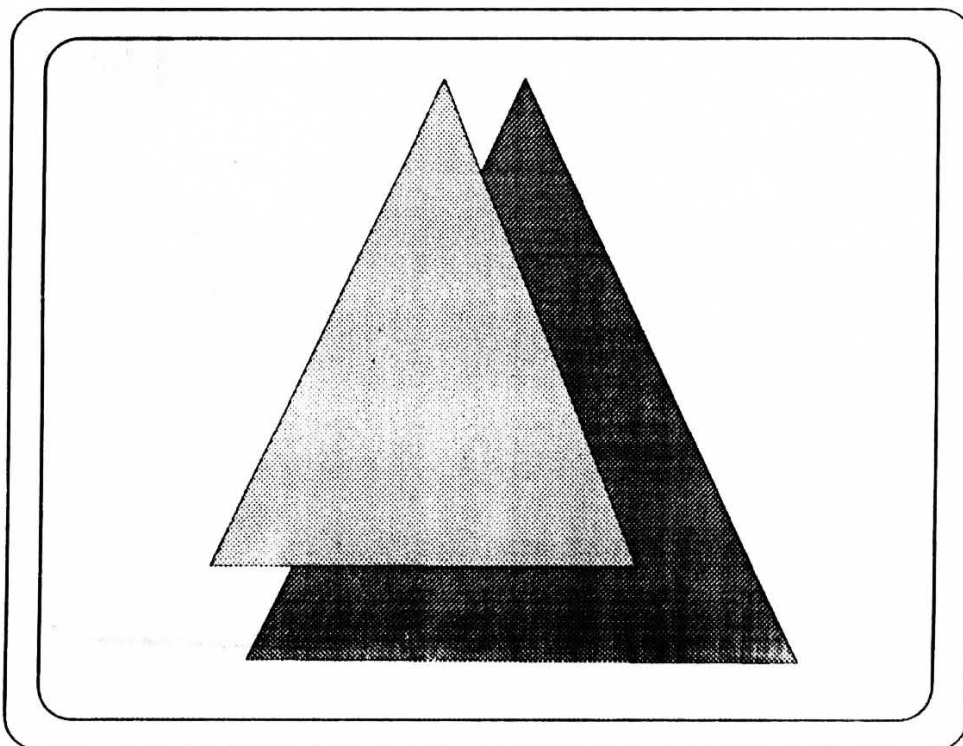


**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPE**



PET - INFORMA

PET - INFORMA BAURU V.2/3 N. 1/2 P. 1-87 JAN./DEZ. 1989/90

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. 2/3 - N. 1

1989/1990

EDITORIAL	1
RESUMO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	01
ÍNDICE DE AUTORES	87
ÍNDICE DE AUTORES DOS RESUMOS	92
ÍNDICE DE ASSUNTOS	93

Organizadores:

Tutor: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco
Bolsistas do PET/CAPES

Normalização técnica:

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

Supervisão de redação:

Bolsistas PET

Datilografia:

Bolsistas PET

Designer/capa:

Izabel Leão

Logotipo/capa:

José Policena de Campos Neto

EDITORIAL

O Programa Especial de Treinamento (PET-CAPES) da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, tem como objetivos básicos: Formação acadêmica de excelente nível aos alunos de graduação, incentivando-os para a pós graduação; estimular o desenvolvimento acadêmico por meio de novas práticas e experiências pedagógicas; exercer efeito multiplicador sobre o conjunto de alunos do curso; maior interação dos bolsistas com o corpo docente e discente da instituição e promoção da integração das três dimensões que caracterizam as funções básicas da Universidade, ou seja, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

O PET-FOB/USP foi implantado em 1985, sendo constituído por doze bolsistas, orientados por um tutor e com colaboração dos demais docentes da instituição. O grupo além das atividades específicas envolvendo a participação efetiva em seminários, conferências, cursos e congressos, realiza leituras semanais abordando trabalhos recentes nas diferentes áreas da odontologia, cujos resumos constituem-se em material de excelência para a elaboração do boletim PET- INFORMA.

Por intermédio deste veículo informativo, divulgaremos parte das atividades realizadas pelos bolsistas, dando ênfase principalmente aos trabalhos científicos e resumidos pelos integrantes do programa, no sentido de permitir à comunidade acadêmica um estímulo à leitura e embasamento teórico-científico dos artigos publicados.

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

1

SIMONSEN, R.J. Preventive resin restorations; three-year results. J. Amer. dent. Ass., v. 100, n. 4, p. 535-9, Apr. 1980.

Devido à necessidade de preservar ao máximo a estrutura dental sadia, tem-se preconizado o uso de selantes, resinas ou a associação dos mesmos.

Fez-se estudos em três grupos os quais usavam selantes para a região das fossas e fissuras assim como a utilização conjunta de selantes e resinas com ou sem carga. Os preparos se restringiam somente às regiões atingidas pela cárie. Dependendo da extensão da lesão, fazia-se o uso de resinas nas regiões mais profundas para que esta escoasse formando as "tags", isto leva a uma maior retentividade. Sobre esta camada colocava-se resina com carga até que a cavidade fosse totalmente preenchida e o ajuste oclusal fosse checado. Nos casos de pequenas lesões fazia-se associação de selantes com resina.

Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios, o que leva a uma maior utilização desta técnica, principalmente se for levado em consideração o caráter preventivo, assim como o alto custo da prata.

Autor do resumo: Maria da Glória Silva Henriques.

Unitermos: Fissuras; Selantes; Resinas Compostas.

LEINFELDER, K.F. et al. Efficacy of the dentin bonding agents. J. Ala. dent. Ass., v. 70, p. 15-21, Spring, 1986.

Molares sem rachadura foram selecionados e mantidos em solução de formalina a 10%, limpos com pedra pomes e enxaguados com água deionizada. Cavidades classe V foram feitas tanto do lado vestibular como do lado lingual. As raízes dos dentes foram seladas e aplicou-se uma quantidade de hidróxido de cálcio (Dycal) na parede axial da cavidade. Dividiu-se os dentes em cinco grupos: resina composta, hidróxido de cálcio e sem ataque ácido; resina composta, hidróxido de cálcio, adesivo de dentina e sem ataque ácido; resina composta, adesivo de dentina, sem hidróxido de cálcio e sem ataque ácido; amálgama de prata e hidróxido de cálcio.

Nenhum adesivos de dentina elimina totalmente as infiltrações. O uso de Bondlite e Dentin Adhesive eram similares quando não havia ataque ácido: o Dentin Adhesit era o melhor adesivo seguido pelo Scotchbond. Com relação ao amálgama os produtos de corrosão reduzem as microinfiltrações. A performance questionável dos adesivos levou a um maior interesse pelo cimento ionomérico, devido as suas conhecidas qualidades.

Autor do resumo: **Maria da Glória Silva Henriques.**

Unitermos: **Dentina; Infiltração marginal.**

MARTINELLI, C.; DURIGHETTO JÚNIOR, A.F. Efeito anti edema e anti inflamatório das vitaminas do complexo B. Rev. gaúcha Odont., v. 34, n. 2, p. 132-4, mar./abr. 1986.

As vitaminas são indispensáveis às funções do nosso organismo e a sua ausência pode determinar o aparecimento de várias patologias, tais como: derrames serosos (B1), dermatite eritematosa, queilose (B2), conjuntivite (B6), glossite (B2) e gastrite (ácido pantotênico). Nos últimos anos muitos trabalhos têm sido desenvolvidos na tentativa de se conhecer melhor o complexo mecanismo da inflamação e seu tratamento através de drogas anti edema e anti inflamatória. Para analisar estes dois efeitos das vitaminas do complexo B, foram utilizados agentes indutivos de edema (carragenina e formol a 3%) em ratos. Estes foram divididos em grupo experimental e controle, tratados com complexo B e solução salina a 0,9%, respectivamente. Os animais foram sacrificados em intervalos de 60, 180 e 240 minutos a partir da indução do edema. Os resultados mostraram que a ação do complexo B foi mais evidente aos 60 e 180 minutos, onde a diferença com os animais controle foi estatisticamente significativa, e com declínio após 240 minutos, indicando um efeito anti edema relativamente curto. Assim, novos trabalhos serão necessários para se saber da provável necessidade de doses repetidas para a manutenção deste efeito e determinar em que momento da inflamação a vitamina deve agir.

Autor do resumo: **Marly Kimie Sonohara.**

Unitermos: **Vitaminas.**

ALMEIDA, J.V. de; FRANCISCONE, C.E.; NAVARRO, M.F. de L.;
BASTOS, M.T.A.A. Clareamento de dentes despulpados;
comparação de três técnicas. Rev. Odont. USP, v. 2, n. 2,
p. 115-9, abr./jun. 1988.

O escurecimento de dentes anteriores pode ser provocado por deposição de metais nos canalículos dentinários ou por hemorragias, restos teciduais e produtos da degeneração pulpar que ficaram retidos após um incorreto tratamento endodôntico.

Realizou-se o clareamento de três dentes, incisivos inferiores, que haviam sido submetidos a um tratamento endodôntico a três anos.

Após esses exames clínicos e radiográficos, limpeza dos canais radiculares na qual se removia os remanescentes dos materiais obturadores, restos de tecido pulpar e posterior irrigação com líquido de Milton, aplicou-se uma pasta de superoxol de perborato de sódio de acordo com as três técnicas distintas.

Uma delas preconizava a aplicação da pasta isoladamente, na outra realizava-se a aplicação da pasta e ativação através do calor provido de um brunidor aquecido e na última era feita a aplicação da pasta e ativação com ultra-som.

Após estes procedimentos os dentes eram selados com RIM, sendo submetidos a essas técnicas durante três sessões.

Todos apresentaram resultados satisfatórios e semelhantes podendo-se adotar esta medida antes de lançar mão de atitudes mais radicais como é o caso de restaurações protéticas.

Autor do resumo: **Maria da Glória Silva Henriques.**

Unitermos: **Dente, branqueamento; Água oxigenada.**

GERKE, D.C. Modified enameloplasty-fissure sealant technique using an acid-etch resin method. Quintessence Int., v. 18, n. 6, p. 387-90, 1987.

Utilizou-se molares com possibilidade de lesão inicial de cárie em fissuras. Dois grupos foram observados, dentes com suspeita de cárie na parede das fissuras e dentes com lesões cariosas mínimas. No primeiro caso foi indicada ameloplastia associada a odontotomia para remoção de tecido cariioso. Não houve atenção quanto ao preparo cavitário devido à profundidade da lesão. Em ambos os casos foi feito isolamento, ataque ácido e posteriormente as superfícies do dente e das fissuras foram secas. Aplicou-se Scotchbond para tratar as superfícies e polimerizou-se com uma unidade Optlux. Após este preparo aplicou-se resina P-30 até observar-se todo o preenchimento da fissura e a mesma ser fotopolimerizada. Em seguida as superfícies foram polidas com pedras apropriadas sendo que o tempo de trabalho foi aproximadamente de três a cinco minutos. Observou-se em dentes com fendas mais profundas uma maior predisposição para a cárie devido ao acúmulo de placa. Em dentes recém-erupcionados costuma-se selar as superfícies oclusais como um método preventivo. Esses selantes podem ser mais fluidos e também pode-se fazer uso de uma resina composta de partículas pequenas. A eficácia deste método se traduz pela estética, adesão, integridade marginal e por esta resina ser mais resistente que os selantes convencionais. Sua aplicação é facilmente dominada e os resultados obtidos são muito bons.

Autor do Resumo: Maria da Glória Silva Henriques.

Unitermos: Fissuras; Selantes; Cárie dentária.

WILLIAM, F.A. A importância das luvas de borracha; redução de doenças infecciosas em odontologia. Estomat. Cult., v. 15, n. 2, p. 29-33, abr./jun. 1985.

Sabendo-se que os profissionais da área de saúde e pacientes são importantes transmissores de doenças faz-se necessário o uso constante de óculos, máscaras, gorros, aventais e luvas. Todo este aparato juntamente com a esterilização do instrumental a ser utilizado promoverá um maior controle de possíveis infecções.

Para a esterilização dos instrumentos, dispõe-se de vários agentes como o autoclave, as estufas e as substâncias químicas, que apesar de possuírem características diferentes, promovem a desinfecção das superfícies metálicas. Comparando-se esta, que é polida com a superfície de uma mão, notaremos que a segunda apresenta um maior número de retenções.

A partir deste raciocínio, verifica-se a grande importância do uso de luvas de borracha, que além de ser uma barreira aos possíveis agentes contaminantes, protege contra possíveis manchamentos.

Autor do resumo: Maria da Glória silva Henriques.

**Unitermos: Luvas cirúrgicas; Desinfectantes;
Doenças infecciosas.**

OLIVEIRA, F.M.; SANDER, R.I. Glutaraldeído como fixador pulpar em odontopediatria. Rev. gaúcha Odont., v. 39, n. 4, p. 350-3, out./dez. 1985.

O concentrado de glutanol (USP) é um aldeído com dois radicais CHO na sua molécula, insaturados,, que formam ligações cruzadas com as proteínas teciduais, menos reversíveis que com o aldeído. O glutanol é muito utilizado em medicina como fixador, empregado também na esterilização por sua ação frente a todos os microorganismos. O glutanol não se difunde pelos tecidos pulpares tanto como o formaldeído, da fórmula do formocresol, quando utilizado após pulpotomias de molares decíduos vitais.

A solução de glutanol para o uso odontológico é obtida do produto concentrado a 25% pela diluição em água destilada para a concentração de 2% a 5% para uso clínico. A solução a 2% parece ser melhor.

Foram usados 46 decíduos com vitalidade pulpar, com exposição acidental ou por cárie e sem sintomatologia, Usou-se o glutaraldeído nas mesmas indicações e circunstâncias da técnica de aplicação do formocresol, isto é, com compressas de algodão, sem nenhum excesso sobre os remanescentes pulpares. Os resultados clínicos e radiográficos até o presente (igual a 10 meses) tem sido satisfatórios e semelhantes aos conseguidos até então pelo formocresol em 42 dentes o que dá um sucesso de 91,3%. Os achados históricos de polpas submetidas a ação do glutanol da mesma forma estão sendo objetos de variados estudos e experimentações que certamente irão estabelecer de forma científica as vantagens e/ou desvantagens do uso desta solução em odontologia infantil.

Autor do resumo: Érica Ferrazzoli Devienne.

Unitermos: Dente decíduo; Pulpotomia; Formocresol.

CHIAPPINI, I.A.R.; VIEIRA, D.F.; MONDELLI, J. Deslocamento proximal de incrustações MOD sujeitas a carregamento oclusal (influência da profundidade do segmento oclusal, da dupla inclinação da parede gengival e da existência de bases de cimento no assoalho pulpar das respectivas cavidades) Rev. Odont. USP, v. 1, n. 1, p. 8-16, jan./dez. 1987.

Testou-se a influência de alguns fatores sobre o deslocamento do segmento mesial e distal de incrustações MOD cimentadas, em resultado de seu carregamento oclusal da cavidade MOD correspondente, dupla inclinação de suas paredes gengivais e a presença de uma base de cimento. Dezesesseis troquéis foram obtidos por fundição em liga Cr-Co com cavidade MOD apresentando as seguintes características: segmento oclusal em duas profundidades, paredes paralelas planas ou com dupla inclinação (parede gengival), ausência ou presença de uma base de cimento (só no centro da parede pulpar) ou restando o ângulo áxio-mésio-pulpar-mesial ou reestabelecendo ambos os ângulos áxio-pulpare. Os resultados obtidos foram: quanto maior a espessura de um segmento oclusal de uma incrustação MOD menor serão os deslocamentos proximais mesiais e distais. A retenção da parede gengival (dupla inclinação) diminui os deslocamentos proximais quando comparadas às paredes gengivais planas e paralelas à parede pulpar. A presença de base forradora diminui a resistência ao deslocamento proximal, este efeito é menor quando tal forramento se situa apenas na porção central da parede pulpar sendo maior quando os ângulos áxio-pulpare são reconstruídos com o material forrador; nestes casos o deslocamento proximal pode ser diminuído aprofundando a caixa oclusal e dando dupla inclinação a parede gengival.

Autor do resumo: Érica Ferrazzoli Devienne.

Unitermos: Incrustações; Dentística operatória, preparo; Restauração dentária permanente.

SCRABEER, I.G.; EAMES, W.B.; NOONAN, J.E. A method for unifor seating pressure on castings during cementation. J. prosth. Dent., v. 57, n. 5, p. 357-9, May 1987.

Muitas técnicas são utilizadas para diminuir a linha de cimentação de restaurações fundidas. Este é um método simples onde aplica-se uma força sobre toda a superfície oclusal da fundição durante a cimentação.

A força aplicada e sua distribuição aumentam o potencial para um exato alinhamento e assentamento da fundição. Esta técnica pode ser usada também para a fixação de dentaduras parciais.

O dispositivo usado para este assentamento é chamado composto index e é formado de silicona (molda-se os dentes superiores e inferiores na silicona com o boca fechada). Fica a marca dos dentes superiores e inferiores na silicona e na hora da cimentação deve ficar entre os dentes, que a apertam durante 4 minutos, após este período contínuo pressiona-se com rolos de algodão durante 5 minutos.

A técnica do composto index usado para exercer pressão sobre restaurações a serem assentadas oferece rigidez e estabilidade às mesmas, além da pressão uniforme promover assentamento uniforme.

Autor do resumo: Érica Ferrazzoli Devienne.

Unitermos: Cimentação; Prótese parcial fixa.

NAGEM FILHO, H.; POLETTO, L.T. de A.; VIEIRA, L.C.C.; NAVARRO, M.F. de L. Pintura e caracterização de resinas compostas. Rev. Odont. USP, v. 1, n. 1, p. 54-6, jan./mar. 1987.

O desenvolvimento das resinas compostas tem crescido muito, mas o maior desafio a ser vencido pelos dentistas continua sendo a reprodução da cor natural do dente. A introdução das resinas fluidas pigmentadas para a confecção de pintura intrínseca das restaurações vem facilitar a obtenção de efeitos policromáticos mais próximos aos dentes naturais, melhorando o efeito estético.

Paciente do sexo feminino, 39 anos, apresentava incisivo central superior direito restaurado com resina composta em 2/3 da coroa clínica no sentido cérvico-incisal e toda a extensão mésio-distal. A paciente, desejava trocar a restauração pois além de estética precária possuía superfície irregular. O tratamento realizado baseou-se na remoção parcial da resina composta pré-existente com broca diamantada, escolha da cor e resina, pintura com Comand Color (Kerr). Feito o isolamento absoluto iniciou-se a restauração pelas faces proximais, lados mesial e distal, para o efeito de translucidez utilizou-se o corante azul, para dar contraste entre a incisal e a cervical utilizou-se corante amarelo entre uma porção de resina translúcida e outra. O acabamento foi realizado 24 horas depois.

Autor do resumo: Érica Ferrazzoli Davienne.

Unitermos: Restauração dentária permanente; Resinas compostas.

LIN, L.M.; SKRIBNER, J. Dens evaginatus; a case report. Oral Surg., v. 63, n. 1, p. 86-9, Jan. 1987.

Dens evaginatus é uma anomalia coronária de causa desconhecida que abrange principalmente pré-molares mandibulares e a população mongolóide. Anatomicamente aparece uma cúspide acessória na superfície oclusal destes dentes. Frequentemente, a atrição ou trauma do tubérculo pode levar a exposição pulpar e conseqüentemente necrose pulpar.

Paciente de onze anos, sexo feminino, queixava-se de desconforto mandibular, com o exame clínico e o radiográfico diagnosticou-se dens evaginatus e rizogênese incompleta nos dois segundos pré-molares sem vitalidade pulpar. Foi feita a instrumentação dos canais e curativo com hidróxido de cálcio durante seis semanas para terminar a formação da raiz.

A seguir os dentes foram obturados com gutapercha pela técnica da condensação vertical; os dentes foram restaurados sanando os problemas da paciente.

Autor do resumo: Érica Ferrazzoli Devienne.

Unitermos: Endodontia; Dens evaginatus.

**MJOR, I.A. The safe and effective use of dental amalgam.
Int. dent. J., v. 37, p. 3, n. 147-51, Sept. 1987.**

O amálgama dental é um material restaurador largamente utilizado principalmente em dentes posteriores.

O cirurgião dentista e auxiliares que usam o amálgama na prática diária estão sujeitos a uma possível intoxicação, mas quando medidas de precaução são adotadas durante a manipulação do material os riscos são mínimos.

A sensibilização do indivíduo pelo mercúrio ocorre em maior frequência pelo ambiente ou mesmo pelas drogas do que propriamente pelo amálgama, e a reação alérgica normalmente se caracteriza por lesões na pele ou mucosas.

O amálgama apresenta grandes vantagens por ser um material de fácil manipulação, boas propriedades físicas, aplicações variadas e poucos efeitos colaterais, embora tenha uma pobreza na estética, que sempre irá contrastar com estrutura dental.

O diagnóstico clínico de uma cárie secundária constitui a principal razão para a troca de restauração, pois a vida útil deste material varia de zero a quarenta anos dependendo da qualidade, manipulação adequada e higiene do paciente.

Autor do resumo: Mário Taba Júnior.

Unitermos: Amálgama dentário.

HOCHMAN, N.M. Is there a need for cavity varnish with today's high-cooper alloy? N.Y. St dent. J., v. 53, n. 6, p. 18-21, June/July 1987.

Discussão a respeito da necessidade ou não de se aplicar verniz cavitário nas restaurações de amálgama com ligas de alto conteúdo de cobre. No caso das ligas convencionais, o processo de vedamento é feito através dos produtos de corrosão da fase gama dois que se depositam na interface dente restauração, o que não acontece nas ligas de alto conteúdo de cobre.

Demonstrou-se através de estudos de vários autores que houve um aumento da infiltração marginal após 14 dias e 12 meses após a aplicação do verniz e restauração com amálgama de liga com alto conteúdo de cobre, pela dissolução do verniz.

Conclui-se então que o uso de verniz cavitário em restaurações de amálgama com alto conteúdo de cobre não é recomendado, chegando até a ser contra-indicado.

Autor do resumo: Paulo Henrique Perlatti D'Alpino.

Unitermos: Cavidade dentária, forramento.

ALMEIDA, J.V. de; LOVADINO, J.R.; MARTINS, L.R.M.; BASTOS, M.T.A.A.; SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.H. da. Aplicação de flúor por eletroforese; dessensibilização dentinária. Rev. Odont. USP, v. 1, n. 3, p. 34-8, jul./set. 1987.

Revisão de literatura demonstrando que a aplicação de fluoretos por eletroforese é altamente eficaz e segura no tratamento de dentina hipersensível. A técnica consiste na aplicação de corrente elétrica no dente de no máximo um miliampere, tendo o dente como cátodo (polo negativo), e um pincel (ânodo) no qual aplicamos o eletrólito (fluoreto de sódio a 1% ou 2%, fluoreto estanhoso a 2%, 4% ou 8%). No Brasil temos o Eletroflúor Marcon, o qual é composto por uma bateria com miliamperímetro do qual sai um fio com pincel na extremidade para aplicar a solução de flúor, e um outro fio com uma barra metálica na ponta para o paciente segurar com a mão e fechar o circuito elétrico.

Esse método tem sido mais eficiente que a aplicação tópica de flúor ou mesmo o uso sistemático de pastas abrasivas dessensibilizadoras.

Autor do resumo: Glauco José Bazzo.

Unitermos: Dentina, sensibilidade.

O'NEIL, T.C.A. Plasma female sex-hormone levels and gingivitis in pregnancy. J. periodont., v. 50, n. 6, p. 279-81, June 1979.

Vinte e seis grávidas foram examinadas na 14ª e na 30ª semana de gravidez. A cada visita foram estabelecidos índice de placa e índice gengival para cada paciente. Foi medido também o nível plasmático dos hormônios estrógeno e progesterona. Durante a primeira visita, as pacientes receberam instruções de higiene oral.

Na segunda visita, 30ª semana de gravidez, observou-se uma diminuição da quantidade de placa ao mesmo tempo que houve um aumento no índice gengival.

Comparou-se a diferença dos níveis hormonais entre a 14ª e 30ª semana de gravidez com a diferença dos índices gengivais e observou-se que não há correlação entre o aumento desses hormônios com a inflamação gengival.

Ficou confirmado que há um aumento da inflamação gengival entre a 14ª e 30ª semana de gravidez e que isto ocorre mesmo com um controle de placa. Implica que existe um fator adicional para explicar o aumento da inflamação gengival.

Autor do resumo: **Maria Silva de Lima.**

Unitermos: **Gengivite; Gravidez.**

PASSANEZI, E.; NAHÁS, D.; CAMPOS JÚNIOR, A. Pericoronarite; Implicações clínicas e tratamento da fase aguda. Estomat. Cult., v. 13, n. 2, p. 1-8, jul./dez. 1983.

Pericoronarite é uma inflamação de gengiva que recobre total ou parcialmente a coroa dos dentes parcialmente irrompidos. Pode ocorrer nas formas aguda, sub-aguda e crônica, sendo as características clínicas principais, na fase aguda, a tumefação e a dor. Várias complicações pode ocorrer a partir deste processo inflamatório, sendo as principais: o abscesso pericoronário, a extensão de exsudato para áreas nobres como a orofaringe e a formação de abscesso peritonsilar. O tratamento indicado para a fase aguda é diferenciado, variando conforme a evolução do processo inflamatório, indo desde raspagem e irrigação do sulco até a incisão do tecido. Os autores sugerem também o uso do "front-plateau" durante a fase aguda para eliminar o contato traumático da área inflamada com os dentes antagonistas, sem que seja necessária a utilização do desgaste desses dentes.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara.

Unitermos: Periodontia.

MICHEL, M.D.S.; ARAÚJO, F.B.; SANTANA FILHO, M.; RADOS, P.V. Avaliação da pulpotomia com glutaraldeído. Rev. gaúcha Odont., v. 36, n. 4, p. 313-6, jul./ago. 1988.

A técnica da pulpotomia em dentes decíduos com solução de formocresol diluído de 1:5, tem sido empregada até hoje, com altos índices de sucesso clínico e radiográfico. Ao mesmo tempo várias pesquisas sobre o glutaraldeído tem sido desenvolvidas, mostrando ser um eficiente agente bactericida e fixador de tecidos. Os autores avaliaram clínica e histologicamente a reação pulpar de dentes decíduos humanos frente a ação do glutaraldeído a 2% tamponado e formocresol diluído, assim como a reação periapical de molares de ratos à ação destes dois medicamentos. A reação do tecido pulpar ao glutaraldeído mostrou características de vitalidade e as alterações degenerativas ocorridas ao nível apical e médio foram menos intensas quando comparadas com o formocresol. Em relação às reações do tecido periapical, houve também predominância de resultados favoráveis ao glutaraldeído. Assim, os resultados sugerem a possibilidade da aplicação clínica do glutaraldeído em dentes decíduos submetidos a pulpotomia.

Autor do resumo: Marly Kimie Sonohara.

Unitermos: Polpa dentária; Glutaraldeído.

BENGTSON, N.G.; BENGTSON, A.L.; PICCININI, D.P.F. Erupção dos dentes decíduos. Sintomas gerais apresentados. Rev. gaúcha Odont., v. 36, n. 6, p. 401-5, nov./dez. 1988.

Acompanhamento de 36 crianças sujeitas à erupção dentária, durante 4 meses. Os sintomas gerais apresentados eram relatados pelos acompanhantes das crianças e anotados.

Dos 72 dentes em erupção estudados, apenas 8 (11,4%) não apresentavam qualquer sintoma. O distúrbio que mais ocorreu foi a salivação alcançando 88,8% dos dentes pesquisados. Esta excessiva salivação pode estar associada diretamente com a dor e o desconforto experimentados pela criança ou devido a uma mudança na qualidade da saliva aumentando a sua viscosidade e dificultando a deglutição. Os demais sintomas apresentados em ordem decrescente de ocorrência foram: irritação, corrimento nasal, erupção na pele, febre, redução de apetite, vômito, tosse, urina forte, coceira auditiva e dificuldade de movimentos. Também ocorreram com grande frequência a diarreia (87,5%) e o sono agitado (72,2%).

Autor do resumo: **Maria Silva de Lima.**

Unitermos: **Dente decíduo; Dente, erupção.**

SANTANA, J.C.M.; SANTANA, C.S.D. Sistema pino-núcleo. Odont. Mod., v. 15, n. 9, p. 6-10, out. 1988.

Os dentes tratados endodonticamente muitas vezes necessitam da confecção de um pino-núcleo, e para que este tenha um prognóstico bom, deve-se seguir alguns requisitos para a sua confecção.

O pino deve apresentar o maior comprimento possível, para aumentar a retenção; mas aconselha-se que o pino deve ter 2/3 do comprimento total do remanescente dental. A superfície do dente preparado deve ser plana, para que o pino apresente uma conicidade adequada, para que o dente suporte as forças dirigidas apicalmente e para evitar o efeito de cunha.

O diâmetro do pino é muito importante e para dar retenção e resistência este diâmetro varia para cada dente, assim, sugere-se que deve haver 1,0mm de espessura entre a parede do canal preparado e a superfície externa do dente. A superfície do pino pode ser lisa, serrilhada ou rosqueada.

Na confecção de um pino torna-se necessário um exame detalhado do dente e das estruturas adjacentes e seguir corretamente os requisitos.

Autor do resumo: Jolber Rodrigues de Fonseca.

Unitermos: Pinos dentários.

AMATO NETO, V. Profilaxia na transmissão do HIV na atividade profissional de odontologistas. Rev. paul. Odont., v. 10, n. 2, p. 16, mar./abr. 1989.

Medidas de prevenção devem ser adotadas rotineiramente pelos odontologistas, pois a população infectada e assintomática é tão contaminante quanto as claramente determinadas.

Durante a intervenção odontológica o cirurgião dentista deve utilizar luvas, máscara e protetor ocular, com vedação lateral, para evitar que respingos de sangue e secreções atinjam as conjuntivas.

As pontas de alta rotação e as seringas triplíces devem ser desinfectadas por imersão em álcool a 25% por meia hora.

Os materiais descartáveis como agulhas, sugador após o uso devem ser colocados em recipientes rígidos para a autoclavagem e posterior desprezo, de maneira segura. Lavar as mãos enluvadas com álcool a 25%, dispor todo o equipamento cirúrgico empregado em álcool a 25% por meia hora, posteriormente lavagem e esterilização, dando condições para atender outro paciente.

Autor do resumo: Mário Taba Júnior.

Unitermos: Odontologia, prática geral.

OLIVEIRA JÚNIOR, G. de. Reconhecimento precoce da maloclusão; o papel do clínico geral. Odont. mod., v. 15, n. 9, p. 20-4, out. 1988.

A relação de oclusão normal da dentição decídua é dada pelos segundos molares e caninos por volta dos 6-7 anos com o irrompimento dos primeiros molares permanentes, inicia-se o período da dentição mista com sua fase tardia quando irrompem os incisivos entre os 7-8 anos. Os procedimentos preventivos e interceptores são mais indicados durante a dentição mista onde o reconhecimento precoce seria bastante benéfico.

Procedimentos básicos realizados por qualquer profissional como orientação na alimentação, higiene, tratamento das lesões cáries e mesmo problemas mastigatórios que induzem desgastes seletivos, a extração de dentes supra-numerários é um método preventivo que sem o devido cuidado poderia se tornar um futuro problema na oclusão.

A correção precoce da maloclusão evita futuramente procedimentos mutiladores como cirurgias ósseas e extrações de dentes permanentes se façam necessárias.

Autor do resumo: **Mário Taba Júnior.**

Unitermos: **Má-oclusão.**

MAINIERI, E.T. Overdenture; prótese total suportada por dentes naturais. Rev. gaúcha Odont., v. 32, n. 2, p. 123-6, abr./jun. 1984.

Overdenture é uma prótese total suportada por dentes naturais nos quais foram confeccionadas coroas metálicas curtas (dimensão cérvico-oclusal menor). Sendo suportada por dentes naturais haverá uma preservação do osso alveolar, pois as forças mastigatórias não irão incidir diretamente no rebordo alveolar, mas no ligamento periodontal o qual é um tecido especializado para esta função. Além disso estaremos preservando os impulsos sensoriais provenientes dos receptores periodontais (propriocepção e exterocepção) dos dentes suporte, possibilitando assim informações quanto a intensidade e a orientação da forças oclusais, percepção da textura, volume dos alimentos, e manutenção da habilidade da mandíbula em ocluir nas posições de relação e oclusão cêntrica sem interferências.

Concluiu-se que a overdenture possibilita maior estabilidade, retenção e função à prótese total, além dos efeitos psicológicos positivos sobre os pacientes que estarão usando um prótese muito mais funcional e adequada em comparação com as próteses totais convencionais.

Autor do resumo: Glauco José Bazzo.

Unitermos: Dentadura completa.

MAINIERI, E.T. Overdenture; prótese total suportada por dentes naturais. Rev. gaúcha Odont., v. 32, n. 2, p. 123-6, abr./jun. 1984.

Overdenture é uma prótese total suportada por dentes naturais nos quais foram confeccionadas coroas metálicas curtas (dimensão cervico-oclusal menor). Sendo suportada por dentes naturais haverá uma preservação do osso alveolar, pois as forças mastigatórias não irão incidir diretamente no rebordo alveolar, mas no ligamento periodontal o qual é um tecido especializado para esta função. Além disso estaremos preservando os impulsos sensoriais provenientes dos receptores periodontais (propriocepção e exterocepção) dos dentes suporte, possibilitando assim informações quanto a intensidade e a orientação da forças oclusais, percepção da textura, volume dos alimentos, e manutenção da habilidade da mandíbula em ocluir nas posições de relação e oclusão cêntrica sem interferências.

Concluiu-se que a overdenture possibilita maior estabilidade, retenção e função à prótese total, além dos efeitos psicológicos positivos sobre os pacientes que estarão usando um prótese muito mais funcional e adequada em comparação com as próteses totais convencionais.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo.**

Unitermos: **Dentadura completa.**

VIEGAS, A.R. Selantes em saúde pública. Rev. gaúcha Odont., v. 37, n. 2, p. 117-20, mar./abr. 1989.

O selante pode ser usado como método preventivo em consultório particular, obedecendo-se aos requisitos essenciais para a aplicação de selantes: aplicação do selante em dente hígido e tão logo quanto possível após a erupção do dente, mantendo o paciente em algum programa de flúor e revisão periódica do selante.

Em saúde pública o selante não está indicado por três razões: 1) custo do programa; 2) idade de ingresso na escola não permitindo a aplicação do selante tão logo quanto possível após a erupção do dente; 3) evasão das crianças das escolas o que inviabiliza a fase de manutenção com revisão periódica.

O autor faz três comparações entre um programa de restaurações a amálgama e de selantes e obteve como resultado menor custo para o programa de restaurações a amálgama e ainda, quanto menor a prevalência de cárie, menos custoso é o programa de restaurações.

Como método preventivo, a fluoretação da água de abastecimento é a prioridade em saúde pública. A fluoretação beneficia inclusive os 25% de crianças em idade escolar que não freqüentam a escola.

Autor do resumo: **Maria Silva de Lima.**

Unitermos: **Odontologia preventiva; Selantes.**

VECCHI, B.D.C.; FRONKEN, B.A. Hipertensão arterial no idoso. Cienc. med., v. 4, n. 1, p. 37-49, out. 1986.

Revisão sobre os mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial no idoso, indicando o risco das complicações cárdio-vasculares e sua prevenção através do tratamento adequado.

A hipertensão arterial foi definida como um nível de pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg em indivíduos com idade superior a 65 anos. Era comum entre os orientais considerar como alteração normal o aumento isolado da pressão sistólica, porém sabe-se que aumentos isolados da mesma favorecem o aparecimento de danos ao sistema vascular semelhantes àqueles provocados pelo aumento da pressão diastólica.

Estão implicados na gênese da hipertensão arterial do idoso as alterações anatômicas da aorta e dos grandes vasos além da diminuição da complacência vascular, também mudanças estruturais dos receptores aórticos e caróticos, degeneração das arteríolas com aumento da resistência periférica e alterações da função renal incapaz de assimilar sobre cargas salinas.

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

Autor do resumo: Hugo Nary Filho.

Unitermos: Hipertensão; Idade, fatores.

BEN-AMAR, A. et al. Marginal microleakage; the effect of the number of cavity-varnish layers and the type of amalgam used. Dent. Mat., v. 2, n. 1, p. 45-50, Feb. 1986.

O verniz cavitário (resina diluída num composto orgânico), previne a infiltração de fluidos orais e bactérias na interface dente- restauração nos períodos iniciais de presa do amálgama.

Na intenção de se verificar a influência do tipo de liga e do número de camadas de verniz na infiltração marginal de restaurações à amálgama, foram utilizados 125 dentes posteriores nos quais foram feitas duas cavidades classe V. Um grupo foi restaurado com Tytin (esférica), outro com Silmet (convencional) e outro com Permite C (dispersa) e cada um deles subdividido em três sub-grupos: sem aplicação; aplicação de uma camada e aplicação de duas camadas do Copalite.

Após ciclagem em fucsina básica a 0,5% em temperatura de 4 a 60°C com 30 segundos alternados por 25 vezes, foram armazenados na mesma solução por 3 semanas a 37°C. Através da análise com microscópio ótico, conclui-se que duas camadas de verniz reduzem a infiltração marginal em amálgamas de liga esférica e convencional nos períodos iniciais, não sendo significante para liga dispersa, que produziu a melhor adaptação marginal.

Autor do resumo: Paulo Henrique Perlatti D'Alpino

Unitermos: Cavidade dentária, forramento.

CÂNDIDO, M.S.M. et al. Limpeza mecânica da superfície dentária. Rev. gaucha Odont., v. 34, n. 4, p. 394-400, jul./ago. 1986.

O uso de diversas substâncias sobre a superfície dentinária, tem como objetivo a remoção dos detritos, permitindo uma adequada adaptação do material restaurador ou uma proteção as paredes cavitárias trazendo como consequência menor infiltração marginal. Neste estudo foram selecionados dezoito caninos superiores, distribuídos em seis grupos, onde as suas faces vestibulares foram desgastadas até atingir a porção dentinária. As superfícies dentinárias foram tratadas com fosfato de cálcio e sódio a 2%, 6% e 12% por um minuto. O efeito de limpeza das soluções testadas não foram estatisticamente significantes, e a partir da análise fotomicrográfica dessas soluções definiu-se três graus de limpeza: má limpeza - fosfato de cálcio e sódio a 6%, média limpeza - fosfato de cálcio 6% e 12% e fosfato de sódio 2%, e boa limpeza - fosfato de sódio 12%. O fato desta solução apresentar uma maior eficiência de limpeza, deve a maior quantidade de radicais fosfato para reagir com o cálcio da estrutura dentária efetuando assim a remoção de partículas de cálcio e finalmente promovendo a limpeza da superfície.

Autor do resumo: **Marly Kimie Sonohara**

Unitermos: **Dentina.**

TAVARES, D.; WILLEMANN, E.R.; TAVARES, T. Osteoma tipo pediculado; relato de um caso. Odont. mod., v. 16, n. 4, p. 6-12, abr. 1989.

Paciente de sexo feminino, 27 anos apresentava aumento de volume localizado na face externa da hemimandíbula direita, na altura dos molares que ultrapassava também os limites inferiores da cortical mandibular. A consistência à palpação era pétreia. Ausência de dor sem expansão da cortical interna da mandíbula e apresentando normalidade tanto na mucosa interna quanto nos tecidos cutâneos.

Radiograficamente, a lesão apresenta-se com limites definidos e lisos e proliferação radiopaca com aspecto ósseo.

Através da cirurgia, o tumor foi facilmente removido de sua inserção na face externa da hemimandíbula direita, tendo em vista ser de forma pediculada.

Ao exame histológico, observou-se um osso de configuração normal, de aspecto maduro e lamelar. A periferia da peça cirúrgica apresentava tecido ósseo compacto com lamelas em deposição circunferencial entremeadas por remanescentes de cavidades medulares e por sistema de Havers. A região central era constituída por osso esponjoso organizado em um trabeculado bastante frouxo. Não se observou osteoclastos e lacunas de Howship indicativos de reabsorção óssea. A lesão tratava-se de um osteoma periostal pediculado.

Autor do resumo: **Maria Silva de Lima**

Unitermos: **Osteoma.**

HOUSTON, F. et al. Mandibular disfunction and periodontitis. A comparattive study of patients with periodontal disease and oclusal parafunction. Acta odont. scand., v. 45, p. 239-49, Aug. 1987.

Devido a incerteza que existe entre a associação de trauma de oclusão e periodontite, o presente estudo procurou examinar dois grupos diferentes: um com doença periodontal e outro com distúrbios do sistema mastigatório.

Segundo certos critérios, foram selecionados 51 pacientes com problema periodontal e 40 pacientes com distúrbio no sistema mastigatório. Cada paciente foi submetido a um questionário, exames clínicos e radiográficos. A observação de dados colhidos levaram a resultados, os quais mostraram que ambos os grupos apresentavam muita similaridade em certos dados como número de dentes, relação entre a relação cêntrica e a máxima intercuspidação habitual, contatos oclusais nestas posições e movimentos excursivos, porém os pacientes dos grupos diferiam significativamente com respeito ao uso oclusal.

Portanto, os pacientes que apresentavam maior desgaste oclusal eram pessoas que possuíam o periodonto bem resistente, ocorrendo o contrário para aqueles pacientes que apresentavam doença periodontal associada a um trauma oclusal.

Autor do resumo: Marco Antônio Hungaro Duarte

Unitermos: Periodontia, doenças; Oclusão dentária.

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

Apresentação de uma técnica que elimina o uso de calor aplicado externamente ou internamente para o clareamento de dentes descoloridos que tinham sido tratados endodonticamente. O procedimento clínico seria: remover todo o material da porção coronal do espaço pulpar, a um nível de 2 a 3mm apicalmente em relação a margem gengival; registrar a coloração (matiz) do dente descolorido com um padrão de cores; isolar o dente; limpar e secar o interior do dente preparado com uma bolinha de algodão umedecida com clorofórmio ou xileno (verificar o perfeito selamento do material obturador do canal radicular); preencher a cavidade com o agente clareador, perborato de sódio mais Superoxol (solução aquosa de 30% de peróxido de hidrogênio); Realizar o selamento do dente. O retorno do paciente deve se dar a cada três ou cinco dias, quando a coloração é observada e comparada com a inicial. Se um clareamento insuficiente tiver lugar, uma nova mistura é colocada na câmara pulpar; quando a coloração desejada for obtida, a câmara é novamente limpa, realizando-se o selamento definitivo. O método tem se mostrado efetivo, simples e menos tempo consumido que certas técnicas comumente populares.

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

Unitermos: **Endodontia; Dentes, clareamento.**

BASTOS, M.T.A.A. et al. Resina composta em dentes posteriores. Rev. Odont. USP, v. 1, n. 2, p. 42-5, abr./jun. 1987.

As resinas compostas têm sido indicadas para restaurações de dentes posteriores, pois apresentam algumas características comparáveis ao amálgama, porém deve-se ter cautela na indicação da resina devido ao desgaste superficial oclusal, à abrasão no contato proximal e à sensibilidade pós-operatória.

A resina composta produz propriedades semelhantes ao amálgama, como resistência à compressão, porém quando utilizada em dentes posteriores tem apresentado um desgaste superficial acentuado e isto pode estar associada a uma fadiga termo-dinâmica devido aos esforços mastigatórios e às tensões entre a matriz orgânica e as partículas. Esse desgaste ocorre também no contato proximal, causando alterações na posição dos dentes.

A inserção da resina composta tem provocado uma sensibilidade pós-operatória devido a alguns fatores como hiperemia pulpar, microinfiltração e uma pressão transmitida aos odontoblastos, por isso a necessidade de uma proteção pulpar adequada.

As resinas são consideradas portanto um material restaurador temporário, que ainda não substituiu o amálgama.

Autor do resumo: Jolber Rodrigues da Fonseca

Unitermos: Resinas Compostas.

QUINTANILHA, L.E.L.P.; CORADAZZI, J.L. Restauração seqüencial de dentes anteriores fraturados sem o aproveitamento do fragmento: caso clínico. Rev. Odont. USP, v. 1, n. 3, p. 43-7, jul./set. 1987.

Devido a elevada prevalência de dentes anteriores fraturados em pacientes jovens, objetivou-se uma técnica simples para a obtenção de um resultado estético.

Paciente do sexo masculino, oito anos de idade, sofreu fratura coronária sem aproveitamento do fragmento em incisivo central superior. Foram feitos os testes de vitalidade pulpar, seleção de cor, isolamento absoluto. A anestesia infiltrativa foi dispensada devido a presença de dentina esclerosada.

Em seguida foram removidos os restos alimentares e de placa no remanescente do dente. A limpeza foi feita com hidróxido de cálcio e a proteção pulpar. Realizou-se o preparo com ataque ácido, e a aplicação do adesivo de esmalte para depois aplicar o material restaurador.

Terminada a restauração, foi feito o controle da cor. A reconstrução das estruturas perdidas mostrou um resultado estético favorável, com a cor ajustada anatomicamente.

Autor do resumo: Marco Antônio Hungaro Duarte

Unitermos: Dente, fraturas; Restauração dentária permanente; Cavidade dentária, preparo.

PAIVA, G.; VIOLA, D.D. Utilização de "jig" (guia anterior) em ajuste oclusal. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., p. 182-90, maio/jun. 1985.

O ajuste oclusal como tratamento é indispensável a qualquer especialidade odontológica e requer que a mandíbula esteja em posição cêntrica. O "jig" de Lúcia, é de fácil construção clínica e garante resultados altamente positivos no posicionamento em relação central sem manipulação.

Removendo-se a placa de mordida usada até o momento, recorta-se na região dos incisivos superiores, recolocando-a na boca e deixando os incisivos livres. Sobre estes são construídos os "jigs" com resina acrílica ativada quimicamente, tomando-se cuidado em lubrificar a região da placa de mordida e dentes que entrarão em contato com a resina.

Inicia-se o ajuste oclusal com a mandíbula em relação cêntrica. Realiza-se desgaste no "jig", seguindo-se o plano inclinado, ântero-posterior até acusar o primeiro contato, que deve ser desgastado. Repete-se a operação até eliminar novas interferências que surgirem, parando quando se obter o contato lateral dos dentes posteriores.

Autor do resumo: **Mário Taba Junior**

Unitermos: **Oclusão dentária.**

MACHADO JÚNIOR, J.A.; PESCE, H.F. Limite de instrumentação em dentes despulpados com e sem lesão apical. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 40, n. 2, p. 212-3, mar./abr. 1986.

O preparo do canal radicular implica-se em abranger toda sua extensão, eliminando os microorganismos alojados, e determinando o limite apical de instrumentação. Com isolamento absoluto do campo, foi realizado o preparo da câmara pulpar e a coleta de material para testes bacteriológicos, posteriormente com líquido de Dakin fez-se a desinfecção. Realizada a odontometria os canais foram preparados.

Após o preparo químico-mecânico efetuou-se uma primeira irrigação e aspiração com tergentol-furacin e uma segunda com solução fisiológica estéril, realizando novo teste bacteriológico.

Apenas o primeiro teste bacteriológico mostrou resultados positivos, sendo todos os demais negativos, confirmando que a utilização de uma substância química auxiliar ao efetivo preparo mecânico proporciona a erradicação do contingente microbiano do canal.

Na maioria dos canais preparados o forame apical não coincide com o vértice radicular, pois quando a instrumentação estende-se até este ponto ocorre extravasamento do material obturador.

Autor do resumo: Mário Taba Júnior

Unitermos: Canal Radicular, terapia; Polpa dentária; Bactérias.

CARDOSO, L.B.Q.; ISSAO, M. Prevalência de cáries oclusais, de acordo com o grau de erupção em primeiros molares permanentes. Rev. Odont. USP, v. 1, n. 4, p. 24-31, out./dez. 1987.

Utilizou-se 940 crianças de 5 a 8 anos de idade sendo 457 do sexo masculino e 483 do sexo feminino, divididos por faixa etária: 104 na idade de 60 a 66 meses; 166 na de 66 a 72 meses; 231 na de 72 a 78 meses; 258 na de 78 a 84 meses; 94 na de 84 a 90 meses e 87 na faixa etária de 90 a 96 meses.

Para a determinação dos graus de erupção dos primeiros molares permanentes considerou-se: dente não irrompido; início da erupção; 1/3 da coroa irrompida; 1/2 coroa irrompida e dente totalmente irrompido.

Com base na amostra pôde-se concluir que na faixa etária de 60 a 66 meses, o percentual de primeiros molares permanentes não irrompidos é de 90% no superior, para sexo feminino e cerca de 87% para o masculino em ambos os arcos.

Na faixa etária de 72 a 90 meses ocorre uma redução na razão de erupção para sexo masculino enquanto o feminino mantém-se uma constante.

A relação prevalência de cárie de superfície oclusal e graus de erupção em primeiros molares permanentes é de maior significado clínico que a relação prevalência de cárie e idade cronológica.

Autor do resumo: Mário Taba Júnior

Unitermos: Cárie dentária; Dente, erupção; Molar.

NAGEM FILHO, H. et al. Propriedades químicas e biocompatibilidade de soluções de Ca(OH)_2 . Rev. Odont. USP, v. 1, n. 2, p. 20-3, abr./jun. 1987.

As soluções de hidróxido de cálcio desempenham um papel fundamental no estágio final do preparo cavitário, devido a sua ação mecânica de limpeza e por ser alcalinizante do meio. Comparou-se várias soluções, através da determinação do cálcio iônico, do seu pH e do seu potencial irritativo (biocompatibilidade). As marcas comerciais comparadas foram: Merk, Tergidrox (vidro), Pulpotec (vidro) e solução em ampolas.

Os resultados quanto a determinação do cálcio iônico, o Pulpotec apresentou maior quantidade de cálcio iônico, o que lhe confere maiores vantagens, pois os demais tinham concentrações semelhantes. Em relação ao pH comparando-se soluções recentes e soluções de três meses de preparo, houve uma manutenção no Pulpotec e nas ampolas sendo que os demais tiveram uma alteração, com conseqüente perda do efeito. Quanto ao potencial irritativo, demonstrou-se que a solução em ampolas tem um grau não significante, enquanto o pulpotec apresenta um grau severo devido a seu estabilizador.

Através dos dados observados, a solução em ampolas hermeticamente fechadas apresentavam melhores resultados químicos e biológicos.

Autor do resumo: Paulo Henrique P. D'Alpino

Unitermos: Hidróxido de cálcio; Cavidade dentária, limpeza.

KOSSA, A.P. Microleakage in a hybrid amalgam-composite restoration. Gen. Dent., v. 35, n. 4, p. 289-91, July/Aug. 1987.

Comparou-se a infiltração marginal na interface amálgama-resina com a interface amálgama dente e com a interface resina-dente.

Fez-se então cavidades classe V em cem molares, separando arbitrariamente em dois grupos: A, restaurados com amálgama (dispersa) e B, restaurados com resina composta (Concise). Retirou-se então metade das restaurações do grupo A (amálgama), colocando-se no lugar resina composta. No grupo B retirou-se metade da resina e colocou-se amálgama, obtendo-se assim restaurações híbridas, metade amálgama, metade resina em ambos os grupos.

Sujeitou-se os dentes então a variações cíclicas de temperatura, de 4 a 60°C com um minuto de intervalo por 60 vezes e então mergulhou-se em solução de fucsina básica em temperatura ambiente por 24 horas.

Retirou-se o material restaurador e analisou-se considerando positivo a presença de corante na parede pulpar.

Observou-se através da análise dos resultados que a infiltração na interface amálgama resina foi menor em relação amálgama dente e maior em relação a interface resina dente. Outra conclusão a que se chegou é que pode-se diminuir a infiltração na interface amálgama-resina quando a coloração do amálgama precede a coloração da resina.

Autor do resumo: Paulo Henrique Perlati D'Alpino

Unitermos: Resinas compostas; Amálgama dentário; infiltração dentária.

GOMES, A.A. Síndrome dor-disfunção de oclusão traumática, hipertrofia masseterina e tumefação de parótida. Odont. Mod., v. 7, n. 11/12, p. 9-16, nov./dez. 1980.

Apresentação de um caso clínico de paciente com 22 anos que se apresentava com um volume intenso na região parotídea direita que lhe causava muitas dores e assimetria facial bem acentuada. Obteve-se os seguintes dados clínicos: constantes dores de cabeça que apareciam geralmente após a mastigação de alimentos duros, fonação muito intensa, abertura bucal demasiada e/ou quando se encontrava muito tensa; pela palpação encontrou-se uma rigidez intensa do músculo masseter, bem como uma certa flutuação da área parotídea; por pressão digital ao nível do canal de Stenon não observou-se escoamento salivar e algum sinal de cálculo; abertura máxima bucal de 2cm; ausência de dentes, extrusão de seus antagonistas e fraturas das coroas clínicas dos incisivos central e lateral esquerdos superiores; contatos prematuros, aumento da dimensão vertical de oclusão e movimentação anterior da mandíbula (oclusão traumática). O diagnóstico foi de síndrome de dor-disfunção por oclusão traumática, havendo hipertrofia masseterina e com isso, compressão do canal de Stenon, havendo acúmulo salivar, provocando tumefação na parótida. Realizou-se um ajuste oclusal e recomendou-se bochechos de água quente, cinco vezes ao dia no lado afetado, repouso funcional, ingestão abundante de líquidos e administrou-se um relaxante muscular.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo

Unitermos: Má-oclusão; Glândula Parótida.

BOURRASA, M. Stress situations in dental practice. J. dent. Res., v.67, n.special issue, p. 114, 1988 (abstracts 9).

Estudo dos fatores que acarretam estresse e a contribuição relativa de cada fator, através da elaboração de questionário contendo 52 situações potencialmente estressantes relacionadas com a prática odontológica, distribuído a 1332 dentistas que responderam com uma escala numérica de um a cinco, que permitiu classificar as situações de não estressante (1) a extremamente estressante (5).

Dez situações receberam uma quantidade significativa de respostas acima de (3), sendo consideradas assim com poder de provocar estresse mais alto que a média.

A maioria destas situações puderam ser classificadas por estarem relacionadas a procedimentos operatórios e na organização do consultório e à relações interpessoais envolvendo pacientes e/ou assistentes.

No grupo de profissionais mais experientes foi observado um grau de estresse significativamente maior para seis das dez situações mais indicadas. Observou-se também que assalariados apresentavam níveis de estresse mais baixos.

A compreensão das situações mais comuns que geram estresse permitem ao profissional tomar medidas preventivas para eliminar seus efeitos maléficos na prática odontológica.

Autor do resumo: **Carlos Eduardo Carrara**

Unitermos: **Estresse.**

CARVALHO, A.C.P.; CARVALHO, P.S.P.; OKAMOTO, T. Fios de sutura em odontologia. Rev. gaucha Odont., v. 34, n. 2, p. 111-4, mar./abr. 1986.

Durante um procedimento cirúrgico a síntese é fundamental para propiciar uma regeneração adequada as feridas. Há uma variedade de fios disponíveis no mercado, aqueles de origem orgânica (animal ou vegetal) e sintética, podendo ser absorvíveis ou não absorvíveis. O profissional deve selecionar o fio de sutura adequadamente, levando em consideração o tipo e o local da intervenção cirúrgica. De maneira geral, seria desejável que o fio de sutura fosse monofilamentar e pouco irritante aos tecidos, já que os fios multifilamentares, quando inadequadamente torcidos e estirados, podem favorecer a aderência de placa bacteriana e restos alimentares. Através das avaliações clínicas e experimentais com diversos tipos de fios de sutura (catgut, seda, algodão, poliéster, nylon, polipropileno, P.G.A. e poliglactina 910) observou-se que para extrações de dentes irrompidos, a sutura poderia ser realizada com fios de seda ou algodão e para as demais cirurgias intra-orais, com fios de poliglactina 910, poliéster e seda. Na condições em que seja impossível a remoção dos fios de sutura, pode ser empregado fio de poliglactina 910 ou P.G.A., assim como para suturas sob bloqueios maxilo-mandibulares.

Autor do resumo: **Marly Kimie Sonohara**

Unitermos: **Suturas; Cirurgia bucal.**

CAMPOS JUNIOR, A. et al. Análise comparativa entre fita dental convencional e materiais alternativos. Rev. Odont. USP, v.4, n.1, p.59-61, jan./mar. 1990.

Em uma amostra de 80 homens de 18 anos de idade, testou-se a eficácia da remoção de placa interproximal por meio de fita dental convencional e dois materiais alternativos: a rafia e a linha indiana.

Inicialmente foi feita a evidenciação de placa dental e após a anotação do dados (scores) para cálculo do índice de placa e índice de placa interproximal, todos os indivíduos sofreram remoção mecânica profissional da placa bacteriana acumulada.

Após duas semanas de utilização dos fios, nova evidenciação foi feita e novamente calculou-se o índice de placa. Verificou-se pela comparação dos índices inicial e final que não houve diferenças significante na eficácia dos materiais, sendo que todos se mostraram eficientes na higienização das áreas interproximais. Uma pesquisa de opinião entre os participantes do programa mostrou uma preferência marcante pela rafia, a qual mostrou-se como o material mais confortável ao uso.

Pode-se concluir que a rafia pode ser uma alternativa viável para a limpeza interproximal, aplicável a certas populações e programas que implicam em uma sensível redução dos custos dos materiais de limpeza bucal sendo o seu uso com eficiência semelhante a dos produtos industrializados, a um custo ínfimo e com razoável grau de conforto para sua utilização.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Placa dentária, remoção.

HONKALA, E.; KANNAS, L.; RISE, J. Oral health habits of school children in 11 european countries. Int. dent. J., v.40, n.4, p.211-7, Aug./Sept. 1990.

Foi proposto descrever os hábitos de higiene e cuidados bucais, ou seja, higiene bucal, consumo de açúcar e uso de fluoretos em escolares de países europeus.

Confeccionaram-se questionários para coletar dados nas escolas em grupos de 11, 13 e 15 anos. Observou-se, quanto aos cuidados de higiene, e porcentagem de crianças que escovam os dentes pelo menos uma vez ao dia correspondia à grande maioria chegando a mais de 90%, sendo que, na maior parte, as meninas escovavam os dentes mais que os meninos.

Verificou-se, em relação ao consumo de açúcar cerca de metade dos adolescentes consomem açúcar diariamente, com algumas exceções, sem distinção entre meninas e meninos. Quanto ao uso de fluoretos, pastas contendo flúor eram usadas por mais da metade das crianças em todos os países diariamente, sendo nos países nórdicos o maior consumo.

Conclui-se que houve pouca diferença dos hábitos dos diferentes países. Quanto ao fato dos meninos escovarem menos deve ser levado em conta a educação. Muitos esforços são ainda necessários para reduzir o consumo de açúcar em todos esses países.

Autor do resumo: Paulo Henrique Perlatti D'Alpino.

Unitermos: Higiene bucal, hábitos.

MITCHELL, L.; MURRAY, J.J. Caries in fissure sealed teeth - a retrospective evaluation. J. paediat. Dent., v.6, n.2, p.91-5, Oct. 1990.

Este estudo mostra o desenvolvimento de cárie em crianças um ano a um ano e meio após os dentes serem selados. Dos 3017 dentes selados 3,1% apresentaram cárie (119 dentes), sendo que 93 dentes tinham cárie oclusal e o restante cárie proximal.

Em alguns casos foram feitas radiografias antes do selamento. Fez-se uma análise dessas radiografias em todos os casos em que houve cárie oclusal e/ou proximal. Notou-se que uma pequena porcentagem desses dentes apresentaram cárie antes do selamento, sendo que algumas progrediram e outras não, pois houve o corte da fonte de nutrientes das bactérias proporcionado pelo selamento.

Para todos os pacientes foi feita orientação quanto à dieta e uso de flúor tópico. Nos que vieram a apresentar cárie, notou-se que haviam alta susceptibilidade ou já apresentavam cárie antes do selamento e houve sua progressão devido a não integridade do selamento.

Concluiu-se que o selamento apresentou uma boa eficiência, pois houve uma porcentagem muito pequena no número de cárie apresentado.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Cárie dentária; Selamento de fissuras.

DUCKWORTH, R.M.; MORGAN, G.N.; BURCHELL, C.K. Fluoride in plaque following use of dentifrice containing sodium monofluorophosphate. J. dent. Res., v.68, n.2, p.130-2, Feb. 1989.

Vem ocorrendo nos últimos quinze anos em vários países uma drástica redução do número de cáries e isso é atribuído ao uso regular de dentifrícios fluoretados, contendo flúor na forma de monoflúorofosfato de sódio e fluoreto de sódio.

Este estudo tem o intuito de pesquisar a quantidade de flúor existente na placa com o uso de dentifrícios fluoretados em diferentes concentrações: 1000,1500,2500 mg F/g. Foram utilizadas 234 crianças divididas em três grupos que usaram o dentifrício por um ano, analisando-se após esse período os hábitos de escovação e quantidade de dentifrícios usados.

Após um ano, observou-se que a concentração de flúor na placa é menor quanto mais enxaguagens existirem durante a escovação. As crianças que apresentaram alta taxa de salivação exibiam alta concentração de flúor na placa. Também observou-se que o flúor na placa aumentou significativamente com o aumento da frequência do uso do dentifrício com 1000 mg F/g, mas não ocorreu o mesmo com os outros dentifrícios. Quanto maior a concentração de monoflúorofosfato de sódio contido no dentifrício, maior a quantidade de flúor na placa.

Com isso, pôde-se concluir que com o aumento de concentração de flúor na placa tem-se maior quantidade de flúor dentro da cavidade bucal.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Dentifrícios fluoretados; Prevenção.

MURATA, Y; MIYAMOTO, E.; UEDA, M. Antiplaque activity of some antimicrobial agents using a simple in vitro method. Caries Res., v.24, n.2, p.113-6, Mar./Apr. 1990.

A prevenção da formação da placa dentária é uma valiosa medida no combate à cárie. Em vista disto, foram feitas pesquisas, segundo um método simplificado comparando a atividade anti-placa de alguns produtos como desinfetantes, compostos antimicrobianos, monoalquilaminas, entre outros. Essa atividade foi relacionada à placa sintetizada pelo *Streptococcus sabrinus* e depositada na superfície do tubo utilizado no experimento. Nos tubos que receberam clorexidina, cloreto de cetilpiridino e cloreto de benzetonina, houve um significativo decréscimo na placa depositada. O mesmo se observou em relação ao efeito das alquilaminas. Estas, porém, não apresentaram atividade antimicrobiana esperada. Assim, concluiu-se que a redução de placa não depende da atividade antibacteriana do produto, uma vez que alguns podem ter efeito redutor de placa embora tenham fraca atividade antibacteriana, enquanto outros podem apresentar bons efeitos contra bactérias e não ter resultados eficientes no combate à placa.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Placa dentária, prevenção; Anti-placa, atividade.

PINHEIRO, C.E.; POLETTO, M.J.F.; PINHEIRO, C.F. A simplified method for the partial purification and enzyme assay of glucosyltransferase from human dental plaque. Rev. Odont. USP, v.3, n.2, p.368-70, abr./jun. 1989.

A síntese de polissacarídeos insolúveis pela microbiota bucal é essencial à colonização dos microorganismos na superfície do esmalte e à formação da placa que, por sua vez, é muito importante à etiologia da cárie dentária. Assim, foi proposto um método laboratorial simplificado para a purificação parcial e ensaio enzimático da glicosiltransferase, enzima que cataliza a produção dos açúcares, tanto solúveis como insolúveis. A enzima, obtida a partir da placa dentária humana, não era pura, porém, apresentou certa atividade específica no que diz respeito ao ensaio da síntese de polissacarídeos solúveis e insolúveis. Estes foram obtidos somente a partir da associação da glicosiltransferase com a placa dentária. O método de purificação parcial da enzima é importante para o estudo *in vitro* da formação da placa e na avaliação de possíveis inibidores da mesma, isto é, substâncias anti-placa.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Placa dentária; Glicosiltransferase, inibidores.

COOLEY, R.L.; SANDOVAL, V.A.; BARNWELL, S.E. Fluoride release and color stability of fluoride - containing composite resin. Quintessence Int., v.19, n.2, p.889-904, 1988.

Os efeitos benéficos do flúor na dentição humana encorajam a incorporação deste elemento nos materiais restauradores. Resinas compostas contendo flúor têm sido desenvolvidas e examinadas para a aplicação em restaurações e na ortodontia. Recentemente, um novo sistema de resina composta contendo flúor (FLUOR EVER, MACRO CHEM CORP.) foi introduzido para o uso em restaurações anteriores e posteriores.

Dez espécies de FLUOR EVER foram preparadas usando as cores universal e cinza. Cinco discos de cada, 15 mm de diâmetro e 1 mm de espessura, foram feitos das cores universal e cinza pelo uso de anéis de teflon com as dimensões acima. A resina foi colocada no anel de teflon, coberta com folhas de polietileno e pressionada entre duas placas de vidro da espessura do anel. A resina foi polimerizada em camadas por 40 segundos cada, com luz visível. Um disco controle foi preparado da mesma maneira. Depois da polimerização, cada disco foi suspenso em água destilada num recipiente plástico. A temperatura de 37°C foi mantida.

Todos os discos de resina composta liberaram flúor durante o período teste de seis meses. A quantidade de flúor diminuiu drasticamente quando as soluções teste foram trocadas e analisadas diariamente. Parece que esta situação é similar às condições na boca, onde um contínuo fluxo de saliva sobre as restaurações resultaria em uma rápida diminuição na liberação de flúor. O material exibiu alguma alteração de cor. No entanto, esta alteração foi menor do que a de outras resinas posteriores como Adaptic II, Herculite, Occlusin, P-30, Post-Com II, Full-Fil.

Autor do resumo: **Maria Sílvia de Lima.**

Unitermos: **Resinas compostas, flúor.**

BASTOS, J.R.M.; LOPES, E.S. Bochechos com fluoretos. Rev.Ass. paul. cirurg. Dent., v.43, n.1, p.34-6, jan./fev. 1989.

Tendo sido realizados inúmeros trabalhos sobre bochechos fluoretados utilizando-se o fluoreto de sódio, resolveu-se comparar a ação anticariogênica do monofluorfosfato de sódio com a do fluoreto de sódio.

O estudo se estendeu por 32 meses em 1023 escolares, com idade entre 9 e 12 anos, divididos em quatro grupos, que bochechavam durante um minuto, uma vez por semana, por todo período escolar. Foi usada uma das seguintes soluções: fluoreto de sódio a 0,2%; monofluorfosfato de sódio a 0,7%; monofluorfosfato a 0,3% em álcool etílico a 0,4%; cloreto de sódio a 0,1% (grupo controle). Os resultados eram detectados após 12 meses, 20 meses e 32 meses.

Verificou-se que tanto o fluoreto de sódio à 0,2% quanto ao monofluorfosfato de sódio a 0,7%, em solução aquosa ou alcoólica, são agentes considerados anticariogênicos. As reduções de cárie das três substâncias não foram estatisticamente significantes entre si.

Autor do resumo: Mônica Dourado Silva Barbosa.

Unitermos: Soluções fluoretadas.

RIGALLI, A.; BALLINA, J.C.; ROVERI, E.; PUCHE, R.C.
Inibitory effect of fluoride on the secretion of
insulin. Calcif. Tiss. Int., v.46, n.5, p.333-8, May
1990.

O uso de fluoretos para o tratamento de doenças ósseas é ainda considerado um procedimento experimental e capaz de provocar efeitos colaterais.

A administração, por via oral, de fluoreto de sódio em ratos, na concentração de 40 mmol/100 g de peso corpóreo do animal, produz uma queda transitória no nível de insulina, e, conseqüentemente, um aumento da glicemia. Este fenômeno foi observado quando a concentração de flúor no plasma é de 5 a 15 mm, sendo que o retorno aos níveis normais de insulina e glicemia ocorre 4 a 5 horas após a entrada do fluoreto no organismo, quando ocorre a saída do elemento tanto do plasma quanto dos tecidos. O mesmo ocorreu com voluntários humanos que receberam uma dose oral de 60 mg de NaF, em jejum. Depois que a concentração de flúor atinge um pico, as células glandulares progressivamente recuperam a sua capacidade secretora e aumentam a quantidade de hormônio secretado sob o estímulo da hiperglicemia produzida pelo flúor, anteriormente. Quando se administra glicose antes ou juntamente com o fluoreto, não há alteração na secreção de insulina, e isto indica que para produzir efeito, o flúor deve agir antes que as células beta sejam estimuladas pela glicose a secretar o hormônio.

Estes dados confirmam que um aumento transitório de flúor no organismo produz uma inibição transitória da secreção de insulina, levando à hiperglicemia. O mecanismo pelo qual o flúor atua está sendo ainda investigado. Sabe-se que ele tem efeito direto nas células beta das ilhotas de Langerhans, inibindo-as. É provável que os fluoretos devam afetar a secreção de outros hormônios, como da paratireóide.

Autor do resumo: **Carolina Nunes Pegoraro.**

Unitermos: **Flúor; Insulina; Hormônio.**

SERPENTINO, A.H. et al. Formação de placa dentária *in vitro* por açúcar mascavo. Rev. Odont. USP, v.2, n.4, p.213-17, out./dez. 1988.

Avaliou-se o comportamento do açúcar mascavo na formação da placa *in vitro* e o seu poder acidogênico comparando-se os resultados com os obtidos com outros adoçantes. Utilizou-se uma suspensão de *S. mutans* que eram inoculados em tubos de ensaio contendo uma lamínula de diferentes adoçantes, sendo eles: Xilitol, Sorbitol (referências negativas), Sacarose, Açúcar refinado (referências positivas) e açúcar mascavo. Após incubação, fez-se a leitura das quantidades de placa formada nas lamínulas e a determinação do pH dos meios de cultura. Verificou-se que o comportamento *in vitro* do *S. mutans* em açúcar mascavo não diferiu dos controles positivos, ou seja, seu poder acidogênico e potencial formador de placa são comparáveis à sacarose. Assim ele não deve ser indicado na prevenção de cáries por ser um açúcar não processado, já que suas características cariogênicas são relacionados com o teor significativo de sacarose que possui.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro.

**Unitermos: Placa dentária, formação;
Microorganismos; Adoçantes.**

LOVADINO, J.R.; MARTINS, L.R.M.; FRANCISCHONE, C.E.; NAVARRO, M.F. DE L. **Remoção de manchas de esmalte dentário usando o ácido clorídrico.** Rev. bras. Odont., v. 46, n. 4, p. 32-5, jul./ago. 1989.

Quando nos deparamos com lesões de mancha branca de esmalte, o tratamento de escolha é a remineralização. Em casos de manchas resistentes a este tratamento ou manchas com outra etiologia, podemos utilizar a técnica da pasta de pó de pedra-pomes e solução de ácido clorídrico a 18%. A técnica independe da etiologia, da localização ou número de manchas e o sucesso depende da profundidade de esmalte manchado. No caso clínico apresentado, temos um garoto de doze anos com os incisivos centrais superiores polpados e com manchas intrínsecas de esmalte. O procedimento clínico constou de: a) profilaxia dental com pasta não gordurosa; b) isolamento absoluto e, para um melhor vedamento, aplicou-se verniz cavitário na região de contato do dique de borracha com o sulco gengival; c) aplicação, nas regiões circunvizinhas dos dentes a serem tratados, de pasta de bicarbonato de sódio e água, neutralizando possíveis escoamentos do ácido clorídrico; d) secagem dos dentes 11 e 21 e aplicação, por 5 segundos, da pasta consistente de ácido clorídrico e pedra-pomes, sendo esfregada vigorosamente por palito de madeira; e) lavagem por 15 segundos; f) secagem e nova aplicação, se necessário, para manchas resistentes; g) aplicação de flúor-fosfato-ácido (5 minutos); h) polimento com discos de lixa de pouca abrasividade Sof Lex e i) nova aplicação de flúor por cinco minutos. O resultado foi bastante satisfatório, sendo mais uma alternativa no tratamento de manchas do esmalte dentário.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo.

Unitermos: Dente; Esmalte dentário; Ácido clorídrico.

CANTO, L.C. de P.; CANTO, L.H.M. de P. Lesões císticas múltiplas do complexo maxilo-mandibular; relato de um caso. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 41, n.4, p. 211-4, jul./ago. 1987.

Ocorrer diversas lesões císticas em um único paciente não é comum, embora há relatos de casos de cistos múltiplos contemporâneos ou em idades diferentes.

Foi relatado o caso de um paciente com 15 anos de idade, portador de sete lesões císticas, sendo: cisto sinusal bilateral, cisto ósseo traumático mandibular e quatro cistos dentígeros.

O tratamento foi cirúrgico, constando de: anestesia geral com entubação naso-traqueal e tamponamento oro-faríngeo com esponja e aspiração contínua nasofaríngeo; incisão tipo Partsch, para curetagem do cisto ósseo traumático mandibular; avulsão dos terceiros molares e curetagem dos cistos dentígeros associados aos mesmos. Após doze meses, num controle radiográfico, a reparação óssea era satisfatória.

Portanto, um controle radiográfico de rotina não pode ser deixado de lado, uma vez que muitas patologias ósseas são assintomáticas. Outro fator importante é a coleta exata de informações (anamnese), a qual nos orientará num possível diagnóstico diferencial de uma patologia.

Autor do resumo: Denise da Costa Boamorte.

Unitermos: Cistos; Radiografia.

PAVARINI, A. Pulpotomias em dentes decíduos. Colecta., v.1, p.1-4, maio/jun. 1983.

Na dentição decídua, a pulpotomia e o tratamento de polpa remanescente pelo formocresol, segundo a técnica de Berger, é ainda o método mais empregado. Algumas propriedades negativas desse fármaco podem ser citadas: a variedade de alterações na polpa assim como na região periapical, ressaltando os riscos do emprego do formocresol para os germes dos permanentes.

Uma amostra de 160 premolares de crianças de 9 e 14 anos foi utilizada. Todas elas receberam tratamento dentário 6 anos atrás, sendo um ou mais de seus molares decíduos pulpotomizados e tratados pelo formocresol segundo a técnica de Berger. Os premolares sucessores dos molares decíduos tratados, bem como os demais premolares, foram rigorosamente examinados.

As anomalias relativas à coloração foram detectadas pelo método visual e as alterações morfológicas através de sondas exploradoras. Avaliou-se a relação entre molares decíduos pulpotomizados e tratados com formocresol e defeitos no esmalte dos premolares sucessores permanentes. Observou-se que, dos 160 premolares, apenas 2 apresentavam alterações detectáveis consideradas típicas de anomalias estruturais, discordando dos resultados de muitos trabalhos que afirmam que o uso do formocresol em polpas de decíduos aumenta a incidência de defeitos estruturais no esmalte dos dentes permanentes sucessores. Conclui-se que, apesar do formocresol ser um fármaco irritante aos tecidos vivos, ele não influi na formação e desenvolvimento normal dos dentes permanentes sucessores.

Autor do Resumo: Érica Ferrazzoli Devienne.

Unitermos: Pulpotomia; Formocresol; Dente decíduo; Dente.

AUN, C.E.; BRUGNERA JUNIOR, A.; VILLA, R.G. Avaliação clínica de pacientes portadores de hipersensibilidade dentária, cujos dentes foram tratados com raio laser hélio-neon. Rev. Assoc. paul. cirurg. Dent., v.43, n. 2, p. 65-8, mar./abr. 1989.

Após o desenvolvimento do Raio Lazer na área médica, a área odontológica vem destacando o seu emprego como uma nova terapia, difundida através da utilização dos seus vários tipos, tais como o Laser Cirúrgico (Power Laser) e o Laser Não-cirúrgico (Soft Laser e Mid Laser), sendo estes últimos os de maior difusão no meio odontológico, onde o clínico tem procurado se beneficiar dos seus efeitos bioestimulantes, analgésicos e antiinflamatórios.

Foram selecionados 64 dentes portadores de sensibilidade dentinária, tendo como causas principais de alteração pulpar, exposição dentinária à retração gengival ou ao desgaste e abrasão da superfície dentinária. Estes dentes apresentavam resposta intensa e fugaz no frio, indicando reversibilidade do processo inflamatório. A aplicação do feixe de luz laser foi feita mediante isolamento relativo do campo e com duração de 4 minutos. O equipamento utilizado foi feixe de Laser Hélio- Neon, com comprimento de onda 632,8 nm, vermelho, com potência de saída da ponta da fibra ótica monofásica acrílica de 5 mV, modelo 1066 da Brasitec Ind. e Com. Ltda.

Os resultados obtidos comprovam que o Laser é capaz de causar uma diminuição da intensidade e do tempo de duração da dor, chegando ao índice de 98% nesta diminuição. É necessário mais de uma aplicação, porém, na primeira, já se observa melhora.

Autor: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Laserterapia; Hipersensibilidade.**

ADDY, M. et al. The association between tooth irregularity and plaque accumulation gingivites and caries in 11-12 years old children. Europ. J. orthodont., v. 10, p. 76-83, 1988.

Observou-se a relação entre a presença da irregularidade dental com aumento de acúmulo de placa e no índice de sangramento gengival em dentes de 1015 crianças com 11 e 12 anos de idade. Fez-se a comparação entre dentes de um lado e outro do arco, sendo que um apresentava-se desalinhado e o homólogo não.

As análises mostraram resultados pouco diferentes, ainda que significantes. As áreas com desalinhamento dental apresentaram índice de sangramento e presença de placa acumulada maiores que nas áreas normais.

Quanto a análise dos dentes homólogos de um e outro lado, os dentes irregulares apresentaram maior acúmulo de placa na face vestibular, sendo que na face lingual não foi observada qualquer diferença, o mesmo ocorrendo quanto ao índice de sangramento gengival.

Autor do resumo: Andréa Anado da Costa

Unitermos: Placa dentária; Gengivite.

MACGREGOR, I. D. M. Smoking, saliva and salivation. J. Dent., v. 16, n. 1, p. 14-7, Jan./Fev. 1988.

Fumantes acumulam mais placa dental e têm mais cálculo em relação aos não fumantes. Tal fato pode ser explicado em parte pela pior higiene oral dos fumantes devendo-se também considerar os efeitos do tabaco sobre as propriedades da saliva e mineralização da placa.

O fumo aumenta a secreção salivar. Quando o cigarro é fumado através de um filtro o qual retém uma substância especial do tabaco só permitindo a entrada de gases na boca, o fluxo salivar fica inalterado. Isto sugere que a maior salivação causada pelo fumo é um reflexo de uma substância especial irritante do tabaco. Fumantes de cachimbo acumulam mais cálculo supra-gengival quando comparados com fumantes de cigarro.

O aumento da secreção da parótida, causada pelo fumo, altera as propriedades da saliva medida em que aumenta o pH e a concentração de cálcio salivar favorecendo a precipitação de fosfato de cálcio.

Autor do resumo: **Maria Silvia de Lima.**

Unitermos: **Saliva; Fumo.**

CARVALHO, D. S.; SÃO JOSÉ, G. V. Influência dos terceiros molares no apinhamento de dentes ântero-inferiores. Ortodontia, v.18, n.1, p.33-9, jan./jun. 1985.

Três correntes de pensamento existem a respeito do apinhamento dos dentes ânteros-inferiores. A primeira atribui o apinhamento a ação dos terceiros molares, a segunda acredita que a ação dos terceiros molares seja apenas um dos fatores predisponentes ao apinhamento, e a terceira corrente descarta totalmente a ação dos terceiros molares nesse processo.

Essa terceira opinião é a mais aceita atualmente e é explicada pelo crescimento e desenvolvimento dento-facial. A explicação é a seguinte: o crescimento condilar continua após ter cessado o crescimento ao nível de tuberosidade do maxilar, fato este que estabelece uma relação traumática entre os incisivos superiores e inferiores, dando como resultado uma acomodação funcional que seria o apinhamento.

Devem ser levadas em consideração algumas pesquisas que verificam a ação dos hormônios (mudanças hormonais na adolescência) como um fator desencadeante ou pelo menos predisponente para o apinhamento dos incisivos inferiores devido a um aumento da instabilidade do osso alveolar e do ligamento periodontal.

Autor do resumo: **Glauco José Bazzo.**

Unitermos: **Molar, terceiro; Apinhamento, crescimento e desenvolvimento.**

BERGSTRÖM, J. et al. Effect of cigarette smoking on periodontal health. J. Periodont. Rev. , v.22, n.6, p.513-517, nov./dec. 1987.

Partindo-se da premissa de que o hábito de fumar está ligado a alterações no periodonto; 242 indivíduos dos quais 76 eram fumantes, foram selecionados para estudo, por apresentarem semelhantes graus de higiene bucal e cuidado com os dentes, acima da média da população em geral.

Os indivíduos fumantes apresentaram bolsas periodontais de 4 mm ou mais em maior escala que os não fumantes, assim como envolvimento de furca e mobilidade dos dentes.

Já que os indivíduos com boa higiene bucal apresentavam baixo índice de placa bacteriana, conclui-se que o cigarro é um agente agressor do periodonto, principalmente do osso alveolar, e que pode ser independente da ação da placa dental, a sua ação nociva.

Autor do resumo: Patrícia Orsi Dutra

Unitermos: Fumo; Periodontia, doenças.

LACAZ NETTO, R.; MACEDO, N. L. Estudo clínico da reparação do enxerto livre de gengiva. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent. , v. 40, n.2, p. 164-70, mar./abr. 1986.

O uso de uma substância adesiva foi testada para se tentar diminuir o tempo operatório, pois a sutura é uma das fases mais demoradas.

Foi utilizado o Super Bonder Loctite Química Ltda., adesivo plástico, em pacientes com insuficiência de gengiva inserida.

Preparou-se o leito receptor, retirando a mucosa alveolar e mantendo uma fina camada de perióstio com a ausência de sangramento e eliminação completa da inserção, evitando movimentação do enxerto após o tratamento. Ele foi retirado da região vestibular inferior próxima a área receptora. Pressionou-se o mesmo com gaze umedecida em solução fisiológica por alguns minutos para uma perfeita adaptação, com um pincel colocou-se o adesivo sobre as bordas do enxerto atingindo alguns milímetros das áreas vizinhas.

A utilização do adesivo Super Bonder a base de cianocrilato apresentou os seguintes resultados clínicos: manteve o enxerto adaptado e imobilizado, substituiu a posição incômoda do cimento cirúrgico e promoveu uma reparação tecidual normal.

Autor do resumo: **Mário Taba Júnior**

Unitermos: **Transplantação; Gengiva.**

REITZ, C.D.; CLARK, N.P. The sitting of vinyl polisiloxane and condensation siliconas pretties when mixed with gloved hands. J. Amer. dent. Ass. , v.116, p.371-5, Mar. 1988.

Com a ameaça do contágio de doenças infecciosas, muitos profissionais passaram a lançar mão de várias barreiras de prevenção. Uma delas foi o uso de luvas de borracha, mas observou-se porém, que o emprego destas luvas durante a manipulação de alguns materiais, inibe a polimerização destes últimos. Deste modo, este estudo procurou analisar a interferência de luvas látex (7) e vinil (2) na polimerização de siliconas de adição (11) e de condensação (3). As condições para manipulação foram: mãos lavadas (controle), luvas vinil e látex (obtidas diretamente do fabricante), luvas lavadas, luvas lavadas e repolvilhadas com pó da luva e as mãos logo após a retirada das luvas.

Observou-se que a polimerização de todas as siliconas de condensação não foram afetadas pelas condições do estudo. As luvas vinil não tinham efeito sobre a polimerização das siliconas de adição, mas estes materiais apresentaram diferentes graus de polimerização quando manipulados com luvas látex. Assim, as luvas látex não deveriam ser utilizadas durante a manipulação da silicona de adição, pois o catalisador (platina) presente neste material se contaminaria com o enxofre da borracha, alterando a reação de polimerização.

Autor do resumo: **Marly Kimie Sonoliara**

Unitermos: **Siliconas; Luvas cirúrgicas.**

NARSHAK, B. L. ; HELFT, H. ; FILO, R. Factors mitigating against the use of dowels in endodontically treated teeth. Quintessence Int. , v. 19, n. 6, p. 417-20, June 1988.

Verificou-se os problemas e os perigos associados com a confecção de pinos em dentes tratados endodonticamente.

Para se fazer a remoção da guta percha com os instrumentos indicados é necessário conhecer a morfologia radicular e, na preparação, deve-se deixar no mínimo 1 mm entre a parede preparada e a superfície externa da raiz.

Na cimentação deve-se ter cuidado para não causar uma grande pressão hidráulica, podendo ocorrer o deslocamento do selamento apical e, conseqüentemente, causar a fratura da raiz.

O conhecimento da morfologia radicular é de grande importância, principalmente da raiz mesial do primeiro e segundo molares inferiores, pois a colocação de pinos em forma de parafusos pode causar fratura.

Sempre uma análise geral dos dentes e das estruturas parodontais deve ser feita, verificando as condições para a confecção dos pinos.

Autor do resumo: Jolber Rodrigues da Fonseca

Unitermos: Pinos dentários.

MAIN, D.M.G. Acute herpetiz stomatitis: referrals to Leeds Dental Hospital 1978 - 1987. Brit. Dent. J., v.166, n.1, p.14-16, Jan. 1989.

A principal faixa etária dos pacientes afetados pela gengivoestomatite herpética era formalmente descrita como sendo crianças de 1 a 6 anos, porém tem-se observado uma possível modificação na epidemiologia dessa doença, visto que, um número cada vez maior de adultos jovens tem escapado a exposição ao vírus herpes simples durante a infância.

Estudou-se 102 casos de pacientes encaminhados ao hospital odontológico de Leeds nos últimos 10 anos com gengivoestomatite herpética aguda laboratorialmente confirmados.

Apenas 5% dos pacientes eram menores de 11 anos, 28% com menos de 21 anos, 51% até 30 anos e poucos acima disto. O número de casos por ano variou de 6 a 17.

No período da infância o sexo masculino é mais afetado.

Se estes dados são peculiaridades de Leeds ou refletem uma mudança na epidemiologia da doença a nível nacional (Inglaterra), precisa ser comprovado pelo desenvolvimento de trabalhos semelhantes em outras regiões.

Autor do resumo: **Carlos E. Carrara**

Unitermos: **Gengivoestomatite herpética; Herpes virus hominis.**

HOFLING, I. F. Exame bacteriológico na endodontia. Rev. gaúcha Odont. , v. 37, n.3, p. 191-95, maio/jun. 1989.

Na presente pesquisa, testou-se uma alternativa de teste bacteriológico em Endodontia, para uso em consultório odontológico. Comparou-se o método alternativo Endoteste com o método clássico de exame bacteriológico em Caldo Tioglicolato, assim como o incubador biológico Endotest com a estufa comum para cultivo de microorganismos.

O material analisado foi cultura pura de cepas de microorganismos e material obtido de canal radicular necrosado por cáries profundas, dando-se destaque ao crescimento bacteriano.

Observou-se que o incubador biológico Endotest foi adequado para o cultivo de microorganismos, assim como o método alternativo Endotest apresentou significativa vantagem para o cultivo de material intracanal quando comparado com o método clássico, trazendo benefícios para o trabalho do endodontista e para a saúde do paciente, pois, tal exame é de fácil leitura, armazenamento e custo, além de trazer dados mais precisos sobre a descontaminação dos canais radiculares e o momento adequado para a obturação.

Autor do resumo: Patrícia Orsi Dutra

Unitermos: Endodontia; Bacteriologia; Canal radicular.

ROSA, A. L. ; SALATA, L. A. Medida da ansiedade em pacientes submetidos á cirugia bucal. Rev. Odont. USP, v. 2, n.2, p. 77-80, abr./jun. 1988.

Considerando que as condições mais freqüentemente apresentadas pelos pacientes no consultório odontológico foram relacionadas à ansiedade, procurou-se obter maiores informações a respeito da intensidade, prevalência e origem dessa ansiedade. Isso deveria constituir-se em preocupação constante do cirurgião-dentista.

Selecionou-se 30 pacientes com necessidade de extração de pelo menos um elemento dental. Ao exame clínico, todos mostraram-se aparentemente normais e relataram não estarem sob tratamento médico ou utilizando qualquer tipo de medicação. A avaliação foi feita através do questionário desenvolvido por Spielberger, que mede os sentimentos de apreensão e tensão percebidos em um dado momento. Tal questionário foi preenchido pelos pacientes no dia da primeira consulta e no dia da cirurgia, imediatamente antes e imediatamente após a intervenção.

Observou-se que os pacientes apresentaram uma elevação do grau de ansiedade quando submetidos a cirurgia bucal e que, tanto o sexo como o nível de escolaridade não devem ser utilizados como parâmetro para avaliar o grau de ansiedade.

Autor do resumo: **Patrícia Orsi Dutra**

Unitermos: **Ansiedade; Cirurgia bucal**

CURY, A. A. D. B. ; RUHNKE, L. A. ; CONSANI, S. **Liberção de cobre, estanho e mercúrio dos amálgamas. Rev. gaúcha Odont. , v. 37, n. 3, p. 185-88, maio/jun. 1989.**

Tendo em vista as condições adversas do meio bucal (umidade, bactérias, variações do ph), as restaurações de amálgama sofrem corrosão, o que leva a manchamento dos dentes adjacentes pelos produtos liberados e desestruturação das restaurações.

Com o objetivo de identificar os elementos Cu, Sn e Hg liberados de amálgamas convencionais em saliva artificial, 75 corpos de prova cilíndricos de 200 mm² foram mantidos e imersos por 32 dias, sob agitação constante em condições ambientais. Periodicamente, 15 ml da solução era retirado para análise por espectrofotometria de absorção atômica.

Pelos resultados obtidos, verificou-se que o amálgama de alto teor de cobre, Ventura III, de composição única, apresentou o dobro de liberação de Cu do que o Aristalloy, que é de fase dispersa, pelo fato de que o amálgama de composição única apresenta maior disponibilidade de Cu da fase eta (Cu₆Sn₅), além da maior quantidade de cristais eta. Apesar da maior liberação de Cu, essas amálgamas são mais resistentes à corrosão, além de apresentarem melhor desempenho clínico.

Autor do resumo: Patrícia Orsi Dutra

Unitermos: Amálgama dentário; Corrosão; Liberação de íons.

CARVALHO, P.S.P.; OKAMOTO, T.; MITSUDA, S.T. Processo de reparo em feridas de extração dental. Rev. gaúcha Odont., v.37, n.3, p.171-5, maio/jun. 1989.

Foram utilizados 60 ratos albinos com o objetivo de se verificar a influência de fragmentos de material de moldagem na cronologia do processo de reparo em feridas de extração dental. Após as extrações dos incisivos superiores diretos de todos os ratos, estes foram divididos em 3 grupos: grupo controle e grupos que receberam implantes intra-alveolares de fragmentos de Xantopren ou de Impregum.

Os animais foram sacrificados aos 3, 6, 15, 21 e 40 dias após a extrações dentais. As peças obtidas sofreram o tratamento laboratorial de rotina para se obter lâminas coradas com hematoxilina e eosina.

Conclui-se que os materiais implantados causam significante retardo na cronologia do reparo alveolar. O Impregum mostrou-se mais prejudicial à seqüência de desenvolvimento e maturação do tecido conjuntivo bem como à neoformação óssea.

Autor do resumo: **Patrícia Orsi Dutra.**

Unitermos: **Reparo alveolar; Moldagem odontológica; Materiais.**

LAVAND, L.; LIA, R. C. C. ; BENATTI NETO, C. ; OLIVEIRA, M. R. B. de ; GONÇALVES, J. R. ; ACETOZE, P. A. ; SPOSTO, M. R.; ACCETOZI, M. **Síndrome de Albright associada a amelogênese imperfeita; relato de um caso.** Odont. mod., v. 12, n. 8, p. 21-5, set. 1985.

A Síndrome de Albright, uma forma de displasia fibrosa polioestótica, é uma doença rara que produz mudanças ósseas, pigmentação da pele café-com-leite e puberdade precoce. O caso relatado apresenta a clássica tríade associada com amelogênese imperfeita. O paciente do sexo masculino, branco com 17 anos queixava-se de falhas de esmalte nos dentes permanentes. Foi encontrada no paciente uma área pigmentada marrom no lado esquerdo da fronte e teve 11 fraturas alternadas nos fêmures. Na história familiar do paciente consta que sua mãe é portadora de amelogênese imperfeita, seu pai e cinco irmãos têm boa saúde, exceto uma irmã com 14 anos que com 11 meses fraturou a perna direita, realizando cinco cirurgias posteriores.

Autor do resumo: **Renata Bastos Del'Hoyo.**

Unitermos: **Amelogênese imperfeita; Displasia fibrosa do osso.**

CARDOSO, L.B.Q.; ISSAO, M. Prevalência de cáries oclusais de acordo com o grau de erupção em primeiros molares permanentes. Rev. Odont. USP, v.1, n.4, p.24-31, out./dez. 1987.

Mostrou-se, através de estudos, que os primeiros anos de vida pós-eruptiva são os de maior risco de cárie. O uso do flúor via endógena ou tópica oferece melhor proteção para as superfícies lisas, sendo menos efetivo na prevenção de cárie oclusal, onde outros métodos preventivos como a odontotomia profilática e selantes oclusais que são mais eficientes. Com o objetivo de avaliar qual a prevalência de cáries de superfícies oclusais em primeiros molares permanentes superiores e inferiores de acordo com o lado, faixa etária e grau de erupção em ambos os sexos, foram examinadas 940 crianças de 5 a 8 anos, de diferentes níveis sócio econômicos, sendo 457 do sexo masculino e 483 do feminino, distribuídos por faixa etária. Para a determinação do grau de erupção foi empregado o método visual, considerando-se: NO, não irrompidos; E1, início de erupção; E2, um terço de coroa irrompido; E3, metade da coroa; E4, totalmente irrompido. Analisou-se os resultados e se observou que na faixa etária dos 5 aos 5 anos e meio, a porcentagem de primeiros molares permanentes não irrompidos é de 80% no arco inferior e 90% no superior, no sexo feminino, e de 80% em ambos os arcos no masculino; na faixa etária de 6 a 7 anos e meio no sexo masculino há uma redução na razão de erupção, ao passo que no feminino é uma constante; nas faixas etárias consideradas há uma simetria entre os lados direito e esquerdo; a porcentagem de cáries oclusais é maior nos inferiores, apresentando valores maiores no sexo feminino e sua incidência é menor no grau de erupção E1, para qualquer faixa etária, aumentando no grau E2 para depois apresentar um equilíbrio; a relação prevalência de cáries oclusais e grau de erupção em primeiros molares permanentes é de maior significado clínico que a relação prevalência de cárie dentária e idade cronológica.

Autor do resumo: Paulo Henrique Perlati D'Alpino.

Unitermos: Cárie dentária; Dente, erupção; Molar.

AUN, C.E.; BRUGNERA JÚNIOR, A.; VILLA, R.G. Raio laser - hipersensibilidade dentinária. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.43, n.2, p.65-8, mar./abr. 1989.

O laser não-cirúrgico (Soft e Mid Laser) vem tendo grande difusão no meio odontológico e o clínico tem procurado se beneficiar de seus efeitos bioestimulantes, analgésico e anti-inflamatório. Foram selecionados 57 pacientes de ambos os sexos, totalizando 64 dentes portadores de hipersensibilidade dentinária. Somente foram selecionados dentes nos pródomos da lesão inflamatória, com resposta intensa e fugaz ao frio, indicando assim a reversibilidade do processo inflamatório. O método de aplicação do feixe de luz Laser Hélio-Neon seguiu as seguintes etapas: a) isolamento relativo; b) secagem da superfície dentinária com algodão hidrófilo; c) aplicação do feixe de luz laser durante quatro minutos direta e perpendicularmente à área de dentina exposta, através de movimentos de varredura. Os resultados revelaram uma diminuição no tempo médio de duração da dor diante da estimulação (aplicação de frio) e após a primeira aplicação. Entre as aplicações não houve recidiva de dor. Pode-se dizer que o emprego do Laser Hélio-Neon é uma terapêutica definitiva no que se refere a problemática da hipersensibilidade dentinária. No entanto, o emprego dessa terapia deve ser mais profundamente estudado.

Autor do resumo: Renata Bastos Del'Hoyo.

Unitermos: Laserterapia; Hipersensibilidade dentinária; Endodontia.

FELDENS, C.A.; SOUZA, M.A.L.; ARAÚJO, F.B. Ataque ácido em dente decíduo. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.43, n.1, p.27-30, jan./fev. 1989.

Restaurações estéticas em dentes decíduos anteriores são uma preocupação constante para o clínico devido aos problemas de retenção das restaurações de resina composta. A maior responsável pelo problema é a camada aprismática no dente decíduo agindo como uma barreira mecânica ao efetivo condicionamento. Foram feitas cavidade classe III na mesial e na distal de caninos decíduos superiores, extraídos por razões ortodônticas. Realizou-se bisel em uma das cavidades. Os dentes foram submetidos a profilaxia e depois condicionamento ácido na forma de gel por 75 segundos. Os dentes foram fotografados e analisados ao microscópio eletrônico. Constatou-se a presença de camada aprismática em todos os dentes. Esta camada possuía espessura variável diminuindo em direção incisal. O condicionamento ácido de uma cavidade classe III por 75 segundos, sem bisel, não confere uma superfície retentiva ao dente decíduo. Os resultados demonstraram um melhor padrão de ataque ácido na cavidade biselada em 87,5% dos casos. Tais resultados nos levam a concluir que o bisel é um procedimento necessário para a eliminação da camada aprismática e uma alternativa para aumentar a retenção de restaurações de resina composta em dentes decíduos anteriores.

Autor do resumo: Maria Sílvia de Lima.

Unitermos: Ataque ácido dentário; Dente decíduo.

FEIST, I.S.; MICHELI, G.; SARIAN, R. Clorexidina - prós e contras. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.43, n.1, p.20-3, jan./fev. 1989.

A clorexidina é o antisséptico mais eficiente, que vem sendo utilizado para o controle químico da placa, tanto supra como sub-gengival. A clorexidina pode ficar retida tanto na mucosa bucal quanto nas superfícies dentárias, de onde é liberada para a cavidade bucal aos poucos, mantendo-se ativa por vinte e quatro horas em média. A clorexidina age sobre a microbiota da placa reduzindo o número de microorganismos durante o tratamento; entretanto, a tendência com o término do mesmo, é de voltarem às contagens iniciais. O bochecho e a aplicação tópica são maneiras de se administrar clorexidina para o controle da placa supra-gengival. Na forma de bochechos pode ser usada na concentração de 0.12% a 0.2%, e na forma de aplicação tópica 0.2% a 2%. Para indivíduos deficientes a aplicação tópica é a forma mais eficiente. O uso de clorexidina em bochecho deve ser enfatizado após cirurgia periodontais. Alguns autores sugerem o uso de clorexidina tópica para crianças deficientes, tomando-se o cuidado para que não haja a deglutição do produto. A irrigação sub-gengival com soluções de concentração 0.02% e 0.2% demonstrou ser o método mais eficiente do controle da placa sub-gengival. A clorexidina é um método auxiliar da escova e fio dental no controle da placa bacteriana. Utilizada isoladamente, não constitui um recurso válido para o completo controle da placa.

Autor do resumo: Maria Sílvia de Lima.

**Unitermos: Placa dentária; Higiene oral;
Periodontia; Clorexidina.**

GAARE, D. The effect of a zinc citrate dentifrice on calculus formation. J. dent. Res., v.68, n.11, p.1710-1, Nov. 1989.

O cálculo é uma camada áspera e porosa que se forma sobre as superfícies dentais e que contribui para a colonização da placa. A redução da formação da placa pode ser importante para prevenir o seu acúmulo. Sabe-se que o zinco inibe a formação de placa e interfere na mineralização da hidroxiapatita. Examinou-se o efeito do dentifrício contendo 0.5% de citrato de zinco na mineralização da placa. Foram inscritos 97 voluntários para este estudo. Os participantes foram inicialmente examinados, receberam profilaxia e instrução de higiene oral. Entraram numa fase de motivação de 2 meses e no final desta fase a presença de cálculo supra-gengival foi avaliada para cada um dos seis dentes anteriores. Numa segunda fase, os participantes foram divididos de acordo com o seu score dental, pelo método de permuta ao acaso, em dois grupos: grupo que usou pasta contendo citrato de zinco e grupo que usou pasta sem citrato de zinco. Depois de três meses os participantes foram novamente examinados. Os resultados mostraram que entre aqueles que tinham o cálculo no final da fase de motivação, os que usaram pasta com citrato de zinco tinham menos cálculo no final da segunda fase. Foi mostrado recentemente que o zinco fica retido na boca depois do uso da pasta dental, e é absorvido pela placa dental. O efeito anti-cálculo dos sais de zinco é, provavelmente, devido à combinação da redução do crescimento da placa e redução no nível de cristalização do fosfato de cálcio.

Autor do resumo: Maria Sílvia de Lima.

Unitermos: Cálculo dentário; Dentifrícios.

MELO, M. et al. Variação inter e intra examinadores na determinação de dimensão vertical e repouso em pacientes desdentados totais. Rev. Odont. USP, v.1, n.3, p.17-21, jul./set. 1987.

Os autores fazem uma explicação quanto aos conceitos de dimensão vertical e repouso e citam um método de compasso de Willis como uma das técnicas utilizadas para se determinar a dimensão dos pacientes desdentados totais. Assim, a partir de um estudo clínico, onde se realizou a mensuração da dimensão vertical de repouso em pacientes desdentados totais. Selecionaram-se trinta pacientes com essas características, e utilizou-se o método logir, preconizada pela disciplina de prótese total da FOB para determinação da dimensão vertical de repouso. As medidas e leituras foram realizadas por três experientes examinadores em intervalos de tempo de 3 minutos, obtendo-se um total de 540 medidas para a d. v. de repouso. Concluiu-se, após análise dos resultados que a variação intra-examinadores não foi significativa em intervalo de tempo de 3 minutos decorridos oito dias, e que a variação inter-examinadores foi significativa, tanto nas primeiras mensurações, como nas segundas.

Autor: Marcelo Chacon.

Unitermos: Dimensão vertical; posição de repouso mandibular; dimensão vertical de repouso; dentaduras completas; desdentados totais.

HOLLAND, R. et al. Qualidade do selamento marginal obtido com diferentes cimentos a base de hidróxido de cálcio. Rev. paul. Odont.; v. 8, n. 3, p. 27-35, maio/jun. 1991.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a infiltração marginal dos cimentos CRCS e Sealapex, ambos a base de hidróxido de cálcio, comparativamente ao cimento de óxido de zinco e eugenol. Estudou-se também duas variações do Sealapex em função da quantidade adicionada de iodofórmio, e um cimento experimental a base de hidróxido de cálcio.

Sessenta dentes humanos unirradiculares, extraídos, foram preparados biomecânicamente e os canais foram obturados pela técnica de condensação lateral, empregando-se cones de guta-percha e os seguintes materiais restauradores: óxido de zinco e eugenol; cimento experimental à base de hidróxido de cálcio; CRCS; Sealapex A; Sealapex B; Sealapex C, sendo que para os três últimos o que variou foi a quantidade de iodofórmio presente. Cada um dos seis cimentos constituiu um grupo experimental onde dez raízes foram obturadas; em seguida foram mergulhados por 24 horas no azul de metileno a 2%. As infiltrações ocorridas foram dimensionadas após os dentes terem sido partidos ao meio, no sentido de seu longo eixo.

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística e chegou-se às seguintes conclusões: o Sealapex pode ser acrescido de iodofórmio sem que ocorram modificações significantes na sua qualidade seladora; os cimentos à base de hidróxido de cálcio mostraram menor infiltração marginal do que o cimento de óxido de zinco e eugenol; o cimento experimental estudado mostrou infiltração marginal muito semelhante à do CRCS.

Autor do resumo: **Carolina Nunes Pegoraro.**

Unitermos: **Hidróxido de cálcio, cimento; óxido de zinco e eugenol, cimento; infiltração marginal; iodofórmio; Sealapex.**

TROPE, M.; TRONSTAD, L. Resistence to fracture of endodontically treated premolars restored with glass ionomer cement or acid etch composite resin. J. of Endod., v.17, n.6, p.257-9, June 1991.

Cavidades MOD padronizadas foram feitas em 64 pre-molares que foram igualmente divididos em 4 grupos de acordo com a técnica de restauração. Todos os dentes foram previamente instrumentados endodonticamente até a medida 60 e obturados com guta-percha e cimento de Grossman. Os grupos foram restaurados com ionômero de vidro (Fuji, tipo II), resina composta com ataque ácido prévio (concise), e com amálgama (Cupralloy) e resina (concise) sobre a base de ionômero (Fuji, Tipo II). As amostras foram submetidas a cargas sobre a cúspide vestibular e material restaurador até a fratura. Não houve diferenças nos grupos onde se fez o uso de resinas unicamente ou nos grupos de amálgama e resina sobre base de ionômero. Quando a cavidade foi restaurada só com ionômero houve decréscimo na resistência de fratura do dente.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

Unitermos: Ionômero de vidro; Resinas compostas.

MARTINS, A. M. A. O. et al. Gengivite em crianças. Rev. gaúcha Odont., v. 36, n. 2, p. 141-5, mar./abr. 1988.

Apesar do epílogo da doença periodontal ocorrer durante a fase adulta, o seu desenvolvimento começa na infância, sendo de grande importância o seu controle desde essa época. Este estudo objetivou, então, verificar a severidade e a prevalência da doença periodontal em 243 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 6 anos.

Um único examinador realizou procedimentos simples com crianças das escolas públicas municipais de Florianópolis. Os dados anotados seguiam o índice periodontal de Russell.

Os resultados demonstraram que a prevalência de doença periodontal nas crianças estudadas, analisadas ao nível de 95% de confiança entre $0,98 \leq p < 1,00$. A severidade média foi de 1,16. As diferenças encontradas entre os sexos e as idades não foram significantes estatisticamente.

Autor do resumo: **Mônica Dourado Silva Barbosa.**

Unitermos: **Epidemiologia; Gengivite.**

BENGTSON, A. L.; BENGTSON, N. G. A influência de abscessos associados a molares decíduos e o desvio na erupção do seus sucessores. Rev. Assoc. paul. cirug. Dent., v. 44, n. 5, p. 287-90, set./out. 1990.

O propósito desse estudo é correlacionar clínica e radiograficamente mortificação pulpar, a presença de abscessos periapicais e inter radiculares de decíduos com desvio da trajetória da erupção dos permanentes.

Foram utilizados 54 primeiros molares e 49 segundos molares decíduos inferiores juntamente com seus sucessores. Na seleção dos dentes foram escolhidos portadores de cáries profundas com ou sem exposição pulpar na forma de pulpíte em alguns casos eram evidentes os abscessos e/ou fístulas. Nas radiografias foi avaliado se o germe do permanente desviou para mesial ou distal em relação ao decíduo, ou se manteve uma posição interradicular ou verticalizado quanto aos abscessos e era verificado se estava em uma das raízes ou se eram generalizados.

Observou-se que houve uma íntima relação entre o trajeto de erupção e a presença de abscessos nas raízes de molares decíduos pois 94,15% de dentes estavam com abscessos, os seus correspondentes alteraram seu trajeto, e que somente a condição de mortificação pulpar dos decíduos não provoca a alteração de erupção de seus sucessores, pois o processo infeccioso é que pode destruir o tecido conjuntivo do cordão goberracular e provocar reabsorção de canal goberracular, que são estruturas responsáveis pelo trajeto de erupção dos permanentes, fazendo com que o germe do permanente perdesse o sentido espacial, modificando naturalmente o seu caminho de erupção.

Autor do resumo: **Regina Guenka Palma.**

Unitermos: **Desvio de erupção permanente; abscesso de molares decíduos.**

Índice de autores de artigos

- A -

ACCETOZI, M.	- 67
ACETOZE, P.A.	- 67
ADDY, M.	- 55
ALMEIDA, J.V.	- 04, 14
AMATO NETO, V.	- 20
ARAÚJO, F.B.	- 17, 70
AUN, C.E.	- 54, 69

- B -

BALLINA, J. C.	- 49
BARNWELL, S. E.	- 47
BASTOS, J.R.M.	- 48
BASTOS, M.T.A.A.	- 04, 14, 31
BEN-AMAR, A.	- 26
BENATI NETO, C.	- 67
BENGTSON, A.L.	- 18, 77
BENGTSON, N.G.	- 18, 77
BERGSTRÖN, J.	- 58
BOORRASA, M.	- 39
BRUGNERA JÚNIOR, A.	- 54, 69
BURCHELL, C.K.	- 44

- C -

CAMPOS JÚNIOR, A.	- 16, 41
CÂNDIDO, M.S.M.	- 27
CANTO, L.C. de P.	- 52
CANTO, L.H.M. de P.	- 52
CARDOZO, L.B.Q.	- 35, 68
CARVALHO, A.C.P.	- 40
CARVALHO, D.S.	- 57
CARVALHO, P.S.P.	- 40, 66
CHIAPPINI, I.A.R.	- 08
CLARK, N.P.	- 60
CONSANI, S.	- 65
COOLEY, R.L.	- 47
CORADAZZI, J.L.	- 32
CURY, A.A.D.B.	- 65

- D -

DUCKWORTH, R.M. - 44
 DURIGHETTO JÚNIOR, A.F. - 03

- E -

EAMES, W. B. - 09

- F -

FEIST, I.S. - 71
 FEL DENS, C.A. - 70
 FILO, R. - 61
 FRANCISCONE, C.E. - 04, 51
 FRONKEN, B.A. - 25

- G -

GAARE, D. - 72
 GERKE, D.C. - 05
 GOMES, A.A. - 38
 GONÇALVES, J.R. - 67

- H -

HELFT, H. - 61
 HOCHMAN, N.M. - 13
 HOFLING, I.F. - 63
 HOLLAND, R. - 74
 HOUSTON, F. - 29
 HONKALA, E. - 42

- I -

ISSAO, M. - 35, 68

- K -

KANNAS, L. - 42
 KOSSA, A.P. - 37

- L -

LACAZ. NETTO, R.	- 59
LAVAND, R.	- 67
LEINFELDER, K.F.	- 02
LIA, R.C.C.	- 67
LIN, L.M.	- 11
LOPES, E.S.	- 48
LOVADINO, J.R.	- 14, 51

- M -

MACEDO, N.L.	- 59
MACGREGOR, I.D.M.	- 56
MACHADO JÚNIOR, J.A.	- 34
MAIN, D.M.G.	- 62
MAINIERI, E.T.	- 22
MARTINELLI, C.	- 03
MARTINS, A.M.A.O	- 76
MARTINS, L.R.M.	- 14, 51
MELO, M.	- 73
MICHEL, M.D.S.	- 17
MICHELI, G.	- 71
MITCHELL, L.	- 43
MITSUDA, S.T.	- 66
MIYAMOTO, E.	- 45
MIJÖR, I.A.	- 12, 25
MONDELLI, J.	- 08
MORGAN, G.N.	- 44
MURATA, Y.	- 45
MURRAY, J.J.	- 43

- N -

NAGEM FILHO, H.	- 10, 36
NÁHAS, D.	- 16
NARSHAK, B.L.	- 61
NAVARRO, M.F. de L.	- 04, 10, 23, 51
NOONAN, J.E.	- 09
NUTTING, E.B.	- 30

- O -

OKAMOTO, T.	- 40, 66
OLIVEIRA, F.M.	- 07
OLIVEIRA, M.R.B. de	- 67
OLIVEIRA JÚNIOR, G. de	- 21
O'NEIL, T.C.A.	- 15

- P -

PAIVA, G.	- 33
PASSANEZI, E.	- 16
PAVARINI, A.	- 53
PESCE, H.F.	- 34
PICCININI, D.F.P	- 18
PINHEIRO, C.E.	- 46
PINHEIRO, C.F.	- 46
POE, G.S.	- 30
POLETTO, L.T. de A.	- 10
POLETTO, M.J.F.	- 46
PUCHE, R.C.	- 49

- Q -

QUINTANILHA, L.E.L.P.	- 32
-----------------------	------

- R -

RADOS, P.V.	- 17
REITZ, C.D.	- 60
RIGALLI, A.	- 49
RISE, J.	- 42
ROSA, A.L.	- 64
ROVERI, E.	- 49
RUHNK, L.A.	- 65

- S -

SALATA, L.A.	- 64
SANDER, R.I.	- 07
SANDOVAL, V.A.	- 47
SANTANA, C.S.D.	- 19
SANTANA, J.C.M.	- 19
SANTANA FILHO, M.	- 17
SÃO JOSÉ, G.V.	- 57
SARIAN, R.	- 71
SCRABEER, I.G.	- 09
SERPENTINO, A.H.	- 50
SIMONSEN, R.J.	- 01
SKRIBNER, J.	- 11
SOUZA, M.A.L.	- 70
SPOSTO, M.R.	- 67

- T -

TAVARES, D.	- 28
TAVARES, T.	- 28
TRONSTAD, L.	- 75
TROPE, M.	- 75

- U -

UEDA, M.	- 45
----------	------

- V -

VECCHI, B.D.C.	- 25
VIEGAS, A.R.	- 24
VIEIRA, D.F.	- 08
VIEIRA, L.C.C.	- 10
VILLA, R.G.	- 54, 69
VIOLA, D.D.	- 33

- W -

WILLEMANN, E.R.	- 28
WILLIAM, F.A.	- 06

Índice de autores de resumos de 1989/90

BARBOSA, M.D.S.	- 48, 75, 76
BAZZO, G.J.	- 14, 22, 57
BOAMORTE, D. da C.	- 52
CARRARA, C.E.	- 39, 62
CHACON, M.	- 73
COSTA, A.A. da	- 55
D'ALPINO, P.H.P.	- 13, 26, 36, 37, 42, 68
DEL'IBOYO, R. B.	- 30, 38, 51, 67, 69
DEVIIENNE, E.F.	- 07, 08, 09, 10, 11, 53
DUARTE, M.A.H.	- 29, 32
DUTRA, P.O.	- 54, 58, 63, 64, 65, 66
FONSECA, J.R. de	- 19, 31, 61
HENRIQUES, M. da G.S.	- 01, 02, 04, 05, 06
LIMA, M.S.	- 15, 18, 24, 28, 47, 56, 70, 71, 72
MAGRO, A.C.	- 50
NARY FILHO, H.	- 25
PALMA, R.G.	- 43, 44, 77
PEGORARO, C.N.	- 41, 45, 46, 49, 74
SONOHARA, M.K.	- 03, 16, 17, 27, 40, 60
TABA JÚNIOR, M.	- 12, 20, 21, 23, 33, 34, 35, 59

ÍNDICE DE ASSUNTOS

- A -

Abcesso de molares decíduos	- 77
Ácido clorídrico	- 51
Adoçantes	- 50
Água oxigenada	- 04
Amálgama dentário	- 12, 37, 65
Amelôgenese imperfeita	- 67
Ansiedade	- 64
Anti-placa, atividade	- 45
Apinhamento, crescimento e desenvolvimento	- 57
Ataque ácido dentário	- 70

- B -

Bactérias	- 34
Bacteriologia	- 63

- C -

Cálculo dentário	- 72
Canal radicular	- 63
Canal radicular, terapia	- 34
Cárie dentária	- 05, 23, 35, 43, 68
Cavidade dentária, forramento	- 12, 26
Cavidade dentária, limpeza	- 36
Cavidade dentária, preparo	- 08, 23, 32
Cimentação	- 09
Cirurgia bucal	- 40, 64
Cistos	- 52
Clorexidina	- 71
Corrosão	- 65

- D -

Dens evaginatus	- 11
Dentadura completa	- 22, 73
Dente	- 51, 53
Dente, branqueamento	- 04
Dente, erupção	- 18, 35, 68
Dente, fraturas	- 32
Dente decíduo	- 07, 18, 53, 70

Dentes, clareamento	- 30
Dentifrícios	- 72
Dentifrícios fluoretados	- 44
Dentina	- 02, 27
Dentina, sensibilidade	- 14
Dentística operatória	- 08
Desdentados totais	- 73
Desinfetantes	- 06
Desvio de erupção permanente	- 77
Dimensão vertical	- 73
Dimensão vertical de repouso	- 73
Displasia fibrosa do osso	- 67
Doenças infecciosas	- 06

- E -

Endodontia	- 11, 30, 63, 69
Epidemiologia	- 76
Esmalte dentário	- 51
Estresse	- 39

- F -

Fissuras	- 01, 05
Flúor	- 49
Formocresol	- 07, 53
Fumo	- 56, 58

- G -

Gengiva	- 59
Gengivite	- 15, 55, 76
Gengivoestomatite herpética	- 62
Glândula parótida	- 38
Glicosiltransferase, inibidores	- 46
Glutaraldeído	- 17
Gravidez	- 15

- H -

Herpes virus hominis	- 62
Hidróxido de cálcio	- 36
Hidróxido de cálcio, cimento	- 74
Higiene bucal, hábitos	- 42
Higiene oral	- 71

Hipersensibilidade	-	54
Hipersensibilidade dentinária	-	69
Hipertensão	-	25
Hormônio	-	49

- I -

Idade, fatores	-	25
Incrustações	-	08
Infiltração dentária	-	37
Infiltração marginal	-	02, 74
Insulina	-	49
Iodofórmio	-	74
Ionômero de vidro	-	75

- L -

Laserterapia	-	54, 69
Liberção de íons	-	65
Luvas cirúrgicas	-	06, 60

- M -

Má-oclusão	-	21, 38
Materiais	-	66
Microorganismos	-	50
Molar	-	35, 68
Molar, terceiro	-	57
Moldagem odontológica	-	66

- O -

Oclusão dentária	-	29, 33
Odontologia, prática geral	-	20
Odontologia preventiva	-	24
Osteoma	-	28
Óxido de zinco e eugenol, cimento	-	74

- P -

Periodontia	-	16, 71
Periodontia, doenças	-	29, 58
Pinos dentários	-	19, 61

Placa dentária	- 46, 55, 71
Placa dentária, formação	- 50
Placa dentária, prevenção	- 45
Placa dentária, remoção	- 41
Polpa dentária	- 17, 34
Posição de repouso mandibular	- 73
Prevenção	- 44
Prótese parcial fixa	- 09
Pulpotomia	- 07, 53

- R -

Radiografia	- 52
Reparo alveolar	- 66
Resinas compostas	- 01, 10, 31, 37, 75
Resinas compostas, flúor	- 47
Restauração dentária permanente	- 08, 10, 32

- S -

Saliva	- 56
Sealapex	- 74
Selamento de fissuras	- 43
Selantes	- 01, 05, 24
Siliconas	- 60
Soluções fluoretadas	- 48
Suturas	- 40

- T -

Transplantação	- 59
----------------	------

- V -

Vitaminas	- 03
-----------	------