

**PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPES**

# **PET**

---

# **INFORMA**

**PET-INFORMA BAURU V.6 N.1/2 P.1-105 JAN/DEZ 1993**



**USP**

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. Luís Antônio de Assis Taveira**

**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**

**BAURU**                      **PET-INFORMA**  
**VOLUME 6**                      **NÚMEROS 1/2**                      **1993**

EDITORIAL	I
RESUMO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	01
SEMINÁRIOS	85
ÍNDICE DE ASSUNTOS	100
ÍNDICE DE AUTORES	103
ÍNDICE DE AUTORES DO RESUMO	105
ÍNDICE DE ORIENTADORES DE SEMINÁRIOS	105

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**

## **EDITORIAL**

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

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

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

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

**WOODY, T. L.; DAVIS, R. D. The effect of eugenol-containing and eugenol-free temporary cements on microleakage in resin bonded restorations. Oper. Dent., v.17, n.5, p.175-180, Sept./Oct. 1992.**

O eugenol é conhecido por ter um efeito prejudicial tanto sobre a resina composta como sobre os agentes de união dentina. O propósito deste estudo foi comparar a microinfiltração entre grupos de incrustações com resina quando o preparo cavitário foi pré-tratado com um cimento temporário contendo eugenol, sem eugenol ou sem cimento temporário algum. Preparos de classe V (20 por grupo) foram feitos em molares humanos extraídos. Então os preparos foram preenchidos ou com cimento temporário contendo eugenol, ou com cimento sem eugenol ou não receberam o cimento temporário. Depois de remover o cimento dos preparos cavitários e aplicar o agente de união dentina, as incrustações de resina composta foram cimentadas com cimento resinoso, termocicladas, coradas, seccionadas e avaliadas quanto a microinfiltração no microscópio. Nenhum dos 3 grupos exibiram infiltração significativa nas margens do esmalte. Ambos os grupos tratados com cimento temporário tiveram uma infiltração nas margens sem esmalte maior que o grupo controle. Não houve diferença significativa entre os grupos tratados com cimento temporário contendo eugenol ou com cimento sem eugenol.

Autor do resumo: **Daniela G. Garib.**

Unitermos: **Infiltração marginal**  
**Eugenol**  
**Cimento temporário**  
**Resina adesiva**

**BENITEZ, A. B. C. E.; DINELLI, W.; FULLER, J. B. Toxicidade de mercúrio. Rev. gaúcha Odont., v. 41, n. 2, p. 119-22, mar./abr. 1993.**

As áreas de trabalho que desenvolvem atividades com risco de intoxicação dos trabalhadores são denominadas insalubres. O consultório odontológico está dentro desse grupo devido ao mercúrio, utilizado para o preparo do amálgama. O mercúrio é metal volátil, tem efeito acumulativo no organismo e sua toxicidade é comprovada. O cirurgião-dentista e o pessoal auxiliar estão expostos continuamente aos vapores de mercúrio, principalmente em caso de descuido na higiene mercurial no consultório, e também estão envolvidos no manuseio do amálgama, o que os coloca sob sério risco de contaminação. Na literatura encontra-se afirmações que o paciente também está sujeito a intoxicação pelo mercúrio através das restaurações de amálgama. Neste caso, o acúmulo poderia ocorrer pela evaporação de mercúrio no momento da condensação, através da ingestão de pequenas partículas do material restaurador durante condensação, no momento da remoção do amálgama, ou ainda pelo processo de corrosão das restaurações de amálgama. A contaminação e toxicidade do mercúrio se dá por exposição prolongada ao mesmo, seja através de inalação de vapores, ou ainda pelo contato direto. O metal pode se acumular nos tecidos, principalmente nos rins, fígado e cérebro, onde pode causar os seguintes sintomas: nervosismo, irritabilidade, dores de cabeça, depressão, tremores, fraqueza, falta de memória, insônia, instabilidade emocional e perturbação na fala. Portanto, cuidados devem ser tomados para evitar intoxicação mercurial, como guardar restos de amálgama em recipiente fechado com água, usar luvas e máscara, deixar frascos de mercúrio bem vedados, ambiente ventilado, piso sem retenções, entre outros.

Autor do resumo: **Daniela G. Garib.**

Unitermos: **Mercurio**  
**Intoxicação**  
**Amálgama**

**CHRISTENSEN, G. J. et al. Glass ionomer-resin: a maturing concept. J. Amer. dent. Ass., v.124, n.7, p. 248-9, July 1993.**

O ionômero de vidro tradicional tem sido combinado com uma variedade de resinas restauradoras atuais. O híbrido possui características boas e ruins do ionômero de vidro e da resina. Essa mistura foi iniciada com o Vitrebond (3M) usado como forramento, porém seu uso está se expandindo para preenchimentos, reconstruções coronárias, restauração e cimentação. O novo material tem adesão química e liberação de flúor equivalente ao cimento ionomérico. Sua solubilidade, estética, resistência e facilidade de manipulação possui características intermediárias entre ionômero e resina. A mistura ionômero de vidro/resina tem sido muito indicada e usada como material de forramento, principalmente quando a cavidade possui alguma margem em dentina. Esta mistura também tem sido usada para preencher cavidades em dentes que estão preparados para receber prótese fixa, com a vantagem das retenções mecânicas serem dispensadas, e também do coeficiente de expansão térmica desse material ser muito próximo ao do tecido dental. Pode-se ainda usar ionômero de vidro/resina para reconstrução de coroa dental já que este material possui maior resistência que o ionômero de vidro sozinho, além de possuir também adesão química com o tecido dental. Usado para restauração, o referido material além de liberar flúor, apresenta estética muito boa e é fácil de manipular, porém ainda há limitações do material em relação resistência, sendo então mais indicado para classes III e V. Usado como material para cimentação tem as vantagens de ser fácil de manipular, altamente retentivo e não produzir sensibilidade dental.

**Autor do resumo: Daniela G. Garib.**

**Unitermos: Ionômero de vidro  
Resina dental**



**ARAÚJO, R. M.; SILVA, M. V. Avaliação da infiltração marginal em dentes posteriores. Efeito do adesivo dentinário associado ao amálgama e resina composta. Rev. Odont. UNESP, v.21, p. 223-31, 1992.**

Devido preocupação de se obter restaurações com o menor grau de microinfiltração foi estudado o efeito do adesivo dentinário associado ao amálgama e resina composta em relação ao cimento dentinário. Para este fim dez molares humanos receberam restaurações MOD, sendo que a caixa mesial foi preenchida com amálgama e o restante da cavidade com resina composta. Houve interposição de adesivo dentinário entre o tecido dental e os materiais restauradores e entre os materiais. Usou-se condicionamento ácido de esmalte e aplicação de primer antes da restauração. Posteriormente, esses dentes passaram por uma termociclagem e após, permaneceram por 24 horas em um corante. Depois disso, os dentes foram cortados no sentido méso-distal e analisou-se a infiltração marginal. Nas interfaces cimento/adesivo/resina composta e amálgama/adesivo/resina composta houve baixo índice de infiltração marginal. Porém na interface cimento/adesivo/amálgama houve maior infiltração marginal quando comparados com as interfaces anteriormente citadas. Apesar de serem baixos os índices de infiltração marginal encontrados nesse trabalho, os adesivos dentinários não foram capazes de bloquear totalmente a infiltração marginal.

**Autor do resumo: Daniela G. Garib.**

**Unitermos: Infiltração marginal  
Adesivo dentinário  
Materiais restauradores posteriores**

**VIEIRA, G. F.; LIMA, S. C. A espessura do esmalte no preparo das facetas estéticas. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 46, n. 5, p. 869-72, set./out. 1992.**

Neste trabalho estudou-se qual o desgaste mínimo necessário para o preparo das facetas estéticas e a viabilidade de sua limitação ao esmalte. Para isto, selecionou-se 21 dentes, sendo 11 incisivos centrais e 10 incisivos laterais, onde foram executados 3 cortes seqüenciais destes dentes (metade do terço cervical, metade da coroa, e metade do terço incisal), obtendo-se fatias perpendiculares ao longo eixo do dente. O incisivo lateral apresentou maior espessura de esmalte que o incisivo central, e o corte incisal apresentou maior espessura de esmalte que o corte médio e cervical (1 mm). Concluiu-se então que o desgaste apenas no esmalte é na maioria dos casos muito difícil de ser conseguido devido variedade de espessura encontrada num mesmo dente e mesmo entre dentes diferentes. Além disso cada material a ser empregado para a confecção da faceta pede uma espessura de desgaste para corrigir o defeito do esmalte tratado. Entretanto, sempre que o desgaste alcançar a dentina, o limite do preparo deve terminar em esmalte, aumentando a adesão da faceta.

**Autor do resumo: Daniela G. Garib**

**Unitermos: Facetas  
Preparo  
Espessura de esmalte**

**PIRES, M. S. N.; SANTOS, N. P.; HADDAD, A. E. Anquilose dento-alveolar em dentes decíduos. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 47, n.1, p. 955-8, jan./fev. 1993.**

Este trabalho salienta os principais aspectos de interesse clínico da anquilose e verifica os aspectos relacionados com sua etiologia e tratamento. Verificou-se por uma revisão de literatura que os molares inferiores são mais afetados que os superiores e que a raça branca tem maior prevalência que a negra. Não há diferenças, contudo na prevalência entre meninas e meninos. Há várias teorias para explicar a etiologia da anquilose como a teoria genética (o indivíduo tem uma tendência familiar a anquilose), a teoria do trauma e a teoria do distúrbio do metabolismo local (no processo de rizólise haveria desaparecimento do ligamento periodontal antes de ocorrer reabsorção radicular, fazendo com que o osso e estrutura dental entrassem em contato direto). Para fazer o diagnóstico de anquilose deve-se verificar se o dente se encontra abaixo do nível oclusal, deve-se ainda verificar a mobilidade do dente, fazer percussão e tomadas radiográficas do dente em questão. O dente anquilosado pode acarretar migração dos dentes adjacentes, crescimento ósseo alveolar deficiente na região do dente anquilosado, progressiva degeneração da oclusão, além de impactação ou desvio na trajetória de erupção do sucessor permanente. Como tratamento é indicado restauração em supra-oclusão do dente anquilosado afim de estimular a rizólise, ou mesmo a extração precoce do dente (usando-se posteriormente um mantenedor de espaço ou aparelho ortodôntico para fechar o espaço) quando houver infra-oclusão moderada ou severa deste. Porém, se a infra-oclusão for pequena, o dente anquilosado deve apenas ficar sob observação pois retomam processo normal de rizólise, esfoliando normalmente.

Autor do resumo: **Daniela G. Garib.**

Unitermos: **Anquilose**

**VEKSLER, A. E.; KAYROUZ, G. A.; NEWMAN, M. G. Redution of salivary bacteria by pré-procedural rinses with clorexidine 0,12%. J. Periodontol., v. 62, n. 11, p. 649-51, Nov. 1991.**

O propósito deste estudo foi avaliar durante o procedimento de raspagem e alisamento de raízes dentais o efeito de bochechos de clorexidina a 0,12% sobre as bactérias salivares, pois sangue e detritos originados do tratamento poderiam inativar a clorexidina ou diminuir o seu efeito antimicrobiano. Quarenta pessoas fizeram bochechos com 15 ml de clorexidina ou água esterilizada (controle) por 30 segundos cada. Amostras de saliva não estimulada foram obtidos no início do procedimento (imediatamente antes do bochecho) e em 1 minuto, 30 minutos e em 60 minutos após o início do tratamento. Todas as amostras colhidas em 30 e 60 minutos continham sangue e detritos visíveis. As amostras foram então imediatamente diluídas em fluido contendo neutralizador de clorexidina e depois colocados em meio de cultura para a contagem da carga total de bactérias aeróbicas e anaeróbicas facultativas. O duplo bochecho com clorexidina a 0,12% reduziu imediatamente 97% das bactérias salivares e esta redução persistiu por 60 minutos durante o procedimento de raspagem. Em 30 e 60 minutos as bactérias aeróbicas foram reduzidas 77% comparado com o grupo controle e 96% comparado com o início do procedimento. Portanto a clorexidina não foi inativada pela carga orgânica (sangue e detritos) presentes durante a raspagem e teve efeito intenso e confirmado sobre a flora aeróbica e facultativa da cavidade bucal. Bochechos pré-procedimentos, então, podem ser importantes na proteção tanto dos pacientes como dos profissionais odontológicos.

Autor do resumo: **Daniela G. Garib.**

Unitermos: **Clorexidina**  
**Bochecho pré-procedimento**  
**Raspagem radicular**

**ROULET, J.F.; NOACK, M.J. Criteria for substituting amalgam with composite resins. Int. Dent. J., v.41, p.195-205, 1991.**

Cada vez mais os pacientes exigem estética nas restaurações e em todos os trabalhos realizados pelo cirurgião dentista, inclusive em restaurações posteriores, com isso vem ocorrendo o aperfeiçoamento das propriedades da resina composta.

O propósito deste estudo é indicar os problemas associados com o uso da resina composta para posteriores e a decisão quando usá-la ou não. É importante que o material restaurador não tenha microinfiltração, e na resina composta essa qualidade é influenciada pela polimerização, adesão s margens, técnica de aplicação, acabamento da restauração, e é difícil um selamento marginal em classe II em resina composta, que pode ser conseguida ou melhorada através de "inlays". O uso da resina composta nos dentes posteriores depende muito da localização da restauração, sendo que esta não deve receber muito "stress" e exigirá estética. A resina composta tem pouco tempo de vida quando comparada com o amálgama e sua longevidade é incerta, tem limitações com respeito estabilidade dimensional, seu uso exige mais técnica e o custo é maior.

Por isso, o uso da resina composta é limitado para algumas restaurações, por possuir um maior custo, não ser radiopaca dificultando a detecção de cárie secundária e, ainda, por apresentar baixa resistência incidência de forças oclusais.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Resinas compostas, utilização.**

**Mc CORMACK-BROWN, K.R. Dental hygienist's attitudes howards AIDS. J. dent. Hygiene, p.373-8, Oct. 1991.**

O primeiro caso de AIDS foi diagnosticado em 1981 e, de lá para cá, vem aumentado assustadoramente o número de casos, tendo previsões de atingir milhões de pessoas até o final do século. Todos os profissionais de saúde correm o risco de adquirir a doença, inclusive o cirurgião dentista que está em contato diariamente com o sangue, se medidas de prevenção não forem tomadas.

O propósito deste estudo é verificar as atitudes gerais de prevenção a AIDS do cirurgião dentista e da população. Os dados foram colhidos em 225 questionários sobre as atitudes de prevenção frente a AIDS. Observou-se, através das respostas, que a população estava mais ciente quanto transmissão, sintomas e cuidados com a AIDS. A resposta dos cirurgiões dentistas também demonstrou estarem mais cientes quanto ao risco, sinais e sintomas da doença do que as suas medidas de prevenção.

Com esses resultados, pôde-se observar que os cirurgiões dentistas e a população têm uma noção geral sobre o assunto, mas mesmo assim, é imperativo a educação sobre a AIDS, tanto para os profissionais em saúde quanto para a população em geral, pois quanto mais a sociedade souber sobre esta doença, a sua transmissão, sinais e sintomas, melhor para que se saiba conviver com as pessoas acometidas por esta grave doença.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Prevenção, AIDS.**

**VERTUAM, V.; BARELLI, N.; SERRA, M.C. Selante de fósulas e fissuras. Rev. gaúcha Odont., v.36, n.6, p.421-4, nov./dez. 1988.**

Pesquisou-se, sob microscopia eletrônica de varredura, os efeitos de diferentes tempos de contaminação salivar do esmalte dentário condicionado com ácido fosfórico 37%, comparando-se com um grupo controle. Utilizou-se terceiros molares hígidos e compostos de fluorapatita, que se dividiram em 3 grupos: o controle, que sofreu ataque ácido de 60 e 90 segundos; o segundo grupo, que sofreu ataque ácido por 60 segundos, contaminação salivar por 5 e 30 segundos, lavagem e secagem por 30 segundos; e o terceiro grupo, que sofreu ataque ácido por 90 segundos, lavagem e secagem por 30 segundos cada. Observou-se que a contaminação salivar por 30 ou mesmo 5 segundos do esmalte condicionado, promove a formação de um resíduo que dificultaria a penetração do selante nas microporosidades e que a simples lavagem e secagem com jatos de água e ar, como se costuma proceder em consultórios, não consegue remover nem os precipitados em 5 segundos.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Selantes  
Condicionamento ácido.**

**MARCANTONIO JUNIOR, E. et al. Efeitos do jato de bicarbonato de sódio e da taça de borracha sobre os tecidos gengivais em função do tempo pós-operatório. Análise clínica e histopatológica. Rev. Odont. UNESP, v. 21, p.203-13, 1992.**

Foram selecionados 36 pacientes com indicação de gengivectomia/plastia. Em um dos lados foi aplicado o jato de bicarbonato de sódio e do outro lado o sistema taça/borracha. Os pacientes foram divididos em 6 grupos: imediatamente (0), 1, 2, 3, 5 e 7 dias após as aplicações. Os resultados mostraram que: 1.) o jato de bicarbonato de sódio, imediatamente após sua aplicação, provocou maior aumento do índice de gengivite do que o sistema taça/pasta; 2.) a partir do primeiro dia, após a aplicação do jato de bicarbonato de sódio ou da taça/pasta, não foram encontradas diferenças significativas em relação variação dos índices de gengivite, observando-se uma tendência de retorno aos níveis iniciais, a partir do terceiro dia; 3.) o jato de bicarbonato de sódio causou maiores danos aos tecidos gengivais do que o sistema taça/pasta, levando ao aparecimento de erosões intensas e ulcerações, s vezes totais, do epitélio sulcular e juncional; 4.) o processo de reparo foi mais rápido quando se utilizou o sistema taça/pasta do que o jato de bicarbonato de sódio, sendo completado em 1 e 3 dias, respectivamente.

Autor do resumo: **Juliano Sartori Mendonça.**

Unitermos: **Placa dentária  
Prevenção e controle  
Profilaxia dentária**



**ARAÚJO, M.A.M. de; CARVALHO, J.C. de; CABRAL, L.A.G. Infiltração marginal dos seladores cavitários e amálgamas. Rev. gaúcha Odont., v.36, n.3, p.240-2, mar./jun. 1988.**

Fêz-se uma avaliação do comportamento de diferentes materiais de selamento e amálgamas, "in vitro", em cavidades classe V através do corante fluoresceína a 2%. Selecionou-se 70 dentes recém extraídos, preparados, lavados com "spray" de água e secos com ar e divididos em grupos de dez dentes. Cada um dos grupos recebeu um dos materiais: IRM, ZOE, Cavit-W, Lumicon, Cotosol. No último grupo, 5 dentes foram restaurados com Dispersalloy e 5 com Novo True Dentalloy. Após vinte minutos de imersão no corante, a infiltração foi verificada através de microscopia de epi-fluorescência de alta intensidade, dando-se escores de zero a cinco. Observou-se que todos os materiais apresentaram infiltração marginal, sendo que o IRM, ZOE, Cotosol apresentaram os menores escores, e os amálgamas os maiores. Viu-se, ainda, que todos os materiais cujo endurecimento se faz em presença de água mostravam infiltração não só marginal, como também no interior do material.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Amálgama;  
Seladores cavitários;  
Infiltração marginal.**

**CORREA, M.S.N.P.; CINELLI, C.; ZITRON, A.; CHELOTTI, A. Impactação do primeiro molar permanente na dentição mista. Rev. assoc. paul. cirurg. Dent., v.44, n.6, p.345-8, nov./dez. 1990.**

Inúmeros problemas relacionados com erupção dental podem ocorrer durante o período de dentição mista, sendo importante o acompanhamento clínico e radiográfico para, conseqüentemente, fazer-se um diagnóstico precoce, impedindo sequelas futuras. Quando esses devidos cuidados não são tomados a tempo pelo profissional, há uma perda de espaço no arco devido movimentação do primeiro molar permanente para mesial, provocando parcial ou total reabsorção das raízes do segundo molar decíduo, tornando-se necessária a remoção do decíduo em função da manutenção da higiene do permanente e a utilização de medidas que promovam a movimentação ortodôntica para recuperar o espaço perdido.

Um dos primeiros sinais clínicos da erupção do primeiro molar permanente é uma inclinação para mesial do decíduo e muitas vezes a erupção do permanente pode provocar reabsorção da raiz distal do segundo molar decíduo ou pode ocorrer a auto-correção espontânea da impactação do dente permanente em erupção, e isto ocorre na maioria dos casos. Após intensa revisão de literatura resolveu-se praticar dois casos clínicos através do esquema da University of California, a qual indica o desenvolvimento da erupção ectópica do primeiro molar permanente e a sua conduta clínica posterior. Foi colocado fio de metal torcido no ponto de contato dos dois dentes e que era apertado a cada dois dias ou trocado por um mais calibroso devido perda do ponto de contato e, assim, até se conseguir normalizar o longo eixo dos primeiros molares, o que foi conseguido após oito meses de tratamento, tendo apenas como seqüela uma zona reabsorvida na raiz distal do segundo molar decíduo. Dessa forma, foram obtidos resultados satisfatórios para a desimpactação do dente permanente.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Impactação do permanente  
Erupção ectópica  
Desimpactação**

**SILVA FILHO, O.G. da et al. Controle da placa bacteriana em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico. Comparação entre o método mecânico e um químico. Rev. bras. Odont., v.47, n.5, p.2-14, set./out. 1990.**

A placa bacteriana representa o principal fator etiológico da cárie e doenças periodontais. Na ortodontia, a sua formação é exacerbada pelas retenções criadas com os acessórios e bandas ortodônticas adaptadas às coroas clínicas dos dentes.

Este estudo compara a eficiência de um método mecânico e outro químico para a remoção da placa bacteriana em pacientes com algum tipo de aparelho fixo e/ou removível.

Foram constituídos dois grupos de trabalho contendo um total de 68 crianças. No primeiro grupo foi usado o controle mecânico e recebeu instruções quanto ao método de escovação, uso de fio dental e, ainda, houve motivação a cada consulta juntamente com a obtenção do índice de placa e gengivite. O segundo grupo não recebeu nenhuma instrução quanto ao método de higiene e fisioterapia oral, mas foi orientado para realizar três bochechos diários com solução diluída em água a 1:1 de Cepacol.

Após o período experimental, os dados obtidos foram analisados e notou-se que o Cepacol associado a higiene bucal consegue reduzir o índice de placa em 42,6% em relação ao nível inicial, enquanto que o controle mecânico acompanhado da motivação mostrou-se mais eficiente reduzindo em até 97,6%, observando-se assim que o Cepacol não é eficiente na redução e controle da formação de placa nos pacientes com aparelhos ortodônticos.

Conclui-se, então, que o método mecânico de controle de placa bacteriana mediante o emprego de escova e fio dental, supera o método químico com o uso diário de bochechos de Cepacol, na redução efetiva de placa durante o tratamento ortodôntico.

**Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.**

**Unitermos: Controle de placa;  
Ortodontia, aparelhos.**

**ABDO, R.C.C.; PACHECO; GOMIDE, M.R. Pulpotomia em dentes deciduos. Rev. Gaúcha Odontol., v.40, n.1 p. 7-10, jan.\ fev., 1992.**

Neste estudo analisou-se a pulpotomia com os seguintes materiais: formocresol, hidróxido de cálcio e glutaraldeído. O formocresol é o fármaco mais utilizado em pulpotomia, devido ao seu índice de sucesso, cerca de 90%. Porém como desvantagens discute-se a sua atuação a nível sistêmico, onde temos formaldeído encontrado nos pulmões, rins, baço, fígado, coração e também efeitos sobre o sucessor dos deciduos pulpotomizados e também pode acelerar a reabsorção fisiológica do dente decíduo. O que mais varia na literatura é o tempo e exposição radicular ao medicamento, o que determina o tipo de reação pulpar. A sequência clínica realizada com este medicamento foi a seguinte: 1) anestesia, 2) isolamento absoluto do campo operatório, 3) remoção de dentina cariada, 4) remoção do teto da câmara pulpar, 5) remoção da polpa coronária, 6) irrigação com água destilada ou soro fisiológico 7) secagem com bolinha de algodão ou papel absorvente esterelizados até obter hemostasia, 8) colocação de uma bolinha de algodão embebida em formocresol diluído 1\5 por 5 min, 9) remoção do curativo e colocação de pasta de óxido de zinco e eugenol (1 gota) e formocresol (1 gota), sobre o remanescente pulpar no assoalho da câmara, 10) restauração provisória ou definitiva do dente. O hidróxido de cálcio é muito popular na realização de pulpotomia vital, porém seu pH alcalino mata as células que estão superficialmente em contato com ele e depois a polpa responde com processo típico de reparo e ponte de dentina. Nem sempre é usado por induzir o aparecimento de reabsorção dentinária interna. A técnica e sua aplicação consiste nos seguintes passos:

\*1) anestesia, 2) isolamento absoluto do campo operatório, 3) remoção de dentina cariada, 4) remoção do teto da câmara, 5) remoção da polpa coronária, 6) irrigação com água destilada ou soro fisiológico, 7) obtenção de hemostasia, 8) colocação de pasta de CaOH ou óxido de zinco e eugenol, 10) restauração definitiva ou provisória. O glutaraldeído é melhor que o formocresol em alguns aspectos, como: formar ligações irreversíveis e mais estáveis com a matéria orgânica, não causar irritação periapical e ser menos citotóxico, por isso é um fármaco alternativo para a realização da pulpotomia. Sua sequência clínica é a seguinte: 1) anestesia 2) isolamento absoluto do campo operatório 3) remoção de dentina cariada 4) remoção do teto da câmara pulpar 5) remoção da polpa coronária, 6) Irrigação 7) obtenção de hemostasia 8) colocação de bolinha de algodão embebida em glutaraldeído a 2% por 5 min 9) remoção do curativo e colocação de uma pasta de óxido de zinco e eugenol e uma gota de glutaraldeído sobre o remanescente pulpar, 10) restauração provisória ou definitiva do dente. Este estudo concluiu que o sucesso da pulpotomia depende da indicação correta do medicamento para cada caso individualmente, também que a pulpotomia com formocresol deve ser realizada em apenas uma sessão, a com CaOH realizada apenas em deciduos bastante jovens com exposição acidental e remanescente pulpar sem sinal de inflamação e a realizada com glutaraldeído deve seguir a técnica convencional.

Autora do resumo: **Silvia Maria Anselmo.**

Unitermos: **Pulpotomia**

**Formocresol**

**Hidróxido de cálcio**

**Glutaraldeído**

**WATANABE,I. Scanning electron microscopy observation of dentinal surface in human deciduous upper incisor Rev Odont. USP. v 2, n 1, p.51-5, jan/mar,1988.**

Com o objetivo de demonstrar as características de superfície dentinária de incisivos centrais superiores, foram utilizados 6 dentes deciduos humanos normais. Os espécimes foram fixados em solução de Karmovsky modificada e em seguida, fraturados longitudinalmente. As peças foram lavadas em água destilada e feita aplicação de solução de ácido acético a 3% para a remoção de tecidos moles remanescentes. A desidratação foi feita em série crescente de álcoois a partir de 50% até o absoluto, secagem, metalização com os íons de ouro e análise ao microscópio eletrônico de varredura. Os resultados mostraram que a superfície dentinária é caracterizada pela presença de pequenas projeções determinando uma área extremamente irregular. As depressões encontradas variam em tamanho e medem de 20 a 40 um, contendo na superfície, os orifícios dos túbulos dentinários. Os forames dentinários são pequenos e semelhantes. Seus diâmetros variam de 0,7 a 2,6 um . A dentina peritubular revela uma superfície uniforme e lisa.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo**

**Unitermos: Microscopia eletrônica de varredura**

**Dentina**

**Dente decíduo**

**Incisivo**

**RODRIGUES, C. B. F. et alli. Osteomielite crônica supurativa na maxila: relato de um caso. Rev. Odontol. USP, v.2, n.1, p.59-62, jan.\mar., 1988.**

A osteomielite é uma entidade inflamatória dos tecidos ósseos que inicia a partir da cavidade medular e sistemas haversianos, propagando-se ao periósteo da área acometida. Ao cessar a irrigação sanguínea, na área da infecção, gera-se exsudato purulento nas estruturas medulares e \ou subperiosteas. O fator etiológico mais frequente da osteomielite dos maxilares é a infecção pulpo-parendodôntica.

Este caso é de um paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, etilista, que procurou os serviços de diagnóstico bucal da FOB-USP, para avaliação da tumefação, com discreta sintomatologia dolorosa, na mucosa palatina da região de molar superior direito.

Ao exame clínico constatou-se, visualmente, edema eritematoso, de consistência mole a palpação, na mucosa palatina direita, que possuía em seu interior sequestro ósseo de dimensões 2. 1 cm, exteriorizando-se cavidade bucal. Pesquisando-se as estruturas dento-periodontais, notou-se fratura coronorradicular do incisivo central superior direito, lesões cariosas e precárias condições de higienização.

Ao exame radiográfico panorâmico e periapical foram observadas lesões osteolíticas radiolúcidas nos incisivos central e lateral superior direito, sendo que para este último, tínhamos um dens in dente. Diagnosticou-se com os dados coletados osteomielite supurativa crônica da maxila.

O paciente foi submetido a cirurgia para remoção do sequestro ósseo e exodontia do dente 11 e no 12 foi executada abertura coronária, desbridamento do canal radicular e medicação tópica intra-canal base de paramonoclorofenol canforado, na proporção de 2,5: 7,5, sequencialmente encaminhado ao setor de endodontia. Prescreveu-se antibioticoterapia, base de cefalosporina a 500 mg, de 6 em 6 horas, durante 10 dias. após 2 semanas, no retorno para controle, constatou-se processo em franca cicatrização e ausência de sintomatologia.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo.**

**Unitermos: Osteomielite  
Diagnóstico bucal  
Maxila**

**ABBE,K.;et al. Oxigen and the sugar metabolism in oral streptococci. Proc.Fimn. Dent. Soc. v 87 ;n 4, p.477-87, 1991**

Estreptococcus têm muitas maneiras de se adaptar a constantes mudanças de ambiente na cavidade oral humana. Este estudo discute a adaptação no metabolismo a variações nos níveis de oxigênio. Em todos estreptococcus a via de glicólise de Gomben-Meyerhof trabalha sobre condições aeróbicas tão bem como em condições anaeróbicas, mas o piruvato é convertido em diferentes metabólitos e produtos, dependendo dos níveis de oxigênio. Sobre condições anaeróbicas todos os estreptococcus formam formato, acetato e etanol através da via liase-formato piruvato. Se o açúcar está em excesso, ele também forma lactato, usando a desidrogenase lactato sobre condições aeróbicas, a liase formato piruvato é inalterada.

Esta enzima é substituída pela piruvato oxidase em alguns estreptococcus e por uma piruvato desidrogenase entre outras. Estas enzimas são características de estreptococcus como *S. sanguis*, *S. ovalis*, *S. gordonii* e *S. mitis* para competir com sucesso com outras bactérias em outros sítios da cavidade oral que estão livres de exposição da saliva, enquanto *S. mutans* tem que colonizar sítios anaeróbios como aqueles entre os dentes e nas fissuras oclusais dos dentes.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo.**

**Unitermos: Oxigênio  
Metabolismo de açúcar.  
Estreptococcus.**

**BRAMANTE, C. M.; BERBERT, A.; BERNARDINNELI, N. Retro-instrumentação e retro-obturação. Rev. Gaúcha de Odontol. v. 40, n. 1, p. 38-40, jan./fev. 1992**

Este artigo tem por objetivo descrever a técnica de retro-instrumentação , combinada com obturação retrógrada, suas indicações e contra-indicações.

Para realizar a retro-instrumentação, faz-se uma cirurgia parendodôntica, que tem como objetivo resolver complicações decorrentes de um tratamento endodôntico ou insucesso dele.

Essa técnica consiste basicamente em instrumentar e após obturar o canal pela via apical. Porém, como o selamento do canal depende do ajuste do cone único e das características do cimento obturador utilizado, persiste a possibilidade de fracassos.

Tal procedimento está indicado em dentes com lesão periapical, canal deficientemente obturado e acesso convencional bloqueado por pino protético, instrumento fraturado calcificado, distantes do forame apical e suas contra-indicações são em casos de raízes curtas, perda óssea acentuada, canal atresiado e inacessibilidade cirúrgica.

A técnica consiste nos seguintes passos: 1) anestesia, 2) incisão triangular ou trapezoidal, 3) divulsão, 4) ostectomia 5) curetagem da área apical e retro-apical 6) Localização do forame apical com sonda exploradora 7) retro instrumentação com instrumentos de calibre progressivos, presos com porta-agulha de ponta fina, 8) adaptação do cone 9) obturação do canal com cimento de presa rápida e após condensa-se e corta-se o cone com condensador aquecido nivelando o ápice 10) preparo da cavidade para obturação retrógrada 11) secagem da cavidade 12) preparo do material retro-obturador 13) colocação do material retro-obturador 14) plastia apical 15) radiografia 16) sutura.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo.**

**Unitermos: Retro-instrumentação;  
Retro-obturação;  
Cirurgia apical.**



**LOVADINO, J.R. et al. Adaptação do amálgama em cavidades de classe II modificadas - condensação manual vs mecânica. Rev. Odont. USP, v.2, n.1, p.3-5, jan./mar. 1988.**

O amálgama dentário continua sendo o material mais utilizado para restaurações dentais.

Sendo assim realizou-se este trabalho com o intuito de estudar a influência da condensação manual e mecânica do amálgama de prata, com esforço controlado, na interface troquel-restauração dos ângulos gengivo-lingual e gengivo-vestibular, no que diz respeito ao desajuste da massa de amálgama ao troquel, e a formação de poros.

Foram utilizados 6 troquéis metálicos que exibiam uma cavidade MO modificada, isto é, com a superfície mesial desgastada de modo a formar uma superfície plana; nelas foram realizadas restaurações de amálgama, com limalha tipo convencional. A massa de amálgama obtida pela trituração foi dividida em 3 partes iguais e condensada na cavidade com condensadores manuais e também condensação mecânica, com 3 réplicas para cada situação. Após, os corpos de prova foram armazenados padronizadamente. Após 24h, os ângulos gengivo-vestibular e gengivo-lingual foram analisados através de microscopia fluorescente com auramina, obtendo-se 12 fotografias. O aspecto considerado na avaliação foi o grau de desadaptação e ou irregularidades na interface troquel metálico-restauração a amálgama.

As conclusões foram: a condensação mecânica promove uma menor incidência de poros na região dos ângulos estudados que a condensação manual e a condensação mecânica promove uma melhor adaptação da massa de amálgama na interface troquel-restauração.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo**

**Unitermos: Amálgama dental ;  
Materiais dentários;  
Materiais restauradores.**

**SANTOS,G.G.;MARCUCCI,G. Contribuição para o estudo da prevalência das alterações dos tecidos moles da boca em pacientes especiais. Rev. Odont. USP, v 3, n 2, p.357-62, abr/jun, 1989**

Examinou-se e revisou-se 1.006 prontuários de pacientes especiais, verificando que 214 desses pacientes apresentaram alterações na mucosa oral, distribuídas em 25 tipos diferentes. Para chegar ao diagnóstico final, utilizaram-se critérios clínicos em 204 pacientes portadores de 20 tipos de alterações.

Em 10 pacientes correspondentes a 5 tipos de alterações, recorreu-se ao exame histopatológico. O objetivo deste trabalho foi estudar a presença dessas alterações em pacientes especiais, fato este significativo pelo grande número e tipos encontrados, e mostrar a necessidade de um exame clínico e detalhado da boca.

Dos dados obtidos temos que as alterações mais encontradas foram: fibromatose dilatílica (13,17%), abscesso dento-alveolar (2,584%) e a fibromatose irritativa (1,29%).

Concluiu-se também, ser evidente a necessidade do cirurgião dentista realizar sempre um exame clínico ordenado, metódico e sistemático na boca de todos os pacientes.

**Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo**

**Unitermos: Diagnóstico bucal ;**

**Boca**

**Mucosa;**

**VONO, A.Z.; VONO, B.G.; PINHEIRO, C.E. Efeito da aplicação tópica de ácidos graxos sobre a placa dentária de ratos. Rev. Odont. USP, v.6, n.1/2, p.79-83, jan./jun. 1992.**

Os autores utilizaram 50 ratos adultos, machos, divididos aleatoriamente em 5 grupos iguais, cujos incisivos receberam duas aplicações tópicas semanais, durante 4 semanas, das seguintes soluções: GI) água destilada; GII) oleato de sódio a 2%; GIII) laurato de sódio 2%; GIV) undecilinato de sódio 2%; GV) caprilato de sódio 2%. Todos com dieta cariogênica.

Terminado o período, os animais foram sacrificados, aplicou-se solução aquosa de eritrosina a 2%, lavou-se, e toda placa corada foi colhida com escavador HOLLENBACK 3S.

Feita a análise quantitativa pelo método químico do ácido sulfúrico-fenol, confirmou-se a hipótese de que ácidos graxos aplicados topicamente em incisivos de ratos diminuem a formação da placa dentária.

Houve redução com o oleato de sódio, alunato de sódio, undecilinato de sódio e caprilato de sódio, na concentração de 2%, porém a diferença em relação ao controle foi estatisticamente significativa apenas para o undecilinato de sódio.

A redução de cárie que se obtém pelo emprego dos ácidos graxos tem sido atribuída a sua habilidade de inibir o crescimento de microorganismos da placa, bem como atuar sobre as etapas metabólicas envolvidas na formação de placa e de ácidos. Há ainda quem acredite que eles diminuem a aderência da placa.

**Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini.**

**Unitermos: Placa dentária, prevenção  
Ácidos graxos.**

**SILVA-BRITO, M.G. et al. Estudo "in vitro" da capacidade remineralizante de uma solução artificial em lesões de cárie incipiente. Rev. Odont. USP, v.6, n.1/2, p.37-44, jan./jun. 1992.**

Partindo do princípio de que lesões de cárie incipiente podem ser remineralizadas e que o processo pode ser sensivelmente aumentado pelo uso de soluções remineralizantes, os autores se propuseram a avaliar o potencial remineralizante de uma solução por eles formulada em lesões naturais e artificiais de cáries incipientes.

A solução é composta dos seguintes cátions: cálcio, alumínio, potássio, zinco, estrôncio e sódio; e dos seguintes ânions: nitrato, fosfato, cloreto, tartarato, fluoreto e ainda cloreto de sódio, num ph 5,8.

As lesões artificiais e naturais foram preparadas adequadamente e destinadas microscopia de polarização e análise do fluoreto. As lesões do grupo controle foram cobertas com parafilme e sobre este foi aplicado verniz de unha.

A partir do estudo dos resultados, pode-se constatar uma reversão na birrefringência, o que é compatível não só com a redução de porosidade do corpo da lesão, como também da zona superficial, causada por deposição mineral.

Concluiu-se, logo, que a formulação da solução remineralizante utilizada pode ser uma alternativa apropriada para a reversão da mancha branca, sendo que a deposição se inicia superficialmente, para gradativamente progredir para regiões mais profundas.

**Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini.**

**Unitermos: Dente, remineralização;  
Cárie dentária**

**SOUZA, M.S.G.S. et al. Queratoacantoma do lábio inferior; diagnóstico diferencial com carcinoma espinocelular bem diferenciado. Rev. Odont. USP, v.5, n.1, p.69-72, jan./jun. 1991.**

Há, normalmente, certa dificuldade em se realizar o diagnóstico diferencial entre o carcinoma espinocelular bem diferenciado e o queratoacantoma, uma neoplasia epitelial benigna, infiltrativa e de cura espontânea. O diagnóstico torna-se ainda mais difícil quando, além da lesão incidir no lábio inferior, onde o carcinoma é prevalente, ainda há uma dissociação entre os dados clínicos e o quadro histopatológico.

No caso estudado, por exemplo, a paciente não mostrou o padrão estrutural do queratoacantoma, levando ao diagnóstico de carcinoma espinocelular. 12 dias após feita a biópsia, houve uma mudança nas características clínicas; mesmo assim foi feita a excisão, mas mediante análise do material, observou-se apenas uma leve hiperplasia epitelial, além de fibrose e neoformação capilar. Essa evolução da lesão afastou a possibilidade de carcinoma.

Diante do conflito, o recomendado seria, já na biópsia incisional, demonstrar o perfil da lesão, dando atenção especial a aparência microscópica das bordas das lesões. Além disso, a correlação entre os dados clínicos e evolutivos e os achados microscópicos é imprescindível. Na dúvida, entretanto, a lesão deverá ser tratada como um carcinoma espinocelular; mesmo porque, o queratoacantoma responde bem a excisões cirúrgicas bem feitas, melhor até do que involução espontânea.

**Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini.**

**Unitermos: Carcinoma espinocelular;  
Hiperplasia pseudocarcinomatosa.**

**DE CRAENE, G.P.; MARTENS, C.; DERMAUT, R. The invasive pit-and-fissure sealing technique in pediatric dentistry: an SEM study of a preventive restoration. J. Dent. Child., p.34-41, jan./feb. 1988.**

Nesse estudo foram usados pré-molares superiores humanos, principalmente com fissuras abertas, aparentemente isentas de cárie e fissuras profundas, descoloridas, onde já havia suspeita de lesão. No primeiro caso, constatou-se que a escolha mais adequada seria um tratamento profilático; normalmente, opta-se pela técnica não invasiva de selamento de sulcos e fissuras. Já no segundo caso, também um tratamento profilático é indicado, porém é mais prudente adotar-se a técnica invasiva, onde a entrada da fissura é limpa e o profissional pode inspecionar a lesão e determinar o nível de extensão em relação a junção amelo-dentinária. Para este segundo caso, convém lembrar que não é necessário chegar com a broca até o ponto mais profundo da fissura, pois esse tipo de lesão começa pelas paredes circundantes. Agora, se o dente já apresentar cárie inicial na fissura, deve-se partir para uma restauração preventiva de resina. Somente em situações de cárie de fissura propriamente, é que a tradicional extensão preventiva é indicada.

Na técnica invasiva portanto, ao se visualizar a extensão da lesão, pode-se optar, com segurança, pelo tratamento que melhor se adapte a situação encontrada, sem correr o risco de partir para uma extensão preventiva desnecessária, que sacrifique estrutura dentária sadia e, conseqüentemente, enfraqueça o dente.

A escolha da broca também é importante quando se adota a técnica invasiva. Além disso, mesmo sem invadir dentina, obtém-se fissuras livres de cárie com perda mínima de estrutura dentária.

Autor do resumo: **Vanessa Cristina Veltrini.**

Unitermos: **Selante, técnica invasiva;  
Restauração preventiva.**

**MORAES, S.H. et al. Resistência fratura em dentes despolidos e clareados. Rev. Gaúcha Odont., v.39, n.4, p.309 e 310, jul./ago. 1991**

O propósito deste trabalho é verificar a perda de resistência do dente provocada pelo clareamento, com ou sem fonte de calor. Para isso, foram selecionados setenta incisivos centrais superiores, sendo que 10 eram hígidos. Todos foram incluídos em resina de poliéster mas cada grupo foi tratado diferentemente. Os espécimes foram, então, submetidos a cargas axiais de compressão até que ocorresse a fratura do dente. Numa análise global, pode-se dizer que a abertura coronária debilita o dente, assim como a necrose pulpar e a remoção da polpa também aumentam sua friabilidade. Já a restauração com guta percha e IRM e mesmo a utilização de agentes químicos clareadores não enfraquecem o dente a nível significativo. Quando a fonte de calor foi usada também não houve diferença estatística. Porém, quando usado numa única sessão, houve perda de resistência em relação ao grupo que o fez em 2 sessões. Não deve haver, portanto, restrições ao clareamento quando se tratar de resistência a fraturas.

Autor do resumo: **Vanessa Cristina Veltrini**

Unitermos: **Clareamento;**  
**Dentes despolidos;**  
**Fratura, resistência.**

**PAVARINI, A.; VONO, A.Z.; CUNHA, R.F. Considerações sobre o emprego de resinas compostas em dentes decíduos posteriores. Rev. Bras. Odont., v.49, n.2, p.18-22, mar./abr. 1992**

A resina composta, apesar de ter suas propriedades melhoradas consideravelmente nos últimos anos, continua apresentando desvantagens graves, como a baixa resistência ao desgaste, contração de polimerização e a sensibilidade de técnica. Quando comparada ao amálgama, entretanto, apresenta vantagens inegáveis: a ótima estética, a baixa condutibilidade térmica e a resistência à fratura que confere aos dentes restaurados, além de permitir preparos cavitários conservadores.

Visando minimizar essas propriedades negativas, deve-se atentar para a indicação da resina quando se tratar de cavidades oclusais preventivas, no caso de dentes posteriores; evitando as ocluso-proximais e restringindo aquelas em que a estética entre em jogo.

Além disso, a restauração não deve englobar amplas áreas de contato oclusal; nesses casos, inclusive, o bixel cavo-superficial é desaconselhável, devendo ser mantido apenas em preparos preventivos. A escolha do adesivo e do material deve ser cuidadosa, evitando materiais que ainda não tenham sido aprovados pela ADA e optando-se pela técnica incremental para a aplicação.

Atualmente, admite-se que, se usadas adequadamente, as resinas compostas podem fornecer resultados satisfatórios, principalmente em dentes decíduos, onde as forças mastigatórias são menores e o desgaste do dente acompanha o desgaste do material.

**Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini**

**Unitermos: Resinas compostas, dentes decíduos.**



**CARVALHO, L.E.P. et al. Clorexidina em odontologia. Rev. Gaúcha Odont., v.39, n.6, p.423-7, nov./dez. 1991**

A clorexidina é um agente químico utilizado como método auxiliar de higiene oral. Além de reduzir a tensão superficial da água, ela tem alto poder desinfetante e largo espectro antibacteriano. Isso acontece graças a interação eletrostática de suas cargas positivas com as negativas da parede celular, que acaba por se romper provocando a morte da bactéria. Já na placa, o poder inibitório da clorexidina pode ser explicado pelo fato dela desalojar o cálcio, desarticulando a placa, uma vez que ele atua como fator de adesividade de microorganismos ao dente.

Além disso, o *S. mutans*, principal implicado na etiologia da cárie, é altamente sensível a clorexidina. Ela também inibe a produção de ácidos por até 24 horas após a aplicação de sacarose na placa "in vivo", porém não se mostrou eficiente na supressão de placa ou cálculo subgengival em bolsas com 3 mm ou mais de profundidade.

Cessados os bochechos, após 48 horas a flora bacteriana retorna aos níveis pré-existentes e a placa inicia seu curso normal de formação. Entretanto, 15 dias de bochechos duas vezes ao dia a 0,2% podem reduzir o número de microorganismos a quase zero e a manutenção pode ser feita com uma dieta não cariogênica.

A associação com o fluoreto estanhoso tem ação inibitória sobre a progressão da cárie e o uso em peróxido de monossulfato previne o manchamento de dentes e língua, que só se remove com profilaxia. Nenhum recurso porém, foi capaz de evitar a perda do paladar.

**Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini**

**Unitermos: Placa bacteriana, controle;  
Clorexidina**

**GROISMAN, M. et al. Análise de três diferentes implantes osseointegrados. Rev. assoc paul. cirurg. Dent., v.47, n.5, p. 1135-39, set / out. 1993.**

Os aspectos físicos e químicos das superfícies dos implantes são base para a discussão do grau de biocompatibilidade dos mesmos, as suas superfícies devem estar isentas de contaminantes que pode ser qualquer limalha ou lascas de metal utilizados na sua confecção ou outros tipos de contaminantes. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar aspectos microtopográficos da superfície de 3 implantes de Titâneo: TF, SP.PRESS, SCREW-VENT.

Cada tipo teve sua superfície examinada por microscópio eletrônico de varredura e a identificação dos elementos ai presentes foi feita com um equipamento de espectroscopia por dispersão de energia, para isso os implantes foram removidos de seu envólucro de modo que suas superfícies não fossem manuseadas, e em seguida foram posicionados e presos sobre uma amostra por adesivo condutor a base de grafite.

No trabalho foi encontrado contaminantes no TF (partículas contendo alumínio) e no SR-PRESS (resíduos picos em ferro) enquanto no SCREW-VENT não foi encontrado nenhuma partícula de contaminante externa, então o que seu processo de limpeza mostrou-se como um dos mais satisfatórios.

Acredita-se que esses contaminantes achados sejam oriundos do processo de manufatura e limpeza dos mesmos. E como sabemos, quanto mais limpa a superfície melhor a integração tecidual, devemos então sempre escolher aqueles implantes com ausência de contaminantes de superfície.

Autor do resumo: **Daniel Romeu B. de Resende**

Unitermos: **Osseointegração,  
Superfície do implante**

**BENGTSON, A. L. BENGTSON, N. G. Efeito da instrumentação endodôntica em molares decíduos. Rev. assoc. paul. cirurg. Dent. v.47, n.5, p 1149-54, set / out. 1993.**

A terapêutica endodôntica em decíduos é um assunto polêmico, uns acham que deve ser limpo o canal e colocar pasta reabsorvível, outros acham que não se deve mexer porque o germe dos permanentes está bem embaixo dos decíduos e as limas ou protoxinas dos canais podem alterar o germe.

Os molares decíduos tem dificuldades causadas pela complexidade morfológica da raiz e dos sistemas de canais bem como a falta de nitidez do limite apical, já que a reabsorção radicular é irregular.

O objetivo desse trabalho foi verificar o comportamento da espessura dentinária remanecente nas raízes de decíduos de molares após a instrumentação com diversos números de limas endodônticas.

Foram extraídos 46 molares inferiores com rizólise inicial, dos quais escolheu-se 44 após a lavagem com Dakin e H<sub>2</sub>O e foram submersos em H<sub>2</sub>O destilada por 20 dias para hidratação, eles foram divididos em 4 grupos - Controle, instrumentados com: 1 lima, 3 limas e 4 limas, todas tipo Keer, eles foram incluídos em resina, e seguiu-se os passos de um tratamento de um canal normal. Após a sua instrumentação, seccionou-se as raízes e realizou-se as leituras dos dados com máquina fotografia e paquímetro.

Podemos dizer então que o uso de 4 números de limas promove alargamento razoável sem comprometer a região apical, a instrumentação deixa os canais mais regulares e retilíneos e a porção de dentina entre o canal e a face externa da raiz é sempre maior do que aquela existente entre o canal e a face da raiz que fica próxima ao germe dentário do permanente. Então a instrumentação é viável desde que bem executada.

Autor do resumo: **Daniel Romeu B. de Resende**

Unitermos: **Tratamento do canal radicular,  
Instrumentação- dentes decíduos**

**ISSAO, M. et al, Efeito da técnica de profilaxia na retenção de um selante para fósulas e fissuras. Rev. assoc. paul. cirurg. Dent, v. 47, n.5, p 1155-59. set ./ out. 1993.**

Sabe-se que a taxa de cárie em superfícies lisas tem diminuído bastante nas últimas décadas, enquanto as da superfície oclusal se mantiveram constantes, 80%, nos últimos 20 anos.

Os selantes tem sido, quando bem indicado, um grande instrumento para prevenção das cáries oclusais, e sabe-se que a profilaxia prévia é de suma importância para sua retenção no dente. Então este estudo objetivou comparar as técnicas de profilaxia com pedras pomes e com dentifício fluoretado.

Foi feito o experimento em 51 crianças de 7 a 12 anos numa clínica particular, onde foram usados 219 dentes permanentes com menos de 2 anos de irrompimento estável. Realizou-se a profilaxia com pedras pomes ou com pasta com flúor (ambos com escova Robson), o procedimento foi de prache mas utilizou-se isolamento relativo e avaliou-se como inadequados os selantes com fraturas parciais, com infiltração ou com perda total.

Após observações concluiu-se que os que foram realizados sob prévia profilaxia com pedras pomes mostraram uma tendência a maiores taxas de retenção.

**Autor: Daniel Romeu B. de Resende**

**Unitermos: Selantes  
Dente permanente-retenção**

**RUSSI, S. et al. Influência da união prévia dos dentes artificiais na confecção das próteses totais. Rev. assoc. paul. cirurg. Dent. v.47, n.4, p 1111-15, jul / ago. 1993.**

As alterações sofridas no posicionamento dos dentes artificiais após a confecção das próteses são fatos comprovados e pesquisados por diversos autores.

Esse estudo tem o objetivo de investigar comparativamente as alterações de posicionamento dos dentes no sentido horizontal após a confecção de PTs utilizando-se: fixação dos posteriores antes da prensagem com resina acrílica e não fixando-se os dentes com resina acrílica e também determinar que fase laboratorial tais alterações ocorriam.

Foram realizados 15 corpos de prova empregando-se modelos obtidos de um molde padrão de silicone, vazados em gesso pedra, que representavam esquematicamente um maxilar inferior. Num modelo padrão inicial, confeccionou-se uma base de prova e fez-se montagem dos dentes, e a escultura, em seguida removeram-se os dentes da cera, confeccionando-se sobre este modelo uma matriz de Velmix, gesso, cuja finalidade era ter, em todos os corpos de prova: a mesma espessura da base de prova, assim como o mesmo posicionamento dos dentes. Realizou-se em seguida pontos de referenciais com 1 mm de diâmetro nos modelos para se ter pontos de referência bem como também em alguns dentes, em seguida promoveu-se a inclusão do modelo na mufla seguindo técnica convencional. Lembrando-se de unir ou não os posteriores com resina. Verificamos que no experimento houve tendência de haver aumento da distância entre os pré e os molares, só que também ocorreram casos de diminuição e de estabilidade também.

Podemos então concluir que a fixação ou não dos dentes antes da prensagem não impede movimentação dos mesmos durante as demais fases laboratoriais e que também durante a fase de inclusão os dentes se movimentam. Então com procedimentos laboratoriais bem confeccionados poderemos seduzir isto impedindo assim o menor desgaste das oclusais dos dentes para se ajustar a oclusão.

Autor do resumo: **Daniel Romeu B. de Resende**

Unitermos: **Dentaduras completas,  
Prótese**

**BONTEMPO, M. Uso da clorela em odontoestomatologia. Rev. assoc. paul. cirurg. Dent. v.47, n.4, p. 1089- 93, jul / ago. 1993.**

Hoje estamos certos que para se ter uma boa saúde bucal, temos que ter também uma boa saúde global, porque uma parte pequena do organismo depende fundamentalmente do conjunto global.

Clorela é uma alga unicelular riquíssima em clorofila, ela evolui proporcionalmente o seu tamanho quanto maior for a quantidade de nutrientes disponível. Pesquisas têm sido realizadas principalmente no Japão onde seu uso hospitalar é corriqueiro.

A Clorela não é um medicamento e sim um complemento alimentar que deve ser sugerido para manter a saúde, na dosagem de 25 mg por quilo de peso do indivíduo por dia, porém para casos de organismos debilitados (Câncer, Aids) essa dosagem pode até triplicar, mas com orientação médica específica.

Na odontologia foi utilizado em experimentos em tumores mandibulares em Hamster e mostrou boa resposta devido a produção do cloreto de beta-caroteno que é anti-tumoral. Ela também foi usada para tratamento de periodontites com ótimos resultados, sob forma de bochechos ou massagens gengivais com extrato concentrado de clorofila e Clorela.

Pode-se também sugerir se a causa da inflamação foi carência da vitamina C ou stress ou ainda pode-se usar a massagem. Aqui recomenda-se 3-4 aplicações diárias, com massagem vigorosa que duram de 10 a 20 minutos.

Convém contudo que o paciente siga a orientação do profissional de saúde e utilize compostos de cloretas naturais, então as cápsulas são mais seguras por serem difíceis de se falsificar.

**Autor do resumo: Daniel Romeu B. de Resende**

**Unitermos: Homeopatia na odontologia- clorela**

**MATSON, E. et al. Clareamento dos dentes vitais. Rev. paul. Odonto., v.15, n.6, p. 28-34, nov. / dez. 1993.**

A estética é um fator essencial na vida moderna, um sorriso bonito, atualmente significa dentes bonitos (quanto a forma, textura, tamanho e cor) e alinhados. Um dente com coloração anormal, tem estimulado os pacientes a procurarem orientação profissional para torná-los mais bonitos/estéticos.

As técnicas para restaurar a normalidade referente a cor pode ser: radical - através de restaurações a base de resinas compostas ou de coroas de cerâmica, ou tratamento conservados - através de técnicas de clareamento quer caseira ou no âmbito do consultório.

O clareamento doméstico/caseiro é a base de peróxido de carbamida a 10% ou de peróxido de hidrogênio aplicados em moldeiras pré-confeccionadas pelo dentista, a aplicação é feita em casa e durante a noite (quando dormimos), enquanto que a de consultório é feita com peróxido de hidrogênio a 35% estimulado por fonte térmica.

Ambas técnicas são boas e têm vantagens e desvantagens. A caseira deve-se tomar cuidado com o efeito sobre os outros tecidos e com sua ingestão que necessita de mais trabalhos para elucidar melhor os efeitos. Enquanto que o de consultório têm que se pesquisar mais sobre o efeito da fonte térmica e sobre o uso ou não do condicionamento ácido.

Vale lembrar que a eficácia do tratamento vai depender também de outros fatores tais como tempo que o dente está pigmentado, profundidade de pigmentação e o que pigmentou o dente.

Devemos então saber que a técnica conservadora deve ser preferível radical e que o cirurgião dentista é quem decide qual das técnicas a ser utilizada de acordo com o caso e com o poder aquisitivo do paciente.

Autor do resumo: **Daniel Romeu B. de Resende**

Unitermos: **Clareamento de dentes vitais**  
**Clareamento doméstico**

**MEDEIROS, U. V. de. Atenção odontológica para bebês, Rev. paul. Odonto. v.15, n.6, p. 18-27, nov./ dez. 1993.**

A odontologia atual, apesar do seu discurso preventivo, tem privilegiado muito pouco tais práticas. O que observa-se na verdade, é a utilização tardia de métodos preventivos, em pacientes com a dentição decídua já comprometida por processos cariosos e com os primeiros molares permanentes ameaçados. Esse quadro é reflexo dos programas preventivos implementados no Brasil nos últimos 30 anos, que direcionam o atendimento para a população a partir dos 6 anos de idade.

Além disso, a população, devido às suas características culturais, acredita não ser necessário o acompanhamento odontológico, até que a dentição decídua esteja completa. A partir desses aspectos, o estudo visou elucidar os principais pontos na abordagem clínica e educativa da gestante e do bebê.

Para tal, abordou o aconselhamento pré-natal, mostrando a necessidade de cuidados clínicos para o estabelecimento de um quadro favorável à saúde bucal da gestante, assim como empreendamos cuidados preventivos enfocando o controle da dieta alimentar e da placa bacteriana e a utilização de suplementos dietéticos.

Também foi discutida a importância da mudança ou atitude dos pais, visando o estabelecimento de hábitos de higiene que favoreçam a saúde bucal de seus filhos, o mais brevemente possível.

Os pais foram orientados na observação de aspectos psicológicos e de crescimento e desenvolvimento e de questões nutricionais e medicamentoso em relação ao período anterior ao surgimento da primeira dentição. Quanto ao período entre o surgimento da dentição e os 2 anos de vida, analisou-se os transtornos ocasionados pela dentição, necessidades de mudança de hábitos, estabelecimento de cuidados preventivos e é a responsabilidade dos pais em assegurar a saúde bucal do bebê.

Então:

- 1) O profissional é responsável por cuidados preventivos e educativos, conscientizando os pais da necessidade de cuidados odontológicos desde a gestação para estabelecimento de um ambiente favorável a saúde bucal;
- 2) A abordagem do profissional propicia uma mudança de postura do paciente;
- 3) Esses cuidados são responsabilidade do profissional para com a saúde bucal do paciente bebê.

Autor do resumo: **Daniel Romeu B. de Resende**

Unitermos: **Saúde bucal**  
**Odontologia preventiva**



**DAMANTE, J.H.; CARVALHO, P.V. de. Contribuição interpretação radiográfica de lesões ósseas produzidas experimentalmente em mandíbulas humanas secas (parte II). Rev. Odont. USP, v.3, n.1, p.277-83, jan./mar. 1989.**

Defeitos ósseos, aproximadamente compatíveis com situações clínicas, foram produzidos no corpo de mandíbulas humanas secas, com brocas de aço tronco-cônicas e esféricas de diferentes gradações. As áreas eleitas foram previamente fotografadas e radiografadas para servirem de controle. Todos os defeitos ósseos foram fotografados e radiografados em cada fase, sendo intercalada a tomada radiográfica com contraste radiográfico.

Foram obtidos os seguintes resultados: a destruição méso-distal do septo interradicular só se tornou evidente após atingir a superfície interna das corticais lingual e vestibular; a manifestação da imagem radiográfica de defeitos confinados ao osso cortical depende da profundidade e amplitude dos mesmos; defeitos produzidos em rebordo alveolar não apresentaram imagem radiográfica perceptível ao nível de osso esponjoso, verificando-se, porém, a imagem de ruptura crescente da cortical do rebordo. O uso de diferentes quilovoltagens não teve influência no aparecimento ou não dos defeitos ósseos.

**Unitermos: Lesões ósseas  
Artefatos, radiografia dentária**

**Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli**

**ZANGIROLAM, N.T. et al. Study of the mechanical resistance of extensive amalgam "restorations" anchored with the aid of threaded pins and amalgapins. Rev. Odont. USP v.3, n.1, p.289-93, jan./mar. 1989.**

Nesse estudo, em ensaios de laboratório (resistência à fratura pela aplicação de força oblíqua  $45^\circ$ ), compararam-se dois tipos de pinos: a) metálicos, rosqueáveis THS (Whaledent) e b) Amalgapinos; usando números múltiplos desses elementos (dois, três e quatro elementos), com e sem ciclagem térmica. A análise cefalostática indicou alta significância entre esses pinos e o amalgapino superou a resistência dos pinos de aço rosqueáveis. A resistência de três ou quatro amalgapinos é semelhante. Notou-se também que dois ou três pinos de aço promoveram resultados iguais. Todos os valores obtidos nos experimentos estão acima do valor da força máxima de mordida que incide sobre a dentição humana. Convém lembrar que as perfurações para amalgapinos são de 1,23 mm de diâmetro e para pinos de dentina são de 0,70 mm, podendo esta diferença ter influenciado estes resultados.

**Unitermos: Amálgama dentário, pinos dentários  
Restauração dentária permanente**

**Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli**

**ESTRIPEAUT, L.E. et al. Hábito de sucção do polegar e má-oclusão: apresentação de um caso clínico. Rev. Odont. USP v.3, n.2, p. 371-76, abr./jun. 1989.**

O hábito de sucção do polegar tem sido significativamente relacionado com as más-oclusões. Esses problemas podem ser observados tanto nas dentaduras decídua e mista, como na permanente. A frequência, duração e intensidade do hábito produz como consequência: mordida aberta anterior, sobressaliência excessiva, vestibuloversão dos incisivos superiores, verticalização dos incisivos inferiores, mordidas cruzadas posteriores e vezes associadas a palato ogival, diastemas entre incisivos superiores e outras características faciais. Segundo alguns autores, quando o hábito persiste por um período prolongado, após os quatro anos de idade, ele é considerado potencialmente como causa de má-oclusão. Neste caso, a intervenção profissional é necessária.

O caso clínico mostra os procedimentos ortodônticos utilizados num caso de mordida aberta anterior e cruzada posterior causadas pelo hábito de sucção do polegar.

Unitermos: **Hábito**  
**Hábito de sucção do polegar**

Autor do resumo: **Emerson Luiz Gazzoli**

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

O objetivo deste trabalho foi avaliar a disponibilidade e retenção de flúor na saliva humana após a escovação e bochecho com flúor. Para isso, dezesseis voluntários foram submetidos a um estudo em quatro etapas com intervalo de uma semana cada, em que cada um deles era submetido s seguintes condições: a)dentifrício placebo; b)dentifrício fluoretado; c)dentifrício placebo/bochecho fluoretado; d)dentifrício fluoretado/bochecho fluoretado. Após cada etapa fazia-se a coleta de saliva nos tempos 0, 3, 9, 15, 30, 45, 60 e 120 minutos onde se media a concentração de flúor.

Os resultados sugerem que os bochechos com fluor são os meios mais efetivos no que se refere retenção de flúor na saliva, isso se deve ao método utilizado (sem enxágue) e quantidade de flúor liberada, porém, a menor retenção decorrente da escovação é compensada pela maior freqüência de utilização deste método.

**Unitermos: Solução fluoretada  
Dentifrício fluoretado  
Retenção oral de flúor  
Saliva**

**Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli**

**TOMITA, N.E.; CASEMIRO, L.A.; SOILA, M. Remineralização de lesões iniciais de cárie: estudo comparativo de dois veículos fluoretados com diferentes níveis de pH e utilização de uma técnica simplificada em relação técnica convencional. Rev. FOB, v.1, n.1/4, p.42-7, 1993.**

Este estudo foi desenvolvido em oito pacientes portadores de mancha branca e que relatavam desenvolver cuidados regulares com a saúde bucal. Sessenta e duas manchas brancas foram remineralizadas. Para isso utilizou-se da técnica convencional (isolamento absoluto) e simplificada (isolamento relativo), sendo também utilizados gel de flúorofosfato acidulado (pH entre 3,6 e 3,9) e gel de Fluoreto de Sódio a 2% (pH entre 6,5 e 7,5). Os resultados permitem as seguintes conclusões: os dois veículos fluoretados, neutro e acidulado, foram eficazes na remineralização; pela técnica convencional o gel neutro apresenta melhores resultados e pela técnica simplificada mostrou-se ligeiramente superior. Ambas as técnicas, simplificada e convencional, tiveram eficiências equivalentes na remineralização das lesões.

Unitermos: **Remineralização**  
**Flúor, gel**

Autor do resumo: **Emerson Luiz Gazzoli**

**MARZOLA, C.; KÖNIG Jr., B. Histometric study of periodontal trauma in dental germs to be transplanted - Scanning Electron Microscopy. Rev. FOB, v.1, n.1/4, p. 48-54, 1993.**

Nesse estudo foram removidos de seus alvéolos germes dentais em diferentes fases de desenvolvimento, juntamente com o folículo pericoronário. Após fixados, os dentes foram observados ao microscópio eletrônico de varredura para detectar possíveis traumas. Traumas foram observados em algumas áreas, resultantes dos movimentos de extração ou da dissecação do folículo pericoronário, apesar dos cuidados na cirurgia.

Os resultados permitiram concluir que a folículo pericoronário quando traumatizado leva reabsorção radicular no local do trauma.

Portanto, a exodontia para os casos de transplantes dentais deve ser a mais conservadora possível. Além disso, os movimentos da mecânica exodontica deverão ser executados apenas na porção coronária. Pelas complicações do aspecto periodontal, parece ser impossível uma perfeita cicatrização num caso de transplante ou reimplante.

**Unitermos: Trauma periodontal  
Germe dental  
Transplantes**

**Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzoli**

ADDE, C.A. et al. Antibioticoterapia profilática em Odontologia. Esquemas terapêuticos em pacientes de risco. Rev. ABO Nac., v.1, n.2, p.26-30, set./out. 1993.

A antibioticoterapia profilática consiste na administração de um agente antimicrobiano à indivíduos com risco maior de desenvolver infecções bacterianas, após procedimentos invasivos. Entre os pacientes de risco, encontramos aqueles com anomalias cardiovasculares congênitas ou adquiridas, portadores de próteses valvares ou ortopédicas, pacientes transplantados ou que tenham recebido órgãos artificiais e pacientes imunodeprimidos. Uma vez que praticamente todos os procedimentos clínicos determinam, na odontologia, uma bacteremia transitória, estas podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de patologias como a endocardite bacteriana, lesões cerebrais, pulmonares, renais e infecções localizadas em diversas regiões.

Pacientes submetidos à antibioticoterapia profilática apresentam 20% a menos de bacteremia em relação à outros não tratados, 5 minutos após avulsão dentária. Os antibióticos atuam reduzindo a magnitude das bactérias na corrente sanguínea por sua atividade bactericida e bacteriostática.

Quando fazer antibioticoterapia profilática:

1. prevenção em pacientes com próteses valvares, com defeitos cardíacos congênitos ou adquiridos, história de febre reumática, história de endocardite bacteriana, presença de marcapasso, prolapso mitral
2. pacientes com órgãos artificiais ou transplantados, próteses ortopédicas e transplantes renais
3. pacientes com síndrome nefrítica
4. pacientes com feridas traumáticas orofaciais
5. pacientes com defesa diminuída por anemia aplástica, lúpus eritematoso, diabetes não controlado, agranulocitose
6. pacientes submetidos a corticosteróides por longo tempo, drogas antineoplásicas, drogas imunossupressoras,

radioterapia

#### **Amoxicilina (1ª opção)**

Adultos 3 g - 1 hora antes do procedimento    Crianças 50 mg/kg - 1 hora antes do procedimento  
1,5 g - 6 horas após a dose inicial                      25 mg/kg - 6 horas após a dose inicial

#### **Eritromicina (2ª opção)**

Adultos 1 g - 2 horas antes do procedimento    Crianças 20 mg/kg - 2 horas antes do procedimento  
0,5 g - 6 horas após a dose inicial                      10 mg/kg - 6 horas após a dose inicial

#### **Clindamicina**

Adultos 300 mg - 1 hora antes do procedimento    Crianças 10 mg/kg - 1 hora antes do procedimento  
150 mg - 6 horas após a dose inicial                      5 mg/kg - 6 horas após a dose inicial

Unitermos: Antibioticoterapia profilática

Antibióticos, uso terapêuticos

Endocardite bacteriana

Septicemia

Autor do resumo: Emerson Luiz Gazzelli

**ANIL, S. et al. Fracture of tooth by internal resorption: case report. Endod. Dent. Traumatology, v.9, p.79-80, April 1993.**

As reabsorções internas geralmente estão associadas a uma inflamação crônica de longa duração na polpa. Podem ocorrer em qualquer dente, mas apresentam maior incidência nos incisivos. É mais comum em mulheres na segunda e terceira décadas de vida. Geralmente são assintomáticas e detectadas em radiografias de rotina. Podem progredir perfurando a raiz, ocasionando uma comunicação entre canal radicular e ligamento periodontal.

Neste caso, um moço de 24 anos relatou mobilidade no primeiro premolar inferior esquerdo há dois dias, sem nenhuma sintomatologia. A gengiva ao redor do dente parecia saudável. Ao exame radiográfico foi observada reabsorção interna extensa, com uma linha de fratura na junção cimento-esmalte.

O fragmento de coroa fraturado foi removido cirurgicamente e o remanescente radicular tratado endodonticamente.

Autor do resumo: **Flávia Leonel.**

Unitermos: **Traumatismo dentário**  
**Fratura radicular**  
**Reabsorção radicular interna**



**BOLZAN, M.C.; SANTOS, J.F.F. Avaliação de sinais e sintomas e diagnóstico de pacientes com disfunção têmporo-mandibular. Rev. Odont. USP, v.5, n.2, p.128-33, jul./dez. 1991.**

Quarenta e cinco pacientes de uma clínica foram avaliados obedecendo um método rigoroso, segundo vários itens. Disfunções intra-capsulares foram identificadas em 84% dos pacientes. Destes, 89% apresentavam má-oclusão, 73% interferências oclusais, 71% apertamento, 63% RC diferente de OC. Dos diagnósticos 63% foram desvio em forma (remodelação), 60% mialgia, sendo esta dor consequência do problema articular ou causa e 45% incordenação cêndilo - disco articular.

Em relação etiologia dois fatores destacaram-se: história de trauma (76%) e travamento (82%).

Confirmou-se que o mau-hábito do apertamento somado a interferências oclusais é causa ou fator de agravamento da disfunção têmporo-mandibular.

Comparando-se pacientes com lesões intra-capsulares e a totalidade de pacientes, observa-se que todos os fatores etiológicos analisados são ligeiramente superiores nos pacientes com lesões intra-capsulares, com exceção do apertamento que apareceu em proporção praticamente igual.

Autor do resumo: **Flávia Leonel.**

Unitermos: **Articulação têmporo-mandibular.**

**ELKINS,C.J.; MACCOURT,J.W. Bond strength of dentinal adhesives in primary teeth. Quintessence Int., v.24, n.4, p.271-3, 1993.**

Scotchbond 2, All-Bond e Amalgambond foram aplicados dentina de 63 dentes decíduos num estudo *in vitro*, seguindo as instruções do fabricante. A resina composta Valux foi colocada numa matriz cilíndrica, aplicada dentina tratada e polimerizada. Após serem termocicladas por aproximadamente 800 ciclos entre 6°C e 60°C, as amostras foram montadas em pedras e colocadas na máquina universal de testes. Elas foram colocadas sob carga contínua até quebrar. A fratura ocorreu na interface dentina-agente de união para todos os materiais testados. A força de união foi significativamente maior nos incisivos que nos molares para os três materiais. A análise dos materiais revelou que a média de força de união para Scotchbond 2 (6.69 MPa) foi significativamente diferente daquela de All-Bond (13.01 MPa) e Amalgambond (13.03 MPa).

**Autor do resumo: Flávia Leonel.**

**Unitermos: Adesivos dentinários, força de união  
Dentes decíduos**

**HOLLAND, R.; BERNABÉ, P.F.E.; NAGATA, M.J.H.; MITSUDA, S.J. Métodos de esterilização dos cones na endodontia. Rev. gaucha Odont., v.38, n.2, p.133-7, mar./abr.1990.**

Estudou-se a efetividade de diferentes meios de esterilização sobre os cones de papel e guta-percha bem como o comportamento biológico destes cones.

Os meios de esterilização utilizados foram: -ambiente com pastilhas de formaldeído por 7 dias -estufa a 160 graus Celcius por uma hora e meia (cones de papel) -soda clorada por 5 minutos (cones de guta-percha).

Dentre os cones estudados, apenas o de papel mantido em ambiente com pastilhas de formaldeído exibiu atividade anti-bacteriana. Os mesmos cones despertaram menor reação inflamatória do tecido conjuntivo subcutâneo do rato aos 7 dias, quando comparados aos cones de papel esterilizados em estufa.

Os diferentes tratamentos efetuados nos cones de guta-percha não determinaram diferenças de resultados. Os dois métodos (pastilhas de formaldeído ou soda clorada) são práticos e aplicáveis clinicamente já que não determinam inconvenientes do ponto de vista biológico como foi comprovado neste estudo.

Autor do resumo: **Flávia Leonel.**

Unitermos: **Esterilização**  
**Cones de papel**  
**Cones de guta-percha**

**KAMSIAN, G.H.; RAMLI, Y.; IDRIS, A.Y. Custom ceramometal pontics in a Kennedy class IV maxillary removable partial denture: A clinical report. Quintessence Int., v.24, n.5, p.311-2, 1993.**

A reposição de dentes anteriores superiores frequentemente é um problema. Utilizando uma técnica na qual os pânticos metalocerâmicos anteriores são seguramente aderidos à armação metálica consegue-se melhorar a estética e a tolerância do paciente.

Nesta técnica confecciona-se uma armação metálica em cobalto-cromo com projeções para a coroa na região anterior da sela. A armação acabada é usada como guia para o enceramento dos pânticos das coroas, a fim de que se ajustem no contorno. Os pânticos são fundidos com um metal de escolha e a porcelana é aplicada pelos métodos habituais.

A armação e as coroas metalocerâmicas são provadas com pasta base vermelha indicadora. A pasta dará uma estimativa da espessura do material que será usado para cimentar as coroas metalocerâmicas às projeções preparadas na armação.

Após a prova, o pântico é removido, glazeado individualmente e posteriormente unido à armação com resina autopolimerizável.

**Autor do resumo: Flávia Leonel.**

**Unitermos: Prótese parcial removível  
Pânticos metalocerâmicos  
Estética**

**PUY, M.C.L. et al. Composite resin inlays: A study of marginal adaptation. Quintessence Int., v.24, n.6, p.429-33, 1993.**

Para avaliar a infiltração marginal de inlays de resina composta pelo método indireto foram confeccionadas, em dentes posteriores extraídos, 10 cavidades MOD com margens em cimento e 10 terminando em esmalte. As restaurações foram fabricadas pelo método incremental de colocação da resina. Em seguida, as inlays já polidas sofreram ataque ácido nas faces internas, uma fina camada de adesivo para esmalte e dentina foi aplicada em todos os dentes e as inlays cimentadas com Dual. As restaurações foram submetidas a ciclagem térmica e em seguida colocadas numa solução de nitrato de prata 50%. As amostras foram submetidas ao microscópio estereoscópico e ao microscópio eletrônico. Os resultados mostraram todas as margens terminando em esmalte ausentes de infiltração marginal e um leve grau de infiltração em duas margens terminando em cimento. Isto correspondeu com a ausência geral de defeitos e valamentos observados ao microscópio eletrônico. A exceção foi nas duas amostras que exibiram penetração de corante, as quais apresentaram material nas áreas marginais.

**Autor do resumo: Flávia Leonel.**

**Unitermos: "Inlays", adaptação marginal  
Resina composta**

**REZENDE, M.T.L.; GOMES, M.A.M.; CURADO, M.P. Estudo das manifestações orais em pacientes envolvidos no acidente radioativo do Césio-137 em Goiânia. Rev. EAP, v.2, p.5-8, jul./dez. 1988.**

Trinta e sete pessoas com diferentes graus de contaminação, com idades entre 3 e 59 anos foram examinadas nos cinco primeiros meses subseqüentes ao acidente com Césio-137. Além do exame clínico procedeu-se uma minuciosa anamnese. Trinta e dois pacientes apresentaram aspectos normais. Um paciente mostrou radiomucosite na região do palato mole e pigmentações escuras na língua, bochecha e lábios, além de radiodermites em várias partes do corpo, imediatamente após o contato com o Césio-137.

Três pacientes examinados 2 meses após o acidente apresentaram candidíase disseminada em toda a cavidade oral com maior concentração no dorso da língua.

A anamnese revelou alteração e perda total do paladar em dois pacientes, imediatamente após o contato com o Césio-137, por aproximadamente 8 dias. Um deles (o mais contaminado) referiu, além da perda do paladar, descamação de todo o epitélio oral e mobilidade de todos os dentes.

Foram realizadas 43 extrações dentárias mas não houve nenhuma complicação pós-cirúrgica.

O exame clínico oral dos pacientes envolvidos no acidente radioativo de Goiânia, até o quinto mês após este evento, não revelou nenhuma condição patológica persistente que pudesse ser correlacionada com o ocorrido.

São necessários novos estudos, com mais recursos diagnósticos e períodos mais longos de observação para verificar se não ocorreram manifestações tardias.

Autor do resumo: **Flávia Leonel.**

Unitermos: **Césio-137**

**Acidente radioativo**

**Manifestações orais**

**FRANCISCHONE, C.E. Quando e porquê o cimento de ionômero de vidro deve ser usado na clínica geral?**

Com o objetivo de conseguir-se um material que fosse biocompatível, tivesse adesão s estruturas dentárias, e ainda, liberasse flúor, Wilson e Kent (1971), desenvolveram o cimento de ionômero de vidro, cujo pó é misturado com o cimento de silicato e é misturado com o ácido poliacrílico, semelhante ao utilizado no líquido dos cimentos de policarboxilato.

Com o passar do tempo inúmeros trabalhos foram desenvolvidos com este material, e uma vez observada as suas boas propriedades, o seu uso clínico começou a ser aumentado.

Hoje, a aplicação do ionômero se torna mais acentuada nos pacientes jovens que apresentam um maior índice de cárie.

As aplicações clínicas do cimento de ionômero de vidro são: forramento de cavidades, restaurações, reconstrução (núcleo de preenchimento), cimentação de restaurações fundidas e selamento de cicatrículas e fissuras pela técnica invasiva e não-invasiva.

**Autor do resumo: Lúcio Mitsuo Kurita**

**Unitermos: Cimento de ionômero de vidro.**

**SILVA E SOUZA JÚNIOR, M. H.; et al. 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.**

A finalidade deste estudo foi determinar a capacidade de vedamento marginal de cinco sistemas adesivos restauradores existentes no mercado.

Foram empregados 40 dentes recém-extraídos por razões ortodônticas. Preparou-se cavidades classe II MOD com a parede gengival localizada 2mm abaixo deste limite. Os espécimes foram divididos em grupos de 8 dentes, e os materiais foram inseridos de acordo com as instruções do fabricante. Os dentes foram submetidos durante uma semana a 105 ciclos térmicos (5° a 55°). Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística, através dos testes de Kruskal Wallis & Miller.

Em relação s margens de smalte, os resultados os resultados mostraram maior desenpenho quando se empregava o sistema ionômero de vidro/Scotchbond/P-30, Scotchbond/P-30 e Bondilite/Herculite, quando comparado ao sistema Gluma/Lumifor. Para as margens de cimento, a eficácia mais acentuada foi para o sistema ionômero de vidro/Scotchbond/P-30 quando comparado aos sistemas ARM/Adaptic e Gluma/Lumifor.

**Autor do resumo: Lúcio Mitsuo Kurita**

**Unitermos: Adesivo dentinário  
Resina composta  
Ionômero de vidro.**



**CARVALHO, L.E.P. et al. Clorexidina em Odontologia. Rev. gaucha Odont. v.39, n.6, p. 423-7, dez/nov. 1991.**

O controle da placa bacteriana, é de grande importância dentro das especialidades odontológicas, para obtenção de melhores resultados durante e após o tratamento, sempre levando em conta a prevenção da cárie e da doença periodontal.

Com a finalidade de auxiliar os métodos convencionais de higienização muitos agentes químicos vêm sendo estudados, entre eles o gluconato de clorexidina.

A clorexidina é a biguanidina, a qual apresenta propriedades catiônicas, alto poder desinfetante, redução da tensão superficial da água, largo espectro antibacteriano tanto para gram-negativos como para gram-positivos e na quantidade que pode ser ingerida não é tóxica para o organismo.

Sua ação se dá através da interação eletrostática de suas cargas positivas com as negativas da parede celular, ocorrendo a ruptura da mesma, precipitando o citoplasma e causando a morte da bactéria. Na placa, age desalojando o  $Ca^{++}$ , que é um fator de adesividade dos microrganismos para a formação da placa dentária, provocando sua desarticulação, o que constitui um aspecto inibitório a sua formação.

O bochecho com 10ml de clorexidina, duas vezes ao dia, a 0,2% reduz significativamente o índice de placa bacteriana após 15 dias de uso.

A clorexidina apresenta alguns efeitos adversos como manchamento dos dentes e língua, perda do paladar e sensação de queimação na língua. Porém esses efeitos podem ser solucionados através de uma profilaxia profissional e escovação da língua junto com o tratamento.

**Autor do resumo: Lúcio Mitsuo Kurita**

**Unitermos: Placa bacteriana  
Controle  
Clorexidina.**

**TRINDADE, C.S. et al. Tratamento endo-periodontal não relacionado. Odont. Capixaba, v.19, n.20, p.52-4. 1991**

O artigo relata o atendimento de um paciente do sexo masculina, 33 anos de idade, no ambuatório da Faculdade de Odontologia da UFES.

Clinicamente o paciente apresentava uma excessiva mobilidade do ICSD e escurecimento do ICSE e radiograficamente foi detectada uma reabsorção óssea vertical, obturação do ICSE com cone de prata extravazado apicalmente e nitidamente em fase de corrosão, não preenchendo mais totalmente o canal. Havia também um ligeiro espessamento periapical.

Foi realizado o retratamento endodôntico. Após a remoção do cone de prata e a instrumentação foi feito um curativo de demora com uma pasta a base de  $\text{Ca(OH)}_2$  P.A., com a finalidade de alcalinizar o pH, neutralizar os produtos tóxicos do canal e promover reparação tecidual ao nível do periápice. Após 72 horas foi feita a obturação com cones de guta percha devido ao fato de eles proporcionarem um melhor selamento hermético do canal.

Duas semanas após, foi realizado o tratamento periodontal. Foi realizada uma curetagem inicial da bolsa e raspagem subgingival e uma terapia profilática com Penvê-oral por 48 horas antes da intervenção cirúrgica. Foi feito então um Retalho de Widman Modificado devido ao fato que este procedimento não sacrificar extensas áreas de tecido mole inflamado e não provocar deslocamento apical da margem gengival (importante para a estética). Depois foi feita a esplintagem dos incisivos para auxiliar a reparação do periodonto.

Eliminando a causa da lesão periapical e da bolsa periodontal existentes, criou-se condições adequadas para a regeneração do tecido ósseo de suporte, evitando assim a perda dos dentes.

**Autor do resumo: Lúcio Mitsuo Kurita**

**Unitermos: Retratamento endodôntico  
Retalho de Widman Modificado.**

**ROLDI, A.; LEONARDO, M.R.; LIA, R.C.C. Avaliação histológica da ação de um fármaco utilizado como curativo de demora em bioulpectomias. Odont. Capixaba, v.19, n.20, p.5-8. 1991.**

Durante a execução do tratamento endodôntico são necessários minuciosos cuidados com o objetivo de minimizar as injúrias, concorrendo desta forma para a preservação do "coto pulpar" e tecidos periapicais e em determinadas situações torna-se necessária a utilização de "curativo de demora" como complementação ao preparo biomecânico dos canais radiculares. A maioria dos medicamentos utilizados como curativo de demora é irritante aos tecidos periapicais, mas algumas associações de corticosteróides e antibiótico têm demonstrado bons resultados com relação preservação da vitalidade da região apical.

Dezesseis dentes (segundos e terceiros molares de quatro cães) foram isolados e preparados biomecanicamente até a lima nº 40. Os cães estavam sob anestesia geral e a irrigação foi feita com o líquido de Dakin (hipoclorito de sódio a 0,5%). Os curativos foram feitos com algodão estéril e embebido em corticosteróide e antibiótico (Otomixyn) na câmara pulpar e o selamento da abertura coronária foi feito com cimento de ZOE com acetato de zinco.

Após 72h, e sete dias foram feitas análises histológicas com o objetivo de examinar as condições dos remanescentes conjuntivos das ramificações do delta apical.

No grupo pertencente a associação corticosteróide antibiótico foi verificada uma integridade dos remanescentes conjuntivos no delta apical, no período de sete dias, enquanto que em 72h observou-se a presença de uma certa necrose superficial. Este aspecto por si só sugere uma não interposição, pelo menos marcante, do efeito tóxico dos corticosteróides na reparação, pois houve permissão de reestruturação tecidula no período final.

Autor do resumo: **Lúcio Mitsuo Kurita**

Unitermos: **Medicação intra canal.**

**CARVALHO, R.M. et al Resina composta indireta para dentes posteriores. Relato de caso clínico.**

Foi utilizado o sistema E.O.S. da Vivadent para a conexão de uma restauração de resina composta, pela técnica indireta, em um dente posterior. Esta técnica é utilizada com o intuito de reduzir a infiltração marginal que ocorre devido a fendas que ficam na interface dente restauração, principalmente na cervical. Estas fendas se originam pela contração de polimerização da resina e também devido ao seu coeficiente de expansão térmica ser diferente do dente.

Na técnica indireta a restauração é confeccionada fora da boca e posteriormente é cimentada no preparo. Pela quantidade de cimento resinoso utilizada ser pequena a contração é diminuída, o que conseqüentemente diminui também a infiltração marginal.

O preparo cavitário deve ser realizado dando-se uma ligeira expulsividade às paredes circundantes e arredondando os ângulos internos. Em qualquer profundidade maior encontrada é feita a proteção com o cimento de  $\text{Ca(OH)}_2$  e regulariza-se as paredes com cimento de ionômero de vidro.

No sistema E.O.S. a moldagem é feita com o material de moldagem "Red-Phase" e o molde a partir do qual se obterá o troquel é confeccionado com o material "Blue-Phase". A incrustação é confeccionada com a resina disponível no conjunto e a polimerização é feita em camadas incrementais. Antes de se realizar a prova no preparo é feito um desgaste suave na superfície interna da incrustação. Para a cimentação o esmalte foi condicionado com ácido fosfórico a 37% por 30 seg. e depois foi aplicada uma camada de agente de união. A cimentação foi feita com o cimento resinoso DUAL (Vivadent) que tem dupla polimerização, então deve aplicar-se a luz halógena por pelo menos 40 seg. nas margens da restauração, depois a polimerização química continua assegurando a polimerização total do cimento.

**Autor do resumo: Lúcio Mitsuo Kurita**

**Unitermos: Resina composta, técnica indireta.**

**LEITE, M.C.M. Caso clínico. Pode-se evitar a apicectomia em alguns casos. Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent. v.46, n.6, p.921-2, nov/dez. 1992.**

Um paciente de 28 anos chegou a um especialista com a indicação para uma apicectomia, uma vez que o clínico acreditava que seria a única maneira de se resolver o problema. Diante da recusa do paciente a se submeter a uma cirurgia, foi explicado ao mesmo que havia possibilidade de se salvar o dente somente com o retratamento de canal, porém sem a garantia de que no futuro a cirurgia não fosse necessária.

O dente, um incisivo lateral superior direito, havia sido obturado a aproximadamente 12 anos e radiograficamente observou-se a presença de um instrumento fraturado no terço apical da raiz; ao exame clínico constatou-se sensibilidade à percussão.

O retratamento foi iniciado e após a instrumentação foi feito um curativo de demora com PMCC. Após dois dias o dente apresentava dor espontânea e dores intensas à percussão. O dente foi deixado aberto e receitou-se um analgésico. No dia seguinte o paciente voltou com dores espontâneas fortes, dor à palpação e percussão e mobilidade. Manteve-se o dente aberto e receitou-se um antibiótico. Três dias depois o dente só apresentava uma ligeira dor à percussão, então foi feito um curativo com dexametasona e PMCC. Uma semana depois todos os sinais e sintomas haviam desaparecido e o dente foi então obturado.

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

Unitermos: **Retratamento endodôntico**  
**Apicectomia.**

**GIAMPAOLO, E.T. Reabilitação com PPR. Rev. gaúcha Odont., v.41, n.2, p.81-8, mar./abr. 1993.**

O restabelecimento da oclusão de pacientes parcialmente desdentados se torna mais complexo à medida que aumenta o espaço protético, levando à perda da contenção de oclusão e à diminuição da dimensão vertical. A recuperação destes aspectos está na dependência do rebordo alveolar do paciente. Para contornar problemas advindos da reabsorção do osso alveolar, utilizam-se meios de manutenção da dimensão vertical e da contenção cêntrica pelos dentes naturais, por exemplo através da premolarização dos caninos. Todavia esse planejamento eleva o custo do tratamento. Para contornar esse problema é relatado neste artigo, um caso clínico utilizando a própria estrutura metálica da PPR para restabelecer os pontos em questão. O paciente deste trabalho era portador de arco superior classe I onde restavam os dentes 13 a 23, e inferior classe II, cujo dente pilar era o 43. Os caninos superiores apresentavam-se hígidos e com bom suporte periodontal, e por isso foram utilizados para fornecer a contenção cêntrica e a dimensão vertical. Na confecção da infra-estrutura, por lingual destes dentes, foi realizado um platô para que as cúspides do 43 e a cúspide vestibular do 34 pudessem ocluir. Para melhorar a eficiência mastigatória e preservar os pontos de contato cêntricos foram feitas oclusais metálicas fundidas nos dentes artificiais.

**Autor do resumo: Adriana Cecília Magro.**

**Unitermos: PPR**

**Contenção de oclusão  
Dimensão Vertical**

**STOKES, A.N. et al. Effect of peroxide bleaches on resin-enamel bonds. Quintessence Int., v.23, n.11, p.769-71, Nov. 1992.**

O clareamento é um método conservativo para o tratamento de dentes com manchas intrínsecas. Porém há o risco dos agentes clareadores oferecerem algumas desvantagens como alterar a união da resina ao esmalte. Este estudo foi realizado para determinar a resistência ao cisalhamento da união de uma resina fotoativada ao esmalte humano condicionado, e comparar esses valores com os obtidos com esmalte que foi submetido ao clareamento. Trinta terceiros molares foram divididos em 3 grupos: controle (não tratado); esmalte tratado com peróxido de hidrogênio a 35% por 2h; e esmalte tratado com gel de peróxido de carbamida por 14 dias. Todos os dentes foram desgastados previamente ao tratamento para apresentarem uma superfície de esmalte plana. Sobre este esmalte, após o condicionamento ácido com ácido fosfórico 37%, aplicação de adesivo e colocação de uma fita de polietileno com 4 mm de diâmetro, foram polimerizados cilindros de resina composta. A força de resistência ao cisalhamento foi determinada para cada espécime. Observou-se que a média de resistência ao cisalhamento da união resina-esmalte, após o pré-tratamento com peróxido de hidrogênio e peróxido de carbamida foram significativamente menores que aquelas do controle. O clareamento externo com estes materiais previamente a procedimentos adesivos pode reduzir a qualidade da união resina-esmalte.

Autor do resumo: **Adriana Cecília Magro.**

Unitermos: **Clareamento**  
**Resina composta**  
**Resistência ao cisalhamento**

**PERETZ, B.; BREZNIAK, N. Fusion of primary mandibular teeth: report case. J. Dent. Child., v.59, n.5, p.366-8, Sep./Oct. 1992.**

A fusão de dentes é a união embriológica de dois órgãos dentais durante o desenvolvimento sendo mais comum na dentição decídua principalmente nos incisivos inferiores. A fusão pode retardar a reabsorção e esfoliação do dente decíduo. O presente caso clínico relata o tratamento e acompanhamento de uma criança que apresentava o incisivo lateral e canino inferiores fusionados. O paciente tinha 8 anos e apresentava uma assimetria no número de dentes, sendo que existiam 6 dentes no lado esquerdo e 5 do lado direito. O incisivo lateral direito apresentava uma coroa bifida alargada resultante da fusão dos dentes citados, que foi confirmada pelo exame radiográfico. Verificou-se por análise ortodôntica que a fusão tinha interferido na irrupção do incisivo lateral permanente. Optou-se por separar os dentes fusionados e extrair o incisivo lateral decíduo além de realizar pulpotomia no canino decíduo. Oito meses após a separação o incisivo lateral permanente irrompeu no lugar. Este procedimento tornou possível uma cópia do processo natural de desenvolvimento, com a interceptação de uma futura má oclusão.

Autor do resumo: **Adriana Cecília Magro.**

Unitermos: **Fusão de dentes**



**REILY, S. et al. Tooth eruption in failure to thrive infants. J. Dent. Child., v.59, n.5, p.350-2, Sep./Oct. 1992.**

O propósito deste estudo foi avaliar possíveis distúrbios na erupção dentária em crianças com problemas de desenvolvimento comparando com um grupo controle. A pesquisa foi realizada pelo exame de 2608 crianças nascidas em 1986. Os critérios para identificação de problemas de desenvolvimento levavam em conta: nascimento na época correta, peso para a idade e retardos de crescimento. A erupção foi considerada como estabelecida se a ponta de cúspide houvesse penetrado no tecido mole. Um total de 44 crianças com falhas de crescimento não orgânicas foram avaliadas sendo que as principais falhas foram peso severamente inferior ao normal, menor estatura e redução da circunferência da cabeça. Possivelmente estes problemas estejam associados a má nutrição. Verificou-se que o número de dentes irrompidos foi bem maior no grupo controle (de crianças normais) sugerindo que existe uma relação entre a erupção da dentadura decídua e o crescimento pós natal.

**Autor do resumo : Adriana Cecília Magro**

**Unitermos: Erupção dentária  
Desenvolvimento**

**ASAD, T. et al. The effects of various disinfectant solutions on the surface hardness of an acrylic resin denture base material. Int. J. prosthodont., v.6, n.1, p.9-12, Jan./Feb. 1993.**

Cada vez mais a consciência da importância do controle de infecções nas clínicas odontológicas tem aumentado. A contaminação do pessoal odontológico de laboratório pode ocorrer por dentaduras contaminadas e também por agentes de polimento e instrumentação, daí a necessidade de técnicas de desinfecção para evitar tal contaminação. Este estudo avalia o efeito de várias soluções desinfetantes na dureza superficial de uma resina acrílica usada para base de dentadura. Foram usados três desinfetantes: Cidex long life, Dermacol e clorexidina aquosa. A base para dentadura utilizada foi a Trevalon que foi polimerizada em blocos retangulares num total de 7 espécimes. Um destes espécimes foi testado em ar como controle e os demais testados após imersão em solução desinfetante por 1 dia e por 7 dias. Após o período de imersão foi realizado o teste de microdureza. Os resultados não encontraram diferença significativa na microdureza superficial dos espécimes após imersão em qualquer das substâncias testadas no período de 24 horas. Já a imersão por 7 dias em clorexidina e glutaraldeído produziu uma redução significativa na dureza superficial.

**Autor do resumo: Adriana Cecília Magro.**

**Unitermos: Prótese total  
Desinfecção**

**RUNDEGREN, J.; ARNEBRANT, T. Effect of Delmopinol on viscosity of extracellular glucans produced by *Streptococcus mutans*. Caries res., v.26, p.281-5, July/Aug. 1992.**

O delmopinol tem demonstrado reduzir a quantidade de placa em bocas artificiais e, *in vivo*, levar à formação de placa mais facilmente removível. No presente estudo foi testado o efeito do delmopinol na viscosidade de glucanos. A viscosidade foi medida para glucanos formados a partir do crescimento de bactérias no delmopinol, e glucanos sintetizados de sucrose contendo delmopinol. A adição de delmopinol nos testes para glucanos pré formados não afetou a viscosidade. Porém quando o delmopinol estava presente durante a síntese de polissacáridios houve redução da viscosidade tanto de glucanos solúveis em água quanto nos não solúveis, em cerca de 50%. Os resultados indicam que a estabilidade da matriz de placa *in vivo* após o tratamento com o delmopinol pode ser diminuída levando a uma redução da coesão da placa e facilitando sua remoção.

Autor do resumo: **Adriana Cecília Magro.**

Unitermos: **Delmopinol**  
**Glucano**  
***S.mutans***  
**Viscosidade**

**FEJERSKOV, O. et al. Effect of sugarcane chewing on plaque pH in rural Kenyan children. Caries res., v.26, p.286-9, July/Aug. 1992.**

O objetivo deste estudo foi explorar o possível potencial cariogênico do consumo de açúcar de cana e bochechos com sucrose pela comparação das flutuações do pH da placa em crianças rurais do Kenyan com pobre higiene oral e com, pelo menos, 2 cavidades cariosas na superfície oclusal. Foram examinadas 7 crianças pela manhã de dois dias consecutivos. No primeiro dia elas bochecharam 10 ml de uma solução de sucrose a 10% por um minuto e no segundo dia mastigaram açúcar de cana por 3 minutos. O pH foi medido em 4 sítios interproximais não cariados sendo um em cada quadrante. A medição foi realizada por um microeletrodo de paládio conectado a um medidor de pH operado por bateria. Verificou-se que houve uma diferença significativa no pH da maxila e mandíbula, sendo os menores valores encontrados na maxila. Após a mastigação com açúcar de cana a queda do pH foi menos pronunciada que para a sucrose e dentro de 5-10 minutos os valores retornaram ao pH anterior bem mais rápido do que quando se bochechou sucrose. Essa diferença provavelmente resulta da estimulação do fluxo salivar associada com a mastigação.

**Autor do resumo: Adriana Cecília Magro.**

**Unitermos: Açúcar de cana  
pH da placa em crianças**

**BEAZLEY, V.C. et al. Effect of mouthrinses with SnF<sub>2</sub>, LaCl<sub>3</sub>, NaF and chlorehedine on the amount of plioiteicoic acid formed in plaque. Scand. J. dent. Res., v.88, p.193-200, 1980.**

Os autores pesquisaram, *in vivo*, o efeito de alguns cátions sobre a quantidade de ácido lipoteicóico, formado na placa dentária. O trabalho foi realizado em duas etapas. Na primeira, 5 estudantes realizaram 6 programas de bochechos, cada um dos quais com duração de 4 dias. Os bochechos foram executados por um minuto, a cada duas horas, com 10 ml de cada uma das soluções-teste: fluoreto estanoso a 0,05%, gluconato de clorexidina a 0,05%, cloreto de lantânio a 0,3%, fluoreto de sódio a 0,05%, xilitol a 15% e sacarose a 15%, sendo que os dois últimos foram considerados controle. Após 5 minutos do bochecho, com qualquer uma das 4 primeiras substâncias, realizou-se um bochecho adicional com solução de sacarose a 15%. A segunda etapa envolveu um grupo de 10 estudantes, que executaram bochechos 4 vezes ao dia, por uma semana, com uma solução de sacarose. Na semana seguinte, bochecharam 4 vezes ao dia com a mesma solução de sacarose e 3 vezes ao dia com uma solução de fluoreto estanoso a 0,05%. As amostras da placa eram coletadas após cada programa de bochecho, feita uma suspensão de placa e então divididas para análise de proteínas, de carboidratos e estimativa de ácido lipoteicóico. Observaram que a quantidade total de placa formada e o teor de ácido lipoteicóico foram reduzidos na placa de sacarose pela clorexidina e pelo fluoreto estanoso utilizados nos bochechos e também quando o xilitol substituía a sacarose, não havendo efeito significativo nem com o cloreto de lantânio, nem com o fluoreto de sódio. Além disso, observaram que os programas de bochechos produziram mudanças na aparência clínica da placa.

**Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos**

**Unitermos: Bochecho  
Clorexidina**

**ELLINGSEN, J.E. et al. The effects of stannous and stannic ions on the formation and acidogenicity of dental plaque "in vivo". Acta odont. scand, v.38, p.219-22, 1980.**

Os autores compararam o efeito do íon estanho do fluoreto estanoso e o íon estanho do cloreto estânico sobre a formação e acidogenicidade da placa dentária "in vivo". O estudo sobre a inibição da placa foi dividido em 3 séries e cada série teve uma duração de 4 dias. A amostra constou de 5 estudantes de odontologia que após a profilaxia profissional, suspenderam a higiene bucal habitual e, para aumentar a formação de placa dentária, bochecharam 8 vezes ao dia com 10 ml de solução de sacarose por 1 minuto. Na primeira série, bochecharam com 10 ml de água destilada, com a finalidade de obter uma base para os índices de placa na presença de sacarose. Na segunda série, os estudantes usaram 10 ml de uma solução aquosa de fluoreto estanoso a 0,2%, recém-preparada. Na terceira e última série, bochecharam com 10 ml de solução aquosa de cloreto estânico a 0,2%, também recém-preparada. Todos os bochechos foram realizados 2 vezes ao dia, por um minuto. No estudo sobre a inibição da produção ácida, participaram 3 estudantes, que suspenderam a higiene bucal habitual nos 3 dias anteriores ao experimento e durante esses 3 dias bochecharam com 10 ml de solução de sacarose por um minuto, 8 vezes ao dia. O pH da placa foi medido "in situ" em 2 dentes diferentes, após o bochecho de sacarose e 10 minutos, 2 horas e 7 horas após o bochecho com as soluções-teste. O íon estanho do fluoreto estanoso mostrou uma atividade inibitória marcada sobre a formação da placa dentária e um efeito na redução da acidogenicidade da mesma "in situ", enquanto que o íon estanho do cloreto estânico mostrou um leve efeito sobre a formação da placa dentária e nenhum efeito na redução da acidogenicidade. Esses resultados apóiam o conceito de que o íon estanho do fluoreto estanoso reduz a atividade metabólica da placa por oxidação dos grupos tiol e por afinidade por estes grupos, o que não ocorre com o íon estanho do cloreto estânico. Os autores consideraram provável que a redução da atividade metabólica da placa seja o fator principal da inibição desta e que o leve efeito de inibição sobre a placa pelos íons estanho do cloreto estânico pode ser resultado de uma inibição de adsorção que evita que este íon tenha efeito direto sobre o metabolismo da placa.

**Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos**

**Unitermos: Placa, formação;  
Placa, acidogenicidade  
Estanho, metabolismo**

**OPPERMAN, R.V.; JOHANSEN, J.R. Effect of fluoride and non fluoride salts of cooper, silver and tin on the acidogenicity of dental plaque "in vivo". Scand. J. dent. Res., v.88, p.476-80, 1980.**

Os autores, com o propósito de avaliar o efeito inibidor dos fluoretos e de compostos metálicos sobre a acidogenicidade da placa dentária, realizaram um estudo com 4 voluntários, com idades entre 19 e 22 anos que após terem ingerido sacarose por 3 dias, para promover a formação de placa, receberam aplicação tópica com cada uma das soluções: fluoreto de prata (5 mM), nitrato de prata (5 mM), fluoreto de cobre (5 mM), sulfato de cobre (5 mM), fluoreto estanoso (5 mM) e fluoreto de sódio (10 mM), sendo que o pH desta última foi ajustado em 5,0, adicionando ácido acético. Usou-se como controle, nitrato de sódio e o sulfato de sódio. As medidas do pH da placa, na presença de sacarose, foram realizadas antes e após a aplicação das diferentes soluções. Os sais de cobre e prata revelaram-se mais efetivos que o fluoreto estanoso nas 4 primeiras horas, após a aplicação e o fluoreto de sódio foi o menos efetivo, apesar de ter sido abaixado o pH da solução para 5,0. Os autores concluíram que a atividade inibitória parece ser dada pelos cátions e que outras propriedades de retenção explicariam a alta efetividade observada pela prata e pelo cobre.

Autor do resumo: **Carlos Ferreira dos Santos**

Unitermos: **Fluoretos, inibição da placa.**

**TINANOFF, N.; CAMOSCI, D.A. Microbiological, ultrastructural and spectroscopic analyses of the anti-tooth-plaque properties of fluoride compounds "in vitro". Arch. oral Biol., v.25, p.531-543, 1980.**

Os autores utilizaram o crescimento de bactérias sobre o esmalte *in vitro*, para pesquisar o efeito da exposição diária, por 1 minuto, 2 vezes ao dia, de soluções fluoretadas sobre a formação de placa. Foram testados os seguintes compostos: fluoreto de sódio (pH 5,3), fluoreto estanoso (pH 3,8) e hexaflúor estanato de sódio (pH 3,5), numa concentração de 100 ppm de flúor; fluoreto estanoso (pH 2,9) e fluoreto de sódio (pH 3,8) em concentrações de 250 ppm de flúor. Foram também testados: cloreto estanoso (pH 3,8) e cloreto estanoso (pH 2,9) equimolar ao estanho do fluoreto estanoso a 100 ppm de flúor e 250 ppm de flúor, respectivamente, para comparar o possível efeito do íon estanho. Após 2 dias, a quantificação microbiana do número de células aderentes de *S. mutans*, *S. sanguis* e *Actinomyces viscosus* mostrou que em todos os casos, o fluoreto estanoso a 100 ppm e 250 ppm de flúor reduziu significativamente as bactérias, enquanto que o fluoreto de sódio a 100 ppm de flúor, o cloreto estanoso (Sn equimolar ao fluoreto estanoso) a 100 ppm de flúor e hexaflúor estanato de sódio a 100 ppm de flúor, não produziram mudanças significativas. A microscopia eletrônica dos espécimes de *S. mutans* expostos ao fluoreto estanoso a 250 ppm de flúor revelou separação bacteriana do esmalte e várias alterações morfológicas das células entre si. Grânulos eletronicamente densos, identificados como estanho pela microprova eletrônica também foram notados nas bactérias expostas ao fluoreto estanoso. A espectrofotometria de adsorção atômica de espécimes processados da mesma maneira revelou elevados níveis de estanho nas amostras de placa tratadas com fluoreto estanoso, mas não com o cloreto estanoso. Os autores consideraram que essas descobertas confirmam o ponto de vista de que o fluoreto estanoso tem propriedade antiplaca e que sua ação pode ser devida ao acúmulo de estanho nas bactérias, o que não ocorre com o uso de cloreto estanoso.

Autor do resumo: **Carlos Ferreira dos Santos**

Unitermos: **Fluoretos, crescimento bacteriano.**



**TINANOFF, N. et al. Effect of stannous fluoride mouthrinse on dental plaque formation. J. clin. Periodont., v.7, p.232-41, 1980.**

Os autores desenvolveram um estudo em 29 adultos com a idade entre 20 e 36 anos, para testar a eficácia de bochechos de fluoreto estanoso a 0,1% (250 ppm de flúor) sobre a formação de placa dentária, utilizando os critérios clínico e microbiológico. Inicialmente foi feita uma profilaxia profissional, após a qual um grupo de participantes fez bochechos 2 vezes ao dia, com 10 ml de solução de fluoreto estanoso e outro grupo, com solução placebo, de modo semelhante, com suspensão das medidas de higiene bucal, durante 5 dias. Após um intervalo de 2 dias, durante o qual foram reiniciadas as medidas de higiene bucal, realizou-se uma nova profilaxia profissional e foram novamente implantados os bochechos, com alternância das soluções entre os participantes, por mais 5 dias. Os dados clínicos coletados no final de cada período experimental incluíram o índice gengival (Loe e Silness) e escores de placa descritos por Hartens e Meskin em 1972. A placa supragengival, removida de cada indivíduo ao final dos períodos experimentais, era pesada e feito o registro microbiano. Os resultados mostraram que após os bochechos com fluoreto estanoso havia reduções estatisticamente significantes no peso líquido da placa e no número total de bactérias por amostra. Os escores visuais de placa apresentavam redução, como resultado do bochecho com fluoreto estanoso. Os autores concluíram que, além do efeito anticariogênico do fluoreto estanoso, que consiste em aumentar a resistência do esmalte desmineralização, esse agente é capaz de reduzir a formação de placa, recomendando estudos a longo prazo para examinar os benefícios do fluoreto estanoso no controle da doença periodontal inicial.

**Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos**

**Unitermos: Placa, formação  
Placa, inibição**

**ELLINGSEN, J. E. et al. Effect on plaque formation and acidogenicity of stored aqueous solutions of stannous fluoride. Scand. J. dent. Res., v.90, 429-33, 1982.**

Os autores afirmaram que pesquisas realizadas em diversos laboratórios têm mostrado que soluções aquosas e diluídas de fluoreto estanoso, recém-preparadas, exibem atividade inibidora de placa e também reduzem a atividade metabólica da placa dentária *in vivo*. Realizaram, então, um estudo para avaliar as possíveis mudanças no efeito de soluções de fluoreto estanoso, preparadas e armazenadas, sobre a formação e metabolismo da placa dentária *in vivo*. Procuraram correlacionar tais mudanças com as reações químicas ocorridas nas soluções armazenadas. Os resultados mostraram que as soluções aquosas de fluoreto estanoso, armazenadas após 24 semanas, apresentavam um efeito reduzido sobre a acidogênese da placa, sendo acompanhado de concentrações reduzidas de íon estanho e diminuição do pH da placa dentária. O efeito inibidor de placa, entretanto, foi mantido inalterado, indicando um mecanismo diferente para essa atividade. As soluções recém-preparadas e as com uma semana de armazenagem causaram significativa redução na produção ácida da placa até 24 horas após a aplicação, enquanto que soluções com mais de 8 semanas de armazenagem apresentaram efeitos similares apenas até 7 horas após sua aplicação. Por outro lado, ficou evidente no estudo que as soluções de fluoreto estanoso armazenadas causavam mais manchas dentárias que as soluções recém-preparadas e essas manchas não podiam ser totalmente removidas pela escovação feita pelo próprio paciente, com dentifício.

**Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos**

**Unitermos: Fluoreto estanoso, armazenamento  
Fluoreto estanoso, inibição da placa**

**YANKELL, S.L. et al. Clinical effects of using stannous fluoride mouthrinses during a five day study in the absence of oral hygiene. J. Periodont. Res., v.17, 374-9, 1982.**

Os autores realizaram um estudo clínico com o propósito de avaliar as propriedades antiplaca e antigengivite do fluoreto estanoso, em concentrações de 250 ppm e 1000 ppm de flúor, usado como bochecho, 2 vezes ao dia, durante 5 dias, suspendendo-se a higiene bucal habitual. Participaram 48 adultos, divididos em 3 grupos, sendo que o primeiro grupo realizou bochechos com 15 ml de solução placebo; o segundo, com 15 ml de solução de fluoreto estanoso, em concentração de 250 ppm de flúor e o terceiro grupo bochechou com 15 ml de solução de fluoreto estanoso a uma concentração de 1000 ppm de flúor. Cada bochecho teve uma duração de 30 segundos. Os autores observaram que a formação de placa foi significativamente mais baixa nos 2 grupos que utilizaram fluoreto estanoso, embora não fossem notadas mudanças no índice gengival (Loe e Silness). Os bochechos com fluoreto estanoso reduziram significativamente a contagem bacteriana da placa, sendo observada uma redução de 74 a 80%, quando foi utilizado o fluoreto estanoso a 250 ppm de flúor e uma redução de 90 a 99% no grupo de 1000 ppm de flúor, quando comparado solução placebo. Os bochechos com fluoreto estanoso inibiram também a queda do pH na placa, após o uso de uma solução com sacarose a 5%.

**Autor do resumo: Carlos Ferreira dos Santos**

**Unitermos: Fluoreto estanoso, contagem bacteriana  
Fluoreto estanoso, pH da placa**

**KELMAN, M. B.; DUARTE, C.A. O Freio labial superior e a sua influência na Ortodontia e Periodontia. Revisão de Literatura. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., V. 45, n.5, p.581-584, set./out. 1991.**

Através de uma revisão de literatura, buscou-se uma resposta para tentar direcionar melhor a indicação cirúrgica para o freio labial superior, levando-se em consideração o tratamento ortodôntico e periodontal, bem como avaliar as eventuais sequelas clínicas desta conduta operatória.

Pelo que se infere na literatura abordada, poucos autores realizaram estudo experimental a respeito da relação freio labial e diastema. Muitos autores também combinam procedimentos cirúrgicos e ortodônticos para o fechamento de diastemas.

Assim, a partir de uma farta revisão de literatura, quatro conclusões foram tiradas, sendo a primeira a de que o diastema entre os incisivos centrais superiores pode ser causa de um freio labial hipertrófico, a segunda é a indicação de frenectomia a partir dos 12 anos de idade. Em outra conclusão a regressão do diastema ocorre apenas com o tratamento ortodôntico e finalizando a frenotomia pode ser indicada nos casos onde o freio labial impedir ou dificultar o controle da placa bacteriana.

**Autor do resumo: Marcelo Chacon**

**Unitermos: Freio labial  
Placa bacteriana**

**MAGRO FILHO, O.; MELO, M. S. de; MARTIN, S. D. Métodos de esterilização, Desinfecção e Paramentação utilizados pelo Cirurgião-Dentista e auxiliar no consultório odontológico. Levantamento entre os profissionais. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 45, n.5, p.589-592, set./out. 1991.**

O propósito deste trabalho é verificar a aplicação das normas básicas de esterilização, desinfecção e paramentação utilizadas rotineiramente pelo cirurgião-dentista e auxiliar no consultório odontológico.

Estudou-se uma população de 107 cirurgiões-dentistas particulares, e através do Correio foram enviados questionários e depois de analisados concluiu-se:

- a) Os cirurgiões-dentistas e os seus auxiliares não estão se paramentando adequadamente para proporcionar a sua segurança e a dos pacientes.
- b) O cirurgião-dentista e auxiliar estão em contato com doenças infecto-contagiosas, podendo desse modo agir como disseminadores das mesmas

Autor do resumo: **Marcelo Chacon.**

Unitermos: **Cirurgião- Dentista**  
**Doenças infecto-contagiosas**

**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.**

Alguns aspectos foram abordados e relacionam-se a etiologia das cáries rampantes. Neste sentido, procurou-se dar ênfase a cada uma das possíveis causas além das suas implicações.

Para a etiologia das cáries rampantes, especificamente da cárie de mamadeira, consideram-se três os seus fatores determinantes: os carboidratos, as enzimas bacterianas, e a composição química do dente, Associado a isto tem-se a diminuição do fluxo salivar durante a noite proporcionando um meio de cultura ideal para a proliferação de microorganismos acidogênicos. Outras causas também foram associadas cárie rampante e a partir disso concluiu-se que a falta de prevenção e intervenção nos estágios iniciais da cárie leva a fazer um alerta para os pais a fim de não originar problemas futuros, bem como se deve salientar a importância do diagnóstico precoce pelo profissional e a orientação que deverá ser dada aos pais com o intuito de conscientizá-los.

**Autor do resumo: Marcelo Chacon**

**Unitermos: Cárie rampante  
Prevenção  
Diagnóstico**

**BONACHELA, W. C. et al. Oclusão: Abordagem clínica e curricular. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 45, n.6, p. 633-635, nov./dez. 1991.**

Com o propósito de evidenciar e aferir as necessidades de conhecimento sobre oclusão, realizou-se um questionário, aplicado a 78 profissionais, com experiência profissional variando de 01 a 30 anos. A partir das respostas concluiu-se que: a) é necessário a incorporação da disciplina de oclusão em todas as escolas de odontologia; b) faz-se necessária a atualização constante dos profissionais na área de Oclusão; c) há uma deficiente formação por parte dos profissionais e baixo nível de informação da população; d) é preciso uma maior aproximação dos profissionais da área médica e odontológica para oferecer um melhor benefício ao paciente no tocante a problemas da articulação têmporo-mandibular.

Autor do resumo: **Marcelo Chacon**

Unitermos: **Oclusão**  
**Articulação têmporo-mandibular.**

**MOTTA, R. G. et al. Influência da Condensação Atrasada na resistência à compressão e ao Mercúrio residual de Amálgamas. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 45, n.6,p. 653-654, nov./dez. 1991.**

Partindo da premissa que o nível de resistência de uma restauração à amálgama ainda não estar claramente definido, este trabalho objetiva-se verificar se o atraso na condensação do amálgama tem um limite definido para cada liga e se o mercúrio residual para os referidos atrasos, não influenciam na resistência à compressão.

Trabalhou-se com 3 tipos de ligas. A saber, o Velvalloy, o Vivalloy e o Dispersalloy e a partir dos resultados concluiu-se que todos os amálgamas tiveram valores diminuídos para a resistência à compressão em virtude dos atrasos na condensação das espécimes, além de mostrarem limites diferentes na diminuição da resistência à compressão, bem como o mercúrio residual não influir na resistência a compressão.

**Autor do resumo: Marcelo Chacon**

**Unitermos: Condensação atrasada- Resistência à compressão  
Mercúrio residual  
Amálgama**



**FREITAS , G. L. P. de et al. Análise sobre o critério de utilização dos materiais forradores nas Faculdades de Odontologia do Brasil. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 45, n.5, p. 601-603, set./out. 1991.**

Devido a diversidade de procedimentos clínicos a respeito da proteção pulpar encontrados na literatura e aos muitos questionamentos feitos a esse respeito os autores realizaram um levantamento das diferentes condutas adotadas nas Faculdades de Odontologia do Brasil, através de um formulário enviado a 74 faculdades, a fim de ser preenchido por professores de Materiais Dentários. Neste formulário foram listados diversos materiais restauradores e após um período de espera, cerca de 56,7% do total enviado foi devolvido.

A partir, portanto, das análises dos resultados, encontraram que em cavidades rasas, faziam somente aplicação de verniz, e que na maioria das cavidades de amálgama era aplicada antes uma camada de verniz. Observou-se também que o hidróxido de cálcio foi o mais indicado para cavidades profundas e que as maiores variações do uso de materiais estão naqueles ditos intermediários.

**Autor do resumo: Marcelo Chacon.**

**Unitermos: Amálgama dentário  
Vernizes cavitários  
Cimentos dentários**

**ROCHA, M. L.; PEDROSA, S. S.; EDUARDO, C. de P.; Ajuste Oclusal em Prótese Unitária. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 45, n.5, set./out. 1991.**

Toda reconstrução oclusal unitária, deve-se levar em consideração a oclusão individual do paciente, para que, associada aos princípios da oclusão e ao ajuste oclusal, possa-se restituir o padrão oclusal normal desse dente, sem interferir no sistema estomatognático.

A partir disso, esse trabalho visas mostrar a importância do ajuste oclusal dentro da Dentística Restauradora. No entanto, para a realização de um ajuste oclusal há necessidade do conhecimento de uma série de requisitos, o que levou os autores a concluir que os profissionais de odontologia devem-se conscientizar da importância da oclusão para o perfeito funcionamento do sistema estomatognático, do uso de articuladores ajustáveis para confecção do coroas e incrustações, do cuidado com o ajuste interproximal da prótese unitária e depois disso partir para o ajuste oclusal propriamente dito.

**Autor do resumo: Marcelo Chacon.**

**Unitermos: Desgaste oclusal  
Análise oclusal  
Ajuste Oclusal.**

**TOWNSEND, C.L. Ressective surgery: an esthetic application. Quintessence Int., v.24, n.8, p.535-42, Aug. 1993**

Técnicas cirúrgicas ressectivas podem ser usadas com finalidade cosmética para corrigir a arquitetura gengival, a qual tem influenciada estética na simetria e no comprimento do dente, sendo responsável pela linha do sorriso. Neste trabalho é apresentada uma técnica de correção de problemas de arquitetura gengival relacionadas com coroas clínicas que parecem ser muito pequenas ou assimétricas ou ambas. Duas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas: a gengivectomia interna e externa. O cirurgião deve avaliar o sorriso do paciente e descartar causas de desarmonia como problemas restauradores ou ortodônticos. As técnicas ressectivas são empregadas em pacientes com sorriso alto onde pequenas alterações estéticas da gengiva são muito visíveis. O principal risco deste tipo de cirurgia cosmética inclui perda no potencial da papila interproximal; a possibilidade que a posição da junção cimento-esmalte imponha um comprometimento na extensão total do dente, possibilidade de recessão após cicatrização e necessidade de gengivoplastia futura. Porém se a técnica for seguida as chances de sucesso são grandes e o profissional terá condições de resolver problemas de estética de um sorriso.

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

**Unitermos: Contorno gengival  
Estética  
Cirurgia ressectiva**

**FAYYAD, M.A. Replacement of missing teeth in sites with insufficient space. a case report. Quintessence Int., v.24, n.7, p.493-6, July 1993**

A falta de espaço para a reposição protética de um dente perdido é muito evidente quando se fala na ausência congênita dos incisivos laterais superiores. Para resolver o problema pode-se criar espaço ortodônticamente, construir uma prótese fixa adesiva ou fazer uma fixa convencional tentando distribuir o espaço para os três dentes. Neste artigo é apresentado um caso de um paciente com ausência genética dos incisivos laterais com falta de espaço para a colocação de pônticos de tamanho normal. Os centrais foram preparados para receber uma fixa adesiva e os laterais foram repostos na forma de cantilever. Os laterais foram posicionados de forma a cobrir a porção mesial do canino. Este tipo de desenho possibilitou a confecção de uma prótese de estética aceitável e de fácil higienização através de um procedimento simples e conservativo, ao passo que se fosse usada uma fixa convencional de três elementos dispenderia-se mais tempo e dinheiro num tratamento menos conservador. Um tratamento ortodôntico é demorado e dispendioso.

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

**Unitermos: Prótese adesiva  
Estética**

**ANDRIONI, J. N. et al** Influência da limpeza superficial do esmalte na profundidade de penetração de selantes polimerizados química ou fisicamente. Rev. Odont. UNESP, v.22, n.1, p. 107-15. jan./junho 1993.

Muitos recursos para a prevenção de cárie oclusal já existem, porém, sua aceitação e utilização precisam ser ampliadas. Este trabalho visa avaliar se a extensão de penetração de selante em fôssulas e fissuras, bem como em microporos do esmalte, pode variar em função de diferentes processos e, também em função de dois tipos de resinas, uma foto e outra quimicamente polimerizável. Foram testados 64 pré molares irrompidos que 4 tipos de limpeza : 1- profilaxia com pedras pomes; 2- arrendodamento do fundo das fissuras com broca esférica 0.5mm mais profilaxia; 3- Irrigação das fissuras com GK10; 4- irrigação com soro fisiológico. Após esse procedimento realizou-se ataque ácido e aplicação em 8 dentes de cada grupo de Delton e 8 helioseal. Após uma operação os dentes foram desgastados para a obtenção de secções para estudo ao microscópio. Ambos os selantes apresentaram-se similares para a região superior das fissuras independentemente do tipo de limpeza. Nas regiões médias inferior o selante quimicamente ativado teve projeções para o esmate mais extensas. Dos métodos de limpeza testados a proflaxia mostrou maior eficiência nas regiões médias e inferiores. No fundo das fissuras nenhuma diferença foi verificada.

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

**Unitermos: Selantes de fossas e de fissuras  
Profilaxia dentária**

**SAMPAIO, J.E.C. et. al. Avaliação histopatológica da resposta tecidual da mucosa mastigatória humana frente as diferenças dos fios de sutura. Rev. Odont. UNESP, v. 22, n.1, p. 97-105, jan./junho 1993.**

As técnicas e fios de sutura empregados em cirurgia buco facial são acessórios importantes e sua qualidade interfere no sucesso dos procedimentos. Este trabalho propõe-se a verificar a reação tecidual provocada na gengiva de humanos pela utilização da poliglactim 910 comparando-a com a dos fios de náilon e de seda que são os mais indicados para cirurgia periodontal, a avaliação foi feita em 10 pacientes com cirurgia periodontal tipo cunha indicada. Foram utilizados 3 fios (seda preta trançada siliconizada, náilon preto monofilamento) e poliglactina 910 (polyvicryl) sutura tipo interrompida. Nos tempos de observações 3 e 7 dias foram realizadas biópsias da área, e os cortes estudados. Pelos resultados concluiu-se que a seda e o náilon mostraram-se semelhantes provocando reação inflamatória mais interna. A poliglactina 910 foi o material que provocou menor inflamação. O orifício produzido pela passagem do fio de sutura foi revestido parcial (3 dias) ou totalmente (7 dias) por epitélio nos três fios estudados.

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

**Unitermos: Cicatrização de feridas  
Sutura**

**FREITAS, S.F.; BACCHI, O.S.; PRATES, N.S. Colagem direta de Brackets com cimento de ionômero de vidro e com resina composta. Rev. S.B.O., v.2 n.3 p.66-73, 1993.**

Os profissionais cada vez mais tem sido conscientizados da necessidade de métodos preventivos na ortodontia. Dentro deste contexto surgiu no mercado os cimentos ionoméricos que liberam flúor para os dentes e suas propriedades cariostáticas e cariogênicas levaram ao emprego deste cimento na prática ortodôntica para a colagem de bandas, porém sabe-se da sua inferioridade mecânica quando comparadas s resinas compostas. Assim realizou-se esta pesquisa para comparar a eficiência mecânica do Concise Ortodôntico (Resina Composta) com o Ketac-cem na colagem do braquete ortodôntico com a variável condicionamento ácido. Foram utilizados 180 pré molares que após a colagem foram submetidos a testes de cisalhamento nos tempos de 10min. e 24 horas após a colagem. O Concise não apresentou diferença de resistência nos 2 tempos de análise mas o ionômero apresentou maior resistência após 24 horas. A resistência do ionômero foi inferior da resina composta o que compromete a colagem com de braquetes com esse material. O conicionamento ácido não se mostrou necessário para a colagem com o ionômero. Este fato, somado com as propriedades anticariogênicas suporta que outros experimentos sejam realizados para aprimorar o ionômero a ser utilizado como material de colagem de braquetes e outros acessórios otodônticos.

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

**Unitermos: Colagem direta de braquetes ortodônticos  
Cimento de ionômero de vidro  
Resina composta**

**RIBEIRO, G.L.V. et al. Considerações ortodônticas, protéticas e periodontais na verticalização de molares inclinados mesialmente. Rev. S.B.O., v.2, n.3, p.99-108, 1993.**

Este estudo avalia diferentes aparelhos destinados verticalização de molares inclinados mesialmente. O 1º molar é responsável pela chave de oclusão e sua perda resulta em grandes problemas pois com sua inclinação o tecido gengival é deformado e forma-se uma bolsa periodontal além do que a inclinação muda a direção das forças oclusais. A ortodôntia pode ser um meio auxiliar no restabelecimento das corretas inclinações fornecendo função normal e trazendo benefícios periodontais. Os resultados podem ser conseguidos com aparelhos removíveis sendo usados 23,5h/dia por uma semana. Porém só pode ser usado quando assegurado a colaboração de uso contínuo e quando há somente inclinação do dente e em casos onde o aparelho tenha boa ancoragem. Os fixos são mais indicados quando preciso de controle dos três planos do espaço e quando o dente está mais inclinado que 60 graus, para a verticalização de molares em adultos. Assim pode-se usar o "coilspring" quando a inclinação é leve, porém há dificuldade de controle no sentido vertical; mola helicoidal para molares com inclinação severa e presença de antagonista; "t-loop" quando se deseja evitar a extrusão do molar e o antagonista não está presente oferece melhor controle dos 3 planos do espaço. Aparentemente elimina a bolsa periodontal tornando mais raso o defeito periodontal mesial ao molar; duplo "t-loop" e o "box-loop" para verticalizar dois molares ao mesmo tempo.

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

**Unitermos: Ortodontia pré-protética  
Verticalização de molares**



**OLIVEIRA,S.F. et al. Prevalência de hábitos de sucção em crianças na faixa etária de três a seis anos . Rev. paul. Odont., v.5, n.2 p.32-43, mar/abril 1983.**

Considerando o importante papel do hábito de sucção no desenvolvimento da oclusão. O presente trabalho estudou sua prevalência em crianças de 6-3 anos e verificou sua prevalência em 2 grupos distintos: crianças dotadas de oclusão clinicamente normal e crianças portadoras de uma maloclusão. Foram examinadas 790 crianças sendo que os dados de identificação e observações clínicas foram anotadas numa ficha. Observou-se que a prevalência de hábitos de sucção para a amostra estudada foi de 42.03%, entretanto foi mais alta para o sexo feminino (47.07%) quando comparada ao sexo masculino (37.03%). A prevalência de hábitos para ambos os sexos foi mais elevada no grupo de crianças portadoras de maloclusão (55,94%) que as com oclusão normal (3.85%). O percentual de hábitos de crianças de sucção decresceu com o aumento da idade para toda a faixa etária tanto para os casos oclusão normal e mal oclusão.

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

**Unitermos: Hábitos de sucção  
Oclusão  
Dentadura decídua.**

**Efeito de canaletas de retenção de restaurações conservativas de classe II de amálgama****Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco**Apresentadores:** Carlos Ferreira dos Santos

Daniela G. Garib

Um estudo avaliou a eficiência da presença dos tipos de canaletas de retenção na resistência das restaurações de amálgama. Neste estudo, 60 cavidades classe II conservativas foram preparadas em pré-molares humanos hígidos. Foram confeccionados quatro tipos de canaletas de retenção nessas cavidades, todas localizadas nos diedros axio-vestibular e axio-lingual e nas costas da parede vestibular e lingual. Um grupo de cavidades não recebeu canaletas. Depois de preenchidas por amálgama, os espécimes foram prensados até a restauração fraturar-se. Os resultados indicaram que as canaletas confeccionadas oclusalmente ao ângulo axio-pulpar forneceram as maiores resistências às restaurações. Isto ocorre pois as forças oclusais que incidem na restauração se decompõem, e suas componentes tangenciam o ângulo axo-pulpar. As restaurações onde as canaletas não foram confeccionadas tiveram a mais baixa resistência e o ponto de retenção localizado ao nível do ângulo axio-pulpar forneceu resistência muito próxima canaleta total, removendo mínima estrutura dentária. É importante ressaltar que a resistência conferida à restauração pela presença de canaletas é de extrema importância, principalmente nas primeiras horas após a condensação do amálgama, período em que este ainda não alcançou sua resistência máxima.

**Sialolitíase na glândula submandibular****Orientador:** Prof. Dr. Alberto Consolaro**Apresentadores:** Daniela G. Garib

Emerson L. Gazzoli

Sialolitíase é a formação de um cálculo (sialolito) no interior das glândulas salivares ou em seus ductos. Há certos fenômenos que implicam na formação do cálculo salivar: a estase salivar; depósito orgânico, que servirá de matriz para a formação do cálculo e condições favoráveis para a deposição de minerais. Isto explica o porquê da glândula submandibular ser a glândula salivar onde mais ocorre a sialolitíase. O ducto dessa glândula tem trajeto ascendente e sinuoso, favorecendo a estase salivar, e sua saliva é rica em mucina, cálcio, fósforo, além de apresentar pH alcalino.

Os sinais e sintomas da sialolitíase são inchaço e dor local, principalmente nos momentos da refeição, inflamação ao redor do ducto e presença de secreção purulenta.

O diagnóstico é feito associando os dados clínicos com os radiográficos, sendo muito útil a radiografia oclusal com tempo de exposição reduzido.

O tratamento da sialolitíase é a remoção do cálculo, ou através da manipulação, quando o sialolito for pequeno, ou através de intervenções cirúrgicas, quando o cálculo for grande. Sialolitos localizados próximo a glândula implicarão em extirpação glandular.

**Tratamento endodôntico em dentes decíduos****Orientador: Prof. Dr.ª Maria Aparecida de A. Moreira Machado****Apresentadores: Adriana Magro****Daniela G. Garib**

A pulpectomia em dentes decíduos é indicada para eliminar processos inflamatórios da polpa, por finalidades protéticas e para ser possível o reestabelecimento da oclusão e manutenção do espaço dentário. É contra-indicada em caso de debilidade sistêmicas, falta de cooperação da criança, grande perda coronária, cárie de bifurcação radicular, reabsorção radicular acentuada, fratura radicular e impossibilidade de isolamento.

A técnica de tratamento endodôntico em decíduos diferencia-se dos permanentes devido a presença de reabsorção fisiológica das raízes dos dentes decíduos e pela presença do germe dental permanente. A abertura coronária deve permitir visualização da embocadura dos canais e para isto tem-se que desgastar o estreitamento cervical da cavidade pulpar, característica dos decíduos. Na odontometria subtrai-se 1,5 a 2 mm do comprimento total do dente devido reabsorção radicular, que muitas vezes ocorre em forma de bisel. A extensão de trabalho, idealmente deve ir até o ápice e portanto não é confeccionado o degrau apical. A irrigação é feita com substâncias menos irritantes, sendo que no caso de necropulpectomia usa-se o líquido de Dakin ou o Tergentol, e em caso de biopulpectomia usa-se o tergentol. O curativo de demora para decíduos não difere do curativo para os dentes permanentes, usa-se Otosporim ou Maxitrol em bio, e paramonoclorofenol canforado ou formocresol em necropulpectomia. Como material obturador dos canais radiculares dos decíduos usa-se uma pasta de óxido de zinco e eugenol com iodofórmio. A guta-percha não pode ser usada de maneira alguma, pois é um material não reabsorvível. Para se levar a pasta ao conduto usa-se uma lima de calibre menor que a última usada na instrumentação do canal, e sua retirada do canal é feita rosqueando-a no sentido anti-horário. Após comprime-se com bolinha de algodão na embocadura dos condutos radiculares, obtendo-se também a obturação dos canais acessórios.

**As seis chaves da oclusão normal****Orientador: Dr. Omar Gabriel da Silva Filho****Apresentadoras: Adriana Cecília Magro****Flávia Leonel**

Uma oclusão é normal quando há uma interação perfeita entre dentes, ossos e tecido muscular.

Realizou-se um estudo utilizando 120 modelos de pacientes com oclusão normal, sem tratamento ortodôntico, para verificar o que os mesmos possuíam em comum. O critério adotado para escolha destes modelos foi: perfeito alinhamento dos dentes, intercuspidação correta, estética agradável (maxila e mandíbula bem posicionadas). Comparando estes modelos, verificou-se a existência de padrões oclusais diversos, mas sempre seis características se repetiam, as quais foram denominadas "seis chaves da oclusão normal".

A primeira chave é a relação molar. Os primeiros molares permanentes mostram três pontos de contato evidentes com os dentes antagonistas. A segunda chave refere-se angulação da coroa, ou seja, sua inclinação méso-distal. A inclinação da coroa no sentido vestibulo-lingual constitui a terceira chave. A quarta chave para a oclusão normal é que os dentes não apresentam rotações indesejáveis. Os pontos de contatos devem estar cerrados (quinta chave). Por fim, a última chave explica a curva de Spee, a qual não variou de um plano a uma curva moderada nos modelos estudados.

As seis chaves para a oclusão normal são elementos interdependentes de um sistema estrutural determinado pela natureza. Como tal, elas servem de base para a avaliação dos resultados do tratamento ortodôntico.

**Generalidades em Periodontia****Orientador:** Prof. Dr. Sebastião Luiz Aguiar Greghi**Apresentadoras:** Flávia Leonel

Mônica Dourado Silva Barbosa

A técnica de implante requer que um orifício preciso seja aberto no osso, dentro do qual um cilindro de titânio é embutido. A irrigação é imprescindível em todas as fases do procedimento para limpeza e remoção de detritos, bem como para resfriar o perfurador e osso.

Cinco casos de pacientes que sofreram complicações durante a cirurgia de implante serão comentados, sendo que o cirurgião era o mesmo em todos os casos.

Os pacientes receberam diferentes tipos de anestesia, administradas por anestesistas diferentes.

Os casos vieram à atenção pública devido à gravidade: três pacientes morreram, outro teve um enfisema subcutâneo maciço que se estendeu do tórax ao osso zigomático e outro entrou em colapso, mas conseguiu responder aos esforços ressuscitativos.

Avaliando-se todas as possibilidades que explicariam o ocorrido, a embolia é a mais correta, causada por um mecanismo não apropriado de irrigação. O jato de ar/água violento penetra pelos vasos do osso que está sendo cortado, vai para a veia facial ou plexo pterigoideo, jugular interna, veia cava superior e chega ao coração. Esta embolia é fatal. Pode também penetrar pelos tecidos subcutâneos causando o enfisema.

**Reabsorção radicular apical interna e externa****Orientador:** Prof. Dr. Norberti Bernardineli**Apresentadoras:** Flávia Leonel

Daniela Garib

Numa reabsorção apical a polpa pode estar viva ou necrosada. O aspecto radiográfico é bem irregular e fica difícil determinar até que ponto exatamente a reabsorção se estendeu. Ela muitas vezes penetra para dentro da raiz, dando o aspecto da cratera de um vulcão. A radiografia é essencial no diagnóstico. Há maior dificuldade no tratamento, pois quase não se visualiza o término da reabsorção. É importante estabelecer a região de maior constrição do canal e a partir daí recuar para fazer o degrau, sem, no entanto, deixar de desbridar a porção final.

A reabsorção interna apresenta uma etiologia desconhecida. O diagnóstico é radiográfico, porque geralmente é assintomática. O aspecto é de uma área radiolúcida, podendo comunicar-se com o ligamento periodontal. Se isto ocorrer desfavorece o prognóstico. No tratamento endodôntico devemos alargar o canal com broca de Gates Gliden até a área de reabsorção para facilitar o acesso; encurvar a ponta da lima e girá-la na área de reabsorção é outro artifício utilizado para melhorar a limpeza.

Nos dois casos a cirurgia não pode ser descartada, pois nem sempre o tratamento endodôntico por si só consegue solucionar o problema.

**Os Efeitos do Condicionamento Ácido em Dentina sobre o Complexo Dentino-pulpar****Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho**Apresentadores:** Juliano Sartori Mendonça

Lúcio Mitsuo Kurita

O condicionamento ácido da dentina é usado por muitos sistemas adesivos para remover a camada de Smear Layer e permitir a adesão diretamente matriz dentinária. Apesar dos primeiros estudos em animais indicarem que o condicionamento ácido causava reações pulpares moderadas e severas, existe uma grande probabilidade que a irritação pulpar seja devido a microinfiltração difusa das bactérias e de seus produtos. Como essas reações não são vistas após o condicionamento ácido da dentina usando-se os sistemas adesivos mais novos, é claro que se pode condicionar a dentina só, e somente só, se for possível selar a dentina com os sistemas adesivos colocados subseqüentemente. Devido ao condicionamento ácido aumentar a permeabilidade e umidade da dentina, uma ligação com sucesso das resinas adesivas dentina condicionada com ácido requer o uso de resinas hidrofílicas que se unam igualmente bem tanto dentina peritubular como com a intertubular. Tendências futuras parecem direcionar para a redução tanto da concentração dos ácidos como do tempo de condicionamento da dentina. Enquanto todos os sistemas adesivos forem cuidadosamente testados antes de sua comercialização, o futuro parece bastante promissor para o uso de resinas adesivas sobre dentina condicionada com ácido.



**Overlay - P.P.R. Não-Convencional (Caso Clínico)****Orientador:** Prof. Dr. Renato de Freitas**Apresentadores:** Juliano Sartori Mendonça  
Mônica Barbosa da Silva

Paciente A.J.S., 36 anos, procurou a Clínica de Prótese da FOB com o objetivo de confeccionar uma nova prótese parcial removível superior. Durante a anamnese, o paciente relatou que todas as próteses, que lhe haviam sido feitas anteriormente, tinham fraturado. Detectou-se que o paciente era portador de bruxismo, o que certamente vinha levando ao fracasso das próteses que usava. Pôde-se observar também, que o acentuado desgaste dos dentes pela parafunção, não sendo compensado pela erupção passiva dos mesmos, levou a uma significativa diminuição da dimensão vertical do paciente. Qual tratamento seria indicado? Poderiam ser feitas próteses metalocerâmicas com as oclusais em metal para recompor as superfícies oclusais desgastadas e preencher os espaços protéticos. Contudo, seria um caso de reabilitação oral de alto custo, que não poderia ser realizado pelo paciente, como também pela maioria da população brasileira. Portanto, a solução mais simples e de menor custo para melhorar a estética, a fonética e a função mastigatória, devolvendo ao sistema estomatognático características de normalidade seria uma Overlay, ou seja, uma P.P.R. não-convencional onde a armação metálica é responsável pelo reestabelecimento da dimensão vertical e proporcionar a estabilidade oclusal, além de propiciar a reposição dos dentes ausentes, e sendo uma prótese de caráter reversível, pode ser substituída posteriormente pelo paciente quando sua situação financeira apresentar-se viável para tanto.

**Dieta infantil e risco de cárie****Orientador:** Nilce Emy Tomita**Apresentadores:** Mônica Dourado Silva Barbosa  
Sílvia Maria Anselmo

Atualmente há uma preocupação com a correlação do risco de cárie e o consumo do açúcar, principalmente com a dieta infantil, onde é mais difícil ter um controle do consumo do açúcar.

O consumo do açúcar em países subdesenvolvidos, como o Brasil, tem aumentado muito nos últimos anos, de 22,3 kg per capita em 1968, para 40 kg em 1993. Juntamente com isso, sabemos que o consumo de açúcar para regiões de água fluoretada deve ser de 15 kg anual, em média, daí um dos motivos da grande incidência de cárie nas crianças brasileiras.

A criança passa por 3 fases, no desenvolvimento, onde a dieta deve ter muita atenção: fase pré-mastigatória (sem dentes), que vai de 0-8 meses, onde os movimentos de deglutição e sucção são muito importantes e mesmo sem dentes pode haver a colonização bacteriana.

A segunda fase é a da transição mastigatória, onde temos a erupção dos primeiros dentes. A criança apresenta desenvolvimento oro-facial e das funções digestivas. Nesta fase temos uma contaminação primária pelo sopro dos alimentos. As mães devem ser orientadas para realizar a higienização da boca da criança com gaze, cotonete ou algodão embebidos em água ou soro.

E finalmente a fase de plenitude mastigatória, com a erupção completa da dentição decídua, temos a totalidade da função mastigatória e a alimentação sólida promove a continuidade do desenvolvimento oro-facial, é contra-indicado refinados e excesso de carboidratos.

A avaliação da dieta deve ser feita através de questionários, relatórios e entrevistas, feito isso deve ser feito o aconselhamento dietético para a mãe, explicando os riscos do consumo de açúcar, a frequência de ingestão e não dar doces como recompensa.

**Avaliação clínica de restaurações de amálgama com alto conteúdo de cobre****Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco**Apresentadores:** Marcelo Chacon

Silvia Maria Anselmo

Desenvolveu-se um estudo clínico de restaurações de amálgama por um período de 7 anos de acompanhamento, foram usadas duas ligas com alto conteúdo de cobre, avaliou-se 17 restaurações executadas com DFL Alloy e 15 com Aristaloy 21. Todas as restaurações foram examinadas por docentes do Departamento de Materiais Dentários e de Dentística da FO-USP, devidamente treinados e calibrados para tal fim.

Os critérios utilizados para avaliação foram: cárie recorrente, integridade marginal, forma anatômica e brilho superficial. Não houve recidiva de cárie, a integridade marginal foi de cerca de 80% em média, forma anatômica também obteve resultados satisfatórios. O brilho apresentava-se um pouco ruim, o que não diminuiu a qualidade das restaurações e a textura superficial também esteve em média de 90% adequada.

Com isso, segundo a metodologia observada na parte experimental clínica da pesquisa, concluiu-se que o desempenho clínico das restaurações, após 7 anos de permanência nos pacientes analisados, foi muito satisfatório, visto que não detectou-se nenhuma cárie recidivante e nenhuma restauração foi substituída. As restaurações executadas com ligas de alto conteúdo de cobre, analisadas neste estudo, tiveram um desempenho clínico superior às ligas convencionais, segundo informações da literatura internacional comparadas ao resultado dessa pesquisa.

**Reanimação cárdio-pulmonar****Orientador:** Prof. Dr. José Simões Barroso**Apresentadores:** Juliano Sartori Mendonça  
Silvia Maria Anselmo

A RCP consiste uma das mais antigas preocupações da humanidade, é a "restauração" da vida. Tal prática teve várias fases, até chegar nas técnicas atuais, que se bem realizadas, consistem um meio importantíssimo de se evitar o óbito de muitas pessoas, em casos de acidentes, até a chegada do socorro específico.

A RCP consiste em 3 fases: abertura das vias aéreas, onde primeiramente faz-se a desobstrução das vias aéreas, para permitir que a respiração volte ao normal ( as vias aéreas podem estar obstruídas por objetos ou ainda pela língua, abaixa-se a cabeça do paciente e também a sua mandíbula ).

Após restabelece-se a respiração através da respiração boca-a-boca. Tapa-se as narinas e assopra-se, um sopro a cada 5 segundos, no início faz-se 4 sopros rápidos e sucessivos, para se obter uma grande expansão dos pulmões.

Por último deve-se obter o restabelecimento da circulação. Verifica-se o pulso, caso esteja ausente, faz-se a massagem cardíaca ( na metade inferior do osso esterno ). Com as palmas das mãos sobrepostas faz-se pressão com vigor ( os braços devem estar esticados e deve-se fazer 60 compressões por minuto ).

A RCP, quando feita por 2 pessoas, faz-se 5 compressões para cada 1 inalação ( que é feita pelo segundo individuo ), quando realizada por uma pessoa, faz-se 15 compressões e após duas inalações. A RCP modificada para bebês, é feita com 2 dedos apenas, faz-se 80 a 100 compressões por minuto, sendo que para cada 5 compressões faz-se uma inalação ( cobre-se a boca e o nariz do bebê ao mesmo tempo com a boca do operador ). Se for criança, usa-se apenas uma das mãos.

**Resina Composta - técnica indireta****Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco**Apresentadores:** Vanessa C. Veltrini

Marcelo Chacon

O uso de resinas compostas em dentes posteriores tem aumentado marcadamente nos dias atuais. Embora o problema do desgaste oclusal tenha sido amenizado, a presença de infiltração marginal a nível cervical ainda persiste como fator determinante da longevidade da restauração.

Pensando nisso, alguns autores têm sugerido que a restauração de cavidades classe II por uma técnica indireta reduziria os efeitos adversos da contração de polimerização, devido a diminuição do volume de resina utilizada para a fixação da peça, facilidade de visualização e polimerização mais eficiente.

O sistema E.O.S. da Vivadent, recentemente lançado no mercado, proporciona a confecção de restaurações de resina composta no próprio consultório pela técnica indireta, utilizando um cimento resinoso de polimerização dupla para a fixação da incrustação.

**Carcinogênese Química Experimental DMBA-induzida****Orientadora:** Eneida Franco Vêncio**Apresentadores:** Vanessa C. Veltrini  
Daniel R. Resende

As neoplasias representam importante causa de óbitos para a espécie humana. Sua etiopatogenia é ainda obscura, mas já se tem conhecimento dos chamados agentes carcinogênicos. Entre eles estão substâncias químicas capazes de induzir o processo de carcinogênese e que, por esse motivo, são utilizadas para avaliar, experimentalmente, o potencial carcinogênico de determinadas substâncias, principalmente aquelas utilizadas como medicamentos e nos processos industriais voltados à alimentação.

Como as neoplasias bucais chegam a atingir 3 a 5% do total, os testes experimentais voltados à carcinogênese química bucal têm sido bastante estudados. O mais tradicional baseia-se na ação do 9,10-dimetil 1,2 benzantraceno (DMBA), onde as variações de técnica existentes apontaram a necessidade de se padronizar uma metodologia. Com este objetivo, e também o de correlacionar as alterações macroscópicas com o grau de comprometimento microscópico bem como avaliar o potencial metastático, foi realizado, no Departamento de Patologia da FOB-USP, esse trabalho.

**Avaliação Clínica da Escova Monobloco****Orientadora:** Profa. Nilce Emy Tomita**Apresentadores:** Vanessa C. Veltrini

Carlos F. dos Santos

A remoção diária da placa bacteriana constitui o procedimento básico de prevenção da cárie e da doença periodontal. Porém, dificilmente os serviços públicos de assistência odontológica fornecem escovas aos usuários, devido ao alto custo desses produtos no mercado. Com base nisto, o Prof. Dr. Pedro Bignelli (FORP-USP) criou a monobloco, uma escova dental de custo inferior a 10% da média de preços e que, além disso, não tem o inconveniente de reter sujeiras, restos de dentifrícios e bactérias, pois não apresenta orifícios de fixação dos tufo de cerdas. O cabo é sextavado, e o colo flexível tem a função de ser uma espécie de dispositivo amortecedor da energia de escovação.

Num trabalho realizado na FOB-USP, a escova monobloco foi avaliada e comparada com uma escova de primeira linha e com outra de uso popular. Na conclusão, foi constatado que, além de se mostrar tão eficiente quanto as demais, a monobloco não causou danos aos tecidos gengivais, apesar de sua durabilidade ser inferior.

**Osteoma de Mandíbula - Diagnóstico e Tratamento****Orientador:** Eduardo Sant'anna**Apresentadores:** Vanessa C. Veltrini  
Emerson L. Gazzoli

O osteoma é um tumor benigno constituído basicamente de osso compacto ou osso esponjoso, que pode ocorrer em todos os ossos do corpo, sendo incomum nos maxilares.

De etiologia desconhecida, o osteoma é mais freqüente entre a segunda e a quinta décadas, acomete mais homens que mulheres e pode se apresentar isoladamente ou associado Síndrome de Gardner.

São massas duras, assintomáticas, de crescimento lento, podendo levar a assimetria facial. Na radiografia, apresenta-se como uma massa radiopaca bem delimitada.

O diagnóstico diferencial inclui ainda exostoses dos maxilares, osteoblastomas, osteomas osteóides, odontomas e osteomielite esclerosante focal.

No caso em questão, o paciente de 48 anos, branco, era portador da lesão a cerca de 20 anos. Ela se encontrava na região lingual da mandíbula, área de molares e já atingia mais ou menos 4 cm por 2,5 cm de tamanho; tornando difícil, inclusive, a movimentação da língua. Optou-se portanto, pela intervenção cirúrgica, onde toda a lesão foi removida.



## ÍNDICE REMISSIVO DE ASSUNTOS

<b>A</b>			
Acidente radioativo	49		
Ácidos graxos	22		
Açúcar de cana	63		
Adesivos dentinários, força de união	45		
Adesivo dentinário	04, 51		
Ajuste oclusal	77		
Amálgama	02, 12		
	75		
Amálgama dental	20		
Amálgama dentário	76		
Amálgama dentário, pinos dentários	37		
Análise oclusal	77		
Anquilose	06		
Antibiótico, uso terapêutico	42		
Antibioticoterapia profilática	42		
Apicectomia	56		
Artefatos, radiografia dentária	36		
Articulação temporo mandibular	44, 74		
<b>B</b>			
Boca	21		
Bochecho	64		
Bochecho pré- procedimento	07		
<b>C</b>			
Carcinoma espinocelular	24		
Cárie dentária	23		
Cárie rampante	73		
Césio-137	49		
Cicatrização de feridas	81		
Cimento de ionômero de vidro	50, 51		
	82		
Cimento temporário	01		
Cimentos dentários	76		
Cirurgia ressectiva	78		
Cirurgia apical	19		
Cirurgião-dentista	72		
Clareamento	26, 58		
Clareamento de dentes vitais	34		
Clareamento doméstico	34		
Clorexidina	07, 28		
	52, 64		
Colagem direta de braquetes ortodônticos	82		
Condensação atrasada	75		
Condicionamento ácido	10		
Cones de guta-percha	46		
Cones de papel	46		
Contenção de oclusão	57		
Contorno gengival	78		
Controle de placa	14		
<b>D</b>			
Delmopinol	62		
Dentadura decidua	84		
Dentaduras completas	32		
Dente decíduo	16		
Dente permanente, retenção	31		
Dente, remineralização	23		
Dentes decíduos	45		
Dentes despolpados	26		
Dentifricio fluoretado	39		
Dentina	16		
Desenvolvimento	60		
Desgaste oclusal	77		
Desimpactação	13		
Desinfecção	61		
Diagnóstico bucal	17, 21		
Diagnóstico	73		
Dimensão vertical	57		
Doenças infecto-contagiosas	72		
<b>E</b>			
Endocardite bacteriana	42		
Erupção dentária	60		
Erupção ectópica	13		
Espessura de esmalte	05		
Estanho, metabolismo	65		
Esterilização	46		
Estética	47, 78		
	79		
Estreptococos	18		
Eugenol	01		
Excepcionais	21		
<b>F</b>			
Facetas	05		
Fluor, gel	40		
Fluoreto estano, armazenamento	69		
Fluoreto estano, contagem bacteriana	70		
Fluoreto estano, inibição da placa	69		
Fluoreto estano, pH da placa	70		
Fluoretos, crescimento bacteriano	67		
Fluoretos, inibição da placa	66		
Formocresol	15		
Fratura radicular	43		
Fratura, resistência	26		
Freio labial	71		
Fusão de dentes	59		
<b>G</b>			
Germe dental	41		

Glucano	62	Placa, acidogenicidade	65
Glutaraldeído	15	Placa, formação	65, 68
<b>H</b>			
Hábito de sucção do polegar	38	Placa, inibição	68
Hábito	38	Polpa	15
Hábitos de sucção	84	Pônicos metalo-cerâmicos	47
Hidróxido de cálcio	15	PPR	57
Hiperplasia pseudocarcinomatosa	24	Preparo	05
Homeopatia na odontologia, clorela	33	Prevenção	73
<b>I</b>			
Impactação do permanente	13	Prevenção e controle	11
Incisivo	16	Prevenção, AIDS	09
Infiltração marginal	01, 04	Profilaxia dentária	11, 80
	12	Prótese adesiva	79
Inlays, adaptação marginal	48	Prótese parcial removível	47
Instrumentação, dentes decíduos	30	Prótese total	61
Intoxicação	02	Próteses	32
Ionômero de vidro	03	Pulpotomia	15
<b>L</b>			
Lesões ósseas	36	<b>R</b>	
<b>M</b>			
Manifestações orais	49	Raspagem radicular	07
Materiais dentários	20	Reabsorção radicular interna	43
Materiais restauradores posteriores	04	Remineralização	40
Materiais restauradores	20	Resina adesiva	01, 51
Maxila	17	Resina composta	48, 58
Medicação intracanal	54		82
Mercurio	02	Resina composta, técnica indireta	55
Mercurio residual	75	Resinas compostas, dentes decíduos	27
Metabolismo de açúcar	18	Resinas compostas, utilização	08
Microscopia eletrônica de varredura	16	Resina dental	03
Mucosa	21	Resistência à compressão	75
<b>O</b>			
Oclusão	74, 84	Resistência ao cisalhamento	58
Odontologia preventiva	35	Restauração dentária permanente	37
Ortodontia pré-protética	83	Restauração preventiva	25
Ortodontia, aparelhos	14	Retalho de Widman modificado	53
Osseointegração	29	Retenção oral de flúor	39
Osteomielite	17	Retratamento endodôntico	53, 56
Oxigênio	18	Retro-instrumentação	19
<b>P</b>			
pH da placa em crianças	63	Retro-obturação	19
Placa bacteriana	52, 71	<b>S</b>	
Placa bacteriana, controle	28	<i>S. mutans</i>	62
Placa dentária	11	Saliva	39
Placa dentária, prevenção	22	Saúde bucal	35
<b>T</b>			
		Seladores cavitários	12
		Selante, técnica invasiva	25
		Selantes	10, 31
		Selantes de fossas e de fissuras	80
		Septicemia	42
		Solução fluoretada	39
		Superfície do implante	29
		Sutura	81
		<b>T</b>	
		Transplantes	41

Tratamento do canal radicular	30
Trauma periodontal	41
Traumatismo dentário	43

**V**

Vernizes Cavitários	76
Verticalização de molares	83
Viscosidade	62

## ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DE ARTIGOS

<b>A</b>		DERMAUT, R	25
ABBE, K et al	18	DINELLI, W	02
ABDO, R C C	15	DUARTE, C A	71
ADDE, C A et al	42	<b>E</b>	
ANDRIONI, J N et al	80	EDUARDO, C de P	77
ANIL, S	43	ELKINS, C J	45
ARAÚJO, M A M de	12	ELLINGSEN, J E et al	65, 69
ARAÚJO, R M	04	ESTRIPEAUT, L E et al	38
ARNEBRANT, T	62	<b>F</b>	
ASAD, T et al	61	FAYYAD, M A	79
<b>B</b>		FEJERSKOV, O et al	63
BACCHI, O S	82	FRANCISCHONE, C E	50
BARELLI, N	10	FREITAS, G L P et al	76
BEAZLEY, V C et al	64	FREITAS, S F	82
BENGTSON, A L	30	FULLER, J B	02
BENGTSON, N G	30	<b>G</b>	
BENITEZ, A B C E	02	GIAMPAOLO E T	57
BERBERT, A	19	GOMES, M A M	49
BERNABE, P F E	46	GOMIDE, M R	15
BERNARDINELLI, N	19	GROISMAN, M	29
BOLZAN, M C	44	<b>H</b>	
BONACHELA, W C et al	74	HADDAD, A E	06
BONTEMPO, M	33	HOLLAND, R	46
BRAMANTE, C M	19	<b>I</b>	
BREZNIAK, N	59	IDRIS, A Y	47
<b>C</b>		ISSAO, M	31
CABRAL, L A G	12	<b>J</b>	
CAMOSCI, D A	67	JOHANSEN, J R	66
CARVALHO, J C de	12	<b>K</b>	
CARVALHO, L E P	28, 52	KAMSIAN, G H	47
CARVALHO, P V de	36	KAYROUZ, G A	07
CARVALHO, R M	55	KELMAN, M B	71
CASEMIRO, L A	40	KÖNIG Jr, B	41
CHELOTTI, A	13	<b>L</b>	
CHRISTENSEN, G J	03	LEITE, M L M	56
CINELLI, C	13	LEONARDO, M R	54
CORREA, M S N P	13	LIA, R C C	54
CORREA, M S N P et al	73	LIMA, S C	05
CUNHA, R F	27	LOVADINO, J R	20
CURADO, M P	49	<b>M</b>	
CURY, J A	39	MACCOURT, J W	45
<b>D</b>			
DAMANTE, J H	36		
DAVIS, R D	01		
DECRAENE, G P	25		

MAGRO FILHO, O.	72
MARCANTONIO JUNIOR, E.	11
MARCUCCI, G.	21
MARTENS, C.	25
MARTIN, S.D.	72
MARZOLA, C.	41
MATSON, E.	34
MC CORMACK-BROWN, K.R.	09
MEDEIROS, U. V.	35
MELO, M.S. de	72
MITSUDA, S.J.	46
MORAES, S.H.	26
MOTTA, R.G et al.	75

**N**

NAGATA, M.J.H.	46
NEWMAN, M. G.	07
NOACK, M.J.	08

**O**

OLIVEIRA, S.F et al	84
OPPERMAN, R.V.	66

**P**

PACHECO, C.F.	15
PAVARINI, A.	27
PEDROSA, S.S.	77
PERETZ, B.	59
PINHEIRO, C.E.	22
PIRES, M. S. N.	06
PRATES, N.S.	82
PUY, M.C.L.	48

**R**

RAMLI, Y.	47
REILY, S. et al.	60
REZENDE, M.T.L.	49
RIBEIRO, G.L.V et al	83
ROCHA, M.L.	77
RODRIGUES, C.B.F. et alLI	17
ROLDI, A.	54
ROULET, J.F.	08
RUNDEGREN, J.	62
RUSSI, S.	32

**S**

SAMPAIO, J.E.C. et al.	81
SANTOS, G.G.	21
SANTOS, J.F.F.	44
SANTOS, N.P.	06
SERRA, M.C.	10, 39
SILVA E SOUZA JÚNIOR, M.H.	51
SILVA FILHO, O.G. DA	14
SILVA, M.V.	04
SILVA-BRITO, M.G.	23
SOILA, M.	40
SOUZA, M.S.G.S.	24
STOKES, A. N. et al	58

**T**

TINANOFF, N et al	67, 68
TOMITA, N.E.	40
TOWSEND, C.L.	78
TRINDADE, C.S.	53

**V**

VEKSLER, A. E.	07
VERTUAM, V.	10
VIEIRA, G. F.	05
VONO, A.Z.	22, 27
VONO, B.G.	22

**W**

WATANABE, I.	16
WOODY, T. L.	01

**Y**

YANKELL, S.L. et al	70
---------------------	----

**Z**

ZANGIROLAM, N.T. et al	37
ZITRON, A.	13

## ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DE RESUMOS E APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS

ANSELMO, S.M.	15 a 21, 93, 94
BARBOSA, M.D.	78 a 84, 89, 92, 93
CHACON, M.	71 a 77, 94, 95
GARIB, D.G.	01 a 07, 85, 86, 87, 90
GAZZOLI, E.L.	36 a 42, 86, 98
KURITA, L.K.	50 a 56, 91
LEONEL, F.	43 a 49, 88, 89, 90
MAGRO, A.C.	57 a 63, 87, 88
MENDONÇA, J.S.	08 a 14, 91, 92
RESENDE, D.R.B. de	29 a 35, 96
SANTOS, C.F. dos	64 a 70, 85, 97
VELTRINI, V.C.	22 a 28, 95, 96, 97, 98

## ÍNDICE REMISSIVO DE ORIENTADORES DE SEMINÁRIOS

BARROSO, J.S.	95
BERNARDINELLI, N.	90
CARVALHO, R.M. de	91
CONSOLARO, A.	86
FRANCO, E.B.	85, 94, 96
FREITAS, R. de	92
MACHADO, M.A. de A.M.	87
SANT'ANNA, E.	99
GREGHI, S.L.A.	89
SILVA FILHO, O. G.	88
TOMITA, N.E.	93, 98
VÊNCIO, E.F.	97