R.	61
LOMBORDO, J. G.	86
LOPES, C. M. N.	40
LOPES, E. S.	89
LOSSIO, J. J. D.	83
LOVADINO, J. R.	23, 41
LUSTMAN, J.	65
MACEDO, R. P.	26
MAINIERI, E. I.	85
MARCILLA, J. S.	10
MARCO, M. de	26
MARCUCCI, G.	82
MARINGONI, R. L.	98**
MARQUES, A. L. V.	42, 96**
MARTINEZ, D.	60
MARTINS, L. R. M.	23, 41, 43
MAYRINK, A. S.	11
MAZZEO, A. C.	67

MEFFERT, R. M.	78
MENDES, A. J. D.	48
MENDES, W. B.	84
MILANEZI, L. A.	53
MIMICA, I. M.	12
MIRANDA, F. J.	31
MOLINA, O. F.	85
MONDELLI, J.	42, 43
MOORE, B. K.	36
MORAES, I. G.	56
MORAES, N.	71
MORAES, S. H.	60
NAGEM FILHO, H.	95**
NAHÁS, D.	80
NARY FILHO, H.*	6, 12, 14, 24, 52, 77, 78, 81, 91, 99
NAVARRO, M. F. de L.	23, 33, 41, 42, 43
NEVES, L. F. T.*	25, 27, 39, 45, 59, 97
NOGUEIRA, S. S.	86
NOVAES, A. B.	79
NOVAES JÚNIOR, A. B.	79
NUELLE, G. D.	13
OLIVEIRA, E. A.	74
OLIVEIRA, M. G.	19
OLIVEIRA, M. R. B. de	90
OPPERMANN, R. V.	77
PANITZ, R.	26

PARSONS, G.S.	15
PASCOTTO, R. C.*	15, 21, 28, 38, 44, 47, 48, 58, 79, 82, 94, 97
PASHLEY, D. H.	15, 44, 45
PASSANEZI, E.	80
PEGORARO, B. C.	81
PELÁ, C. A.	40
PERA, R. V.	71
PEREIRA, J. C.	43
PHILLIPS, R. W.	36
PICK, R. M.	81
PINHEIRO, C. E.	43, 50, 100* *
PINZAN, A.	72
PIRES, C. A. C.*	51, 72, 86, 100
PISANESCHI, E.	42
PROBST, R. T.	31
RACHELLE, I.	26
RAHMAT, A. W.	21
RAVELLI, D. B.	90
REKES, G.	64
ROCHA, M. J. de C.	56
RODRIGUES, H. H.	40
ROLDI, C. R.	68
RUSSI, S.	86
SAIKI, P.	3
SAKATA, N. Y.	51, 69

SALVI, J.	26
SANTOS, M. da G. G. dos	91
SANTOS, W.	16
SARI, M.	26
SCHARESTEIN , A.	47
SCHMIDT, E. F.	76
SEABRA, E. G.	87
SILBERMAN, C. J.	81
SILVA, A. L. da	84
SILVA, C. R. V.	3
SILVA, M. F. A. de	70
SILVA, P. J.	17
SILVA E SOUZA JÚNIOR, M. H. da	33, 94**
SILVA FILHO, F. P. M.	48
SILVA FILHO, D. G.	74
SIMÕES FILHO, A. P.	61
SOARES, I. J.	46
SONOHARA, M. K.*	20, 23, 29, 41, 68, 89, 100
SOTTOVIA FILHO, D.	87
SOUZA, A. de	8
SOUZA, I. P. R. de	75
SOUZA, J. A. de	18
SPROUSE, L. W.	34
STERGALL, L.	47
SURYAKANT, V. B.	21
TAVANO, O.	89

TERADA, H. H.*	5, 7, 10, 13, 17, 36, 37, 49, 88, 92, 98
THOMAS, J. R.	78
TOMAZINI, L. F.	95
UFENA, J. W.	13
VALK, J. W. P.	73
VAN CLEARE, M. L.	34
VARGAS, L. T.	30
VECCHI, R. D. C.	52
VECHIO, G. M. de F.	84
VILLELA, L. C.	62
VONO, R. M. G.	40
WAGNER, J. C. B.	19
WILHELM, R. S.	75
WILLER, R. O.	31
ZANETTI, A.	82
ZIBERMAN, Y.	65

INDICE DE ASSUNTOS

Adesivos	73, 94
Agulhas, esterilização	53
AIDS ver Síndrome de imunodeficiência adquirida	
Alimento	6
Alta rotação, técnica	97
Amálgama dentário	95
Amalgapino	22
Analgesia	7, 10, 98
Anestesia dentária	63, 64, 98
Anestésicos	15
Antropometria	88
Articulação temporomandibular	7, 13
Articulação temporomandibular, síndrome	85
Artroscopia	13
Ataque ácido dentário	36
Boca, doenças	3
Boca, mucosa	82
Canal radicular, obturação	60
Cárie dentária	25, 37, 40, 43, 50, 67, 70, 100
Cavidade dentária, preparo	93
Cimentação	42
Cimentos odontológicos	27, 30, 42, 60

Cirurgia bucal	14, 16, 18
Cirurgia bucal pré-protética	19
Coroas	80
Crioneurotomia	7
Dente, anormalidades	65
Dente, branqueamento	26, 62
Dente, erupção ectópica	11
Dente, extração	72
Dente, fraturas	33, 46
Dente, remineralização	43
Dente decíduo, 34, 65	
Dente supranumerário	17
Dentifrícios	68
Dentina	40
Dentina, permeabilidade	29
Dentina, sensibilidade	20, 21, 24, 25, 28, 38, 39, 44, 45, 59
Depressão e fissuras, selantes	32, 34, 37
Desdentados	86
Desinfetantes	96
Desnutrição	14
Dimorfismo sexual	88
Dor	7, 15, 18, 25, 55, 98
Drogas	6
Emergências	4
Endodontia	55, 56, 57, 61
Equipe odontológica	12
Esmalte dentário	43
Esterilização	96

Flúor	20, 51, 68, 69, 70, 73
Fluoretação	70
Gengiva	77, 79
Gengivectomia	81
Gengivite	75
Halitose	54
Hemorragia bucal	5, 92
Hidroxiapatita	78
Hidróxido de cálcio	27, 30, 47
Higiene oral	77
Hipersensibilidade	58
Hipertensão	52
Infecção hospitalar	12
Ionômero de vidro	31, 35, 36, 41
Lasers	81
Luvas cirúrgicas	66
Má-oclusão	74
Mandíbula, doenças	8
Maxilares, doenças	91
Molar	71, 80
Moldagem odontológica, materiais	48
Mucocele	90
Neuralgia facial	7
Oclusão dentária	71
Odontologia preventiva	67
Odontopediatria	63, 64
Ortodontia	72, 97
Ortodontia, aparelhos	73

Ortodontia corretiva	74, 75
Osteomielite	8, 91
Óxido de zinco eugenol, cimento	30
Perborato de sódio	26
Periodontia	77, 80
Periodontia, doenças	76, 78, 87
Peróxido de hidrogênio	26
Polpa dentária, doenças	99
Prótese dentária	80, 83, 84
Prótese parcial fixa	87
Radiografia dentária	89
Resinas compostas	23, 36
Restauração dentária permanente	23, 33, 41
Sensibilidade dentinária ver Dentina, sensibilidade	
Síndrome da imunodeficiência adqui- rida	49
Suturas	5, 92
Transplantação	9
Ultrasons	61