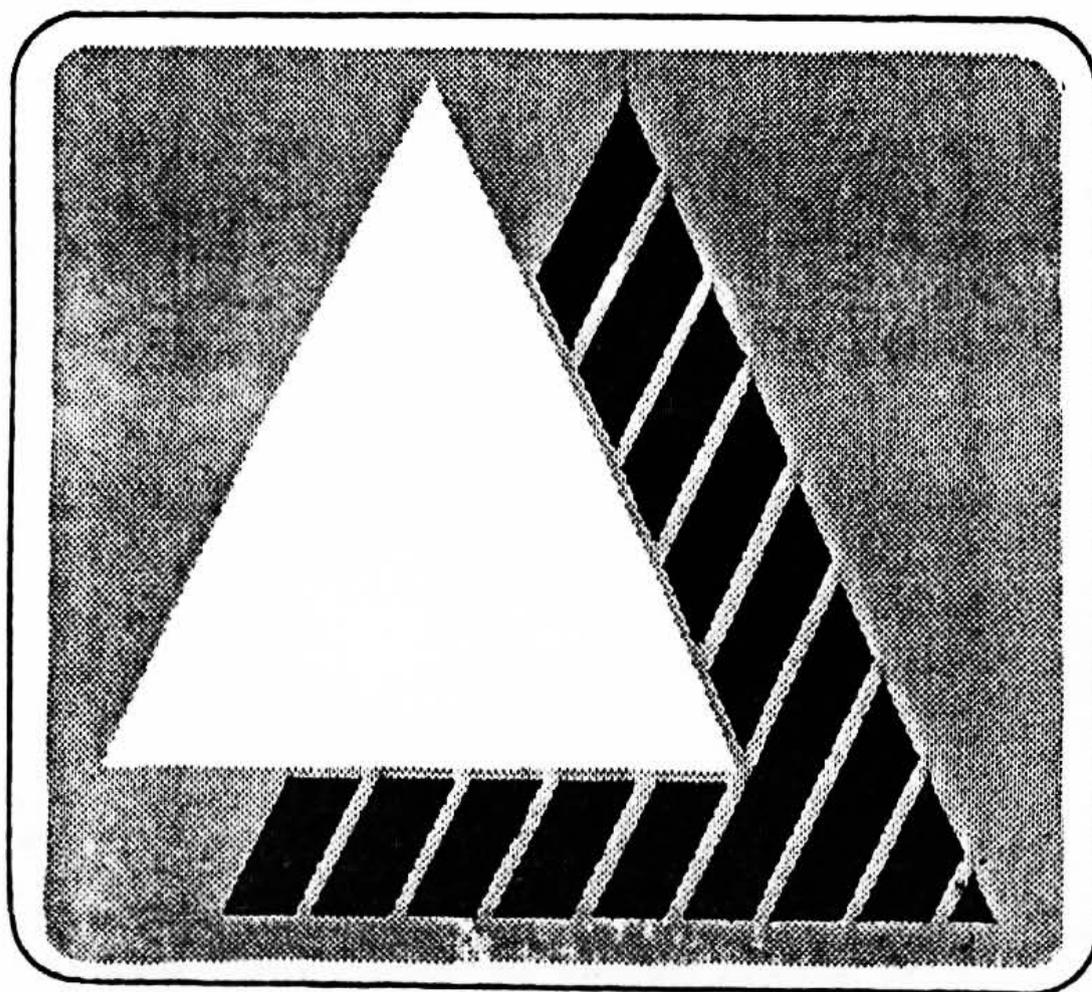


UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPES



PET-INFORMA

PET-INFORMA	Bauru	v.1	n.2	p. 1-94	Jul./dez.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**

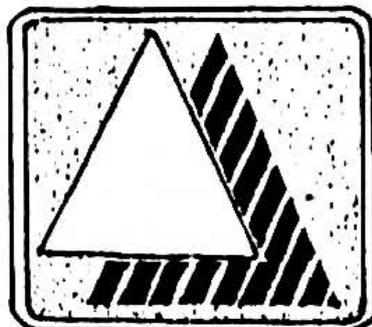
Prof.Dr. **Orivaldo Tavano**

Prof.Dr. **Rubens Florino Pandolfi**

Prof.Dr. **Sérgio Augusto Catanzaro Guimarães**

Coordenador de Área - Odontologia - Programa PET/CAPES

Prof.Dr. **Eduardo Batista Franco**



PET-INFORMA

V.1 - N.2

Jul./dez. 1988

APRESENTAÇÃO	2
RESUMOS DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	3
RESUMOS DE SEMINÁRIOS APRESENTADOS	68
ÍNDICE DE AUTORES	86
ÍNDICE DE ASSUNTOS	91
ÍNDICE DE ÁREAS	94

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 - Chefe da Seção de Pós-Graduação da FOB

Datilografia: Antonio Sávio Massucato

Andréa Farkas Parra Primeiro - Alunos Bolsistas de Trabalho da FOB lotados na Seção de Pós-Graduação

Capa: José Policena de Campos Neto

EDITORIAL

Através do Programa Especial de Treinamento (PET-CAPEs) da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, estamos publicando o segundo número do Boletim **PET-INFORMA** e distribuindo a todas as escolas de Odontologia do Brasil.

Pretendemos ter como alvo a comunidade acadêmica, no sentido de estimular a leitura de artigos científicos, trabalhos de pesquisas, contribuindo assim para aqueles que não tenham acesso a revistas especializadas, a oportunidade de informação de trabalhos recentes nas diferentes áreas da Odontologia.

Aos leitores que tiverem o interesse de obter os artigos originais, a partir dos resumos publicados, poderão solicitar via COMUT os referidos trabalhos. Todas as escolas através de suas bibliotecas têm acesso a este tipo de serviço, bastando apenas a solicitação própria.

Prof.Dr. Eduardo Batista Franco
Tutor PET/FOB-USP

APRESENTAÇÃO

A concretização do PET/FOB já se encontra alicerçada em bases sólidas, trazendo benefícios para os alunos bolsistas, que além da ajuda financeira recebida, se iniciam na investigação científica com motivação para, como retorno, possibilitar ao país um maior desenvolvimento técnico-científico, libertando-se a fim de atingir a sua independência.

A dedicação do tutor, Prof. Dr. EDUARDO BATISTA FRANCO, além do exemplo que transmite aos tutorados, possibilitou com o seu grupo de apoio a feitura de um boletim informativo, hoje realidade, que transmite a toda a coletividade o relato das reuniões semanais, das participações nos congressos, dos trabalhos de atualização, de investigação e das resenhas que os alunos envolvidos no PET realizam.

A USP, compreendendo o esforço da CAPES e da FOB, destinou duas bolsas para que seus alunos pudessem prestar serviços junto a esse grupo e assim dar maior volume às suas realizações.

O esforço e a somatória dos interesses e da compreensão de órgãos que tem propiciado e participado da evolução da cultura, da ciência, da tecnologia e da formação em alto nível de profissionais, certamente virão melhorar as condições de um país em desenvolvimento, como o Brasil, e tão carente de cérebros diferenciados.

Alegro-me, como Diretor da FOB, em sentir o progresso que o PET tem apresentado como também conjecturar o que ele significa para o futuro.

Que esse boletim informativo, que está sendo apresentado no seu volume II, nunca deixe de ser a realidade e a concretização do esforço de vários professores que encontraram eco na CAPES, na USP, e especialmente na FOB.

Prof.Dr. Bernardo Gonzalez Vono
Diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

MELO, G.S.; BARROSO, J.S. A influência do desenho do retalho total em exodontia de terceiros molares inferiores não irrompidos na formação de bolsa periodontal, à distal do 2º molar. Estomat.Cult., 16 (4):54-60, out./dez. 1986.

Diversos fatores podem desencadear a formação de bolsas periodontais na distal de segundo molares, entre e les temos a persistência do saco pericoronário.

Procurou-se verificar a influência do desenho do retalho na técnica cirúrgica empregada na remoção de terceiros molares inferiores não irrompidos.

Foram realizados exames clínicos (sondagem) e radiográficos da região antes da cirurgia, e foram usados dois tipos de desenho do retalho, sendo um preconizado por Groves & Moore e outro por Archer, sem preservação do epitélio juncional.

O controle pós-operatório foi de 180 dias, quando então novos exames clínicos e radiográficos foram realizados comparando o pré e pós operatório dos dois tipos de retalho.

Observou-se a presença de bolsa periodontal falsa e verdadeira, amontoamento distal, interferência vestibular e recessão disto-bucal.

Entretanto os retalhos utilizados não resolveram o problema da bolsa e do amontoamento distal pré existente, sendo indicada a cunha distal nestas situações.

O retalho de Archer está indicado para terceiro molar inferior não irrompido em situação intra-óssea ou quando impactados na distal do segundo molar e o de Groves e Moore quando não existirem as situações acima e na ausência de bolsa e amontoamento.

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

Unitermos: **Bolsa periodontal; Retalhos cirúrgicos.**

NOGUEIRA, C.J.M. Incisões em cirurgia oral. Odont.Mod., 13 (4):42-6, maio 1986.

A incisão como primeiro ato ou tempo cirúrgico deverá ser bem feita, uniforme, contínua, para proporcionar ao paciente uma boa cicatrização. Para melhor compreensão das incisões resolveu-se enquadrá-las em dois grupos ou tipos fundamentais: 1) incisões clássicas; 2) incisão comum. Como incisões clássicas tem-se incisão de Partsch também conhecida como incisão semilunar ou semicircular, comumente empregada no vestibulo bucal superior ou inferior. É uma excelente incisão, de fácil confecção versátil e útil, sobretudo quando deseja-se intervir na região do periápice dos dentes superiores (ex. apicectomia). A incisão de Wassmund é outra incisão clássica, sendo uma variação da incisão de Partsch, possuindo um desenho semelhante a um trapézio sem a base. A incisão de Newmann, também clássica é constituída por duas incisões paralelas em sentido colo-dentário - ápice radicular, completadas por outra incisão, esta em sentido transversal às duas anteriores. Esta última incisão é mais uma sindesmotomia. Como tipos de incisões comuns têm-se: 1) verticais; 2) horizontais; 3) cruzadas; 4) retangulares; 5) angulares; 6) de rebordo alveolar; 7) circulares; 8) em V ; 9) em Y ; 10) em Z .

Autor do Resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Cirurgia bucal.

SILVA, A.O.; MILANEZI, L.A.; TETUO, O.; SAAD NETO, M. Cimento cirúrgico como protetor de ferida de extração dental. Estudo histopatológico em humanos. Rev.bras. Odont., 45(5):18-24, set./out. 1988.

Foram analisados 32 pacientes de ambos os sexos e entre 18 a 50 anos de idade, distribuídos em Grupo I e II. Os pacientes do Grupo I tiveram seus incisivos centrais superiores extraídos com fórceps e procedeu-se à sutura. Os mesmos procedimentos foram realizados para o Grupo II e neste grupo a área da ferida e tecido adjacente foram protegidos com cimento cirúrgico COE-PACK. Decorridos sete dias pós-operatório, o cimento cirúrgico bem como as suturas foram removidos. Realizou-se biópsia no 7º, 21º, 42º e 64º dias pós operatório e observou-se histologicamente.

O Grupo II apresentou um processo de reparo mais eficaz ocorrendo em menor tempo em relação ao Grupo I. Para o Grupo II, no 21º dias o epitélio ocluía totalmente o alvéolo enquanto que para o Grupo I o epitélio recobria parcialmente o alvéolo. No 64º dias o terço cervical do alvéolo encontrava-se preenchido por trabéculas ósseas diferenciadas no grupo II enquanto que no grupo I trabéculas ósseas neoformadas ocupavam parte do terço cervical.

O cimento cirúrgico favorece o reparo da ferida uma vez que a isola do meio bucal da saliva e propicia a não interferência da língua ou outros processo mecânicos que poderiam levar a perda ou deslocamento do coágulo.

Autor do Resumo: **Maria Sílvia de Lima**

Unitermos: **Cirurgia bucal; Cimentos odontológicos.**

ALMEIDA, J.V.; LOVADINO, J.R.; MARTINS, L.R.M.; BASTOS, M.T.A.A.; SILVA E SOUZA JUNIOR, M.H. da. A aplicação de flúor por eletroforese. Dessensibilização dentinária. Rev.Odont.USP., 1(3):34-8, jul./set. 1987.

A hipersensibilidade dentinária, grande problema enfrentado pelo clínico pode ser diminuída pela aplicação de flúor por eletroforese.

A técnica consiste em: a) profilaxia e isolamento relativo do campo; b) aplicação do eletrodo com carga negativa no dente em tratamento; c) seca-se os dentes e protege com verniz; d) repete-se a aplicação uma vez por semana até que a sensibilidade desapareça.

Os eletrólitos usados são de preferência, o fluoreto de sódio a 1-2% ou o fluoreto estanhoso a 2%, 4% ou a 8%. A corrente não deve ultrapassar a um miliampere.

O método citado é de técnica simples, não causa injúria à polpa nem desconforto ao paciente além de agir de forma mais rápida e eficaz que a aplicação tópica de flúor ou o uso de pastas dessensibilizadoras.

O único aparelho brasileiro para esta técnica é o eletrofúor MARCON.

Autor do Resumo: **Maria Sílvia de Lima**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade.**

ASMUSSEM, E. Clinical relevance of physical, chemical and bonding properties of composite resins. Oper.Dent., 10 (2):61-73, Spring 1985.

A performance clínica das resinas compostas varia de acordo com as propriedades físicas e químicas do material.

O desgaste devido a abrasão que ocorre na resina está relacionado com o uso de pastas, mastigação e a alteração de cor está associada com alterações internas (presença de aminas) e a acúmulo de placa (má higiene oral).

O sucesso da resina está diretamente relacionado com a infiltração marginal, em função de fendas que se formam devido a contração de polimerização, ao polimento e a quantidade de Bis-gma.

A formação de fendas pode ser prevenida pela expansão higroscópica da resina e pela união efetiva entre a resina e as paredes cavitárias, e esta união pode ser conseguida pelo ataque ácido no esmalte e o uso de adesivos dentinários.

Os fatores acima citados são responsáveis pelo bom desempenho clínico da resina composta.

Autor do Resumo: **Jolber Rodrigues da Fonseca**

Unitermos: **Resinas compostas.**

COUNCIL ON DENTAL MATERIALS, INSTRUMENTS AND EQUIPMENT.
Posterior resins; an update. J.Amer.dent.Ass., 113(6):
950-1, Dec. 1986.

Algumas resinas compostas foram classificadas como profissionalmente aceitáveis pelo Conselho de materiais, instrumentos e equipamentos dentários para uso em cavidades classe I e II, mas isto não implica que estas possam ser usadas indiscriminadamente como substitutas do amálgama. Seu uso é restrito a áreas onde não ocorra contatos diretos durante a oclusão, áreas de pouco **stress**, as cavidades devem ser as mais conservativas e os detalhes de manipulação, inserção e polimento devem ser minuciosamente observados. Os pacientes também devem manter uma ótima higiene oral e as restaurações devem ser checadas regularmente.

Autor do Resumo: **Carlos Eduardo Carrara**

Unitermos: **Resinas compostas.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 8, jul./dez. 1988

GHENG, S.M.; GARONE NETTO, N. Eficiência de polimerização de resinas compostas por sistemas de luz visível e ultravioleta. Rev.Ass.paul.cirurg.Dent., 42(2):148-50, mar./abr. 1988.

O grau de polimerização é de crucial importância no desempenho clínico das resinas compostas, estando vinculado ao sistema de ativação, intensidade da luz, componentes do material, natureza do iniciador, tempo de exposição, espessura do material a ser polimerizado e presença de estrutura dentária.

A avaliação de 540 corpos de prova de comprimentos de 1,2 e 3 mm compostos por resinas de marcas comerciais diferentes e submetidos a testes de inspeção e palpação indireta e simultânea e testes de penetração, permitiram medir a capacidade de polimerização através da estrutura dental, pois 50% dos corpos de prova foram polimerizados interpondo-se uma faceta de esmalte humano de 1mm. de espessura entre a fonte de luz e a resina composta.

Os resultados mostraram que a luz visível tem capacidade de polimerizar em maior profundidade e mais rapidamente que a luz ultravioleta, tendo contudo diferentes resultados nas diferentes resinas, assim como o outro tipo de luz.

Em ambos os sistemas de ativação, quanto maiores a espessura da resina e o tempo de exposição, maiores foram a dificuldade de polimerização e a capacidade de polimerização respectivamente. A presença da faceta de esmalte entre a fonte de luz e a resina composta foi um fator que reduziu significativamente a capacidade de polimerização do material, independentemente da marca comercial ou do tipo de fonte ativadora.

Autor do Resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Resinas compostas.**

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

Comparação dos efeitos desensibilizantes como o uso de fluoreto de sódio a 33% e do cianoacrylate, que é um material estudado como adesivo dentinário, na terapêutica periodontal e oral e como agente de capeamento pulpar.

A avaliação da hipersensibilidade da dentina radicular é difícil, pois depende da resposta subjetiva do paciente. A idade, o temperamento e a saúde geral do indivíduo, podem afetar a percepção do mesmo a dor. O método utilizado para medir resposta subjetiva do paciente foi o estímulo com jato de ar frio direcionado por um segundo na superfície da dentina exposta.

Os pacientes receberam a aplicação das soluções e no dia seguinte retornaram para um teste de sensibilidade e semanalmente, por seis semanas, para receberem uma aplicação da solução e novo teste de sensibilidade, no caso do grupo que recebeu o fluoreto de sódio. No grupo do cianoacrilate os pacientes não receberam outra aplicação e só foi feito teste de sensibilidade.

Os resultados do grupo cianoacrylate foram mais efetivos na redução imediata da hipersensibilidade, do que os pacientes que receberam fluoreto de sódio. Como o cianoacrilate sofre abrasão com o tempo, a sensibilidade gradualmente pode retornar, daí ser indicada a reaplicação após seis semanas.

Autor do Resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Dentina, sensibilidade; Abrasão dentinária.**

JONES, J.G.; GRIEVE, A.R.; YOUNGSON, C.C. **Marginal leakage associated with three posterior restorative materials.** J.Dent., 16(3):130-4, June 1986.

Estudo *in vitro* da infiltração marginal em dentes restaurados com os seguintes materiais e técnicas:

1) resina composta (P-30); 2) resina após ataque ácido; 3) resina após ataque ácido e aplicação de adesivo dentinário (Scotchbond); 4) resina após aplicação de adesivo, sem ataque ácido; 5) cimento ionomérico tipo Cermet (Ketac Silver); 6) Cermet após condicionamento ácido da cavidade; 7) amálgama após aplicação de duas camadas de verniz cavitário.

Foi usado para detecção da infiltração marginal uma solução de eosina tamponada onde os dentes ficavam imersos por 48 horas.

Cermet após condicionamento ácido da cavidade permitiu a menor infiltração marginal. Cermet puro, amálgama + verniz e resina composta após condicionamento com aplicação de adesivo apresentaram resultados similares, ficando os três grupos restantes com os maiores índices de infiltração.

Sendo este um estudo *in vitro*, seus resultados não devem ser extrapolados indiscriminadamente para situações clínicas.

Autor do Resumo: **Carlos Eduardo Carrara**

Unitermos: **Infiltração dentária.**

KNIBBS, P.J. Glass ionomer cement; 10 year of clinical use. J.oral Rehab., 15(1):103-15, 1988.

O cimento de ionômero de vidro foi desenvolvido na tentativa de se obter um material com propriedades mais favoráveis do que aquelas do cimento de silicato. O primeiro produto a entrar no comércio foi ASPA, 1976. A princípio foi empregado como material estético e adesivo para classe V de lesões de abrasão, mas com o aperfeiçoamento de sua fórmula, pode ser indicado para as mais variáveis situações clínicas. Pode ser empregado em dentes decíduos, para selamento de fôssulas e fissuras, nas obturações retrógradas e nos pacientes com sensibilidade cervical. Os resultados clínicos de várias pesquisas, em geral confirmam a biocompatibilidade do cimento com a polpa. Atualmente temos no mercado KETAC-SILVER (cermet). Este pode ser indicado para casos de reconstruções apresentando partículas metálicas incorporadas ao pó. O emprego do verniz após a colocação do cimento na cavidade, é recomendado para que haja proteção contra sinérese e embebição, por pelo menos uma hora. Nas cavidades onde a quantidade de esmalte cervical é pouca ou ausente, tem-se recomendado o uso do ionômero em associação à resina composta. O seu emprego em cavidades tipo classe III foi demonstrado ser esteticamente aceitável. Assim, o cimento ionômero de vidro é o único material estético que apresenta união química ao esmalte e dentina, boa compatibilidade biológica e liberação de flúor.

Autor do Resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Restauração dentária permanente; Ionômero de vidro.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 12, jul./dez. 1988

LEGUE, G.B.D. Restorative dentistry; the T.M.J. connection. Oral Hlth., 76 10 :35-9, 1986.

Os procedimentos restauradores podem ter efeitos adversos sobre a ATM alterando a oclusão. Por isso a auscutação da ATM deve fazer parte dos exames de rotina. O conhecimento da anatomia e das correlações entre a função da ATM e a oclusão é de grande importância no entendimento das funções normais da ATM e os efeitos adversos da má oclusão.

Além das fibras musculares do ventre superior do músculo pterigoideo lateral existe a inserção na cápsula articular da ATM de fibras da porção interna do músculo temporal, o que explica a acentuação de movimentos de intrusão e dores de cabeça em pacientes com problemas funcionais da ATM.

Existe um balanceamento entre os músculos da mastigigação podendo um incrementar ou modular a ação do outro. Aproximadamente 90% dos problemas de ATM são causados pelo desequilíbrio da ação destes músculos ou interferências oclusais.

Autor do Resumo: **Carlos Eduardo Carrara**

Unitermos: **Articulação temporomandibular; Oclusão dentária.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 13, jul./dez.1988

NAGEM FILHO, H.; POLETTI, L.T. de A.; VIEIRA, L.C.C.; PEREIRA, J.C. Propriedades químicas e biocompatibilidade de soluções de Ca(OH)_2 . Rev.Odont.USP., 1(2):2-23, abr./jun., 1987.

A solução de Ca(OH)_2 é preferivelmente indicada para limpeza cavitária promovendo a remoção de detritos. Além de limpar pela ação mecânica, atua como agente bacteriostático, hemostático e neutraliza a acidez existente na cavidade recém preparada.

Fez-se o estudo do cálcio iônico, PH e biocompatibilidade de diversas soluções de Ca(OH)_2 encontradas no mercado: solução de Ca(OH)_2 saturada, Tergidroxí, Pulprotec, solução de Ca(OH)_2 hermeticamente fechada.

A solução de Ca(OH)_2 é muito instável e após três meses de armazenagem, apenas as amostras de Pulprotec e solução de Ca(OH)_2 em ampolas hermeticamente fechadas permaneceram com PH e percentagem de cálcio constantes.

No teste de biocompatibilidade, Pulprotec demonstrou um potencial irritativo grande.

A solução de Ca(OH)_2 em ampolas hermeticamente fechadas demonstrou ser a substância que reuniu as melhores características químicas e biológicas.

Autor do Resumo: Carlos Eduardo Carrara

Unitermos: Hidróxido de cálcio; Cavidade dentária, limpeza.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 14, jul./dez. 1988

NAVARRO, M.F. de L.; CARVALHO, R.M. de; MONDELLI, J.; ISHIKIRIAMA, A. Avaliação clínica da efetividade do cimento de sílico-fosfato na inibição de cáries; resultados de um ano. Rev.Ass.paul.cirurg.Dent., 42(3):222-3, maio/jun. 1988.

Investigação clínica da capacidade de inibição de cáries do cimento de sílico-fosfato em comparação com o amálgama.

Realizou-se restaurações com cimento de sílico-fosfato, classe I, em pré-molares de um hemiarco e com amálgama nos pré-molares do hemiarco oposto, para controle, em 30 pacientes.

Após um ano de controle restaram 26 pacientes nos quais os exames clínico e radiográfico não revelaram diferenças estatisticamente significantes.

As restaurações de sílico-fosfato apresentaram-se clinicamente satisfatórias, demonstrando ligeiro desgaste na oclusal.

São ainda mais baratos que as restaurações a amálgama e liberam uma quantidade altíssima de flúor para os dentes, fatores que indicam que as restaurações de sílico-fosfato são mais vantajosas, com relação ao custo-benefício.

Autor do Resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Cariostáticos, agentes.**

NAVARRO, M.F. de L.; GONÇALVES, M.P.R.; PEREIRA, J.C.; CO
RADAZZI, J.L. Dentina cariada subjacente a restaura-
ções plásticas. Rev.Odont.USP., 1(1):17-20, jan./mar.
1987.

Os métodos para evidenciar clinicamente o tecido ca-
riado a ser removido, como dureza e coloração da dentina,
por variarem de indivíduo para indivíduo, não são confiá-
veis.

Recomenda-se a utilização de corantes como a solu-
ção de fucsina básica a 0,5% ou vermelho ácido a 1% em
propileno glicol. Estes corantes ainda são pouco conhe-
cidos e utilizados pelos Cirurgiões Dentista.

Foram examinados 116 dentes de pacientes da FOB-USP
e de clínicas particulares, sendo 58 restaurações estéti-
cas insatisfatórias devido a mudança de cor, forma anatômi-
ca alterada e 58 restaurações a amálgama apresentando de-
gradação marginal intensa ou superfície irregular.

Os resultados mostraram que: a) restaurações a amál-
gama apresentam maior porcentagem de dentina cariada no
fundo cavitário em relação as estéticas enquanto que es-
tas sobrepujam as primeiras em relação a junção ameloden-
tinária; b) os tratamentos realizados na FOB-USP e em clí-
nicas particulares não diferiram mostrando que o grau de
habilidade do profissional não determina a eficiência na
remoção do tecido cariado; c) é importante a utilização
dos corantes citados para evidenciar a dentina irreversi-
velmente desorganizada ao invés de métodos tradicionais.

Autor do Resumo: **Maria Silvia de Lima**

Unitermos: **Cárie dentária; Cavidade dentária, preparo.**

NAVARRO, M.F. de L.; NAGEM FILHO, H.; POLETTTO, L.T. de A.; VIEIRA, L.C.C. Pintura e caracterização de resinas compostas. Rev.Odont.USP, 1(1):54-6, jan./mar.1987.

Relato do caso clínico de um paciente na qual apresentava uma restauração de resina composta em 2/3 da coroa clínica no sentido cérvico incisal e toda a sua extensão mésio-distal, com superfície irregular, excessos marginais e alterações de cor.

O tratamento aplicado foi a remoção parcial da resina pré-existente e uso de uma resina composta de partículas intermediárias (Herculite Kerr) e a pintura com o Command Color (Kerr).

Foi feito o isolamento, seleção de cor, preparo do dente e o procedimento restaurador, colocando-se o corante, e por cima uma camada de resina translúcida (Light Shade).

O acabamento foi realizado 24 horas após e o resultado foi excelente.

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

Unitermos: **Resinas composta.**

NOONAN, J.E.; GOLDFOGEL, M.H.; LAMBERT, R.L. Inhibited set of the surface of addition silicones in contact with rubber dam. Oper.Dent., 15(2):46-8, Spring 1985.

Muitos profissionais têm empregado o dique de borracha durante o preparo e moldagem do dente para restauração metálica. Ao fazer uma moldagem com uma silicona de adição, notou-se que a superfície em contato com o dique de borracha não polimerizava normalmente. Com o objetivo de se obter uma resposta para este problema clínico 17 produtos, representando quatro tipos de materiais de moldagem (polissulfeto, poliéster, silicona de adição e silicona de condensação) foram utilizados neste estudo. A manipulação de cada material foi realizado de acordo com as instruções dos fabricantes e colocado sobre uma placa de vidro e dique de borracha. Quinze minutos após a manipulação dos materiais, esses foram removidos da placa e do dique e examinados com um instrumento rombo. Os resultados mostraram que, somente as siliconas de adição não polimerizaram quando em contato com o dique. Isso talvez ocorra pelo fato do catalizador (platina) da silicona de adição ser contaminado pelo enxofre presente na borracha, inibindo a sua reação de polimerização.

Autor do Resumo: **Marly Kimie Sonohara**

Unitermos: **Moldagem odontológica, materiais.**

NUNES, O.B.C. Avaliação clínica das restaurações à amálgama; revisão de literatura. Odont.Mod., 15(6):22-33, jul. 1988.

Entre as principais causas para o insucesso de restaurações à amálgama estão a indicação incorreta do material restaurador, o preparo cavitário inadequado, a escolha do tipo de liga e as técnicas empregadas desde a manipulação do material até sua inserção na cavidade. Infiltração marginal e graus elevados de porosidade foram causados pelo tipo inadequado do condensador usado, proporção mercúrio-liga e tempo de trituração fora das especificações do fabricante. A falta de brunidura após a escultura favoreceu a infiltração marginal e a falta de acabamento e polimento responsáveis pela menor duração da restauração.

Algumas recomendações para se obter uma restauração satisfatória são ligas metálicas de alto conteúdo de cobre, que aumentam resistência, preparo cavitário correto, largura da cavidade de 1/4 da distância intercuspídea, ângulo cavo-superficial próximo de 90°, seguir instruções do fabricante e uso de pinos para maior retenção do material. Indica-se ainda a brunidura após a escultura que diminui a rugosidade superficial e aumenta a adaptação marginal, dando uma maior integridade a restauração e um cuidadoso acabamento e polimento.

Autor do Resumo: Andréa Amado da Costa

Unitermos: Amálgama dentário.

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

A teoria hidrodinâmica da sensibilidade dentinária propõe que a causa da sensibilidade dentinária é a movimentação do conteúdo (fluido) tubular em qualquer direção.

Observou-se a partir daí, que alguns procedimentos que promovem a obstrução dos túbulos dentinários, produz redução de sensibilidade.

Cita a aplicação de resinas ou aplicação tópica de sais de oxalato em áreas sensíveis, produzindo cristais de oxalato de cálcio os quais obstruem os túbulos promovendo uma desensibilização imediata.

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

Nem todos os agentes diminuem a sensibilidade dentinária pela obstrução dos túbulos dentinários. Isso porque há dois mecanismos de ação dos agentes dessensibilizantes. Um, envolve o bloqueio do movimento do fluido pela oclusão do túbulo, e o outro que envolve o bloqueio da atividade do nervo pulpar pela alteração da excitabilidade dos nervos sensoriais, como é o caso do nitrato de potássio.

Autor do Resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Dentina, permeabilidade.

QUINTANILHA, L.E.L.P. & CORADAZZI, J.L. Restauração seqüencial de dentes anteriores fraturados sem o aproveitamento do fragmento; caso clínico. Rev.Odont.USP, 1(3):40-7 jul./set. 1987.

Paciente com oito anos de idade sofreu fratura no incisivo central superior esquerdo onde o fragmento dentário foi perdido na ocasião do acidente. A técnica de reconstrução baseia-se resumidamente em: a) anestesia foi dispensada devido a presença de dentina esclerosada na região da fratura; seguiu-se então a seleção dos materiais restauradores, onde a seleção de cor se fez para cada uma das estruturas dentais (dentina e esmalte). Para restaurar a dentina foi usada resina composta ativada quimicamente com corantes básicos, a seguir utilizou-se resina composta fotopolimerizável de micropartículas para restaurar o esmalte. Após a escolha dos materiais restauradores fez-se o preparo do remanescente dental com terminação em bisel, seguido de proteção pulpar, ataque ácido, lavagem, selante e restauração.

Terminado a polimerização, removeu-se os excessos, deu-se um acabamento grosseiro sendo o final, dado 24 horas após a conclusão da restauração.

Autor do Resumo: Erica Ferrazzoli Devienne

Unitermos: Dente, fraturas; Cavidade dentária, preparo.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 21, jul./dez. 1988

RUSSO, E.M.S. & GARONE NETTO, N. Técnica de restauração com cimento de ionômero de vidro. Rev.Ass.paul.cirurg. Dent., 42(5):123-5, set./out. 1988.

Os cimentos ionoméricos são materiais que apresentam compatibilidade biológica com a polpa dental, liberam flúor e possuem adesividade as estruturas dentais o que torna, às vezes, dispensável o preparo cavitário. Destaca-se sua utilização em lesões cervicais de pacientes com alta suscetibilidade a cárie e lesões de erosão e abrasão especialmente quando houver sensibilidade dentinária.

Faz-se isolamento absoluto e remoção de todo tecido cariado, sendo dispensável o preparo cavitário em lesões cervicais com profundidade mínima de 1mm com a broca 1/4 na parede gengival realiza-se o sulco de retenção.

A limpeza cavitária é feita com Tergentol, lava-se e seca-se. Em cavidades profundas usa-se cimento de hidróxido de cálcio.

A proporção ideal de pó-líquido é de 3:1, sendo o pó dividido em três partes antes de ser aglutinado ao líquido, em placa de vidro grossa por 40-60 segundos.

Protege-se a restauração com duas camadas de verniz após remoção dos excessos, com acabamento final após 48 horas.

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

Unitermos: **Ionômero de vidro.**

SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.H.da; NAVARRO, M.F.de L.; FRANCO, E.B.; VIEIRA, L.C.C. Adesivos dentinários. Estrutura, modo de ação e considerações clínicas. Rev.bras. Odont., 45(6):22-5, nov./dez 1988.

Os adesivos dentinários são utilizados para diminuir a infiltração marginal em restaurações de resinas compostas, fazendo previamente o condicionamento ácido do esmalte.

A composição dos adesivos varia de acordo com a marca (Scotchbond, Dentin bonding agent e Gluma), assim como a adesão a dentina, a qual ocorre principalmente pela união as fibras colágenas.

O adesivo dentinário é usado antes da colocação da resina e para se fazer restaurações de resina alguns fatores devem ser considerados: a superfície do preparo cavitário deve ser rugosa; a inserção do material deve ser em pequenas porções para diminuir a contração de polimerização e o acabamento-polimento devem ser feitos pelo menos 24 horas após a inserção.

É difícil fazer uma avaliação precisa do adesivo, pois não solucionaram adequadamente o problema de retenção e infiltração marginal de restaurações com resina composta.

Autor do Resumo: **Jolber Rodrigues da Fonseca**

Unitermos: **Adesivos; Resina.**

STEAGALL, L. & GRANDE, R.H.M. **Filosofia e conceitos de preparos cavitários para amálgama.** Rev.paul.Odont., 10(4):22-30, jul./ago. 1988.

A filosofia atual preconiza que o preparo cavitário seja o mais conservativo possível possibilitando assim melhores condições de resistência ao remanescente dentário. O importante é que aliada a essa tendência estejam a preocupação com métodos de prevenção realmente efetivos e com a colaboração do paciente.

O profissional que pretende lançar mão dessa filosofia deve estar preocupado não só com uma ou duas restaurações a serem realizadas, mas sim com as condições gerais de higiene do paciente, quantidade de placa e evidência de cárie. Além disso suas restaurações devem permitir as melhores condições de desempenho mastigatório, não apresentando contatos prematuros, ou quaisquer outras interferências oclusais.

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

Unitermos: **Amálgama dentário; Cavidade dentária, preparo.**

TJAM, A.H.L. & MORGAN, D.L. Metal-reinforced glass ionomers their flexural and bond strength to tooth substrates. J.prosth.Dent., 59(2): 137-41, Feb. 1988.

A característica mais relevante dos cimentos ionoméricos é sua capacidade de aderir físico-quimicamente às estruturas dentais promovendo melhor retenção e vedamento da cavidade. A adição de ligas de prata ao cimento ionomérico usada para incrementar a radiopacidade do material também aumenta a adesividade ao dente, a resistência ao desgaste e reduz a infiltração marginal.

O uso de um precipitado de prata mais vidro ao invés de ligas de prata pode melhorar ainda mais estas propriedades físicas.

Ionômeros reforçados com prata, Cerments (Ketac Silver e Fuji II Luni Alloy) foram comparados com seus respectivos cimentos ionoméricos formulados para cimentação, onde se concluiu que não há diferença no poder de adesão entre os ionômeros com e sem carga.

A adesão ao esmalte é maior que à dentina porém a diferença é pequena. Nenhuma diferença foi observada na adesão dos cimentos estudados (Ketac Silver e Fuji II Luni Alloy), assim como na resistência a flexão entre os ionômeros com carga e sem carga. Ketac Silver demonstrou um maior poder de flexão que Fuji II Luni Alloy.

Autor do Resumo: Carlos Eduardo Carrara

Unitermos: Ionômero de vidro.

TOLEDO, O.A. De cavidades modificadas para resinas compostas. *Rev.gaucha Odont.*, 35(1):65-6, jan. 1987.

Comparação de dois tipos de preparo para resinas compostas para restaurações de classe I e II; um convencional como para amálgama e outro modificado, juntamente com o desempenho clínico de uma resina composta quimio-polimerizável e outra fotopolimerizável.

Foram realizadas 240 restaurações de classe I e II em 32 crianças selecionadas e com consultas de reavaliação a cada seis meses por um período de três anos.

As resinas utilizadas foram Profile (quimio-polimerizável) e Viseofill (fotopolimerizável), sendo analisadas através de um método direto na qual registrava alteração de cor, integridade marginal, desgaste e reincidência de cárie, através de fotografias.

Nos resultados, não foram observadas diferenças significantes entre os dois tipos de preparo. Ambos os materiais apresentaram ligeira deterioração, envolvendo todos os critérios, não mostrando diferenças estatisticamente significante.

As resinas apresentaram-se aceitáveis para o uso após os preparos convencionais ou modificados (classe I e II) em molares decíduos, pelo menos no período de 12 meses.

Autor do Resumo: Denise da Costa Boamorte

Unitermos: Resinas compostas; Cavidade dentária, preparo.

CONSOLARO, A. & VASCONCELOS, M.H.F. Etiopatogenia do herpes simples; uma revisão. Estomat.Cult., 14(1/2):66-73, jan./jun. 1984.

Herpes simples é uma doença infecciosa aguda com manifestações recorrentes, onde o herpes vírus hominis (HVH) é neuroectotrópico, pois infecta as células epiteliais de revestimento, células de origem neural, meninges e mais raramente epitélio interno. HVH é sensível ao calor e à ação direta dos ácidos, solventes lipídicos, detergentes catiônicos, enzimas proteolíticas, aldeídos, fenol e radiação ultravioleta. A transmissão pode ocorrer através de células não ceratinizadas da mucosa oral, genital e oftálmica, além de epitélios traumatizados por queimaduras ou escoriações. A penetração do HVH nas células levam a modificações bioquímicas funcionais e estruturais promovendo a multiplicação viral. A erupção da vesícula intra-epitelial ocorre após período prodômico de 12 horas, tornando-se mais tarde subepitelial, com consequente ulceração depois do seu rompimento. Após a infecção primária, os vírus permanecem no interior de células basais do epitélio no gânglio trigeminal, ficando em estado de latência. A reativação desse vírus pode estar relacionada com fatores desencadeantes como febre, exposição a luz solar, stress físico ou mental e diminuição da atividade imunológica do hospedeiro.

Autor do Resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Herpes simples.

HOBSON, P. Sugar based medicines and dental disease. Dent. Hlth., 26(3):5-8, June/July 1987.

O açúcar está incluído em quase todas as fórmulas preparadas para crianças a fim de torná-las mais saborosas.

A freqüência de ingestão de açúcar mais do que o total ingerido é um fator importante na etiologia da cárie dental. O uso, a longo prazo, de medicamentos contendo açúcar pelas crianças aumenta o aparecimento de cáries. Há preocupação com esta situação porque o estado de morbidez da criança pode aumentar como resultado da doença dental.

Outro aspecto a ser considerado é que a realização de restaurações ou outros procedimentos em pacientes deficientes físicos ou mentais às vezes só é possível se os submetermos a anestesia geral. Em outros pacientes, um tratamento dentário, pode apresentar riscos, como no caso de hemofílicos.

As seguintes recomendações são feitas: a) a indústria farmacêutica deveria fornecer maior quantidade de medicamentos sem açúcar; b) a ficha de dados de medicamentos com açúcar deve conter informações quanto à existência e concentração de açúcar; c) todos os profissionais da área de saúde e pais devem ser orientados quanto aos efeitos prejudiciais de medicamentos contendo açúcar, principalmente para crianças.

Autor do Resumo: **Maria Silvia de Lima**

Unitermos: **Cárie dentária.**

HOBSON, P. Sugar based medicines and dental disease. Dent. Hlth, 26(3):5-8, June/July 1987.

O açúcar está incluído em quase todas as fórmulas preparadas para crianças a fim de torná-las mais saborosas.

A frequência de ingestão de açúcar mais do que o total ingerido é um fator importante na etiologia da cárie dental. O uso, a longo prazo, de medicamentos contendo açúcar pelas crianças aumenta o aparecimento de cáries. Há preocupação com esta situação porque o estado de morbidez da criança pode aumentar como resultado da doença dental.

Outro aspecto a ser considerado é que a realização de restaurações ou outros procedimentos em pacientes deficientes físicos ou mentais às vezes só é possível se os submetermos a anestesia geral. Em outros pacientes, um tratamento dentário, pode apresentar riscos, como no caso de hemofílicos.

As seguintes recomendações são feitas: a) a indústria farmacêutica deveria fornecer maior quantidade de medicamentos sem açúcar; b) a ficha de dados de medicamentos com açúcar deve conter informações quanto à existência e concentração de açúcar; c) todos os profissionais da área de saúde e pais devem ser orientados quanto aos efeitos prejudiciais de medicamentos contendo açúcar, principalmente para crianças.

Autor do Resumo: **Maria Silvia de Lima**

Unitermos: **Cárie dentária.**

JARUSH, J. The disease and its implications for dentistry. J.Amer.dent.Ass., 115(4):395-403, Sept. 1987.

Muitos americanos estão infectados pelos vírus da AIDS, estimando-se para 1991 a ocorrência de 178.760 mortes.

Estudos realizados em junho de 1987 mostraram que cerca de 1104 dentistas e 127 higienistas estavam contaminados pelo vírus da AIDS, mostrando que apesar deste índice o risco de contaminação dos profissionais de odontologia tomando os cuidados necessários é pequeno. Há necessidade do uso de luvas, máscaras, gorros, óculos e aventais longos pelo dentista e equipe, fazer excelente anamnese dos pacientes e correta assepsia e esterilização dos materiais entre um paciente e outro. As principais vias de contaminação são: sangue, sêmem, seringas contaminadas podendo ainda ser transmitida da mãe para o filho, em transfusões de sangue e hemodiálise. Os principais grupos de risco são homossexuais, bissexuais, viciados em drogas injetáveis e hemofílicos, hoje o grupo de risco é maior justamente pela disseminação da doença ter aumentado.

Há grande incidência na população negra e espanhola.

Tratar ou não paciente com AIDS dependerá do profissional e da situação. Casos de emergência requerem cuidados especiais, pois se o profissional se recusar a tratar pode ser acusado de **negligência**.

Nos E.U.A. existem clínicos especializados em tratamento da AIDS e doenças infecciosas.

Autor do Resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Doenças ocupacionais; Síndrome da imunodeficiência adquirida.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2), 29, jul./dez. 1988

LOWE, O. Oral concerns for the pediatric cancer patient.
J.Periodont., 1(1):35-46, Nov. 1987.

Os tecidos bucais são muito suscetíveis a tratamentos quimioterápicos e a radiações, por isso é comum em pacientes portadores de câncer o surgimento de úlceras bucais, estomatites, inflamações de mucosa, xerostomia e infecções secundárias.

Para as infecções, decorrentes do estado de imunossupressão, recomenda-se o uso de antibióticos locais e no combate a dor, aplicação de analgésicos. Lavagens com soluções salinas e peróxido de hidrogênio, minimizam as inflamações bucais e efeitos de xerostomia, dando ao paciente maior conforto.

A essas medidas aliam-se cuidados intensivos com a higiene bucal através de esclarecimento e motivação do paciente, manutenção da dieta adequada às necessidades e tolerância da pessoa, enriquecida de vitaminas e proteínas suplementares e eliminação de fatores locais prejudiciais como: cáries, áreas suscetíveis à infecção, resíduos de dentes e acidificação do meio.

Autor do Resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Terapia anticâncer; Problemas orais, combate.**

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

Agulhas gengival 30G, MIZZY e hipodérmicas foram contaminadas pela passagem de suspensão de microorganismos através, de seu lume. Após este procedimento, foram submetidas aos seguintes métodos de esterilização e desinfecção: a) agentes físicos: 1- autoclave por 15 min.. 2- estufa a 170°C, por 60 min., 3- água em ebulição por 30 min.; b) agentes químicos: 1- germekil, 2- álcool 77°GL e CIDEX por 30 min.

Os métodos de calor seco e úmido mostraram-se eficazes na esterilização das agulhas. No caso da agulha gengival esterilizada em estufa não foi possível a sua reutilização devido a parte plástica não suportar a alta temperatura. A água em ebulição tem a desvantagem de provocar a oxidação do instrumental.

Os agentes químicos CIDEX e Germekil são ineficazes na esterilização de agulhas. O álcool 77°GL promoveu a desinfecção somente das agulhas hipodérmicas. O calibre do lume das agulhas é um dos fatores que dificulta a ação dos agentes químicos.

É inviável a reutilização de agulhas para anestesia na prática rotineira da Odontologia.

Autor do Resumo: **Maria Sílvia de Lima**

Unitermos: **Agulhas, esterilização; Anestesia dentária.**

MOLINARI, J.A. & MERCHANT, V.A. Herpesviruses manifestations and transmission. J.Calif.dent.Ass., 17(2):24-31, Feb. 1989.

A maioria dos dentistas já está familiarizado com as manifestações orais da infecção do herpes simples vírus (HSV). Contudo, além deste, outros herpes vírus podem estar na saliva e podem ser transmitidos no consultório. O HSV-1 e HSV-2 apresentam as mesmas manifestações clínicas e após a infecção primária, o vírus estabelece uma infecção latente num gânglio sensorial. A infecção secundária ocorre devido a reativação desse vírus latente. A sua transmissão ocorre pelo contato direto com a lesão, secreção oral e genital e objetos contaminados. O varicela-zoster vírus (VZV) causa catapora na sua infecção primária e é transmitido pelo contato com a lesão, secreção ou aerosol. Este vírus também permanece latente no tecido nervoso e a sua reativação é conhecida como zoster. Isso ocorre em pessoas com stress e imunocomprometidos, podendo em certos casos desenvolver infecção disseminada. Epstein-Barr virus (EBV) é o agente etiológico da infecção mononucleose (heterófilo) e na maioria das vezes é assintomático. A transmissão ocorre pela saliva e sangue. Além disso, o vírus fica latente nos linfócitos B, podendo então ser transmitidos pela transfusão sanguínea. Citomegalovírus (CMV) é o agente etiológico mais comum da síndrome mononucleose, sendo mais freqüente nos adultos, causando febre, mal estar e suave hepatite. A maioria de suas manifestações clínicas são de afecções congênitas cuja mãe desenvolveu ou a infecção primária ou a reativação do CMV latente. A reativação do herpesvirus latente pode ocorrer com ou sem sintomas; e em outros casos, partículas virais podem ser produzidas com potencial para transmissão. Assim, todo paciente deveria ser tratado como sendo potencialmente infeccioso.

Autor do Resumo: **Marly Kimie Sonohara**

Unitermos: **Herpes simples; Manifestações bucais.**

MOURA, D.A. A era dos transplantes. Problemas Brasileiros, 265:18-9, jan./feb. 1988.

Os serviços médicos e hospitalares oferecidos no Brasil, registraram sensíveis avanços nas últimas três décadas.

A introdução maciça de tecnologia contribuiu para propiciar um inegável desenvolvimento no estudo e na terapêutica das doenças, segundo o cardiologista Adib Jatene, que aponta os transplantes de órgãos como provas irrefutáveis dessa afirmativa.

A pesquisa mundial sobre transplantes começou no final dos anos 40, na América Latina ocorreu em 1965 o primeiro transplante de coração do continente sul-americano, todos no Brasil. Para atingir esse nível, a medicina brasileira evoluiu impulsionada pela troca de conhecimentos com os outros países.

O Brasil sempre esteve presente nos grandes encontros internacionais de medicina desde a época de Oswaldo Cruz, destacando-se como um dos países mais avançados na medicina dentro da América Latina.

Autor do Resumo: Patrícia Orsi Outra

Unitermos: Transplantação.

PECORA, J.D.; COSTA, W.F.; MACCHETTI, D.D. Caso clínico, Dens in dente. Rev.Odont.USP, 1(2):46-9, abr./jun.1987

Um paciente com dez anos de idade apresentou-se para o tratamento endodôntico no incisivo lateral superior direito e a radiografia periapical evidenciou um Dens in dente.

Fez-se o exame clínico constatando uma fístula na gengiva vestibular e o dente não respondeu aos testes térmicos e elétricos; portanto havia duas opções de tratamento; fazer uma cirurgia apical ou fazer tratamento endodôntico convencional, pelo qual se optou. Fez-se o isolamento absoluto e sem anestesia fez-se o acesso ao canal radicular, removendo toda a invaginação, sempre fazendo irrigação.

Após raspou-se o canal com curetas e fez-se um curativo de demora com paramonoclorofenol Canforado. Esperou-se uma semana, retirou-se o curativo colocando pasta de Ca(OH)₂ e iodofórmico, obturando-se em seguida com guta percha e pasta de Maisto.

Verificou-se que o tratamento endodôntico foi eficaz, ocorrendo formação de ápice e diminuição da área radiolúcida.

Autor do Resumo: **Jolber Rodrigues da Fonseca**

Unitermos: **Dens in dente.**

SILVA, P.J. da. Lipoma de região submandibular; descrição de um caso clínico. Odont. mod., 13(6):6-13, jul. 1986.

O lipoma é um tumor benigno, de crescimento lento assintomático, localizando-se subcutaneamente em qualquer região do corpo humano. É raramente encontrado na cavidade bucal. Pela revisão da literatura sabe-se que a gênese e o modo de crescimento dos lipomas permanecem ainda obscuros e que o trauma e hereditariedade têm sido sugeridos como possíveis fatores causadores. Afirma-se ainda que o desequilíbrio endócrino, pode criar condições favoráveis para o desenvolvimento de tumores gordurosos. Apresentou-se um caso clínico de um paciente de 58 anos de idade, sexo masculino, que notou um caroço crescendo aproximadamente há três anos, quando começou a sentir a presença de um nódulo pequeno. Desde então ele continuou a crescer até atingir as dimensões atuais (6,0x3,0x4,0 cm). O exame extra-oral revelou assimetria facial causada por massa tumoral na região submandibular esquerda. A palpação revelou consistência variável mole e bem delimitado. Na palpação bimanual da região sublingual e mucosa jugal o paciente não referiu dor. O procedimento operatório consistiu na excisão do tumor que apresentando-se bem delimitado por uma cápsula fibrosa foi facilmente extirpado. O diagnóstico do exame histopatológico foi de um lipoma. O prognóstico é bom e as recidivas são raras.

Autor do Resumo: Renata Bastos Del' Hoyo

Unitermos: Lipoma; Biópsia.

SILVA JUNIOR, M.S.; SEIXAS, A.S.S.; SILVA, L.T.G.S. Consultório odontológico - uma via de transmissão microbiana. Rev.Ass.paul.cirurg.Dent., 42(2):153-4: mar./abr. 1988.

O consultório odontológico possui inúmeros veículos através dos quais o agente infectante alcança um novo hospedeiro, ou seja, tanto o cirurgião-dentista pode ser infectado por moléstias contagiosas proveniente de seus pacientes, como estes últimos podem ser vítimas da transmissão dentro do consultório.

Agar-sangue e Agar Müller-Hintos, meios de cultura, em placas de Petri foram semeados com amostras de ar ambiental de um consultório odontológico visando a identificação de microorganismos que ali viessem a se desenvolver.

As placas expostas durante o atendimento revelaram um percentual de 40% a 50% maior de colônias/placa que nas placas expostas com o consultório já fechado, mostrando que a disseminação de microorganismos no ar ambiente de consultório ocorre efetivamente.

A utilização indevida de motores de alta rotação, má esterilização do instrumental, escolha incorreta de materiais germecidas, são, entre outros, fatores que agravam a disseminação de moléstias no consultório.

Autor do Resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Consultórios dentários; Infecção, contaminação.**

PEI-INFORMA, Bauru, 1(2): 36, jul./dez. 1988

SILVEIRA, J.O.L. da. Carcinoma epidermóide da língua; relato de um caso. Odont.mod., 14(7):19-21, ago. 1987.

O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna que mais ocorre na cavidade bucal. As regiões preferidas desta neoplasia são: lábio inferior, língua e assoalho da boca, numa faixa etária de 40 aos 70 anos.

Os fatores etiológicos podem ser vários, entre eles temos o fumo, o álcool, sífilis, deficiências nutricionais, luz solar, traumatismo e vírus.

O caso a ser relatado é de um paciente que aos 51 anos de idade revelou ter trabalhado como pintor de casas e, sendo alcoólatra e fumante há mais de 30 anos, sem apresentar antecedentes alérgicos, hemorrágicos ou mórbitos. Sua queixa principal era de dor na língua e salivação abundante; que começaram há mais ou menos três meses.

Ao exame clínico notou-se extrema caquexia e os exames intra-bucais um aumento de volume, de consistência firme, indolor à palpação, com áreas ulceradas e presença de pseudo membrana.

A terapêutica aplicada inicialmente foi a de uma biópsia incisional, sendo dado o diagnóstico clínico de carcinoma epidermóide. Como a lesão era extensa, encaminhamos o paciente a um serviço especializado em Oncologia.

Cabe então ao cirurgião dentista o diagnóstico precoce desta lesão, evitando assim que uma neoplasia chegue a este estágio de evolução.

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

Unitermos: **Carcinoma.**

SIMÕES, M.J.S. & FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo(Brasil), Rev.Saúde públ. (São Paulo), 22(6):494-9, dez. 1988.

Preocupação crescente instalou-se mundialmente quanto os riscos do abuso da automedicação e abusos ou erros de prescrições.

A população de Araraquara, SP., foi avaliada quanto as características do consumo de medicamentos, através de entrevistas domiciliares. O estudo foi realizado em 1985 por dois meses e verificou-se que 42,1% do medicamentos utilizados foram obtidos sem prescrições médicas. O sexo feminino consumiu mais drogas que o masculino. A faixa etária de 50 anos foi a que mais praticou a automedicação. A maioria dos medicamentos eram industrializados. As prescrições médicas feitas em consultas anteriores e avaliadas como bem sucedidas pelo paciente, foram retomadas em 12% dos casos, revelando a importância do médico na formação dos critérios de automedicação. Os remédios mais consumidos foram os analgésicos e antitérmicos.

Autor do resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Automedicação, hábitos de consumo; Prescrição de medicamentos.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 38, jul./dez. 1988

SINGE, R.M. Diagnóstico da síndrome dor miofacial e disfunção da articulação temporomandibular. Odont.mod., 14(8):14-9, set. 1987.

A síndrome dolorosa dos distúrbios da articulação temporomandibular e dor miofacial pode ser diagnosticada e tratada com prognósticos razoáveis. Ela pode ser diferenciada de outras causas de dores faciais e existem métodos para determinar o tratamento e se haverá cura da síndrome.

Os métodos de tratamento que não estão baseados em uma determinação definitiva tanto da causa quanto dos efeitos relacionados são contra-indicados.

O tratamento permanente empírico é desnecessário quando tratamos de uma síndrome de articulação temporomandibular e/ou miofacial.

Enquanto as interferências oclusais em qualquer posição funcional da mandíbula são potencialmente danosas, a relação maxilo/mandibular mais importante é a relação central. A habilidade de registrar precisamente esta relação é essencial para a obtenção de um diagnóstico diferencial correto, bem como ao estabelecimento do prognóstico de sucesso no tratamento das disfunções temporomandibulares.

A manipulação através de diferentes procedimentos para as mesmas doenças ou disfunções não altera a essência do problema. Há muito o que aprender e somente em função de maior demonstração científica, poderemos sentir as falhas dos conhecimentos atuais no sentido de oferecer melhores serviços aos pacientes.

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

Unitermos: **Articulação temporomandibular, síndrome.**

VASCONCELOS, E.J. de. **Terapêutica dos trismos mandibulares.** Odont.mod., 7(11/2):30-9, nov./dez. 1980

A acetil-colina endógena é um mediador químico nos gânglios autonômicos, nervos colinérgicos, músculo esquelético e ao nível do SNC. A acetil-colina é velozmente hidrolisada pela colinesterase. Esta enzima será inibida quando em presença de excesso de acetil-colina. **Trismo** é a "cerração involuntária da boca resultante da contração espasmódica dos músculos elevadores da mandíbula". Pode ser: trismo banal; infeccioso tetânico; acidental; provocado; psicológico. O trismo banal é aquele resultante da fadiga muscular provocada nos masseteres em virtude de atividade prolongada dos mesmos. Como terapêutica tem-se o calor ou infra-vermelho, relaxante muscular e uso de chiclete, bem como rolha de diâmetros diferentes. Com relação ao trismo infeccioso, sabe-se que qualquer espécie de estreptococos é capaz de destruir a colinesterase. De acordo com a etiologia do trismo acidental, traumática ou infecciosa (pós-cirurgia) a terapêutica ficará, a juízo do profissional. O trismo provocado é aquele resultante de grandes cirurgias e provocados principalmente por processos cancerosos sendo de ordem irreversível. O trismo psicológico é mais comum em mulheres e crianças, sugerindo nestes casos o uso da hipnose ou encaminhamento médico.

Autor do Resumo: **Renata Bastos Del'Hoyo**

Unitermos: **Músculos mastigatórios; Acetilcolinesterase.**

BRAMANTE, C.M.; BERBERT, A.; BERNARDINELLI, N.; MORAES, I. G. de. Reimplantações dentais, condutas clínicas. Rev. Ass.paul.cirurg.Dent., 40(4):335-7, jul./ago. 1986.

Relato dos cuidados a serem tomados nos casos de avulsão dental. Sempre que possível devemos reimplantar o dente imediatamente. Não havendo esta possibilidade de vemos armazenar o dente em ambiente úmido (água, leite, soro fisiológico ou saliva), e ir o mais rápido possível ao cirurgião dentista. Não devemos manusear a superfície radicular, nem raspar, cortar ou escovar. Para limpeza devemos utilizar cotonetes com água morna ou soro fisiológico. O alvéolo deve ser limpo através de irrigação com soro fisiológico e aspiração suave para a remoção de coágulos (não deve raspar nem curetar o alvéolo). Colocá-se o dente em posição e faz-se esplintagem com resina composta e fio de aço envolvendo três dentes de cada lado do que avulsionou. Após sete a quinze dias removemos a polpa e preenchemos com hidróxido de cálcio. Renova-se este curativo a cada 30-60 dias por um período de 18 meses. Após esse período se não houver sinais radiográficos de reabsorção radicular obturamos definitivamente o canal, caso contrário continuamos com a troca de curativos.

Autor do Resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Dente, reimplantação.**

BUSATO, A.L.S.; MACEDO, R.P.; PANITZ, P.; SALVI, J.; MARCO, M.; SARI, M.; RACHELLE, I.; BELLAN, M.A. Clareamento de dentes escurecidos. Rev.gaúcha odont., 34(6): 497-500, nov./dez. 1988.

As causas mais freqüentes da alteração da cor do dente originam-se basicamente da hemorragia pulpar decorrente de um trauma ou durante o tratamento endodôntico, decomposição pulpar e cimentos obturadores. Utilizando-se 27 dentes com escurecimento coronário, compararam-se duas técnicas para o clareamento dental. A técnica do peridrol constituiu na aplicação de uma mecha de algodão recobrando a face vestibular e interior da câmara, embebidas em peridrol. A fonte de calor utilizada foi instrumento aquecido a uma lamparina à álcool. Na técnica mista, associação de peridrol + perborato de sódio, o peridrol foi colocado de forma semelhante a técnica anterior e a seguir colocou-se a pasta de peridrol + perborato de sódio preenchendo a câmara. O resultado final do clareamento foi igual para as duas técnicas, no entanto a técnica do peridrol demora pelo menos uma sessão a mais para que o dente obtenha o mesmo nível de clareamento da técnica mista.

Autor do Resumo: Marly Kimie Sonohara

Unitermos: Dente, branqueamento.

EVERSON, J.W. & GIBB, D.H. Multiple idiopathic internal resorption. Brit.dent.J., 116(2):49-50, Jan. 1989.

Um menino de anos apresentava alteração na coloração dos dentes 31, 32 e 41, sem indicação de trauma, nem tratamento restaurador dos dentes. Fez-se radiografias verificando que era reabsorção interna, optando pela extração dos dentes. Após quatro meses o dente 42 apresentava as mesmas características e neste caso optou-se pelo tratamento endodôntico.

As lesões de reabsorção interna clinicamente são indolores e como a dentina é reabsorvida há alteração da coloração do dente devido a transparência do esmalte.

Esta reabsorção apresenta-se como uma área radiolúcida no centro do dente, podendo ter forma esférica ou ovóide e provoca um alargamento do canal radicular.

Há vários fatores que podem estar relacionados com a reabsorção interna, como alterações vasculares, traumas oclusais, procedimentos restauradores, tratamentos endodônticos, porém o caso apresentado tem causa idiopática.

Autor do Resumo: **Jolber Rodrigues da Fonseca**

Unitermos: **Raiz, reabsorção.**

GELBIER, M.J. & WINTER, G.B. Traumatized incisors treated by vital pulpotomy; a retrospective study. Brit. dent. J., 164(5):319-23, May 1988.

Fez-se um estudo retrospectivo de 175 dentes permanentes anteriores de 153 crianças tratadas com pulpotomia e controladas em período de seis meses a 14 anos.

Observa-se que 79,4% dos dentes estavam em condições satisfatórias tanto clínica quanto radiograficamente, 17,7% tiveram seus canais tratados depois da perda da vitalidade pulpar e 2,9% foram extraídos. Todas extrações ocorreram até seis meses depois da pulpotomia, 33,7% dos dentes tratados até 24h do trauma foi significante-mente melhor que para os tratamentos realizados mais tardiamente. Nove dos dentes tratados, 5,1% apresentaram calcificação parcial do canal radicular, sete desses ocorreram em até 18 meses da pulpotomia.

Os resultados demonstram que os dentes traumatizados com grandes exposições pulpares devem ser tratados com a pulpotomia e posterior curativo de hidróxido de cálcio, que acarretará o fechamento do ápice, sendo que o tratamento radical, quando indicado, será facilitado e poderá ser adiado até que a criança atinja a adolescência ou mesmo a idade adulta.

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

Unitermos: **Pulpotomia.**

HASSELGREN, G. & AKERBLON, A. Prognosis for endodontic treatment of obliterated root canals. J. dent.Res., 67(Sp.issue):301, Mar. 1989./ Abstract nº 1509/.

Durante dez anos foram selecionados e observados, pacientes com canais radiculares obliterados. considerando aqueles que não eram abertos mais do que $1/3$ do comprimento da raiz e os que o lúmen não eram visíveis nas radiografias apicais.

Tais pacientes tinham 64 canais obliterados, dos quais 16 tinham radioluscência periapical e 48 tinham contorno periapical intacto.

Foram tratados os dentes em condições assépticas usando 0,5% de solução tampão de NaOCl e pasta de Ca(OH)₂ com água. Após o tratamento os dentes foram observados clínica e radiograficamente, sendo que: 57 canais (89%) dos 64 tiveram sucesso; 47 canais (97,7%) dos 48 também tiveram sucesso. Considerando que a radioluscência periapical estava presente antes do tratamento, 10 canais (62,5%) dos 16 tiveram sucesso.

Verificando-se os resultados, o prognóstico é considerado ótimo para o tratamento de canais obliterados.

Autor do Resumo: **Jolber Rodrigues da Fonseca**

Unitermos: **Canal radicular, terapia.**

HOLLAND, R.; SILVA, A.C.F. da; BAZAGLI, A.M.; BARROS, A. C.L. de; MAGRO, V.M. Influência do uso de soluções descalcificadoras na obturação do sistema de canais radiculares. Rev.bras.Odont., 45(2):16-22, mar./abr. 1968

Selecionados 80 dentes unirradiculares divididos em grupos onde aplicou-se as seguintes soluções irrigadas: grupo I- onde foi irrigado com líquido de Milton; II- onde se aplicou EDTA; III- onde irrigou-se com uma mistura de Milton mais EDTA; IV- onde colocou-se líquido de Milton mais ácido cítrico. Os dentes foram posteriormente obturados pela técnica de condensação lateral.

O exame radiográfico das obturações revelou que o uso de EDTA, após o preparo biomecânico do conduto, foi o procedimento que permitiu uma maior incidência na obtenção de ramificações, comprovando que soluções descalcificadoras aumentam a possibilidade do material obturador escoar para o interior dos canais laterais ou deltas apicais.

Autor do Resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **EDTA; Canal radicular, irrigantes.**

NUTTING, E.B. & POE, G.S. Chemical bleaching of discolored endodontically treated teeth. Dent.Clin.N.Amer., 655-62, Nov. 1967.

Várias substâncias têm sido usadas no clareamento de dentes despolpados. Neste estudo, os autores empregaram uma pasta formada por dois agentes oxidantes: peróxido de hidrogênio a 30% e perborato de sódio. Para a realização do tratamento clareador deve-se levar em consideração a obturação adequada do canal radicular, idade do paciente e o tempo de escurecimento. A técnica de clareamento consiste em realizar o isolamento absoluto, a abertura coronária e limpeza da cavidade com brocas, clorofórmio ou xileno, removendo-se restos necróticos e materiais obturadores. A pasta de perborato de sódio e peróxido de hidrogênio a 30% é levada ao interior da câmara pulpar e o vedamento da cavidade é feito com óxido de zinco e eugenol. Depois de 3-5 dias, o paciente retorna para a reavaliação e se necessário, repete-se os procedimentos. Após a obtenção do resultado final do clareamento, a limpeza da porção coronária é novamente realizada, com clorofórmio ou xileno. O interior da cavidade é pincelado com monômero acrílico e restaurado com cimento de silicato ou outro material plástico. O emprego do amálgama não deve ser feito para evitar uma futura alteração de cor pelos íons metálicos.

Autor do Resumo: **Marly Kimie Sonohara**

Unitermos: **Dente, branqueamento.**

MEDEIROS, P.I. & MEDEIROS, P.J. O uso de antibióticos em odontopediatria. Rev.bras.Odont., 45(5)11-5, set./out. 1988.

Os microorganismos mais freqüentes encontrados nas infecções orais são os estreptococos e anaeróbios. A maioria destes germes é sensível à penicilina, devendo ser este o antibiótico de primeira escolha na profilaxia e tratamento das infecções odontogênicas.

Em pacientes alérgicos à penicilina, nas infecções moderadas e as profilaxias antibióticas, uma boa alternativa é a eritromicina.

A clindamicina é um excelente antibiótico para as infecções odontogênicas mas, não deve ser o antibiótico de escolha, porque existe o risco de colite pseudomembranosa. Esta condição pode ser fatal se não diagnosticada e tratada. A clindamicina deve ser reservada para os quadros infecciosos mais graves, seja o paciente alérgico à penicilina ou não.

Os princípios gerais da antibioticoterapia são os mesmos, para adultos e crianças. A diferença básica é em relação à tetraciclina que não deve ser usada em crianças com menos de 8 anos de idade por interferir no metabolismo da formação dos dentes, pigmentando-os. É importante destacar que os antibióticos só devem ser usados em situações em que os mesmos se fazem indispensáveis.

Autor do Resumo: **Maria Sílvia de Lima**

Unitermos: **Odontopediatria; Antibióticos.**

MICHEL, M.D.S.; ARAÚJO, F.B. de; RADOS, P.V. Avaliação da pulpotomia com glutaraldeído. Rev.gaucha Odont., 36(4):313-6, jul./ago. 1988.

Avaliou-se clínica e histologicamente a reação do tecido pulpar de dentes decíduos humanos frente à ação do glutaraldeído e do formocresol diluído, como também a reação histológica dos tecidos periapicais de molares de ratos.

A reação pulpar frente ao glutaraldeído apresentou características de vitalidade, e alterações degenerativas ocorridas ao nível de terço médio e apical foram menos intensa quando comparadas com as amostras do formocresol diluído. Em relação aos tecidos periapicais, houve uma predominância de resultados favoráveis ao glutaraldeído.

Tais observações parecem estar relacionadas ao fato de ser o glutaraldeído uma substância menos invasiva tendo, conseqüentemente, efeito mais limitado a região onde é aplicado e causando menores efeitos a longa distância.

Concluíram que não deve ser descartado o uso de nenhum dos dois medicamentos da aplicação clínica, e sim sugerem ter o glutaraldeído como um produto alternativo em pulpotomias de dentes decíduos.

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

Unitermos: **Dente decíduo, Polpa dentária.**

ROCHA, L.V.A.; ROCHA, N.M.O.; BULLEGON, A.L.C.; PERACHI, M.I. Erupção dos dentes decíduos. Rev.gaúcha Odont., 36(6):461-3, nov./dez. 1988.

Correlação entre erupção dos dentes e as manifestações orgânicas que podem ocorrer nas crianças.

Neste levantamento, observou-se que cerca de 90% dos profissionais apontam o aparecimento de determinada sintomatologia quando da erupção dos decíduos. Entre as que ocorrem com maior frequência foram citadas: irritabilidade, salivação aumentada, sono intranquilo e sucção digital aumentada, que aparecem sempre de forma associada e dificilmente isolada.

A etiologia de tais sintomas é ainda obscura, mas muitos acreditam que estão relacionadas com reações imunológicas de hipersensibilidade às proteínas oriundas da matriz de esmalte.

Autor do Resumo: **Hugo Nary Filho**

Unitermos: **Dente decíduo; Hipersensibilidade.**

YAACOB, H.B.; HAMID, J.A.B. Pulpar calcification in primary teeth; a light microscope study. J. Pedodont., 3(10):254-64, Oct. 1986.

A calcificação pulpar é notada em dentes permanentes, atribuindo-se o fato à idade. Porém, dentes decíduos já foram encontrados com calcificações na câmara pulpar.

Procurou-se a natureza e causa deste fato através da análise de 120 dentes que foram seccionados e corados com H.E. e submetidos à microscopia de luz. Excluíram alguns fatores como: da necessidade de áreas hialinas na polpa para calcificação, da influência de cáries no processo e a existência de diferenças na ocorrência de calcificação entre sexo, arcadas ou cada dente individualmente.

A deposição de cálcio nas camadas média e adventícia de vasos sangüíneos, bainha dos nervos e dentro de axônios, indica degeneração dessas estruturas que em mudança podem levar à esclerose dos vasos e prejuízo a condução nervosa. A pulpotomia torna-se difícil de ser praticada em casos de intensa calcificação. Há grande prevalência de calcificação difusa.

Autor do Resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Dente decíduo.**

BAUMANN, W.R.G. & TAVARES, D. Reabsorções dentais causadas pelo tratamento ortodôntico. Rev.gaúcha Odont., 36(2):91-6, mar./abr. 1988.

A reabsorção dental causada por tratamento ortodôntico pode ocorrer, tendo uma classificação do tipo trauma mecânico crônico. Está relacionada com os seguintes aspectos: frequência que o fenômeno ocorre; grau de reabsorção (indicando maior ou menor severidade); tipo de reabsorção (arredondada, oblíqua ou horizontal); contorno da raiz (liso, irregular); manutenção ou não da cortical alveolar e espaço peridentário.

Utilizou-se uma amostra de 45 pacientes recém egressos do tratamento ortodôntico com idade média de 13 anos e tempo médio de tratamento de 34,5 meses, constatando-se que a reabsorção ocorreu em 38 dos 45 pacientes, sendo 223 dentes envolvidos de 1133. De maneira geral esta reabsorção não é muito preocupante visto que 165 dentes apresentara reabsorção grau 1 (pequena alteração no contorno apical) de forma mais comumente arredondada ou oblíqua, contorno liso mantendo o espaço peridentário e alvéolo corticalizado. É mais freqüente nos unirradiculares. Mesmo não se tratando de reabsorção preocupante, o tratamento ortodôntico deve ser acompanhado de radiografias periapicais para prevenir maiores problemas.

Autor do Resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Ortodontia; Raiz, reabsorção.**

CARVALHO, L.S. Estudo das condições gengivais em pacientes portadores de aparelho ortodôntico fixo (tipo multi bandas e bráquetes colados). *Ortodontia*, 20(1):65-71, jan./jun. 1987.

O aparelho ortodôntico fixo constitui um fator favorável ao acúmulo de placa e posteriormente aparecimento de cárie ou gengivite, principalmente quando há má adaptação das bandas e dos bráquetes. A incidência e severidade da cárie ou gengivite decresce com a remoção do aparelho ortodôntico.

Sendo assim, para que um tratamento ortodôntico tenha sucesso sem que haja a formação de lesões nos dentes ou na gengiva (provocadas por placa bacteriana) são necessários cuidados na adaptação dos bráquetes e bandas, evitando um maior número de rugosidades que proporcionam o acúmulo de placa. Além disso devemos orientar o paciente quanto a uma higiene bucal adequada (técnica de escovação e bochechos com soluções fluoretadas) e fazer um acompanhamento periódico pelo profissional para sanar problemas ou irregularidades a tempo.

Autor do Resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Ortodontia, aparelhos; Higiene oral; gengivite.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 53, jul./dez. 1988

FANTINI, S.M. Avaliação dos métodos de cimentação e colagem ortodôntica sobre o esmalte dentário. Ortodontia, 18 (1): 24-32, jan./jun. 1985.

Comparação entre os métodos de cimentação de bandas e colagem de bráquetes para fixação de aparelhos ortodônticos.

As bandas consistem em finas tiras de metal que envolvem o dente e são cimentados com cimento de fosfato de zinco ou com cimento de ionômero de vidro. Pelo fato de envolver os dentes as bandas dificultam a higiene dos mesmos principalmente nas regiões interproximais.

Os bráquetes são pequenas peças de metal ou porcelana, que são coladas com resina composta nas faces vestibulares dos dentes, portanto não atrapalham tanto a higienização.

Nas bandas e nos bráquetes são encaixados os fios ortodônticos e então é feita a movimentação dentária desejada.

Conclui-se que a colagem de bráquetes é um procedimento mais eficiente, pois permite maior estética, facilidade de higiene, diminui riscos de cáries interproximais, e evita a desmineralização do esmalte devido ao acúmulo de placa dentária ser menor. Quanto ao condicionamento ácido prévio e adesão do bráquete, este causa alterações de natureza temporária, com posterior normalização, não havendo portanto conseqüências maiores.

Autor do Resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Ortodontia, aparelhos.**

FEIGLIN, B. Problems with the endodontic; orthodontic manage of fracture teeth. Int. Endod. J., 19 (2): 57-63 Mar./Apr. 1986.

Muitos problemas podem ocorrer na extrusão ortodôntica de dentes com fraturas subgingivais.

Cinco casos clínicos foram relatados e juntamente com os mesmos, alguns problemas foram detectados, tais como: migração do tecido gengival juntamente com o dente, o qual deverá ser corrigido cirurgicamente para não ficar antiestético pois, a maioria dos casos relatados de fratura ocorrem nos dentes anteriores. Microfraturas em dentina nem sempre são detectadas, levando após tratamento endodôntico e ortodôntico da fratura maior o aparecimento de bolsa periodontal e conseqüentemente nestes casos, a extração do dente. Estes dentes tratados endo-ortodonticamente recebem geralmente núcleo fundido, o que de certa forma os enfraquece, traumas nestes dentes pós tratamento, podem levar à fratura das raízes, as quais já são bastante debilitadas, portanto todo cuidado é pouco com estes dentes. Outro problema que pode ocorrer é a intrusão do dente mesmo tendo ficado explintado, sendo assim uma coroa provisória deve ficar por um período de mais ou menos seis meses, facilitando a correção do problema, o qual seria muito mais difícil se a coroa definitiva fosse colocada em curto período de tempo. A técnica deve ser rigorosamente seguida, sendo importante o controle do caso periodicamente.

Autor do Resumo: **Érica Ferrazzoli Devienne**

Unitermos: **Dente, fraturas; Endodontia; Ortodontia.**

FREITAS, M.R. de; ALMEIDA, R.R. de; MARTINS, D.R. Movimentação ortodôntica - revisão de literatura, considerações clínicas e apresentação de um caso. Ortodontia, 18 (2): 53-61, jul./dez. 1985.

A movimentação ortodôntica ocorre devido a fenômenos de reabsorção óssea nas áreas de compressão e deposição óssea nas áreas de tração e rebordo alveolar de um dente submetido a forças de deslocamento.

A utilização de forças suaves causa desconforto suportável ao paciente e a intermitência desta força permite um período de repouso para a recomposição de todo o período-donto, evitando reabsorções acentuadas.

Estudos recentes tem demonstrado que o uso de correntes elétricas de ordem de quinze micro ampéres aceleram o movimento ortodôntico. O mesmo resultado ocorre com o uso de prostaglandina E₁ injetada na gengiva próxima a área dos movimentos.

Para provar que a magnitude de força não precisa ser tão grande para que haja o movimento do dente, relata-se um caso de formação de diastema entre os dentes 11 e 21 de uma paciente, causado por bolinhas de algodão colocadas na região interproximal para **t**apar cáries esteticamente, de **a** cordo com relato da mesma.

Autor do Resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Movimentação ortodôntica.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 56, jul./dez. 1988

GONZALEZ, J.P.M.; GARCIA, M.J.N.; CORADA, M.C.A.; CANTOS, J.J.P. Estudio sobre el crecimiento cranial de la mandíbula en una población española de 6 años de edad. Rev. Ibero. Amer. ortodonc., 7(2): 15-9, Oct. 1987.

Mediu-se o comprimento mandibular desde o côndilo até a protuberância mentoniana em 90 meninos de seis a sete anos, escolhidos ao acaso. Todos haviam nascido em 1978 e os registros foram tomados durante o mês de maio de 1985. Foram divididos em dois grupos, um de meninos nascidos entre o dia sete de maio de 1978, e outro de meninos nascidos depois do dia quatro de setembro do mesmo ano.

Notou-se que o comprimento mandibular era 3,06 mm maior no primeiro grupo em relação ao segundo. A diferença foi parecida (3,23 mm) quando considerou-se casos de classe I de Angle e de 4,57 mm em casos de classe III de Angle.

Medidas semelhantes foram obtidas em outros grupos, sugerindo que o crescimento mandibular durante os meses de primavera e verão são maiores que em outras épocas do ano.

Autor do Resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Mandíbula.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 57, jul./dez. 1988

JOHNSTON, W.D. Treatment of palatal impacted canine teeth.
Amer. J. Orthodont., 5 (6): 589-96, Dec. 1969.

Estudou-se clinicamente caninos retidos por palatino, onde a ênfase para um bom diagnóstico, através do exame radiográfico, é bastante grande.

Sugere-se a tomada radiográfica oclusal, onde os raios incidam perpendicularmente ao filme.

Localizado e esquematizado um plano de tratamento, expõe-se cirurgicamente a coroa do canino retido para que as forças normais de erupção atuem, até que a coroa fique exposta ao meio bucal.

Após a movimentação biológica, cimenta-se coroas de ouro sobre a coroa dentária e, traciona-se com o intuito de levar o dente a sua posição correta.

Após 18 meses, obteve-se resultados satisfatórios, conseguindo devolver ao paciente o posicionamento normal dos caninos outrora retidos.

Autor do Resumo: **Hélio Hissashi Terada**

Unitermos: **Canino; Tração, resistência.**

MCBRIDE, L.J. Traction; a surgical orthodontic procedure. Amer. J. Orthodont., 76 (3): 287-99.

Em muitos casos, a exposição simplesmente da coroa do dente não erupcionado pode causar problemas periodontais. Para tanto, uma técnica é recomendada para se tentar sanar o problema.

Após a abertura do campo com um retalho mucoperióstico, laça-se a coroa do dente retido com um fio ortodôntico, fechando-se a seguir o local pela reposição do retalho. O fio ficará exposto servindo de base para o tracionamento.

Após dez dias, ocorre a recuperação normal de área, permitindo agora, aplicar forças no sentido de erupção natural do dente.

Caso haja necessidade de um alinhamento ortodôntico, este pode ser realizado. Após seis meses, o dente antes retido, atinge o plano de oclusão normal.

Autor do Resumo: Hélio Hissashi Terada

Unitermos: Tração, resistência.

GROSSMAN, E.; REITER, G.; STURZENBERGER, O.P.; DICKINSON, T.D.; FERRETTI, G.A.; LUDLAN, G.E.; MECKEL, A.H. Six month study of the effects of a chlorohexidine mouthrinse on gingivitis in adults. J. Periodont. Res., 21 (Sp.issue): 33-43, 1986.

A eficácia clínica do gluconato de clorexidina 0,12% na forma de bochechos foi comparada com um placebo de 430 adultos. Os índices gengivais foram examinados após três e seis meses. Analisando-se os dados, constatou-se uma diminuição significativa de gengivite, sangramento gengival e acúmulo de placa.

A diminuição do índice de gengivite foi de 37%, da sua gravidade, de 39% e a diminuição do sangramento foi de 44%. O acúmulo de placa foi de 50% mais baixo após três meses e 61% após seis meses. Observou-se ainda que os efeitos colaterais variavam muito de indivíduo para indivíduo.

Foi notado um aumento significativo do cálculo supra gengival, mas como o índice de gengivite diminuiu, o fato não foi considerado de grande importância clínica. Manchas extrínsecas na superfície dental foram observadas mas eram facilmente removidas por profilaxia, escovação e uso de fio dental.

Autor do Resumo: **Carlos Eduardo Carrara**

Unitermos: **Placa dentária.**

ROSA, M. de la; STUZENBERGER, O.P.; MOORE, D.J. The use of chlorohexidine in the management of gengivitis in children. J. Periodont., 59 (6): 387-9, June 1988.

O uso de bochechos com clorexidina é muito conhecido no controle da placa dental e gengivite. A maioria dos bochechos é feita numa concentração de 0,2% (gluconato de clorexidina) ou com um placebo, duas vezes ao dia durante 10 e 12 semanas.

O tratamento com a clorexidina resultou em um significativo decréscimo de gengivite quando comparados ao grupo controle. Embora tenha-se observado descamação superficial da mucosa em algumas crianças do grupo experimental, esta logo desapareceu e não causou qualquer desconforto. O aumento dos efeitos anti-estéticos como manchas dentais extensas e cálculo supra-gengival não teve conseqüências para a saúde da gengiva.

Benefícios significantes são conseguidos com dois bochechos diários e uma higiene oral regular.

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

Unitermos: **Gengivite; Clorexidina.**

BADR, S.E. Some treatment alternatives for dealing with the enlarged maxillary tuberosity. Quintessence Int., 18 (7): 456-8, July 1987.

A falta de espaço entre o túber da maxila e a área retromolar em pacientes edentados constitui um problema significativo na construção de próteses totais. São propostos tratamentos alternativos para este problema, que é muito comum. Evidentemente, a redução cirúrgica da tuberosidade é a solução mais direta e deve haver um trabalho de equipe cuidadoso entre o cirurgião-oral e o protesista. A redução cirúrgica é de grande risco em pacientes idosos ou pacientes comprometidos medicamente (pacientes com uma história médica incluindo angina pectoris, hipertensão, murmúrios cardíacos, hipertiroidismo, diabete millitus, etc). Uma solução aceitável para este problema é a redução da espessura das bases, usando uma liga metálica tipo cobalto-cromo, para a cobertura do túber maxilar e da área retromolar. A espessura do metal alcança 0,6 a 0,8 mm, promovendo um espaço intermediário entre as arcadas. Todas as bordas da dentadura, são construídas em resina acrílica, permitindo qualquer ajuste ou reparo necessários.

Autor do Resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Cirurgia bucal; Hiperplasia; Ligas dentárias.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 62, jul./dez. 1988

LOMBARDO, J.G. Registros e programação do articulador em prótese total. Rev. gaúcha Odont., 36 (3): 175-80, maio/ jun. 1988.

O registro dos movimentos mandibulares é de fundamental importância, pois possibilitam a programação dos articuladores. Esses registros incluem relação cêntrica, contato em protusão, contato em lateralidade direita e esquerda. A obtenção dos registros pode ser feita após a montagem dos dentes artificiais, nas bases de prova. Inicialmente são feitos três sanduíches de cera, cada um é palstificado e adaptado à base de prova superior. O paciente com boca entreaberta é solicitado para que movimente sua mandíbula para frente até que os dentes inferiores e superiores anteriores fiquem alinhados, aí então deve ocluir contra a placa registrando a posição protusiva. Para a posição de lateralidade é realizado o mesmo procedimento, apenas a mandíbula é desviada para os lados.

Para completar esta fase faz-se o refinamento dos registros com pasta zincoenólica. A seguir programa-se o articulador para receber o registro.

Concluída a programação, o caso clínico terá condições de ser analisado e as discrepâncias oclusais poderão ser perfeitamente corrigidas.

Autor do Resumo: Érica Ferrazolli Devienne

Unitermos: Dentadura completa; Registro das relações inter-maxilares; Articuladores dentários.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 64, jul./dez. 1988

MIRANDA, M.E. Placas mio-relaxantes nas disfunções da ATM. Rev. gaúcha Odont., 33 (4): 279-85, out./dez. 1985

As placas mio-relaxantes têm sido usadas na Odontologia como um método auxiliar no diagnóstico e tratamento das disfunções de ATM. Descreve-se um método para a fabricação de uma placa para a maxila que é simples, requer pouco tempo de fabricação e que podem ser relegadas a pessoal auxiliar.

As fases de confecção são: - obtenção de um modelo fiel da maxila e demarcação, com lápis, do limite da placa; - com máquina de vácuo, adapta-se uma folha de acrílico no modelo e depois recorta-se os excessos e dá-se acabamento; - após uma prova na boca, confecciona-se um jig anterior de acrílico, cobrindo apenas os dois incisivos centrais, promovendo a desocclusão dos posteriores; - adiciona-se acrílico autopolimerizável em toda a oclusal e incisal da placa e, leva-se imediatamente à boca do paciente, guiando-se para uma posição mais posterior, sem forçar; - marca-se os pontos de contato dos dentes antagonistas no acrílico e com uma broca remove-se todos os excessos na área posterior, deixando-se apenas os pontos de contato marcados; - o ajuste posterior da placa é feito com papel carbono, deixando-se contatos bilaterais e simultâneos estáveis. Após o polimento da placa o paciente é dispensado com instruções para usar o aparelho 24 horas por dia, exceto durante as refeições.

Autor do Resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Articulação temporomandibular; Oclusão dentária.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 65, jul./dez. 1988

NOVAES JUNIOR, A.B.; NOVAES, A.B. Relação prótese-periodontia: importância da gengiva inserida. Rev. gaúcha Odont., 32 (3): 255-8, jul./set. 1984.

A gengiva inserida é uma importante estrutura de proteção ao periodonto pois apresenta: epitélio queratinizado, o qual apresenta várias camadas de células com projeções epiteliais no conjuntivo; tecido conjuntivo denso, o que permite um maior número de fibras colágenas inserindo no dente ou no osso alveolar; fibras de inserção conjuntiva ao dente, que oferecem maior resistência à penetração bacteriana e à destruição periodontal; e por fim a grande concentração de fibras colágenas na região oferecendo maior proteção contra processos inflamatórios e/ou formação de retrações.

Dessa forma na confecção de próteses fixas devemos preservar o espaço de gengiva inserida, evitando o aparecimento de retrações gengivais que são causadas pela perda de tecido gengival, ósseo e periodontal simultaneamente, mantendo dessa forma o suporte periodontal e a proteção natural da gengiva inserida, contra a incidência de cáries ou doença periodontal.

Autor do Resumo: **Glauco José Bazzo**

Unitermos: **Prótese parcial fixa; Periodontia; Gengiva.**

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 66, jul./dez. 1988

SIMONETTI, E.L. O sistema UDA; a nova opção em prótese fixa. Rev. paul. Odont., 7 (6): 2-10, nov./dez. 1985.

O sistema UDA (Universal Dental Anchorage) é apresentado como um meio de confecção de próteses fixas que não requer desgastes excessivos de dentes pilares hígidos, sendo mais econômico.

Baseia-se na utilização de âncoras de titânio fixados sobre a face proximal de elementos pilares através de perfuração e cimentação com cimento de resina e ionômero de vidro.

Sobre essas âncoras temos a cimentação dos elementos metalo-cerâmicos ou metalo-plásticos.

Esse dispositivo deve situar-se tão próximo quanto possível do limite amelocementário, um milímetro aquém da crista marginal e ligeiramente deslocada para lingual.

Os fatores a serem observados na sua indicação são: a distância entre os dentes pilares e o tamanho da superfície da coroa clínica, existindo para tanto três tipos diferentes de âncora.

Autor do Resumo: Hugo Nary Filho

Unitermos: Prótese parcial fixa; Titânio.

Título: Reimplantes dentais.

Orientador: Prof.Dr. José Simões Barroso

Apresentadores: Hugo Nary Filho e Hélio Hissashi Terada

O reimplante consiste na recolocação de um elemento dentário que tenha sido avulsionado acidentalmente.

Este é um assunto que tem gerado muita polêmica no meio odontológico devido a pouca divulgação de conhecimentos a respeito. Por isso fizemos uma revisão dos trabalhos mais recentes na literatura e encontramos várias observações conflitantes.

Sobre o tema, o que está bem fundamentado e aceito é que quanto mais rápido for feito o reimplante, maior possibilidade de sucesso é alcançado. Em outras palavras, quanto menos tempo o dente ficar fora do seu alvéolo maior a chance de sucesso. Por outro lado, muita discussão e divergência tem sido levantada com relação ao armazenamento do dente, preparo da raiz, ou seja, seu condicionamento, a necessidade de realizá-lo, a eficácia ou não de medicação intra-canal, a esplintagem e o controle.

Desta forma daremos os conceitos mais atualizados, discutindo-os para poder demonstrar a grande validade deste tipo de tratamento. Muito embora o sucesso absoluto não seja muitas vezes obtido, os benefícios imediatos e a médio prazo para o paciente com relação a estética, função, relação de harmonia clusal e também psicológico são relevantes.

O cirurgião-dentista deve procurar saber tratar devidamente este tipo de problema, cada vez mais comum, e principalmente preocupar-se em orientar a comunidade sobre o assunto.

Unitermos: Dente; Implantação dentária.

Título: Tratamento de caninos retidos pela apicotomia.

Orientador: Prof.Dr. Cesar Benedito Fernandes Rodrigues

Apresentadores: Hugo Nary Filho e Hélio Hissashi Terada

A técnica de apicotomia apresentada é um tratamento cirúrgico ortodôntico que busca a liberação de canino superior retido através de fratura cirúrgica no ápice radicular seguida de tração elástica com dispositivo ortodôntico. Baseia-se na teoria de que possíveis dilacerações e anquilose apical possam ocorrer junto às corticais nasal, sinusal e parede anterior da maxila, sendo causas primárias na retenção destes dentes.

Nos dois casos apresentados os pacientes já haviam se submetido a tratamentos anteriores sem sucesso. A técnica foi empregada e depois de 12 e 18 meses os dentes apresentavam-se em posição bastante favorável no arco.

Nos exames radiográficos de três e quatro anos, nenhuma alteração patológica foi identificada, a não ser a progressiva atresia da cavidade pulpar comprovada clinicamente pela diminuição progressiva da sensibilidade a testes térmicos.

Esta técnica possibilita a erupção em tempo médio, dentro dos padrões normais, com uma longevidade esperada na mesma frequência dos dentes com fraturas apicais.

Unitermos: Canino; Canal radicular, cirurgia; Dente, fraturas.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 69, jul./dez. 1988

Título: Adaptação marginal da resina composta.

Orientador: Prof. Ricardo Marin de Carvalho

Apresentadores: Maria Silvia de Lima e Marly Kimie Sonohara

A concentração de polimerização das restaurações de resina é um problema clínico bem conhecido. Sabe-se que ainda não existe nenhum adesivo dentinário capaz de prevenir totalmente a formação da fenda de contração.

Vários fabricantes de adesivos dentinários afirmam que a força de união entre dentina e resina, mediada por seus adesivos dentinários, aumenta com o tempo e os excessos marginais não deveriam ser removidos até cinco a dez minutos depois da polimerização.

Hansen e Asmessen (1988) investigaram se o polimento da área marginal 30 segundos, 10 minutos ou 60 minutos após a polimerização influenciaria na largura e extensão da fenda de contração. Utilizou-se dois adesivos dentinários: Gluma e adesivo da J&J. Observou-se que para o Gluma o índice marginal melhorou quando o polimento foi adiado para 10 minutos e para o adesivo da J&J o índice marginal só melhorou quando o polimento foi adiado para 60 minutos após a polimerização.

Quando o polimento da restauração de resina é realizado antes do fechamento da fenda de contração pela expansão higroscópica da resina, esta fenda nunca se fechará. Isto deve-se a pequenas partículas do dente e da restauração de resina que ficam retidas na fenda resultando em fenda marginal permanente.

O polimento deve ser adiado até que a fenda se feche e não somente após 30 segundos, 10 minutos ou 60 minutos. O tempo para que a expansão higroscópica se complete é de aproximadamente uma semana.

Unitermos: Adesivos, Infiltração dentária.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 70, jul./dez. 1988

Título: Adesivos dentinários.

Orientador: Prof.Dr. Eduardo Batista Franco

**Apresentadores: Andréa Amado da Costa e Carlos Eduardo Car
rara**

A eficiência dos adesivos dentinários em reduzir a infiltração ao redor de restaurações de resina composta tem sido discutida.

Os adesivos dentinários devido a sua adesão química com a dentina, supostamente deveriam proteger mais a interface dente/restauração contra a infiltração marginal, sendo que o selamento não seria mais só no esmalte, mas em toda a cavidade.

A primeira parte de um estudo realizado por LEINFELDER et alii (1986) procurou-se verificar a habilidade dos adesivos em diminuir a microinfiltração quando usados nas diferentes áreas do dente. A segunda parte investigou a interação dos diferentes agentes adesivos com materiais de vários coeficientes de expansão térmica.

Os resultados mostraram que os adesivos dentinários parecem não reduzir a infiltração marginal, particularmente em margens de esmalte. A infiltração mostrou ser maior em margens cavitárias situadas na junção cimento-esmalte do que naquelas localizadas no esmalte ou no cimento. A redução da infiltração é maior quando se utiliza de materiais com coeficiente de expansão térmica semelhante ao dente.

Apesar dos adesivos dentinários não reduzirem significativamente a infiltração marginal, devemos salientar que seu uso melhora bastante a adaptação do material restaurador à cavidade, aumentando assim sua resistência ao deslocamento.

Unitermos: Adesivos; Infiltração dentária.

Título: Infiltração marginal em função da localização das margens (esmalte e cimento) e de diferentes sistemas adesivos.

Orientador: Prof.Dr. Eduardo Batista Franco

Apresentadores: Andréa Amado da Costa e Denise da Costa Boamorte

A utilização de agentes adesivos que apresentam ligação química com a estrutura dentária, tem sido uma tentativa para bloqueio da infiltração marginal, principalmente onde o esmalte não está presente. Embora a união das restaurações com resinas compostas ao esmalte tenha sido considerada satisfatória, o mesmo não pode ser dito com relação à dentina. A capacidade de selamento de cinco sistemas adesivos disponíveis no mercado foi avaliada por VIEIRA, (1988). Foram selecionados 40 dentes pré-molares e preparadas cavidades de classe II (MOD), com parede gengival de uma das caixas proximais localizada em esmalte e a outra em dentina e/ou cimento. Os dentes foram separados em cinco grupos e restaurados com os diferentes sistemas adesivos conforme instruções dos fabricantes. Para verificação da infiltração marginal foram submetidos previamente a ciclagem térmica e colocados em solução corante de rodamina-B a 0,1%. Os dentes foram seccionados com a finalidade de verificar o grau de infiltração, constatando-se através de microscopia de fluorescência. Os resultados das avaliações realizadas mostraram para as margens localizadas em esmalte, um melhor comportamento quanto ao selamento marginal para os seguintes sistemas: Glass Ionomer Liner/Scotchbond/P-30, quando comparado com os sistemas ARM/Adaptic e Gluma/Lunifer. Desta forma, permanece a necessidade de futuras comparações clínicas, pois a maioria dos trabalhos não laboratoriais, a fim de se posicionar definitivamente os sistemas adesivos.

Unitermos: Adesivos; Infiltração dentária.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 72, jul./dez. 1988

Título: Forças de união entre camadas de resinas fotopolimerizáveis.

Orientador: Prof. Ricardo Marins de Carvalho

Apresentadores: Hugo Nary Filho e Maria Silvia de Lima

A limitação primária do emprego das resinas compostas fotopolimerizáveis está na penetração do raio luminoso e sua conseqüente profundidade de atuação. Muitas vezes, a não polimerização de áreas mais profundas pode levar ao fracasso da restauração. Além disso, há o problema da contração do material que promove uma desadaptação marginal da restauração.

Para tentar sanar estes problemas uma boa alternativa é a inserção da resina composta em camadas e a sua gradual polimerização visando avaliar a união entre as camadas de resina composta, este trabalho foi proposto.

TJAN; GLANCY (1988) compararam 10 tipos diferentes de resinas compostas em 10 combinações diferentes submetidas a um teste de força de tensão direta. Como parâmetro foi medido o coeficiente de forças de tensão diametral de cada um dos tipos de resina seguindo as especificações da ADA.

Os resultados mostraram que as forças de união interfacial das resinas foram maiores que as forças coesivas de materiais mais fracos quando eram polimerizadas resinas de marcas diferentes ou na região mais fraca quando utilizadas resinas de mesma marca.

O procedimento de colocação incremental da resina composta produz uma força de união aceitável clinicamente. Esta força de união é maior que a força de coesão dos materiais.

Unitermos: Resinas compostas.

Título: Ionômero de vidro e prevenção em odontologia.

Orientador: Prof^a Salete Moura Bonifácio da Silva

Apresentadores: Denise da Costa Boamorte e Érica Ferrazzoli Devienne

A introdução do ionômero de vidro na odontologia tem mostrado muitas vantagens sobre alguns materiais. Dentre estas vantagens destacam-se sua adesão e liberação de flúor à estrutura dentária.

O Ketac Silver é um ionômero com partículas de prata indicado para classes I e II, principalmente quando o material ficar em contato com o dente permanente, restaurações linguais sem o envolvimento do ângulo incisal, cáries de mamadeira, classe III de canino decíduos sem envolvimento estético, cimentação de coroas de aço inoxidável, base protetora do complexo dentina polpa em substituição do Ca(OH)₂, classe V sem envolvimento estético, substituição de amálgamas fraturados ou que necessitam de reparo e reparação de superfícies oclusais de coroas de aço que sofreram abrasão.

Os autores, CROLL, T.P. & PHILLIPS, R.N., descrevem uma técnica onde é utilizado o G-C Lining (ionômero de vidro de forramento). Inicialmente efetua-se o isolamento seguindo-se da remoção do tecido cariado, proteção pulpar, aplicação do ácido poliacrílico por 10 segundos, lavagem por 30 segundos, secagem e aplicação do ionômero aquém do término da cavidade. Decorridos quatro minutos, aplica-se ácido fosfórico por um minuto, lava-se com água durante 30 segundos e seca-se. Aplica-se então selante sobre a restauração devido a presa do ionômero demorar aproximadamente 24 h e com isso diminuir a microinfiltração.

Unitermos: Ionômero de vidro.

PET-INFORMA, Bauru, 1(2): 74, jul./dez. 1988

Título: Meios de transmissão da AIDS.

Orientador: Prof.Dr. Luis Eduardo Montenegro Chinellato

Apresentadores: Maria Sílvia de Lima e Jolber Rodrigues da Fonseca

A AIDS, síndrome da deficiência humana adquirida, foi descoberta inicialmente nos EUA entre homossexuais. O agente etiológico desta síndrome é o HIV, vírus linfotrópico para o linfócito T.

As secreções corpóreas nas quais o vírus HIV foi isolado são sangue, sêmem, secreção vaginal, saliva, leite materno, lágrima, urina, fluido cérebro espinhal e fluido pulmonar. No entanto, os meios efetivos de contaminação são o sangue, sêmem e secreção vaginal.

O contato pessoal, familiar e social não transmitem a AIDS. Insetos, mosquitos e pernilongos, também não são meios de transmissão do vírus.

É importante salientar que o cirurgião-dentista está constantemente em contato com a saliva e esta frequentemente contaminada com sangue e secreções faríngeas e pulmonares. O sangue é um meio efetivo de contaminação.

Os grupos considerados de alto risco são: homossexuais, hemofílicos, viciados em drogas injetáveis, indivíduos que receberam transfusão sanguínea sem teste prévio para a AIDS e contactuantes destes grupos.

O vírus tem um período de incubação que pode variar de seis meses a dez anos.

Alguns sinais e sintomas da AIDS são: infecções orais por fungos, infecções nas gengivas repetidas vezes, infecções generalizadas, febres repetidas, cansaço, aumento de linfonódos, suores noturnos abundantes, diarreias persistentes, dor de cabeça, perda de peso e sarcoma de Kaposi.

Uma completa anamnese é importante para o diagnóstico.

O cirurgião-dentista e sua equipe devem proteger-se corretamente através do uso de luvas, gorro, máscara e aventais e fazer uma correta esterilização do instrumental.

Unitermos: Síndrome da imunodeficiência adquirida

Título: Avaliação "in vitro" da eficácia do selamento apical, quando da utilização de técnicas de vibração sônica.

Orientador: Prof. Milton Carlos Kuga

Apresentadores: Glauco José Bazzo e Hélio Hissashi Terada

Procurou-se avaliar a eficácia de vedação apical, através de vibração, já que inúmeras experiências comprovam insucesso em canais submetidos a tratamento endodôntico convencional quanto ao vedamento marginal apical.

Foram estudados dentes unirradiculares com diâmetro dos forames apicais padronizados com a passagem de uma lima Kerr nº 40 e obturados com cones de guta-percha e cimento N-Richertt de três maneiras diferentes.

Grupo A - Preenchimento do canal com cimento através de uma lima Kerr nº15, acoplada a um aparelho de ultra-som (Profi-endo Dabi Atlante) por 10 segundos. A seguir foi colocado o cone principal;

Grupo B - Cone principal envolto em cimento e aplicação por 10 segundos de vibração ultra-sônica nos braços de uma pinça clínica (Profi-endo Dabi Atlante);

Grupo C - Cone principal com os mesmos procedimentos do grupo B, porém com utilização de vibração sônica (Aoki TA-4).

Logo após a obturação os dentes foram mergulhados em solução de azul de metileno à 0,5%, pH= 7,2 à 37°C, por 72 horas.

Os resultados mostraram que o grupo B apresentou a menor infiltração marginal e a explicação para isto é que a vibração ultra-sônica provoca um maior escoamento do cimento pelo cone de guta-percha e pelas paredes do canal radicular até a porção apical possibilitando um melhor vedamento apical.

Unitermos: Canal radicular, obturação; Ultrasons.

Título: Uso de ATP (adenosina tri-fosfato) em pulpotomias.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

**Apresentadores: Glauco José Bazzo e Jolber Rodrigues da
Fonseca**

Com a finalidade de verificar o efeito do ATP em pulpotomias foram escolhidos 80 dentes pré-molares, indicados para extração por razões ortodônticas, de pacientes de 12 a 16 anos. Depois de removida a polpa coronária desses dentes foram feitas proteções pulpares diretas diferentes para cada grupo de 20 dentes; grupo I - camada de dois milímetros de hidróxido de cálcio em pó; grupo II - camada de dois milímetros de hidróxido de cálcio em pó, após a colocação por cinco minutos de uma bolinha de algodão embebida em solução de ATP a 0,4% tamponada em fosfato; grupo III - mesmo procedimento que o grupo anterior mas com solução de ATP a 0,4% não tamponada; grupo IV - camada de dois milímetros de ATP em pó.

Os dentes foram extraídos em períodos de sete a quarenta dias após a pulpotomia e analisados histológica e radiograficamente. Verificou-se: a) o pó de ATP puro é extremamente irritante ao tecido pulpar, tendo 20% dos casos com sintomatologia dolorosa; b) as soluções de ATP a 0,4% tamponadas ou não são bem aceitas pelo tecido pulpar; c) solução de ATP a 0,4% não tamponada associada ao pó de hidróxido de cálcio apresentou os melhores resultados com evolução mais rápida e camadas calcificadas mais espessas e homogêneas.

A explicação para esses resultados é a seguinte: o ATP é formada por um núcleo de adenosina (hidrofóbico) o qual tem afinidade por moléculas apolares como lipídeos e proteínas, e um radical tri-fosfato altamente negativo com grande afinidade por íons metálicos no caso o cálcio (Ca^{+2}). Dessa maneira pela sua porção hidrofóbica o ATP se ligaria a estruturas orgânicas da polpa constituindo uma barreira aniônica para o exterior. Adicionando-se o hidróxido de cálcio os íons (Ca^{+2}) liberados irão combinar-se com os radicais tri-fosfato formando um composto insolúvel ATP-Ca funcionando como barreira inicial e servindo como

ponto de partida para a formação de deposições secundárias oriundas do próprio hidróxido de cálcio e pro via endógena através da polpa. Talvez por isso, as soluções com ATP tamponado com fosfato (PO_4^{-3}) não tivessem bons resultados, pois este fosfato iria unir-se com os íons Ca^{+2} do hidróxido de cálcio impedindo ou dificultando a formação da barreira de ATP-Ca.

Unitermos: Polpa dentária; Pulpotomia.

Título: Antibióticos na prática odontológica.

Orientador: Prof.Dr. José Humberto Damante

Apresentadores: Jolber Rodrigues da Fonseca e Hugo Nary Filho

O medicamento de escolha para o tratamento de determinada infecção é representado usualmente pela droga mais ativa contra o microorganismo patogênico implicado, ou ao que constitui a alternativa menos tóxica, dentre as diversas drogas eficazes. Em certos casos a escolha do medicamento tem de levar em conta o local da infecção; uma droga pode difundir-se melhor que outra na bile, na urina ou na língua. O estado do paciente pode também influenciar a escolha, como ocorre por exemplo, nos casos em que há insuficiência renal ou hepática, ou é alérgico à penicilina ou em caso de gestante.

A preocupação não pára aí, é mais interessante que o clínico possua poucos medicamentos para tratar a maioria dos casos, mas medicamentos que conheça e esteja habituado, pois o paciente não é alguém para se fazer experiência de drogas.

O paciente também deve ser orientado sobre como tomar o medicamento. Por exemplo a ingestão de medicamentos pode causar lesões no esôfago e retarda a absorção, por isso deve ser tomado com vários goles de líquido.

Unitermos: Antibióticos.

Título: Emergências médicas em consultório odontológico: treinamento da equipe e prevenção.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Loureiro Maringoni

Apresentadores: Andréa Amado da Costa e Glauco José Bazzo

É responsabilidade de todo cirurgião dentista o tratamento de emergências médicas que por ventura ocorram em seu consultório, sejam elas decorrentes dos procedimentos realizados ou mesmo casuais.

Ocorrências de emergências não são freqüentes, sendo que as que poderiam ser fatais ocorrem em média uma vez ca da dez anos durante toda a carreira do profissional. Sendo assim, é difícil e impraticável que o dentista e sua equipe estejam constante e adequadamente preparados para tratar das mesmas. Assim sendo, o preparo para a ocorrência de uma emergência deve ser cuidadosamente planejado e estar de acordo com o tipo de trabalho que se faz no consultório.

O profissional deve evitar o super equipamento de seu **kit** de emergências e ter um só tipo de medicamento para cada ocasião. Isto facilita o uso de seu **kit** por ele mesmo e pela equipe.

Mais importante que o preparo para a ocorrência das emergências é sua prevenção. O profissional, antes de intervir no caso deve sempre conhecer a história médica de seu paciente, ficando dessa forma a par de qualquer problema que este apresente ou tenha apresentado e possa assim tomar as devidas precauções.

Unitermos: Emergências; Primeiros socorros.

Título: Remineralização de regiões descalcificadas do esmalte dentário.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Apresentadores: Jolber Rodrigues da Fonseca e Denise da Costa Boamorte

A cárie dentária é considerada um problema para a saúde da população, portanto tem-se procurado desenvolver alguns métodos preventivos com a finalidade de diminuir o aparecimento das lesões cariosas.

O Reminer é um produto usado para se promover a remineralização das lesões de mancha branca, sendo um material recém-lançado no comércio, portanto desenvolveu-se um trabalho com a finalidade de testar a eficácia do mesmo, verificando a regressão parcial ou total de lesões incipientes não cavitárias.

Foram tratados 26 dentes de oito pacientes com lesões de manchas brancas localizadas no terço cervical dos respectivos dentes.

Após o isolamento absoluto, realizou-se profilaxia com pasta de zircônio/água, lavou-se e secou-se com leves jatos de ar. O condicionamento foi feito com uma bolinha de algodão durante 30 segundos. Novamente a área foi lavada e seca e com bolinha de algodão foi feita a aplicação do sal potencializado (Prime) durante dois minutos, finalizando a aplicação de flúor por quatro minutos. Nas sessões seguintes não se aplicou o ácido.

O material utilizado mostrou-se eficaz em 50% dos casos considerando-se a remineralização total ou parcial do esmalte. O período de quatro a sete semanas não foi suficiente para a remineralização de todos os dentes, observando o melhor desempenho do produto até 12 semanas de uso consecutivo.

A solução remineralizadora pode ser usada, promovendo a regressão da lesão de mancha branca, porém deve-se conscientizar o paciente da importância da higienização e o profissional deve seguir corretamente a técnica.

Unitermos: Esmalte dentário.

Título: Caridex: um sistema de remoção química e mecânica da cárie.

Orientador: Profª Maria Aparecida Machado Moreira

Apresentadores: Andréa Amado da Costa e Érica Ferrazzoli Devienne

Caridex é um sistema químico-mecânico de remoção de tecido cariado. Consiste de uma solução que, aliada a ação de uma cureta, remove apenas a cárie, não havendo assim o desgaste do tecido. A solução chega ao dente através de uma caneta a qual é acoplada a cureta que emite cerca de 650 pulsações de líquido por segundo. A grande vantagem do sistema é dispensar o uso do anestésico local, fato que diminui gradualmente o estado de ansiedade do paciente.

Apresenta, no entanto, o inconveniente de ser um produto de custo altamente elevado e de uso restrito, uma vez que preparos que necessitam de uma forma de contorno específica para a colocação de material restaurador não podem ser feitos com esse sistema. Assim, não seria possível conseguirmos formas de contorno adequadas em classes I e II.

A indicação do sistema é então para cavidades classes II e IV que dispensem preparos cavitários maiores, pois além de remoção de menor estrutura dentária, a estrutura remanescente apresentará por si só características de retenção.

Unitermos: Cárie dentária.

Títulos: Hábitos de sucção - elementos passíveis de intervenção.

Orientador: Prof.Dr. Marcos Roberto de Freitas

Apresentadores: Denise da Costa Boamorte e Renata Bastos Del'Hoyo

A oclusão é a relação estática e funcional que os dentes guardam entre si com os maxilares, a musculatura peribucal, e com o esqueleto craniofacial como um todo. Oclusão normal é o contato oclusal que ajuda manter a saúde das estruturas de suporte dos dentes e favorece o ajuste físico e mental do indivíduo. Se durante o período de crescimento facial o paciente apresentar **hábitos bucais deletéricos**, haverá desequilíbrio muscular capaz de perturbar o desenvolvimento normal da oclusão dentária, gerando má-occlusão. Hábitos deletéricos, potencialmente causadores de má-occlusão são a respiração bucal, sucção de chupeta, sucção digital e pressionamento lingual atípico. Má-occlusão causada especialmente pela sucção digital tem como características: mordida aberta anterior circular (dento-alveolar); vestibulo-versão dos incisivos superiores; verticalização dos incisivos inferiores; aumento do trespasse horizontal; a mordida cruzada posterior associada a um plano o gival; diastema entre incisivos superiores. Como terapêutica preconiza-se abordagem multidisciplinar: ortodontista X psicólogo X fonoaudiólogo. A grade palatina é um dispositivo que se dispõe verticalmente estendendo-se da região palatina, abrangendo toda extensão da mordida aberta, indo repousar próximo ao cingulo dos incisivos inferiores. Tornando impraticável a sucção de dedo e dificultando interposição lingual. A correção do desvio morfológico da oclusal fica ao encargo da musculatura peribucal. Após correção a grade é substituída por uma placa de contenção removível Horley e o paciente é encaminhado à análise fonoarticulatória minuciosa.

Unitermos: Hábitos; Má-occlusão; Oclusão dentária.

Título: Odontodisplasia associada com coloboma orbital.

Orientador: Prof. Luis Antonio Assis Taveira

**Apresentadores: Érica Ferrazzoli Devienne e Patrícia Orsi
Dutra**

O coloboma é uma síndrome caracterizada por distúrbios faciais e alterações do globo ocular. Como todas as síndromes tem etiologia multifatorial e discutida. A presença de coloboma de íris e odontodisplasia em um mesmo indivíduo suscitou a possibilidade de uma causa comum para ambas as alterações, o que se discute a seguir.

Paciente de seis anos de idade apresentava dor no quadrante superior direito e uma deficiência de calcificação (odontodisplasia) nos dentes decíduos e permanentes (inclusive nos não irrompidos). Sua saúde geral era boa, mas algumas alterações foram encontradas como: coloboma de íris no olho esquerdo, sopro cardíaco e afasia. Tentou-se descobrir uma origem em comum para todas as alterações.

Para facilitar a erupção dos permanentes e aliviar a dor, foram removidas as raízes residuais dos decíduos. A sintomatologia dolorosa regrediu por um período de nove meses, retornando então, com extravasamento de pús. Como o permanente não erupcionava, fez-se a limpeza e tratamento com antibióticos, havendo logo depois a erupção do dente. A sintomatologia dolorosa persistia, ocorrendo então a extração do dente.

A ausência das anormalidades familiares dentárias ou orbital demonstrou que essas alterações não são herdadas geneticamente. Propõem-se novas etiologias para a odontoplasia e estudos de coloboma de íris, já que foi encontrado uma etiologia em comum para as duas doenças.

Unitermos: Odontoplasia; Coloboma.

Título: Uma solução estética para as próteses parciais removíveis.

Orientador: Prof. Wellington Cardoso Bonachella

Apresentadores: Hugo Nary Filho e Renata Bastos Del'Hoyo

As Próteses parciais removíveis estão sendo utilizadas atualmente, devido ao seu custo (baixo e acessível) para os pacientes. Porém durante o planejamento e a confecção das mesmas, os seus elementos constituintes (apoios, retentores, etc) transformam-nas antiestéticas.

Estes elementos conferem retenção e estabilidade à prótese e por isso não podem ser removidos. Apresentou-se um método para mascarar cosmeticamente a aparência metálica indesejável dos grampos das próteses parciais removíveis convencionais, utilizando o opaco metalo-cerâmico e eventualmente associado à corantes cerâmicos externos.

A seqüência técnica constituiu-se de: a) acabamento das superfícies a serem opacificadas com pedras de óxido de alumínio atuando num único sentido; b) limpeza em ácido hidrófluídrico por 30 minutos; c) lavagem em água corrente por três minutos; d) jateamento com óxido de alumínio (partículas de cinco a vinte micrometros, pressão de 60 "psi" libras por polegadas ao quadrado); e) limpeza em ultrassom e água destilada por três minutos; f) fervura em água destilada em recipiente de vidro refratário por cinco minutos. g) aplicação da primeira camada de opaco Bioblend, com pincel de vibração, queimado sob vácuo de 750°C a 940°C 40°C/minuto; h) aplicação da segunda camada de opaco com pincel e vibração, queimando de 750°C a 960°C sob vácuo, 40°C/minuto. Com isso, pode-se obter uma superfície mais lisa e portanto, menos aderente à placa bacteriana. Os resultados provaram ser esteticamente agradáveis e bem aceitos pelos pacientes.

Unitermos: Prótese parcial removível.

ÍNDICE DE AUTORES

AKERBLON, A.	45
ALMEIDA, J.V.	6
ALMEIDA, R.R. de	56
ARAÚJO, F.B. de	49
ASMUSSEM, E.	7
BADR, S.E.	62
BARKHORDAR, D.A.	10
BARROS, A.C.L. de	46
BARROSO, J.S.	3, 68**
BASTOS, J.R. de M.	81**
BASTOS, M.T.A.A.	6
BAUMANN, W.R.G.	52
BAZAGLI, A.M.	46
BAZZO, G.J.*	41, 53, 54, 56, 66, 76, 77, 80
BELLAN, M.A.	42
BERBERT, A.	41
BERNARDINELLI, N.	41
BOAMORTE, D. da C.*	3, 17, 26, 37, 39, 72, 74, 81, 83
BONACHELLA, W.C.	85**
BOSCO, A.F.	31
BRAMANTE, C.M.	41
BULLEGON, A.L.C.	50
BUSATO, A.L.S.	42
CANTOS, J.J.P.	57
CARRARA, C.E.*	8, 11, 13, 14 25, 60, 71
CARVALHO, L.S.	53
CARVALHO, R.M. de	15, 70**, 73**
CHENG, S.M.	9
CHINELATTO, L.E. M.	75**
CONSOLARO, A.	27
CORADA, M.C.A.	57

Obs.: Os autores com (*) à frente dos nomes constituem os resumidores dos trabalhos indexados e seminários. São indicados com (**) os orientadores de seminários apresentados.

CORADAZZI, J.L.	16, 21
COSTA, A.A. da*	19, 22, 24, 44, 49, 61, 71, 72, 80, 82
COSTA, W.F.	34
COUNCIL ON DENTAL MATERIALS INSTRUMENTS AND EQUIPMENT	8
DAMANTE, J.H.	79**
D'ANTÔNIO, G.M.	31
DEL'HOYO, R.B.*	4, 35, 40, 62, 63, 65, 83, 85
DEVIIENNE, E.F.*	21, 29, 52, 55 64, 74, 82, 84
DICKINSON, T.D.	60
DUTRA, P.O.*	9, 30, 33, 36, 38, 51, 84
EVERSON, J.W.	43
FANTINI, S.M.	54
FARACHE FILHO, A.	38
FEIGLIN, B.	55
FERRETTI, G.A.	60
FONSECA, J.R. da*	7, 23, 34, 43, 45, 75, 77, 79, 81
FRANCO, E.B.	23, 71**, 72**, 77**
FREITAS, M.R. de	56, 83**
GARCIA, M.J.N.	57
GARONE NETTO, N.	9, 22
GELBIER, M.J.	44
GIBB, D.H.	43
GOLDFOGEL, M.H.	18
GONÇALVES, M.P.R.	16
GONZALES, J.P.M	57
GRANDE, R.H.M.	24
GRIEVE, A.R.	11
GROSSMAN, E.	60
HAMID, J.A.B.	51
HASSELGREN, G.	45
HOBSON, P.	28
HOLLAND, R.	46
ISHIKIRIAMA, A.	15
JARUSH, J.	29

JAVID, B.	10
JOHNSTON, W.D.	58
JONES, J.G.	11
KAZANOGLU, A.	63
KNIBBS, P.J.	12
KUGA, M.C.	76**
LAMBERT, R.L.	18
LANZA, I.	31
LEGUE, G.B.D.	13
LIMA, M.S. de *	5, 6, 16, 28, 31, 48, 70, 73, 75
LOMBARDO, J.G.	64
LOVADINO, J.R.	6
LOWE, O.	30
LUDLAN, G.E.	60
MCBRIDE, L.J.	59
MACCHETTI, D.D.	34
MACEDO, R.P.	42
MAGRO, V.M.	46
MARCO, M.	42
MARINGONI, R.L.	80**
MARTINS, D.R.	56
MARTINS, L.R.M.	6
MACKEL, A.H.	60
MEDEIROS, P.J.	48
MEDEIROS, P.L.	48
MELO, G.S.	3
MERCHANT, V.A.	32
MICHEL, M.D.S.	49
MILANEZI, L.A.	5, 31
MIRANDA, M.E.	65
MOLINARI, J.A.	32
MONDELLI, J.	15
MOORE, D.J.	61
MORAES, I.G. de	41
MOREIRA, M.A.M.	82**
MORGAN, D.L.	25
MOURA, D.A.	33
NAGEM FILHO, H.	14, 17
NARY FILHO, H.*	10, 15, 20, 46, 50, 67, 68, 69, 73, 79, 85

NAVARRO, M.F. de L.	15, 16, 17, 23
NOGUEIRA, C.J.M.	4
NOONAN, J.E.	18
NOVAES, A.B.	66
NOVAES JÚNIOR, A.B.	66
NUNES, O.B.C.	19
NUTTING, E.B.	47
PANITZ, P.	42
PASHLEY, D.H.	20
PECORA, J.D.	34
PERACHI, M.I.	50
PEREIRA, J.C.	14, 16
POE, G.S.	47
POLETO, L.T. de A.	14, 17
QUINTANILHA, L.E.L.P.	21
RACHELLE, I.	42
RADOS, P.V.	49
REITER, G.	60
ROCHA, L.V.A.	50
ROCHA, N.M.O.	50
RODRIGUES, C.B.F.	69**
ROSA, M. de LA	61
RUSSO, E.M.S.	22
SAAD NETO, M.	5
SALVI, J.	42
SARI, M.	42
SEIXAS, A.S.S.	36
SILVA, A.C.F. da	46
SILVA, A.O.	5
SILVA, L.T.G.S.	36
SILVA, P.J. da	35
SILVA, S.M.B. da	74**
SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.H. da	6, 23
SILVA JÚNIOR, M.S.	36
SILVEIRA, J.O.L. da	37
SIMÕES, M.J.S.	38
SIMONETTI, E.L.	67
SINGE, R.M.	39
SONOHARA, M.K.*	12, 18, 27, 32, 42, 47, 70
STEAGALL, L.	24
STURZENBERGER, O.P.	60, 61
SURYAKANT, V.B.	10

TAVARES, D.	52
TAVEIRA, L.A.A.	84**
TERADA, H.H.*	57, 58, 59, 68, 69, 76
TETUO, O.	5
TJAM, A.H.L.	25
TOLEDO, O.A.	26
VASCONCELOS, E.J. de	40
VASCONCELOS, M.H.F.	27
VIEIRA, L.C.C.	14, 17, 23
WINTER, G.B.	44
YAACOB, H.B.	51
YOUNGSON, C.C.	11

ÍNDICE DE ASSUNTOS

ABRASÃO DENTINÁRIA	10
ACETILCOLINÉSTERASE	40
ADESIVOS	23, 70, 71, 72
AGULHAS, ESTERILIZAÇÃO	31
AIDS VER SÍNDROME DA IMUNODEFI- CIÊNCIA ADQUIRIDA	
AMÁLGAMA DENTÁRIO	19, 24
ANESTESIA DENTÁRIA	31
ANTIBIÓTICOS	48, 79
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	13, 65
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, SÍN- DROME	39
ARTICULADORES DENTÁRIOS	64
AUTOMEDICAÇÃO, HÁBITOS DE CONSUMO	38
BIÓPSIA	35
BOLSA PERIODONTAL	3
CANAL RADICULAR, CIRURGIA	69
CANAL RADICULAR, IRRIGANTES	46
CANAL RADICULAR, OBTURAÇÃO	76
CANAL RADICULAR, TERAPIA	45
CANINO	58, 69
CARCINOMA	37
CÁRIE DENTÁRIA	16, 28, 82
CARIOSTÁTICOS, AGENTES	15
CAVIDADE DENTÁRIA, LIMPEZA	14
CAVIDADE DENTÁRIA, PREPARO	16, 21, 24, 26
CIMENTOS ODONTOLÓGICOS	5
CIRURGIA BUCAL	4, 5, 62
CLOREXIDINA	61
COLOBOMA	84
CONSULTÓRIOS DENTÁRIOS	36
DENTADURA COMPLETA	64
DENS IN DENTE	34
DENTE	68
DENTE, BRANQUEAMENTO	42, 47
DENTE, FRATURAS	21, 55, 69
DENTINA, PERMEABILIDADE	20
DENTE, REIMPLANTAÇÃO	41
DENTINA, SENSIBILIDADE	6, 10
DENTE DECIDUO	50, 51

DENTE DECIDUO, POLPA DENTÁRIA	49
DOENÇAS OCUPACIONAIS	29
EDTA	46
EMERGÊNCIAS	80
ENDODONTIA	55
ESMALTE DENTÁRIO	81
GENGIVA	66
GENGIVITE	53, 61
HÁBITOS	83
HERPES SIMPLES	27, 32
HIDRÓXIDO DE CÁLCIO	14
HIGIENE ORAL	53
HIPERPLASIA	62
HIPERSENSIBILIDADE	50
IMPLANTAÇÃO DENTÁRIA	68
INFECÇÃO, CONTAMINAÇÃO	36
INFILTRAÇÃO DENTÁRIA	11, 70, 71, 72
IONÔMERO DE VIDRO	12, 22, 25, 74
LIGAS DENTÁRIAS	62
LIPOMA	35
MÁ-OCCLUSÃO	83
MANDIBULA	57
MANIFESTAÇÕES BUCAIS	32
MOLDAGEM ODONTOLÓGICA, MATERIAIS	18
MOVIMENTAÇÃO ORTODONTICA	56
MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS	40
OCCLUSÃO DENTÁRIA	13, 65, 83
ODONTOPEDIATRIA	48
ODONTOPLASIA	84
ORTODONTIA	52, 55
ORTODÔNTIA, APARELHOS	53, 54
PERIODONTIA	66
PLACA DENTÁRIA	60
POLPA DENTÁRIA	78
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	38
PRIMEIROS SOCORROS	80
PROBLEMAS ORAIS, COMBATE	30
PRÓTESE PARCIAL FIXA	66, 67
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	63, 85
PULPOTOMIA	44, 78
RAIZ, REABSORÇÃO	43, 52
REGISTRO DAS RELAÇÕES INTERMAXILARES	64

RESINA	23
RESINAS COMPOSTAS	7, 8, 9, 17, 26, 73
RESTAURAÇÃO DENTÁRIA PERMANENTE	12
RETALHOS CIRÚRGICOS	3
SÍNDROME DAS IMUNODEFICIÊNCIA AD QUIRIDA	25, 75
TERAPIA ANTICÂNCER	30
TITÂNIO	67
TRAÇÃO, RESISTÊNCIA	58, 59
TRANSPLANTAÇÃO	33
ULTRASONS	76

ÍNDICE DE ÁREAS

CIRURGIA	3, 4, 5, 68, 69
DENTÍSTICA	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 70, 71, 72, 73, 74
DIAGNÓSTICO BUCAL	75
DISCIPLINAS BÁSICAS	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
ENDODONTIA	41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 76, 77
FARMACOLOGIA	79, 80
ODONTOLOGIA SOCIAL	81
ODONTOPEDIATRIA	48, 49, 50, 51, 82
ORTODONTIA	52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 83
PATOLOGIA	84
PERIODONTIA	60, 61, 62, 63, 64, 65 66, 67
PRÓTESE	62, 85