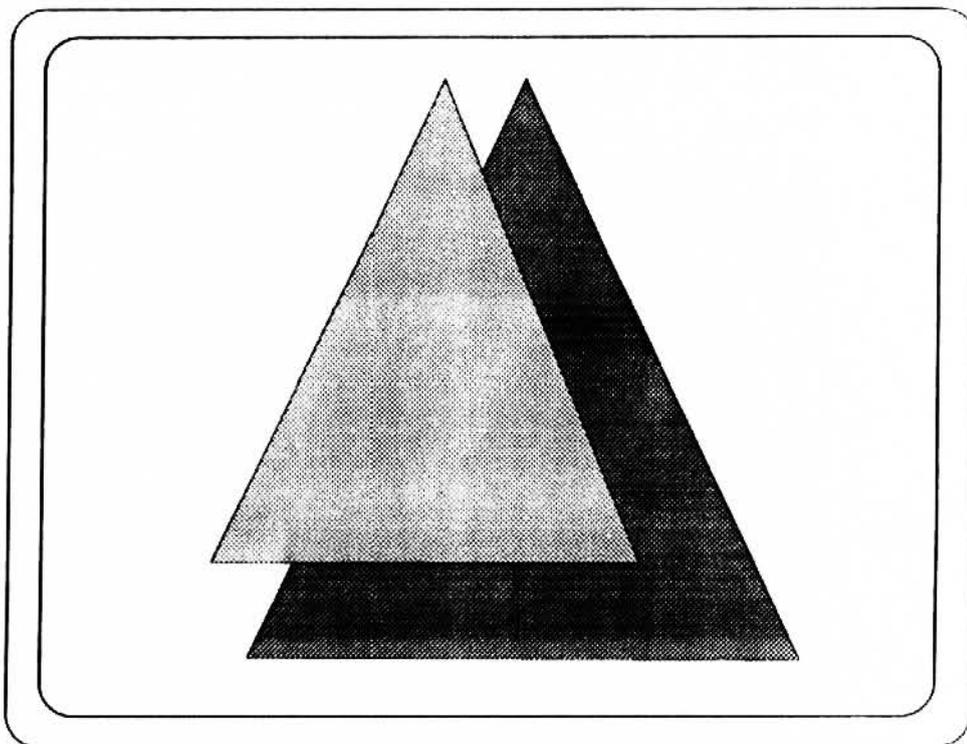


**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPES**



PET - INFORMA

PET - INFORMA BAURU V.5 N. 1/2 P. 1-94 JAN./DEZ. 1992

Reitor da Universidade de São Paulo:

Prof. Dr. Roberto Leal Lobo e Silva Filho

Vice-Reitor:

Prof. Dr. Rui Laurenti

Diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru:

Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes

Vice-Diretor:

Prof. Dr. José Valdes Conti

Comissão de Pós-Graduação:

Prof. Dr. José Carlos Pereira - Presidente

Prof. Dr. Luís Fernando Pegoraro - Vice-Presidente

Prof. Dr. Alberto Consolaro

Prof. Dr. Aymar Pavarini

Prof. Dr. Clóvis Monteiro Bramante

Prof. Dr. Euloir Passanezi

Prof. Dr. Fernando Castanha Henriques

Prof. Dr. Halim Nagem Filho

Prof. Dr. Orivaldo Tavano

Tutor Programa PET/CAPES - FOB/USP

Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

PET- INFORMA

V. 5 - N. 1/2

1992

EDITORIAL	I
RESUMO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	01
ÍNDICE DE AUTORES	84
ÍNDICE DE AUTORES DOS RESUMOS	89
ÍNDICE DE ASSUNTOS	90

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 resumos 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

HAYWOOD, V.B; HOUCK, V.M; HEYMANN , H.O. Nightguard vital bleaching: effects of various solutions on enamel surface texture and color. Quintessence Int. v.22, n.10, p.775-82, Oct. 1991.

Este estudo teve como propósito avaliar os efeitos de quatro soluções clareadoras, de diferentes pHs, na morfologia da superfície do esmalte e cor do dente. As coroas de quarenta dentes recém-extraídos foram seccionados em metades incisivo-gengivais e tiveram sua cor inicial mensurada com um colorímetro. Em seguida foram divididos em quatro grupos de acordo com os padrões iniciais de cor, e as metades experimentais clareadas por 250 horas com Proxigel, Gly-Oxide, White & Brite e Peroxyl, sendo as soluções trocadas 3 vezes ao dia. As metades controle foram mantidas em água destilada. Após o experimento a cor foi novamente mensurada e três dentes de cada grupo analisados sob microscopia eletrônica de varredura. As microfotografias obtidas foram comparadas com as de esmalte atacado por 60 segundos com ácido fosfórico a 37%. Cada grupo tratado ficou significativamente mais claro que os respectivos controles e não houve diferença significativa entre os dentes do experimento e aqueles do controle quanto a morfologia de sua superfície. Entretanto as superfícies do esmalte em todos os grupos diferiram significativamente do esmalte atacado com ácido fosfórico. Os grupos do Proxigel e Gly-Oxyde apresentaram-se significativamente mais claros que o grupo do Peroxyl.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Clareamento

RODA, R.S; ZWICKER, P.F. The combined composite resin and amalgam restoration for posterior teeth: a clinical report. Quintessence Int. v.23, n.1, p.9-13, Jan. 1992.

O propósito deste trabalho foi descrever uma técnica restauradora para dentes posteriores comprometidos esteticamente por uma super extensão da caixa proximal, combinando o uso de resina com amálgama. O procedimento descrito foi realizado em primeiros pré-molares superiores onde havia cavidades MO. Após proteção pulpar a parede vestibular foi atacada com ácido fosfórico 35% por 60 segundos. Aplicou-se a resina fluida por toda a cavidade. Após colocação de matriz transparente a resina composta foi inserida e polimerizada de forma a reconstruir a parede vestibular da caixa proximal. A cavidade era preparada para receber o amálgama e em seguida restaurada. Não foi empregado o Copalite, sendo a expansão do amálgama julgada como suficiente para o selamento. 20 pacientes receberam estas restaurações e 12 foram avaliados de 0,8 a 6,4 anos após. Nesta avaliação clínica retrospectiva 11 das restaurações foram consideradas satisfatórias com relação à integridade marginal, superfície, cor e forma anatômica. Existem evidências de que quando o amálgama é colocado após a resina a microinfiltração é menor. Esta técnica poderá obter melhores resultados no futuro, com a utilização de novos agentes de união para amálgama.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Resina; Amálgama; Estética

NEWBRUN, E. Preventing dental caries: current and prospective strategies. J. Am. Dent. Assoc. v.123, p.68-73, May 1992.

Estudos epidemiológicos indicam que a incidência da cárie vem diminuindo não apenas na prevalência, mas também na progressão. A etiologia multifatorial da cárie faz com que as estratégias de prevenção sejam direcionadas para três pontos: proteção do hospedeiro ou dente; diminuição da cariogenicidade da dieta; remoção da microbiota cariogênica. As intervenções preventivas dependerão do risco de cárie do paciente. No que diz respeito a proteção do dente ou hospedeiro, o flúor ainda é o método mais efetivo. Os fluoretos podem ser aplicados à água de abastecimento, estar presente nos dentifrícios, soluções para bochechos e géis para aplicação em consultório. Outro método de prevenção seria a aplicação de selantes em cicatrículas e fissuras, os quais não só diminuem a incidência de cárie como também a necessidade de restaurações extensas futuras. Eles estão indicados preferencialmente em crianças com experiência considerável de cáries oclusais na dentição decídua.

Recentemente vem sendo pesquisadas vacinas contra a cárie, já que *S. mutans* e *S. sobrinus* são os principais associados à cárie em humanos. Porém ainda não é certa a efetividade das mesmas, já que os trabalhos são feitos em animais. A modificação da dieta envolvendo a diminuição da frequência de ingestão de açúcar, principalmente entre as refeições, é de importância fundamental no controle da cárie. Deve-se preferir a ingestão de açúcares não fermentáveis como o xilitol, o qual é também considerado anticariogênico. Em adultos o controle de placa na prevenção de cáries secundárias e de raiz deve também objetivar a prevenção de periodontites.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Prevenção de cáries.

MIYAZAKI, M. et al. Effect of filler content of light-cured composites on bond strength to bovine dentine. J. Dent. , v. 19, n.5, p.301-3, 1991.

A união de resinas fotoativadas aos tecidos dentários é prejudicada pela contração de polimerização, a qual por sua vez tem influência do conteúdo inorgânico dos compósitos. O propósito deste estudo foi investigar o efeito do conteúdo inorgânico das resinas fotoativadas em sua união à dentina bovina. Também foram feitos testes com relação à contração de polimerização. Utilizaram-se resinas com conteúdo de carga de 45, 55, 65 e 75% em volume. As superfícies de dentina foram preparadas na forma de cavidades tipo caixa ou plana. A menor resistência de união foi obtida com a resina de 45% de carga, sendo que ela foi aumentando conforme aumentava a porcentagem de carga em cavidades tipo caixa. A contração volumétrica de polimerização diminuiu com o aumento da porcentagem de carga. Verificou-se que a resistência de união pode ter sido mais afetada em cavidades tipo caixa que aquelas com a superfície plana. Os resultados sustentam que a carga é um dos fatores importantes que influencia nas propriedades físicas dos compósitos.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Compósitos; União à dentina.

HAUGEJORDEN, O.; NORD, A. Caries incidence after topical application of varnishes containing different concentrations of sodium fluoride: 3-yers results. Scand. J. Dent. Res. v.99, n.4, p.295-300, Aug. 1991.

O objetivo do presente estudo foi comparar o efeito inibidor de cáries de um novo verniz contendo 1,8% de flúor, o Carex, com o Duraphat que possui 2,26% de flúor e eficiência comprovada. Dois grupos de crianças sem diferenças significantes em termos de idade, número de superfícies irrompidas, prevalência e risco de cárie receberam aplicações bianuais dos vernizes. Ao final dos três anos de estudo restaram 185 crianças no grupo Duraphat (controle positivo) e 165 no Carex. Todas as crianças foram submetidas a exame clínico e radiográfico além de tratamentos necessários anualmente. O incremento de superfícies cariadas ou restauradas para 24 superfícies proximais posteriores foi de 2,63 para o grupo Duraphat e 2,12 no grupo Carex. A análise de 40 superfícies oclusais e proximais posteriores combinadas indicaram um aumento de CPOD de 5,25 e 4,04 respectivamente para Duraphat e Carex, havendo uma diferença estatisticamente significativa em favor do grupo Carex. Talvez isto possa ser devido a uma disponibilidade de flúor por um período de tempo maior quando usado o Carex, quem sabe por um efeito de selamento mais prolongado.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

**Unitermos: Cárie dentária; Verniz fluoretado;
Fluoretos; Prevenção**

STARTVEIT, L.; WEFEL, J. S.; EKSTRAND, J. Effect of fluoride amalgams on artificial recurrent enamel and root caries. Scand J. Dent. Res., v.99, n.4, p.287-94, Aug 1991.

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito inibitório de amálgamas contendo flúor no aparecimento de cáries recorrentes "in vitro". Foram testados 4 amálgamas: A-convencional; B-convencional com 1% de SnF₂; C-amálgama sem fase gama 2; D-amálgama C mais 1% de SnF₂. Foram feitas 20 restaurações classe V para cada grupo, localizadas na junção cimento-esmalte de dentes hígidos extraídos. Os dentes receberam aplicação de verniz ácido-resistente com exceção de uma área de dois milímetros ao redor das restaurações. Após ciclagem térmica os espécimes foram mantidos em gel dialisado de pH 4,2 por 17 dias. Secções longitudinais das lesões foram analisadas em microscopia de luz polarizada em água destilada. A profundidade das lesões foi mensurada em dois pontos: no meio delas e adjacente à restauração. No grupo D 14 lesões de esmalte e 15 de raiz não apresentaram desmineralização na área adjacente às restaurações, sendo a profundidade no meio das lesões bem menor que próximo ao amálgama. Desta forma podemos concluir que este estudo sugere que o amálgama fluoretado tem propriedades anti-cárie suficientes para diminuir o aparecimento de cáries recorrentes.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Cáries recorrentes; Amálgama fluoretado.

FORSTEN, L. Short and long-term fluoride release from glass ionomer based liners. Scand. J. Dent. Res. v.99, n.4, p.340-2, Aug. 1991.

A liberação de flúor tornou-se a mais importante propriedade do ionômero de vidro quando usado sob restaurações de resina composta, já que esta liberação reduzirá o risco de infiltrações e cáries secundárias. Este estudo teve como objetivo mensurar a liberação de flúor de bases de ionômero de vidro após armazenamento por 24 horas e 6 meses. Para tanto, corpos de prova foram confeccionados com 8 marcas de ionômero, sendo uma restauradora para efeito de comparação. Após a armazenagem em água por 24 horas, os corpos de prova foram polidos e mantidos em água por mais 24 horas. Posteriormente foram colocados em água deionizada por uma semana após a qual o conteúdo de flúor na água foi mensurado. Este procedimento foi repetido após seis meses de armazenamento em água corrente. A liberação de flúor das bases foi maior que do material restaurador Fuji Cap II. Entretanto este material não é um dos que mais liberam flúor. A liberação também se mostrou maior no início que após seis meses. Porém produtos como o Zionomer e Cavalite liberaram muito pouco flúor em ambos os períodos, apenas no limite de detecção.

Autor do resumo: Adriana Cecília Magro

Unitermos: Materiais dentários; Liberação de flúor; Bases de ionômero de vidro.

THORTON, J.B.; WORLEY, S.L. Short root anomaly in a patient with a history of Stevens-Johnsons syndrome: report of case. J. Dent. Child., May/June 1991.

A síndrome de Stevens-Johnson é uma forma mais severa do eritema multiforme exudativo, que ocorre principalmente em adultos-jovens e mais freqüentemente em homens. A doença apresenta períodos de exacerbação agudos e é auto-limitante, podendo durar de uma a várias semanas. Quase sempre é precedida por infecções das vias aéreas superiores, febre e indisposição. em seguida surgem as lesões cutâneas caracterizadas por eritema intenso, bolhas, inflamações oculares, lesões labiais ulceradas e cobertas com crosta.

Numa avaliação dentária de rotina num menino de dez anos , notou-se que ele apresentava mobilidade dos primeiros molares permanente , incisivos centrais superiores e de todos os incisivos inferiores. Este menino apresentava história de síndrome de Stevens-Johnson grave aos 5 anos de idade. Pelo exame radiográfico notou-se um desenvolvimento incompleto radicular, o que justificava a mobilidade dos dentes. O que também foi visto no filme panorâmico foi uma área de hipoplasia do esmalte envolvendo parte das coroas dos segundos pré-molares inferiores, os quais não estavam irrompidos. Observando o comprimento das raízes presentes e o nível das hipoplasias de esmalte, houve uma correlação entre a idade do paciente quando do ataque da síndrome e os estágios do desenvolvimento dos dentes.

Autor do resumo: Flávia Leonel.

Unitermos: Síndrome de Stevens-Johnson; Eritema multiforme exudativo; Nanismo radicular.

DUKE, E.S.; ROBBINS, J.W.; SNYDER, D.S. Clinical evolution of a dentinal adhesive system: 3-year results. Quintessence Int. v.22, p.889-94, Nov. 1991.

O sistema adesivo avaliado neste estudo é o Scotchbond 2, um adesivo de terceira geração. Este sistema utiliza um condicionador para as superfícies de dentina composto de uma solução fraca de ácido maleico contendo HEMA e uma resina com capacidade hidrofílica aumentada. Ele promove uma retenção micromecânica formando uma rede de penetração inter tubular. Os resultados obtidos após 3 anos permitiram concluir que a utilização clínica do adesivo dentinário Scotchbond 2 determina grandes progressos em relação aos adesivos anteriores, quando usado para restaurar lesões cervicais e cáries radiculares. Sua eficiência em reter a restauração é maior quando as margens do esmalte nas lesões cervicais são atacadas com ácido. Observou-se também que a solução condicionadora é muito menos efetiva em dentina esclerosada velha. Isto provavelmente se deve ao tipo de retenção. As irritações gengivais presentes nos primeiros seis meses foram resultados de traumas durante os procedimentos restauradores. Depois de 6 meses até 3 anos não houve evidência de nenhuma irritação. Neste período houve completa eliminação de sensibilidade dentinária, a qual foi testada com choque térmico. Isto sugere que além do adesivo proteger a superfície de dentina sensível, ele estava bem selado ao dente.

Autor do resumo: Flávia Leonel

Unitermos: Adesivo dentinário; Adesivo de terceira geração.

ROLDI, A.; PENINA, P. Avaliação clínica do sistema ultrassom na remoção de instrumentos fraturados dos canais radiculares. Odont Capixaba, ano XVIII, n.19, p.14-6, 1990.

A efetividade do sistema ultra-sônico tem sido estudada em diversas aplicações na prática endodôntica. No presente trabalho avaliou-se a capacidade do sistema ultrassom ENAC, na remoção de instrumentos fraturados no interior do canal radicular. A seqüência do preparo foi realizada de acordo com as normas técnicas do aparelho. Associou-se a instrumentação manual à seqüência técnica no sentido de ultrapassar o instrumento fraturado para depois removê-lo. A ação mecânica da lima, ao entrar em contato com o instrumento fraturado, provocou um movimento vibratório, fazendo com que o instrumento se desprendesse da massa dentinária. Das 38 raízes com instrumentos fraturados, o aparelho se mostrou efetivo em 78,9% dos casos, conseguindo a remoção de 30 instrumentos. Houve uma remoção bastante significativa quando os instrumentos estavam localizados no terço médio e cervical e uma maior dificuldade quando no terço apical. Se considerarmos que até então ainda não temos nenhum recurso técnico que nos permite a remoção de instrumentos fraturados (brocas, cones de prata), acredita-se ser o aparelho testado um bom auxiliar para esta operação.

Autor do resumo: Flávia Leonel.

Unitermos: Canal radicular; Ultrassom.

CHAIN, M.C.; BARATIERI, L.N.; ARCARI, G. Estágio atual da técnica do sanduíche. Rev. gaucha Odont., v.38, n.5, p.341-5, set./out. 1990.

A técnica do sanduíche surgiu para minimizar ou acabar completamente com a infiltração marginal em restaurações que não apresentavam esmalte em uma das margens, além de associar as vantagens inerentes dos cimentos ionoméricos às propriedades positivas das resinas compostas. Os melhores valores de adesão ionômero-resina foram encontrados após a aplicação dos ácidos poliacrílico e tânico por 10 a 20 segundos. Após a aplicação do cimento, as pesquisas alertaram para a necessidade de uma espera de pelo menos 20 minutos para se condicionar o ionômero com ácido. Isto se baseia no fato de que deve haver uma completa maturação da matriz do cimento, a fim de que o ácido diferencie partículas de vidro e matriz. A matriz dissolve-se no ácido resultando numa superfície áspera e porosa. Assim, o agente de união pode penetrar dentro dessas irregularidades e endurecer fornecendo retenções. O melhor tempo de condicionamento seria de 15 segundos, mas este não provê um bom padrão de ataque, portanto o mais aceito é 30 segundos. Demonstrou-se que a resistência de união ionômero-resina composta quanto à tensão e cisalhamento na interface ionômero-resina é mais forte do que a força coesiva do próprio ionômero. É oportuno também registrar o surgimento dos cimentos ionoméricos fotoativados onde os fabricantes dispensam a necessidade do condicionamento ácido para criar porosidade, haja visto que eles contêm na sua composição elementos resinosos que tendem a propiciar uma forte união à resina restauradora.

Autor do resumo: **Flávia Leonel.**

Unitermos: **Técnica do sanduíche.**

UNO, S.; ASMUSSEN, E. Marginal adaptation of a restorative resin polymerized at reduced rate. Scand. J. Dent. Res., v.99, n.5, p.440-4, Oct. 1991.

A fluidez da resina restauradora pode representar muito na minimização da contração de polimerização. Portanto, é concebível que a formação de gap pode ser reduzida se o material puder ser polimerizado mais lentamente. Uma polimerização lenta pode conceder maior fluidez ao material durante o endurecimento. O objetivo deste estudo é investigar o efeito de uma velocidade reduzida de polimerização na adaptação marginal de uma resina composta inserida em cavidades de dentina tratadas previamente com o sistema Gluma simplificado.. O efeito da força de adesão à dentina e força de compressão também foi investigado. A intensidade da luz de polimerização foi diminuída pelo uso de um transformador e também a velocidade de polimerização da resina composta. Quando a resina foi irradiada por 30 segundos a 110V seguido por 30 segundos a 220V, a adaptação marginal foi significativamente melhorada. Esta condição resultou em valores aceitáveis de força de adesão à dentina e força de compressão diametral. Isto sugere que a velocidade de polimerização reduzida pode conferir melhor escoamento do material, diminuindo a força de contração durante o preenchimento.

Autor do resumo: Flávia Leonel

**Unitermos: Resina composta; Adaptação marginal;
Polimerização**

NOLASCO, G.A.B. et al. Reparo das resinas compostas. Rev. gaucha Odont., v.38, n.6, p.419-22, nov/dez. 1990.

A preocupação com reparos de restaurações dentárias defeituosas, devido a fraturas, falhas marginais, abrasão, reincidência de cáries incrementou-se muito nos últimos anos. Estudou-se a resistência à tração de corpos de prova de 3 resinas compostas, com ou sem reparo, aplicando ou não uma agente de união (selante). Para cada material foram confeccionados 70 corpos de prova nas seguintes condições: 10 espécimes não reparados; 60 emendados, dos quais 30 com agente de união e 30 sem agente de união. Observou-se que a resistência à tração dos corpos de prova de resina composta reparados é menos que a dos espécimes sem emenda e que a resistência dos corpos de prova emendados com selante é maior, comparada aos corpos de prova reparados sem a aplicação prévia deste agente de união.

Autor do resumo: Flávia Leonel

Unitermos: Materiais dentários; resinas compostas; resistência à tração; selantes.

RIBEIRO, H. Flúor: análise de teor em água fervida. Rev. gaucha Odont., v.40, n.1, p.59-61, jan/fev. 1992.

Uma questão que interessa sobremaneira ao cirurgião dentista e ao sanitariano é saber se o flúor (íon) se mantém após a água ser fervida (atingir seu ponto de ebulição).

Três recipientes de uso comum no arsenal culinário doméstico receberam cada qual um litro da mesma água. Os recipientes eram de alumínio espesso, alumínio delgado e aço inox. Foram colocados sob aquecimento no mesmo momento. Coletou-se amostras quando a água entrou em ebulição, outras depois de permanecer 30 minutos a 100 graus Celsius e uma última série de amostras quando a água estava quase totalmente evaporada. Estas e mais duas amostras controle, nas quais a água não foi aquecida, foram enviadas para análise do teor de flúor. Os resultados fornecidos permitiram concluir que, ao ferver, a água mantém o mesmo teor de flúor que a água não fervida; a concentração do flúor ocorre independente do material do recipiente utilizado; após ferver e mantida em ebulição a água concentra flúor; quanto mais rápida a evaporação da água, mais rápida a concentração de flúor; ao aproximar-se do final da evaporação da água, a concentração de flúor é extremamente alta.

Autor do resumo: Flávia Leonel

Unitermos: Flúor; Água fervida.

MOTTA, R.G.; MOTTA, L.G.; SILVA, M.P. Influência da condensação atrasada na resistência à compressão e no mercúrio residual de amálgama. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.45, n.6, p.653-4, nov/dez. 1991

Neste estudo foi testada a resistência à compressão, segundo a orientação da especificação nº 1 da ADA, de três marcas comerciais de amálgama (Vivalloy 70, Disperssalloy, Velvalloy). Os corpos de prova foram condensados com atrasos de 30, 40, 120, 180, 240 segundos a partir da trituração. Para cada situação foi computado o conteúdo de mercúrio residual pelo método indireto.

O limite de segurança para o atraso de condensação para o Vivalloy 70 é de 180 minutos, embora com valores significativamente inferiores aos menores atrasos. Para o Disperssalloy e o Velvalloy o limite de segurança é 40 segundos. Todos os amálgamas apresentavam menores valores para a resistência à compressão a partir dos atrasos na condensação dos espécimes.

O conteúdo do mercúrio residual não influenciou na resistência à compressão, porém a trama cristalina é mais frágil quanto maior o atraso na condensação e o maior rompimento da trama cristalina têm como consequência menores valores para a resistência à compressão.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita

**Unitermos: Amálgama; Resistência à compressão;
Mercúrio residual.**

MOORE, D.L. Retention groves for the class II amálgam restoration. Necessity or Hazard? Operative Dentistry. v.17, n.1, p.29-33. Jan/Feb. 1992.

O autor expõe a controvérsia sobre a necessidade ou não de retenções adicionais em preparos de classe II. Alguns estudos laboratoriais mostram que as retenções adicionais ajudam a reter a restauração, reduzem o stress sobre os istmos e ajudam na prevenção de fraturas, tanto de ligas convencionais como nas de alto conteúdo de cobre. Entretanto, alguns estudos clínicos questionam a confecção de retenções adicionais, mostrando estas desnecessárias, e além disso, durante sua confecção há o risco de se fazer uma exposição pulpar acidental ou de proporcionar um enfraquecimento de partes do esmalte.

Têm sido feitos estudos com uma ênfase especial aos estudos clínicos com aplicação de pesquisas "in vitro", mas até agora os estudos clínicos não demonstraram a necessidade da confecção de retenções.

As retenções adicionais são indicadas para preparos proximais conservativos sem extensão oclusal; e retenções em forma de encaixes, ranhuras ou pinos são utilizadas em restaurações extensas que envolvem cúspides.

Apesar de alguns benefícios proporcionados pelas retenções adicionais, no preparo de uma classe II parta amálgama elas são consideradas um risco desnecessário.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita

Unitermos: Classe II de amálgama; Retenções adicionais.

ANDRADA, R.C. et al. Preparo e restaurações de classe II com acesso oclusal sem comprometimento da crista marginal (preparo em túnel). Rev. odont. USP, v.5, n.1, p.59-62, jan/jun. 1991.

Há uma preocupação constante na odontologia restauradora com a preservação da estrutura dentária, principalmente por não existir, até o momento, um material que substitua em condições de igualdade as estruturas perdidas.

Pra uma maior conservação da estrutura dental sadia, diminuindo assim a ocorrência de fraturas, pode ser feito um preparo tipo túnel (classe II) e a restauração deste com cimento ionomérico, pois este apresenta várias propriedades, entre elas a sua biocompatibilidade com a dentina, a adesão às estruturas dentárias (selamento marginal), a liberação de flúor e com a adição de partículas de prata possui significativa resistência ao desgaste.

Neste trabalho foram restauradas lesões cariosas incipientes na distal do 2º pré molar inferior direito e na mesial do 1º molar inferior direito.

Após a anestesia dos dentes iniciou-se o preparo com broca esférica 1/4 nas fossas (mesial do molar e distal do pré molar), ligeiramente inclinadas em direção à margem gengival atingindo o processo de cárie. Fez-se o isolamento absoluto e a remoção da dentina cariada remanescente com brocas esféricas em baixa rotação e com o auxílio de uma solução evidenciadora (fuccina básica a 0,5%).

Pra a restauração uma fita matriz de aço inoxidável foi cuidadosamente contornada e adaptada nas superfícies proximais dos dentes preparados.

A restauração foi feita com Chelon-Silver, inserido no túnel com o auxílio de uma seringa apropriada. Após o endurecimento do cimento as faces oclusais foram restauradas com amálgama. Aplicou-se um verniz convencional nas faces proximais, fez-se uma radiografia interproximal para verificar o total preenchimento do túnel com cimento. Numa próxima sessão foi realizado o polimento.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita

Unitermos: Restauração mista; Ionômero de vidro; Amálgama dental; Preparo em túnel.

DUARTE, C.A.; LASCALA, N.T.; MUENCH, A. Estudo clínico da influência dos evidenciadores de placa bacteriana na motivação do paciente à higiene bucal sob supervisão e orientação direta. Rev. Odont. USP, v.4, n.4, p.278-283, out/dez. 1990.

Neste estudo foi observado o efeito produzido pelos evidenciadores de placa bacteriana no comportamento de higiene bucal dos paciente quando submetidos ao controle da placa através da supervisão e orientação direta.

Aleatoriamente, 190 pacientes foram submetidos a um programa de higiene bucal, utilizando-se evidenciadores clínicos de placa bacteriana representados pelo azul de metileno a 1%, fuccina básica a 2%, marrom de Bismark a 4%, verde de malaquita a 2% e violeta genciana a 1%, todos em solução aquosa.

Os pacientes foram divididos em cinco grupos de 38, e destes, 6 foram selecionados para o grupo controle, nos quais se aplicava a evidenciação porém não tomavam conhecimento visual do seu índice de placa. Nos outros 32 pacientes de cada grupo foi feita a evidenciação e a observação pelos pacientes. Para todos foram passadas as mesmas instruções sobre higiene bucal.

Os diversos evidenciadores experimentados se comportaram clinicamente de maneira semelhante em relação à motivação dos pacientes à higiene bucal. Por este motivo, deve ser escolhido preferencialmente o evidenciador destituído de efeito colateral sistêmico e/ou local.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita.

Unitermos: Placa, evidenciadores.

MC.CARTHY, M. Mercury: It can exist undetected. Dent. Assist., v.61, n.1, p.13-4. 1992.

A forma mais tóxica do mercúrio é o seu vapor, que não pode ser detectado pelos sentidos humanos. a forma de vapor é despreendida durante a colocação e a remoção das restaurações. Os dentistas deveriam ser educados para uma manipulação apropriada e dos possíveis riscos quando da manipulação de produtos com mercúrio.

Quando exposto, o corpo humano absorve o vapor de mercúrio através da boca ou do nariz chegando ao trato respiratório, ou através dos olhos e da pele. O mercúrio então caminha pelo organismo e se acumula nos rins, bloqueando os túbulos renais.

O vapor é formado sempre que o mercúrio é aquecido. Basicamente, isto acontece em 3 procedimentos odontológicos: durante a remoção da liga; na trituração do amálgama; e na esterilização de instrumentos contaminados.

Alguns dos sintomas de um intoxicação crônica são: a excitabilidade, a perda da concentração, a ansiedade, a irritabilidade e tremor nas mãos. Já foi relatado um caso de morte de um auxiliar de odontologia por contaminação mercurial.

Uma pessoa contaminada pelo mercúrio pode ter dois tipos de tratamento, com penicilamina via oral, ou com Dimercaprol com 10% de óleo de amendoim com Benzil Benzoato injetado via intramuscular.

Pra que diminua os riscos de contaminação é necessário que se tomem vários cuidados durante a manipulação, e se possível a realização de um controle periódico da quantidade de vapor de mercúrio existente dentro do consultório.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita.

Unitermos: Mercúrio, intoxicação.

CORREA, M. S. N. P. et al. Cárie Rampante: considerações sobre etiologia. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.45, n.5, p.597-600, set/out. 1991.

A cárie rampante caracteriza-se por uma destruição rápida e de natureza agressiva de grande número de dentes podendo, ou não, estar associada a uma condição de debilidade orgânica significativa.

Os autores, são na maioria, unânimes em concordar que a causa está ligada a uma dieta rica em carboidratos, que apresenta uma falta de nutrientes e deficiências vitamínicas.

A princípio, o caráter das lesões, podendo, com o tempo, passar a cronicidade e assumir um aspecto mais escurecido.

Um dos tipos de cárie rampante com características especiais é a de mamadeira que está relacionada com o hábito da criança fazer o seu uso como um conforto no momento de mamar e dormir, de dia, ou especialmente à noite.

Somados a cárie de mamadeira provocada pelo leite, outros hábitos de ingestão, quando exagerados, podem levar ao aparecimento de "cárie rampante" e vários autores citam, por exemplo, suco de frutas, refrigerantes, etc.

Diante dos aspectos advindos da falta de prevenção e da intervenção para o tratamento da cárie rampante nos seus estágios iniciais, torna-se necessário fazer um alerta aos responsáveis pela criança a fim de evitar problemas futuros. É válido salientar a importância do diagnóstico precoce pelo profissional e a orientação que deverá ser dada aos pais com o intuito de conscientizá-los do perigo.

Autor do resumo: Lucio Mitsuo Kurita.

Unitermos: Cárie rampante; Dentes decíduos; Dieta cariogênica.

VILLELA, L.C. et al. **Substituição das restaurações de amálgama: Estudo clínico das falhas e seus motivos.** Rev. gaúcha Odont., v.39, n.4, p.303-5, jul/ago. 1991.

Vários trabalhos demonstram que a maior parte dos insucessos das restaurações de amálgama são devido a atuação inadequada do profissional. Com base nestes informes é que foi realizado este trabalho.

Foram realizadas um total de 730 restaurações necessárias de amálgama por 10 docentes de dentística restauradora que tinham em média 8 anos de experiência clínica e possuíam conhecimentos básicos de avaliação clínica das restaurações. Estas restaurações foram feitas com o intuito de se observar o nº de restaurações substituídas e os motivos destas substituições.

As restaurações substituídas constituíram mais da metade de todas as realizadas (57,2%). E as principais razões para a substituição das restaurações foram a cárie reincidente, o preparo inadequado, fratura da restauração e degradação marginal, sendo que a cárie reincidente foi o fator que levou ao maior nº de troca das restaurações. Todos estes fatores estão interrelacionados pois um preparo inadequado pode levar aos outros 3 motivos para a substituição das restaurações.

Autor do resumo: **Lucio Mitsuo Kurita.**

Unitermos: **Restaurações de amálgama; reincidentência de cárie; preparo inadequado.**

PINHEIRO, C. E. et alii. Factors that influence the "in vitro" synthesis of extracellular insoluble polysaccharides of human dental plaque. Rev. Odont. USP, v.3, n.1, p.258-61, jan./mar. 1989.

Polissacarídeos extracelulares insolúveis(EIP) são imprescindíveis na formação e crescimento da placa dental. Eles são sintetizados por vários microorganismos, particularmente os *Streptococcus*, então seu controle químico é muito importante para nós dentistas. O objetivo deste estudo é investigar alguns fatores que influenciam "in vitro" a síntese bacteriana de EIP na placa dental.

Coletou-se placa de crianças e adolescentes em idade escolar. Preparou-se suspensão de placa em 0,1 M de fosfato butírico em um vidro homogeneizado e um motor conduzido por pilão de teflon, na proporção de 10 mg de placa por 1 ml de butírico. Exceto para a influência do pH o butírico foi usado num pH de 6,8. O sistema escolhido para síntese do EIP foi: 0,5 ml de suspensão de placa, 0,2 ml de 1 M de solução de sacarose e 0,3 ml de água ou inibidores. A mistura foi incubada por 16 horas a 37°C depois centrifugados em 12.000 g por 15 minutos, o precipitado já destilado e centrifugado e finalmente dissolvido em KOH. Depois testou-se os fatores pelo método de DUBOIS et alii.

Verificou-se que o tempo de incubação que produziu maior quantidade de EIP foi de aproximadamente 16 horas; a força iônica exerceu um efeito marcante na síntese, inibindo cerca de 50% da síntese com uma solução de NaCl a 0,25 M. O pH ótimo foi próximo de 6,8 e todos os inibidores (etanal 10%, clorexidina 0,1% e iodo 0,1%) inibiram totalmente a síntese de EIP.

Esses dados oferecem informações úteis para melhoria dos métodos empregados no controle da placa.

Autor do resumo: Daniel Romeu B. de Resende.

Unitermos: Placa dentária; polissacarídeos extracelulares insolúveis.

WIKESUO, U. M. E.; CLAFFEY, N.; NILVÉUS, R. & EGELBERG, J.
**Periodontal Repair in Dogs: Effect of Root Surface
Treatment with Stannous Fluoride or Citric Acid on Root
Resorption. J. Periodontal., v.62, n.3, p.180-4, 1991.**

É observado até com grande frequência a ocorrência de reabsorção radicular após cirurgias periodontais a retalho. Esta reabsorção é devida ao reparo do tecido conjuntivo e estudos mostram que o uso de fluoreto estanhoso a 1% inibe este processo. Em seis cães foram feitos defeitos supra-ósseos que distavam de 5 a 6 mm da junção cimento-esmalte. As raízes tiveram seu cimento removido e, em seguida, foram tratadas com fluoreto estanhoso a 1% por 5 minutos, ácido cítrico saturado por 3 minutos ou solução salina de NaCl a 0,9%. Após 12 semanas os animais foram sacrificados, feitos os cortes histológicos e análise. Com o uso do fluoreto estanhoso teve-se: epitélio juncional mais longo, menos tecido conjuntivo e menos neoformação óssea que com o uso do ácido cítrico ou solução salina. Para as 3 terapias a formação de cimento foi reduzida. Com o fluoreto estanhoso houve a menor reabsorção radicular. Todavia parece que o ácido cítrico não aumenta a reabsorção radicular.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

**Unitermos: Histologia gengival; Cirurgia a
retalho; Fluoreto estanhoso; ácido
cítrico.**

HANEN, J. N.; LEKNES, K. N.; LIE, T.; SELVIG, K. A. & WIKESUO, U. M. E. Cemental tear related to rapid periodontal breakdown: A case report. J. Periodontal, v.63, n.3, p.220-4, Mar. 1992.

Alguns autores relacionam como possíveis fatores etiológicos de problemas periodontais as alterações de cimento. Tais alterações podem ser de ordem quantitativa ou qualitativa. Podem-se formar grânulos de cimento dentre estas cementopatias. Uma paciente que apresentava inchaço na região sob uma prótese fixa submeteu-se a exames clínicos e radiográficos. O dente encontrava-se vital e a radiografia mostrou área radiolúcida a distal do dente 35 com um corpo estranho radiopaco. A área foi exposta e o corpo estranho foi retirado e no defeito fez-se enxerto ósseo. A área recuperou-se bem, havendo preenchimento ósseo de todo o defeito. A análise histológica mostrou que o corpo estranho encontrava-se formado de cimento que se destacou da raiz, uma vez que sua ligação à dentina é frágil, fator adjuvante foi o contato prematuro sobre este dente retentor. Importância se faz deste caso pelo seu difícil diagnóstico e pela rápida perda óssea provocada.

Autor do resumo: **Márcio de Souza Barbosa.**

Unitermos: **Cimento; doenças periodontais; oclusão dental traumática; retentores.**

ANDEREG, C. R. et alii. Clinical evaluation of the use of decalcified freeze - dried bone allograft with guided tissue regeneration in the treatment of molar furcation invasion. J. Periodontal, v.62, n.4, p.264-8, Apr. 1991.

O estudo foi feito a fim de verificar as conseqüências da complementação da regeneração guiada de tecidos pelo uso de enxertos de osso seco, congelado e descalcificado. 30 lesões de furca de classe II e III foram mensuradas quanto a recessão, profundidade de bolsa e nível de inserção. Medidas de tecido duro foram feitas quando da realização da cirurgia. Cada um dos 15 pacientes receberam um tratamento de cada tipo. O tratamento era feito com a raspagem da área e enxerto ósseo, acompanhado de membrana de politetra fluoroetileno expandido ou unicamente com a membrana. Após 4 a 6 semanas as membranas foram removidas. Seis meses depois as áreas foram reexaminadas. Na técnica combinada observou-se menor recessão e maior nível de inserção, embora sem significância estatística. Houve uma grande redução na profundidade de sondagem da técnica combinada bem como estatisticamente maior reparo ósseo vertical e horizontal.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

**Unitermos: Regeneração guiada de tecidos;
regeneração óssea; lesões de furca.**

CHOHAYEB, A. A. Comparison of conventional root canal obturation techniques with Thermafil Obturators. J. of Endod., v.18, n.1, p.10-2, Jan. 1992.

Resultados adversos têm sido obtidos nos estudos sobre o uso do sistema Thermafil de obturação de canais. O estudo foi feito para se avaliar a infiltração, vedamento apical, interferências devido ao corante ou tempo de exposição ao mesmo. Uma parte do experimento foi feito em blocos plásticos Lexan que simulam canais radiculares os quais foram obturados pela técnica do cone único, com condensação lateral e sistema Thermafil. A outra parte do estudo foi feita em dentes extraídos com a condensação lateral e sistema Thermafil. Em ambas partes o cimento usado foi o AH26. Não houve diferenças de infiltração no uso dos blocos plásticos; já os dentes com o sistema Thermafil tiveram maior penetração de corante. O uso da tinta da Índia mostrou maiores valores de infiltração. O tempo de imersão no corante não influenciou nos resultados.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

Unitermos: Cimentos obturadores; técnicas de obturação.

SILVA E SOUZA JÚNIOR, M. H. et alii. Avaliação da infiltração marginal em esmalte e cimento em cavidades de classe II MOD restauradas com cinco sistemas adesivos. Rev. Odont. USP, v.5, n.2, p.140-5, jul./dez. 1991.

Apesar de terem melhorado muito em suas propriedades clínicas e físicas, as resinas continuam apresentando altos valores de infiltração marginal. Para minimizar tais problemas foram criados os sistemas adesivos. Comparou-se a interferência de diferentes sistemas adesivos na infiltração de restaurações classe II MOD restauradas com resinas compostas. Uma das margens da cavidade permanecia em cimento e a outra em esmalte. Os dentes após restaurados foram submetidos a ciclagem térmica e corados. A infiltração marginal foi avaliada. Quando das margens de esmalte, os sistemas Bondlite/Herculite, Scotchbond/P30 e Glass ionomer Liner/Scotchbond/P30 foram mais efetivos que o Gluma/Lumifor na redução de infiltração. Nas margens em cimento o sistema Glass Ionomer Liner/Scotchbond/P30 apresentou menor infiltração que os sistemas ARM/Adaptic e Gluma/Lumifor. Nenhum sistema impediu totalmente a infiltração e as margens de cimento apresentaram maior infiltração independente do material usado.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

Unitermos: Adesivo dentinário; resina composta; ionômero de vidro.

KERNS, D. G. et alii. Dentinal tubule occlusion and root hypersensitivity. J. periodontal, v.62, n.7, p.421-8, July 1991.

Nos tratamentos de hipersensibilidade dentinária podemos fazer uso de fluoretos, agentes de união para resinas e oxalatos. Neste estudo foi avaliada a ação do oxalato de potássio na oclusão de túbulos dentinários. Porções radiculares de dentina foram analisadas sob microscopia de varredura no início do tratamento enquanto outras amostras foram colocados em PPR por uma semana e 28 dias. Todos os grupos foram inicialmente curetados para formação de smear layer. Após uma semana não se observou a manutenção do padrão de obstrução dos túbulos dentinários, o que nos pode levar a conclusão de que este produto tem período de ação muito curto. Quando foi feito o uso do EDTA antes do oxalato e teste após 28 dias, observou-se redução do diâmetro do túbulos bem como menor número de túbulos abertos. Isto certamente se deve ao crescimento de cristais provenientes dos minerais salivares.

Autor do resumo: **Márcio de Souza Barbosa.**

Unitermos: **Dentina; sensibilidade; raiz dentária; curetagem.**

GANZ, S. D. Combination natural tooth and implant-bonne removable partial denture: a clinical report. J. prosth. Dent., v.66, n.1, p.1-5, July 1991.

Com o advento dos implantes osteointegrados a reabilitação oral ganhou maiores aliados. O uso destes implantes se faz em grande parte em pacientes completamente desdentados, embora possa se fazer uso destes meios em pacientes parcialmente desdentados. Talvez o maior problema seja o fato da confecção de prótese que se adapte aos dentes remanescente e implante. Exames devem ser feitos de modo a se indicar ou não esta terapia, entre eles, psicológico, radiografias panorâmicas, montagem de arco facial e até tomografia computadorizada. O plano de tratamento deve avaliar a necessidade de se reconstruir dente, contorno gengival ou até processo alveolar. Fator importante é considerar os desejos do paciente. As vantagens deste tratamento são a maior distribuição de forças, resistência, controle de placa, estética e aumento do prognóstico dos dentes remanescentes. São desvantagens a complexidade do trabalho e custo laboratorial.

Autor do resumo: Márcio de Souza Barbosa.

Unitermos: Próteses parciais removíveis; implantes osteointegrados.

CURY, J. A. Dentifrícios fluoretados no Brasil. Rev. gaucha Odont., v.37, n.2, p.139-42, mar./abr. 1989.

Os dentifrícios Anti-cárie Xavier, Colgate anti-placa, Colgate anti-tártaro, Colgate MFP, Flúor 2, Fluortrat, Kolynos Gel, Mônica, Prevent e Signal foram testados quanto ao tipo, estabilidade e disponibilidade de flúor, bem como sua reatividade com o esmalte(formação do fluoreto de cálcio e fluorapatita).

Com relação à disponibilidade e estabilidade do flúor, 4 dentifrícios atendem totalmente as especificações: Colgate anti-tártaro, Fluortrat, Kolynos Gel, Prevent. Esses dentifrícios apresentam todo o flúor livre e estável. No extremo oposto temos o dentifrício Mônica, que além da baixa quantidade de flúor (180 ppm), 80% deste estava ligado ao abrasivo.

Com relação à capacidade do flúor reagir com o esmalte, os dentifrícios podem ser diferenciados pela sua eficiência. Kolynos Gel e Fluortrat se mostram como os mais eficientes, seguidos do Prevent e Colgate anti-tártaro. A capacidade de reagir com o esmalte é dada pelo flúor iônico, com exceção do Colgate anti-tártaro, que possui o efeito inibidor do pirofosfato.

Conclui-se que houve considerável avanço dos dentifrícios fluoretados no Brasil, comprovando os resultados de trabalhos anteriores.

Autor do resumo: **Emerson Luiz Gazzoli.**

Unitermos: **Dentifrícios; flúor; esmalte.**

SOARES, I. M. L.; SOARES, I. J. Técnica de reimplante dental. Rev. gaúcha Odont., v. 36, n. 5, p. 331-6, set./out.1988.

1- Lavar o dente em água corrente e mantê-lo em solução salina , água destilada ou saliva. 2- Se possível radiografar o alvéolo para detectar fraturas. 3- Higienizar a região traumatizada, sem se preocupar com as lesões agora. 4- Recolocação imediata do dente dispensando anestesia. 5- Irrigar o alvéolo, aspirar mas não curetar. 6- Apreender o dente entre o indicador e o polegar e colocá-lo no alvéolo. Não exagerar na pressão. Mantê-lo no lugar por 2 ou 3 minutos. 7- Fazer a contenção do dente. *- Recomendar alimentação pastosa/líquida, anti-inflamatório, antitetânico e antibiótico. 9-Retornar em 48-72 horas. 10- Tratamento endodôntico após 7 dias. 11- Remoção da contenção após 15 dias aproximadamente. 12- Controle radiográfico a cada 30 ou 60 dias durante um ano.

O tratamento endodôntico deve ser feito inicialmente com pasta alcalina de hidróxido de cálcio, óxido de zinco e propilenoglicol, que vai preencher o canal. Toda vez que observar a reabsorção da pasta durante o controle, trocá-la. Isso reduz a incidência de reabsorção radicular.

Fazer este controle durante um ano e se a reabsorção não aparecer neste período, obturar o canal definitivamente.

Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli

Unitermos: Traumatismos dentários; Reimplante Dentário.

LEITE, R. M. G. V.; ABBUD, R. Tratamento de canal radicular de dentes com rizogênese incompleta empregando pasta de hidróxido de cálcio. Estudo radiográfico. Rev. Odont. UNESP, v. 15/16, p. 1-12, 1986/87.

Para o estudo foram realizados tratamentos em 7 dentes humanos com rizogênese incompleta e necrose pulpar de pacientes na faixa etária de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses. Tratamento endodôntico convencional foi dispensado aos dentes necrosados. Utilizou-se curativo expectante do canal(hidróxido de cálcio 2,5g; sulfato de bário 0.5; colofonia 0.05g; polietilenoglicol 400 1.75ml), trocado a cada 3 meses. Após fechamento apical comprovado clínica e radiograficamente o canal foi obturado definitivamente.

Para o fechamento do ápice, importantes fatores devem ser considerados: remoção de todo tecido necrótico; preservação da vitalidade apical e uso de agentes obturadores apropriados, onde o hidróxido de cálcio é o preferido.

O tempo para o fechamento apical varia, sendo que apicigênese continua após a eliminação da infecção, com a bainha de Hertwig permanecendo intacta.

O método usado neste estudo é considerado um procedimento de sucesso por muitos autores pois é baseado nas seguintes evidências: fechamento radiográfico aparente do canal radicular, facilidade de obturação adequada pela técnica da condensação lateral após o fechamento apical, falta de sintoma clínico com a pasta temporária e obturação definitiva com guta-percha.

A remoção da pasta deve se feita a cada 3 meses devido a solubilidade e reabsorção. Um menor comprimento radicular foi observado nos dentes tratados.

Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli

Unitermos: Rizogênese incompleta; hidróxido de cálcio ; dentes despulpados

VIEIRA, L. C. C. et al. Reparos em porcelana. Rev.Odont. USP, v.5, n. 1, p. 55-58, jan./jun. 1991.

Desde o aparecimento da porcelana tem sido de preocupação dos profissionais a execução de reparo das mesmas com resina, uma vez que a remoção das próteses para a execução do reparo é desconfortável, demanda muito tempo e muitas vezes causa a destruição da prótese, implicando em custo adicional para o paciente.

Até pouco tempo esses reparos eram executados somente com sistemas agente de união/ resina que não correspondiam às necessidades. Com o recente lançamento de soluções monoméricas de metil-metacrilato-silano foi possível unir a resina ao metal fundido; e à porcelana. Neste estudo foram avaliados 2 destes produtos.

Como resultados deste estudo temos:

1. O uso de soluções de silano melhora a resistência de união resina composta/porcelana, sendo maior que a força coesiva da própria porcelana.

2. As soluções de silano podem ser usadas com qualquer dos sistemas agente de união/resina composta, sem que haja perda efetiva de sua ação de união.

3. Os resultados menos efetivos foram aqueles em que não foram empregadas as soluções de silano.

Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli.

Unitermos: Porcelana; Silano; Resina composta, reparo

ARITA, C. A. et al. Alterações provocadas pelo bruxismo. Rev. gaúcha Odont., v. 38, n. 4, p. 257-61, jul./ago. 1990.

1. Sinais e sintomas dentários:

- a. padrões não funcionais de desgaste oclusal; desgaste oclusal não coincide com os padrões mastigatórios e de deglutição . Este mecanismo é baseado no deslocamento e amassamento dos prismas de esmalte. As facetas de desgaste são pequenas, lisas e brilhantes.
- b. erosão: relacionado à toxicidade de produtos metabólicos do periodonto injuriado, mais comum nas faces vestibulares.
- c. fratura de dentes e restaurações.
- d. mobilidade exagerada: devido à perda óssea gerada pelo trauma periodontal.
- e. periodontite: age como fator predisponente.
- f. alterações pulpares: hiperemia, sintomas dolorosos e até necrose.
- g. sons oclusais audíveis: pela fricção, pela força e pela área onde ocorre.
- h. som grave à percussão: nos dentes afetados

2. Sinais e sintomas musculares:

- a. hipertonicidade: causa alterações nos movimentos mandibulares, dificultando a obtenção da R.C.
- b. miosite: dor à palpação muscular no masseter e pterigoideu medial.
- c. hipertrofia muscular: uni ou bilateral, do masseter principalmente.
- d. limitação dos movimentos: em consequência da dor.
- e. mialgias: que surgem na forma de dores espontâneas.

Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli

Unitermos: Bruxismo; Sistema estomatognático; Ranger

BRAMANTE, C. M. Apicectomia em pré molares e molares superiores . Um método simples e seguro de fazê-la. Rev. Bras. Odont., v. 48, n. 6, p. 26-7, 1991.

Apicectomia é uma cirurgia considerada relativamente fácil de ser executada, entre outras indicações: casos de reabsorção apical, perfuração apical e instrumentos fraturados quando não é possível de se remover por métodos endodônticos convencionais. Ela se torna um pouco complicada quando o ápice dental se encontra próximo ou em relação direta com o seio maxilar, pelo fato do mesmo poder cair dentro da cavidade do seio.

A técnica utilizada é a seguinte: realiza-se a incisão, divulsão, osteotomia e curetagem, vista a comunicação com o seio, antes de seccionar a raiz, prepara-se a mesma. Estima-se o lugar do corte do ápice e abaixo dele realiza-se uma perfuração de vestibular para lingual com a broca número 1 ou 1/2, onde será introduzida uma lima tipo Kerr número 40 girando no sentido horário, esta tem que se ajustar perfeitamente na perfuração. Depois corta-se com a 699 ou 700 a raiz e quando se remover o instrumento endodôntico ele trará consigo a ponta da raiz.

Deve-se ter o conhecimento anatômico da área e o exame radiográfico adequado e a utilização de técnicas especiais podem evitar que durante uma apicectomia os ápices venham a cair no seio maxilar trazendo complicações no nosso ato operatório.

Autor do resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Apicectomia.

CATACH, C.; SIMÕES, W. A. Discriminação interdental: uma mudança da posição mandibular. (revisão da literatura). Ortodontia, v.24, n.3, p.41-3, 1991.

Há décadas a posição mandibular é alvo de pesquisas com o intuito de se determinar e conhecer melhor a dimensão vertical, a relação cêntrica, a oclusão cêntrica, a cêntrica longa, etc.

Realizaram-se trabalhos que tentavam conhecer a sensação que o indivíduo tem da posição de sua mandíbula no espaço e determinar quais as estruturas que seriam responsáveis por esta sensação.

Inicialmente imaginava-se ser a ATM e seus receptores os responsáveis pela sensação da mandíbula. Na década de 70, estudos com a articulação de gatos mostraram que os receptores musculares teriam importância no desenvolvimento da sensação da posição mandibular. O mito da ATM e seus receptores foi derrubado quando verificaram que havia uma sensação persistente da posição mandibular mesmo após paralisação das aferências articulares e remoção cirúrgica das articulações.

Elaboraram-se trabalhos para determinar a sensação da posição mandibular quando um material era colocado entre os dentes. Indivíduos com anestesia nos nervos infra-orbitários, lingual e alveolar não diminuíam a sensibilidade da discriminação interdental (IDD), além disso, as pessoas edêntulas possuíam uma IDD precisa. Com estudos, notou-se que em músculos cansados, a IDD é menos precisa, bem quando a boca está em função.

Após cansativos estudos, sugeriu-se que sejam os fusos neuro-musculares dos músculos elevadores da mandíbula, os determinantes da IDD.

Autor do resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Posição, ATM; discriminação interdental.

PLANA, J. C. Empleo del test Perioscan para la motivación y cooperación en la higiene dental durante el tratamiento de ortodoncia con aparatología fija. Rev. Actualidad Odont. Estomat. España, v.52, n.410, p.53-6, ene./feb. 1992.

Um dos problemas que aparecem quando do tratamento ortodôntico com aparelhos fixos é a manutenção da saúde periodontal, pois com esses aparelhos a higiene fica deficitária e complicada, podendo levar a perdas do suporte periodontal nas superfícies dentárias. Programas de higiene bucal para quem usa aparelhos fixos baseiam-se no uso de índices periodontais como indicador de saúde. O objetivo deste trabalho é valorizar o uso do teste Perioscan, que detecta a atividade microbiana periodontal, e é usado em pacientes adultos.

Trabalhou-se com seis pacientes entre 24,8 anos com variação de 1,4 anos, após 16 a 18 meses da instalação do aparelho, realizou-se o teste Perioscan, onde fosse evidenciada a atividade microbiana. Teria que ser escovado com melhor atenção, depois os pacientes foram instruídos para os métodos de higiene físicos e químicos utilizados para quem usa aparelho fixo.

Verificou-se uma diminuição admirável nos pontos positivos de atividade microbiana. Persistindo somente um pouco de atividade nos primeiros molares, principalmente.

Esse teste estimula a higiene oral do paciente impedindo, além de possíveis doenças periodontais, o aparecimento de cáries em volta dos brackets devido a uma má higiene oral.

Autor do Resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Teste Perioscan; microbiota periodontal; aparelhos fixos

ALMEIDA, R.R. et al. Dregadação da força das cadeias de elastômeros. Ortodontia, v.24, n.3, p.11-3, 1991.

Nos últimos anos os ortodontistas têm utilizado bastante os elastômeros para diversos tipos de mecânica ortodôntica. Esse material tem maior uso na mecânica de "Edyewise" durante a movimentação dos dentes, ao longo do fio ortodôntico. Eles substituem as ligaduras metálicas, mantendo o fio em sua posição dentro das canaletas dos brackets.

Notou-se que os elastômeros na boca apresentam alterações de cor e perda substancial de elasticidade. Nas primeiras 24 horas ocorre perda de 50% da força inicial e depois de 3 semanas alcançava 77%. Sabe-se que com a perda de 60% não há movimentação dental. Para minimizar esta perda da elasticidade que ocorre nas 24 horas iniciais foi proposta a técnica de distender as cadeias elastômeras, somente até o dobro de seu tamanho original, e após 4 semanas obteve-se uma força 65% maior que a técnica anterior.

Para esta técnica testou-se 7 elastômeros, sendo 4 nacionais e 3 estrangeiros, e durante um mês mediu-se a sua força diária.

Notou-se que não houve diferença significativa entre os 7, houve uma perda de 35% da força inicial no final do 1º dia e de 75% no final do experimento.

Autor do resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Elastômeros; movimentação dentária; força.

LILLO, A. de et al. Actividad antimicrobiana "in vitro" de dos colutorios orales conteniendo didtintas concentraciones del antiséptos digluconato de cloraxidina. Revista de Actualidad Odonto Estomatologia Española. v.52, n.410, p.40-3, ene/feb. 1992.

Estudos realizados mostram que a presença de placa supragengival parece ter um importante papel no estabelecimento de uma flora subgengival patogênica que pode levar a uma ocorrência de gengivite ou periodontite. Estas placas têm que ser eliminadas através de métodos mecânicos associados, de preferência, a químicos.

Atualmente o químico mais usado e eficiente é uma concentração de digluconato de clorexidina devido a sua substantividade.

Na experiência cultivou-se cepas bacterianas comumente encontradas na cavidade bucal e inoculou-se soluções contendo 0,12% e 0,2% de digluconato de clorexidina. Verificou-se que ambas as soluções possuem uma efetividade satisfatória, somente o Actinobacilos mostrou-se mais susceptível a concentração de 0,2%, enquanto para os demais as duas concentrações tiveram o mesmo resultado.

Para prevenirmos a placa, devemos usar métodos químicos associados a físicos, então sugere-se o uso de clorexidina a 0,12% por ter riscos de efeitos colaterais menores.

Autor do resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Clorexidina; Agente químico; Placa dental.

SOUZA, E.M. da S. et al. Influência da lavagem final em pequeno volume de água no processamento de radiografias periapicais. Rev Odont. USP, v.4, n.4, p.309-11. out/dez. 1990.

O objetivo deste trabalho foi verificar a efetividade da lavagem final dos filmes radiográficos periapicais em pequeno volume de água, para que sua armazenagem seja satisfatória, sem a ocorrência de manchas ou deformações irreversíveis das imagens. Para isso, foi medido os resíduos de hipossulfito de sódio, que não pode ultrapassar a 0,4mg por película, através de métodos espectrofotométricos. Foram usados na pesquisa os filmes EP-21 e DF-58 da Kodak e o DOS-1 da AGFA.

Verificou-se então que a utilização de dois recipientes para os banhos, é mais adequado mesmo em pequenos volumes de água (150 ml). O banho final neste caso deve ser no mínimo de 5 minutos e nos que utilizam um recipiente apenas os resultados mesmo com 20 minutos foram muito irregulares, por isso não é aconselhável.

Os filmes EP-21, DF-58 e DOS-1, nesta ordem, são os que oferecem menos resíduos em tempo de 5 a 20 minutos com dois banhos. Em até mesmo 1 minuto de banho em dois recipientes eles apresentaram concentrações menores que 0,4 mg por película.

Autor do resumo: Daniel Romeu Benchimol de Resende.

Unitermos: Hipossulfito de sódio; lavagem final.

HIRATA, K. et al. Dentinal fluid movement associated with loading of restorations. J Dent. Res., v. 70, n. 5, p. 975-8, June 1991.

A sensibilidade à mordida no pós-operatório é um problema clínico significativo após a inserção de resinas compostas posteriores e deve ser devido ao movimento do fluido dentinário. As superfícies oclusais dos dentes extraídos (pré-molares superiores) foram preenchidas com amálgama (controle) ou resina composta posterior, e foi estudado o movimento do fluido dentinário induzido pela aplicação de forças (30 Kg) na restauração. Também foi estudada a descarga dos nervos pulpaes induzida pela aplicação de forças em restaurações de resina composta de classe V.

Quando toda a cavidade era atacada com ácido na forma de gel e então preenchida com resina composta, o movimento do fluido dentinário em resposta à carga foi significativamente maior que quando preenchida com amálgama. Os caninos de cães preenchidos com resina composta mostraram descarga de nervos pulpaes quando submetidos a carga.

Estes resultados sugerem que o movimento do fluido dentinário induzido pela carga mastigatória, em restaurações de resina composta, pode levar à sensibilidade mastigatória.

Autor do resumo: Marília Afonso R. Buzalaf.

Unitermos: Fluido dentinário, movimento; polpa; nervos.

LAMMERS, P. C. et al. Influence of fluoride and carbonate on "in vitro" remineralization of bovine enamel. J. Dent. Res., v. 70, n. 6, p. 970-4, June 1991.

A influência do flúor, carbonato e flúor em combinação com carbonato na remineralização "in vitro" de esmalte bovino foi investigado com o uso da técnica do sanduíche. Após a desmineralização as fatias de esmalte foram remineralizadas por 610 horas em solução contendo 0,03 ou 1 ppm de flúor. Em cada nível de flúor, foi testado: 0; 1; 20; ou 25 mmol/l de carbonato. De tempo em tempo foram feitas microrradiografias de contato por radiação CuK2 das remineralizações. Com 0,03 ppm de flúor o carbonato inibiu a remineralização e com 1 ppm de flúor o carbonato a 20 e 25 mmol/l estimulou a mesma, com 0; 1 e 10 mmol/l de carbonato o flúor inibiu a remineralização.

As diferenças na remineralização entre os grupos foram explicadas pelo crescimento do cristal, ou seja, os diferentes tipos de minerais precipitaram com diferenças nos graus de precipitação, e o retardo no plano de precipitação deve ter ocorrido sob as várias condições remineralizantes. Houve uma mútua influência do flúor e do carbonato no processo de remineralização.

Conclui-se que a composição da solução remineralizante com relação à concentração de flúor e carbonato é importante no processo de remineralização.

Autor do resumo: Marília Afonso R. Buzalaf.

**Unitermos: Flúor; carbonato; esmalte;
Remineralização.**

FRIEDMAN, R. B. et al. Periodontal status of HIV-sero positive and AIDS patients. J. periodont., v. 62, n. 10, p. 623-6, Oct. 1991.

Alguns autores têm relacionado casos de periodontite de rápida progressão com indivíduos infectados com HIV. Estudos anteriores relataram também necrose interproximal, ulceração, edema, eritema marginal intenso, dor e sangramento gengival espontâneo, com uma prevalência de 10 a 21%.

A proposta deste estudo foi avaliar as condições periodontais de pacientes HIV-sero positivos e aidéticos, comparando ainda com as condições encontradas em indivíduos normais examinados pela National Survey of Oral Health entre os anos de 1985 e 1986.

A população amostral foi requisitada do Medical College of Virginia, sendo que um único examinador fez o levantamento do índice de gengivite, índice de placa profundidade de bolsa, recessão e nível de inserção. Quando os pacientes apresentavam problemas periodontais óbvios, eram indicados para o tratamento odontológico.

Cada paciente classificado pelo sistema C.D.C. modificado para infecção pelo HIV, baseado nos achados clínicos, em estágios hierárquicos. Os pacientes também foram agrupados de acordo com o grupo de risco.

Realizadas as análises estatísticas observou-se que o nível de saúde gengival e periodontal nos aidéticos é similar aos HIV-positivos. As condições periodontais dos indivíduos examinados foi semelhante as da população em geral. Assim, a experiência clínica dos autores demonstrou alguns casos de periodontite mais severa, mas não tão frequente quanto a encontrada na revisão de literatura.

Autor do resumo: Mônica Dourado S. Barbosa.

Unitermos: Gengivite; periodontite; AIDS.

HEYS, R. J. & FITZGERALD, M., Microleakage of three cement bases, J. Dent.Res., v. 70, n. 1, p. 55-8, Jan. 1991.

O propósito deste estudo foi avaliar a habilidade do cimento ionomérico forrador em prevenir a penetração de bactérias ao longo da interface dentinária e comparar isto com 2 outros materiais de base. Num total de 107 restaurações de classe V foram feitas em dentes de macacos Rhesus e foram testados 3 materiais: cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE), verniz Copal + cimento de fosfato de zinco (V + PZ) e cimento ionomérico forrador (CI). Esses materiais foram usados como base sob uma resina composta sem ataque ácido e sem agente de união, e que também foi usada como controle, neste caso sem os materiais de base. Após a desinfecção, foram preparadas cavidades de classe V na superfície vestibular dos dentes, com uma profundidade de metade da dentina. Então foi colocado um disco estéril de papel de filtro na parede axial e coberto com um disco de teflon. Depois foi colocado o material de base até a junção amelo-dentinária e então foi inserido o material restaurador (resina composta de micropartículas fotopolimerizável). Após 5 e 16 semanas, os discos de papel de filtro foram removidos e utilizados para a presença e tipo de bactérias. Os resultados de 5 semanas mostram o crescimento positivo em 2 grupos: Controle e V + PZ. Os resultados de 16 semanas mostram crescimento em todos os grupos testados, mas apenas um dos nove dentes mostrou crescimento no grupo OZE e um dos 16 dentes crescimento no grupo CI. Os resultados deste estudo indicam que, sob as condições testadas, uma base de cimento ionomérico é capaz de minimizar a penetração bacteriana ao longo da interface dente restauração.

Autor do resumo: Marília Afonso R. Buzalaf

Unitermos: Ionômero; infiltração

KLEIN, A. Physical restraint, informed consent and the child patient. J. Dent. Child., v. 55, p. 121-2, Mar./Apr. 1987.

Atualmente, os dentistas não precisam ser lembrados da litigiosidade da nossa sociedade. Este fato é rapidamente visível nos custos de seguro das nossas práticas erradas. Claro, a prevenção básica contra más práticas é praticar a boa odontologia, mas algumas vezes isto não é suficiente. O dentista deveria também tentar evitar uma reclamação tomando algumas providências, principalmente quando seus pacientes são crianças não colaboradoras, devendo o dentista usar força física para realizar o tratamento.

Para tanto, o dentista deve obter a assinatura dos pais numa autorização formal e especial que descreve o uso da força física. Além disso, também deve obter a verbal, devendo esta conversa ser feita na presença de um membro do seu pessoal, para se obter a assinatura desta pessoa que presenciou a conversa.

Caso os procedimentos acima forem seguidos, o dentista terá uma forte defesa em tribunal de que recebeu a autorização dos pais para realizar o tratamento, valendo-se de procedimentos padrões e, inclusive, de força física.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos

**Unitermos: Odontologia Legal;
Paciente, Colaboração**

ABSI, E. G. A cardiac arrest in the dental chair. Brit. dent. J., v.163, p.199-200, 1987.

Felizmente, a insuficiência cardíaca é um evento raro nas cirurgias dentárias. Entretanto, o caso registrado é um exemplo disso. Um homem, aparentemente saudável e de 52 anos que freqüentava o Departamento de Cirurgias Bucais para extrações dentárias de rotina com anestesia local, desmaiou e inicialmente perdeu a consciência. Os possíveis fatores etiológicos são discutidos e também é enfatizada a necessidade de um completo histórico clínico (pessoal e familiar) identificando o paciente muito ansioso, adequado controle da dor e a necessidade de padrões exigentes de treinamentos que se adaptem às situações emergenciais.

Salienta-se a importância da disponibilidade do equipamento básico para a reavivação em todas as cirurgias dentais, bem como sua familiarização pelo dentista e toda sua equipe.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos

Unitermos: Emergências médico-odontológicas

SMID, J. R.; JERSEY, J.; KRUGER, B. J. Effect of longterm administration of fluoride on the levels of EDTA-soluble protein and gama-carboxyglutamic acid in rat incisor teeth. J. dent. Res., v. 63, n. 8, p. 1061-3, Aug. 1984

Material solúvel em EDTA, extraído de dentes incisivos de ratos, aos quais foram dados 50 ppm de flúor na água, desde a concepção até 9 semanas de idade, continham níveis de proteína e ácido gama-carboxiglutâmico significativamente mais altos que de material similar de ratos-controle.

Os níveis de flúor nos dentes indicaram que os incisivos estavam com leves fluoroses.

A análise desses dados indicam que o processo de leve fluorose em dentes incisivos de ratos envolve não somente os distúrbios característicos de pigmentação em estrutura mineral, mas também alteração na matriz protéica.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos

Unitermos: Fluorose dental

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Status report on the restoration of posterior teeth with composite resin materials. Int. dent. J., v. 36, n. 4, p. 203-4, Dec. 1986.

Resina reforçada com cerâmica está sendo cada vez mais notificada e elevada como uma alternativa ao amálgama. Indubitavelmente tem ocorrido melhoras na formulação deste material nos últimos anos, porém questiona-se até que ponto é válido utilizar um material com uma estética superior, mas com reduzida longevidade. Não se sabe também ao certo qual é essa longevidade e se a resina é realmente uma alternativa viável ao amálgama.

Todas essas dúvidas existem porque ainda não houve tempo suficiente para a avaliação das resinas compostas para dentes posteriores e porque os produtos estão em constante evolução.

Fora a estética, as resinas compostas não possuem mercúrio, a fotopolimerização dá flexibilidade na manipulação, elas podem se aderir à estrutura do dente e adições podem ser feitas sem a necessidade de recolocar toda a restauração.

De maneira geral pode-se concluir que a resina reforçada com cerâmica deve ser usada quando for especificamente indicada e o profissional deve estar ciente das limitações e possíveis problemas que poderão surgir.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos

Unitermos: Resina, dentes posteriores.

SUOMI, J. D.; SMITH, L. W.; CHANG, J. J.; BARBANO, J. P.
**Study of the effect of different prophylaxis frequencies
on the periodontum of young adults males. J. Periodont.,
v. 44, n. 7, p. 406-10, July 1973.**

Num total de 423 cadetes da Guarda-Costeira americana, na cidade de New London, participaram de um estudo de 3 anos com o intuito de determinar o efeito de diferentes freqüências de profilaxia sobre o periodonto. Depois de uma profilaxia inicial e exame clínico, 3 grupos foram formados, de acordo com o estado periodontal de cada indivíduo. Um grupo recebeu uma profilaxia anualmente, um segundo grupo recebeu duas profilaxias anualmente e um terceiro grupo recebeu três profilaxias anualmente. Não foram dadas instruções específicas sobre higiene oral aos participantes.

Ao final dos três anos não puderam ser observadas diferenças clinicamente significantes entre os três grupos com relação à inflamação gengival, profundidade do sulco ou perda da inserção.

Foi concluído que, para o grupo estudado, não foram observados benefícios adicionais ao periodonto dos participantes que receberam mais de uma profilaxia anualmente.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos.

Unitermos: Profilaxia, freqüência.

NEDER, A. C.; GAMA, M. L. G.; AZEVEDO, A. L.; ARRUDA, J. V.; RAVALI, J. Citanest a 3% (pH elevado) com Octapressin. O anestésico parcial de eleição para a clínica odontológica. Conclusões científicas. Rev. Paul. Odont., v. 4, n. 2, p. 2-14, 1982.

A atoxicidade do Citanest é por demais importante para o cirurgião-dentista, pois a margem de segurança apresentada é excelente. Cada tubete contém 1,8 ml e para ser atingida a dose tóxica (560 mg de solução anestésica) seriam necessários 31 tubetes, o que seria um disparate, jamais utilizado em clínica, quando em média são administrados 3 tubetes, ou seja, 5,4 ml.

Essa constatação é mais importante quando lembramos que o pH atual do Citanest é 4,6 e portanto, mais potente e seguro que anteriormente.

Essa atoxicidade, aliada ao seu efeito anestésico compatível com as exigências clínicas demonstraram ser o Citanest a 3% com pH 4,6 associado ao vasoconstritor Octapressin o melhor anestésico parcial existente no país.

Esta afirmativa é confirmada pelos profissionais da odontologia e pelos pesquisadores que verificaram ser o anestésico parcial de eleição, principalmente quando do atendimento de pacientes hipertensos, diabéticos, cardiopatas, reumáticos ou com regiões inflamadas, gestantes, idosos e crianças.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos.

Unitermos: Citanest; pH; Anestésicos parciais.

McCULLOCK, A. J.; SMITH, B. G. N. In vitro studies of cusp reinforcement with adhesive restorative material. Brit. dent. J., v. 161, p. 450-2, Dec. 1986.

O diagnóstico e subsequente tratamento de um dente com uma cúspide enfraquecida são para o dentista um teste de sua habilidade de diagnosticar e clinicar.

O uso convencional de restaurações fundidas com cobertura oclusal para prevenir a fratura de dentes enfraquecidos requer altos níveis de habilidade, tempo e custo. Se um material restaurador plástico pudesse ser usado *in vivo* para melhorar a resistência à fratura, as vantagens seriam consideráveis. Se este material fosse da cor do dente isso também seria um benefício adicional.

Neste estudo foi testada a resistência à fratura de dentes pré-molares extraídos, preparados com cavidades MOD e restaurados com vários materiais adesivos e não adesivos.

Foram formados sete grupos experimentais, de acordo com o material a ser usado: 1) Resina composta para dentes posteriores; 2) Resina reforçada para dentes posteriores; 3) Agente de união dentinária e resina composta para dentes posteriores; 4) Agente de união dentinária e resina reforçada para dentes posteriores; 5) Cimento de ionômero de vidro e resina composta; 6) Cermet e 7) Amálgama.

Os resultados mostraram que os materiais adesivos aumentaram a resistência à fratura desses dentes de duas a seis vezes, dependendo da técnica usada. O amálgama não produziu aumento na resistência à fratura.

Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos.

Unitermos: Materiais Adesivos; Resistência à Fratura.

TJAN, A. H. L. et al. Marginal leakage of cast gold crowns luted with an adhesive resin cement. J. prosth. Dent., v. 67, n. 1, p. 72-7, Jan. 1992.

Foi introduzido recentemente um novo tipo de cimento à base de resina adesiva para adesão química e física de coroas metálicas à estrutura dentária. Difere dos tipos anteriores por possuir éster fosfato adicionado ao monômero (o qual contribui com uma adesão microquímica), além de apresentar propriedades anaeróbias, facilitando assim a remoção de excesso de cimento que não toma presa na presença de oxigênio.

Entre esses novos cimentos está o Panávia EX, cuja capacidade seladora foi avaliada neste trabalho ao cimentarem coroas totais de ligas áureas, comparando-se com a ação do cimento de fosfato de zinco.

Assim, 30 molares humanos recentemente extraídos foram devidamente preparados e as coroas metálicas confeccionadas. As 30 amostras foram divididas em 3 grupos de 10. O primeiro grupo usou o cimento de fosfato de zinco e o segundo, o cimento Panávia EX, sendo que em ambos armazenou-se a amostra por trinta dias em água a 37°C antes da ciclagem térmica. Já o terceiro grupo também usou o Panávia EX, mas o período de armazenagem antes da ciclagem térmica foi de 90 dias. Depois cada dente foi seccionada ao meio longitudinalmente e as ligações de cimento ao dente e ao metal foram examinados ao microscópio, sendo-lhes atribuídos escores de zero a quatro.

Na análise dos resultados percebeu-se que as coroas cimentadas com Panávia EX exibiram uma ligação marginal substancialmente menor que o cimento de fosfato de zinco. Não houve diferença significativa entre imersões em água por 30 ou 90 dias das coroas cimentadas com Panávia EX. Não foi encontrado qualquer infiltração quando este agente era usado.

Autor do resumo: Mônica Dourado Silva Barbosa.

**Unitermos: Resina adesiva; Cimento; Coroa;
Ligas áureas; Infiltração marginal.**

CHEDID, R. R.; GUEDES-PINTO, A. C.; ARAÚJO, V. C. Reação da polpa do tratamento endodôntico de dentes decíduos. Rev. gaúcha Odont., v. 40, n. 1, p. 25-8, jan./fev. 1992.

A terapia de dentes decíduos apresenta possibilidade de diferentes condutas. Entre os medicamentos utilizados na terapia pulpar, o formocresol é o medicamento que tem sido mais estudado. Na busca de medicamentos foi testada a pasta proposta por Guedes-Pinto e colaboradores no subcutâneo do dorso de camundongos, apresentando resultados muito superiores ao formocresol.

Baseado nestes achados, resolveu-se compara as duas terapias utilizando-se 32 ratas, as quais foram divididas em grupos de forma que ficassem 3 animais para cada medicamento e tempo experimental. Os sacrifícios eram realizados ao final de 3, 7, 14 e 28 dias, sendo, em seguida, preparadas lâminas para o exame em microscópio óptico. Assim, nos primeiros molares de ambas hemiarcadas eram realizadas pulpotomias e por sorteio num dos molares era colocada pasta e no outro formocresol.

A pasta obturadora para dentes decíduos com polpa mortificada desenvolvida por Guedes-Pinto e colaboradores é composta por Rifocort, paramonoformocresol canforado e iodofórmio. Ela apresentou resultados mais uma vez superiores ao formocresol, uma vez que induziu a formação de ponte de dentina com remissão total da inflamação; enquanto o formocresol promoveu necrose por coagulação do início ao fim do experimento.

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

Unitermos: **Polpa dentária; Drogas; Pulpotomia; Dente decíduo.**

ALMEIDA, I. C. S.; CARDOS, A. C.; SILVA, R. H. H. Má-occlusão em crianças. Rev. gaúcha Odont., v. 40, n. 1, p. 11-4, jan./fev. 1992.

Sabe-se que os sintomas de distúrbios funcionais e as doenças do Sistema Estomatognático são comuns, tanto em crianças quanto em adultos. O organismo de uma criança possuiu uma certa resistência a desordens funcionais em função de sua grande capacidade adaptativa. Nesta fase, as desordens têmporo-mandibulares, além de serem prejudiciais por si sós, podem resultar numa condição patológica severa na fase adulta.

Sendo a infância e a adolescência o período em que surgem as primeiras oportunidades para prever problemas presentes e futuros, o presente trabalho propôs-se a contribuir com a determinação da prevalência de contatos prematuros em relação cêntrica, entre crianças de idade escolar.

Foram examinados 313 crianças, 160 do sexo masculino, com idades entre 7 e 12 anos. Um único examinador fez a manipulação de todas as crianças utilizando a técnica frontal de Lúcia. Os resultados levaram a prevalência de 93,6% de prematuridade na relação cêntrica, sem que a variação de idade ou sexo tivesse qualquer interferência.

Entre 7 e 9 anos, os resultados podem ser justificados por se tratar de uma fase de dentição mista. Além disso, a população amostral era predominantemente de uma classe sócio-econômica mais desfavorável, onde observou-se um apreciável número de crianças que perderam seus dentes prematuramente, principalmente o primeiro molar, o que favorece uma desorganização oclusal.

Autor do resumo: Mônica Dourado Silva Barbosa.

Unitermos: Contato prematuro; Prevalência de contato prematuro; Contato prematuro em relação cêntrica.

LAL, K. et al. Assessment of antimicrobial treatment of denture stomatitis using an in vivo replica model system: therapeutic efficacy of an oral rinse. J. prosth. Dent., v. 67, n. 1, p. 72-7, Jan. 1992.

A estomatite por dentadura consiste um exemplo típico de infecção por *Candida albicans* uma espécie de cândida presentes na cavidade oral. No portador de dentadura, um grande fator que contribui para a lesão é a superfície da resina acrílica, que age como reservatório para que a cândida reinfecte continuamente a mucosa.

Este estudo propôs-se a determinar se o Peridex, solução comercial que contém 0,12% de glucanato de clorexidina, elimina *C. albicans* da resina acrílica e reduz a inflamação palatal foram fotografados, além de realizar-se cultura em ágar de amostras de suas lesões. Em todas havia uma maciça presença de *C. albicans*. Em seguida, eram instruídos a realizarem 2 bochechos diários (manhã e noite) com Peridex e a noite pôr suas próteses nesta solução, por um período de 24 dias. No décimo quarto dia as lesões foram reavaliadas clinicamente e novamente feitas culturas em ágar. A partir do vigésimo quarto dia o Peridex foi suspenso e os pacientes continuaram a higienização oral de costume com Efferdent, Polident e pasta dental. Ao final do período de 15 semanas fez-se exames clínicos e laboratoriais.

Viu-se que após 14 dias de tratamento com clorexidina ocorreu uma notável regressão das lesões e as colônias fúngicas em ágar foram eliminadas. Contudo, ao final do tratamento e a suspensão do Peridex, as colônias reapareceram e as lesões aumentaram, mostrando que o efeito da clorexidina não foi suficiente para erradicar a *C. albicans*.

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

Unitermos: **Estomatite; C.albicans; prótese; clorexidina.**

CHANG, J. et al. Shear bond strenght of a 4-META adesive system. J. prosth. Dent., v. 67, n. 1, p. 42-5, Jan. 1992.

Materiais contendo monômero 4-META foram introduzidos a quase uma década no Japão como um recurso para aumentar a adesão ao dente. O Amalgabond foi recentemente desenvolvido, derivado do 4-META, para desenvolver a união do amálgama novo à dentina, esmalte e amálgama pré-existente. Assim, este estudo propôs-se a avaliar esse produto, quando usado entre amálgama e amálgama, amálgama e resina composta e amálgama e dentina, além de comparar a força de união de todas as amostras antes e depois da ciclagem térmica

Oitenta amostras foram divididas em quatro grupos de vinte, dos quais dez eram submetidos a ciclagem térmica. O primeiro grupo era o controle, sendo constituído de cilindro de amálgama. O segundo grupo condensava amálgama Dispersaloy (usado nos demais grupos) sobre amálgama já existente e condicionado com 4-META. O terceiro era o grupo do amálgama ligado à resina composta fotopolimerizável. O quarto grupo era de amostras de amálgama ligado à dentina de molares recém extraídos.

Todas as amostras foram colocadas por 24 horas em água destilada a 37°C, sendo que dez de cada grupo de vinte eram submetidos a ciclagem térmica mil vezes de 5°C a 55°C, com trinta segundos a cada temperatura.

Dos resultados obtidos concluiu-se que o amálgama unido ao amálgama pelo 4-META é mais frágil que a força total do amálgama. A termociclagem usada parece ter afetado as forças de união com o adesivo 4-META. Viu-se também que o 4-META não promoveu uma união ideal do amálgama à dentina, não se devendo dispensar as retenções mecânicas.

Autor do resumo: Mônica Dourado Silva Barbosa.

Unitermos: Adesivo dentinário; amálgama; resina composta.

KUGA, M. C. et al. Infiltração marginal em obturações de canais radiculares decorrentes de materiais obturadores. Rev. paul. Odont., v. 11, n. 6, p. 2-6, nov./dez. 1990.

O cimento de Rickert, segundo alguns autores apresenta boas propriedades físicas e químicas para a obturação de canais radiculares. A adição de 1% de deltahidrocoltona a este cimento originou o N-Rickert, o qual sofrendo uma substituição de prata precipitada pelo iodofórmio gerou o Rickert SP. Restou a dúvida se este radiopacificador interferiria nas propriedades originais do material.

Assim os autores propuseram-se a analisar a infiltração marginal em obturações de canais radiculares utilizando os cimentos de N-Rickert, Rickert SP, Endomethasone, Endofill, Pró-canal e AH 26. Este, por ser resinoso, constituiu o grupo controle. Foram então preparados biomecanicamente 60 raízes de caninos humanos extraídos conforme a técnica escalonada de rotina, com a confecção de um degrau apical a 1mm do ápice radicular. As superfícies radiculares foram impermeabilizadas, exceto a região do canal cementário. Em seguida as raízes foram divididas em 6 grupos de 10 elementos, os quais foram obturados pelo método do cone único de guta-percha com cada um dos respectivos cimentos.

As raízes foram imersas em soluções de azul de metileno a 2% por sete dias, a 37°C. Depois, lavadas, livradas da impermeabilização e radiografadas. A seguir, os ápices foram desgastados até o aparecimento do cone de guta-percha, seccionou-se longitudinalmente as peças e fez-se a observação no microscópio óptico. Concluiu-se, então, que a ordem decrescente de eficiência foi: Endomethasone, AH 26, N-Rickert, Endofill, Pró-canal e Rickert SP. Embora não houvesse diferença estatisticamente significativa, notou-se a tendência dos dois últimos se diferenciarem dos demais.

Autor do resumo: Mônica Dourado Silva Barbosa.

**Unitermos: Endodontia; canal radicular, obturação;
Canal radicular, material obturador.**

CHAN, K. C.; SWIFT, E. J. Leakage of a light-activated base: effect of dentin bonding agents. J. prosth. Dent., v. 65, n. 6, p. 790-92, June 1991.

Preparos cavitários profundos devem ser forrados com material de base, a fim de se proteger o órgão pulpar de uma possível irritação. Recentemente foi introduzida no mercado uma base foto ativada. A polimerização dessas bases parece ser semelhante à das resinas compostas as quais sofrem contração durante a polimerização e permitem infiltração nas margens. Esse estudo investigou a propriedade seladora do Cavilite fotoativado em associação com vários agentes de união à dentina.

Trinta molares extraídos foram selecionados e limpos. Preparos cavitários padronizados foram confeccionados em pequenas dimensões e preenchidos com o Cavilite, após a aplicação dos agentes de união para a dentina: Gluma, Prisma Universal Bond Scotchbond 2, Tenure. As amostras foram termocicladas em 180 ciclos entre 3 e 60°C e foram imersas em solução de 0,05% de cristal violeta por duas horas. Então as amostras foram limpas, seccionadas e examinadas com auxílio de microscópio especial.

Os resultados indicaram que a base usada sozinha, sem um agente de união permitia um grande grau de infiltração de tinta. A base Cavilite associada com Tenure teve o menor grau de infiltração e associada ao Gluma, Scotchbond 2 ou Prisma Universal Bond permitiu uma grau intermediário de infiltração do corante.

De acordo com a análise de variância porém, não houve diferença estatisticamente significativa no efeito do Tenure, Scotchbond 2 e Gluma.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

**Unitermos: Complexo dentina-polpa, proteção;
Dentina, agentes de união; Infiltração.**

CHAN, D. C. N.; SWIFT, E. J.; BISHARA, S. E. In vitro evolution of a fluoride-releasing orthodontic resin. J. dent. Res., v. 69, n. 9, p. 1576-79, Sept. 1991.

Adesivos ortodônticos liberadores de flúor têm sido desenvolvidos e usados no intuito de reduzir a frequência e a severidade da descalcificação que costuma ocorrer em torno dos brackets e bandas ortodônticas.

Este estudo avaliou a liberação de flúor de um composto adesivo chamado Fluor Ever OBA, comparou a força de união deste produto com as resinas ortodônticas convencionais e determinou a influência dos brackets na completa polimerização da resina. Para isto foram utilizados quarenta molares humanos recentemente extraídos, adequadamente limpos e previamente armazenados em água deionizada com cristais detimol. Esses dentes foram divididos em quatro grupos. Os grupos I e II foram atacados em sua superfície vestibular por solução de ácido fosfórico a 37% por 30 segundos e os brackets metálicos eram unidos ao dente com Fluor Ever OBA. O excesso do material era retirado e a resina era polimerizada por trinta segundos. Nos outros dois grupos, após ataque ácido usou-se o Concise sistema de união o qual é de polimerização química.

Os resultados do estudo indicaram que Fluor Ever OBA liberou grande quantidade de íons flúor. Porém, este adesivo tem uma força de união significativamente menor que a resina convencional. Os testes de microdureza indicaram que os brackets metálicos não permitiram total polimerização da resina que sob eles se encontravam. Isso pode ter contribuído para a ocorrência de fraturas na resina estudada.

Apesar da baixa força de união, a Fluor Ever OBA pode ser indicada para os casos onde a descalcificação é esperada.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Descalcificação; Tratamento ortodôntico; Liberação de flúor; Resina composta; Resina, força de união.

KOUMJIAN, J. H.; FIRTELL, D. N.; NIMMO, A. Color stability of provisional materials in vivo. J. prosth. Dent., v. 65, n. 6, p. 740-2, June 1991.

A estabilidade de cor da resina utilizada na confecção de restauração provisória é uma característica importante, particularmente nos casos em que deve permanecer na boca por um longo período de tempo. Este trabalho avaliou, in vivo, a descoloração de sete tipos de resina, em um período de nove semanas.

Cada tipo de resina foi adequadamente manipulada, e com cada qual faziam-se discos. Esses discos foram colocados faceando a resina de próteses totais. Cada paciente "usou" 14 discos de resina sendo 7 diferentes para a prótese superior e 7 para a inferior. Os pacientes receberam escovas e pastas dentais e foram instruídos para não usarem qualquer agente químico para higienização da prótese.

As avaliações foram feitas em 1, 5 e 9 semanas. Nenhuma mudança de cor foi detectada nas duas primeiras avaliações. Na avaliação da nona semana, 4 materiais (True Kit, Trim, Protemp, Duralay) mostraram significante menor manchamento que as outras resinas usadas (Cold Pack, Snap, Triad). Todos os materiais testados foram aceitáveis no que se refere à estabilidade de cor por curto período de tempo - 5 semanas ou menos - de permanência da provisória na cavidade bucal.

Em vista disso, é importante avaliar outras propriedades do material empregado na provisória, como resistência a fratura, integridade marginal, facilidade de manipulação e custo.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro

Unitermos: Restauração provisória; Resina composta, manchamento.

ARCARI, G.M.; GIL, A.M.D.; BARATIERI, L.N.; SOUSA, C.N.; CHAN, M.C. Facetas estéticas com resinas compostas. Rev. gaúcha Odont., v.39, n.2, p.103-08, mar./abr. 1991.

A introdução de condicionamento ácido e os crescentes melhoramentos das resinas compostas tornaram possível a execução da técnica direta de confecção de facetas para o tratamento de dentes anteriores comprometidos esteticamente.

Sempre que possível deve-se priorizar o clareamento dental e quando esta manobra não for possível procuraremos viabilizar a execução de faceta sem a necessidade de desgaste da superfície vestibular, seguindo uma proposta mais conservadora.

Após a limpeza prévia dos dentes com pedra-pomes e água, faz-se a escolha da matiz e da resina composta. As resinas fotopolimerizáveis são as preferidas para esta técnica pois são menos porosas, mais estáveis em cor e possibilitam sua colocação em incrementos. Apesar da pouca resistência das resinas de micropartículas ao impacto, a sua escolha se justifica pela qualidade estética e lisura superficial que proporciona, enquanto as de macropartículas são resistentes em situações de stress e por isso que se faz necessário um desgaste mais profundo da estrutura dentária. Caso seja necessário, parte-se para o preparo do dente e aqui cabe considerar o alinhamento dos dentes na arcada, inclinação do dente, intensidade da descoloração da estrutura dental. A preparação deve ser conservadora e realizada na face vestibular, restrita ao esmalte para permitir melhor retenção e selamento.

O campo operatório deve ser isolado e após nova profilaxia procede-se o condicionamento ácido do esmalte por 60 segundos com ácido fosfórico, lavagem, secagem e aplicação e polimerização da resina fluida sobre o esmalte condicionado. Só então a resina composta selecionada será inserida sobre a superfície dental, em duas camadas, cada uma delas divididas em três partes (cervical, corpo e incisal) e cada camada inserida e polimerizada por 20 segundos. A segunda camada deverá ser polimerizada com o triplo de exposição. Removem-se os excessos mais grosseiros com uma lâmina de bisturi ou brocas multilaminadas no sentido da resina para o dente e acabamento final será dado na segunda sessão com discos Soflex e tiras de óxido de alumínio.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Estética; Resina composta, procedimentos.

SOUZA, J.A.; SOUZA, J.F.A.; VASCONCELOS, P.S.G. Toxicidade sistêmica dos anestésicos. Rev. gaúcha Odont., v.39, n.2, p.143-6, mar./abr. 1991.

As complicações observadas com anestésicos locais são quase sempre decorrentes da exacerbação dos efeitos farmacológicos destas drogas sobre o sistema nervoso central e o sistema cárdio-vascular, seja por superdosagem, seja por aumento da concentração sangüínea do agente anestésico local.

Os anestésicos locais podem desencadear efeitos sistêmicos tóxicos que vão desde disartria, lassidão da língua e boca e tontura até efeitos mais graves. O aparecimento de vertigem e delírio acompanhados de alterações visuais e auditivas caracterizam complicações mais sérias e são indicativos de envolvimento do sistema nervoso central. Progredindo o quadro, aparecem tremores que vão se tornando mais intensos e convertem-se em convulsão generalizada tipo tônico-clônica. Ocorre depressão dos centros respiratório e vasomotor, que associado à ação direta do anestésico sobre coração e vasos pode conduzir a parada cárdio-respiratória irreversível. O aparecimento de edema de glote, bronco espasmo e choque anafilático é raro e, na maioria dos casos relatados, o anestésico desencadeante é do tipo éster como a Prilocaína.

A associação de vasoconstritores, a dose empregada, o anestésico utilizado, velocidade e local da injeção são fatores que alteram a toxicidade sistêmica dos anestésicos. Quanto mais vascularizada a região injetada e a dose total da droga administrada, maior o nível sangüíneo da droga, o qual encontra-se diminuído quando da associação de vasoconstritores, os quais diminuem a absorção do anestésico, prolongam sua ação e reduzem a quantidade a ser usada. Já injeções administradas rapidamente, ao atingirem inadvertidamente um vaso podem desencadear efeitos sistêmicos de extrema gravidade.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Anestésicos locais, complicações; toxicidade.

ISALA, B.A.N.; MANFIS, P.A.; MORAES, J.C. Prótese adesiva indireta. Rev. gaúcha Odont., v.38, n.3, p.205-6, mar./jun. 1990.

Trata-se de um caso clínico, onde uma paciente, de 16 anos de idade, branca, estudante, aparentemente saudável apresentava ausência do incisivo central superior direito, tendo problemas estéticos, de fonação, dificuldade de integração social e apresentando um aumento de estrutura na gengiva superior anterior, nas proximidades do freio labial.

Solicitou-se a radiografia periapical da área, confirmou-se o diagnóstico com uma radiografia oclusal, apresentando a área um dente retido. O procedimento cirúrgico desenvolveu-se sem complicações e o dente retido foi removido inteiro. Devido ao fato deste dente apresentar características anatômicas semelhantes ao seu homônimo esquerdo, resolveu-se confeccionar uma prótese adesiva indireta, aproveitando-se a própria coroa do dente dilacerado como pântico.

Através, portanto, do tratamento cirúrgico e reabilitação realizadas, possibilitou-se à paciente uma recuperação estética, fonética e psicológica, promovendo-se a sua reintegração no seu ambiente social.

Autor do resumo: Marcelo Chacon.

Unitermos: Incisivo dilacerado; prótese adesiva indireta.

IKENO, K. et al. Effects of propolis on dental caries in rats. Caries Res., v.25, n.5, p.347-51, Sept./Oct. 1991.

Foram investigados os efeitos do própolis no crescimento e atividade da glicosil-transferase do *Streptococcus sobrinus* 6715, *Streptococcus mutans* PS14 e *Streptococcus cricetus* OM261 "in vitro" e em cáries dentárias de ratos infectados com *S. sobrinus* 6715. O própolis mostrou atividade antimicrobiana contra *S. sobrinus*, *S. mutans* e *S. cricetus* e inibiu a síntese de glucanos insolúveis em água e a atividade da glicosil-transferase. Em ratos inoculados com *S. sobrinus*, cerca de metade de suas fissuras estavam cariadas, enquanto que o número de cáries dentárias foi significativamente menor quando se deu própolis aos ratos. O índice de cáries diminui significativamente devido às múltiplas ações do própolis, que tem atividade antimicrobiana, inibe a síntese de glucanos insolúveis em água e a atividade da glicosil-transferase. Não foram observados efeitos tóxicos no crescimento dos ratos. Estes resultados sugerem que o própolis pode controlar cárie dentária em ratos.

Autor do resumo: Marília Afonso Rabelo Buzalaf.

Unitermos: Própolis; *Streptococcus mutans*; cárie dentária; ratos; glicosil-transferase.

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

As primeiras opiniões emitidas a respeito da influência dos terceiros molares no apinhamento de dentes inferiores baseavam-se somente na observação clínica e prática diária de cada profissional. Explicava-se que o terceiro molar tentando irromper e obter espaço, exercia pressão em sentido mesial, causando o apinhamento dos anteriores.

Porém, outros autores acreditam que não existe esta relação e outros ainda acreditam que a relação existe, mas está associada a outros fatores.

Pesquisas realizadas, porém, concluíram que o crescimento facial tem relação direta com o apinhamento ântero-inferior e impactação dos terceiros molares. Verificou-se que o crescimento condilar continua após ter cessado o crescimento do túber da maxila, fato que estabelece uma relação traumática entre incisivos superiores e inferiores, resultando em acomodação funcional, que seria o apinhamento.

Mudanças hormonais na adolescência, na época da erupção dos terceiros molares poderiam ocasionar um aumento da instabilidade do osso alveolar e do ligamento periodontal, podendo ser um dos fatores causais do apinhamento dentário.

Autor do resumo: **Emerson Luiz Gazzoli.**

Unitermos: **Terceiro molar, crescimento e desenvolvimento; Apinhamento.**

AMEROUGEN, J.P. van; PENNING, C.; KIDD, E.A.M. An in vitro assessment of the extent of caries under small occlusal cavities, Caries Res., v.26,n.2, p.89-93, Mar./Apr. 1992.

Muitos clínicos tentam afirmar que a cárie oclusal é vista como uma cavidade em extensão (profundidade) para a dentina. Este estudo teve o objetivo de quantificar esta opinião. O estudo foi realizado em 60 molares contendo uma pequena, mas visível cavidade oclusal. Depois de tirar radiografias Bite-wing, as coroas foram separadas das raízes e encaixadas em secções de 700um, onde cortou-se e colou-se em lençol de plástico. Radiografias foram tiradas das secções, as quais foram selecionadas por exames independentes. As Bite-wing mostraram avaliação imprecisa da lesão de cárie. Radiografias das secções mostraram que, aproximadamente, 25% dos molares que tinham cárie alcançaram a junção amelo-dentinária, enquanto o restante, 75%, mostrou cárie extendendo-se para dentro da dentina.

Autor do resumo: Marcelo Chacon.

Unitermos: Cárie, diagnóstico clínico;

JENSEN, O.E. et al. Clinical evolution of Fluoroshield pit and fissure sealant. Clin. prevent. Dent., v.12, n.4, p.24-7, Oct./Nov. 1990.

O flúor tem uma ação de reduzir a solubilidade do esmalte e estimular a remineralização de lesão incipiente de cárie, devido a essa propriedade, recentemente, realizou-se a combinação do flúor com selantes de cicatrículas e fissuras. Com isso, surgiu no mercado, o Fluoroshield contendo sais solúveis de flúor na sua composição.

O intuito deste trabalho foi avaliar clinicamente a retenção do Fluoroshield, evolução da disponibilidade e distribuição oral da liberação de flúor, comparando-o com o seu selante análogo, o Prismashield.

Participaram do estudo 82 crianças com os quatro primeiros molares livres de cáries, utilizou-se o Prismashield e o Fluoroshield. A aplicação do selante foi de acordo com as especificações do fabricante.

Após 6 e 12 meses da aplicação do selante, as crianças foram chamadas e os dentes reavaliados de acordo com a retenção, e observou-se que o Prismashield e o Fluoroshield obtiveram dados semelhantes. Quanto à liberação de flúor, observou-se que o Fluoroshield teve uma liberação intensa, mais de curta duração, sendo que os níveis de flúor retornaram ao normal (na saliva) no período de 24 horas.

Com isso, pode-se afirmar que a adição de flúor não afetou a retenção do selante e apesar de não ser duradoura a liberação de flúor é um meio adicional para a prevenção da cárie.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Selante fluoretado, efetividade.

OTAKE, S.; NISHIHARAY, Y.; MAKIMURA, M.; HATTA, H.; KIM, M.; YAMAMOTO, T.; HIRASAWA, M. Protection of rats against dental caries by passive immunization with hen-egg-yolk antibody (IgY). J. dent. Res., v.70, n.3, p.162-6, Mar. 1991.

Foi preparado anticorpo de gema de ovo de galinha usando como antígeno o *Streptococcus mutans* MT8148 sorotipo C, que foi cultivado em meio contendo sacarose. Após o preparo do antígeno, este foi injetado intermuscularmente em galinhas para provocar imunização, após o que foi purificado o anticorpo Ig Y. Ratos "germ free" infectados com *S. mutans* MT8148 (C) e alimentados com dieta cariogênica, contendo mais de 2% de Ig Y, desenvolveram significativamente menos cáries que aqueles infectados com o mesmo microorganismo e alimentados com dieta sem Ig Y. Resultados similares foram obtidos em experimentos usando ratos infectados com *S. mutans* JC-2.

O conteúdo de anticorpos na gema de ovo é muito maior que o soro dos mamíferos ou leite. Além disso, os ovos, contendo anticorpos, são consumidos como alimento. Considerando isto seguro, não será problema usar ovos como fonte de anticorpos para a prevenção da cárie dentária por imunização passiva.

Autor do resumo: **Marília Afonso Rabelo Buzalaf.**

Unitermos: **Cárie, prevenção; Ovo.**

BERGSTRÖM, J.; ELIASSOM, S. ; PREBER, H. Cigarette smoking and periodontal bone loss. J. Periodont., v.63, n.4, p.242-6, April 1991.

Os efeitos adversos do fumo na saúde tem sido amplamente estudados. Existem evidências de que o vício provoca alterações orgânicas e afeta o conteúdo mineral do tecido ósseo, envolvendo a saúde periodontal. A associação entre o fumo e perda, em altura, do osso periodontal foi investigada.

O grupo estudado incluiu 210 pessoas com idade entre 24 e 60 anos, sendo 30% fumantes, 32% antigos fumantes e 38% não fumantes. O estudo foi baseado em radiografias interproximais onde a perda em altura do osso na região proximal foi medida como a distância entre a junção cimento-esmalte e o septo interdental. A magnitude dessa distância foi lida em 12 sítios, baseando-se em 3 septos ósseos na maxila e 3 septos na mandíbula em cada indivíduo.

A distância junção-septo foi significativamente maior para os fumantes quando estes foram comparados aos não fumantes, medindo $1,71 \pm 0,08\text{mm}$ e $1,45 \pm 0,04\text{mm}$ respectivamente. A medida para os ex-fumantes foi de $1,55 \pm 0,05\text{mm}$. Os resultados, baseados em adultos com boa higiene oral e cuja distância radiográfica septo-junção é de cerca de 1mm, sugeririam que a perda óssea periodontal está relacionada ao fumo e foi mais pronunciada nos fumantes do que nos ex-fumantes. Outro dado importante é que, nos fumantes, a perda óssea era maior quanto maior havia sido o tempo em que o indivíduo havia ficado exposto ao vício.

A análise radiográfica mostrou que 92% dos indivíduos não apresentaram cálculo e isso leva a acreditar que a perda óssea periodontal pode ocorrer sem que haja presença de placa e infecção associados ao vício. Porém, a combinação dos efeitos dos efeitos do cigarro e infecção por placa é mais destrutiva que cada fator isoladamente e, por isso, o fumo deve ser considerado importante no risco destrutivo da doença periodontal e conseqüente perda óssea.

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

Unitermos: **Fumo, efeitos adversos; Perda óssea, etiologia; Doença periodontal, etiologia.**

PALENIK, C.J.; MILLER, C.H. Laboratory asepsis: disinfection of impression materials and microbially soiled dental prostheses. Quintessence dent. Technol., v.14, p.179-82, 1990/1991.

Agentes patogênicos, incluindo vírus da hepatite B, herpes simples e AIDS, podem estar presentes nos fluidos e sangue dos pacientes que recebem tratamento dentário. Assim, muitas peças protéticas, materiais e instrumentos, colocados na cavidade oral são fontes potenciais de infecção. Se um material contaminado atinge o ambiente laboratorial existe uma grande chance de que a infecção possa ser espalhada à prótese de outro paciente e até mesmo um técnico de laboratório que até então estava fora de risco de se contaminar. Isto porque existem microorganismos capazes de persistir por longos períodos fora do organismo humano.

Todos os materiais e peças vindos da cavidade bucal devem ser desinfectados ou esterilizados antes de se iniciar o trabalho em laboratório. Da mesma forma, peças fabricadas ou reparadas em laboratório não devem ser colocadas na cavidade bucal sem a devida desinfecção, evitando-se, assim, uma infecção cruzada. Esses procedimentos de desinfecção devem ser conduzidos no laboratório odontológico e podem ser feitos de várias maneiras, entre elas o uso de gás de óxido de etileno; desinfecção por imersão em solução desinfectante por 15 a 30 minutos, antecedida e seguida de lavagem em água corrente; uso de ultrassom por 3 a 10 minutos. Luvas, máscaras, óculos e uniformes adequados também são de grande importância pois minimizam a exposição do profissional aos desinfectantes químicos e protegem contra aerossóis e projeções produzidas pelo equipamento e que, eventualmente, podem estar contaminados.

É importante também, considerar os tipos de materiais presentes na prótese, tipo e marca de instrumentais e materiais, além de se selecionar o meio adequado para sua desinfecção, com o objetivo de controlar a transmissão de doenças no consultório odontológico, oferecendo segurança ao local de trabalho, profissional e produto final entregue ao paciente.

Autor do resumo: Carolina Nunes Pegoraro.

Unitermos: Infecção, agentes; Infecção, mecanismos de prevenção.

SILVA FILHO, O.G. da et al. A influência da infra-oclusão de molares decíduos no desenvolvimento do pré-molar sucessor. Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent., v.46, n.3, p.761-4, maio/junho 1992.

A infra-oclusão define uma situação clínica onde o dente posiciona-se aquém do plano oclusal. É mais frequente nos molares decíduos e é uma condição que preocupa o odontopediatra por representar um fator etiológico local em potencial de má oclusão. Na tentativa de saber se a erupção do dente permanente sucessor do decíduo em infra-oclusão pode interferir no seu desenvolvimento odontogênico, propôs-se a elaborar-se este estudo.

Foram selecionadas 15 crianças que apresentavam 1 ou mais decíduos em infra-oclusão, num total de 46 molares sendo usados apenas os molares decíduos inferiores em infra-oclusão. Foi medido os germes dentários dos pré-molares inferiores. Foi comparado o lado com infra-oclusão com o lado sem e também com um grupo controle com e sem a presença de infra-oclusão.

Com os resultados em mãos, os dados foram analisados e se observou que não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao nível de formação radicular entre os pré-molares dos lados direito e esquerdo. Os germes são ligeiramente menores quando seus antecessores estão em infra-oclusão, mas não apresenta diferença estatística significativa.

Com isso, pode-se concluir que a infra-oclusão do molar decíduo não interfere com a odontogênese do permanente sucessor e que o atraso do seu irrompimento se deve por fatores de ordem mecânica da anquilose presente nos molares decíduos em infra-oclusão.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Impactação; influência da infra-oclusão.

SERRA, M.C.; CURY, J.A. Cinética do flúor na saliva após o uso de dentifrícios e bochechos fluoretados. Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent., v.46, n.5, p.875-8, set./out. 1992.

Os fluoretos são agentes extensivamente comprovados como eficazes para o controle da doença cárie dentária. O intuito deste trabalho foi avaliar a disponibilidade e retenção de flúor na saliva humana após a utilização de dentifrício e bochecho fluoretados.

Participaram 16 adultos com boa saúde geral, os indivíduos não utilizavam de nenhum produto fluoretado sem ser a água e os produtos da pesquisa. O estudo foi conduzido em 4 etapas com intervalo de uma semana entre elas. Todos seguiam o mesmo tratamento: A) dentifrício placebo; B) dentifrício fluoretado; C) dentifrício placebo/bochecho fluoretado; D) dentifrício e bochecho fluoretados. As amostras de salivas não estimuladas eram coletadas em diferentes períodos de tempo. Depois a saliva total foi tratada devidamente para se fazer as leituras da concentração de flúor nas soluções e, por último, analisados estatisticamente os resultados.

Observou-se que quando se usou o dentifrício fluoretado, a concentração de flúor foi significativamente maior que o placebo, sendo o bochecho com o placebo uma concentração maior que apenas o dentifrício, não sendo significante. A associação de ambos também não demonstrou um aumento significativo.

Com isso, concluiu-se que o bochecho fluoretado propiciou maior retenção de flúor na saliva que o dentifrício fluoretado, só que esse fator tem a desvantagem de utilizar a solução de bochecho uma vez por dia enquanto que a escovação se dá três a quatro vezes. Deve-se, portanto, analisar e conhecer bem a disponibilidade, eliminação e retenção de flúor na cavidade bucal por diferentes métodos.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

**Unitermos: Prevenção; Concentração de flúor;
Saliva; Bochechos fluoretados;
Dentifrícios fluoretados.**

SIRISKO, R. et al. Comparision of phisical properties of comercial glass coriomer luting cements. Can. dent. Assoc. J.; v.50, n.9, p.699-701, Sept., 1984.

As propriedades de três cimentos de ionômero de vidro, Chembond, Fuji I e Ketac Cem foram comparados com fosfato de zinco (Fleck's) e o cimento de policarboxilato (Ceronico). Os testes incluíram o tempo de endurecimento (ST), fluxo (F), densidade da película (DF), resistência à compressão (RG) e tração diametral (RTD), solubilidade em 0,01 M de ácido láctico com pH 4.0 e módulo de elasticidade. Fuji I e Ketac Cem mostraram uma RC alta em 1 e 24 horas (1410 kg/cm², 1391 kg/cm²) e alta após 24 horas (75 kg/cm², 80 kg/cm²). Para o Chembond, a RC foi baixa após 24 horas (867 kg/cm²). Todos os cimentos tiveram solubilidade em ácido láctico em torno de 0,59%, exceto o Chembond (1,43%) e Fuji I (0,93%), Ketac Cem e fosfato de zinco tiveram solubilidade similar (0,57% e 0,59%), Ceronico mostrou uma dissolução menor (0,16%). Todos os cimentos mostraram um fluxo no valor de 30 mm, exceto o Fuji I (21,3 mm). O Ketac Cem e Ceronico produziram películas mais fina e Fuji I mais grossa. O módulo de elasticidade dos ionômeros foram similar às 24 horas (aproximadamente 7,34 GPa), Ceronico foi 30% mais baixo. O fosfato de zinco mostrou quase duas vezes mais rígido do que os cimentos de ionômero de vidro (13,4 GPa). Dos cimentos de ionômero de vidro, Ketac Cem mostrou propriedades mais favoráveis.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Cimento de ionômero de vidro, propriedades mecânicas.

BAER, P.N.; GOMES, B.C. Periodontal considerations in children. N. Y. State Dent. J., p.43-6, Feb. 1992.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que é considerável a incidência de doença periodontal em crianças, principalmente na idade de 13 e 14 anos. Os maiores problemas que as crianças e adolescentes apresentam são gengivite marginal, alteração passiva e indução gengival por drogas.

Gengivite em decíduos é incomum, mas com o aumento da idade, a troca de dentição e a puberdade temos gengivite e o seu agravamento. Crianças com Síndrome de Down apresentam uma maior inflamação gengival devido à carência de células de defesa.

Devido ao descontrole hormonal promovido pela puberdade, temos a gengivite da puberdade, e por isso tem que haver a remoção meticulosa da placa e tratar da gengiva durante essa fase.

A alteração da erupção passiva do dente é desconhecida e ocorre em alguns jovens, isto pode levar a um sulco gengival profundo que é de difícil limpeza pelo paciente, sendo necessária uma gengivectomia ou gengivoplastia para restaurar o contorno gengival normal e profundidade de sulco também normal.

A indução gengival por drogas é comum em pacientes que utilizam delantín ou ciclosporina e estes medicamentos geram o crescimento da gengiva dando falsas bolsas. Para converter esse quadro é necessário suspender a droga e realizar a gengivoplastia para se devolver as distâncias biológicas normais.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

**Unitermos: Problemas periodontais;
Odontopediatria.**

CHRISTENSEN, G.S. Glass ionomer as a luting. J. Am. dent. Assoc., v.120, n.1, p.59-62, Jan. 1990.

O cimento de ionômero de vidro, o fosfato de zinco e o cimento de poliacarboxilato são comumente usados como materiais cimentantes. O propósito deste estudo foi avaliar as vantagens usando cimento de ionômero de vidro como agente de cimentação para prótese fixa, desvantagens, eficácia clínica, indicação clínica e contra-indicações deste cimento.

Vantagens: possui atividade cariostática devido à liberação de íons flúor do cimento e, infreqüentemente, ocorre novas lesões de cárie; característica de contração, o ionômero possui uma capacidade de contração e expansão muito próximas da estrutura dentária; propriedades de resistência, o ionômero excede a resistência do cimento de fosfato de zinco em todas as categorias, exceto no módulo de elasticidade; união química ao esmalte e à dentina; boa viscosidade e baixa solubilidade.

Desvantagens: promove sensibilidade dentinária após o seu uso; possui alta solubilidade em água nas primeiras horas.

Quanto a sua utilização, temos que tomar diversos cuidados como uma boa limpeza do preparo, não desidratar excessivamente o dente, passar jato de óxido de alumínio no interior da coroa a ser cimentada, fazer uma mistura adequada, etc..

Na sua indicação devemos usar em pacientes que têm alta atividade cariogênica, jovens, pessoas com distúrbio no sistema digestivo, pacientes com prótese fixa que requerem resistência e atividade cariostática.

Autor do resumo: Regina Guenka Palma.

Unitermos: Propriedades, cimento de ionômero de vidro.

SCIUBBA, J.J. Oral soft tissue pathology in children. N.Y. State dent. J., p.30-4, Feb. 1992.

Existem várias patologias que ocorrem na cavidade oral de crianças e adolescentes. As principais são:

1-) Estomatite aftosa recorrente - causa desconhecida e pode ter fatores predisponentes, envolve áreas não queratinizadas, as crianças de segunda década são mais afetadas, são úlceras na mucosa que variam de tamanho e sua recorrência é devido a fatores individuais, normalmente são sintomáticas.

2-) Gengivo-estomatite herpética - causada por vírus, a infecção primária ocorre em crianças abaixo de três anos e a recidiva pode ocorrer em qualquer idade; inicia em forma de vesículas, vindo a se romper e promover pequenas ulcerações que cicatrizam alguns dias mais tarde.

3-) Periodontite pré-puberal - afeta a dentição primária, pode ser localizada ou generalizada exibindo pouca ou muita inflamação que pode associar-se a uma reação hiperplásica ou com reabsorção óssea.

4-) Periodontite juvenil localizada - pode estar ou não associada com o *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), afeta geralmente os incisivos e primeiros molares e promove grande perda óssea.

A mucosa bucal da criança pode ser afetada ainda por hemangiomas, linfangiomas, granulomas piogênicos, papilomas, e outras patologias menos freqüentes.

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

Unitermos: **Lesões bucais; criança.**

FORSS, H. et al. Fluoride and Mutans Streptococci in plaque grown on glass ionomer and composite. Caries Res., v.25, n.6, p.454-8, Nov./Dec. 1991.

O objetivo deste estudo foi comparar os níveis de flúor e *Streptococcus mutans* no crescimento da placa sobre restaurações de cimento ionomérico (Ketac-Fill) e resina composta (Silar) "in vivo". Amostras de placa foram colhidas de túneis deixados de baixo de "brackets" colocados com cimento ionomérico ou resina composta após 14, 28 e 42 dias. Para o cimento ionomérico, os valores médios de *Streptococcus mutans* na placa foram $0,5 \cdot 10^3$, $6,7 \cdot 10^3$ e $8,8 \cdot 10^3$ CFU na primeira, segunda e terceira coletas, respectivamente, enquanto que para a resina composta os valores correspondentes foram $32,1 \cdot 10^3$, $14,6 \cdot 10^3$ e $120,6 \cdot 10^3$ CFU. Para o cimento ionomérico as concentrações médias de flúor foram 19.985, 5.788 e 5019 ppm no primeiro, segundo e terceiro dias de coletas respectivamente, enquanto que para as restaurações de resina composta, as concentrações médias de flúor eram de 200 ppm durante todo o estudo. Os resultados mostram que o nível de flúor na placa que cresce sobre o cimento ionomérico é muito mais alto que sobre a resina composta, o que parece afetar o nível de *Streptococcus mutans* na placa dentária.

Autor do resumo: Marília Afonso Rabelo Buzalaf.

Unitermos: Resina composta; Flúor; Cimento ionomérico; *Streptococcus mutans*; placa bacteriana.

LARSEN, M.J. In the chemical and physical nature of erosions and caries lesions in dental enamel. Caries Res., v.25, n.5, p.323-9, Sept./Oct. 1991.

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre o desenvolvimento da erosão do esmalte e a lesão cáriosa. Dentes intactos foram expostos a um tampão acetato 50 mm agitado suavemente, com ou sem flúor por vários períodos de tempo. Depois, os dentes intactos foram expostos a uma solução de 0,2 M HCl sob agitação. A análise histológica mostrou que a apatita dissolvida originária da superfície do esmalte e a lesão resultante mostravam os sinais de erosão dentária. A profundidade da lesão erosiva era uma função direta da quantidade de mineral dissolvido antes que a fase aquosa se tornasse saturada com relação à fluorapatita. O cálcio, fosfato e flúor dissolvidos fizeram a solução aquosa primeiro saturada e depois super-saturada em relação à fluorapatita e se iniciou uma retomada de flúor pelo esmalte, agora sob o desenvolvimento de uma lesão cáriosa com a preservação de uma camada superficial sobre uma zona de desmineralização sub-superficial. A desmineralização depende do volume da fase aquosa.

Autor do resumo: **Marília Afonso Rabelo Buzalaf.**

Unitermos: **Cárie dentária; Flúor.**

LEONARDO, M. R. et al. Hidróxido de Cálcio em Endodontia. Rev. gaúcha Odont., v. 1, n. 1, p. 69-72, jan./fev. 1992.

O hidróxido de cálcio é muito empregado na Odontologia e se apresenta sob as mais variadas formas (soluções aquosas, liners, pastas e cimentos) com a finalidade de torná-lo mais adequado ao uso clínico. Suas propriedades biológicas, são atribuídas ao seu elevado pH (aproximadamente 12,0) e à sua capacidade de cedência de íons cálcio aos tecidos.

O objetivo desse trabalho é justamente analisar o pH e a liberação de íons cálcio de alguns produtos comerciais à base de hidróxido de cálcio.

Utilizaram-se, então, para análise do pH e liberação de íons cálcio vários materiais à base de hidróxido de cálcio. Os materiais foram depositados em frascos vedados e armazenados sob temperatura constante de 36,5° e depois, através de outros processos, analisou-se o pH.

Para analisar a liberação de íons cálcio, procedeu-se com o mesmo tipo de armazenamento e com um espectro fotômetro de absorção atômica, procedeu-se a leitura da liberação de cálcio.

Os resultados mostraram que a adição de determinados substratos aos compostos a base de hidróxido de cálcio com a finalidade de oferecer condições para melhorar o uso clínico, podem alterar o pH e a liberação de íons cálcio. Em relação as pastas, não houve comprometimento daquelas propriedades. Em relação aos cimentos, o Silapex, foi o que oferecer maiores valores de pH e liberação de íons cálcio.

Autor do resumo: **Marcelo Chacon.**

Unitermos: Hidróxido de cálcio; Materiais endodônticos, pH; íons cálcio.

TRISTÃO, G. C. et al. **Prótese: Controle da placa bacteriana.** Ass. paul. de cirurg. dent., v. 43, n. 4, jul./ag. 1989.

As áreas portadoras de prótese demandam cuidados especiais de controle da placa bacteriana, principalmente na área interdentária, onde estudos demonstraram a alta prevalência de cárie dentária e doença periodontal. Em virtude da alta prevalência destas duas doenças, torna-se imprescindível considerar a remoção constante de placa bacteriana, como fator primordial para a manutenção do estado de saúde do órgão dentário. Dentre os meios utilizados para a limpeza dos dentes, a escovação dental é que tem sido mais utilizada. No entanto, embora faça-se uso da técnica do modo mais correto, a área interdentária acumula placa bacteriana. Baseado nisso, é preconizado por outros autores o uso de métodos auxiliares de limpeza interdentária. Há também, a preocupação com o contorno proximal das restaurações, em relação ao acúmulo de placa bacteriana.

A partir disso concluiu-se que todo adulto com prótese deve ser instruído quanto ao controle da placa; devemos criar superfícies proximais suficientemente planas, ou mesmo côncavas, no sentido ocluso-apical para permitir o uso de escovas interdentárias e estabelecer um correto perfil de emergência para facilitar a escovação intra-sulcular.

Autor do resumo: **Marcelo Chacon.**

Unitermos: **Dentes, anatomia e histologia; espaço interdental; próteses.**

MAINIERI, E. T. Ajuste oclusal aplicado à prótese fixa. Rev. gaúcha Odont., v. 39, n. 36, p. 446-50, nov./dez. 1991.

Os princípios da aplicação de ajuste oclusal estão relacionados com a conservação da estrutura dentária e o estabelecimento de contatos oclusais estáveis. O procedimento de ajuste oclusal ideal é aquele em que existe pequena perda da estrutura natural do dente. A partir disso, o autor discorre sobre algumas das razões que levam os profissionais a executar ajustes oclusais prévios a colocação de restaurações, resumindo-os em quatro itens básicos. Faz também uma análise dos tipos de ajustes, detalhando ajuste oclusal com deslizamento em cêntrica. Há também, uma conotação importante para o exame clínico, onde se pode determinar a existência ou não de sinais e sintomas da disfunção tempero-mandibular e a verificação das possíveis interferências em cêntrica.

Por fim, o autor concluiu que não existe um tipo único de contatos articulares e que há diferentes tipos de contatos em cêntrica. Concluiu também que alguns contatos não permitem um ajuste oclusal simples. Outros contatos podem e devem ser obtidos com procedimentos protéticos ou restauradores, mas que a principal meta é que os contatos devem apresentar estabilidade entre os dentes individualmente e a articulação têmporo-mandibular.

Autor do resumo: Marcelo Chacon.

Unitermos: Ajuste oclusal; articulação têmporo-mandibular.

GOMES, A. A. de P.; TOLEDO, O. A. de. Idade para aplicação do selante. Rev. gaúcha Odont., v. 40, n. 2, p. 127-29, mar./abr. 1992.

O selante é uma medida preventiva eficaz na redução de cárie em dentes posteriores, porém, segundo os autores, os cirurgiões-dentistas concordam que a adoção desse método para prevenção da cárie dental, deve estar associado a um conjunto de medidas desenvolvidas com esta finalidade sobre o meio ambiente e com os indivíduos.

Em virtude de dados que mostram que aos 7 anos, 95% dos primeiros molares permanentes estão irrompidos e 46% destes estão atingidos pela cárie, os autores resolveram verificar a época de erupção dos primeiros molares permanentes em crianças no Distrito Federal, com a finalidade de contribuir para a determinação da idade ideal para o início de um programa de selantes.

Selecionaram-se 4(quatro) escolas do Distrito Federal, de ambos os sexos, na idade de 04 a 08 anos. Utilizou-se apenas o espelho bucal, e o critério para que o primeiro molar permanente fosse considerado irrompido, era que toda a face oclusal estivesse exposta.

Os resultados obtidos levaram os autores a considerar que um programa de selantes de fósulas e fissuras, poderia ser iniciado aos 6 anos e que algumas diferenças entre meninos e meninas, não se justifica que se estabeleçam programas de aplicação de selantes separadamente para ambos os sexos.

Autor do resumo: Marcelo Chacon.

Unitermos: Selante; Cárie dentária; Época de erupção.

MÁXIMO, M. A. de A. et al. Infiltração marginal das restaurações. Rev. gaúcha Odont., v. 40, n. 2, p. 101-4, mar./abr. 1992.

Os preparos cavitários seguem determinadas normas, as quais baseiam-se em estudos biológicos e mecânicos. Entretanto, muitas vezes, na clínica, ao realizarmos um preparo não chegamos a situação ideal. Nesses casos, as indicações para restaurações com amálgama ficam comprometidas e leva o profissional a idealizar soluções para a resolução do problema. Uma dessas soluções é a integração dos diferentes materiais. No entanto, a carência de união entre estes materiais pode levar a infiltração marginal. Diante destas dúvidas, os autores se propuseram a avaliar a infiltração marginal, com o uso do corante fucsina básica a 2%, na interface de materiais justapostos.

Realizaram-se 50 corpos de prova, distribuídos em 5 grupos de 10, integrando-se diferentes materiais restauradores e forradores. A análise da infiltração foi feita em microscópio de epi-fluorescência de alta intensidade e o critério de avaliação consistiu em atribuir "scores" 0, 1 e 2, conforme os níveis de infiltração marginal.

E de acordo com os resultados obtidos, conclui-se, entre outros, que o menor índice de infiltração marginal ocorreu na associação de restaurações de amálgama com resina composta fotopolimerizável, precedida de um adesivo dentinário.

Autor do resumo: Marcelo Chacon.

Unitermos: Preparo cavitário; amálgama; resina composta.

ÍNDICE DE AUTORES DE TEXTO

- A -

A. DE LILLO	- 39
ABBUD, R.	- 32
ABSI, E.G.	- 46
ALMEIDA, I.C.S.	- 54
ALMEIDA, R.R.	- 38
AMEROUGEN, J.P. VAN	- 66
ANDEREG, C.R.	- 25
ANDRADA, R.C.	- 17
ARAÚJO, V.C.	- 53
ARCARI, G.M.	- 11, 61
ARITA, C.A.	- 34
ARRUDA, J.V.	- 50
ASMUSSEN, E.	- 12
AZEVEDO, A.L.	- 50

- B -

BAER, P.N.	- 74
BARATIERI, L.N.	- 11, 61
BARBANO, J.P.	- 49
BERGSTRÖM, J.	- 69
BISHARA, S.E.	- 59
BRAMANTE, C.M.	- 35

- C -

CARDOS, A.C.	- 54
CARVALHO, D. DA S.	- 65
CATACH, C.	- 36
CHAIN, M.C.	- 11
CHAN, K.C.	- 58, 59
CHAN, M.C.	- 61
CHANG, J.	- 56
CHANG, J.J.	- 49
CHEDID, R.R.	- 53
CHOHAYEB, A.A.	- 26
CHRISTENSEN, G.S.	- 75
CLAFFEY, N.	- 23
CORREA, M.S.N.P.	- 20
CURY, J.A.	- 30, 72

- D -

DUARTE, C.A.	- 18
DUKE, E.S.	- 09

- E -

EGELBERG, J.	- 23
EKSTRAND, J.	- 06
ELIASSON, S.	- 69

- F -

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE	- 48
FIRTELL, D.N.	- 60
FITZGERALD, M.	- 44
FORSS, H.	- 77
FORSTEN, L.	- 07
FRIEDMAN, R.B.	- 43

-G -

GAMA, M.L.G.	- 50
GANZ, S.D.	- 29
GIL, A.M.D.	- 61
GOMES, A.A. DE P.	- 82
GOMES, B.C.	- 74
GUEDES PINTO, A.C.	- 53

- H -

HANEN, J.N.	- 24
HATTA, A.	- 68
HAUGIJORDEN, O.	- 05
HAYWOOD, V.B.	- 01
HEYMANN, H.O.	- 01
HEYS, R.J.	- 44
HIRASAWA, M.	- 68
HIRATA, K.	- 41
HOUCK, B.M.	- 01

- I -

IKENO, K.	- 64
ISALA, B.A.N.	- 63

- J -

JENSEN, O.E.	- 67
JERSEY, J.	- 47
JOSÉ, G.V. DE S.	- 65

- K -

KERNS, D.G.	- 28
KIM, M.	- 68
KIDD, E.A.M.	- 66
KLEIN, A.	- 45
KOUMJIAN, J.H.	- 60
KRUGER, B.J.	- 47
KUGA, M.C.	- 57

- L -

LAL, K.	- 55
LAMMERS, P.C.	- 42
LARSEN, M.J.	- 78
LASCALA, N.T.	- 18
LEITE, R.M.G.V.	- 32
LEKNES, K.N.	- 24
LEONARDO, M.R.	- 79
LIE, T.	- 24
LILLO, A.	- 39

- M -

MAINIERI, E.T.	- 81
MAKIMURA, M.	- 68
MANFIS, P.A.	- 63
MÁXIMO, M.A. DE A.	- 83
MC CULLOCK, A.J.	- 51
MC. CARTHY, M.	- 19
MILLER, C.H.	- 70
MIYAZAKI, M.	- 04
MOORE, D.L.	- 16
MORAES, J.C.	- 63
MOTTA, L.G.	- 15
MOTTA, R.G.	- 15
MUENCH, A.	- 18

- N -

NEDER, A.C.	- 50
NEWBRUN, E.	- 03
NILVÉUS, R.	- 23
NIMMO, A.	- 60
NISHIHARAY, Y.	- 68
NOLASCO, G.A.B.	- 13
NORD, A.	- 05

- O -

OTAKE, S.	- 68
-----------	------

- P -

PALENICK, C.J.	- 70
PENINA, P.	- 10
PENNING, C.	- 66
PINHEIRO, C.E.	- 22
PLANA, J.C.	- 37
PREBER, H.	- 69

- R -

RAVALI, J.	- 50
RIBEIRO, H.	- 14
ROBBINS, J.W.	- 09
RODA, R.S.	- 02
ROLDI, A.	- 10

- S -

SCIUBBA, J.J.	- 76
SELVIG, K.A.	- 24
SERRA, M.C.	- 72
SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.	- 27
SILVA FILHO, O.G.	- 71
SILVA, M.P.	- 15
SILVA, R.H.H.	- 54
SIMÕES, W.A.	- 36
SIRISKO, R.	- 73
SMID, J.R.	- 47
SMITH, B.G.N.	- 51
SMITH, L.W.	- 49
SNYDER, D.S.	- 09
SOARES, I.J.	- 31
SOARES, I.M.L.	- 31
SOUSA, C.N.	- 61
SOUZA, E.M. da S.	- 40

SOUZA, J.A.	- 62
SOUZA, J.F.A.	- 62
STARTVEIT, L.	- 06
SUOMI, J.D.	- 49
SWIFT, E.J.	- 58, 59

- T -

THORTON, J.B.	- 08
TJAN, A.H.L.	- 52
TOLEDO, O.A.	- 82
TRISTÃO, G.C.	- 80

- U -

UNO, S.	- 12
---------	------

- V -

VASCONCELOS, P.S.G.	- 62
VIEIRA, L.C.C.	- 33
VILLELA, L.C.	- 21

- W -

WEFEL, J.S.	- 06
WIKESUO, U.M.E.	- 23, 24
WORLEY, S.L.	- 08

- Y -

YAMAMOTO, T.	- 68
--------------	------

- Z -

ZWICKER, P.F.	- 02
---------------	------

ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMOS

Barbosa, M. D. S.	- 43, 52, 53, 54, 55, 56, 57
Barbosa, M. de S.	- 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29
Buzalaf, M. A. R.	- 41, 42, 44, 64, 68, 77, 78
Chacon, M.	- 63, 66, 79, 80, 81, 82, 83
Gazzoli, E. L.	- 30, 31, 32, 33, 34, 65
Kurita, L. M.	- 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Leonel, F.	- 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Magro, A. C.	- 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Palma, R. G.	- 67, 71, 72, 73, 74, 75, 76
Pegoraro, C. N.	- 58, 59, 60, 61, 62, 69, 70
Resende, D. R. B. de	- 22, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Santos, C. F. dos	- 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51

ÍNDICE DE ASSUNTOS

- A -

Ácido cítrico	- 23
Adaptação marginal	- 12
Adesivo de terceira geração	- 09
Adesivo dentinário	- 09, 27, 56
Agentes químicos	- 39
Água fervida	- 14
AIDS	- 43
Ajuste oclusal	- 81
Amálgama dental	- 02, 15, 17, 56, 83
Amálgama fluoretado	- 06
Anestésicos locais, complicações	- 62
Anestésicos parciais	- 50
Aparelhos fixos	- 37
Apicectomia	- 35
Apinhamento	- 65
Articulação Têmporo-mandibular	- 81

- B -

Bases de ionômero de vidro	- 07
Bochechos fluoretados	- 72
Bruxismo	- 34

- C -

<i>C. albicans</i>	- 55
Canal radicular	- 10
Canal radicular, material obturador	- 57
Canal radicular, obturação	- 57
Carbonato	- 42
Cárie dentária	- 05, 64, 78, 82
Cárie rampante	- 20
Cárie, diagnóstico clínico	- 66
Cárie, prevenção	- 68
Cáries recorrentes	- 06
Cimento	- 24
Cimento	- 52
Cimento de ionômero de vidro, propriedades	- 75
Cimento de ionômero de vidro, propriedades mecânicas	- 73
Cimento ionomérico	- 77
Cimentos obturadores	- 26
Cirurgia à retalho	- 23
Citanest, pH	- 50
Clareamento	- 01
Classe II de amálgama	- 16
Clorexidina	- 39, 55
Complexo dentina-polpa, proteção	- 58
Compósitos	- 04

Concentração de flúor	- 72
Contato prematuro	- 54
Contato prematuro em relação cêntrica	- 54
Coroa	- 52
Curetagem	- 28
- D -	
Dentes decíduos	- 20, 53
Dentes despulpados	- 32
Dentes, anatomia e histologia	- 80
Dentifrícios	- 30
Dentifrícios fluoretados	- 72
Dentina	- 28
Dentina, agente de união	- 58
Descalcificação	- 59
Dieta cariogênica	- 20
Discriminação interdental	- 36
Doença periodontal, etiologia	- 69
Doenças periodontais	- 24
Drogas	- 53
- E -	
Elastômeros	- 38
Emergências médico-odontológicas	- 46
Endodontia	- 57
Época de erupção	- 82
Eritema multiforme exudativo	- 08
Esmalte	- 30, 42
Espaço interdental	- 80
Estética	- 02, 61
Estomatite	- 55
Evidenciadores	- 18
- F -	
Fluído dentinário, movimento	- 41
Flúor	- 14, 30, 42, 77, 78
Fluoreto estanhoso	- 23
Fluoretos	- 05
Fluorose dental	- 47
Fumo, efeitos adversos	- 69
- G -	
Gengivite	- 43
- H -	
Hidróxido de cálcio	- 32, 79
Hipossulfito de sódio	- 40
Histologia gengival	- 23

- I -

Impactação	- 71
Implantes ósteo-integrados	- 29
Incisivo dilacerado	- 63
Infecção, agentes	- 70
Infecção, mecanismos de prevenção	- 70
infiltração	- 44, 58
Infiltração marginal	- 52
Influência da infra-oclusão	- 07
Intoxicação	- 19
Ionômero de vidro	- 17, 27, 44
Íons cálcio	- 79

- L -

Lavagem final	- 40
Lesões bucais, crianças	- 76
Lesões de furca	- 25
Liberação de flúor	- 07, 59
Ligas áureas	- 52

- M -

Materiais adesivos	- 51
Materiais dentários	- 07, 13
Materiais endodônticos, pH	- 79
Mercurio	- 19
Mercurio residual	- 15
Microbiota periodontal	- 37
Movimentação dentária, força	- 38

- N -

Nanismo radicular	- 08
-------------------	------

- O -

Oclusão dental traumática	- 24
Odontologia legal	- 45
Odontopediatria	- 74
Ovo, gema	- 68

- P -

Paciente, colaboração	- 45
Perda óssea, etiologia	- 69
Periodontite	- 43
Placa bacteriana	- 77
Placa dentária	- 18, 22, 39
Polimerização	- 12
Polissacarídeos extracelulares insolúveis	- 22
Polpa dentária	- 53

Polpa, nervos	- 41
Porcelanas	- 33
Posição, ATM	- 36
Preparo cavitário	- 83
Preparo em túnel	- 17
Preparo inadequado	- 21
Prevalência de contato prematuro	- 54
Prevenção	- 03, 05, 72
Problemas periodontais	- 74
Profilaxia, frequência	- 49
Própolis	- 64
Prótese adesiva indireta	- 63
Prótese parcial removível	- 29
Próteses	- 55, 80
Pulpotomia	- 53

- R -

Raiz dentária	- 28
Ranger	- 34
Ratos	- 64
Regeneração guiada de tecidos	- 25
Regeneração óssea	- 25
Reimplante dentário	- 31
Reincidência de cárie	- 21
Remineralização	- 42
Resina adesiva	- 52
Resina composta, manchamento	- 60
Resina composta, procedimentos	- 61
Resina composta, reparo	- 33
Resina, dentes posteriores	- 48
Resina, força de união	- 59
Resinas compostas	- 02, 12, 13, 27, 56, 59, 77, 83
Resistência à compressão	- 15
Resistência à fratura	- 51
Resistência à tração	- 13
Restauração à amálgama	- 21
Restauração mista	- 17
Restauração provisória	- 60
Retenções adicionais	- 16
Retentores	- 24
Rizogênese incompleta	- 32

- S -

Saliva	- 72
Selante fluoretado, efetividade	- 67
Selantes	- 13, 82
Sensibilidade	- 28
Silano	- 33
Síndrome de Stevens-Johnson	- 08
Sistema estomatognático	- 34

<i>Streptococcus mutans</i>	- 64, 77
- T -	
Técnica do sanduíche	- 11
Técnicas de obturação	- 26
Terceiro molar, crescimento e desenvolvimento	- 65
Teste Perioscan	- 37
Toxicidade	- 62
Tratamento ortodôntico	- 59
Traumatismos dentários	- 31
- U -	
Ultrassom	- 10
União à dentina	- 04
- V -	
Verniz fluoretado	- 05