

PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET/CAPES

PET INFORMA

PET INFORMA BAURU V.8 N.1/2 P.1-122 JAN/DEZ 1995



USP

PET-INFORMA

BAURU VOLUME 8 NÚMEROS 1/2 1995

EDITORIAL	I
RESUMO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS	01
SEMINÁRIOS	85
ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS	105
ÍNDICE REMISSIVO DE ASSUNTOS	113
ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DE RESUMOS E APRESENTA- DORES DE SEMINÁRIOS	121
ÍNDICE REMISSIVO DE ORIENTADOS DE SEMINÁRIOS	122

ORGANIZADORES:

Tutor: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Bolsistas do PET/CAPES: Adriano Tomio Hoshi

Andrea Miranda Kuroiva

Heloiza Tiemi Ono

Luciana Reis de Azevedo

Caio Márcio Figueiredo

Linda Wang

Marcela Ferraz Catramby

Marcos Madeira

Daniela Gamba Garib

Juliano Sartori Mendonça

Sílvia Maria Anselmo

Vanessa Cristina Veltrini

NORMALIZAÇÃO TÉCNICA:

Eliane Falcão Xavier-Chefe técnica do Serviço de
Documentação e Divulgação da FOB/USP

SUPERVISÃO DE REDAÇÃO: Bolsistas PET

DATILOGRAFIA: Bolsistas PET

EDITORAÇÃO E IMPRESSÃO: José Roberto Brejão
Setor de Informática
da FOB/USP

REPRODUÇÃO: Reprografia da Prefeitura do Campus USP-Bauru

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 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

SEGALLA, J.C.M. et al. Resistência de união de alguns cimentos odontológicos usados para cimentação de peças metálicas de Ni-Cr ao dente. Rev.Odont.UNESP, v.23, n.1, p.111-8, jan/jun. 1994.

Este trabalho avalia a propriedade de resistência à remoção, por tração, de uma liga não nobre de níquel-cromo (Durabond M.S.) cimentada a uma superfície de dentina com três cimentos comerciais destinados a esse fim e submetida a dois tipos de tratamentos da superfície do metal, ou seja, tratada com jato de óxido de alumínio e tratada apenas por limpeza simples com água corrente e escova. De posse de dados obtidos, e com base na análise estatística realizada, foi possível concluir que: independente do tipo do tratamento de superfície, o cimento de poliacrilato de zinco - Ceramco - manifestou maior resistência à remoção por tração, seguida do cimento ionomérico Ketac-Cem e por último, a resina composta para cimentação - Comspan-Opaque; independente do tipo de agente de cimentação, o tratamento de superfície do metal com jato de óxido de alumínio ofereceu melhor resistência de união do que ao tratamento apenas por limpeza com água corrente; a maior resistência à remoção por tração foi na interação do cimento de poliacrilato de zinco com a superfície tratada com jato de óxido de alumínio.

Autor de resumo: Heloiza Tiemi Ono

**Unitermos: Cimentos dentários
Ligas dentárias
Adesivos dentinários**

MILLAR,E.P.;TROULIS,M.J. Herpes zoster of the Trigeminal nerve: the Dentist's role in diagnosis and management. J.Canad.dent.Ass., v.60, n.5, p.450-3, May. 1994

Herpes zoster é causado quando o vírus varicella/zoster é reativado da fase latente de uma infecção anterior. Este mecanismo de reativação é pouco compreendido. Durante o estágio prodrômico, o único sintoma presente pode ser a odontalgia, como dor pulpar, perturbação dental; o paciente pode queixar-se de queimação ou coceira na pele onde há distribuição do nervo afetado. Isto é um alerta para o dentista no diagnóstico. O dentista possivelmente estabelece um tratamento de emergência que torna-se inadequado ou irreversível para o paciente, tal como adiar um tratamento adequado. Com o aumento do número de pacientes idosos e imunodeficientes que freqüentam o consultório odontológico, o dentista pode se deparar com um crescente número de pacientes herpes zoster. Então, os profissionais desta área devem se familiarizar com os sinais e sintomas de pacientes com manifestações prodrômicas do herpes zoster do nervo trigêmio, que podem se assemelhar a uma "dor de dente". Em raras instâncias, com maiores complicações, foram relatados casos com dentes desvitalizados, reabsorção interna e osteonecrose. A instituição precoce de uma terapia antiviral a esses pacientes, parece oferecer uma redução da severidade da infecção e destruição de tecidos.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Herpes zoster**
Nervo trigêmio
Diagnóstico

MILORI,S.A. et al. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana.. Rev Odont.UNESP, v.23, n.2, p.325-31, jul/dez. 1994.

O trabalho propõe-se a verificar o comportamento de diferentes programas preventivos de placa dentária bacteriana, pois estudos mostraram a existência de muitas alterações gengivais e periodontais, além das cáries dentárias em crianças, que certamente se manifestarão na idade adulta. Neste estudo, foram avaliadas as condições de saúde bucal de 90 crianças de 7 a 9 anos de idade, de ambos os sexos, que cursavam o ciclo básico de escola pública, aplicando-se os conceitos e critérios dos Índices de gengivite IG e de placa dentária bacteriana IPL. Os escolares foram divididos em três diferentes grupos de estudos que assim se constituíram:

- Grupo 1: assistiram aula de educação sanitária sobre placa bacteriana e inflamação gengival e após, receberam aplicação tópica de flúor gel e escovação dentária supervisionada a cada 15 dias;
- Grupo 2 : assistiram apenas a aula de educação sanitária;
- Grupo 3 : receberam aplicação tópica de flúor gel e escovação dentária supervisionada a cada 15 dias.

Comparando-se os resultados dos índices de gengivite e de placa bacteriana após 8 meses, os escolares do grupo 1, seguidos do grupo 3, foram os mais beneficiados pelos programas preventivos propostos, pois a associação de educação sanitária específica e aplicação de métodos preventivos dá melhores resultados, já que palestras expositivas não foram eficientes num programa de redução de placa bacteriana e inflamação gengival.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Placa dentária**
Prevenção

COCLETE, G.A.; CARVALHO, A. Avaliação da precisão dos marcadores de tempo de exposição dos aparelhos de Raios-X odontológicos. Rev.Odont.UNESP, v.23, n.1, p.149-58, jan/jun. 1994.

Desde a descoberta dos raios-X, os filmes radiográficos vêm sendo aperfeiçoados para obtenção de melhores radiografias com menores tempos de exposição. Embora as películas hoje em dia tenham alta sensibilidade, não há perda no seu poder de definição, dando maior proteção aos pacientes contra os efeitos biológicos dos raios-X. Um dos meios de proteção é o uso de películas rápidas que necessitam menor tempo de exposição aos raios-X. Entretanto, muitos profissionais não aproveitam essa proteção, utilizando excessos de exposição que irradiam desnecessariamente os pacientes e produzem radiografias de má qualidade. Com a finalidade de determinar o tempo exato em que objeto e filme devam ficar expostos ao raios-X, os aparelhos são providos de marcadores de tempo de exposição ou cronorruptores, que podem ser mecânicos (mais antigos) ou elétricos/ eletrônicos (mais modernos). Os marcadores de tempo de exposição mecânicos são os mais suscetíveis de sofrerem desregulação e são impróprios para filmes rápidos. Os cronorruptores eletrônicos são mais precisos, embora passíveis de sofrerem desregulação por excesso de uso. Para bom aproveitamento da alta sensibilidade dos filmes, quanto á proteção do paciente, operador e pessoal auxiliar e conseguir radiografias de boa qualidade, os cronorruptores devem estar bem aferidos. Foram testados 32 aparelhos de raios-X odontológicos de marcas nacionais e estrangeiras e os resultados foram que os aparelhos nacionais não tiveram bom empenho com um mal funcionamento dos cronorruptores e os aparelhos estrangeiros responderam adequadamente ás especificações estabelecidas por seus fabricantes.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Radiografia dentária**
Aparelhos odontológicos

PRADO, M.C.P. et al. Reações liquenóides da mucosa bucal. Rev.Odont.Univ.São Paulo , v.8, n.3, p.221-4, jul/set. 1994.

As alterações liquenóides são parte de um grupo de reações patológicas que podem ser vistas tanto em pele como mucosa. Há controvérsias a respeito de sua conceituação, devido à sua semelhança com outras entidades patológicas que podem ocorrer na mucosa bucal. Essas lesões têm relação causa-efeito, isto é, podem regredir ou até desaparecer com a remoção do agente etiológico. Os agentes etiológicos permanecem um tanto obscuros, mas alguns estão relacionados com associação de variedade de drogas (ex: medicamentos anti-inflamatórios não esteróides, hipoglicemiantes, anti-hipertensivos) e metais pesados como ouro e mercúrio das restaurações dentárias, que aumentam a concentração de íons metálicos junto aos tecidos adjacentes formando complexos imunes citotóxicos ou são processados por macrófagos na lâmina própria numa reação antigênica. Experiências laboratoriais demonstraram que mesmo restaurações de amálgama bem polidas em contato com áreas erosivas da língua ou mucosa bucal podem desencadear reações do tipo liquenóide. Tanto reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV) com as reações liquenóides apresentaram íons de metais em partes da mucosa bucal quando próximas a restaurações. Houve regressão dessas lesões após remoção do amálgama. As características clínicas não têm aspecto patognomônico, imitando muito o líquen plano bucal. Sua localização é mais comum na borda lateral da língua e mucosa jugal, com formas irregulares, esbranquiçadas e assintomáticas. Seu diagnóstico é feito com exame histopatológico ou teste de imunofluorescência indireta. Sinonímia para essa alteração: displasia liquenóide, mucosite liquenóide, líquen plano, não chegando a um consenso na maioria das vezes.

Autor do resumo: Heloiza Tiemi Ono

**Unitermos: Mucosa bucal
Líquen plano bucal
Estomatite**

MARCANTONIO,R.A.C. et al. Avaliação dos critérios de um índice de placa corada: estudo histológico em humanos. Rev.Odont.UNESP, v.23, n.2, p.241-52, jul/dez. 1994.

A correlação entre um Índice de Placa Corado e as condições histológicas gengivais foi avaliada em 40 pacientes, de ambos os sexos, que procuraram tratamento periodontal. Os critérios clínicos do índice foram aplicados nas regiões vestibulares dos dentes anteriores, onde foram realizadas biópsias de forma a se obterem 10 espécimes para cada um dos quatro graus, onde :

- grau 0 não há placa na região gengival da superfície dental;
- grau 1 há fina camada de placa, corada em rosa, na área gengival da superfície dental;
- grau 2 há moderada quantidade de placa aderida à superfície próxima à gengiva, corada em rosa e azul ;
- grau 3 há grande acúmulo de placa e cálculo na superfície dental próximo ao tecido gengival.

A aplicação do índice foi realizada por um único examinador. Os cortes foram analisados morfometricamente e sua correlação com os resultados clínicos avaliada estatisticamente. Os resultados mostraram que houve uma correlação positiva entre a análise histológica e os critérios utilizados no Índice de Placa Corado; as maiores discrepâncias foram nos graus 0 e 1 do Índice, com correlação de 60% ; o grau 2 de Índice teve maior correlação histológica de 90% dos casos. Esse fato demonstra que não é fácil determinar, do ponto de vista clínico, o estado histológico dos tecidos gengivais, de tal modo que o Índice de Placa Corado ainda não é um meio ideal para se monitorar as condições gengivais.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Gengiva**
Anatomia
Gengivite

LIMA, J.E.O.; ALMEIDA, R.R.; PIMENTA, M.C.F. Prótese fixa adesiva em dentes anteriores decíduos. Rev.Bras.Odont., v.49, n.6, p.52-4, nov/dez. 1992.

A perda precoce dos incisivos centrais superiores decíduos é comum em crianças de tenra idade, devido principalmente a traumas bucais. Essa perda pode gerar fechamento do espaço anterior, interferir psicologicamente no desenvolvimento social da criança e surgir hábitos deletérios que prejudicariam a futura oclusão da mesma e fonação. Esse problema era resolvido com uso de aparelhos parciais removíveis, com insucesso. Com o aprimoramento das resinas compostas e avanço das próteses adesivas, foi idealizado um prótese fixa adesiva como mantenedor de espaço, que restituiria a oclusão natural da criança. A principal característica dessa prótese fixa adesiva é a utilização de resina composta como técnica de colagem. O dente natural pode ser aproveitado como pântico e fixado sobre estrutura metálica com resina composta fotopolimerizável ou o pântico pode ser dente artificial de resina acrílica. Os dentes de apoio à prótese, normalmente não são desgastados, exceto em casos especiais na face palatina para fixar a estrutura metálica com resina composta. A higienização deve ser constante e cuidadosa para não provocar problemas periodontais. O uso dessa prótese é controvertido e discutível, pois alguns autores dispensam o seu uso, já que para eles, raramente há perda de espaço anterior. Mas se houver perda de espaço na região anterior há cruzamento de mordida de canino unilateral e conseqüente atresia do hemi-arco superior. Vários casos clínicos foram estudados e controlados por alguns anos e mostraram eficácia desta prótese fixa adesiva em dentes decíduos idealizada pelo Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FOB-USP.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Prótese adesiva**
Mantenedor de espaço
Dentes decíduos

PINHEIRO,C.A. Circulação pulpar, metabolismo dentinário e cárie dentária. Rev.gaúcha Odont., v.40, n.1, p.18-22, jan/fev. 1992.

Este trabalho enfoca com bastante realce o papel que a circulação sangüínea pulpar e o metabolismo dentinário exercem sobre a susceptibilidade do dente à carie dentária. O acúmulo de ácido láctico dentinário é o fator mais importante da condição de isquemia pulpar e da alteração do metabolismo dentinário. Em condições anormais onde existe acúmulo de ácido láctico dentinário e aumento da pressão osmótica salivar podem desencadear o rompimento da barreira de permeabilidade amelo-dentinária e permitir a passagem de quantidades razoáveis de ácido láctico da dentina para o esmalte. A difusão e o acúmulo de ácido láctico em determinadas estruturas do esmalte, pode provocar, mediante a descalcificação dos cristais de hidroxiapatita, um aumento da sua permeabilidade. Este aumento da permeabilidade do esmalte é manifestada pelo aumento dos diâmetros dos poros normalmente existentes no esmalte íntegro. O processo de difusão de ácido láctico da dentina para esmalte seria feito rapidamente no terço inferior do esmalte e mais lento no terço superior onde há compactação da zona superficial do esmalte, podendo ficar estagnado na camada subsuperficial. Assim, com o aumento da permeabilidade do esmalte há conseqüentemente a sua susceptibilidade à cárie.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Ácido láctico dentinário**
Permeabilidade de esmalte
Susceptibilidade à cárie

KAYATT,F.E.; CORREA,J.C.M.; MOSELE,O.L. Tracionamento de dente incluso. Rev.gaúcha Odont., v.40, n.2, p.140-2, mar/abr. 1992.

A maioria dos dentes inclusos deve ser removida cirurgicamente. Por causa da sua localização, os dentes retidos provocam freqüentemente reabsorção das raízes dos dentes adjacentes. Também podem causar dor periódica e até mesmo trismo, particularmente quando ocorre infecção à volta do dente incluso. O tratamento deve ser conservador, preservando a maior quantidade de mucosa ou fibromucosa, de tecido ósseo e respeitar dentes vizinhos. Foram expostas diversas técnicas de fixação de dentes inclusos a serem tracionados, entre elas: laçar com fio de aço; perfuração da coroa de dente incluso; colagem com bracket e fixação com pino auto-rosqueável; bem como suas vantagens e desvantagens, na qual foi eleita pelo autor a técnica de pino rosqueável para posterior tracionamento, que pelo seu tempo reduzido no ato cirúrgico, menos injúria nos tecidos ósseo e periodontal e principalmente pela possibilidade de eleição do direcionamento da força ortodôntica a ser aplicada, pois com posicionamento previamente escolhido, podemos produzir uma grande inclinação axial com um movimento pendular ideal ou girar o dente em seu longo eixo se o desejarmos, contrariando Norton(1953) que preconizava que os dentes com localização trans-alveolar não poderiam ser tracionados. Somente optamos pela técnica de colagem de bracket ou tela em casos em que o dente esteja em posição alveolar e de fácil acesso, evitando assim a pequena injúria causada pelo pino auto-rosqueável.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Dente incluso**
Tracionamento
Técnicas

COUTO, J.L.; COUTO, R.da S.; DUARTE, C.A. Motivação do paciente. Rev.gaúcha Odont., v.40, n.2, p.143-50, mar/abr. 1992.

Pela pesquisa de renomados autores, não há dúvida de que o tratamento odontológico realizado na clínica permite ao profissional lançar mão de várias técnicas motivacionais diretas e indiretas para a educação e conscientização dos pacientes, com o propósito de que eles possam controlar sua microbiota bucal e obter saúde, objetivo final de todo o trabalho resultante dos ensinamentos que lhes foram passados. A presente revisão da literatura permitiu as seguintes conclusões:

- o principal recurso de motivação do paciente, para controle da placa bacteriana, na prevenção de cárie e doença periodontal é a orientação direta;
- possibilidade de que a somatória dos diversos mecanismos de motivação possam resultar na mudança de comportamento do paciente em relação à prevenção das doenças bucais;
- o profissional deve fazer da motivação uma atitude constante nas suas atividades, a fim de que os pacientes sejam levados a incorporá-la definitivamente aos seus hábitos de higiene bucal.

A maioria dos autores concordam que a manutenção da saúde bucal, mediante revisões e profilaxias periódicas, após um programa de motivação, concorre para evitar a recidiva da doença vinculada estreitamente ao grau de higiene bucal do paciente e predisposição à doença.

Autor do resumo: **Heloiza Tiemi Ono**

Unitermos: **Motivação**
Prevenção
Higiene dentária

LOVADINO, J.R. et al. Avaliação de dois materiais utilizados como selante oclusal: ionômero x compósito. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent. v.48, n.1, p. 1243-6, jan./fev. 1994.

A aplicação de selantes nas superfícies oclusais de dentes posteriores tem sido amplamente estudada e indicada. As cáries de fôssulas e fissuras constituem aproximadamente 80% de todas as lesões de cárie na idade de 15 anos, confirmando-se a necessidade de utilização de selantes oclusais nos processos preventivos, os quais atuariam como barreiras físicas que protegeriam e isolariam essas regiões do dente contra o meio bucal. Comparou-se, clinicamente, o desempenho do selante resinoso Delton e do cimento de ionômero de vidro Chelon-Fil, utilizados no selamento oclusal. Vinte e duas crianças (44 dentes) com idades de 6 a 11 anos foram avaliadas clínica, radiográfica e fotograficamente, sendo que o dente a ser selado (1º molar permanente) deveria ter total irrompimento, serem hígidos e não selados. Os selamentos foram realizados aos pares, ou seja, em cada um dos pacientes aplicou-se selamento com ionômero de vidro e compósito em molares distintos. A técnica para selamento seguiu todos os passos necessários para cada material. A avaliação foi realizada após 12 meses e abrangeu 15 crianças (30 dentes). Os selamentos foram analisados por três examinadores previamente calibrados, incluindo: exame clínico, radiográfico (radiografias interproximais) e fotográfico. O critério selecionado para avaliação foi de retenção total, perda parcial e perda total. Concluiu-se que houve porcentagem maior de retentividade do selante ionomérico, quando comparado ao resinoso; ambos os materiais foram eficientes na manutenção de ausência de cárie da superfície oclusal e interproximal; a perda parcial do selante não facilitou a instalação de cárie neste período de 12 meses.

Autor do resumo: **Adriano Tomio Hoshi.**

Unitermos: **Cárie dental;
Prevenção;
Selamento.**

DUARTE, D.A.; IMPARATO, J.C.P.; GUEDES-PINTO, A.C. Colagem de fragmentos dentários em molares decíduos. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.49, n.1, p.76-8, jan./fev. 1.995.

A despeito do incontestável avanço técnico-científico da odontologia restauradora, nenhum material dentário, até o presente momento, preenche, em sua totalidade, requisitos que estabeleçam plástica e funcionalmente a perda da estrutura dentária. A idealização de um material dentário restaurador tangencia a possibilidade de se utilizar o próprio dente. Se essa hipótese situa-se no campo da remota viabilidade, atualmente, com a formação de um "banco de dentes decíduos", torna-se razoavelmente possível. Com a utilização de fragmentos dentários decíduos, realizou-se, então, uma técnica alternativa para o restabelecimento morfofuncional da dentadura decídua. À semelhança de todos os materiais dentários, o material "dente" também cumpre etapas laboratoriais para sua utilização. Com a coleta do dente decíduo em "estado bruto", é importante sua manutenção em solução fisiológica. Antes, porém, ele é higienizado em água oxigenada (10 vol.) e, em seguida, lavado em água corrente. Previamente à sua utilização efetiva, o dente é autoclavado (120° C - 15 min.). A seqüência operatória-restauradora é a seguinte:

1. Diagnóstico e indicação clínica-radiográfica.
2. Preparo do dente: remoção do tecido cariado e/ou aplainamento das paredes cavitárias.
3. Moldagem do dente preparado e obtenção do modelo.
4. Adaptação do fragmento dentário no modelo.
5. Tratamento do fragmento dentário.
6. Colagem do fragmento dentário, utilizando-se a técnica adesiva.
7. Avaliação da oclusão.

Autor do resumo: **Adriano Tomio Hoshi.**

Unitermos: **Dentes decíduos;
Resina composta;
Colagem de dentes decíduos.**

FAVA, M.; WATANABE, I.; FAVA-DE MORAES, F. Scanning electron microscopic observations of the enamel surface before and after etching by orthophosphoric acid. Rev. Odont. UNESP, v.23, n.2, p.231-9, jul./dez. 1.994.

Examinou-se dez terceiros molares humanos inclusos, empregando o método de microscopia eletrônica de varredura. A camada do esmalte aprismático pode ser observada nas superfícies fraturadas das faces vestibular e lingual. As peças tratadas pelo ácido ortofosfórico “in vitro” mostraram três tipos básicos de resultados. O tipo I de ataque ácido mostra uma superfície rugosa de esmalte com a remoção da porção central do prisma de esmalte. O tipo II mostra que a porção central do prisma permanece intacta, mas ocorre a dissolução da substância periférica. O tipo III revela uma superfície com imagens de prismas do tipo I e II dispostas irregularmente. O efeito do ataque ácido mostrou ser dependente da variação na estrutura do esmalte, de superfície para superfície e de dente para dente. Esses resultados indicam diferentes previsões na adesão de resinas ou selantes.

Autor do resumo: **Adriano Tomio Hoshi.**

Unitermos: **Esmalte dentário;
Camada aprismática;
Condicionamento ácido;
Microscopia eletrônica de varredura.**

MILORI, S.A.; NORDI, P.P.; DINELLI, W. Cimento de ionômero de vidro: avaliação clínica de restaurações preventivas e selamentos em dentes posteriores (seis meses de avaliações). Rev. Odont. UNESP, v.23, n.2, p.271-7, jul./dez. 1.994.

Dentro das aplicações clínicas, os cimentos de ionômero de vidro podem ser utilizados como materiais restauradores, bases cavitárias, na cimentação e selamento de fôssulas e fissuras, apresentando como vantagens adesão à dentina e ao esmalte, liberação de flúor e compatibilidade biológica. Devido às suas propriedades satisfatórias, os cimentos ionoméricos também podem ser empregados nas superfícies oclusais de dentes posteriores, desde que as bordas da restauração não sejam colocadas nas regiões de contatos cêntricos, pois possuem uma baixa resistência ao desgaste quando submetidos a cargas oclusais diretas. Porém, com a introdução no mercado de um cimento ionomérico reforçado com partículas de prata, esta propriedade foi significativamente melhorada. Realizou-se, então, um trabalho para avaliar o desempenho de restaurações preventivas na superfície oclusal de pré-molares e molares portadores de cáries incipientes e selamento preventivo na superfície oclusal de dentes posteriores não portadores de lesões de cárie. Após uma criteriosa avaliação, foram escolhidos 25 molares e pré-molares permanentes com cáries incipientes na superfície oclusal e 25 dentes permanentes hígidos. O material utilizado foi o Chelon Silver, tipo Cermet e foram seguidas todas as instruções do fabricante. Para a avaliação da retentividade das restaurações e selamentos foram utilizados espelho, pinça e sonda, sob iluminação adequada. Realizaram-se três avaliações, sendo que a inicial foi logo após o término das restaurações e selamentos, a segunda três meses depois e a terceira após seis meses. Observou-se que após três meses e seis meses de avaliação clínica houve perda do material tanto nas restaurações preventivas como nos selamentos e essa perda foi intensificada em função do tempo. Após seis meses de observação, as restaurações preventivas demonstraram maior retentividade e, portanto, maior desempenho em relação aos selamentos.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

**Unitermos: Cimentos de ionômeros vítreos;
Cárie dentária;
Prevenção e controle.**

POWELL, L.V.; JOHNSON, G.H.; GORDON, G.E. Factors associated with clinical success of cervical abrasion / erosion restorations. Oper. Dent., v.20, n.1, p.7-13, Jan./Feb. 1.995.

Realizou-se um estudo para avaliar o desempenho clínico das restaurações de classe V de acordo com os critérios da USPHS. 25 pacientes e 116 lesões de abrasão / erosão foram restauradas com cimento ionomérico Ketac-Fil, com resina composta com adesivo dentinário (Silux Plus, Scotchbond 2, Vitrebond). Por 3 anos, 24 pacientes e 110 dentes foram avaliados. Todas as restaurações foram avaliadas pela semelhança de cor, descoloração cavo-superficial, textura superficial e desenvolvimento de cáries. As restaurações com cimento de ionômero de vidro demonstraram uma textura superficial levemente mais áspera do que as restaurações de resinas compostas. Diferenças significantes foram encontradas em relação à retenção. Percentualmente as retenções foram de 97,3% para o cimento de ionômero de vidro, 75,3% para a resina composta com adesivo dentinário e ionômero de vidro como forrador. Por 3 anos as restaurações de classe V de cimento de ionômero de vidro e as restaurações de resina composta com adesivo dentinário e ionômero de vidro forrador demonstraram possuir uma retenção significativamente melhor do que as restaurações com resina composta e adesivo dentinário. Aumento da função oclusal, mobilidade e arcada mandibular foram associados com diminuição na retenção.

Autor do resumo: **Adriano Tomio Hoshi.**

Unitermos: **Restauração classe V;**
Cimento de ionômero de vidro;
Resina composta;
Adesivos dentinários.

VILLELA, L.C.; CARVALHO, J.R.F. de; ARAÚJO, M.A.J. de. Uma técnica adaptada para facetas com resinas compostas - relato de um caso clínico. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.48, n.6, p.1535-7 nov./dez. 1.994.

Há no mercado o “Sistema Kulzer Inlay”, que permite ao profissional realizar restaurações em dentes posteriores com resina composta, tipo “Inlay/Onlay”, diretamente, isto é, através de uma polimerização inicial na boca e uma segunda polimerização por 6 minutos no “Lightbox”, que é adaptado ao fotopolimerizador Translux EC. Essa técnica é muito interessante pois não necessita de serviços protéticos. No caso clínico, adaptou-se esta técnica de “Inlay/Onlay” para a confecção de facetas. Paciente adulto, do sexo masculino, necessitava de melhoras em seu aspecto estético. Realizou-se a confecção de facetas estéticas pelo “Sistema Kulzer Inlay” nos dentes 21 e 22. Escolheu-se a cor, preparou-se os dentes para as facetas, realizou-se o isolamento absoluto e a proteção da dentina com cimento ionomérico. Passou-se lubrificante e, em seguida, foram colocadas porções de resina composta com posterior polimerização. Terminado o contorno das facetas, foi dado o acabamento inicial e fixou-se um pino de acrílico na incisal das facetas para a remoção das mesmas. As facetas foram levadas ao Lightbox, onde sofreram polimerização por 6 minutos. Fez-se uma asperização com brocas na face interna da faceta, provou-se e foi realizado o polimento. Fez-se o ataque ácido por 30 segundos no esmalte dental e na face interna da faceta. Lavou-se, secou-se e foi passado o “adhesive bond” nas faces internas das facetas e no esmalte dental. Em seguida, as faces internas das facetas foram preenchidas com “adhesive cement” e colocadas em posição com firme pressão. Removeu-se os excessos, polimerizou-se por 20 segundos e realizou-se o acabamento final. Como vantagens dessa técnica, pode-se considerar principalmente o tempo, o custo e a estabilidade estética por um período mais longo.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

Unitermos: Resinas compostas - Laminate.

SANT'ANA, E.; RODRIGUES, C. B. F.; CHINELLATO, L. E. M.
Relato de um caso: osteoma de mandíbula. Rev. Ass. paul. cirurg.
Dent., v. 48, n. 1, p. 1239-42, jan./fev. 1994.

O osteoma é um tumor ósseo benigno de crescimento lento, localizado no periosteio ou no endosteio, podendo ocorrer em todos os ossos do corpo, inclusive nos ossos do crânio e da face, sendo que sua ocorrência na região lingual da mandíbula é muito rara. Paciente do sexo masculino, branco, 48 anos, foi encaminhado à clínica de diagnóstico bucal da FOB-USP. A inspeção intrabucal evidenciou uma lesão nodular, com mais ou menos 4 centímetros de diâmetro, situada na região lingual da mandíbula, na área de molares do lado direito. A lesão era dura e indolor à palpação, pediculada e revestida por mucosa de coloração normal. Foram feitas radiografias panorâmica e oclusal total de mandíbula. A radiografia panorâmica mostrou uma massa radiopaca oval abrangendo desde a distal do 44 até a distal do 47. A lesão apresentava uma cortical radiopaca bem definida e de contornos nítidos. A radiografia oclusal evidenciou que a lesão era pediculada por lingual do segundo molar, de forma ovalada, apresentando trabeculado ósseo com aspecto radiográfico normal. Não havia infiltração ou destruição tumoral maligna. O diagnóstico presuntivo foi de osteoma ossificante, *torus mandibular*. Realizou-se a biópsia excisional sob anestesia local e a peça foi encaminhada para exame anátomo-patológico. O laudo histopatológico evidenciou fragmentos de tecido ósseo organizado em nódulos, com cortical óssea espessa, trabéculas bem constituídas e medula óssea fibrinosa, com discreto infiltrado mononuclear e vasos congestos. O paciente apresentou pós-operatório de acordo com a normalidade e os controles efetuados evidenciaram uma reparação normal do tecido ósseo, não havendo recidiva do processo.

Autor do resumo: **Adriano Tomio Hoshi.**

Unitermos: **Osteomas;**
Tumores benignos.

SHIROTA, T.; SCHMELZEISEN, R.; OHNO, K. et al. Experimental reconstruction of mandibular defects with vascularized iliac bone grafts. J. oral Maxillofac. Surg. , v.53, n.5, p.566-71, May 1995.

Este estudo tem como principal objetivo avaliar os processos de incorporação e remodelação óssea após microtransplante de enxertos de cristas ilíacas para reconstrução de defeitos mandibulares. Foram utilizados 6 porcos pequenos onde foram realizados defeitos no ângulo da mandíbula, medindo 2X4X1 cm. Optou-se por estes animais por causa do volume ósseo da crista ilíaca, da dimensão dos vasos sanguíneos e de sua anatomia semelhante à humana. Estes defeitos foram reconstruídos com enxertos ósseos microvascularizados da crista ilíaca através, principalmente, da artéria circunflexa. Os animais foram mortos 14, 28 e 56 dias depois do transplante e o processo de reparo foi observado histologicamente. Como resultados, tem-se que embora um suprimento vascular constante ao enxerto foi reestabelecido por causa das reanastomoses microvasculares, ocorreu a necrose da maior parte da medula óssea. A neoformação óssea a partir do enxerto foi marcadamente retardada em relação à da mandíbula. Alguns osteócitos e parte da medula sobreviveram depois do enxerto, no entanto o volume do osso ilíaco diminuiu gradativamente com o passar do tempo. Depois de 56 dias, o limite entre o enxerto e a mandíbula já não era mais nítido. Como conclusão, tem-se que o enxerto com osso ilíaco vascularizado através de uma artéria circunflexa não sobrevive completamente a um transplante para a mandíbula, porque o suprimento sanguíneo para a medula do enxerto não é totalmente satisfatório.

Autor do resumo: **Luciana Reis de Azevedo.**

Unitermos: **Remodelação óssea;**
Enxerto ósseo;
Ângulo da mandíbula.

LEINFELDER, K. F. Resin to metal bonding : overcoming esthetic problems. J. Amer. dent. Ass. , v.125, p.292-94, Mar. 1994.

Nos últimos anos tem-se testemunhado um grande interesse para com a Dentística Estética, especialmente pelo contínuo desenvolvimento de materiais adesivos. Inicialmente as retenções mecânicas se baseavam no método tradicional de unir as resinas à superfície dos metais. Entretanto por ser uma união somente mecânica, a microinfiltração e a descoloração marginal eram fatores comuns de ocorrer. A vantagem das mesmas é que podem ser usadas para qualquer tipo de liga. Em sequência surgiu a união resina-metal através de sistema eletrolítico, onde o berílio, o zinco e até o índio poderiam ser removidos de determinadas ligas gerando microfendas por onde a resina poderia penetrar. Entretanto, nenhum adesivo para ligas à base de ouro apresentou resultados satisfatórios. Através da fusão de uma fina camada de vidro flexível à superfície da liga, um novo sistema de união foi criado, onde a resina se une ao vidro através de um agente silano. Além de promover maior união na interface metal-resina, esta técnica de adesão através do vidro também pode ser usada para cimentar pinos endodônticos e tem grande aplicabilidade na união entre bases resinosas e a superfície da estrutura metálica em próteses parciais. Mais recentemente, os sistemas adesivos dentinários têm sido desenvolvidos e têm apresentado resultados clínicos bastante satisfatórios, porque podem se unir às superfícies de coroas metálicas e nos próprios canalículos dentinários. Por fim, deve ficar claro que o futuro, sem dúvida alguma, trará grandes novidades nesta área.

Autor do resumo: Luciana Reis de Azevedo.

**Unitermos: Estética dentária;
Adesivos dentinários;
Retenção de prótese dentária.**

EICHMILLER, F.C. A clinical perspective on dentin adhesives. J. Indiana dent. Ass, v.72, n.5, p.22-24, Sept./Oct. 1993.

A nova geração de adesivos dentinários tem mudado a prática da Dentística Restauradora. Os materiais restauradores adesivos apresentam algumas características em comum : todos contêm um componente que altera a superfície da dentina, seja através de uma desmineralização em vários graus e remoção total da smear layer ou através de uma desmineralização parcial e penetração através da smear layer. Isto é conseguido através de agentes condicionadores ácidos que removem em parte o conteúdo mineral presente nos primeiros micrômetros de profundidade, expondo assim a rede de fibras colágenas. Outro fator comum aos sistemas adesivos é o uso de resinas adesivas (primers) contendo monômeros hidrofílicos que são bifuncionais por natureza. Estes monômeros apresentam grupos químicos que os tornam capazes de se infiltrar na dentina desmineralizada, devido à sua natureza hidrofílica e ,por outro lado, possuem um ou mais grupos metacrilato que podem reagir de modo a formar um polímero que se ligará ao material restaurador. Os materiais adesivos presentes no mercado podem ser divididos em 2 grandes categorias : sistemas que contêm uma baixa concentração de monômero diluído em um solvente volátil e sistemas que utilizam resinas adesivas com viscosidade moderada ou alta. Por fim, conclui-se que o conhecimento das características, propriedades e limitações dos adesivos dentinários, associado a uma indicação clínica correta e seleção adequada do caso, irá resultar numa maior probabilidade de sucesso do tratamento.

Autor do resumo: Luciana Reis de Azevedo.

**Unitermos: Adesivos dentinários;
Ataque ácido dentário.**

FONTANA, U.F.; NORDI, P.P.; MILORI, S.A. Avaliação clínica em resinas compostas para dentes posteriores. Rev. paul. Odont. v.16, n.3, p.6-11, May/June 1994.

Após a realização de um treinamento e calibragem de duas acadêmicas, as mesmas avaliaram clinicamente restaurações de resina composta em dentes posteriores com até 8 anos de vida funcional. Participaram 39 pacientes, sendo a amostra composta por 107 restaurações confeccionadas por cirurgiões-dentistas de origem desconhecida. As restaurações envolvidas foram analisadas em função dos fatores coloração, descoloração e adaptação marginal, contorno oclusal e proximal e recidiva de cárie. Para cada um destes itens foram atribuídos determinados escores. Após a análise e discussão dos resultados, concluiu-se, entre outros, que as restaurações de resina composta em dentes posteriores sofreram alterações em relação à descoloração, adaptação marginal e contorno oclusal com o passar de 8 anos de vida clínica. Além disto, confirmou-se que o sucesso destas restaurações está diretamente relacionado com a técnica profissional, tendo a indicação clínica e a seleção dos casos forte influência sobre este sucesso.

Autor do resumo: Luciana Reis de Azevedo.

**Unitermos: Tempo;
Resina composta posterior.**

BONAPART, J.E.; STEVENS, H.P.J.D.; KERVER, A.J.H. et al. Rare complications of an odontogenic abscess : mediastinitis, thoracic empyema and cardiac tamponade. J. oral Maxillofac. Surg. v.53, n.5, p.610-13. May 1995.

O artigo citado tem como finalidade relatar algumas complicações fatais que se desenvolveram em um paciente depois de um diagnóstico tardio de um abscesso odontogênico. O paciente de 41 anos de idade, do sexo masculino, encaminhou-se a um clínico geral com queixa principal de rosto inchado, principalmente na região inferior da bochecha direita. Sua temperatura corpórea era normal e o médico lhe receitou antibiótico. No dia seguinte, o inchaço havia aumentado e se estendido para o queixo. Uma diminuição na capacidade respiratória, com subsequente pneumonia, ânsias de vômito e odor fétido na boca foram observados ao exame clínico. Outros medicamentos foram receitados. Uma semana depois, o paciente foi internado com dispnéia, cianose e icterícia. Apresentava enfisema subcutâneo no pescoço e tórax; radiografias demonstravam presença de gás na retrofaringe e algumas anormalidades pleuropulmonares; exames laboratoriais revelaram diminuição funcional do fígado e bexiga, além de insuficiência respiratória parcial; cáries e pericoronarites foram diagnosticadas, e, por fim, uma radiografia demonstrou a presença de um abscesso envolvendo as raízes do 1º-molar inferior direito. Cerca de 10 dias de sua entrada ao hospital, o paciente faleceu e a autópsia revelou mediastinite, pleurite, pericardite fibrinóide, que por sua vez, provocou o tamponamento cardíaco. Todos estes fatores que culminaram na morte do paciente foram, provavelmente, oriundos da proximidade das raízes do dente 46 com a linha milohioidéa e da facilidade em se atingir os espaços submandibular e parafaringeano. Este caso clínico serve para alertar os cirurgiões-dentistas de maneira geral, com relação à importância do diagnóstico precoce dos abscessos odontogênicos, em especial na área de molares inferiores, e que, apesar destas complicações fatais serem raras, elas podem ocorrer.

Autor do resumo: **Luciana Reis de Azevedo.**

Unitermos: **Diagnóstico bucal.**

KUMAZAWA, M.; KOHSAKA, T.; YAMASAKI, M. et al. Effect of traumatic occlusion on periapical lesions in rats. J. Endod. v.21, n.7, p.372-75, July, 1995.

Neste estudo foi realizado a avaliação histológica e histométrica do efeito da oclusão traumática unilateral sobre os tecidos pulpar e periapical depois da exposição pulpar em ratos. Foram utilizados 80 ratos, que por sua vez, foram divididos igualmente em 4 grupos: A, B, C e D. Os animais do grupo A não receberam tratamento algum; os do grupo B foram submetidos a uma exposição pulpar no 1^o molar inferior esquerdo; no grupo C, uma placa de resina de 1mm de espessura foi cimentada na superfície oclusal do molar antagonista, de modo a provocar o trauma oclusal, e no grupo D, os molares sofreram exposição pulpar e a instalação da placa de resina. Os animais foram sacrificados 1, 2, 4 e 6 semanas após a exposição pulpar e/ou a instalação da placa de resina. Histopatologistas observaram a presença de inflamação, abscesso e reabsorção óssea alveolar nos tecidos pulpar e periodontal nos cortes histológicos. E a região do ligamento periodontal no tecido periapical foi medida histometricamente com a ajuda de um sistema processador de imagens. Após 1 e 2 semanas, a compressão do ligamento periodontal e a inflamação eram menores no grupo D do que no B. Lesões no periodonto apical depois de 1, 2 e 4 semanas no grupo D eram significativamente menores do que aquelas do grupo B. Pela análise dos resultados tem-se que a oclusão traumática retarda o aumento das lesões periapicais em animais experimentais.

Autor do resumo: Luciana Reis de Azevedo.

**Unitermos: Oclusão dentária traumática;
Tecido periapical.**

MOSS, R.A.; LOMBARDO, T.W.; VILLAROSA, G.Q. et al. Oral habits and TMJ disfunction in facial pain and non-pain subjects. J. oral Rehab. v.22, n.1, p.79-82, Jan., 1995.

Este trabalho tem o objetivo de avaliar dois fatores em pacientes com dor facial : os hábitos orais de auto-conhecimento, como o apertamento dental e a mordedura de lábios e boca, e os sintomas clínicos de disfunção têmporo-mandibular. Teorias multifatoriais para a etiologia da dor facial têm sido propostas, entretanto poucas pesquisas foram realizadas para comprovar esta etiologia. O presente estudo relacionou os hábitos orais por um período de sete dias em pacientes com e sem dor facial, e com e sem sintomas clínicos de disfunção têmporo-mandibular. Os resultados demonstraram uma relação significativa entre a disfunção têmporo-mandibular e o apertamento dental, bem como uma interação entre esta disfunção e a dor facial proveniente da mordedura de lábios e boca. Este estudo ainda revelou que os pacientes controle sem dor facial mas com disfunção relataram que nunca apertaram os dentes. Assim tem-se que este estudo representa um passo a mais na descoberta dos múltiplos fatores que podem resultar na dor facial. Entretanto, a necessidade de estudos futuros na etiologia destas dores não pode ser desprezada.

Autor do resumo: **Luciana Reis de Azevedo.**

Unitermos: **Oclusão dentária;
Articulação têmporo-mandibular;
Dor facial;
Disfunção.**

MARSHALL, M. V.; CANCRO, L. P.; FISCHMAN, S. L.; Hydrogen peroxide: a review of its use in Dentistry. J. Periodont., v.66, n.9, p.786-96, 1995.

Diversos dentifrícios contendo peróxido de hidrogênio são comercializados correntemente. O uso crescente de agentes clareadores constituídos por peróxido de hidrogênio induziu esta revisão a respeito da segurança do seu uso na higiene oral. A exposição diária a pequenos níveis correspondente à utilização dos dentifrícios é bastante inferior à concentração dos agentes clareadores por um longo período de tempo. Essa substância vem sendo utilizada na Odontologia sozinha ou combinada com sais por mais de 70 anos. Estudos nos quais 3% peróxido de hidrogênio, ou menos, foram utilizados diariamente por mais de 6 anos, demonstraram efeitos irritantes transitórios e ocasionais em apenas alguns indivíduos com ulceração prévia, ou quando foram administrados altos níveis de soluções salinas concomitantemente. Em contraste, agentes clareadores ou peróxidos orgânicos podem produzir toxicidade oral localizada quando de exposição prolongada por manuseio inadequado. A preocupação quanto ao efeito potencial por uso prolongado tem levado ao desenvolvimento de inúmeras pesquisas, baseadas em animais. A partir de um estudo realizado com hamsters, a concentração de 30% revelou-se cocarcinogênico à mucosa oral. Este e outros estudos demonstram que 3% peróxido de hidrogênio, ou menos, não apresentam atividade cocarcinogênica ou efeitos adversos. Em pacientes um uso duradouro causa uma redução no índice de placa e gengivite. Entretanto, o seu uso terapêutico para prevenção de doença periodontal requer acesso mecânico às bolsas subgengivais. Além disso, a cicatrização após cirurgia gengival é aumentada devido ao efeito antimicrobiano da administração tópica. Para a maioria dos indivíduos os efeitos benéficos foram constatados com níveis superiores a 1% peróxido de hidrogênio.

Autor do resumo: **Andrea Miranda Kuroiva**

Unitermos: **Dentifrícios;
Peróxido de Hidrogênio, toxicidade;
Agentes Clareadores, efeitos adversos.**

KELLERT, M.; CHALFIN, H.; SOLOMON, C.; Guided tissue regeneration: an adjunct to endodontic surgery. J. Amer. dent. Ass. v.125, p.1229-33, Sep.1994.

Através da apresentação de dois casos clínicos procurou-se demonstrar o uso da membrana biológica como um recurso auxiliar na realização das cirurgias endodônticas. Caso 1: Paciente do sexo feminino, 35 anos, submeteu-se a exame para diagnóstico e tratamento dos elementos 23 e 24. Ao exame radiográfico notou-se a presença de lesão periapical em ambos os dentes. O primeiro pré-molar superior esquerdo apresentava-se restaurado com núcleo e coroa, havia recebido tratamento endodôntico há dez anos. Ao exame clínico notou-se um nódulo flutuante na superfície vestibular da região dos dentes envolvidos. A paciente apresentava bolsa periodontal profunda na superfície vestibular do dente 25 e destruição óssea, evidenciada durante a cirurgia. As superfícies vestibular e mesial da raiz do 2º pré-molar estavam completamente destruídas nos dois terços coronais, mas a córtex lingual permanecia intacta. Caso 2: Paciente do sexo feminino, 45 anos, apresentou-se para diagnóstico e tratamento do dente 36. Ao exame radiográfico constatou-se lesão de furca e periapicopatia associada ao elemento em questão. A paciente portava bolsa periodontais profundas na superfície vestibular da raiz mesial e na região de furca. Em ambos os casos realizou-se a apicectomia e a obturação retrógrada com cimento Super EBA, além da meticulosa curetagem da lesão associada. Posicionou-se osso liofilizado nas áreas de defeito ósseo e ao longo da superfície radicular desnuda, de forma a prover espaço adicional sob a membrana para neoformação de ligamento periodontal. Procedeu-se a colocação da membrana biológica Goretex. Os pacientes submeteram-se a controle semanal até a remoção da membrana, quando pode-se perceber formação evidente de tecido de granulação nas áreas anteriormente com defeito ósseo.

Autor do resumo: **Andréa Miranda Kuroiva**

Unitermos: **Cirurgia endodôntica**
Membrana biológica

KERRY, G.; A clinical use study tetracycline-loaded fibers as adjunctive treatment in periodontal disease. J. Amer. dent. Ass., v.125, p.1199-203, Sep.1994.

Uma vez que os aspectos microbiológicos da doença periodontal vem sendo melhor elucidados, o interesse e o desenvolvimento da antibióticoterapia vem crescendo. A tetraciclina, com poder bacteriostático e atividade bactericida contra as bactérias anaeróbias orais associadas à doença periodontal, tem desempenhado papel relativamente pequeno quando usada no tratamento sistêmico da periodontite em adultos, dada a dificuldade de atingir níveis efetivos na bolsa periodontal. O que se tem conseguido superar com o uso de fibras de tetraciclina inseridas em bolsas periodontais com liberação contínua da droga por um período de 10 dias. Em amostra de 66 adultos, com idade média de 52,8 anos, um quarto deles fumantes, portadores de um ou mais sítios ativos da doença, com história de tratamento periodontal anterior inadequado, foram submetidos a estudo para a avaliação da eficácia da terapia combinada, associando raspagem e planificação radicular ao uso de fibras de tetraciclina. Observou-se em controle dos pacientes realizado após 1, 3 e 6 meses do tratamento, a redução na profundidade da bolsa e no sangramento quando da sondagem. Demonstrou-se assim que o tratamento periodontal convencional em conjunto com o uso de tetraciclina representa uma alternativa de valor no tratamento de sítios refratários da doença. Além do benefício alcançado apresentar durabilidade compatível com o intervalo de manutenção periodontal.

Autor do resumo: Andréa Miranda Kuroiva

**Unitermos: Doença Periodontal
Tetraciclina**

DARIO, L. J.; ASCHAFFENBURG, P. H.; Treating severe partial anodontia: a 10-year history of patient treatment. J. Amer. dent. Ass., v.125, p.1612-4, Dec.1994.

Falhas durante a odontogênese podem resultar em diferentes alterações congênitas, desde a ausência de um único elemento dentário a anodontia total. No caso relatado o paciente apresentava anodontia parcial severa, uma anomalia relativamente rara de etiologia não bem esclarecida e com tendência familiar. Em 1983, o paciente leucoderma, sexo masculino., 17 anos de idade procurou por avaliação e tratamento protético com vistas a recuperar estética e função. Portava dentição mista, com menos de metade dos dentes permanentes erupcionados. Realizaram-se radiografia panorâmica e traçado cefalométrico por meio dos quais constatou-se que o paciente apresentava mordida aberta classe II com espaço anterior intermaxilar significativo. O tratamento de eleição foi uma prótese parcial removível não convencional do tipo overlay. Ao longo do tempo, o paciente teve sua prótese ajustada em função da esfoliação de alguns dentes. Em 1992, o paciente retornou e realizaram-se novas tomadas radiográficas nas quais constatou-se haver suporte ósseo adequado para a realização de um implante. Procedeu-se a restauração dos demais elementos dentários e a fixação do implante, sendo este posicionado vestibularmente na maxila e lingualmente na mandíb/ula em função da anatomia óssea dos maxilares. Com a conclusão do tratamento, iniciado com a prótese parcial removível e culminando com o implante, pode-se prover melhores condições fonética, funcional e estética ao paciente.

Autor do resumo: Andréa Miranda Kuroiva

**Unitermos: Anodontia parcial
Implante
Prótese Parcial Removível**

STRULL, G. E.; DYM, H.; Tuberculosis: diagnosis and treatment of resurgent disease. J. oral. Maxillofac. Surg., v.53, p.1334-40,1995.

A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e é transmissível por inalação de gotas infectadas resultantes da aerosolização de secreções respiratórias contaminadas. O microorganismo é aeróbio obrigatório, apresentando tropismo por tecidos com alta pressão parcial de oxigênio, como o ápice pulmonar. Com frequência o período entre a infecção e a manifestação clínica da doença é longo. Mais de 90% dos portadores são assintomáticos, podendo ser identificados pelo teste de Mantoux, ou teste da tuberculina. Os profissionais de saúde são os que apresentam maior risco de contrair o bacilo. E esta doença que até alguns anos atrás apresentava-se em declínio, vem ressurgindo sendo largamente associada à AIDS. Através do artigo, busca-se revisar os aspectos da doença, as modalidades de tratamento e a familiarização com os seus sinais e sintomas para a conscientização do cirurgião dentista uma vez que há uma maior possibilidade de se tratar pacientes infectados.

Autor do resumo: **Andréa Miranda Kuroiva**

Unitermos: **Teste de Mantoux**
Tuberculose

BIAZOLA, E. R.; MORAES, N. P.; Crioterapia em lesões leucoplásicas da boca. Estudo clínico em humanos. Rev. Bras. Odont., v. 52, n.1, p.16-8, jan./fev., 1995.

Objetivou-se através deste trabalho estudar clinicamente o efeito terapêutico e sintomático da crioterapia em lesões leucoplásicas da mucosa bucal. Para a realização do mesmo selecionaram-se 24 pacientes do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Consideraram-se as características clínicas das lesões leucoplásicas e não outros aspectos tais como idade, sexo ou raça. As áreas acometidas foram agrupadas segundo a região anatômica. Todos os pacientes foram tratados com nitrogênio líquido na forma de spray. O aparelho utilizado era constituído por uma garrafa térmica e um cano de cobre com uma agulha de uso veterinário. Realizaram-se avaliações clínicas aos 3, 7, 15, 30, 40 e 60 dias pós-operatórios. Anotaram-se alterações como dor, infecção, aspecto clínico da ferida pós-operatória ou qualquer outra alteração. Procedeu-se o acompanhamento dos pacientes num período entre 6 e 12 meses e chegou-se a conclusão de que o criospray é um método assintomático e apresenta efeito eficaz no tratamento da leucoplasia.

Autor do resumo: **Andréa Miranda Kuroiva**

Unitermos: **Crioterapia
Leucoplasia Bucal
Terapêutica**

VIGNESWARAN, N. et. al. Tobacco use and cancer. Oral Surg. , v.80, n.2, p.178-80, Aug.1995.

Com aproximadamente seis milhões de consumidores, o fumo, sem ser na forma de cigarro, tem sofrido um exame minucioso como um fator de risco ao câncer bucal. Reviu-se a relação existente entre o seu uso, a queratose e o câncer oral. Vários aspectos desta queratose, incluindo sua história natural, apresentação clínica, comportamento biológico, a diferencia das demais leucoplasias as quais exibem maior grau de malignização. Pesquisas prévias demonstraram que o risco relativo de câncer oral em usuários desta modalidade não convencional de fumo é de 4,2 , aproximadamente metade do risco dos fumantes. Apesar da alta taxa de mortalidade da população consumidora desta modalidade não convencional do fumo, tal dado não se faz suficiente para suportar a errônea predição de câncer oral endêmico associado ao aumento dessa mesma população. Na verdade, o risco comparado é favorável em relação à modalidade não convencional , apresentando-se, portanto, como uma opção para redução do câncer associado ao cigarro, inclusive o câncer oral. Apesar desta proposta sofrer críticas por não representar uma solução ideal para a nação de fumantes, a adoção desta estratégia salvaria eventualmente 400 mil vidas a cada ano.

Autor do resumo: **Andréa Miranda Kuroiva**

Unitermos: **Câncer oral**
Fumo
Leucoplasia Bucal

GIBSON, J.; MCGOWAN, D.A. Oral contraceptives and antibiotics: Important considerations for dental practice. Br.Dent.J. v.177, n.11/12, p.419-22, Dec. 1994.

Dentistas precisam estar familiarizados com a possível interação entre os contraceptivos orais (c.o.) e os antibióticos prescritos no tratamento odontológico. Antibióticos de largo espectro podem interferir na ação dos c.o. Eles matam bactérias do intestino que promovem a hidrólise dos c.o.e, com isso, reduzem a concentração plasmática dos mesmos. Os antibióticos podem causar diarreia, o que permite a excreção dos c.o. E algumas enzimas livres podem ser estimuladas pelos antibióticos a degradar os c.o. O dentista precisa discutir com sua paciente o risco desta interação. Quando uma dose destes antibióticos (penicilina e tetraciclina) são administradas por um curto espaço de tempo uma dose adicional de c.o. pode ser usada durante este período. Agora, se dose de antibiótico for mantida por mais de duas semanas, a dose adicional não deve ser prescrita e a paciente deve ser muito bem alertada sobre a questão.

Autor do resumo: **Marcos Madeira**

Unitermos: **Contraceptivos orais**
Antibióticos, interação.

ALHADAINY,H.A. Root perforations: A review of the literature.Oral. Surg. Oral. Med. Oral.Pathol. v.78, n.3, p.368-74, Mar. 1994.

As perfurações radiculares podem ser por causa iatrogênica, reabsorção ou cárie. A causa iatrogênica é devido ao acesso inadequado, direção de trepanação errada, sobreinstrumentação e utilização de brocas indiscriminadamente. O diagnóstico é feito pela análise clínica, pelo sangramento indireto e pela radiografia. O prognóstico depende do tipo, local, extensão da perfuração e da capacidade seladora do material de reparo. O prognóstico é melhor quando a mesma é na altura do sulco gengival, livre da crista óssea e quando este acidente ocorre no assoalho da câmara pulpar ou na área de furca, o prognóstico é ruim. Tratamento: Ortodôntico-endodôntico, por estimulação de calcificação ou cirúrgico que será indicado dependendo não só da perfuração em si , mas também das condições periodontais, da impotância do dente, da higiene do paciente e da experiência e habilidade do operador.

Autor do resumo: **Marcos Madeira.**

Unitermos: **Perfurações radiculares.**

NUNES, E.; MORAES, I. G.; BEBERT, A. Influência de técnicas de instrumentação na penetração de cânulas irrigadoras em canais radiculares. Rev. Fac. Odont. Bauru-USP v.2, n.2, p.29-34 Abr/Mai/Jun. 1994.

Para analisar a penetração das cânulas irrigadoras, utilizou-se 50 incisivos centrais inferiores humanos extraídos divididos em 5 grupos de 10: I) usando como técnica de instrumentação a técnica clássica. II) Técnica clássica com brocas de gates glidden III) escalonada. IV) escalonada com brocas de gates glidden V) Oregon modificada. Após cada passo operatório, cânulas 4, 5 e 6 eram introduzidas e a penetração medida. A análise estatística permitiu concluir que a técnica de Oregon modificada é a que permite maior penetração das cânulas. Outro dado a se ressaltar é que a utilização das brocas de gates glidden facilita a penetração destes instrumentos, aumentando a efetividade da irrigação.

Autor do resumo: Marcos Madeira.

**Unitermos: Canal radicular, instrumentação;
Canal radicular, irrigação.**

SEIBY,A. Fixed prosthodontic failure. A review and discussion of important aspects. Aust.Dent.J. v.39, n.3, p.150-6, Jun.1994.

Problemas mecânicos tem estado associados à falha da prótese parcial fixa, tais como fratura da infra estrutura, ponto de solda, ou fratura do dente. Outros problemas como perda de retenção, contorno e margens infieis também são achados. Relacionado com o material, o problema mais frequente é a fratura da porcelana. As próteses também podem falhar por questões biológicas como cárie, doença periodontal e periapicopatias. Para minimizar estas falhas, o clínico deve atentar para os seguintes pontos: Manter o máximo de suporte dental, evitando sua fratura e fornecendo retenção friccional; o metal da infra estrutura deve ser o mais forte possível; a prótese deve ter espaço para abrigar metal e porcelana. Contorno e adaptação marginal corretos diminuem o risco de infiltração e conseqüentemente de problemas de ordem biológica e a manutenção da dimensão vertical de oclusão evita hábitos parafuncionais que podem acarretar o desgaste dos dentes antagonistas ou a fratura da prótese.

Autor do resumo: Marcos Madeira

Unitermos: Prótese Parcial Fixa, problemas

BONACHELA,W.C.;MIRÁGLIA,S.S.;FONSECA,D.M.,et al. Uso da protese parcial removível na recuperação e manutenção periodontal.Rev. APCD v.49, n.1, p.37-9, Jan./Fev. 1995.

A confecção de uma PPR exige planejamento e desenho adequados, estes obtidos pela troca de informações entre profissional e técnico e manutenção correta obtida pelo esclarecimento do paciente de como usá-la adequadamente. O planejamento correto pode fazer com que uma PPR apresente pouco envolvimento dos pilares através do sistema RPI sem que os elementos de reciprocidade estejam na superfície lingual dos dentes anteriores inferiores, o que facilita a limpeza, esta alcançada mais facilmente evitando-se sobrecontornos de grampos em excesso, o que determinaria exagerado acúmulo de placa, impacção e estética prejudicada. Com todo este planejamento aliado a um preparo prévio muito bem elaborado através de condutas periodontais, manutenção da higiene e procedimentos restauradores, somos capazes de devolver as condições de normalidade às estruturas periodontais de suporte e proteção e ao mesmo tempo reabilitar o paciente no que se diz respeito à estética e função.

Autor do resumo:**Marcos Madeira.**

Unitermos: **Prótese periodontal;**
Prótese parcial removível;
Sistema de grampos RPI

AZURAT,R.D.;PESUN,I.J.;LOVE,W.B. The role of the restorative dentist in the diagnostic and maintenance phases of implant therapy.Part I: Patient selection. J. Can.Dent.Assoc. v.60, n.9, p.811-3, Sep. 1994.

Durante o diagnóstico da terapia do implante, o dentista deve questionar se o implante é a melhor solução e determinar se ele é possível. Seleção dos pacientes: Dos pacientes que são candidatos ao implante, muitos deles não obterão sucesso em uma das fases do tratamento, por isso, um exame sistemático destes pacientes deve ser realizado antes mesmo de fazer o plano de tratamento. Este exame inclui revisão do padrão médico e psicológico do paciente; avaliar os parâmetros básicos de função, estética e fonética da região onde o implante será posicionado; analisar os dentes remanescentes e ,até que ponto o paciente é solidário à terapia. Posteriormente, serão feitos exames radiográficos e fotográficos para determinar a modalidade indicada. O planejamento é então feito e o paciente incluído nele, porque o sucesso final do implante depende da sua boa aceitação.

Autor do resumo: Marcos Madeira.

**Unitermos: Implante;
Seleção de paciente.**

GUINNETT, A. J. ;BARATIERI, L. N. ;MONTEIRO, S. Adhesive restorations with amalgam: guidelines for the clinician. Quintessence Int. v.25, n.10, p.687-95, Oct.1994.

Exames laboratoriais e clínicos têm testado o amálgama adesivo e este sistema pode ser incorporado a rotina prática se os resultados favorecerem o seu uso clínico. Técnica: Remoção do tecido cariado, ataque ácido da dentina e esmalte pelo ácido fosfórico gel a 10% por 15 segundos, lavagem e secagem. O agente de união a dentina e ao esmalte é então aplicado com uma escovinha descartável e o amálgama é condensado na cavidade antes mesmo que o agente esteja polimerizado. Faz-se a escultura, acabamento e polimento finais. A cavidade precisa de uma preparação adequada, como redução de cúspides frágeis, realização de retenções mecânicas, forma de contorno e resistência adequados. Testes em laboratórios têm contra-indicado a associação entre pins e amálgama adesivo. No entanto, apesar de suas vantagens(redução da infiltração marginal, reforço da estrutura dental, diminuição da sensibilidade pós-operatória, etc) o amálgama adesivo também tem suas limitações como o seu uso em restaurações extensas. Sua performance clínica precisa ainda ser determinada, mas de qualquer forma o seu uso clínico será crescente se forem confirmados resultados favoráveis.

Autor do resumo: **Marcos Madeira.**

Unitermos: **Amálgama adesivo.**

ARAGONÊS, A. ; SILVA, S. M. B. de; LIMA, J. E. de O. Coroas de aço inoxidável em odontopediatria. Rev. da FOB. v.2, n.3, p.22-5. Jul/Set, 1994.

A coroa de aço inoxidável tem se apresentado como um recurso adequado para restaurar dentes deciduos com grande perda de sua estrutura por cárie, bem como em casos de mal formações e fratura. Propicia o restabelecimento de função e proteção ao remanescente dentário, conservando-o no local. Associado a uma correta adaptação cervical, promove a preservação de espaço na dentadura decídua, da morfologia dentária com uma oclusão adequada e da saúde gengival. A sua utilização teve início em 1950, por Hunsprey e desde então, muitos autores vem estudando a cerca de das variações relacionadas ao preparo, acabamento, adaptação e cimentação. O preparo deve seguir a anatomia natural do dente, desgastando-se de 1 a 2mm na oclusal e convergir para a mesma e os contornos devem ser arredondados. LIMA considera que uma reconstrução dentária sob coroa de aço inoxidável traria um custo mais alto para uma contribuição pequena no aumento da retenção da mesma que ocorre principalmente com um correto ajuste cervical. O principal preparo é na região cervical. O restante do preparo teria a finalidade de aliviar para que a coroa também se ajustasse adequadamente na oclusal. Todos os autores concordam com a necessidade dos recortes das coroas e a adaptação das mesmas com alicates adequados. São poucas as modificações a serem realizadas nas coroas pré-fabricadas. Também têm a vantagem de serem econômicas e de consumir um tempo de trabalho relativamente curto. Testes quanto à resistência de tração foram superiores quando respeitado o preparo do dente. Dos agentes cimentantes, concluiu-se a superioridade do cimento de ionômero de vidro, aplicado por pincelamento. Com uma indicação bem feita, um preparo adequado e cimentação cuidadosa, pode-se proporcionar ao paciente um benefício, conservando-se o remanescente dentário na cavidade bucal.

Autor do resumo: Linda Wang

**Unitermos: Coroas;
Cimentação;
Odontopediatria.**

CHI, B. C. et al. Dentinal Fluid Dynamics in Human Teeth, In vivo. J. Endod.v. 21, n.4, p.191-4. Apr, 1995.

A pressão do tecido pulpar é uma importante referência para se conhecer o estado de circulação pulpar mostrando-se elevado quando na presença de inflamação. Como a medida da pressão do tecido intersticial pulpar parece ser transmitido pelos túbulos dentinários à dentina, Torna-se possível medir tal pressão sem contato direto com a polpa, através da dentina intacta. No entanto a presença de smear layer, precisa ser removida para melhor avaliação, o que foi proposto por Pashley(1981) através de condicionamento ácido. Uma área considerável e o tempo de medida devem ser considerados. O objetivo desse estudo foi de estimar a pressão do tecido pulpar de dentes humanos normais através de dentina intacta, comparando com a pressão exógena requerida para anular o fluxo do fluido dentinário. Foram utilizados primeiro e segundo pré-molares mandibulares indicados para extração por motivos ortodônticos, totalizando cinco dentes com preparo cavitário classe V, após anestesia por bloqueio regional do n. alveolar inferior, com lidocaína a 2% sem vasoconstrictor. As dimensões do preparo foram de 4mm de diâmetro e 1,5mm de profundidade, deixando cerca de 1,06mm de parede pulpar. Esmalte e dentina foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 1 minuto. Uma câmara cônica foi realizada confeccionada para abrigar as agulhas de acesso de entrada e saída de líquido para medição(solução salina tampão de fosfato). Foi selada com resina composta fotopolimerizada. A medida foi iniciada logo após o preparo, mantido por 45 minutos. Os valores principais obtidos foram de $0,35 \mu\text{l min}^{-1} \text{cm}^{-2}$ para o fluxo inicial, e 14 cm H₂O de pressão pulpar. Essa medida foi obtida após cinco minutos consecutivos de fluxo nulo obtido. Para essa avaliação considerou-se o fato do uso de anestésico sem vasoconstrictorm e o possível trauma durante o preparo cavitário. Os resultados desse estudo demonstram a utilidade desse método relativamente simples de medir a taxa do fluxo do fluido dentinário, a condutância hidráulica da dentina e a magnitude da pressão do tecido pulpar. No entanto, deve-se considerar os valores obtidos de acordo com a idade, lesão cariiosa e variações operativas.

Autor do resumo: **Linda Wang**

Unitermos: **polpa dentária,
dentina.**

RIJKE, J.W. V. de Use of dyes in cariology.*Int. dent. J.* v. 41, n.2, p.11-6. Apr, 1991.

Corantes apresentam largo uso na medicina, biologia e odontologia. É de grande valor para se distinguir e facilitar visualização daquilo que se objetiva. A observação se faz tanto quantitativa como qualitativamente. Na cariologia, para o diagnóstico das lesões, geralmente a aparência visual dos corantes, é mais relevante que a quantidade propriamente dita. Existem diversos tipos de corantes, tanto para a evidência de cárie à nível de dentina como de esmalte. Na dentina, parecem corar em função da desnaturação protéica causada pela cárie e não pela desmineralização. No esmalte, os evidenciadores ainda não podem ser aplicados clinicamente. Quando isso for possível, um estágio precoce de cárie será detectado permitindo maior preservação de tecido dentário. Os diferentes tipos de evidenciadores diferem quanto ao potencial evidenciador, risco carcinogênico, facilidade de aplicação e de interpretação. Os corantes fluorescentes levam vantagem sobre os absorvidos, como por exemplo, uma melhor visualização da área corada, bem como a sua observação apenas sob luz específica. Para o uso clínico desses evidenciadores é necessário que não sejam de risco para o paciente, que se permita a visualização da área corada e que seja removível, permitindo um bom diagnóstico da lesão cariosa sem prejuízos aos pacientes.

Autor do resumo: **Linda Wang**

Unitermos: **cárie dentária, diagnóstico.**

RICKETTS, D.N.J. et al. Clinical and radiographic diagnosis of occlusal caries: a study in vitro. J. oral Rehab. v.22, n.1, p.15-20. Jan, 1995.

De acordo com estudos realizados, a cárie dental em crianças em idade escolar apresentou uma redução nas últimas décadas nos países desenvolvidos. No entanto, a cárie oclusal de cicatrículas e fissuras ainda é um problema. Dummer et al.(1988) mostra que entre 11-12 anos, 23% das superfícies oclusais estão cariadas. Isso representa três vezes mais que as superfícies oclusais comprometidas. O diagnóstico torna-se então fundamental. Foi realizado um trabalho comparativo entre os exames clínico e radiográfico para o diagnóstico de cáries oclusais. Os resultados obtidos foram comparados com o diagnóstico dado microscopicamente, sendo realizados cortes méso-distais. Doze examinadores participaram do trabalho examinando 48 molares distribuídos em 6 manequins contendo um primeiro e um segundo molar em cada hemiarcada. Clinicamente os resultados foram classificados em: a) sadios, b) cárie restrita ao esmalte, c) em dentina, d) atingindo a polpa. Os tratamentos indicados foram: a) observação, b) aplicação de flúor, c) selamento de fissuras, d) restauração preventiva com resina, e) restauração convencional. Na microscopia foram categorizados em 1) íntegro, 2) cárie de esmalte, 3) cárie em dentina, 4) cárie com envolvimento pulpar. A cárie em dentina foi dividida em terços superficial, médio e pulpar. O número de diagnósticos e tratamentos indicados corretos e sensibilidade e especificidade no diagnóstico de cárie dentinária em superfícies oclusais foram calculadas por cada examinador. Baseado no fato de que condições *in vitro* facilitam o diagnóstico em relação às condições *in vivo*, os resultados apresentam-se preocupantes. A proporção de cárie de dentina diagnosticada corretamente foi de 48,7% quando somente se realizou o exame visual. Com o auxílio da radiografia, os resultados corretos alcançam 62,2%. Muitas cáries à nível de dentina superficial não foram diagnosticadas. Cuidados com resultados falso-positivos devem ser verificados. O trabalho conclui comparativamente a demais trabalhos que não basta um exame visual, mas com auxílio complementar do exame radiográfico.

Autor do resumo: **Linda Wang**

Unitermos: **cárie dentária, diagnóstico;
radiografia interproximal.:**

COSTA, B. ; TOVO, M.F. ; SILVA, S.M. B. da. Distúrbios Locais e Sistêmicos atribuídos à erupção dos dentes decíduos. Rev. da FOB. v.2, n.3, p.12-5. Jul/Set, 1994.

A erupção dentária compreende toda a movimentação do dente durante a sua formação até atingir a posição funcional. Parece haver uma relação entre a erupção dos dentes decíduos e o aparecimento de manifestações orgânicas locais e sistêmicos na criança. No entanto este é um assunto ainda polêmico e contraditório, que ainda necessita de maiores observações e estudos para uma melhor conclusão. Ainda não está claro se sinais e sintomas decorrentes dessa fase sejam originários do próprio desenvolvimento fisiológico normal ou se estão relacionados com a erupção dentária. Os distúrbios sistêmicos atribuídos são principalmente a irritabilidade da criança, aumento da salivação, alteração da pele perioral, redução da apetite, diarreia, distúrbios intestinais, aumento da secreção nasal e febre. Os distúrbios locais mais frequentes são a inflamação local, eritema da mucosa jugal e da face e úlcera bucal. Todos esses distúrbios, locais e/ou sistêmicos, podem ocorrer isolada ou conjuntamente, diferindo de criança para criança, considerando-se os mais diversos aspectos, como padrão de higiene bucal e saúde geral da criança por exemplo. A exata natureza da relação entre erupção dentária e outros fenômenos fisiológicos que ocorrem simultaneamente não está estabelecida cientificamente e permanece relativamente dependente das observações acumuladas de médicos, dentistas e mães. A troca de informações é fundamental para a determinação da prevalência dos possíveis transtornos a fim de se conhecê-los, procurando relacioná-los corretamente.

Autor do resumo: **Linda Wang**

Unitermos: **erupção dentária;
dente decíduo.**

IANNI FILHO, D. et al. Restauração de dentes conóides com matriz de Barricaid. rev. Assoc. paul. Dent. v. 49, n.1, p.33-6. Jan/Fev, 1995.

Não é raro a ocorrência de má formação de algum dente. Paralelamente ao terceiro molar, o incisivo lateral superior é um dos principais dentes afetados, tanto na forma como no tamanho. Pela própria evolução do homem e a modificação dos hábitos alimentares, as proporções maxilares foram alteradas, bem como o número e a morfologia dos dentes. Um caso clínico é apresentado relatando um incisivo lateral superior direito conóide com possibilidade de tratamento. Paciente jovem, sexo feminino, após o tratamento ortodôntico indicado para o fechamento de diastema interincisivo e posicionamento mais inclinado para vestibular, foi submetido à moldagem das arcadas superior e inferior. Obtidos os modelos e análise dos mesmos, encerrou-se o incisivo lateral em questão e construiu-se uma matriz com cimento cirúrgico fotopolimerizável (Barricaid-Dentsply). Após verificar a adaptação da matriz na cervical, incisal e proximal para evitar excesso de resina composta posteriormente, a matriz foi fotopolimerizada por 40 segundos. Já na fase clínica, o dente teve sua superfície vestibular preparada com leve desgaste seguindo a inclinação vestibular com ponta diamantada e condicionamento ácido. Aplicou-se o agente adesivo (ScotchbondII). Acomodou-se a resina e adaptou-se a matriz previamente isolada que por ser translúcida permitiu a fotopolimerização da resina, também por 40 segundos. Removeu-se a matriz e efetuou-se uma polimerização final. Excessos de restauração foram removidos. O paciente foi orientado quanto a higienização e necessidade de controles periódicos. É preciso uma análise ortodôntica prévia à restauração para se indicar esse tipo de tratamento. Essa técnica permite boa estética e recuperação morfofuncional com simplicidade e eficiência. O uso da matriz de Barricaid é versátil e satisfatória. Permite uma individualização de cada caso dado a possibilidade do encerramento. É uma técnica simples, facilmente executável por clínicos gerais e de resultado satisfatório quando bem indicado, respeitando-se as limitações.

Autor do resumo: Linda Wang

**Unitermos: anormalidades dentárias;
resinas compostas;
curativos periodontais.**

JITOMIRSKI,F.; LINS, V.B. Aids em odontologia. O cirurgião dentista e o risco de transmissão cruzada. Rev. gaúcha Odont. v.42, n.6, p.316-8. Nov/Dez,1994.

Sempre houve uma preocupação quanto à transmissão cruzada do vírus do HIV. Felizmente verificou-se que não é freqüente o contágio profissional. O HIV tem como característica a viremia lenta e crônica, o que aumenta as chances de transmissão. Sua patogenia está relacionada a linfotropina. Já foi isolada de várias secreções orgânicas, sendo que evidências clínicas mostram que somente sêmem, secreções vaginais e sangue tem capacidade de transmitir o vírus. Não é transmitido por contágio casual. Há risco de contaminação do vírus-1 dos pacientes aos dentistas em caso de acidentes com agulhas ou instrumentos que estejam com sangue contaminado. Neste caso, o cirurgião dentista apresenta obrigatoriamente solução de continuidade na pele. O risco de ser infectado pelo HIV no caso de acidentes é menor do que 0,3% e a infecção resultante de exposição da pele e mucosa é menor ainda. No caso de risco de transmissão profissional-paciente, há remota possibilidade de contágio por instrumento contaminado com sangue. Ainda não é possível concluir o modo como se dá essa transmissão e isso gera muitas dúvidas. Essa incerteza nos faz concluir que o cuidado com os pacientes deve ser uma prioridade odontológica. O uso de meios de proteção deve ser rotineiro. Em caso de acidentes, o CDC recomenda que o profissional faça acompanhamento sorológico e clínico quando se expusera a sangue ou fluidos contaminados. Também pode se administrar Zidovudina profilaticamente dependendo do graude severidade à exposição. Esse artigo procurou mostrar os riscos ocupacionais referntes ao vírus da AIDS.

Autor do resumo: Linda Wang

**Unitermos: síndrome da imunodeficiência adquirida;
relações dentista-paciente;
sangue;
saliva.**

ADAMS, E. ; ROMANELLI, H. ; ALONSO, C.A. Cobertura de recessões radiculares com injertos de tecido conectivo. Apresentação de um caso clínico. Rev. Asoc. odont. argent., v.83, n.1, p.32-4, Jan./Mar. 1995

Numerosos estudos demonstram que a busca da cobertura radicular nas recessões gengivais tem sido uma meta muitas vezes perseguida e poucas vezes alcançada da maneira prevista. Algumas vezes uma recessão estabilizada, com boa higiene e sem problemas estéticos não tem que ser necessariamente corrigida, mas adequadamente mantida. Entre as possíveis conseqüências, entretanto, destacam-se: sensibilidade dentinária, cárie radicular, impossibilidade de realizar uma boa higiene e situações estéticas pouco aceitas. Para a resolução desses casos utilizou-se por algum tempo técnicas de movimentação dos tecidos vizinhos ou enxertos gengivais livres, que trazem sucesso duvidoso, sem resolver o problema estético da diferença de cor e das cicatrizes. Os autores baseando-se na técnica de Langer y Langer, apresentam o caso de um paciente com recessão gengival nos quatro incisivos inferiores, onde conseguiram cem por cento de cobertura. Ressalta-se a importância da indicação para essa manobra elegendo recessões que mantenham as papilas vizinhas e controlando a higiene ao instalar-se um adequado programa de controle de placa bacteriana. O enxerto é feito a partir de tecido conjuntivo do palato em forma de janela, levantando o tecido epitelial. O enxerto é então imobilizado junto ao retalho na zona receptora. A técnica empregada tem a vantagem de deixar a zona doadora totalmente coberta e protegida, com menor quantidade de tecido conjuntivo exposto. Os novos tecidos não têm diferenças com os tecidos da área em que se trabalha. Enfatiza-se a importância dos procedimentos cirúrgicos com fins estéticos na periodontia atual

Autora do resumo: **Marcela Ferraz Catramby**

Unitermos: **Retração gengival;**
Estética;
Enxerto de tecido conjuntivo

SOUZA, R.A. Técnica da inversão seqüencial- uma alternativa para o preparo de canais curvos. Rev. ABO Nac., v.3, n.2, p.105-8, Abr./Mai 1995

A Endodontia reconhece a importância das várias etapas da terapia endodôntica, entre aspectos mecânicos e biológicos, assumindo destaque a instrumentação. Essa filosofia foi algumas vezes erroneamente interpretada, de modo a se promover, por algum tempo, um alargamento sistemático dos canais radiculares, que, na sua maioria, são curvos. Na realidade, o grau de instrumentação deverá basear-se em diversos fatores, sejam eles o grau de curvatura do canal, o diâmetro, a espessura médio distal, ou a flexibilidade do instrumento, sem esquecer das condições clínicas da polpa. O artigo procura ressaltar uma alternativa para o preparo de canais curvos, dentre as várias técnicas preconizadas com essa finalidade. Baseando-se no princípio de preservar inicialmente o terço apical, a técnica da inversão seqüencial procura suprimir as barreiras que dificultem sobremaneira o acesso ao forame, limpeza e modelagem do canal a nível de embocadura e terços médio e cervical. A técnica da inversão seqüencial, portanto, cumpre a necessidade de um preparo prévio dos terços cervical e médio (corpo do canal) em canais de difícil acesso, onde a técnica de Oregon seria impraticável. O terço apical torna-se facilmente preparado na medida que não existem interferências entre este e o terço cervical.

Autora do resumo: Marcela Ferraz Catramby

**Unitermos: Tratamento do canal radicular;
Métodos**

NAVARRO, C.M. et al. Ulcerações Aftosas Recorrentes. Rev. gaúcha Odont, v. 43, p. 77-80, Mar./Abr. 1995.

Os autores propõe uma análise das características das úlceras aftosas recorrentes, com ênfase especial no diagnóstico clínico diferencial e medidas terapêuticas tópicas e sistêmicas de acordo com a literatura correlata recente. Essas lesões são especialmente comuns em áreas não queratinizadas (lábios, língua, gengiva, orofaringe, mucosa jugal) , atingindo cerca de 20% a 50% da população, principalmente no sexo feminino, com maior incidência entre a segunda e quarta décadas. Afora a diversidade de denominações atribuídas, existem várias teorias sobre sua etiologia, que não explicam exatamente o seu aparecimento. Clinicamente são classificadas em três grandes grupos, que se diferenciam entre si basicamente pelo tamanho, profundidade de tecido atingido, tempo de duração e cicatrização. Existem, portanto, as ulcerações aftosas menores, maiores e as herpertiformes. Distinguem-se também quatro estágios clínicos no seu processo de evolução, dentre eles: sintomático, pré-ulcerativo, ulcerativo e de reparação. Desaparece durante um período variável de quatro a trinta e cinco dias, geralmente sem deixar cicatriz visível. O diagnóstico diferencial é feito com o herpes simples labial e o intra-oral recorrente, o herpes zoster, a gengivoestomatite herpética, entre outros, de acordo com o aspecto clínico, localização e características individuais de patologia. Os tratamentos e medicamentos propostos apenas diminuem sua duração, sintomatologia, tamanho e severidade. O tratamento sistêmico deve ser associado quando ocorre o aparecimento freqüente de múltiplas lesões. As ações terapêuticas locais são mais eficientes e seguras, baseando-se na suspensão de alguns alimentos, na correção e eliminação de irritantes locais e no uso de analgésicos e antiinflamatórios, anestésicos locais, drogas cáusticas (com potencial de risco para a mucosa se usadas impropriamente), antissépticos e antibióticos locais.

Autor do resumo: Marcela Ferraz Catramby

**Unitermos: Estomatite aftosa;
Diagnóstico bucal;
Terapêutica**

BUARQUE, W. A. et al. Conectores rígidos para Prótese Fixa. Rev. gaúcha Odont., v.43, n.2, p.113-4, Mar./Abr. 1995

A reabilitação oral em espaços protéticos, onde a presença de diastemas é fundamental para a estética, requer opções várias em termos de próteses parciais fixas que tragam satisfação quanto ao aspecto estético sem comprometimento da função. O artigo tem por finalidade apresentar uma alternativa técnica para solucionar o problema a partir da confecção de conectores rígidos para os aparelhos fixos, de modo a satisfazer os anseios dos pacientes. A escolha do conector deverá estar baseada no grau de inclinação dos retentores e obedecer requisitos como resistência às forças mastigatórias, evitando a transmissão de esforços inadequados aos dentes suporte e proporcionando uma higiene adequada. O conector é a porção mais frágil da prótese fixa e necessita de um design satisfatório. Uma das sugestões técnicas propostas para os casos de diastemas oriundos de migração dental ou ainda, de origem natural, é a elaboração do 'Spring cantilever bridge', onde a prótese é suspensa por um único suporte não contíguo ao espaço protético. Para o estudo, foram selecionados cinco pacientes portadores de próteses parciais removíveis que reabilitavam espaços protéticos correspondentes aos dentes 11 e 12, que apresentavam diastemas. As próteses seriam substituídas por próteses fixas com elementos em cantilever e conectores em forma de alça iniciando na região do terço cérvico-palatino do retentor e afastados da fibromucosa em 1mm.

Não se verificou deflexão sugestiva de alteração na posição do pântico ou do retentor, mesmo nas próteses provisórias que foram confeccionadas nas mesmas condições e utilizadas por um período de 120 dias. As próteses definitivas foram submetidas a um controle de 15 meses. Durante esse período o tipo de conexão escolhido satisfaz os requisitos funcionais, estéticos e higiênicos, revelando-se como uma efetiva opção técnica.

Autora do resumo: Marcela Ferraz Catramby

**Unitermos: Reabilitação bucal;
Diastema**

CLARK, G. T. ; TAKEUCHI, H. Temporomandibular Dysfunction, Chronic Orofacial Pain and Oral Motor Disorders in the 21st Century. J. Calif. dent. Ass., v.23 , n.4, p.41-8, apr. 1995

Atualmente o dentista que procura realizar uma prática bem sucedida deve ter um excelente conhecimento a respeito das variadas desordens sensoriais e motoras que atingem a região orofacial. O artigo descreve características diagnósticas de algumas dessas anormalidades que, na realidade, estão separadas em três grupos de condições patológicas distintas: desordens temporomandibulares, dores orofaciais crônicas e desordens motoras orais. Em relação às desordens temporomandibulares, a mialgia aparece como uma das mais freqüentes. O diagnóstico requer presença de dor durante a palpação dos músculos da mastigação ao se aplicar uma força padrão. Stress, ansiedade, trauma, hábitos e atividades motoras durante o sono estão muito relacionados ao problema. A miosite geralmente ocorre em conjunto com a mialgia, descrevendo uma condição inflamatória não-infecciosa do músculo. O trismo é diagnosticado por uma restrição do movimento mandibular ativo, geralmente na abertura, como um mecanismo protetor para prevenir movimento e reduzir a dor. Poderá estar associado à restrição disco-côndilo, ocasião em que há hipomobilidade parcial do côndilo e restrição na translação. A combinação de anormalidades entre disco e superfície articular poderá ocasionar, ainda, a manifestação clínica de um estalido. A ATM poderá se deslocar quando o movimento de translação for excessivo, ficando em uma posição distante da original, de modo a causar dificuldades no seu fechamento. Ressaltam-se também patologias degenerativas como a osteoartrite e a capsulite. Em relação às condições de dor orofacial crônica, o artigo destaca as cefaléias, as odontalgias atípicas e diversas neuralgias relacionadas a dores fortes, agudas, rápidas, em ramos do V, VII, IX pares principalmente. Os movimentos orofaciais involuntários e a distonia, que também envolve contração muscular de forma involuntária, são outras disfunções abordadas. Sem esquecer do bruxismo, procura-se ressaltar a importância do conhecimento dessas desordens para se alcançar um diagnóstico preciso e compreensível para os pacientes.

Autor do resumo: **Marcela Ferraz Catramby**

Unitermos: **Articulação temporomandibular;
Dor facial**

GARIBALDI, J. A. ; GEENLANW, J. ; FOTOVAJAH, M. Treatment of Post-Operative Pain. J. Calif. dent. Ass., v. 23, n. 4, p. 71-4, Apr. 1995

A alveolite é geralmente caracterizada por dor severa causada pela lise do coágulo sangüíneo no alvéolo de um dente recém-extraído, o que leva à exposição do osso alveolar. Sua etiologia e prevenção têm sido extensivamente estudadas sem que se chegassem a conclusões decisivas. O artigo propõe uma comparação entre a efetividade de três tipos de tratamento para diminuir o tempo que o paciente sofre de dor severa e que requer a prescrição de narcóticos (com alguns efeitos colaterais). Com este objetivo, trinta e quatro pacientes que desenvolveram alveolite na área de terceiros molares superiores foram seqüencialmente divididos em grupos A, B, C (inicialmente submetidos à irrigação com solução salina morna, remoção de material necrótico, isolamento e secagem.) Receberam respectivamente bochechos de gluconato de clorexidina, gaze a base de iodofórmio impregnada com eugenol e pomada de lidocaína. Analgésicos foram também prescritos para os três grupos. Cada tipo de tratamento foi suspenso à medida que a dor já não necessitava ser controlada por analgésicos. Concluiu-se que o bochecho de gluconato de clorexidina e o uso de pomada de lidocaína reduziram o número de dias em que o paciente permaneceria sintomático quando comparados ao tratamento com gaze a base de iodofórmio impregnada com eugenol. Este último, apesar de surtir efeito de forma mais lenta, o faz com maior eficiência. Já os dois primeiros não produzem o efeito inibidor da velocidade de migração do epitélio no alvéolo, reduzindo, assim, o período sintomático. Esses tratamentos proporcionam ao clínico em armamentário variado para o tratamento dessa complicação pós- operatória.

Autora do resumo: **Marcela Ferraz Catramby**

Unitermos: **Alvéolo seco;**
Clorexidina;
Eugenol;
Lidocaína

LANGLAND, O. E.; LANGLAIS, R. P. Risks from dental radiation in 1995 J. Calif. dent. Ass., v.23, n. 5, p. 33-8, May 1995

O risco de exposição a pequenas doses de radiação na odontologia, apesar de ser ainda considerado como baixo, poderá ser maior do que se acredita. Esses riscos existem principalmente para os tecidos somáticos das pessoas expostas, apesar dos tecidos genéticos poderem receber uma pequena quantidade de radiação. As doses máximas permitidas foram estabelecidas em vários níveis dependendo do tecido exposto e do fato de ser uma exposição ocupacional ou não ocupacional. Mesmo assim, o risco nunca se iguala a zero, existindo a possibilidade de se causar algum efeito. O risco relativo é expresso como o número de cânceres fatais por milhão de pessoas expostas e geralmente é dez vezes maior para radiografias intra-orais de boca toda do que para as radiografias panorâmicas simples. Os avanços na tecnologia, a conscientização dos pacientes e a aplicação de novos artificios pelos dentistas oferecem muitas oportunidades para reduzir a dose de radiação. Dentre alguns procedimentos, o aumento da quilovoltagem, o uso de cones retangulares longos e aventais de chumbo, além da preferência por filmes mais rápidos, são medidas que favorecem em grande parte esta redução. A recente introdução da radiografia de imagem digitalizada no mercado contribuiu também para reduzir a dose de radiação em cerca de 50%. Para diminuir o risco ocupacional, os profissionais e técnicos devem localizar-se a uma distância determinada e no quadrante de segurança, ou ainda, atrás de uma barreira impermeável. Todas essas medidas somente serão válidas se, independente do sistema usado, a técnica e o processamento sejam adequados a fim de se evitar a reexposição desnecessária do paciente.

Autora do resumo: **Marcela Ferraz Catramby**

Unitermos: **Dosagem de radiação;
Radiografia dentária;
Radiografia panorâmica**

SANTOS-PINTO, M.C. dos et al. Ação direta da radiação X sobre as glândulas submandibulares e sublinguais. Estudo histológico e histoquímico em ratos. Rev. Odont. UNESP, v.20, p.75-88, 1991.

O propósito deste trabalho foi analisar o efeito direto dos raios X sobre as glândulas submandibular e sublingual expostas cirurgicamente e irradiadas após serem isoladas com lâmina de chumbo das estruturas adjacentes. Realizou-se um grupo simulado no qual as glândulas submandibular e sublingual foram apenas expostas cirurgicamente. As glândulas dos grupos controle e simulado mostraram aspectos normais ao estudo histológico e histoquímico. As glândulas irradiadas apresentaram atrofia, desarranjo arquitetural e processos degenerativos no citoplasma e núcleo das células dos ácinos. Os núcleos das células dos ductos granuloses, estriados e excretores apresentaram processos degenerativos como picnose, cariorrexis e/ou cromatólise. Houve redução do RNA dos núcleos, nucléolos e citoplasma das células dos ácinos, ausência ou diminuição do glicogênio nos citoplasmas das células dos ductos estriados e redução da síntese de proteínas.

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

Unitermos: **Radiação X;
Glândula salivar.**

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

Estudos epidemiológicos indicam que a incidência da cárie vêm diminuindo não apenas na prevalência, mas também na progressão. A etiologia multifatorial da cárie faz com que as estratégias de prevenção sejam direcionadas para três pontos: Proteção do hospedeiro ou dente; diminuição da cariogenicidade da dieta; remoção da microbiota cariogênica. As intervenções preventivas dependerão do risco de cárie do paciente. No que diz respeito à proteção do hospedeiro ou do dente, o flúor ainda é o método mais efetivo. Os fluoretos podem ser aplicados à água de abastecimento, estar presente nos dentifrícios, soluções para bochechos e géis para aplicação em consultório. Outro método de prevenção seria a aplicação de selantes em cicatrículas e fissuras, os quais não só diminuem a incidência de cárie como também a necessidade de restaurações extensas futuras. Eles estão indicados preferencialmente em crianças com experiência considerável de cáries oclusais na dentição decídua. Recentemente vem sendo pesquisadas vacinas contra a cárie, já que o *S. mutans* e *S. sobrinus* são os principais associados à cárie em humanos. Porém ainda não é certa a efetividade das mesmas, já que os trabalhos são feitos em animais. A modificação da dieta envolvendo a diminuição de frequência de ingestão de açúcar, principalmente entre as refeições é de importância fundamental no controle da cárie. Deve-se preferir a ingestão de açúcares não fermentáveis como o xilitol, o qual também é considerado anticariogênico. Em adultos o controle da placa na prevenção de cáries secundárias e de raiz deve também objetivar a prevenção de periodontites.

Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça

Unitermos: Prevenção de cáries.

ANDRIONI, J.N.; PERCINOTO, C.; RUSSO, M. de C. 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, 1993.

Testou-se, em 74 pré-molares humanos recém irrompidos, quatro procedimentos de limpeza de fóssulas e fissuras, realizados antes do condicionamento ácido e da aplicação de dois selantes, um fotopolimerizável e outro de polimerização quimicamente ativada. Após essas operações, os dentes foram desgastados até a obtenção de secções para o estudo em microscópio, em que se verificou que ambos os selantes se comportaram de maneira similar, nas regiões média e inferior, porém o selante de polimerização química apresentou projeções mais extensas. Quanto aos métodos de limpeza testados, a profilaxia mais eficiente apenas na região média e inferior; na região superior, nenhuma diferença foi observada em função do método de limpeza das fissuras.

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

Unitermos: **Selantes de fóssulas e fissuras;
Profilaxia dentária.**

SUNDEFELD, M.L.M.M.; SALIBA, O.; SALIBA, N.A. Estudo descritivo da ocorrência de câncer da boca, na população da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo. Rev. Odont. UNESP, v.22, n.1, p.135-45, 1993.

Através de levantamento em aproximadamente 50.000 fichas de pacientes em arquivos de hospitais e laboratórios indicados pelos cirurgiões dentistas da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, pode-se calcular o coeficiente de incidência de câncer bucal nessa região, nos anos de 1979, 1980, 1981. Os dados foram organizados em tabelas e classificados segundo ano, sexo, sublocalização, tipo de neoplasias malignas de boca e faixa etária. Os resultados encontrados foram coerentes com a situação apresentada na literatura mundial existente. Constatou-se que houve maior incidência de câncer bucal no sexo masculino do que no feminino; que, também, houve maior incidência depois dos 40 anos de idade; que lábios e língua são as sublocalizações mais atingidas; e que o tipo de neoplasia maligna mais encontrada foi o carcinoma espino-celular. Calculou-se o coeficiente de incidência de câncer bucal para cada sexo em cada um dos três anos propostos.

Autor do resumo: Juliano Sartori Mendonça.

**Unitermos: Neoplasias bucais;
Carcinoma de células escamosas.**

GIRO, E.M.A.; BAUSELLS, H.I.I.; PERCINOTO, C. Estudo histopatológico em molares decíduos de cães, com polpas vitais, submetidos à pulpotomia e proteção com hidróxido de cálcio, formocresol, glutaraldeído. Rev. Odont. UNESP, v.20, p.51-62, 1991.

Avaliou-se histopatologicamente a polpa de dentes decíduos de cães, pulpotomizados e capeados com pasta de hidróxido de cálcio p.a. e pasta de óxido de zinco e eugenol contendo formocresol e glutaraldeído, após curativo por cinco minutos. Após períodos de 15, 30 e 45 dias, concluiu-se que existem vários fatores que podem modificar a resposta tecidual; os materiais testados foram agressivos aos tecidos pulpares, provocando alterações caracterizadas por necrose de coagulação, inflamação aguda e crônica de intensidade variada e áreas de reabsorção interna e externa; o hidróxido de cálcio foi o único material a induzir a formação de barreira mineralizada, embora esta tenha sido incompleta e irregular.

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

Unitermos: **Pulpotomia;**
Hidróxido de cálcio;
Formocresol;
Glutaraldeído.

SAAD NETO, M. et al. Efeito de uma associação de antibióticos e corticosteróide no reimplante dental. Estudo histopatológico em ratos. Rev. Odont. UNESP, v.20, p.155-62, 1991.

O objetivo deste trabalho foi o de analisar o efeito de uma associação antibióticos-corticosteróide (Otosporin) após sua aplicação sobre a superfície e canal radicular de incisivos de ratos extraídos e reimplantados imediatamente. O canal radicular após ser preenchido com soro fisiológico ou Otosporin teve seu ápice radicular obliterado com cera óssea. De acordo com os resultados observados após 10, 30 e 60 dias após reimplante, pôde-se concluir que a solução antibióticos-corticosteróide: a.) aos 10 dias pós-reimplante ocasiona necrose e intensa reabsorção da parede óssea alveolar. b.) aos 30 e 60 dias favorece a formação e deposição de matriz cementária, e c.) impede a reabsorção radicular inflamatória, mas não a de superfície e anquilose alvéolo-dental.

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

Unitermos: **Reimplante dental;
Associação antibióticos-corticosteróide;
Tratamento endodôntico.**

GALVÃO, C.A.A.N. Seqüência e cronologia de erupção de caninos e pré-molares. Estudo em escolares na faixa etária de 10 a 15 anos. Rev. Odont. UNESP, v.20, p.227-36, 1991.

O autor estudou a cronologia e a seqüência de erupção de caninos e pré-molares numa amostra de crianças na faixa etária de 10 a 15 anos, de ambos os sexos. Foram examinados 401 escolares das zonas urbana e rural da cidade de Araçatuba, São Paulo. Os resultados são comentados e comparados com outros pesquisadores. Com respeito à cronologia, foi observada alguma variabilidade da erupção em relação à idade civil sem, entretanto, distanciar-se das tabelas usuais. Ficou constatado que, de maneira geral, os dentes permanentes das crianças do sexo feminino erupcionam mais precocemente do que no masculino. Concluiu-se que a seqüência mais freqüente foi aquela considerada ideal pela maioria dos ortodontistas, ou seja, para o arco inferior, os caninos antecedem os primeiros, e em seguida, os segundos pré-molares; e para o arco superior os primeiros pré-molares, seguido dos segundos pré-molares, irrompendo antes dos caninos.

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

Unitermos: **Erupção dentária;
Cronologia e seqüência de erupção.**

IMURA, N.; ZUOLO, M.L. Remoção de núcleo protético com ultrassom . Rev. Ass. Paul. Cir. dent., v.,47, n.6, p. 1181-3, nov.\dez., 1993.

A remoção do núcleo para possibilitar a reinstrumentação do canal pode constituir um sério problema para o endodontista. Embora o núcleo e o pino possam ser desgastados com brocas, há o risco de perfuração lateral da raiz, além da diminuição da resistência dental pelo desgaste inevitável da parede radicular. Um paciente de 36 anos foi indicado pelo clínico geral para retratamento endodôntico do dente 22, portador de coroa de jaqueta com núcleo e pino. Com a broca cilíndrica carbide n. 1557, fez-se o desgaste do núcleo na proximidade da entrada dos canais. A seguir, com uma broca esférica de videa n.1, aproximaram-se esses sulcos para dentro do canal em cerca 1 a 2 mm. Esses sulcos foram produzidos nas faces palatinas e vestibular, e, a seguir, a ponta do ultra-som ENAC foi introduzida nesses sulcos, em contato com o pino, com o intuito de transferir a vibração ultrassônica para o objeto metálico, promovendo a dissolução do cimento, até que após cerca de 20 minutos de aplicação alternada nos 2 sulcos o pino ficou solto no canal. A peça removida foi reaproveitada, reembasada com resina de rápida polimerização, com evidente ganho de tempo. Essas remoções se fazem necessárias quando há falho do tratamento endodôntico anterior, e mostram ser uma solução bastante eficaz.

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

Unitermos: **Ultrassom;**
Retratamento endodôntico;
Remoção de pino.

MARTORELLI, S. B. de F.; VASCONCELLOS C. G. P. P. Penetração Acidental de Uma Raiz Dentária no Seio Maxilar Rev. Gaúcha de Odontol., 41, n.2, p.87- 9, mar.\abr., 1993.

A penetração acidental de raízes ou elementos dentários no seio maxilar é um indesejável acidente das exodontias . É normalmente causada por manobras cirúrgicas intempestivas. As lesões periapicais osteolíticas contribuem sobremaneira na diminuição da resistência óssea regional, o que favorece esse tipo de acidente. M.A.S.L. 39 anos , nos procurou em clínica privada tendo como queixa principal dor espontânea, difusa e irradiada na hemiface. Na H.D.A., relatou que há aproximadamente dois anos, submeteu-se a duas extrações dentárias, uma superior do lado E e uma inferior do lado D . Houve complicação nas extrações dentárias e o profissional previniu-o de que as raízes tinham sido deixadas fraturadas, mas que o próprio organismo se encarregaria de reabsorvê-las ou eliminá-las. Passado um ano, sentiu fortes dores na face, procurando os cuidados de um otorrino, que requisitou tomadas radiográficas, diagnosticando a presença de uma raiz dentária no seio maxilar E. Institui-se uma terapêutica medicamentosa, tendo proposto o tratamento cirúrgico. Como, após a medicação, toda sintomatologia desaparecera, negligenciou o problema, até que aproximadamente um mês, foi acometido da mesma sintomatologia anterior. Procurando novamente os cuidados de otorrino, nos foi então enviado para tratamento cirúrgico, por tratar-se de sinusite de origem dentária. O tratamento proposto após exame clínico e radiográfico foi sinusectomia, ablação da raiz dentária intra-sinusal, curetagem antral drenagem maxilo-nasal pela técnica de Caldwell-Luc-modificada; remoção da raiz, medicação antibiótica/antinflamatória/analgésica durante os oito primeiros dias. A preservação do paciente foi feita durante 5 anos.

Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo.

**Unitermos: Acidentes cirúrgicos;
Sinusite odontogênica**

BRENTEGANI, L. G. ; GRANDINI ,S. A. ; LICO, M.C. ; BRETEGANI, M. C. Extração dental em pacientes hipersensíveis aos anestésicos químicos convencionais Rev. Fac. Odont. Ribeirão Preto, v.23 ,n.2 , p.67-70, jul.-dez., 1986.

A estimulação elétrica transcutânea, também é conhecida como eletroanalgesia transcutânea e eletroestimulação elétrica, é um método não invasivo de analgesia no tratamento de dores de várias naturezas, adaptando-se os eletrodos em locais correspondentes aos nervos periféricos, em pontos “trigger”, em pontos de acunputura ou ainda ao redor da área dolorosa. A estimulação elétrica na odontologia foi a partir de 1969 que vem sendo amplamente utilizada, em uma variedade de procedimentos clínicos tais como: ajuste oclusal, redução de edemas, trismos, produção de registro maxilo-mandibular muscularmente orientado, alívio de crises agudas de trigeminalgia. Recentemente, foram descobertos, no sistema nervoso, os receptores morfínicos que isolam substâncias morfínomiméticas, chamados genericamente de endorfinas que, quando liberados, atuam como neurotransmissores no alívio da dor. Foram selecionadas 10 pacientes, que foram informados da natureza da pesquisa, porém sem referências quanto aos resultados. Empregou-se um eletroestimulador que fornecia impulsos elétricos de ondas retangulares, pulsáteis, de amperagem e frequência fixas de 10 volts. Após este tempo os eletrodos eram deslocados para um ponto distante da região a ser operada, isto é, fixados no espaço entre os dedos polegar e indicador, conhecidamente pelos acunpulturistas como (HO-GU) entre o primeiro e o segundo metacarpo também produtor de analgesia dentária. Os pontos de fixação de 4 eletrodos usados neste trabalho foram correspondente à inervação sensitiva periférica da região a ser operada. Assim, os eletrodos eram colocados nas proximidades ou no próprio orifício infraorbitário e mentoniano, quando se tratava de dentes nos maxilares e mandibulares respectivamente. Todos os pacientes submetidos à esta técnica permitiram o Tratamento.

Autora do resumo: **Silvia Maria Anselmo**

Unitermos: **Exodontia**

EN, C.A.; AXINN,S. Incidence of mandibular dysfunction symptoms in individuals who remove their complete dentures during sleep. J. Prosth. Dent., v.51, n.1, p.16-9, jan., 1984.

É comum os dentistas orientarem seus pacientes que usam dentaduras completas a não usá-las durante o sono, para que possa promover melhores condições de saúde aos tecidos moles bucais do paciente. Os músculos temporais, cervicais e mandibulares trabalham em equilíbrio. A remoção do suporte fisiológico, que a dentadura contribui para manter, pode fazer com que o paciente tenha predisposição a ter sintomas associados a disfunções crânio-mandibulares, esse fenômeno é mais frequentemente observado quando o paciente está na fase de pouco controle da consciência, e faz movimentos de apertamento e abertura e fechamento, por exemplo. Este estudo foi proposto para avaliar a frequência de aparecimento desses sintomas nos pacientes portadores de próteses totais e que as removem durante o sono. Foram utilizados 200 pacientes, sendo que 148 eram homens e 52 eram mulheres. Os pacientes eram edentados total em pelo menos uma arcada dentária há, no mínimo, um ano, e deveria estar usando dentadura completa há pelo menos um ano e não ter substituído a sua a menos de um ano. Os pacientes também eram submetidos a um exame clínico e verificado se suas dentaduras lhes proporcionavam a manutenção da dimensão vertical correta, então era aplicado um questionário, contendo várias perguntas sobre os sintomas de disfunção. Cerca de 50 dos 200 pacientes experimentaram sintomas de disfunção, quando não usavam suas dentaduras durante o sono. Com base nesse estudo, indicamos aos nossos pacientes que apresentam os sintomas de disfunções crânio-mandibulares quando não usam suas dentaduras para dormir, que as usem e que tenham uma higiene oral cuidadosa e que removam suas dentaduras em períodos alternados durante o dia.

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

Unitermos: **Disfunção crânio-mandibular;
Sintomas;
Próteses totais.**

HANSSON, O. Strength of bond with Comspan Opaque to three silicoated alloys and titanium. Scand. J. dent. Res., v.98, p.248-56, 1990.

Neste trabalho, o autor procurou avaliar a resistência de união da resina Comspan Opaque na fixação de próteses adesivas a 2 ligas de ouro (Sjodings M-Guld e Aurofluid 2), uma liga de Co-cr (Wirobond) e uma liga a base de titânio (Pure titanium). Foram ainda testados 2 tipos de tratamentos superficiais (jateamento com óxido de alumínio e/ou sistema Silicoater), alguns métodos de termociclagem, 4 tipos de camadas protetoras para a superfície do metal que recebeu tratamento (camada de resina polimerizada, camada de resina não polimerizada, sem camada protetora e a contaminação da camada de resina sem polimerização) e diferentes períodos de estocagem. Foram confeccionados discos de 6 mm de diâmetro de todas as ligas, que passaram por simulação do ciclo de queima da porcelana. Foram tratados em seguida com jatos de óxido de alumínio com partículas de 250 µm, variando a pressão de acordo com a dureza dos metais. depois de jateadas, as amostras foram tratadas com sistema Silicoater e em seguida fez-se a aplicação das camadas de proteção, o selamento em saco plástico e estocagem à temperatura de 22°C. As amostras foram cimentadas com Comspan Opaque e imersas em água à 37°C antes da termociclagem e testes. as superfícies metálicas foram avaliadas em microscópio eletrônico após os testes de tração. Os métodos de termociclagem usados revelaram redução na resistência de união de todas as amostras jateadas, com exceção do Aurofluid 2. A película de óxido na superfície dos metais jateados e as ligações físicas conseguidas com as superfícies tratadas com sílica. O tempo de estocagem foi considerado adequado quando feito pelo menos por 7 dias. A melhor maneira de proteger a camada de sílica sobre as superfícies metálicas foi o uso da cobertura de resina composta sem polimerização. A contaminação com a saliva não teve efeito significativo. O autor conclui que quando é usado o sistema Silicoater para próteses adesivas, uma forte adesão pode ser esperada com Comspan Opaque ao Wirobond e ao titânio. A resistência de união às ligas de ouro serão menores, mas adequadas ao uso clínico.

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

Unitermos: **Ligas metálicas;
Prótese adesiva;
Agentes cimentantes.**

SANTANA, E.; RODRIGUES, C. B. F.; CHINELLATO, L. E. M.
Osteoma de mandíbula: relato de um caso. Rev. assoc. paul. Cir. Dent., v.48, n.1, p.1239-42, jan.\fev., 1994.

Osteoma é um tumor ósseo benigno, de crescimento lento, localizado no periósteo ou no endósteo, podendo ocorrer em todos os ossos do corpo, inclusive nos do crânio ou da face. Relataremos aqui, o caso clínico de paciente do sexo masculino, branco, morador da zona urbana, que foi encaminhado ao serviço de diagnóstico da FOB-USP, Bauru-SP. O paciente relatou um aumento volumétrico intrabucal, localizado na região lingual da mandíbula presente há mais ou menos 20 anos, que dificultava a movimentação da língua. O exame físico intrabucal mostrou uma lesão nodular com cerca de 4 cm de diâmetro, situada na área de molares inferiores do lado direito. A lesão era dura e indolor à palpação, pediculada e revestida por mucosa de coloração normal. Os exames radiográficos evidenciaram uma massa radiopaca oval, pediculada, abrangendo desde a distal do primeiro pré-molar inferior direito, até a distal do segundo molar do mesmo lado, não apresentando sinal de infiltração ou destruição tumoral maligna. O paciente foi então, submetido à biópsia excisional sob anestesia local. A peça removida foi então encaminhada para exame anátomo-patológico. O laudo do histopatológico evidenciou fragmentos de tecido ósseo organizado em nódulos, com cortical óssea espessa, trabéculas bem constituídas e medula óssea fibrinosa, com discreto infiltrado mononuclear e vasos congestos. O diagnóstico definitivo foi de osteoma. Os controles realizados mostram reparação óssea normal, não havendo recidiva do processo.

Autora do resumo: Silvia Maria Anselmo.

**Unitermos: Osteomas;
Tumores benignos.**

BONACHELA, W. C.; et al. Uso da prótese parcial removível na recuperação e manutenção periodontal. Rev. da assoc. paul. Cir. Dent., n.1, v.49,p.37-9, jan.\fev., 1995.

As maneiras pelas quais os profissionais anseiam em recuperar as perdas dentais devem incorporar conhecimentos científicos que propiciem manter saudáveis todas estruturas remanescentes. O senhor S. J. O. 35 anos, procurou a clínica de pós-graduação em Prótese da FOB para a confecção de duas próteses, uma total superior e uma P.P.R. classe I de Kennedy inferior. O paciente apresentava características evidentes da síndrome da combinação descrita por SAUNDERS, 1979, apresentando nos dentes anteriores de canino a canino, um acúmulo de cálculo e mudanças patológicas de posição. Apresentava, também, um desalinhamento incisal nos incisivos centrais inferiores, que buscavam compensar o desgaste dos dentes anteriores e superiores de acrílico da antiga prótese. Após um tratamento periodontal adequado e a conscientização do paciente sobre noções e manutenção de higiene bucal, realizaram-se procedimentos restauradores, restabelecendo-se o contato proximal dos dentes com resina composta fotopolimerizada, e, também, uma ameloplastia nas porções incisais, corrigindo seus desníveis. Para o planejamento do desenho da estrutura metálica da P.P.R., optou-se pelo sistema R.P.I. onde a P.P.R. é confeccionada sem que os elementos de reciprocidade sejam colocados nas superfícies linguais dos dentes anteriores inferiores, deixando, dessa forma, essas áreas livres elementos protéticos, possibilitando sua autolimpeza. Realizou-se também troca da P.T. superior, possibilitando uma estética agradável conjugada a propriedades retentivas e de estabilidade adequadas.

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

Unitermos: **P.P.R.;**
Manutenção periodontal.

HEIMER, M.V.; CRUZ, R.A. A deposição de fluoreto de cálcio no esmalte dentário humano *in vitro* após tratamento com soluções fluoretadas para bochechos. Rev. bras. Odont. v.LII, n.1, p. 9 - 14, Jan. / Fev. 1995.

Este trabalho teve como propósito verificar a deposição de fluoreto de cálcio na superfície do esmalte dentário humano *in vitro*, após tratamento com quatro produtos comerciais contendo soluções para bochechos com fluoreto de sódio a 0,05 %. Também comparou-se os resultados decorrentes da aplicação de duas soluções de composição similar, mas com diferentes pHs, ou seja, mais aciduladas (pHs 5,0 e 5,5). Todos os produtos foram aplicados por 1 hora em faces de esmalte de dentes extraídos, devidamente preparadas. Após a aplicação as amostras foram lavadas com água destilada durante 2 minutos e encaminhadas para a análise eletroquímica afim de se verificar a quantidade de fluoreto de cálcio depositada. Os resultados mostraram que a quantidade de fluoreto de cálcio depositada foi extremamente reduzida, indicando a possibilidade da interferência de indutores na composição destes produtos, pois muitos produtos usados em higiene bucal contêm lauril sulfato de sódio, um detergente sintético que se em concentração elevada inibe a formação e deposição de CaF_2 . Quando foi observado o comportamento das soluções com diferentes pHs, as diferenças na quantidade de fluoreto de cálcio depositada não foram estatisticamente significativas. Tais resultados nos levam a questionar sobre a efetividade química das soluções para bochecho disponíveis no mercado.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos : Antissépticos bucais;
Fluoretos;
Odontologia preventiva.**

JEFFCOAT, M.K. et al. The effect of systemic flurbiprofen on bone supporting dental implants. J. Amer. dent. Ass., v. 126, n. 3, p. 305-11, Mar. 1995.

Estudos prévios têm demonstrado que medicamentos anti-inflamatórios não esteróides como o flurbiprofeno, o naprosyn e o neclofenamato de sódio, têm o potencial de reduzir a perda óssea alveolar ao redor de implantes. Neste estudo a droga NSAID's, a base de flurbiprofeno, foi avaliada quanto a sua efetividade sistêmica no tocante a osseointegração dos implantes. Fez-se tal estudo também pelo fato de ser tal droga muito utilizada em pacientes adultos com osteoporose, artrite e periodontite; além de seu uso após cirurgias como analgésicos. Três grupos de pacientes após terem instalado seus implantes passaram a receber a droga como tratamento pós cirúrgico por três meses. Sendo que no primeiro grupo se aplicou o efeito placebo, no segundo as doses foram de 50 mg b.i.d. e no terceiro grupo de 100mg b.i.d.. Radiografias padronizadas foram tomadas e por método de subtração, avaliou-se radiograficamente alterações ósseas ao redor dos implantes em períodos de 3, 6, 9 e 12 meses após a colocação dos implantes. Os resultados mostraram que na dose de 100mg b.i.d., a droga foi eficaz, pois não houve alteração significativa de volume ou peso ósseo entre 6 e 12 meses, com uma pequena e esperada perda óssea até os 6 meses que depois se estabilizou, o que garante o sucesso dos implantes e da droga devido ao seu efeito prolongado mesmo após o término do seu tratamento, que durou 3 meses. A perda óssea foi mínima, uma vez que o NSAID'S não converte ácido araquidônico em prostaglandina, desde que tomado sistemicamente em doses diárias apropriadas após a colocação de implantes.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos: Implante dentário endoósseo;
Perda óssea alveolar.**

SWIFT, E. J. ; PAWLUS, M. A. ; VARGAS, M. A. Shear bond strenghts of resin- modified glass- ionomer restorative materials. Oper. Dent. v. 20, n. 4, p. 138-43, Jul./Aug. 1995.

Cimentos de ionômero de vidro convencionais possuem propriedades benéficas, incluindo adesão físico-química a estrutura dental e liberação de flúor. De tal sorte que tais cimentos têm grande aceitação como forradores de cavidade, agentes cimentantes e materiais de preenchimento, porém, o seu uso como material restaurador é limitado quando comparado à resina composta. Por esta razão é que surgiram os cimentos ionoméricos fotopolimerizáveis modificados com componentes resinosos, na tentativa de uma aproximação das boas propriedades estéticas e de resistência das resinas compostas. A proposta deste estudo foi avaliar a resistência de adesão ao cisalhamento de cimentos de ionômero resinosos. Foram testados o Fuji II LC, o Geristore, o Photac-Fil, o Variglass VLC e o Vitremer. O Ketac - Fill, um ionômero convencional, foi usado como controle. Sessenta molares extraídos foram tratados de modo a se obterem superfícies de dentina. E sobre estas foram aplicados os materiais restauradores através de matrizes especiais. Os valores de resistência de adesão ao cisalhamento foram determinados após termociclagem. A média dos valores variaram de 1,4 MPa (Photac - Fill) a 12,3 MPa (Fuji II LC). Excepto para o Photac - Fill, todos os valores foram significativamente maiores do que o controle, o que denota a grande resistência quando comparados aos ionômeros convencionais. Comparações de valores entre Fuji II LC e Vitremer, Geristore e Vitremer, e Geristore e Variglass não foram significativamente diferentes.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos: Cimentos de ionômero de vidro;
Resinas compostas.**

BIANCU, S. ; ERICSON, I. ; LINDHE, J. Periodontal ligament tissue reactions to trauma and gingival inflammation - an experimental study in the beagle dog. J. clin. Periodont. , v. 22, n. 10, p. 772 - 9, Oct. 1995.

Os objetivos deste estudo foram analisar quais alterações tissulares podem ocorrer pelo trauma de oclusão que resultem em perda adicional de inserção e as alterações no ligamento periodontal quando uma lesão inflamatória se aproxima do espaço do ligamento periodontal. Dezesesseis cães beagle de 1 ano de idade foram selecionados e divididos em dois grupos (A e B). O grupo A com 6 e o B com 10. No grupo A, no dia 0, foi induzido movimentação ortodôntica buco - lingual em dentes testes, resultando em aumento na mobilidade dental. Mediu-se as mobilidades também com 30, 60 e 90 dias. Nos cães do grupo B foram colocados cordões de algodão ao redor do colo de dentes testes, subgingivalmente. Uma vez por mês, os cordões eram recolocados na altura da margem gengival , até que no dia 120 foram removidos. Fez-se biópsias no dia 90 para o grupo A e no dia 120 para o grupo B. Os resultados das medições histológicas mostraram que na porção mais coronal do ligamento periodontal dos dentes que exibiram mobilidade, havia uma largura aumentada, volume de colágeno reduzido, e um aumento de volume das estruturas vasculares e de leucócitos. Portanto o número de osteoclastos na região aumentou e o número de fibras colágenas no cimento radicular e no osso alveolar diminuiu. Estas mesmas alterações também foram demonstradas nos dentes do grupo B com mobilidade normal, onde a posição da gengiva marginal alterada influenciou na composição tissular dentro das porções mais coronais do ligamento periodontal.

Autor do resumo : **Caio Márcio Figueiredo**

Unitermos: **Oclusão dentária;**
Ligamento periodontal;
Mobilidade dentária.

GEORGE, L. A. ; RICHARDS, N. D. ; EICHMILLER, F. C. Reduction of marginal gaps in composite restorations by use of glass - ceramic inserts. Oper. Dent. , v. 20, n. 4, p. 151-4, Jul./Aug. 1995.

Uma das principais limitações clínicas das resinas compostas é a contração de polimerização destes materiais. Muito desta contração está na dependência do volume que a resina composta ocupa numa cavidade. Neste estudo avaliou-se os efeitos da adição de fragmentos de vidro e porcelana na redução das fendas marginais causadas pela contração de polimerização das restaurações de resina composta. Mediu-se microscopicamente a largura das fendas nas margens ao redor de restaurações feitas em cilindros de vidro e também em cavidades feitas em dentes. Nos cilindros fez-se restaurações com e sem a inserção de um cilindro de porcelana silanizado bem no centro dos cilindros, o que variava a quantidade e obviamente o volume ocupado pela resina composta. E nas cavidades foram feitas restaurações somente com o agente de união aplicado à dentina e resina composta; e em outro grupo de cavidades aplicou-se o agente de união e fragmentos de porcelana inseridos no fundo das cavidades. Em todas as restaurações contendo fragmentos de porcelana, as fendas marginais resultantes da contração de polimerização foram bem menores nas margens devido ao fato de que menor volume foi dispensado a resina composta no interior das cavidades; onde a porcelana funcionou como uma megapartícula de preenchimento podendo ocupar até 50% a 75% do volume da cavidade com aplicação clínica funcional.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos: Resinas composta;
Porcelana dentária.**

PAPA, J. ; CAIN, C. ; MESSER, H. H. Efficacy of tunnel restorations in the removal of caries. Quintessence Int. , v. 24, n. 10, p. 715-9. Oct. 1993.

As restaurações tipo túnel nas faces interproximais têm sido encaradas como uma ótima modalidade de tratamento conservador para lesões de cárie incipientes. Por outro lado, por algumas cáries atingirem a dentina, ainda que incipientemente, deve-se ter como meta procurar conservar o máximo de dentina remanescente sadia entre a crista marginal da face em que temos o processo carioso e o percurso ou trajeto do túnel. Pré- molares superiores extraídos com lesões de cárie incipientes foram seccionados e fotografados. Medidas tomadas por traços gráficos simulando o acesso por oclusal e o trajeto do túnel em si feito com a broca indicaram que não se obtém dentina remanescente dentro da crista marginal por qualquer que seja a direção do túnel, ou seja, a angulação dada na penetração pela face oclusal. Logo, tais medições revelam que as restaurações tipo túnel não se constituem em tratamentos satisfatórios para cáries proximais. Ainda mais que, pelos traçados, para deixar dentina remanescente suficiente abaixo da crista marginal acaba-se deixando também paredes de esmalte cariadas sem serem tocadas.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos: Cárie dentária;
Dentina;
Preparo da cavidade dentária.**

CAMPOS JR. , A. ; ARAÚJO, M. G. ; RUIZ, L. F. N. Procedimento de regeneração tecidual guiada combinado com a criação de espaço supracrestal acessório em defeitos cirúrgicos tipo deiscência criado cirurgicamente. Estudo experimental em cães. Rev. FOB., v.2, n. 2, p. 74-9, Abr./Mai./Jun. 1994.

Barreiras mecânicas precisam ser avaliadas quanto ao tipo , quanto a irrigação sanguínea e principalmente quanto ao modo de serem aplicadas em procedimentos de regeneração tecidual guiada. Neste estudo avaliou-se a utilização das barreiras quando mantidas afastadas da superfície radicular durante os procedimentos já mencionados e o seu efeito na regeneração dos tecidos periodontais de suporte em defeitos ósseos do tipo deiscência. Utilizou-se 2 dentes pré- molares em cada cão, sendo um dente teste e o outro o dente controle. Rebateu-se um retalho muco- periósteo, o osso vestibular dos 2 pré molares em cada cão foram removidos até um nível 6mm apical à junção cimento - esmalte. Em seguida raspou-se e alisou-se cuidadosamente a superfície radicular. Previamente a sutura, em um dos dentes de cada cão, uma barreira mecânica do tipo filtro Milipore foi colocada sobre o defeito ósseo criado cirurgicamente, estendendo-se de 1 a 2mm acima da junção cimento - esmalte até um nível por volta de 4mm apical à crista óssea remanescente. O espaço supracrestal entre a raiz e a barreira mecânica foi conseguido graças a colocação de uma tira de matriz de amálgama curva e ajustada sobre a superfície radicular. O outro pré-molar que serviu como controle recebeu o mesmo tratamento, porém sem o uso da barreira e da matriz. No grupo experimental nas duas primeiras semanas de cicatrização houve grande recessão de retalho, exposição e exfoliação da barreira e da tira de matriz. Após três meses de cicatrização removeu`-se as arcadas e a histologia mostrou uma formação limitada de nova inserção conjuntiva nos 2 grupos. As raízes experimentais apresentaram perdas ósseas significante e o crescimento ósseo no grupo controle foi reduzido. Quanto ao comprimento do epitélio dento gengival não houve diferenças significativas entre os 2 grupos. Recessão ocorreu para ambos os grupos, porém maior no grupo teste. Conclui-se pelos resultados obtidos que o modo de aplicação de barreira mecânica para obtenção de espaço supracrestal , interfere no sucesso do procedimento de regeneração tecidual guiada.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

**Unitermos: Regeneração tecidual guiada;
Terapia periodontal.**

PALMA, R. G. et al. Avaliação clínica dos teores de flúor liberados por um selante fluoretado. Rev. Odont. USP, v. 8, n. 3, p. 181-185, jul./set. 1994.

O selante fluoretado possui a propriedade de selar cicatriculas e fissuras da superficie oclusal dos dentes posteriores e de liberar flúor ao meio bucal. O objetivo desta investigação foi quantificar e qualificar a liberação de flúor de um selante fluoretado, o Fluroshield. Participaram desta pesquisa 21 crianças de uma escola municipal da cidade de Bauru- SP, com idade entre 7 e 8 anos, com baixa prevalência de cárie e com os primeiros molares permanentes livres de cárie. Os primeiros molares foram selados com o selante fluoretado, seguindo as especificações do fabricante. A saliva foi coletada imediatamente após o selamento e após intervalos de uma e duas semanas, para posterior análise de teores de flúor presente. Observou-se que houve uma ótima liberação de flúor na primeira hora (1,06 ppm F) e , após duas semanas, a medição dos níveis de flúor indicou valores muito próximos aos do grupo controle (sem aplicação do selante), sendo 0,161 ppm e 0,141 ppm F, respectivamente. Através desses resultados, pode-se concluir que o selante fluoretado à base de resina não é eficaz na liberação de flúor por periodos prolongados. Devemos ter em mente que é um método que faz parte de um conjunto de medidas preventivas.

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

Unitermos: **Selantes de fósulas e fissuras**
Flúor

SOUZA, V.; HOLLAND, R.; SOUZA, R. S. Tratamento endodôntico de dentes de cães com polpa vitais em uma ou duas sessões. Influência dos curativos de demora corticosteróide-antibiótico e hidróxido de cálcio. Rev. Odont. UNESP, v. 24, n. 1, p. 47-59, jan./jun. 1995.

O objetivo deste trabalho foi observar se o uso de curativo de demora antes da obturação dos canais exerce alguma influência no processo de reparo dos tecidos periapicais. Cento e vinte e oito raízes de dentes de cães tiveram suas polpas removidas e seus canais preparados biomecanicamente. Metade dos espécimes recebeu um curativo de demora a base de corticosteróide-antibiótico ou hidróxido de cálcio por 7 dias. A seguir, foram obturados com cimento a base de óxido de zinco e eugenol (OZE) pela técnica da condensação lateral. O restante dos espécimes foi obturado em sessão única com o OZE ou hidróxido de cálcio. Os resultados foram analisados histologicamente 7 ou 180 dias após o tratamento. Os dados obtidos permitiram as seguintes conclusões: os canais preenchidos com o hidróxido de cálcio mostraram melhores resultados do que aqueles obturados com OZE; a associação corticosteróide-antibiótico determinou, 7 dias após o tratamento, infiltrado inflamatório menor que o observado nos casos obturados com o OZE em sessão única (no tempo de 180 dias não houve diferença de resultados entre esses dois grupos experimentais); O curativo com hidróxido de cálcio por 7 dias, antes da obturação, resultou quadro similar aos obtidos quando os canais foram preenchidos apenas com hidróxido de cálcio.

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

Unitermos: **Tratamento do canal radicular
Corticosteróide
Hidróxido de cálcio**

ARAÚJO, M. A. M. et al. Avaliação da infiltração marginal na interface resina composta-cimento de ionômero de vidro e deste com a dentina. Rev. Odont. UNESP, v. 24, n. 1, p. 69-78, jan./jun. 1995.

Indica-se com frequência o uso de cimentos de ionômero de vidro como base de restauração de resina composta, uma vez que esse material tem as propriedades de agir como protetor do complexo dentina-polpa, se biocompatível, liberar flúor e ainda aderir à estrutura dentária. Na técnica de restauração mista, o condicionamento ácido do cimento ionomérico antes da inserção da resina composta tem por objetivo criar retenções mecânicas para facilitar o embricamento, porém este procedimento pode enfraquecer os cimentos. Este estudo teve o objetivo de avaliar o grau de infiltração marginal entre resina composta-cimento ionomérico e deste com a dentina em restaurações de classe V realizadas em dentes naturais na junção cimento-esmalte, utilizando-se como forramento cimento de ionômero de vidro químico (Ketac-bond /Espe) ou fotopolimerizável (Vitrabond/3M), submetido ou não a condicionamento ácido. Concluiu-se que o cimento ionomérico fotopolimerizável, quando recebeu condicionamento ácido, não apresentou infiltração marginal, porém quando não foi atacado apresentou 60% de infiltração marginal, e que o cimento ionomérico químico apresentou 40% de infiltração quando condicionado com ácido e, 30% quando não condicionado. Na junção cimento de ionômero de vidro/dentina houve infiltração com os dois tipos de cimentos empregados.

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

Unitermos: **Cimento de ionômero vítreos
Restauração dentária**

OKAMOTO, T.; OKAMOTO, R. Interferência da imobilização sobre o processo de reparação após reimplante imediato de incisivo superior de ratos. Estudo histomorfológico. Rev. Odont. UNESP, v. 24, n. 1, p.87-98, jan./jun. 1995.

O objetivo deste estudo foi avaliar, em reimplante imediato, a interferência da imobilização no processo de reparo das estruturas dentais e peridentais. Foram empregados 64 ratos, divididos em dois grupos de 32. No grupo I, o incisivo superior direito, após sua extração, foi reimplantado e mantido no alvéolo sem qualquer tipo de imobilização. No grupo II, antes da extração, foi realizado um sulco no esmalte no lado vestibular margeando a borda da gengiva com disco de carborundum. A extração e o reimplante foram realizadas igualmente ao grupo I. Após o reimplante, o dente foi imobilizado por 48 horas, com amarra circular de fio de seda envolvendo o incisivo superior esquerdo na altura do sulco realizado. Os animais, em número de 8 para cada grupo, foram sacrificados aos 5, 10, 20 e 60 dias após o reimplante. As peças obtidas, após o processamento laboratorial de rotina, foram incluídas em parafina para realização da microtomia. Obteve-se cortes longitudinais e transversais que foram corados pela hematoxilina-eosin e pelo tricrômio de Masson para estudo histomorfológico. Através dos resultados obtidos, concluiu-se que o tipo de imobilização empregado causa: compressão do dente reimplantado contra a parede óssea mesial; reabsorção cemento-dentinária e anquilose alvéolo dental no nível do terço cervical no lado mesial; e intenso infiltrado inflamatório ao nível do ligamento periodontal no lado distal junto ao terço cervical.

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

Unitermos: **Reimplante dental**
Talas

MELLADO, J. R. et al. A comparative study of ePTFE periodontal membranes with and without decalcified freeze-dried bone allografts for the regeneration of interproximal intraosseous defects. J. Periodontol., v. 66, n. 9, p. 751-5, Sept. 1995.

Foi realizado um estudo comparativo para avaliar duas modalidades de tratamento para regeneração de lesões periodontais interproximais. Onze pares de lesões periodontais avançadas em 11 pacientes (6 homens e 5 mulheres) foram tratadas usando-se em uma das lesões (grupo controle) apenas a membrana de politetrafluoroetileno expandido (ePTFE) e na outra lesão membrana interproximal em combinação com enxerto de osso liofilizado (grupo teste). Um ano após o tratamento, ambas as modalidades de tratamento revelaram um aumento significativo no nível clínico de inserção comparado ao quadro inicial, não havendo diferença estatística entre as duas modalidades. Quando avaliou-se a quantidade de osso neoformado nessas lesões, foi achado uma diferença significativa, sendo que houve neoformação óssea somente nas lesões tratadas com ePTFE sozinha. Concluiu-se que um ano após o tratamento, o ganho de inserção clínica significativa pode ser obtida com o uso de membranas com ou sem enxerto de osso liofilizado. Resultados estatisticamente em relação ao preenchimento ósseo somente foram observados quando usou-se membranas isoladamente.

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

Unitermos: **Doença periodontal/cirurgia
Regeneração tecidual guiada
Osso liofilizado
Politetrafluoroetileno/uso terapêutico**

BENGSTON, A. L.; BENGSTON, N. G. Prótese fixa funcional mista em odontopediatria. Rev. gaúcha Odont., v. 43, n. 1, p. 32-4, jan./fev. 1995.

Os autores descreveram a resolução da perda precoce de um incisivo central superior decíduo (61) por traumatismo em uma criança de 3 anos e 4 meses de idade. A ausência de dentes decíduos anteriores poderá redundar em problemas estéticos e funcionais ocasionado pelo crescimento e desenvolvimento anormal que poderá ocorrer na região ântero-superior bem como o mau-posicionamento da língua e hábitos prejudiciais à fonação e irrompimento dos dentes permanentes. Realizou-se, então, uma prótese fixa funcional mista composta pelos seguintes elementos: coroa de aço facetada em acrílico e cimentada com ionômero de vidro ao 62; elemento suspenso em resina acrílica com sistema macho-fêmea para se tornar funcional; e no dente 51, também suporte, uma haste de aço unida à face palatina através de resina composta (como prótese adesiva), com o propósito conservador, reversível e mais econômico. Não realiza-se a prótese com adesão nas duas extremidades, pois com o tempo a peça pode ser deslocada, já que a presença do esmalte aprismático nos decíduos impede que o condicionamento ácido se faça em sua plenitude, comprometendo a retenção dada pelos sistemas adesivos. O cuidado da confecção de uma peça com o sistema macho-fêmea tem a intenção de não prejudicar o crescimento e desenvolvimento da região ântero-superior, pois esse sistema torna possível o afastamento dos dentes da prótese através da exposição de parte do fio de aço conector dos elementos.

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

Unitermos: **Odontopediatria, prótese fixa funcional**
Odontopediatria, prótese fixa adesiva

GIORDANI, A.; NÓBILO, K. A. Placa estabilizadora de Michigan e a sensação do zumbido. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v. 49, n. 5, p. 395-9, set./out. 1995.

A experiência clínica tem mostrado que pacientes com disfunção têmporo-mandibular às vezes relatam sintomas referentes ao aparelho auditivo. Entretanto essa relação etiológica é um assunto muito controverso entre os pesquisadores. Por isso, o autor realizou um estudo em 44 pacientes com zumbido objetivando avaliar, por um período de 8 semanas, a influência do tratamento da síndrome da disfunção têmporo-mandibular, através do uso da placa estabilizadora (modelo de Michigan), na evolução da sensação desse sintoma. Foi adotado um critério de avaliação segundo o qual o paciente atribuía valores de 0 a 100 à intensidade ou grau de desconforto na sensação de zumbido (GDS), no início do tratamento e no final de cada uma das 8 semanas subseqüentes, sendo que os valores posteriores deveriam ser atribuídos por comparação com os iniciais. Ao final da avaliação, calculou-se as médias dos valores obtidos, que foram, então, comparados aos valores iniciais no GDS do zumbido. Os resultados mostraram melhora significativa na sensação de zumbido, mesmo em casos onde os testes iniciais de limiar auditivo tonal foram positivos. Conclui-se que deve haver uma maior atenção no diagnóstico otorrinolaringológico para com os sintomas da disfunção têmporo-mandibular e maior cooperação interdisciplinar nesses casos.

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

Unitermos: **Disfunção da ATM**
Sintomas auditivos (zumbido)
Terapia por placa de Michigan

MAGNUSSON, C. et al. New attachment formation following controlled tissue regeneration using biodegradable membranes. J. Periodontol., v. 59, n. 1, p. 1-6, Jan. 1988

O estudo tem como objetivo avaliar o potencial de duas membranas biodegradáveis no restabelecimento de inserção conjuntiva após cirurgia periodontal em cães. Para isso, foram levantados retalhos mucoperiostais, defeitos ósseos foram criados com redução de aproximadamente 25% no nível original e ainda fez-se o aplainamento radicular para remoção do cimento. As membranas foram ajustadas sobre 16 das 24 superfícies radiculares para que 8 servissem de grupo controle. Os resultados mostraram que com a membrana de ácido polilático foi possível obter, através da neoformação de cimento e osso, a regeneração de 46% da inserção conjuntiva perdida, contra 25% quando da utilização dos filtros Millipore. Esse estudo, além de reforçar a idéia de que “as células que primeiro povoarem a superfície radicular determinarão o tipo de inserção formada”, ainda aponta os polímeros sintéticos, como o ácido polilático, como os materiais mais apropriados quando o objetivo é a regeneração tecidual guiada através da exclusão do epitélio e do tecido conjuntivo gengival durante a cicatrização.

Autor do resumo: **Vanessa Cristina Veltrini**

Unitermos: **Nova inserção conjuntiva;
Regeneração tecidual;
Membranas biodegradáveis.**

BLUMENTHAL, N. M. The effect of supracrestal tricalcium phosphate ceramic-microfibrillar collagen grafting on postsurgical soft tissue levels. J. Periodontol., v. 59, n. 1, p. 18-22, Jan. 1988

Utilizou-se, neste estudo, fosfato tri-cálcico (TCP) combinado com colágeno microfibrilar sobre a crista óssea. O objetivo foi de manter a altura do tecido mole marginal e interproximal amenizando a recessão pós-operatória. Para isso, 15 voluntários adultos foram submetidos a cirurgia a retalho e osteoplastia mínima seguida de enxerto do material e suturas bem ajustadas a fim de evitar extravasamentos. Antes e após a cirurgia foram feitas sondagens para avaliar recessão tecidual, inserção clínica e profundidade de bolsa. O enxerto supracrestal resultou em ganho significativo de inserção clínica e em 16,74% menos recessão que nos sítios controle, atenuando assim, os problemas estéticos, áreas de impacção alimentar e a exposição radicular que frequentemente ocorrem após cirurgia periodontal.

Autora do resumo: **Vanessa Cristina Veltrini**

Unitermos: **Materiais alógenos, enxertos;
Fosfato tri-cálcico, enxertos;
Recessão gengival.**

KENNEY, E. B. et al. The use of a porous hydroxylapatite implant in periodontal defects. J. Periodontol., v. 59, n. 2, p. 67-72, Feb. 1988

Vinte e três pacientes, cada um apresentando dois molares inferiores com envolvimento de furca classe II, foram submetidos a cirurgia a retalho e registro de sondagem pré e pós cirúrgica a fim de se avaliar a efetividade da hidroxiapatita no tratamento desse tipo de lesão. Os procedimentos foram os mesmos nos sítios que receberiam o implante e nos que serviriam como controle. Seis meses depois, as sondagens foram novamente realizadas seguindo a mesma padronização e os retalhos novamente levantados para verificação do preenchimento do defeito. Nas lesões onde hidroxiapatita porosa foi implantada, houve redução na profundidade de bolsa e uma melhora estatisticamente significativa no nível de inserção e no preenchimento do defeito, enquanto o grupo controle manteve a profundidade das bolsas mas a lesão progrediu e houve perda de inserção.

Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini

**Unitermos: Hidroxiapatita, implante;
Lesão de furca classe II.**

LARJAVA, H. et al. Effect of citric acid treatment on the migration of epithelium on root surfaces in vitro. J. Periodontol., v. 59, n. 2, p. 95-9, Feb. 1988

Este estudo in vitro tem como objetivo analisar o efeito do ácido cítrico na superfície radicular e sua relação com a prevenção de migração epitelial. Para isso, extratos de mucosa gengival bovina foram colocados em meio de cultura juntamente com lascas de dente humano desmineralizadas ou apenas tratadas mecanicamente (grupo controle). A desmineralização com ácido cítrico de ph 1 expôs a matriz colágena do tecido dentário favorecendo seu embricamento com as fibras do tecido conjuntivo gengival e direcionando a migração epitelial em sentido predominantemente coronal; ao contrário do grupo controle, onde prevaleceu a migração para apical. O tratamento com ácido cítrico portanto, foi capaz de retardar a interposição do epitélio entre tecido duro e tecido conjuntivo gengival, viabilizando a inserção de fibras na superfície radicular e melhorando assim a perspectiva clínica do tratamento.

Autor do resumo: Vanessa Cristina Veltrini

**Unitermos: Tratamento químico radicular;
Ácido cítrico, condicionamento.**

“A importância do diagnóstico - Apresentação de casos clínicos.”

**Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi.
Marcela Ferraz Catramby.**

**Orientadores: Prof^a Dr^a Denise Tostes Oliveira
Prof. Maurício Santa Cecília.**

A despeito do grande avanço da Endodontia nos últimos anos, o número de insucessos observados ainda pode ser considerado elevado. Com o advento de novas técnicas, materiais e instrumentais, a terapia endodôntica tornou-se um procedimento mais rápido e acessível. Entretanto, no que concerne ao diagnóstico, que deveria constituir-se no alicerce do tratamento endodôntico, esta evolução não tem sido percebida. O seminário aborda quatro situações clínicas diferentes, em que devido ao diagnóstico impreciso, ocorreu o insucesso do tratamento endodôntico. No primeiro caso clínico, um paciente de 40 anos foi submetido a diversos tratamentos endodônticos e periodontais no dente 36 durante um período de onze anos, acreditando-se tratar de um abscesso periodontal agudo com envolvimento endodôntico. Só após sua extração, verificou-se a presença da projeção cervical de esmalte. A existência de uma Talon Cusp foi a provável causa da necrose pulpar do dente 11, relatada no segundo caso clínico. Na época do tratamento endodôntico, não foi estabelecida a etiologia, o que resultou na permanência da cúspide acessória mesmo após a abertura coronária. A conservação dessa estrutura levou, com o tempo, ao escurecimento coronário. O Sulco Palatogengival constituiu uma dificuldade de diagnóstico para o terceiro caso clínico, ao mimetizar uma situação de abscesso dento-alveolar agudo com algumas recorrências. O resultado final também foi a extração do dente acometido (12).

“Distúrbios do desenvolvimento dos dentes.”

**Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi.
Vanessa Cristina Veltrini.**

Orientadora: Profª Drª Maria Aparecida Machado.

Os distúrbios do desenvolvimento dos dentes incluem anomalias quanto à forma, ao tamanho, número, erupção posição e estrutura dos mesmos. Esses distúrbios podem ser causados tanto por fatores locais como por fatores sistêmicos.

- a) **Macrodonτία:** o dente apresenta um tamanho maior que o normal. pode ser focal, generalizada verdadeira ou generalizada relativa.
- b) **Microdonτία:** o dente apresenta um tamanho menor que o normal. Também é classificada da mesma maneira.
- c) **Dentes supranumerários:** encontrados mais freqüentemente entre os incisivos centrais superiores (mesiodens) e na distal de terceiros molares superiores (quarto molar).
- d) **Raízes supranumerárias:** são vistas mais comumente em caninos, pré-molares e molares inferiores, especialmente em terceiros molares.
- e) **Geminação:** é uma tentativa de formação de dois dentes a partir de um único germe dentário.
- f) **Fusão:** ocorre devido à união de dois germes dentários que em condições normais estariam separados. Pode ser completa ou incompleta e os condutos são individualizados.
- g) **Concrescência:** é uma forma de fusão na qual os dentes vizinhos já formados são unidos pelo cimento.
- h) **Dilaceração:** é uma curvatura ou angulação da raiz dentária, de etiologia desconhecida.

“Hiperestesia dentinária - Aspectos clínicos e formas de tratamento.”

**Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi.
Juliano Sartori Mendonça.**

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho.

A hiperestesia dentinária é um dos eventos clínicos odontológicos mais desconfortáveis para o paciente e de difícil resolução. Ela nada mais é que uma expressão sensorial manifestada de uma forma exacerbada a um estímulo não nocivo. A hiperestesia dentinária ocorre com maior frequência em pré-molares, seguido pelos molares, caninos e incisivos. O grau de hiperestesia é variável e a resposta hiperestésica varia conforme o estímulo aplicado. Ela sofre influência do estado emocional do paciente e, desta forma, a utilização de placebos pode até eliminá-la. Há várias teorias tentando explicar o mecanismo da hiperestesia dentinária, sendo a Teoria Hidrodinâmica a mais aceita. Segundo ela, a movimentação do fluido dos túbulos dentinários transmite estímulos para as terminações nervosas da polpa, provocando a sensibilidade. São inúmeros os agentes e as terapias preconizadas para o tratamento da hiperestesia dentinária. Dentre esses agentes há o oxalato de potássio, encontrado comercialmente como OXA-GEL. Essa substância reage com o cálcio ionizado da dentina promovendo deposição de cristais de oxalato de cálcio na superfície dentinária e/ou no interior dos canalículos, reduzindo a condutibilidade hidráulica própria dessa estrutura. Alguns autores acreditam que haja também um efeito neural, devido à difusão do potássio através dos túbulos, alterando as trocas normais de sódio e potássio essenciais para a transmissão do impulso nervoso.

“Um plano de prevenção para consultório odontopediátrico”

**Apresentadores: Daniela Gamba Garib.
Luciana Reis de Azevedo.**

Orientadora: Nildiceli Leite Melo Zaneta.

Este trabalho tem por finalidade apresentar os resultados de cinco anos de um programa de prevenção em um consultório particular, para crianças de até 14 anos de idade, empregando todos os métodos de prevenção para a cárie dentária, porém enfatizando o controle mecânico da placa bacteriana com uma filosofia própria de trabalho. As crianças foram atendidas mensalmente e, em cada sessão, recebiam profilaxia profissional, orientação de escovação, controle da alimentação, fluoroterapia, motivação e conscientização dos problemas dentários. Em função da imaturidade e irresponsabilidade da criança é muito difícil a sua conscientização efetiva. Dessa maneira, deve-se ter em mente que a participação dos pais no tratamento de suas crianças é de fundamental importância. Os resultados encontrados no trabalho traduzem um controle efetivo da cárie dental. O autor considerou o controle da placa bacteriana como fator primordial da prevenção, devido às dificuldades quando se tenta controlar a alimentação do paciente - a dieta depende muito mais de uma escolha individual. Concluindo, tem-se que o plano de prevenção apresentado é uma maneira efetiva de controlar a cárie em crianças, e que de maneira mais genérica, a prevenção da cárie dentária, não só o seu tratamento devem ser prioridades nos consultórios dentários e em programas de saúde pública porque mesmo não sendo do conhecimento de muitos, a cárie é potencialmente evitável.

“Abordagem clínica integrada das imagens radiográficas por computador”

**Apresentadores: Caio Márcio Figueiredo.
Luciana Reis de Azevedo.**

**Orientadores: Prof. Mário Taba Júnior.
Prof. Dr. Orivaldo Tavano.**

As imagens radiográficas por computador representam um método auxiliar de diagnóstico, mas é claro, não se pode fechar um diagnóstico somente com radiografias. As radiografias convencionais - amplamente utilizadas pelos cirurgiões-dentistas de maneira geral - apresentam algumas limitações por transformar uma imagem tri em bidimensional, além de haver uma difícil padronização das mesmas. Assim, com o intuito de melhorar a exatidão das imagens radiográficas surgiu a Radiovisiografia em 1969, que se baseia na formação de imagens digitalizadas na tela de um computador. As vantagens destas imagens sobre as radiografias convencionais são muitas; uma delas é que há a possibilidade de determinação da densidade de tecidos duros e moles, o que tem grande aplicabilidade para demonstrar a existência ou não de perda óssea durante um determinado tempo. Isto é conseguido através da subtração de imagens - um processo que vai comparar a densidade destes tecidos entre 2 radiografias de épocas distintas. Além desta aplicação clínica em Periodontia, a Dentística, a Endodontia, a Prótese e a Exodontia também veem muitas vantagens na utilização das imagens radiográficas por computador. Seu maior inconveniente é o alto custo, mas mesmo assim, quem sabe num futuro próximo, através de maior desenvolvimento e tecnologia, as imagens digitalizadas estarão presentes no meio odontológico como hoje o estão as radiografias convencionais.

“Acidentes e complicações na abertura coronária”

**Apresentadores: Sílvia Maria Anselmo.
Luciana Reis de Azevedo.**

Orientador: Prof. Dr. Norberti Bernardinelli.

A abertura coronária corresponde à primeira fase do tratamento endodôntico; tem por finalidade básica dar acesso aos canais radiculares da forma mais direta possível. Deve ser conduzido de tal maneira que favoreça a iluminação, a visibilidade, a limpeza e as fases subsequentes do tratamento endodôntico. Entretanto, apesar de ser considerado uma etapa relativamente simples de ser conduzida, alguns acidentes e complicações podem ocorrer. Existem algumas situações que facilitam a ocorrência destes acidentes : a presença de calcificação, o acúmulo de material restaurador na câmara pulpar, o desgaste acentuado não respeitando os 4mm da borda incisal à margem da abertura, a presença de má-formação dos tecidos dentários, a possibilidade de fratura da broca no interior dos condutos, entre outros. Acidentes estes que de maneira geral, geram complicações, como perfurações e obstrução de condutos, que a partir de alguns cuidados básicos poderiam ser evitados. O uso do isolamento absoluto, de brocas com extremidades inativas na câmara pulpar e a paciência representam alguns destes cuidados. Por fim deve-se ter em mente que na tentativa de solucionar um problema (fazendo o tratamento endodôntico) não se deve criar outros.

“Selar: Como? Por quê? Com que material?”

**Apresentadores: Andréa Miranda Kuroiva
Marcela Ferraz Catramby**

Orientador: Paulo Ricardo Barros de Campos

A Odontologia vive uma nova Era, na qual a prevenção assume um papel de destaque. E é dessa maneira que se tem buscado combater a doença cárie antes que esta se manifeste de modo irreversível na estrutura dental. Hoje faz-se largo emprego dos selantes, uma vez que eles atuam junto ao habitat natural do *S. mutans*, nas regiões de cicatriculas e fissuras, privando-o dos açúcares da dieta do indivíduo. Entretanto, seu uso deve seguir um determinado critério, de acordo com a maior ou menor susceptibilidade do paciente. Há ainda que se considerar que a cárie, como qualquer outra doença infecciosa, é transmissível e existem períodos nos quais a exposição do indivíduo ao microorganismo leva a diferentes graus de manifestação da doença. Esse período constitui a janela de infectividade e, em relação à cárie corresponde à erupção dos dentes, principalmente dos molares permanentes. E é nessa fase crítica da saúde bucal que o cirurgião dentista pode intervir de modo a diminuir os riscos do desenvolvimento de lesões por parte do paciente. Em casos de paciente de alto risco, pode-se lançar mão do uso de selantes de ionômero de vidro pois além de possuir a propriedade de isolar a bactéria do meio oral é capaz de liberar flúor, promovendo assim um favorecimento do processo de remineralização do esmalte.

“Tratamento periodontal associado a fraturas radiculares.”

**Apresentadores: Andréa Miranda Kuroiva
Vanessa Cristina Veltrini**

Orientador: Luiz Fernando Ruiz

Os elementos dentários estão sujeitos a submeterem-se a fraturas, tanto de coroa, como de raiz ou até mesmo de ambos. A etiologia está principalmente relacionada ao trauma acidental, mas também pode estar associado a causas iatrogênicas, ou mesmo ser resultante de atividades parafuncionais desenvolvidas pelo indivíduo. Quando se trata de fratura radicular, constata-se maior frequência no terço médio e o seu diagnóstico pode não ser tão fácil. Assim podemos lançar mão de alguns recursos auxiliares para a realização do diagnóstico: exame radiográfico, por tinta de iodo, através do uso do FOTI, ou ainda pela exposição cirúrgica da raiz. A importância da detecção de possíveis alterações está relacionada com o restabelecimento das distâncias biológicas, pois uma vez invadidas o organismo, para restabelecê-las, o fará às custas de inflamação e lesão tecidual.

“Infecção Cruzada no Consultório Odontológico”

**Apresentadoras: Silvia Maria Anselmo
Andréa Miranda Kuroiva**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Stella Stilac Rocha

Para prevenção da infecção cruzada há que se tomar 5 medidas básicas:

- 1-História médica do paciente:
- 2-Proteção do C.D. e auxiliares:
- 3-Eliminação do material contaminado:
- 4-Limpeza da área de trabalho:
- 5-Esterilização do material:

Através do cumprimento desses cinco itens estaremos trazendo a maior segurança possível, tanto para a equipe de trabalho, como para os pacientes. É importante salientar também que se pode transmitir a infecção por partículas aerossolizadas, por inoculação com bordas cortantes, ou ainda, por instrumentos contaminados, deve-se proceder de maneira a quebrar a cadeia de infecção. Justifica-se, assim, a proteção pessoal da equipe odontológica com máscaras, gorros, óculos de proteção e luvas; o uso de diques de borracha, os quais minimizam a produção de aerossol a partir da saliva e do sangue; um cuidado maior quando da manipulação dos instrumentos e a esterilização adequada dos materiais, lembrando-se sempre que se deve preferir a esterilização à desinfecção. Além disso, faz-se de grande importância manter sempre atualizada a imunização da equipe odontológica. Deve-se também avaliar todo paciente como potencial portador de infecções, exigindo medidas de prevenção. Atualmente devido a um maior grau de esclarecimento dos indivíduos a respeito das doenças, há também uma maior cobrança por parte deles sobre a qualidade do serviço prestado, evidenciando a responsabilidade do cirurgião dentista que pode até, eventualmente, enfrentar problemas jurídicos.

“Instrumentação dos canais radiculares em molares usando a técnica do Step Down.”

**Apresentadores: Marcos Madeira.
Heloíza Tiemi Ono.**

Orientador: Marco Antonio Hungaro Duarte.

O tratamento endodôntico de molares é uma prática odontológica cercada de acidentes e complicações, com isso surgiram técnicas com o intuito de diminuir estes problemas, dentre elas as técnicas progressivas, na quais se enquadra a técnica do Step Down(técnica de Goering) A técnica se divide em abertura coronária convencional, acesso radicular e instrumentação apical. O acesso radicular é feito com limas Hedstroem 15, 20 e 25 a 18, 17 e 16 mm de extensão de instrumentação respectivamente. Após o uso destas limas faremos uso das brocas de gates glidden 2 numa extensão de 14 a 16mm e gates glidden 3 de 11 a 13mm. Entre a troca de um instrumento para outro deve-se efetuar uma irrigação profunda da cavidade. Para canais atrésicos usamos previamente a estes instrumentos as lima tipo kerr 8 e 10 numa tentativa de abrir a embocadura dos canais. A instrumentação apical : Odontometria com as lima tipo kerr 10 ou 15.; realização de um batente a 1mm do comprimento real do dente com a lima 25.; debridamento da porção apical com as limas 10 e 15; escalonamento regressivo ccom recuo de 1mm em cada instrumento até a lima 60 e requinte do batente no comprimento real de trabalho com as limas 20, 25 e30. Esta técnica permite permite melhor acesso ao terço apical, remove as interferências dentinárias, permite uma penetração maior das cânulas irrigadoras, torna a odontometria mais estável e evita possíveis perfurações porque é uma técnica coroa-ápice sem pressão que usa limas com guia de penetração inativa que são as limas de Hedstroem.

“Utilização da associação antibiótico-corticosteróide no tratamento das reabsorções radiculares externas em dentes reimplantados.”

Apresentadores: **Marcos Madeira**
Linda Wang]

Orientador: **Marco Antonio Hungaro Duarte**

A reabsorção externa é decorrência da injúria a superfície radicular, sendo mais acentuada quanto maior a intensidade do traumatismo. Dentre os traumas a avulsão é aquela de pior prognóstico e, dentro da técnica de reimplante (tardio ou imediato), numa tentativa de se atenuar as reabsorções, faz-se uso do hidróxido de cálcio. O emprego deste, no entanto, aumenta a ocorrência de anquilose alvéolo-dental e quando aplicado sobre a superfície radicular não preserva os remanescentes do ligamento periodontal. Passou-se, então, a se observar o efeito da associação antibiótico-corticosteróide (Otosporin e Maxtrol). O resultado de alguns trabalhos (Saad Neto e R. Holland, 1991) mostrou que o antibiótico da solução agia como antimicrobiano sem ocorrência de inflamação, o que impedia a reabsorção radicular inflamatória mas não a de superfície. E que o componente esteróide da pasta está diretamente relacionado com a inibição dos dentinoclastos e conseqüentemente com as referidas reabsorções (Angela Pierce, 1988). Embora os resultados tenham se mostrado positivos, novas pesquisas devem ser feitas a fim de que se amplie o conhecimento sobre as indicações e técnicas de uso desta associação.

**“Granuloma Piogênico, considerações gerais
e apresentação de um caso clínico.”**

**Apresentadores: Marcos Madeira.
Andrea Miranda Kuroiva.**

Orientador: Lúcio Mitsuo Kurita.

O granuloma piogênico é uma alteração classificada dentro das hiperplasias inflamatórias, e está intimamente relacionado com o trauma e tem, por isso, como etiopatogenia, os irritantes crônicos. Seu aspecto clínico é de uma superfície ulcerada necrótica como uma escara branca assemelhando-se ao pus, o que originou o seu nome. Trata-se de uma pápula ou nódulo, vermelho, moderadamente mole e com sangramento fácil. Poderá ter áreas fibrosas caracterizadas pelo aspecto róseo. O granuloma piogênico tem ocorrência maior nas gengivas (65% a 70%) seguido de lábios e língua, atinge todas as idades e curiosamente mais as mulheres. A microscopia mostra conglomerados de leucócitos, PMN e intensa proliferação de capilares. Tem diagnóstico diferencial com qualquer lesão hiperplásica de superfície ulcerada e o seu tratamento se resume na intervenção cirúrgica associada a remoção do agente causador e na orientação e esclarecimento do paciente.

“Proteção do complexo gengival nos processos de moldagem definitiva em Prótese Parcial Fixa.”

**Apresentadores: Marcos Madeira.
Marcela Ferraz Catramby.**

Orientadora: Stefânia Carvalho Kano.

A moldagem definitiva visa a reprodução dos pormenores e a exatidão dimensional do elemento dentário e só é aceita clinicamente quando se consegue um afastamento gengival adequado. Para promover este acesso do material de moldagem às áreas críticas, usou-se indiscriminadamente agentes e dispositivos afastadores do tecido gengival tais como guta percha, anéis de ouro e cobre, grampos para dique, coroas provisória cimentadas, que causavam transtornos ao periodonto de proteção. Esses meios mecânicos foram substituídos pelos químicos, sem grande sucesso; pelos mecânico-químicos, usando fios com substâncias como a adrenalina que causavam alterações em pacientes com problemas sistêmicos e que, inconvenientemente, levavam a recessão gengival. Tornava-se, então imperativo que os meios empregados fossem menos traumatizantes. Em vista disso, preconizou-se o uso de moldagens com casquetes individuais, os quais provêm um afastamento mecânico sem causar nenhuma lesão aos tecidos gengivais, que poderiam ser utilizados em associação com fios retratores embebidos em solução de hemodent com a finalidade de eliminar o transudato e afastar ligeiramente, não ocasionando transtorno sistêmico ou dano ao periodonto. O sucesso desta técnica é evidente pela facilidade de manuseio, pelo menor custo, pela pequena quantidade de material utilizado e principalmente pela abolição dos meios traumatizantes de retração gengival, protegendo, assim, o periodonto e proporcionando conforto ao paciente.

“Tratamento não cirúrgico de hemangioma bucal”

**Apresentadores: Adriano tomio Hoshio
Linda Wang**

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Tostes Oliveira

O hemangioma corresponde a uma proliferação de vasos sanguíneos localizados. Pode apresentar-se isoladamente ou estar associado a síndromes. É uma lesão comum na região de cabeça e pescoço, podendo trazer incômodos estéticos e/ou funcionais. Microscopicamente pode ser classificado em cavernosos ou capilares dependendo do diâmetro da luz dos vasos. Na maioria das vezes essa lesão é congênita e involui espontaneamente nos primeiros anos de vida. Caso não ocorra essa involução, uma intervenção pode ser necessária. Para tal existem muitos recursos e dentre esses a escleroterapia se torna uma boa alternativa. Um caso clínico demonstra a técnica, cuidados e resultados da escleroterapia de hemangioma labial. Uma paciente de 52 anos de idade se apresentou ao Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru para substituir as próteses totais de anos de uso. Um hemangioma labial foi clinicamente diagnosticado e foi encaminhada ao Hospital Lauro de Souza Lima para tratamento adequado. Uma única dose de oleato de etanolamina (Ethamolin), agente esclerosante eleito, foi aplicada com seringa tipo insulina. Não houve necessidade de anestesia. Decorridos 15 dias a paciente na área tratada apenas se observava pequenos pontos eritematosos e um leve fibrosamento à palpação, demonstrando a eficiência do tratamento. A escleroterapia se mostra uma técnica alternativa no tratamento de hemangiomas que eliminando o trauma cirúrgico e diminuindo o risco de hemorragia. É relativamente fácil de ser executado e de baixo custo. Deve se respeitar as indicações corretas para trazer resultados satisfatórios.

“Odontoma: Considerações Gerais e Apresentação de um Caso Clínico.”

Orientador: Lúcio Mitsuo Kurita

**Apresentadores: Luciana Reis de Azevedo
Linda Wang**

O odontoma representa cerca de 67% dos tumores odontogênicos. É o tumor benigno mais freqüente e contém os tecidos que normalmente compõem uma estrutura dentária. Sua etiopatogenia associa-se a brotamento extra das células epiteliais odontogênicas da lâmina dentária. Classificam-se em dois tipos principais: odontoma composto, quando se apresentam na forma de denticulos e odontoma complexo, quando se apresentam como uma massa amorfa. Estão sempre envoltos por uma cápsula fibrosa, o que facilita a sua remoção cirúrgica, tratamento de eleição. Radiograficamente são lesões radiolúcidas-radiopacas. O odontoma composto não apresenta muito problema de diagnóstico. O tipo complexo deve incluir no diagnóstico diferencial tumor odontogênico adenomatóide, cisto odontogênico calcificante, displasia fibrosa, defeito pós-cirúrgico em calcificações, tumor odontogênico epitelial calcificante. São descobertos nos exames radiográficos de rotina. Clinicamente são assintomáticos. Um caso clínico é apresentado: Paciente procurou atendimento na clínica de Diagnóstico Bucal da FOB-USP, tendo como queixa principal um “carocinho na boca”. Ao exame físico intra bucal, podemos observar um abaulamento na região lingual do incisivo lateral inferior esquerdo. A lesão se mostrou endurecida e sem mobilidade, acompanhada por discreto mal posicionamento do incisivo lateral. A radiografia periapical da região nos mostrou uma área radiopaca bem delimitada entre o incisivo central e o canino, associada ao incisivo lateral, com imagem compatível de odontoma complexo. A remoção cirúrgica foi o tratamento de escolha.

“Infecção Cruzada no Consultório Odontológico”

**Apresentadoras: Silvia Maria Anselmo
Andréa Miranda Kuroiva**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Stella Stilac Rocha

Para prevenção da infecção cruzada há que se tomar 5 medidas básicas:

- 1-História médica do paciente
- 2-Proteção do C.D. e auxiliares:.
- 3-Eliminação do material contaminado:
- 4-Limpeza da área de trabalho:
- 5-Esterilização do material:

Através do cumprimento desses cinco itens estaremos trazendo segurança, tanto para a equipe de trabalho, como para os pacientes. É importante salientar também que se pode transmitir a infecção por partículas aerossolizadas, por inoculação com bordas cortantes, ou ainda, por instrumentos contaminados, deve-se proceder de maneira a quebrar a cadeia de infecção . Justifica-se, assim, a proteção pessoal da equipe odontológica com máscaras, gorros, óculos de proteção e luvas; o uso de diques de borracha, os quais minimizam a produção de aerossol a partir da saliva e do sangue; um cuidado maior quando da manipulação dos instrumentos e a esterilização adequada dos materiais. Além disso, faz-se de grande importância manter sempre atualizada a imunização da equipe odontológica. Deve-se também avaliar todo paciente como potencial portador de infecções , exigindo medidas de prevenção. Atualmente devido a um maior grau de esclarecimento dos indivíduos a respeito das doenças, há também uma maior cobrança por parte deles sobre a qualidade do serviço prestado, evidenciando a responsabilidade do cirurgião dentista que pode até, eventualmente, enfrentar problemas jurídicos.

“Enxertos Gengivais”

**Apresentadores : Caio Márcio Figueiredo
Linda Wang**

**Orientadores : Prof. Mário Taba Jr.
Daniel R. B. de Resende**

A cirurgia mucogengival é executada como coadjuvante dos procedimentos regulares na eliminação de bolsas periodontais ou como procedimento independente com o propósito de ampliar a área de gengiva inserida quanto a quantidade presente for insuficiente. Dentre as cirurgias mucogengivais, os enxertos aparecem como reais indicações para se aumentar a largura de gengiva inserida e para o recobrimento de raízes expostas. Embora não haja uma regra estabelecida na indicação dos enxertos gengivais, eles comumente se dividem em dois grupos no tocante a sua finalidade e aos tipos de retalhos empregados. Temos então os enxertos livres e os pediculados. Os enxertos livres são mais indicados para se ganhar área de gengiva inserida e queratinizada. A técnica consiste em se preparar a área receptora através de retalho dividido afim de se deixar periosteio cobrindo o osso, o que garante a nutrição ao enxerto obtido de uma área doadora (de igual tamanho a área receptora), também por divisão de retalho. Por outro lado, os enxertos pediculados são mais indicados para o recobrimento de raízes, ou por motivo estético ou também para se aumentar gengiva inserida. Consistem em enxertos onde a área doadora encontra-se adjacente a área receptora afim de que esta última receba um retalho deslocado lateralmente com forte nutrição. Tais retalhos são obtidos de forma mista, ou seja, em parte ele é dividido e em outra parte ele é total para que uma faixa de periosteio cubra a raiz desnuda.

“Amálgama Adesivo - interação resina composta-amálgama”

**Apresentadores : Caio Márcio Figueiredo
Heloiza T. Ono**

Orientador : Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Este seminário visou discutir a interação resina - amálgama sob o ponto de vista intrínseco e qual a sua consequência nas restaurações mistas com os dois materiais. Clinicamente temos duas situações típicas. A primeira é aquela em casos de extensas lesões cáries com cúspides socavadas, onde reconstrói-se a dentina com resina composta, aplica-se o adesivo para amálgama e condensa-se o mesmo numa cavidade classe I convencional. E numa segunda situação seria em restaurações estéticas em pré-molares, onde aplicaria-se primeiramente o amálgama adesivo na cervical que se cristalizaria e em seguida a resina composta por cima do amálgama. Dois estudos, um *in vitro* e outro *in vivo*, demonstraram que para as duas situações clínicas já citadas, ocorreu baixa adesão entre amálgama e a resina composta, além de que as maiores falhas e rupturas frente às forças de cisalhamento ocorreram sempre no corpo do amálgama, na sua interface com a película do adesivo, e raramente no interior da resina composta e na interface desta com o adesivo. Isto se deve ao fato de que por melhor que seja o adesivo, ele não possui ligação química com o amálgama que é o ideal e sim uma interação físico mecânica por intermédio de pontes de hidrogênio e forças de Van der Waals que deixam a desejar em termos de adesão. Por outro lado na interface resina composta e adesivo do amálgama - adesivo já ocorre a desejável e forte ligação química por serem materiais de mesma natureza. As rupturas eram ainda maiores em casos da primeira situação clínica, onde o amálgama recém cristalizado ainda amolecido permitia a penetração de partículas de adesivo, as quais o enfraqueciam em muito o quanto mais espessa era a camada do adesivo. É por estas razões que o uso do amálgama - adesivo deve ser ainda questionado e caso seja usado, o principal cuidado deve ser em deixar uma camada bem fina e sem excesso destes adesivos de amálgama.

“Novas tendências e métodos no diagnóstico de doença periodontal”

**Apresentadores : Caio Márcio Figueiredo
Marcela Ferraz Catramby**

Orientador : Prof. Mário Taba Jr.

Métodos clássicos de diagnóstico de doença periodontal, tais como sondagem de bolsa e inspeção de radiografias convencionais têm sido eficientes na detecção de periodontites. Porém tal detecção deve-se aos danos já ocasionados pela doença periodontal como uma grande perda de inserção ou uma substancial perda óssea. De tal sorte que somente por estas técnicas convencionais torna-se impossível o diagnóstico precoce de discretas alterações a nível periodontal que venham a culminar na progressão de doença. Frente a tal empecilho clínico é que novas pesquisas e estudos têm sido realizados no desenvolvimento de novos métodos e testes de diagnóstico para a identificação de fatores associados com a progressão de periodontite em seus estágios iniciais. Muitos destes testes são capazes de detectar : discretíssimas alterações na estrutura de osso alveolar, características clínicas e bioquímicas de inflamação gengival até mesmo a especificidade da microflora periodontopática. Estes novos métodos abrem uma extraordinária perspectiva para o diagnóstico periodontal fundado não só nos danos causados pela doença, mas também no sentido de risco da mesma. O que é de suma importância para uma intervenção clínica precoce, propiciando tratamento, monitoramento e controle dos pacientes de forma mais apurada.

Índice remissivo de autores dos artigos científicos

A

ADAMS, E.	46
ALHADP_NY, H. A.	33
ALMEIDA, R. R.	7
ALONSO, C. A.	46
ANDRIONI, J. N.	55
ARAGÔNES, A.	39
ARAÚJO, M. A. J. de	16
ARAÚJO, M. A. M.	76
ARAUJO, M. G.	73
ASCHAFFENBURG, P. H.	34
AXINN, S.	63
AZURART, R. D.	37

B

BARATIERI, L. N.	38
BAUSELLS, H. I. I.	57
BEBERT, A.	34
BENGSTON, A. L.	79
BENGSTON, N. G.	79
BIANCU, S.	70
BIAZOLA, E. R.	30
BLUMRNTHAL, N. M.	82
BONACHELA, W. C.	35
BONACHELA, W. C.	66
BONAPART, J. E.	20
BRENTEGANI, L. G.	62
BRENTEGANI, M. C.	62
BUARQUE, W. A. et al.	49

C

CAIN, C	72
CAMPOS JÚNIOR, A	73
CANCRO, L.P.	25
CARVALHO, J. R.F. de	16
CARVALHO, A.	4
CHALFIN, H.	26
CHI, B. C. ET AL.	70
CHINELLATO, L. E. M.	17
CHINELLATO, L. E. M.	65
CLARK, G. T.	50
COCLETE, G.A.	4
COSTA, B.	42
CRUZ, R.A	67

D

DARIO, C.J.	28
DINELLI, W.	14
DUARTE, D. A.	12
DYM, H.	29

E

EICHMILLER, F.C	71
EICHMILLER, F.C.	20
ERICSON, I	70

F

FAVA - DE - MORAES, F.	13
FAVA, M.	13
FISHMAN, S. L.	25
FONSECA, D. M.	36
FONSECA, D. M. DA	63
FONTANA, V. F.	21
FOTOVAJAH, M.	51

G

GALVÃO, C. A. A. N.	59
GARIBALDI, J. A.	51
GEENLANW, J.	51
GEORGE, L. A.	71
GIBSON, J.	32
GIORDANIA, A.	80
GIRO, E. M. A.	57
GORDON, G. E.	15
GRANDINI, S. A.	62
GUEDES - PINTO, A. C.	12
GUINNETT, A. J.	38

H

HANSEN, C. A.	60
HANSSON, O.	64
HEIMER, M. V.	67
HOLLAND, R.	75

I

IANNI FILHO, D. et	44
IMPARATO, J. P. C.	12
IMURA, N.....	60

J

JEFFCOAT, M.K	68
JITOMIRSKI, F.	45
JOHNSON, G. H.	15

K

KELLERT, M.	26
KENNEY, E. B.	83
KERRY, G.	27
KERVER, A. J. H.	22
KOHSAKA, T.	22
KUMAZAWA, M.	22

L

LANGLAIS, R.P.	52
LANGLAND, O. E.	52
LARJAVA, H.	84
LEINFELDER, K.F.	19
LICO, M. C.	62
LIMA, J.E. de O.	39
LIMA, J.E.O.	7
LINDHE, J.	70
LINS, V.B.	45
LOMBARDO, T.W.	24
LOVADINO, J. R.	11
LOVE, W. B.	37

M

MAGNUSSON, C.	81
MARCANTONIO, R.A.C.	6
MARSHALL, M.V.	25
MARTORELLI, S. B. DE F.	61
MAZURAT, R. D.	34
MCGOWAN, D. A.	32
MELLADO, J.R.	78
MESSER, H.H.	72
MICORI, S.A.	18
MILLAR, E.P.	2
MILORI, S.A.	3,21
MIRÁGLIA, S. S.	36,63
MONTEIRO, S.	38
MORAES, I. G.	34
MORAES, N.P.	30
MOSS, R.A.	24

N

NAVARRO, C.M. et al.	48
NEWBRUN, E.	54
NÓBILO, K.A.	80
NORDI, P.P.	21,18
NUNES, E.	34

O

OHNO, K.	18
OKAMOTO, R.	77
OKAMOTO, T.	77

P

PALMA, R.G.	74
PAPA, J.	72
PAWLUS, M.A.	69
PERCINOTO, C.	55,57
PESUN, I. J.	37
PIMENTA, M.C.F.	7
POWELL, L. V.	15
PRADO, M.C.P.	5
PINHEIRO, C.A.	11

R

RICCKETTS, D.N.J. et al	42
RICHARDS, N.D	71
RIJKE, J.W. V de et al.	41
ROCHA, M. P. DA C	63
RODRIGUES, C. B. F	65
RODRIGUES, C. B. F.	17
ROMANELLI, H.	46
RUIZ, L.F.N	73
RUSSO, M.	55

S

SAAD NETO, M.	58
SALIBA, N.A.	56
SALIBA, O.	56
SANT'ANA, E.	17,65
SANTOS-PINTO, M.C.	53
SCHMELZEISER, R.	18
SEGALL, J.C.M.	1
SEIBY, A.	35
SHIROTA, T.	18
SILVA, S.M.B. da	39, 43
SOUZA, R.A.	47
SOUZA, R.S.	75
SOUZA, V.	75
STEVENS, H.P.J.D.	22
STRULL, G.E.	29
SUNDEFELD, M.L.M.M.	56
SWIFT, E.J.	69

T

TAKEUCHI, H.	50
TOVO, M.F.	42
TROULIS, M.J.	2

V

VARGAS, M.A.	69
VASCONCELLOS, C. G. P. P.	64
VIGNESWARAN, N.	31
VILLAROSA, G.Q.	24
VILLELA, L. C.	16

W

WATANABE, L.	13
-------------------	----

Y

YAMASAKI, N.	22
-------------------	----

Z

ZUOLO, M.	60
----------------	----

Índice Remissivo de Assuntos

A

Acidentes cirúrgicos	61
Ácido cítrico, condicionamento	84
Adesivos dentinários	1,15,19,20
Agentes cimentantes	64
Agentes clareadores/efeitos adversos	25
Alvéolo seco	51
Amálgama adesivo	38
Anatomia	6
Ângulo da Mandíbula	18
Anodontia Parcial	28
Anormalidades dentárias	44
Antibióticos, interação	32
Antissépticos bucais	67
Aparelhos odontológicos	4
Articulação têmporo-mandibular	24,50
Associação antibiótico-corticosteróide	58
Ataque ácido dentário	20

C

Camada aprismática	13
Canal Radicular, instrumentação	34
Canal Radicular, irrigação	34
Câncer oral	31
Carcinoma de células escamosas	56
Cárie dental	11
Cárie dentária	14,72
Cárie dentária, diagnóstico	41, 42
Cimentação	39
Cimento de ionômero de vidro	15,69
Cimento de ionômeros vítreos	14,76
Cimentos Dentários	1
Cirurgia Endodôntica	26
Clorexidina	51
Colagem de dentes decíduos	12
Condicionamento ácido	13
Contraceptivos orais	32
Controle	3
Coroas	39
Corticosteróide	75
Crioterapia	30
Cronologia e sequência de erupção	59
Curativos periodontais	44

D

Dente decíduo	43
Dentes decíduos	7,12
Dentifrício	25
Dentina	40,72
Diagnóstico	2
Diagnóstico Bucal	22,48
Diastema	49
Disfunção	24
Disfunção da ATM	80
Disfunções Crânio Mandibulares	63
Doença Periodontal	27
Doença Periodontal, cirurgia	78
Dor facial	24,50
Dosagem de radiação	52

E

Eletro estimulação	62
Enxerto de tecido conjuntivo	46
Enxerto ósseo	18
Erupção dentária	43,59
Esmalte dentário	13
Estética	46
Estética dentária	19
Estomatite	5
Estomatite aftosa	48
Eugenol	51
Extração dentária	62

F

Flúor	74
Fluoretos	67
Formocresol	57
fosfato tricálcico, enxertos	82
Fumo	31

G

Gengiva	6
Gengivite	6
Glândula salivar	53
Glutaraideído	57

H

Herpes Zoster	2
Hidroxiapatita,	28
Hidróxido de cálcio	57,75

I

Implante	28,37
Implante dentário endoósseo	68

L

Lesão de Furca classe II	83
Leucoplasia Bucal	30, 31
Lidocaína	51
Ligamento periodontal	70
Ligas dentárias	1
Ligas metálicas	64
Líquen plano bucal	5

M

Mantenedor de espaço	7
Manutenção periodontal	66
Materiais alógenos, enxertos	82
Membrana Biológica	26
Membranas Biodegradáveis	81
Métodos	47
Microscopia eletrônica de varredura	13
Mobilidade dentária	70
Mucosa bucal	5

N

Neoplasias bucais	83
Nervo Trigêmio	2
Nova inserção conjuntiva	81

O

Oclusão dentária	70
Oclusão dentária traumática	23
Odontologia preventiva	67
Odontopediatria	39
Odontopediatria, prótese adesiva	79
Odontopediatria, prótese fixa funcional	79
Osso liofilizado	78
Osteomas	17,65

P

P.P.R.	66
Perda óssea alveolar	68
Perfurações radiculares	33
Peróxido de hidrogênio/toxicidade	25
Placa dentária	3
Politetrafluoroetileno/uso terapêutico	78
Polpa dentária	40
Porcelana dentária	71
Preparo da cavidade dentária	72
Prevenção	3,11
Prevenção de cáries	54
Prevenção e controle	14
Profilaxia dentária	55
Prótese adesiva	10,64
Protese Parcial Fixa, problemas	35
Prótese Parcial Removível	28,36
Prótese Periodontal	36
Próteses Totais	63
Pulpotomia	57

R

Radiação X	53
Radiografia dentária	4,52
Radiografia interproximal	42
Radiografia panorâmica	52
Reabilitação bucal	49
Recessão gengival	82
Regeneração tecidual	81
Regeneração tecidual guiada	73,78
Reimplante dental	58,77
Relações dentista-paciente	45
Remoção de pino	60
Remodelação óssea	18
Resina composta	12,15,44,69,71
Resina Composta posterior	21
Resinas compostas - Laminate	16
Restauração classe V	15
Restauração dentária	76
Retenção de prótese dentária	19
Retração gengival	46
Retratamento endodôntico	60

S

Saliva	45
Sangue	45
Selamento	11
Selante de fôssulas e fissuras	55,74
Seleção de paciente	37
Síndrome da imunodeficiência adquirida	45
Sintomas auditivos(zumbido)	80
Sinusite odontogênica.	61
Sistema de grampos RPI	36

T

talas	77
Tecido periapical	23
Tempo	21
Terapêutica	30,48
Terapia periodonta	73
Terapia por placa de michigan	80
Teste de Mantoux	29
Tetraciclina	27
Tratamento do canal radicular	47,75
Tratamento endodôntico	58
Tratamento químico radicular	84
Tuberculose	29
Tumores benignos	65

U

Ultrassom	60,65
-----------------	-------

Índice Remissivo de Autores dos Resumos e
Apresentadores de Seminários

ANSELMO, S. M.	60 a 66, 90, 93, 100
AZEVEDO, L. R.	18 a 24, 88, 89, 90, 99
CATRAMBY, M. F.	46 a 52, 85, 91, 97, 103
FIGUEIREDO, C. M.	67 a 73, 89, 101, 102, 103
GARIB, D. G.	74 a 80, 88
HOSHI, A. T.	11 a 17, 85, 86, 87, 98
KUROIVA, A. M.	25 a 31, 91, 92, 93, 96, 100
MADEIRA, M.	32 a 38, 94, 95, 96, 97
MENDONÇA, J. S.	53 a 59, 87
ONO, H. T.	1 a 10, 94, 102
VELTRINI, V. C.	81 a 84, 86, 92
WANG, L.	39 a 45, 95, 98, 99, 101

Índice Remissivo de Orientadores de Seminários

BERNARDINELLI, N.	90
CAMPOS, P. R. B.	91
CARVALHO, R. M.	87
CECÍLIA, M. S.	85
DUARTE, M. A. H.	94, 95
FRANCO, E. B.	102
KANO, S. C.	97
KURITA, L. M.	96, 99
MACHADO, M. A.	86
OLIVEIRA, D. T.	85, 98
RESENDE, D. R. B.	101
ROCHA, R. S. S.	93, 100
RUIZ, L. F.	92
TABA Jr., M.	89, 101, 103
TAVANO, O.	89
ZANETA, N. L. M.	88