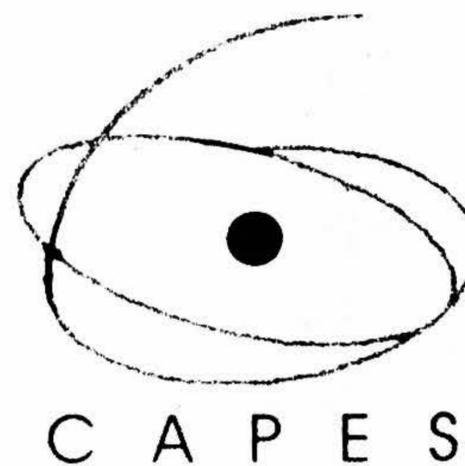


PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO



PET INFORMA

v.9, n.1/2, jan/dez, 1996.



Faculdade de odontologia de Bauru

Universidade de São Paulo



ÍNDICE

EDITORIAL	03
RESUMOS DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS	04
SEMINÁRIOS	97
ÍNDICE REMISSIVO DE ASSUNTOS	115
ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS	122
ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES DE RESUMOS E APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS	128
ÍNDICE REMISSIVO DE ORIENTADORES DE SEMINÁRIOS	130

ORGANIZADORES:

Tutor: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Bolsistas do PET :

Adriano Tomio Hoshi
Andrea Miranda Kuroiva
Caio Márcio Figueiredo
Célia Regina Maio Pinzan
Fernanda Angelieri
Heloiza Tiemi Ono
Linda Wang
Lúcia Helena Denardi Roveroni
Luciana Reis de Azevedo
Marcela Ferraz Catramby
Marcos Madeira
Victor Donizetti de Lima

Voluntários:

Andrea Anzai
Reinaldo José Santarelli

NORMALIZAÇÃO TÉCNICA : Eliane Falcão Xavier -
Chefe do Serviço de Documentação e Divulgação da
FOB/USP

SUPERVISÃO DE REDAÇÃO :Bolsistas PET/FOB/USP

EDITORAÇÃO E IMPRESSÃO: Bolsistas PET/FOB/USP

REPRODUÇÃO: Reprografia da Prefeitura do Campus USP-
Bauru.

EDITORIAL

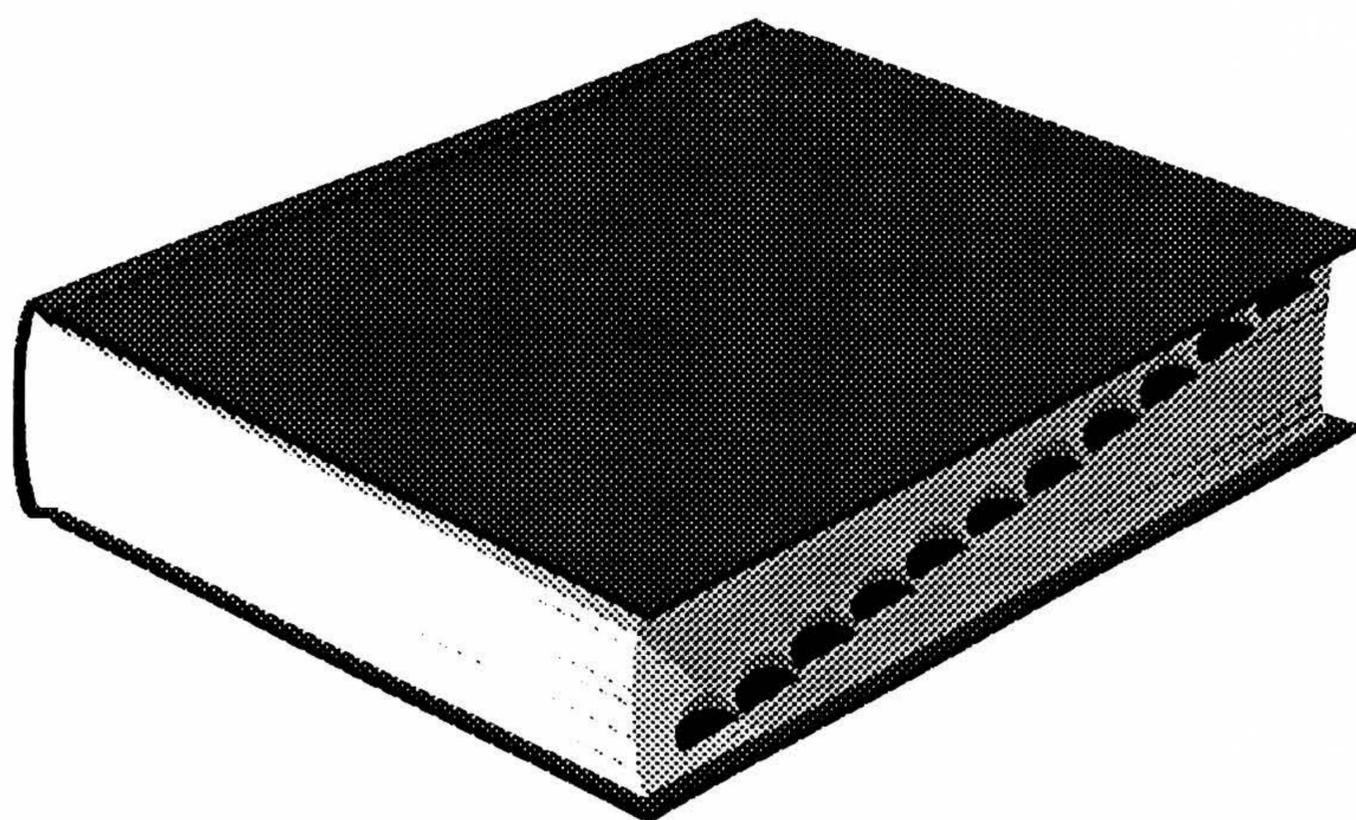
O PROGRAMA ESPECIAL DE TREINAMENTO - PET- apoiado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, constitui-se em um investimento acadêmico aos cursos de graduação de forma a favorecer uma participação ativa dos bolsistas em atividades extra-curriculares, garantir a formação ampla dos mesmos em termos específicos e inespecíficos ao curso de graduação, procurando atender as necessidades do mesmo, assim como ampliar e aprofundar os objetivos e conteúdos programáticos que integram sua grade curricular.

Com uma concepção filosófica baseada nos moldes de grupos tutoriais de aprendizagem, que permite o desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas e do pensamento crítico entre os bolsistas por meio de vivências, reflexões e discussões, o Programa visa complementar, fundamentalmente, a perspectiva convencional da educação tradicional, que é centrada principalmente na memorização passiva dos fatos, auxiliando os acadêmicos a se tornarem cada vez mais independentes nas suas necessidades de aprendizagem e exercendo efeito irradiador sobre o conjunto de alunos do curso.

O PET da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP, implantado em 1985, conta anualmente com doze bolsistas, orientados por um Tutor e com colaboração efetiva dos demais Docentes da Instituição. O Grupo tem das atividades específicas, envolvendo a participação em eventos científicos, realização de seminários, reuniões tutoriais semanais, práticas pedagógicas e pesquisas, realiza ainda leituras semanais, com abordagens multidisciplinar e de caráter específico à Odontologia, cujos resumos de interesse constituem-se em material informacional de excelência para elaboração do boletim PET-INFORMA.

Portanto, por intermédio deste veículo informativo, divulgaremos parte das atividades realizadas pelos bolsistas, dando ênfase principalmente aos resumos dos seminários apresentados e dos trabalhos científicos lidos pelos bolsistas, no sentido de permitir à comunidade acadêmica um estímulo permanente à leitura e embasamento teórico-científico em função dos artigos selecionados.

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



Leituras

KUGA, M.C. et al. Comparação entre as técnicas de instrumentação endodôntica manual e CH20. Rev. APCD, v. 50, n. 2, p. 153-55, mar. / abr. 1996.

Comparou-se neste estudo duas técnicas de instrumentação endodôntica : manual e com CH20 através das técnicas de Oregon Modificada e de Goerig et al. Também avaliou-se a capacidade deste novo aparelho mecânico, o CH20, em remover corante aderido às paredes do canal. Para realização deste trabalho foram empregados 40 caninos humanos, unirradiculados, que tiveram seus canais preenchidos com corante Nankin, após remoção de restos pulpares. Feito isto, os canais foram instrumentados de acordo com a associação técnica e o método do grupo a que pertenciam. Em seguida seccionaram-se os dentes de modo que as hemisseções foram colocadas em ordem decrescente da remoção do corante. Feitas análises verificou-se que não houve diferença significativa entre as técnicas e os métodos empregados, porém ressalta-se o fato de que o tempo de trabalho com os meios mecânicos é mais rápido do que com o manual. Estudos devem ser realizados também para avaliar a segurança desse novo aparelho no preparo de canais curvos.

Unitermos: endodontia; terapia do canal radicular.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

YOSHIDA, K. et al. Shear bond strenghts of three resin cements used with three adhesive primers for metal. J. Prosthetic Dent., v.75, n. 3, p. 254-61, Mar. 1996.

A maior desvantagem clínica dos cimentos convencionais para cimentação definitiva de ligas metálicas é a sua solubilidade, tendo como conseqüência a indesejável infiltração marginal. Afim de minimizar tal problema desenvolveram-se os cimentos resinosos à base de sistemas adesivos. O propósito deste estudo foi comparar combinações no uso de três primers adesivos (Metal Primer, V- Primer e Cesead Opaque Primer) e três cimentos resinosos (o Imperva Dual, Panavia 21 e Super Bond C&B) para adesão de ligas de Ag-Pd-Cu-Au e de Co-Cr, quanto a durabilidade e a resistência de adesão ao cisalhamento. O uso do Metal Primer para a liga de Ag-Pd-Cu-Au promoveu grande resistência de adesão para cada um dos três cimentos testados quando comparado ao não uso de primer. O mesmo acontecendo para o V-Primer somente quando o cimento utilizado fora o Super Bond C&B. Por outro lado as ligas de Co-Cr apresentaram suas maiores resistências de adesão quando utilizou-se o primer Cesead Opaque Primer seguido da cimentação com Imperva Dual e com o Super Bond C&B, não acontecendo o mesmo para o Panávia 21. Torna-se evidente que restaurações, coroas e próteses fixas podem ter uma maior longevidade clínica através do uso combinado de adesivos primers e cimentos resinosos para cimentação definitiva.

Unitermos: adesivos; cimentação; ligas metálicas.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

FITCHIE, J.G et al. Microleakage of a new dental adhesive comparing microfilled and hybrid resin composites. Quintessence Int., v. 26, n. 7, p.505-9, July. 1995.

Com o surgimento de vários sistemas adesivos faz-se necessário verificar a efetividade destes. O objetivo deste estudo foi avaliar a microinfiltração in vitro de um novo sistema adesivo : o Syntac. Para tal foram preparadas restaurações classe V nas junções amelo-cementárias de 20 incisivos bovinos extraídos e de 20 incisivos humanos também extraídos. Um grupo de dentes bovinos e de dentes humanos foram restaurados com Syntac e resina composta posterior de micropartículas, enquanto o segundo grupo foi restaurado com Syntac e resina composta híbrida. A microinfiltração foi avaliada em uma semana pelo método de Ca radioisótopo e como resultado não se achou diferença entre os espécimes bovinos e humanos para ambos compósitos, o que nos leva a acreditar que dentes bovinos podem substituir dentes humanos para estudos in vitro de sistemas adesivos. Embora não tenha ocorrido uma diferença significativa estatisticamente, o grupo restaurado com Syntac / resina híbrida apresentou menor microinfiltração na margem gengival de dentina do que o grupo restaurado com Syntac / resina de micropartículas o que denota que este novo adesivo possa a princípio ser utilizado para os dois tipos de resina composta estudados.

Unitermos: microinfiltração; compósitos; adesivos

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

BEVILÁQUA, M.V. et al. Reabsorção cervical externa após clareamento dental. Rev. gaúcha Odont., v. 43, n. 2, p. 81-4, mar./abr. 1995.

A grande preocupação das técnicas de clareamento é a reabsorção cervical externa que pode ocorrer. Nesta pesquisa, procurou-se avaliar a incidência da reabsorção cervical após a realização da técnica de clareamento com Endoperox, com e sem o uso do hidróxido de cálcio sobre a base protetora (cimento de fosfato de zinco) sem a aplicação de calor. Foram selecionados para a presente pesquisa 16 dentes anteriores tratados endodonticamente de pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de 17 a 46 anos, com o tempo de escurecimento que variava entre 6 meses e 10 anos. Após 24 meses de observação clínica e radiográfica obteve-se as seguintes conclusões: em nenhum caso foi evidenciada clínica e radiograficamente a presença de reabsorção cervical externa; mesmo na ausência de hidróxido de cálcio, a reabsorção não ocorreu; a presença de uma base protetora a nível do terço radicular é fundamental para a prevenção da reabsorção. E, por fim, notou-se que o tempo de escurecimento influi significativamente no resultado estético final do clareamento, mostrando os mesmos serem inversamente proporcionais.

Unitermos: estética; clareamento dental; reabsorção.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

GRANT, D.A. et al. Periodontal microbiota of mobile and non-mobile teeth. J.Periodontol, v.66, p. 386-390. 1995.

A destruição periodontal avançada é comum ao redor dos dentes com mobilidade, embora muitas vezes as causas não sejam tão elucidadas. Este estudo avaliou a hipótese de que a mobilidade propicia um ambiente subgingival que permite o crescimento de patógenos periodontais. Foram analisadas amostras de microbiota subgingival, coletadas a partir de bolsas periodontais com iguais profundidades tanto para grupo de dentes com mobilidade como para grupos de dentes sem mobilidade. Os resultados revelaram que em geral são as mesmas espécies bacterianas encontradas em ambos os grupos de dentes, com exceção de apenas três espécies: *C. rectus*, *P. micros*, *P. gingivalis* que apareceram com maior frequência em dentes com mobilidade. Mesmo pequena, pode existir diferença entre a microbiota subgingival para dentes com mobilidade o que requer mais estudos clínicos longitudinais e microbiológicos.

Unitermos: mobilidade dental; periodontopatias; microbiota bucal.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

YAMAOKA,M. et al. Radiographic study of bone loss of mandibular lingual cortical plate accompanied by third molar development. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. , v. 80, p. 650-54. 1995.

A proposta deste estudo foi avaliar a perda óssea na cortical lingual da mandíbula ao redor de terceiros molares de acordo com a idade, sexo, os efeitos de inflamação, cáries e restaurações presentes e, também, o efeito do desenvolvimento do dente sobre a perda óssea cortical. Foram avaliados 2210 pacientes e suas consultas e tratamentos e destes foram tomadas radiografias oclusais e periapicais das regiões de terceiros molares. Os resultados mostraram que a incidência de perda óssea foi significativamente maior em homens do que em mulheres e que não foi influenciada pela inflamação ao redor das coroas de terceiros molares e nem por de cáries e restaurações presentes nestes dentes. A reabsorção óssea foi aumentada na cortical lingual ao redor das raízes dos terceiros molares em função do processo fisiológico normal que acompanha a formação radicular dos terceiros molares após o crescimento mandibular. Isto foi sustentado nos dados que mostram maior incidência de perda óssea nos indivíduos na terceira década de vida quando comparados com aqueles na segunda década.

Unitermos: radiografias; perda óssea.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo

RIESCO, M.G. ; CAMPOS JÚNIOR, A. Avaliação do potencial inflamatório de raízes humanas com doença periodontal depois de raspagem manual e ultra-sônica. Rev. FOB- USP, v. 3, n. 1/4, p. 39-44, jan./dez. 1995.

As raízes de dentes humanos podem ser tratadas através de raspagens e é grande a discussão em torno das diferenças entre técnicas de raspagem manual e ultra-sônica. O propósito deste estudo foi avaliar a resposta inflamatória induzida em tecido subcutâneo de ratos por raízes de dentes humanos previamente contaminadas por doença periodontal e tratadas pelas duas diferentes técnicas de raspagem. Dez dentes foram divididos em 4 partes, de modo a constituir 4 grupos de estudo. O primeiro grupo (grupo I) possuíam os fragmentos contaminados e que não sofreram nenhum tratamento; os do grupo II eram relativos a porções saudáveis das raízes. Fragmentos tratados com ultra-som constituíam o grupo III e os do grupo IV eram os tratados com curetas, ou seja, manualmente. Após os fragmentos terem sido implantados em 10 ratos fez-se as biópsias 30 dias após. Os resultados revelaram que houve diferenças estatísticas entre o grupo I e os demais. Somente o grupo I apresentou maior número de células inflamatórias, especialmente linfócitos. Concluiu-se que ambos tratamentos radiculares são eficientes para reduzir os produtos bacterianos a níveis comparados ao de raízes saudáveis.

Unitermos: endotoxinas; lipopolissacarídeos; raspagem manual; instrumentação ultra-sônica.

Autor do resumo : Caio Márcio Figueiredo.

PURICELLI , E. Artroplastia biconvexa para tratamento da anquilose da articulação têmporo-mandibular. Revista da faculdade de odontologia de Porto Alegre., v.37, n.1, p..9-12. jul. 1996.

A autora apresenta nova técnica para tratamento cirúrgico da anquilose de ATM. Trata-se de uma artroplastia por interposição de material aloplástico (metilmetacrilato autopolimerizável). A reconstrução funcional da ATM faz-se pela confecção de duas esferas : uma pósterio-superior, fixada no teto da cavidade articular e outra infero-anterior, na região condílea da mandíbula. O vetor força desviado para a base do crânio ,e o menor atrito de rolamento permitem correção do laterodesvio mandibular e ampla mobilidade da articulação. São citados seis pacientes (4 homens e 12 mulheres) com idade de 25 à 30 anos. Todos apresentando lesão traumática e posterior anquilose da ATM. A abertura bucal média era de 13 mm no pré-operatório. A abertura bucal pós-operatória máxima foi em média de 36 mm. A fisioterapia iniciou-se 48 horas pós-operatórias prolongando-se até 6 meses. O uso de medicação analgésica entorpecente foi necessária em dois pacientes, apenas no primeiro dia pós-operatório. Sua indicação esteve ligada ao comportamento emocional frente à possibilidade de dor. Após as primeiras horas de exercícios, em estado indolor , a medicação foi suspensa.

Unitermos: artroplastia; anquilose da ATM; material aloplástico.

Autor do resumo :Reinaldo José Santarelli

MALEUG, L.A.; WILCOX, L.R.; JOHNSON, W. Examination of external apical root resorption with scanning electron microscopy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, v.82, p.89-93, 1996.

A reabsorção radicular apical ocorre comumente como resultado de uma inflamação periapical após necrose pulpar. Caracteriza-se pela perda de cemento e dentina da superfície radicular externa, bem como de dentina da superfície interna do forame apical. Pode afetar a extensão em que o canal radicular é instrumentado e a posterior obturação, causando falhas no tratamento endodôntico. Realizou-se, então, um estudo para examinar ao microscópio eletrônico a reabsorção radicular apical externa e comparar a sua incidência e extensão em dentes humanos com diferentes diagnósticos pulpares e periapicais. Depois de extrações, 46 raízes foram seccionadas horizontalmente 6 mm do ápice anatômico e preparados para microscopia eletrônica. Foram feitas eletromicrografias por dois examinadores independentes, e a reabsorção apical foi classificada como ausente, parcial ou completa. Observou-se que a reabsorção radicular apical externa estava presente tanto em dentes com necrose pulpar, como naqueles com vitalidade pulpar, em diferentes níveis, sendo notada mais significativamente na maioria dos dentes com necrose pulpar. Dentes com lesões apicais têm mais reabsorção que aqueles sem lesões, mesmo dentes com pulpite irreversível e periápice normal têm menores reabsorções. Algumas raízes com polpa e periápice normais revelaram algum grau de reabsorção, que pode indicar que este tipo de reabsorção é um processo fisiológico normal, que pode ser exacerbado por patologias. Portanto, esses dados suportam que o estado dos tecidos pulpares e periapicais devem ser considerados quando se determina a extensão de instrumentação e de obturação do canal radicular, devendo variar de 1,0 a 2,0mm do ápice radicular.

Unitermos: reabsorção radicular; condição pulpar e periapical; tratamento endodôntico

Autora do resumo: Andrea Anzai

CHANG, J.C.; CHAN, J.T.; CHEDA, H.N.; IGLESIAS, A .
Microleakage of a 4-methacryloxyethyl trimellitate anhydride bonding agent with amalgams. The Journal of Prosthetic Dentistry, v.75, n.5, p.495-8, May 1996.

A microinfiltração promove danos ao órgão dental, contribui para a deterioração de materiais, a recorrência de cáries, o crescimento de microrganismos na interface e a sensibilidade pós-operatória do dente. Pode ocorrer nas interfaces amálgama e dente, amálgama e amálgama , e resina e dente. Assim, muitos esforços se voltam para o desenvolvimento de meios que reduzam a microinfiltração, incluindo a aplicação de agentes de união dentinários e agentes de união 4-META. Este trabalho examinou a microinfiltração entre 6 diferentes amálgamas e superfícies dentais sem uma base cavitária, ou com (Copalite), ou com um agente de união 4-META (Amalgambond). Também verificou a microinfiltração entre amálgama antigo e amálgama novo. Os diferentes amálgamas utilizados foram o Ionosphere, Valiant PhD, Tytin, Strat-O-Caps, Contour e Dispersalloy. Em molares humanos hígidos extraídos foram feitas cavidades classe I que foram preenchidas com diferentes combinações de bases cavitárias e amálgamas conforme a orientação do fabricante. Após o armazenamento em soro fisiológico por 1 semana, metade de cada restauração foi removida e refeita. As amostras foram termocicladas, imersas em fucsina básica 0,5%, seccionadas, limpas ao ultra-som e examinadas ao microscópio óptico e eletrônico. Os resultados revelaram que entre as diferentes bases cavitárias, o adesivo Amalgambond reduziu grandemente a microinfiltração ao redor de todo o amálgama e a superfície dentinária em comparação ao Copalite ou restauração sem a base, que entre si não apresentaram diferença significativa. Nos grupos onde foram utilizados o Amalgambond, o amálgama Dispersalloy apresentou a menor infiltração, ao contrário do Tytin, que teve a maior marca. Nenhuma microinfiltração foi encontrada entre as junções de amálgama antigo e amálgama novo em quaisquer das amostras.

Unitermos: microinfiltração; bases de restauração; amálgama

Autora do resumo: Andrea Anzai

NAVARRO, M.F.L.; FRANCO, E.B.; BASTOS, P.A.M.; TEIXEIRA, L.C.; CARVALHO, R.M. Clinical evaluation of gallium alloy as a posterior restorative material. Quintessence International, v.27, n.5, p.315-319, 1996

A crença do potencial prejudicial do mercúrio liberado das restaurações de amálgama tem incentivado o desenvolvimento de materiais restauradores alternativos que não contenham mercúrio na sua composição e que proporcionem as propriedades adequadas para o uso em dentes posteriores. Em 1990, uma liga à base de gálio foi aprovada para o uso clínico pelo governo japonês. Desde então, muitos testes têm surgido avaliando as propriedades físicas, químicas e mecânicas desta liga. Este estudo avaliou 61 restaurações padronizadas classe I e classe II feitas em 28 pacientes voluntários selecionados da Polícia Militar, sendo 30 realizadas com liga de gálio (Gallium alloy GF) e 31 com amálgama (Dispersalloy), manipuladas de acordo com as orientações do fabricante e posteriormente polidas. A avaliação se estendeu por um período de 8 meses. Primeiramente as restaurações de liga de gálio e de amálgama foram consideradas aceitáveis. Em 8 meses, foi observado que propriedades mecânicas da liga de gálio, como resistência à compressão e creep, eram comparáveis às do amálgama. Entretanto, a liga de gálio apresentou um elevado índice de sensibilidade pós-operatória, que pode ser atribuído à sua expansão após a condensação, ou às diferenças de potenciais elétricos, ou à reação exotérmica da liga. Em 28% de suas restaurações observou-se fraturas de corpo, provavelmente como resultado da redução da resistência do material por causa da intensa corrosão, que foi a observação mais freqüente. Associada à fratura do dente, verificou-se também, em alguns casos, fendas no esmalte originando-se das margens da restauração. Nenhuma cárie foi associada às restaurações, 26% das restaurações mostraram uma margem de esmalte esbranquiçada, mas que é explicada como a formação de um composto branco gelatinoso com a última cristalização da liga. Assim, as restaurações de gálio foram consideradas inaceitáveis, requerendo uma maior pesquisa e desenvolvimento, para sua aprovação.

Unitermos: amálgama; liga com gálio; comportamento clínico

Autora do resumo: Andrea Anzai

KAPLAN, B.A.; GOLDSTEIN, G.R.; VIJAYARAGHAVAN, T.V.; NELSON, I.K. The effect of three polishing systems on the surface roughness of four hybrid composites: A profilometric and scanning electron microscopy study. The Journal of Prosthetic Dentistry, v.76, n.1, p.34-38, July 1996.

Na prática clínica, restaurações precisam se submeter a um acabamento e polimento. Uma restauração de resina composta bem polida é necessária para auxiliar na manutenção de uma área livre de placa dental. Neste trabalho, o refinamento superficial de quatro compósitos híbridos: APH, Pertac, Herculite e Z100 foi avaliado depois de acabados e polidos com o kit Caulk Enhance, o kit para compósitos da Kerr e o kit Espe MFS/MPS. Foram feitas 48 amostras, que foram fotopolimerizadas por 30 segundos e armazenadas por 45 minutos em água a 37°C. Em seguida, cada compósito foi dividido em quatro grupos (1 para cada tipo de kit e 1 grupo controle), acabado e polido em uma única direção por um profissional. As amostras foram analisadas com o profilômetro Surtest 4 e documentadas através de microscópio eletrônico. Os resultados foram relatados pelo valor médio da rugosidade em micrômetros. A avaliação profilométrica revelou que houve uma significativa diferença estatística entre os três kits de acabamento e polimento. O sistema MFS/MPS (Espe) proporcionou um polimento maior para os compósitos Z100, Herculite e Pertac, ao contrário do sistema Enhance, que apresentou os resultados mais inferiores a todos os materiais. E não houve diferenças relevantes estatisticamente no refinamento superficial dentro de cada grupo, quando testados com cada um dos três kits.

Unitermos: resina composta híbrida; sistemas de acabamento e polimento

Autora do resumo: Andrea Anzai

BOHNENKAMP, D.M. Subcutaneous facial emphysema resulting from routine tooth preparation: A clinical report. The Journal of Prosthetic Dentistry, v.76, n.1, p.1-3, July 1996.

O enfisema subcutâneo é uma complicação que pode ocorrer durante um procedimento operatório e trazer variadas conseqüências, desde leves às mais severas. A entrada de ar pela face pode resultar do jato de ar-água da turbina de alta-rotação usada para secção dental durante uma extração ou de outras vias, como um dente endodonticamente tratado, o periodonto e lesões intra-orais de tecidos moles. Neste trabalho, um paciente saudável, leucoderma, 23 anos, do sexo masculino, apresentou enfisema subcutâneo facial após a realização de preparo para PPF no elemento 35. Havia uma lesão elíptica de 4,0mm na mucosa próxima ao mesmo elemento. Inicialmente, notou-se um inchaço na face, incapacidade de abrir o olho esquerdo e ausência de dor à palpação. Havia celulite, enfisema gasoso, edema angioneurótico, hipertrofia hemifacial, displasia fibrosa, hipertrofia do masséter e crepitação à palpação. Esses sinais, além de uma minuciosa observação do histórico médico e dental do paciente foram fundamentais para um diagnóstico diferencial de enfisema gasoso na face, que poderia ser confundido com uma reação alérgica causada por anestesia. Ocasionalmente, pode ocorrer um comprometimento de estruturas vitais e dificuldade respiratória, e o paciente deve ser observado. Se necessário, providenciar a aplicação de um antibiótico intra-venoso e hidratação, é uma medida preventiva, com o ar comprimido, bactérias podem ser forçadas pela porta de entrada e causar uma infecção, que pode trazer sérias complicações. O enfisema gasoso pode ser evitado usando uma turbina de alta rotação que não permita a saída de ar, ou um isolamento absoluto com lençol de borracha, ou esperando pela reparação da lesão bucal antes de um ato operatório

Unitermos: enfisema gasoso subcutâneo; diagnóstico diferencial; tratamento preventivo; cuidados

Autora do resumo: Andrea Anzai

VARANDAS, E.T. Gengivostomatite herpética aguda primária. Relato de dois casos. Pediatria Moderna, v.31, n.6, p.989-996, Out.1995.

A gengivostomatite herpética aguda primária é uma manifestação clínica causada pelo vírus *Herpesvirus hominis* (HVH) - tipo 1. É um processo agudo que compromete a cavidade bucal e pode ocorrer a qualquer instante, muito comum em crianças de 4 a 6 anos de idade e rara em adultos, sendo de grande importância estomatológica e pediátrica. Essa manifestação clínica se inicia após um período de incubação que dura de 4 a 6 dias, apresentando sinais sistêmicos e locais, como abatimento, febre, mal-estar, falta de apetite, irritabilidade, às vezes adenopatia submandibular, hálito fétido, sialorréia, fortes dores e ardência na boca. Aparecem numerosas vesículas na cavidade bucal que se ulceram e se infectam secundariamente, ocorrendo principalmente na gengiva, lábios, língua, mucosa bucal e palato. Após o curso primário da infecção, de 1 semana a 10 dias, as lesões desaparecem sem deixar cicatriz. Foram relatados dois casos de crianças de 6 anos de idade, do sexo feminino, sem antecedentes pessoais e hereditários relevantes, que apresentavam fortes dores na boca, febre, irritação, abatimento, dor de cabeça intensa e falta de apetite. Em ambos os casos, a doença causava muito desconforto às pacientes, prejudicando a fonação e a alimentação. O estado geral era de debilidade. No exame bucal, apesar da dificuldade, verificou-se a presença de numerosas vesículas em diferentes estágios, umas apresentando erosões amareladas, de bordas avermelhadas, e outras em estágio de regressão com formação de crostas, que atingiam lábios, língua, palato e bochechas. Assim, foi diagnosticado definitivamente a gengivostomatite herpética aguda primária, e como melhor terapia foram adotadas medidas de suporte, como repouso, bochechos com soro fisiológico e ingestão de bastante líquido, sobretudo gelado.

Unitermos: gengivostomatite herpética aguda primária; características clínicas : diagnóstico e tratamento

Autora do resumo: Andrea Anzai

BURGOS, M.E.A.; SEVERO, A.M.R.; LEAL, D.P.; MENEZES, M.R.A.; LORETTO, N.R.M.; PATRÍCIO, S.F. Emprego da pasta de hidróxido de cálcio em Endodontia. Odontólogo Moderno, v.22, n.4, p.6-7, Out./Nov./Dez.1995.

Em muitas pesquisas, há uma constante busca de um material biocompatível e eficiente na terapêutica de lesões dentárias. E esta busca consagrou a utilização do hidróxido de cálcio nas suas diversas formas de apresentação. As pastas de hidróxido de cálcio têm se mostrado bastante eficientes como coadjuvantes do tratamento endodôntico. Elas são capazes de formar ponte de dentina reparadora pela estimulação odontoblástica, atuam na proteção do complexo dentina-polpa, mantêm a vitalidade pulpar e reduzem a flora microbiana de canais infectados. Puras ou associadas, são eficazes em várias situações clínicas, como no controle de exsudato, na obturação temporária de grandes lesões periapicais, como curativo de demora bactericida, em reabsorções periapicais, externas, internas e mistas comunicadas, em perfurações, em fraturas transversais e pulpotomias, em apixificações e em capeamentos diretos. Porém, existem algumas considerações, a pasta de hidróxido de cálcio é bem sucedida em pulpotomias de dentes permanentes jovens, ao contrário, em dentes decíduos geralmente ocorre reabsorção interna maciça, talvez pela diferença de estrutura celular. A ponte de dentina pode dificultar o acesso ao tratamento endodôntico convencional posteriormente necessário, como também o estímulo do hidróxido de cálcio pode repercutir na formação de nódulos e outras calcificações pulpares.

Unitermos: pastas de Hidróxido de Cálcio; terapêutica de lesões dentárias; aplicações clínicas e considerações

Autora do resumo : Andrea Anzai

FORSS, H. Release of fluoride and other elements from light-cured glass ionomers in neutral and acidic conditions. J. Dent. Res., v.72, n.8, p.1257-68, Aug. 1993.

Sabe-se que os cimentos de ionômero de vidro (CIV) liberam flúor, mas há poucos estudos demonstrando a liberação de outros elementos químicos. Da mesma forma, a diferença de erosão do CIV fotopolimerizável e do CIV convencional também não é clara. Neste estudo, procurou-se determinar a liberação de flúor, sódio, sílica, cálcio, estrôncio e alumínio pelo CIV fotopolimerizável forrador e do CIV convencional restaurador em condições neutras e ácidas. Os materiais testados foram: (1) Baseline VLC mistura espessa; (2) Baseline VLC sem mistura; (3) Fuji Lining LC; (4) Vitrebond; (5) XR ionomer. Como situação controle, foram testados os CIV Ketac-Fil aplicap (convencional) e Ketac-Silver (CIV reforçado com partículas de prata). Foram feitos espécimes de cada material e estes foram armazenados em água ionizada por 16 dias, sendo, posteriormente, armazenados em solução 0,01 mol/L de ácido láctico (pH= 4) por 16 dias. Ambas as soluções foram substituídas em intervalos predeterminados. Depois desses procedimentos, os espécimes foram imersos por 122 dias em água ionizada. Durante a imersão, o CIV fotopolimerizável apresentou considerável variação na liberação de flúor e outros elementos. Em solução ácida, todos os cimentos liberaram cátions, alumínio, cálcio e estrôncio. Isto sugere que materiais fotopolimerizáveis são tão susceptíveis à erosão como os CIV convencionais. Durante a imersão, alguns dos CIV fotopolimerizáveis apresentaram um considerável ganho de peso.

Unitermos: cimento de ionômero de vidro; liberação de íons; erosão.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

SEPPA, L; FORSS, H. Resistance of occlusal fissures to desmineralization after loss of glass ionomer sealants in vitro. Ped. Dent., v.13, n.1, p.39-42. 1991.

O uso do cimento de ionômero de vidro (CIV) como selante de fissuras tem aumentado nos últimos anos. Realizou-se, então, uma pesquisa com o propósito de examinar se as fissuras seladas com o CIV são menos susceptíveis à desmineralização do que fissuras controladas, após a remoção do selamento e, também, estudar o efeito da extensão das fissuras na resistência à desmineralização após a perda do selante. Para isso, foram utilizadas 71 fissuras oclusais humanas livres de cárie, das quais 22 foram seladas com o CIV Fuji III, 24 foram alargadas com ponta diamantada e seladas com o mesmo material e 25 não foram seladas. Após uma semana, o selamento foi removido com uso de sonda exploradora. Todas as fissuras foram desmineralizadas por 7 semanas e, posteriormente, foram seccionadas para exame microscópico, no qual se avaliou a profundidade das lesões nas fissuras. A média de profundidade das lesões foi de 143 μm para o grupo controle (sem selamento), 93 para o selamento de fissuras naturais e 75 para o grupo em que as fissuras foram preparadas. Os resultados sugerem que fissuras seladas com o CIV são mais resistentes à desmineralização do que fissuras controladas, mesmo após a perda macroscópica do selamento. Isto pode ocorrer pelo efeito combinado da liberação de flúor do CIV e o material residual no fundo das fissuras.

Unitermos: selantes de fissuras; cimento de ionômero de vidro ; desmineralização.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

KUPIEC, K.A.; BARKMEIER, W.W. Laboratory evaluation of surface treatments for composite repair. Oper. Dent., v.21, n.2, p.59-62, Mar./Apr. 1996.

Algumas situações clínicas requerem o reparo de resinas compostas. Nos últimos anos, o uso de resinas compostas através da técnica indireta para dentes posteriores vem ganhando popularidade. Neste caso, os sistemas utilizados usualmente incorporam uma reação secundária para melhorar suas propriedades físicas. O propósito deste estudo foi de avaliar vários tratamentos da superfície de resinas compostas fotopolimerizáveis e com reação secundária. Desta forma, confeccionou-se 80 espécimes de resina composta, obtidos através de cortes de uma preparação em resina epóxica, na qual foi colocada uma resina composta indireta. Esta foi fotopolimerizada e posteriormente sofreu a reação secundária por 10 minutos. Os espécimes foram divididos em 4 grupos de 20: I) controle-superfície inibida pelo ar; II) superfície abrasionada com lixa 600; III) superfície abrasionada com lixa 600 e depois com ponta diamantada 856; IV) superfície abrasionada com lixa 600 e depois aplicação de jato de óxido de alumínio com partículas de 50µm. Metade dos espécimes de cada grupo recebeu uma resina adesiva antes da inserção da resina composta, correspondente ao reparo. Concluiu-se, através de testes de resistência ao cisalhamento, que não há diferença significativa da resistência com uma camada de resina inibida pelo ar na superfície ou com tratamento com uma ponta diamantada ou jato de óxido de alumínio. O uso de agente adesivo propiciou uma resistência de união geralmente mais alta.

Unitermos: reparo de resina composta; resistência de união.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

PERCINOTO, C. et al. Penetration of light-cured glass ionomer and a resin sealant into occlusal fissures and etched enamel. Am. J. Dent., v.8, n.1, p.20-2, Feb. 1995.

Inicialmente, surgiram os selantes à base de BISGMA, mas com o desenvolvimento dos cimentos de ionômero de vidro (CIV), alguns autores têm sugerido o seu uso como selante. Atualmente, há, também, os CIV fotopolimerizáveis. Realizou-se, então, um estudo para avaliar a penetração deste CIV e do selante resinoso em fissuras oclusais atacadas por ácido fosfórico. Foram utilizados 48 pré-molares não cariados, os quais sofreram uma profilaxia na superfície oclusal e posterior ataque ácido por 60s. Os materiais aplicados foram o CIV Variglass VLC e o selante resinoso Concise. Estes dentes foram extraídos por razões ortodônticas e seccionados longitudinalmente. As fatias obtidas foram colocadas em ácido cítrico para dissolver o esmalte, ficando, então, os prolongamentos do material expostos. Como resultados, verificou-se que ambos os selantes se adaptaram bem às fissuras, mas penetraram mais profundamente nas fissuras rasas e abertas do que nas fissuras estreitas e profundas. Os tags do CIV foram mais longos que os do selante resinoso no esmalte atacado.

Unitermos: materiais dentários; selantes de fôssulas e fissuras.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

GORACCI, G.; MORI, G. Scanning electron microscopie evaluation of resin-dentin and calcium hydroxide-dentin interface with resin composite restorations. Quintessence Int., v.27, n.2, p.129-35, Feb. 1996.

Por um longo tempo, a ação química dos materiais restauradores foi considerada como a principal causa da irritação pulpar. Mas, pesquisas recentes têm demonstrado que a inflamação pulpar é causada por microinfiltração de restaurações e pela subsequente passagem de bactérias. No caso de restaurações de resina composta, o hidróxido de cálcio tem sido usado como base protetora. Neste estudo, realizou-se a observação, através de microscopia eletrônica, de cortes transversais da interface resina composta-dentina após a interposição de uma camada de hidróxido de cálcio. Aplicou-se o sistema adesivo Scotchbond MP (3M), o qual envolve ataque ácido da superfície de dentina. A análise ultraestrutural indicou que a contração de polimerização da resina composta causou a separação do hidróxido de cálcio da superfície dentinária, formando gaps interfaciais de tamanho entre 8 e 15 μm em 100% das áreas estudadas. Isto ocorreu porque o hidróxido de cálcio não se adere à superfície de dentina. Por outro lado, uma interface livre de gap, considerada como a melhor proteção para a polpa, foi produzida onde o adesivo estava diretamente em contato com a superfície dentinária.

Unitermos: interface hidróxido de cálcio-dentina; interface resina composta-dentina; microscopia eletrônica.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

SUNG, E.C. Dental management of patients undergoing chemotherapy. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.11, p.55-9, Nov. 1995.

Os principais métodos de tratamento para o câncer são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Os tumores sólidos, especialmente os localizados na região de cabeça e pescoço, são primeiramente tratados com cirurgia e radioterapia. Somente nos casos onde há metástase ou recorrência após tratamento local é que é feita a quimioterapia. Entretanto, a maioria das neoplasias sanguíneas são tratadas com quimioterapia. Do crescente número de pacientes que recebem este tratamento, cerca de 40% desenvolvem problemas orais durante a exposição ao medicamento, devido ao rápido crescimento e renovação celular da mucosa oral. Alguns problemas que podem ocorrer são mucosites, estomatites, ulcerações, hemorragias, infecções, entre outros. No tratamento odontológico pré-quimioterápico, é importante o contato entre o cirurgião-dentista e o oncologista, para saber o tipo de agente quimioterápico que será usado, assim como sua dose. Isto é importante para determinar a extensão de mucosites, estomatites e da imunossupressão. O dentista pode priorizar tratamentos urgentes antes do início da quimioterapia e fazer os outros procedimentos durante a mesma. É importante a realização de uma avaliação radiográfica completa, limpeza, controle de cárie, tratamentos endodôntico e/ou cirúrgico, uma vez que há imunossupressão, ocorre o aumento do risco à infecções. Durante a quimioterapia são importantes os cuidados orais preventivos, como escovação e uso de fio dental adequadamente e bochechos com solução de clorexidina. Se estiver imunossuprimido, o paciente deve higienizar os dentes com esponja ou gaze para reduzir o risco de trauma gengival. Quando houver dor oral severa, pode-se prescrever um analgésico. Na pós quimioterapia, pode haver um aumento do número de lesões cáries nos pacientes que apresentaram mucosites e xerostomia. Pode-se fazer aplicação tópica de flúor para reduzir o risco de cárie.

Unitermos: quimioterapia; tratamento odontológico.

Autor do resumo : Adriano Tomio Hoshi.

ARROW, P.; RIORDAN, P. J. Retention and caries preventive effects of a GIC and a resin - based fissure sealant. Community Dent. Oral Epidemiol., v.23, n.5, p.282-5. 1995.

O uso de selantes resinosos em fissuras é uma prática de prevenção de cárie já estabelecida. Os selantes de cimento de ionômero de vidro (CIV) podem oferecer vantagens adicionais devido à união química com o esmalte e pela sua liberação de flúor. O objetivo deste estudo foi de comparar o efeito preventivo de cárie e a retentividade do CIV (Ketac-fil) e um selante resinoso (Delton). Participaram da pesquisa 465 crianças escolares com idade de 7 anos, as quais receberam os selantes na superfície oclusal dos 1º molares permanentes homólogos. Após 3 anos, 415 crianças foram examinadas por diferentes clínicos, verificando-se o estado clínico dos dentes e a extensão do selante. O selante foi considerado retido quando 2/3 das fissuras permanecia selada. Em 252 pares de dentes, nenhum dos selantes estava retido nesta extensão. Em 71 pares, o CIV não estava retido e o selante resinoso estava. Em 40 pares ocorreu o inverso. A efetividade do CIV foi de 80,6%. O estudo sugeriu que a completa retenção do CIV não é necessária para a prevenção de cárie em 1º molares recém-irrompidos.

Unitermos: cárie dentária; materiais dentários; selante de fôssulas e fissuras; prevenção.

Autor do resumo: Adriano Tomio Hoshi.

SOUTO, J.C. et al Oral surgery in anticoagulated patients without reducing the dose of oral anticoagulant. A prospective randomized study. J. oral Maxillofac. Surg., v.54, p.27- 32, 1996.

Pacientes portadores de próteses cardíacas ou que fazem doenças valvulares do coração têm um maior risco de sofrerem tromboembolismo. Para tanto são submetidos à terapêutica com drogas de ação anticoagulante. Entretanto, tal conduta conduz a uma deficiência do processo de hemostasia desses indivíduos, com risco aumentado de sangramento, proporcional a intensidade da terapia empregada. É por esse motivo que existe uma preocupação a cerca do tratamento pré-cirúrgico desses pacientes, no qual é comum a redução, ou mesmo, a descontinuação no uso do medicamento com vistas a reduzir o risco de hemorragia. Mas é sabido que essa interrupção, ou redução da posologia, aumenta potencialmente a probabilidade de ocorrer o tromboembolismo. Assim, buscou-se através desse estudo avaliar nesses pacientes, o risco associado a diversos tipos de tratamentos pré-operatórios. Os pacientes foram divididos em diferentes grupos, segundo as várias terapias seja de redução da dose de anticoagulante associada à injeção de heparina, seja a manutenção da terapia concomitante ao uso de agentes antifibrinolíticos locais aplicados no trans e pós-operatórios. Os agentes antifibrinolíticos locais utilizados foram o ácido tranexâmico e o EACA, na forma de enxaguatórios bucais. Os pacientes foram submetidos a antibiótico-terapia profilática com amoxicilina e eritromicina para prevenção de endocardite bacteriana. Devido ao sucesso obtido na terapia com manutenção da dose de anticoagulante estabeleceu-se como protocolo no atendimento desses pacientes a manutenção do regime terapêutico, prevenindo o tromboembolismo, e o uso tópico de agentes antifibrinolíticos no pós-operatório durante dois dias, reduzindo o risco de hemorragia.

Unitermos: agentes antifibrinolíticos; hemorragia; medicamento anticoagulante; tromboembolismo

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiva

EL-HAJJ, G.; ANNEROTH, G. Odontogenic keratocysts - a retrospective clinical and histologic study. Int. J. oral Maxillofac. Surg., v.25, n.2, p.124-9, Apr, 1996.

O ceratocisto odontogênico é um cisto epitelial de desenvolvimento. Sua terminologia atribui-se a Philipsen, 1956. Dentre suas sinonímias está a de cisto primordial. Existem diversas teorias a cerca do seu crescimento: uma delas sugere sê-lo originário de remanescentes da lâmina dental, outra relaciona-o à proliferação a partir do epitélio da mucosa bucal, ou ainda do retículo estrelado do órgão do esmalte. Do ponto de vista clínico é bastante agressivo dada a sua condição altamente recidivante, ao crescimento relativamente rápido e à tendência a invadir os tecidos adjacentes. Esse estudo objetivou analisar, retrospectivamente, as características clínicas e histopatológicas do ceratocisto odontogênico e sua relação com os fatores que poderiam influenciar seu desenvolvimento e seu comportamento clínico. Foram analisadas 87 lesões das quais 30% constituíam processos recidivantes. A distribuição por gênero foi semelhante aos dados obtidos em estudos anteriores, com predileção pelos homens, mas com maior frequência de recidiva entre as mulheres. A idade média dos pacientes foi de 20 a 29 anos, diferentemente do relatado na literatura. A localização mais freqüente foram o ângulo e o ramo ascendente da mandíbula, com prevalência da sínfise mentoniana nos casos de recidiva. O diagnóstico de Síndrome de Gorlin foi estabelecido em dois pacientes. Quanto aos achados histopatológicos notou-se ser a maioria deles recoberta por epitélio pavimentoso estratificado do tipo paraceratinizado (89,5%), seguido do orto e paraceratinizado (7%) e em último o ortoceratinizado (3,5%). Quanto a presença de cistos satélites, observou sua ocorrência em 16% dos casos. Quanto aos achados clínicos constatou-se edema e dor no pré operatório e drenagem de líquido cístico e perfuração da cortical óssea no trans-cirúrgico. Em 30% dos casos o diagnóstico presuntivo estava correto, sendo a hipótese de diagnóstico de cisto dentígero altamente aventada, devido, provavelmente, à associação da lesão a um germe dentário.

Unitermos: ceratocisto odontogênico; síndrome de Gorlin

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiva

DAMANTE, J.H.; SILVA, E.N. Tireóide lingual e suas implicações sistêmicas: papel do cirurgião-dentista no diagnóstico. Revisão da literatura recente. Rev. ass. bras. Odont., v.4, n.1, p.32-5, fev./mar. 1996.

A tireóide lingual é uma anomalia congênita rara, acometendo cerca de 1/100 mil pessoas. Resulta de uma falha na migração da glândula tireóide, sendo descrita clinicamente como uma massa nodular, de superfície lisa embora possa ser lobulada ou ulcerada, de cor vermelha brilhante ao roxo, de dimensões variáveis, localizada na linha média, no terço posterior da língua, entre as papilas circunvaladas e a epiglote. Aproximadamente 70% a 100% dos afetados não apresentam outro tecido tireoidiano, sendo a única glândula funcionante. Salienta-se, assim, o risco da sua remoção inadvertida. Dos pacientes portadores da tireóide lingual, 14,5% a 33% são hipotireoidianos. Algumas complicações como disfagia, dispnéia, dor, hemorragia e sensação de corpo estranho podem estar associadas, além da possibilidade de transformação maligna em 1% a 3% dos casos. Existe predileção pelo gênero feminino. As manifestações clínicas ocorrem em dois picos: 12 e 50 anos de idade. O diagnóstico diferencial deve ser feito com: adenoma, fibroma, mieloblastoma de células granulares, teratomas, cisto do ducto tireoglossal, tecido linfóide e carcinoma. As investigações podem envolver testes de função da tireóide, cintilografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia e biópsia. Salienta-se a responsabilidade do cirurgião-dentista em detectar precocemente tal anomalia afim de que se previna o hipotireoidismo ou futuras intervenções intempestivas por desavisados. Os pacientes devem ser encaminhados para a área de Endocrinologia, a quem é de direito e dever o melhor atendimento desses pacientes.

Unitermos: hipotireoidismo; tireóide ectópica; tireóide lingual

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiwa

LASARDIS, N.; TILAVERIDIS, I.; KARAKASIS, D. Management of a carcinoma of the tongue during pregnancy. J. oral Maxillofac Surg., v.54, n.2, p.221-4, Feb. 1996.

O câncer, em geral, é uma doença que acomete mais freqüentemente homens e de idade mais avançada. Entretanto, mais recentemente, tem-se observado um aumento na incidência de câncer de língua em mulheres e em pacientes mais jovens. Apesar da probabilidade uma jovem grávida ser atingida por câncer intra-oral ser reduzida, as mudanças epidemiológicas sugerem um aumento considerável na probabilidade dessa situação vir a ocorrer. Atualmente é mais comum que as mulheres fiquem grávidas, quer seja por métodos naturais, quer seja por métodos artificiais, numa época mais tarde em suas vidas. Não é incomum mulheres que desejam dedicar-se a uma carreira profissional casarem-se por volta dos trinta a quarenta anos de idade, quando a ocorrência do Carcinoma escamoso oral é superior a 5%. Durante a gravidez o tratamento do câncer oral depende do prognóstico, da malignidade específica (tipo local e estágio do tumor), do curso da gravidez e dos desejos da paciente e do seu esposo. O que deve ser primeiramente decidido é a respeito da continuidade da gravidez, a qual representa um fator complicador no tratamento da doença, devido a vulnerabilidade do feto frente às variadas modalidades de tratamento. A paciente de trinta e dois anos de idade, sexo feminino, na vigésima quinta semana de gestação, apresentava uma lesão ulcerada, de pequenas dimensões (25x15mm), com relato de sintomatologia dolorosa, na borda esquerda da língua. Realizou-se a biópsia incisional da lesão e diagnosticou-se Carcinoma escamoso de língua. O tratamento de eleição foi, num primeiro estágio, a exérese do tumor. Após transcorridos dois meses procedeu-se a dissecação do pescoço. O material obtido foi enviado para exame histopatológico através do qual pode-se observar o envolvimento de três linfonodos regionais, fato que conduziu à prescrição de tratamento radioterápico após o nascimento da criança. Passados dois anos e meio, a paciente e sua filha passam bem.

Unitermos: carcinoma de língua; gravidez

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiva

HIGH, A.S. et al The polymorphous odontogenic cyst J. oral Path Med, v.25, n.1, p.25-31, Jan., 1996.

Ao longo dos anos tem-se relatado esporadicamente lesões císticas incomuns nos ossos maxilares, não prontamente classificadas de acordo com a nomenclatura convencional, mas que têm sido diagnosticadas de maneira variada como cisto mandibular médio, cisto glandular, cisto sialodontogênico ou cisto odontogênico bortrióide. Cinco casos clínicos são apresentados com padrões comuns, embora não exclusivos, apresentando completa localização intra-óssea, característica extensão e aspecto multilocular, ausência de relacionamento direto com estruturas dentárias adjacentes, ausência de ceratina e aparente desenvolvimento primário sem etiologia. Não se conseguiu inseri-los em quaisquer outras categorias de cisto odontogênico. Dois desses recidivaram poucos anos após tratamento conservador. Esse artigo visa alertar o clínico da propensão de redesenvolvimento desses cistos, e propõe o termo cisto odontogênico pleomórfico para essas lesões, com a finalidade de abranger sua aparência histológica variada e discutir sua distinção dos demais cistos com formações epiteliais mucosa e papilar.

Unitermos: cisto glandular; cisto médio mandibular; cisto polimórfico; cisto sialodontogênico

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiva

RIVERA-BASTIDAS, H.; OCANTO, R.A.; ACEVEDO, A.M.
Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. J. oral Path Med, v.25, n.1, p.1-4, Jan., 1996.

Os tumores de glândulas salivares são raros e representam cerca de 3% de todas as neoplasias. As glândulas salivares menores são menos afetadas e constituem apenas 15% dos tumores de glândula salivar. De 1968 a 1992, sessenta e dois casos de tumores de glândulas salivares menores foram diagnosticados em uma população venezuelana no Laboratório de Histopatologia Oral da Escola de Odontologia da Universidade Central da Venezuela. O diagnóstico dos tumores baseou-se na classificação da Organização Mundial de Saúde de 1991. Os tumores foram analisados segundo suas características histológicas, idade e sexo do paciente e localização intra-oral. Dos tumores benignos o Adenoma pleomórfico apresentou maior prevalência, cerca de 71%. E dos tumores malignos o Carcinoma mucoepidermóide foi o mais prevalente, ocorrendo em aproximadamente 62% dos casos. A principal localização registrada foi no palato e observou-se marcada predileção pelo sexo feminino. Parece haver diferenças geográficas quando se compara os resultados obtidos com estudos realizados com grupos populacionais de outros países como o Japão, a Austrália, a Inglaterra, a África do Sul e os Estados Unidos. Salienta-se a importância desse estudo uma vez que contribui na disponibilidade de dados sobre a ocorrência de tumores de glândulas salivares menores em grupos populacionais latino-americanos.

Unitermos: epidemiologia; estudos populacionais; glândulas salivares; Venezuela

Autora do resumo: Andréa Miranda Kuroiva

SCHUELER, L.; HARPER, J.P. Acetaminophen toxicity: report of case and review of the literature. J. oral Maxillofac. Surg., v.53, p.1208-12, 1995.

Acetaminofem é uma das drogas mais utilizadas para o alívio da dor, apresentando bom efeito analgésico e antipirético. Possui menos efeitos colaterais que a aspirina, não causando irritação gástrica, nem inibindo a agregação plaquetária. Sua dose terapêutica diária é de 650 mg a cada 4 a 6 horas, não devendo exceder 4000 mg por dia. Apesar disso, é uma droga potencialmente tóxica, com manifestação primária no fígado, podendo também ocorrer necrose tubular aguda, pancreatite e necrose do miocárdio. Estudos experimentais realizados em animais sugerem uma diversidade de fatores que podem exacerbar sua hepatotoxicidade, como quando da ingestão crônica de álcool, ou quando do tratamento com outras drogas tipo: barbitúricos, fenitoína, rifampicina e quando da desnutrição. Parece haver diferenças individuais quanto à susceptibilidade aos efeitos tóxicos dessa droga. Em casos de intoxicação, o tratamento apropriado é a descontaminação gástrica, a qual deve ser realizada nas primeiras 4 horas após a ingestão, não apresentando qualquer contra-indicação. Outra terapêutica é a administração, via oral, de mucomyst, uma acetilcisteína. A posologia é de 140 mg/kg imediatamente, seguida de 17 doses de 70 mg/kg a cada 4 horas. Esse medicamento apresenta como principal reação adversa náusea e vômito. Cerca de aproximadamente 10% dos pacientes podem vir a desenvolver choque anafilático por liberação de histamina, o que representa risco principalmente para determinados tipos de pacientes como os asmáticos. Em 3 meses a arquitetura hepática parece normalizar, sendo as seqüelas incomuns. O presente artigo descreve um caso clínico de um paciente com história de abuso alcoólico que fez insuficiência hepática severa após a ingestão crônica de acetoaminofem devido a dor facial decorrente de uma fratura mandibular não tratada. O paciente foi submetido à terapêutica com mucomyst e ampicilina, para controle da infecção secundária da lesão mandibular.

Unitermos: acetaminofem; álcool

Autora do resumo : Andréa Miranda Kuroiva

PEREIRA JUNIOR, W. VAROLI, O.J. Alterações pulpares em resposta à movimentação ortodôntica dos dentes: calcificações pulpares. Rev.Odontol. Univ. São Paulo, v.9, n.4, p.265-77, out./dez. 1995.

Através de radiografias periapicais de incisivos e caninos superiores e inferiores pela técnica da bissetriz, observou-se se a maior frequência de calcificações pulpares ocorria em pacientes tratados ortodonticamente em relação aos não tratados. A amostra foi composta por 29 pacientes tratados ortodonticamente, dos quais as radiografias foram tiradas antes do tratamento, imediatamente após o tratamento e 15 anos após a conclusão do tratamento ortodôntico. Como comparação foi utilizada uma amostra de 29 pacientes, com faixa etária semelhante a da amostra estudada, porém não tratados ortodonticamente. Concluiu-se que é significativamente maior o número de calcificações pulpares nos dentes dos pacientes tratados ortodonticamente. Observou-se também que o número de calcificações pulpares aumenta com a idade tanto em pacientes tratados como não tratados ortodonticamente.

Unitermos: calcificação pulpar; tratamento ortodôntico

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

FRANSSON, C.; BERGLUNDH, T.; LINDHE, J. The effect of age on the development of gingivitis. Journal of Clinical Periodontology,v.23,n.4, p.379-85, Apr. 1996.

A formação de placa foi avaliada num estudo de “gingivite experimental” em uma amostra de jovens, entre 20 e 25 anos de idade, e de idosos, entre 65 e 80 anos. Durante um período de 4 semanas, toda a amostra recebeu um tratamento profilático afim de estabelecer condições gengivais saudáveis. Os locais examinados (experimentais) incluíam as faces méso-palatina, palatina e disto-palatina dos dentes 15 ao 25. Entre os locais experimentais, amostra microbiana e avaliação do fluido gengival foram efetuadas e uma biopsia gengival foi colhida de cada elemento da amostra. Seguindo uma linha básica de exame, aboliram-se as medidas de higiene oral nas faces palatina e proximal daqueles dentes. O exame clínico e a medição do fluido gengival foram repetidos nos dias 7, 14 e 21 de higiene suspensa. A amostra microbiana e a biopsia foram repetidas nos dias 7 e 21. Após 3 semanas de abstenção da higiene oral, uma quantia similar de placa se formou na amostra de idosos e de jovens, porém os idosos desenvolveram mais gengivite que os jovens. A lesão gengival formada nos idosos foi mais pronunciada e possuía mais células inflamatórias que a lesão correspondente nos jovens.

Unitermos: idade; gengivite experimental; fluido gengival; microbiologia

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

DINELLI, W.; CANDIDO, M.S.M.; CATIRSE, A.B.C.E. Efeito da Fumaça do Cigarro sobre a Translucidez de Materiais Restauradores Estéticos. Revista APCD, v.50, n.2, p.121-24, mar./abr. 1996.

A alteração de cor em materiais restauradores estéticos foi estudada em corpos-de-prova expostos diretamente a ação da fumaça de cigarro. Os materiais testados foram: Resina Composta Herculite XR (M1), Cimento de Ionômero de Vidro Vidrion R (M2) e Cimento de Ionômero de Vidro Chelon Fil (M3). Programou-se os tempos de leitura de modo a obter 30 níveis, sendo: To- inicial (antes da aspiração)- 1 hora; T1-(em imersão e sob aspiração da fumaça)- 2 horas; T3- (em imersão e sob aspiração da fumaça)- 24 horas; e os demais tempos foram distribuídos a cada 24 horas por um período de 30 dias. O meio de imersão utilizado foi saliva artificial. Obteu-se os valores de translucidez por meio do Aparelho de Eletroforese Jouan. Os corpos-de-prova foram expostos por um tempo de 6 minutos à ação da fumaça, em cada teste. Em To, os materiais apresentaram diferentes níveis de translucidez, sendo o maior para M1 e o menor, para M2, ficando M3 em condição intermediária. A translucidez foi decrescente em função do tempo, com baixa retenção de corantes nos tempos iniciais e aumento acentuado nos tempos subsequentes. A fumaça de cigarro propiciou diferentes níveis de manchamento, sendo que o maior foi encontrado para o material M2 e o menor, para M1, ficando M3 em condição intermediária.

Unitermos: fumaça, translucidez, materiais restauradores estéticos

Autora do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

UNO, S. ; FINGER,W.J. Effects of acidic conditoners on dentin desmineralization and dimension of hibrid layers. Journal of Dentistry, v.24, n.3, p.211-6, May. 1996.

A profundidade de desmineralização da dentina e a capacidade de penetração do adesivo na formação da camada híbrida foram avaliadas num estudo onde utilizou-se diferentes ácidos em diferentes tempos de condicionamento dentinário. Dois ácidos comerciais e quatro experimentais foram testados diretamente, sobre a luz do microscópio avaliando-se diretamente a profundidade de descalcificação da dentina e indiretamente determinando a espessura da camada híbrida e a profundidade total da desmineralização em cortes perpendiculares dos espécimes condicionados pelo sistema adesivo Gluma. A profundidade de desmineralização aumentou segundo uma relação logarítmica entre a concentração do ácido e o tempo de condicionamento. Houve verdadeira concordância entre os resultados dos procedimentos de avaliação direto e indireto. O condicionamento por 30 segundos com ácido fosfórico a 20 % em forma de gel, quando utilizou-se o sistema adesivo Gluma, resultou em uma camada híbrida de 10 um de espessura. Esta concentração de 20% foi considerada adequada e eficaz na combinação com o sistema adesivo Gluma, quando comparada a concentrações mais baixas e mais altas avaliadas neste estudo.

Unitermos: adesão dentinária; condicionamento ácido; camada híbrida

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

SHAH, M.; LEWIS F. M.; GAWKRODGER, D.J. Delayed and immediate orofacial reactions following contact with rubber gloves during dental treatment. British Dental Journal, v.181, n.4, p.137-39, Aug. 1996.

Reações alérgicas durante ou após o exame dentário são raras. Entretanto, estas reações podem ser sérias e estressantes. Entre elas podemos citar reações localizadas na pele, inchaço ou ulceração da gengiva e mucosa e ocasionalmente pode-se observar reações sistêmicas. Neste trabalho são descritos dois casos onde os pacientes apresentaram sintomas decorrentes de reações alérgicas na boca e na face devido ao contato da borracha da luva utilizada por seus dentistas. Estes pacientes foram submetidos a um teste sobre a pele onde foi demonstrada a reação alérgica a constituintes da luva e em um dos casos ao látex. Com o aumento da utilização de luvas pelos dentistas e médicos, estas reações deverão aparecer com maior frequência. Assim, é importante que os dentistas estejam cientes do potencial do látex em causar anafilaxia e tenham um conhecimento correto para o tratamento desta. Os pacientes devem ser questionados antes do tratamento dentário da possibilidade de terem alergia ao látex ou reações induzidas pela borracha.

Unitermos : reações alérgicas; borracha; látex.

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

CARVALHO, R.M.; BONACHELA, W.C; KANASHIRO, A. An alternative technique for recontouring cervical eroded and abraded areas: A case report. Quintessence International, v.26, n.3, p.169-174, 1995.

Em diversas situações clínicas além da manutenção da estética, há a necessidade do restabelecimento da função. Este caso apresentado é de uma cavidade classe V, onde a área a ser restaurada servia de retenção para grampos metálicos de uma Prótese Parcial Removível. As resinas compostas poderiam oferecer a estética necessária, no entanto, não proporcionariam adequada resistência ao desgaste, que ocorreria pela inserção e remoção repetidas da prótese. Assim, criou-se uma técnica onde fragmento de esmalte homogêneo foi utilizado junto a resina composta, proporcionando à restauração a estética e a resistência ao desgaste. Nesta técnica, selecionou-se um dente extraído, transferiu-se as medidas da cavidade para este dente doado e recortou-se o fragmento. Procedeu-se a restauração como de costume, utilizando-se a técnica do sanduíche. Depois de inserida a resina composta na cavidade, esta também foi aplicada sobre o fragmento e então o conjunto foi levado à cavidade.

Unitermos: fragmento de esmalte; estética; área funcional

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

TATE, W.H.; POWERS, J.M. Surface Roughness of Composites and Ionomers. Operative Dentistry, v.21, n.2, p.53-58, Mar./Apr. 1996.

A aspereza superficial de duas resinas compostas e três cimentos de ionômero de vidro foi avaliada antes e após o acabamento com brocas de 12 lâminas, o emprego de dois sistemas de acabamento e polimento e após a proteção superficial dos ionômeros. As brocas de 12 lâminas proporcionaram uma aspereza superficial tanto nos cimentos ionoméricos como nas resinas durante os procedimentos de acabamento e polimento. Tanto o Sistema Enhance como os discos Sof-Lex produziram superfícies mais lisas para as resinas Revolution e Charisma quando comparadas às superfícies dos cimentos de ionômero de vidro Fuji II LC, Variglass e Vitremer. No entanto, após a proteção superficial, o Fuji II LC e o Vitremer apresentaram superfícies mais lisas que a da resina Revolution após o acabamento com o Sistema Enhance. Concluiu-se, enfim, que os discos Sof-Lex promovem superfícies muito lisas para todos os materiais.

Unitermos: superfície; aspereza; lisura; brocas com 12 lâminas

Autora do resumo : Célia Regina Maio Pinzan

SHIRO SUZUKI, D. D. S. et al. Evaluating the antagonistic wear of restorative materials when placed against human enamel. JADA, v. 127, p.74-9, jan. 1996.

Vários são os estudos que avaliam a resistência ao desgaste da resina composta em dentes posteriores frente às forças mastigatórias, concluindo-se ser forte esta resistência. Frente a isso, o presente trabalho tem por objetivo analisar o desgaste do esmalte do dente antagonista realizado pelas resinas compostas para dentes posteriores. Assim, utilizou-se de dez marcas comerciais de resina composta para dentes posteriores e um controle com liga áurea, pois já é conhecido seu mínimo desgaste no esmalte antagonista. O desgaste no esmalte foi obtido através de cem ciclos de rotação na frequência de 1.2 hertz com 75 newtons de força entre a resina analisada e o esmalte. Os resultados mostram que as resinas compostas causam diferentes desgastes no esmalte entre si. Dessa maneira, as resinas contendo silicato de zircônio ou partículas de quartzo tem um potencial de desgaste maior no esmalte antagonista que as resinas compostas contendo micropartículas ou partículas de silicato de bário. Isto pode ser explicado pelo contato de partículas resistentes e maiores (de quartzo e de silicato de zircônio) com o esmalte, levar a um maior desgaste logicamente que quando em contato com micropartículas ou com partículas de silicato de bário, que são menos resistentes que o esmalte humano.

Unitermos: esmalte antagonista; desgaste.

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

CHRISTENSEN, G.J., Dental radiographs and dental caries: a challenge. JADA, v.127, p.792-3, june. 1996.

Devido a dificuldade de diagnóstico na área interproximal, as radiografias interproximais têm sido largamente utilizadas para este fim. Além disso, estas servem para o tratamento restaurador, observando-se para isso a profundidade da radiolucência. Então a profundidade da lesão radiograficamente influenciara no tratamento restaurador. Por isso, o presente estudo vêm analisar a diferença existente entre a observação radiográfica da profundidade da lesão cariosa e a profundidade realmente existente. Para isso foram utilizados dentes humanos extraídos com cárie na superfície interproximal. Foram radiografados e medida a profundidade da lesão real com o auxílio de um microscópio. O resultado obtido foi de que a profundidade real da lesão cariosa é, em média, 223% maior que radiograficamente. Isto ressalta para a importância da determinação inicial da lesão cariosa, a fim de preservar mais a estrutura dentária: além da mudança no tratamento restaurador, uma vez que a cavidade se apresentará maior que na imagem radiográfica. Conclui-se que a cárie proximal pode ser bem visível com radiografias interproximais, quando o processo já se encontra em grau avançado. Entretanto, a profundidade da lesão não é bem representada por elas, pois a cavidade se apresentará mais profunda na realidade. Dessa maneira, dentistas deveriam examinar mais cuidadosamente as lesões interproximais iniciais, para evitar o diagnóstico errôneo, e até restaurações extensas ou a necessidade de tratamento endodôntico.

Unitermos: cárie dental; radiografia interproximal; radiografia dental

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

MIYAZAKI, M. et al. Influence of light irradiation of dentine primers on dentine-resin bond, Journal of Dentistry, v. 23, n.6, p. 371-4, Dec. 1995.

A finalidade deste estudo foi de avaliar a influência da irradiação da luz nos primers dentinários que contém canforoquinona, segundo a adesão obtida na dentina e a capacidade de molhamento desenvolvida. Também foi analisada a influência do tempo de aplicação do agente adesivo sobre o primer. Quatro tipos de sistemas adesivos e suas correspondentes resinas compostas foram utilizados neste estudo. A intensidade da luz foi de 1000 w/m². Assim, a superfície da dentina foi tratada com o primer, e para análise do efeito da irradiação da luz no primer, apenas um grupo foi submetido a fotopolimerização. Já para a observação do efeito do tempo de aplicação do agente adesivo: tal adesivo foi aplicado nos tempos de 0 e 30 segundos e 5 minutos. Os resultados obtidos mostram que com a irradiação da luz sobre os primers contendo canforoquinona, previamente à aplicação do agente adesivo, ocorre um aumento de poder de adesão à dentina, além de uma capacidade de molhamento maior. Além disso, quanto maior o intervalo de tempo para a aplicação do agente adesivo sobre o primer, observa-se diminuição do poder de adesão do sistema adesivo à dentina e uma menor capacidade de molhamento. Isto porque, quando exposta a superfície por um determinado tempo ao ar, pode ocorrer uma contaminação desta superfície pelo oxigênio, o que reduz a polimerização do agente adesivo. Conclui-se então que o agente adesivo deve ser aplicado logo após a polimerização do primer que contém canforoquinona.

Unitermos: primer; fotomerização; adesão à dentina

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

PAMEIJER, C.H.; FISCHER, D.; LOUN, N. P. Repairing fractured porcelain: how surface preparation affects shear force resistance. JADA, v. 127, p. 203-9, Feb. 1996.

Este trabalho tem por objetivo a avaliação da resistência de adesão de várias resinas compostas com a porcelana, para a confecção correta do respectivo reparo em coroas metalo-cerâmicas. Neste estudo determinou-se qual o melhor tratamento da superfície fraturada, além do estudo do efeito da termociclagem e do uso ou não do silano na área de adesão. Para a análise, utilizou-se de três grupos que avaliaram a influência, respectivamente, da superfície preparada, da presença do silano e da termociclagem de 5 a 50°C. Foram avaliadas no trabalho as resinas compostas da Ultradent e os agentes de união da Ultradent, 3M e da Bisco. Concluiu-se, dessa forma, que: a superfície fraturada tratada com ácido hidrófluorídrico proporciona melhor adesão entre a resina composta e a porcelana; a presença do silano no agente de união aumenta muito a resistência de adesão do reparo; a termociclagem em quaisquer situações diminui significativamente o poder de adesão; o sistema Ultradent produziu o mais alto valor de adesão, seguido pela Bisco e 3M; o sistema Ultradent foi o menos afetado quanto a termociclagem.

Unitermos: reparo; porcelana, resina composta

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

DOS SANTOS, P.C.G.; JANKOVSKI, E. Selamento de fósulas e fissuras com amálgama adesivo. Odont. Moderno, v.22, n.4, p.8-11, out/nov/dez. 1995.

Este trabalho propõe uma nova técnica para o selamento de fósulas e fissuras, observando o desgaste, a retenção e possíveis fraturas e incidências de cárie por infiltração marginal no período de dois anos. Foram utilizados quatorze pré-molares hígidos em que o selamento foi feito com amálgama tipo limalha unido ao dente através do adesivo Panávia. Como procedimento prévio à aplicação do adesivo, os dentes foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 1 minuto. Após dois anos os selamentos foram avaliados e conclui-se que:- o adesivo aumenta a resistência do amálgama em finas camadas;- não houve formação de cáries nos sulcos nem infiltração marginal;- ocorreu desgaste marginal da superfície do amálgama;- o amálgama facilita a observação radiográfica do local, por ser muito radiopaco.- o adesivo Panávia apresentou boa retenção ao dente e nenhuma fratura ou deslocamento foi observada;- apesar de não estético, o amálgama dá maior resistência aos desgastes oclusais que as resinas compostas.

Unitermos: amálgama adesivo; selamento.

Autorado resumo :Fernanda Angelieri

MELLO, J.B. et al. Estudo comparativo dos adesivos dentinários com e sem o primer e com diferentes tratamentos dentinários. Rev Odontol. UNESP, v.24, n.1, p.61-8, 1995.

Este estudo tem por finalidade a verificação da eficiência de alguns adesivos, utilizados com e sem primer, na união à estrutura dentária com ou sem o pré-tratamento da dentina. Os materiais utilizados foram: quarenta pré molares humanos, adesivos para dentina e esmalte (ARMD e Prisma Bond 3) e resinas compostas para dentes posteriores (Adaptic II P e Prisma APH₂). Nos dentes foram preparadas cavidades classe II, com a parede gengival em área cementária, com ou sem pré-tratamento da dentina utilizando-se solução de ácido maleico a 25% por 20s. Foram restaurados ambos com ou sem a aplicação do primer. A avaliação da infiltração marginal foi feita através da penetração de corantes na margem, verificada através de microscópio de superfície. Através dos resultados obtidos foi concluído haver menor frequência de infiltração marginal no grupo que recebeu, previamente ao material restaurador, um adesivo com primer; e o pré-tratamento da dentina com ácido maleico a 25%, anterior à aplicação do adesivo com ou sem primer, reduz em apenas 5% o nível de infiltração marginal. Dessa forma, pode-se afirmar que a eficácia do adesivo deve-se à utilização do primer, e não ao tratamento da dentina com ácido maléico, podendo este servir apenas como um coadjuvante para ocorrer a adesão.

Unitermos: adesivos; infiltração marginal; materiais dentários; resina composta

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

OHHASHI,M. et al. Duration of cleaning and priming of dentine and contraction gap formation. J.Dent, v.23, p.365-9, 1995.

A proposta deste estudo foi examinar a relação entre a remoção da Smear Layer e a aplicação do primer no desenvolvimento das fendas marginais em restaurações proximais. Para isso, foram realizadas cavidades proximais em molares humanos. Os dentes foram divididos em grupos, de maneira que:- o limpador dentinário EDTA foi aplicado por 30 ou 60 segundos ou não foi aplicado. Em um grupo foi colocado o primer a base de HEMA (hidroxietyl metacrilato) ou GM (gliceril metacrilato) a 35%, sendo que em outro grupo, o primer foi omitido;- após a limpeza com EDTA por 60 segundos, o primer a base de HEMA ou GM a 35% foi aplicado momentaneamente ou por 15, 30, 45 ou 60 segundos. Feita a devida análise, os seguintes resultados foram encontrados: os efeitos da contração de polimerização foram prevenidos completamente, através da aplicação do primer de solução GM, independente do seu tempo de aplicação; quando a limpeza se restringiu a 30 segundos, o primer GM teve de ter sua aplicação prolongada para 60 segundos para obtenção de uma integridade marginal completa; uma significativa amplitude de contração de polimerização foi observada sem a limpeza do EDTA, mesmo com a aplicação do primer à base de GM por 60 segundos. Através desses resultados, os autores concluem que a solução de GM foi melhor primer que a solução de HEMA, desde que o primer à base de HEMA não preveniu a formação de fendas nos testes realizados.

Unitermos: dentina

Autora do resumo :Fernanda Angelieri

ZUANON, A. C. C. et al. Comparação de 5 selantes oclusais quanto à retenção e eficácia na prevenção de cáries. Rev.odont.UNESP, v.24, n.1, p.79-86, jan/jun. 1995.

Embora as superfícies oclusais representem 12% de todas as superfícies dos dentes, as cáries oclusais chegam a atingir de 50 a 54%. Isso ocorre provavelmente dada a falha na coalescência das fossas e fissuras permitindo maior acúmulo de alimentos e bactérias. Muitos recursos estão sendo preconizados com o objetivo de se reduzir essa incidência e dentre esses tem-se a aplicação de flúor, a boa higiene oral e os selantes. São muitos os selantes existentes no mercado variando de composição. Os produtos à base de BIS-GMA e seus derivados são os que vem demonstrando maior facilidade de aplicação, retenção e redução efetiva de cárie. Esses variam de acordo com a presença ou não de carga, presença ou não de corantes ou opacificadores, métodos de polimerização e tipos de condicionador ácido. São variações que conduzem o profissional na escolha do produto a ser utilizado. Propomos a avaliação de 5 marcas comerciais diferentes de selantes em relação à retenção e eficácia na prevenção de cáries, após 6 meses de sua aplicação. Foram selecionadas 29 crianças de 7 a 11 anos num total de 149 dentes entre molares e pré-molares hígidos ou com cárie incipiente. Para cada dente selado, um homólogo hígido era deixado como controle para avaliar a eficácia do selante na prevenção de cárie oclusal. Avaliou-se os seguintes selantes: Delton (autopolimerizável), Estiseal, Prisma, Concise e Degufill, todos fotopolimerizáveis. Previamente à aplicação do selante, os dentes foram tratados com Profi II e ácido fosfórico a 37% por 30 segundos. O selante foi aplicado sob isolamento relativo com rolos de algodão. Na avaliação conclui-se que de modo geral, após 6 meses, os selantes apresentaram percentuais maiores de retenção total na arcada superior. 98,5% dos dentes selados permaneciam hígidos contra apenas 51,6% dos dentes não selados.

Unitermos: selantes; dente permanente

Autora do resumo : Linda Wang

SHEARER, A. C.; WASTI, F.; WILSON, N. H. F. The use of a radiopaque contrast medium in endodontic radiography. Int. Endod. J., v.29, n.2, p.95-88, Mar, 1996.

O uso de radiopacificadores no diagnóstico dos canais radiculares tem-se mostrado um recurso complementar efetivo em endodontia. O conhecimento da morfologia dos canais radiculares é essencial e deve ser considerado um pré-requisito prévio ao tratamento endodôntico. Apesar de existirem meios de se utilizar esses radiopacificadores *in vitro*, o que seria de fato útil, seria sua aplicação *in vivo*. Por esse estudo, empregou-se uma técnica utilizando contraste radiopaco médio hidrossolúvel, o Omnipaque. Trinta primeiros molares superiores e trinta primeiros molares inferiores recém extraídos e de caráter morfológico típico foram selecionados. Foram tratados com formalina a 10% e incluídos em blocos de cêra. Em seguida, foram radiografados utilizando filme periapical E speed da Kodak e aparelho de raio-X regulado a 7mA e 56KV a uma distância de 20 cm e 0° e um tempo de exposição de 0.65s. Posteriormente, foram submetidos a abertura coronária até localizar-se a embocaduras dos canais, onde se injetou o radiopacificador com seringa e agulha de calibre entre 23 e 2227, dependendo do diâmetro da embocadura. Foram radiografados novamente. Para uma melhor avaliação clínica, foram seccionados. Dois examinadores foram requisitados para a avaliação comparativa dessas duas tomadas radiográficas e a análise clínica. Os critérios de avaliação foram padronizados. Concluiu-se que o uso dessas substâncias radiopacificantes são de grande auxílio na determinação de possíveis canais extras e de casos de anatomias atípicas dos mesmos. Facilitam a visualização e interpretação das radiografias. No entanto, limita-se pelo fato de se expor o paciente mais uma vez.

Unitermos: radiografia; contraste radiopaco; canal radicular

Autora do resumo : Linda Wang

WATANABE, I.; NAKABAYASHI, N. Measurement methods for adhesion to dentine: the current status in Japan. Int. Endod. J., v.22, n.11, p.67-72, Apr, 1994.

A adesão à estrutura dentária tem sido estudada desde 1965. Na década de 80, aumentou o interesse na adesividade à dentina. No Japão, muitos grupos de pesquisadores e diferentes tipos de biomateriais são testados, mas há diferenças nos métodos dos testes utilizados entre eles. Seria preferível se houvesse uma padronização das metodologias empregadas para melhor comparação e análise dos resultados. A dentina humana utilizada na avaliação, poderia ser substituída pela dentina bovina, que é semelhante à nossa e também de fácil padronização. A idade e o tipo de bovinos também devem ser considerados. Nakabayashi relata que o mecanismo de adesão à dentina das resinas se faz pela camada híbrida entre a resina e a dentina. Utilizando-se o 4-META, o mesmo promove a difusão do MMA para o interior da dentina e o Fe^{3+} em solução 10^{-3} seria efetivo em aumentar a permeabilidade da dentina desmineralizada. Também influem na qualidade da dentina, as condições de armazenagem, as soluções utilizadas, a temperatura e o tempo requeridos. Os testes de tensão e cisalhamento são aplicados para a análise da adesão. Este último parece ser mais efetivo, tanto pela maior facilidade de se obter as amostras, como por sofrer menores variações nas direções de carga utilizada. Retief acredita que nenhum desses dois testes simula o que ocorre intraoralmente, uma vez que as restaurações sofrem ação de forças complexas. O teste de durabilidade também é importante, avaliando-se pelo teste de ciclagem térmica e pelo teste de armazenagem a longo prazo. No entanto, nenhum teste acima dispensa uma avaliação pela microscopia eletrônica. Ela define a qualidade e a quantidade da camada híbrida. Dada a diversidade de produtos resinosos/adesivos no mercado e sua composição não precisa ser divulgada pelos fabricantes, há muito o que se pesquisar. Condições *in vitro* que simulem situações *in vivo* ainda são um grande desafio.

Unitermos: adesão; dentina; revisão; tensão; cisalhamento.

Autora do resumo : Linda Wang

NOGUEIRA, S. S.; MOLLO, S. H. B.; MOLLO JR., F. de A. Relação de cor da pele/ cor dos dentes em pacientes dentados naturais. Rev. APCD, v..50, n.2, p.127-30. Mar/abr, 1996.

Um bom resultado estético das próteses totais seria fator importante para garantir o sucesso. Isso facilitaria a aceitação da dentadura por parte do paciente, incentivando-o a superar a fase da instalação, quando a função e o conforto são ainda críticos. No que diz respeito à obtenção da estética, há de se considerar a seleção (tamanho, cor , forma e material) e a montagem dos dentes anteriores. Há autores ressaltando a necessidade de se ter conhecimento de física fisiologia e psicologia da cor para auxiliar o cirurgião dentista nessa fase. A maioria dos dentistas, no entanto, seguem a orientação clássica para a seleção da cor dos dentes, considerando a cor da pele, cabelos e olhos dos pacientes. A observação clínica porém, não tem permitido essa relação direta. Nesse estudo, selecionou-se um grupo de 2240 pessoas, de 15 a 25 anos, tomando como referência os incisivos centrais superiores necessariamente hígidos. Todos foram avaliados por uma mesma observadora, sob a mesma luz (natural indireta), com ausência de cores ambientais contrastantes, dentes da escala umedecidos, não olhando para as cores por muito tempo, deixando o paciente em posição ereta e observando-se as cores em diferentes posições. A operadora relacionava a cor dos dentes ao paciente sem o conhecimento prévio do número correspondente à escala selecionada (Trubyte Biotone-Dentron) Os pacientes foram divididos em 6 grupos: *negros, *mulatos,*amarelos, *brancos de cabelos pretos, *brancos de cabelos castanhos,* brancos de cabelos louros. Os resultados mostraram que : os dentes mais claros predominaram em todos os grupos; o grupo amarelo apresentou maior porcentagem nos dentes escuros; a porcentagem de pacientes negros, mulatos e amarelos que apresentaram dentes escuros foram maiores do que em pacientes brancos; a porcentagem de pacientes brancos de cabelos louros que apresentaram dentes claros foi menor que os demais grupos de pacientes brancos. Pelos resultados obtidos, conclui-se nitidamente que a cor da pele e cabelo não são indicadores válidos e não devem ser usados como referência para determinar a cor dos dentes artificiais para as dentaduras, caso se queira reproduzir o que ocorre na natureza.

Unitermos: cor dos dentes, seleção de cor dos dentes, dentes artificiais

Autora do resumo: Linda Wang.

HOLLAND, R. et al. A análise do selamento marginal obtido com cimentos à base de hidróxido de cálcio. Rev. APCD ,v.50, n.11, p.61-3. Jan/fev, 1996.

É indiscutível a necessidade de um bom selamento do canal após a sua obturação. Há muitas variáveis que podem influenciar na qualidade dos resultados pretendidos, e dentre esses está o tipo de cimento obturador. São muitos os cimentos obturadores destinados ao tratamento endodôntico. Materiais à base de hidróxido de cálcio são relativamente recentes para exercer essa função e por isso vários estudos têm sido realizados no sentido de avaliar a sua eficácia. As propriedades físicas e biológicas são as principais preocupações. No trabalho a seguir, foram avaliados quatro cimentos à base de hidróxido de cálcio: Scalapex, CCRCs, Apexit e Sealer 26. Cimento de óxido de zinco eugenol foi utilizado como controle. Utilizou-se de 50 dentes unirradiculares recém-extraídos e mantidos em água. As coroas foram eliminadas e os canais preparados, com limite de instrumentação a 1mm aquém do fôrame apical. O limite foi ampliado até a lima Kerr 40, escalonando-se até a lima 80. O preparo foi constantemente irrigado com a solução de Milton. Os canais foram obturados com cone de guta percha e os respectivos cimentos, através da técnica de condensação lateral. Os cimentos foram manipulados de acordo com o fabricante. Todos os dentes foram secos e impermeabilizados externamente com Araldite e mantidos os ápices em água por 24 horas, sendo posteriormente submetidos à imersão em azul de metileno a 2% (elemento traçador) e em ambiente à vácuo, diminuindo chances de obtenção de falsos resultados. Após 12 horas, foram lavados secos e cortados ao meio no sentido longitudinal. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, após análise com lupa estereoscópica e ocular milimetrada medindo-se as infiltrações marginais. Concluiu-se por esse trabalho, que todos os cimentos à base de hidróxido de cálcio exibiram melhor vedamento do canal radicular que o cimento de óxido de zinco e eugenol. Também se verificou que os cimentos Scalapex, Apexit e Sealer 26 demonstraram resultados semelhantes entre si e todos superiores ao valor obtido para o CRCS.

Unitermos: obturação de canal; infiltração marginal; hidróxido de cálcio

Autora do resumo : Linda Wang

LOURENÇO Jr., F. de T. et al. Avaliação da composição morfológica da microbiota subgingival após a irrigação de bolsas periodontais, com diferentes substâncias. Rev. da FOB, v. 2, n.3, p.39-44. Out/Dez, 1994.

A fim de eliminar a placa bacteriana como fator etiológico das doenças periodontais, a raspagem e o alisamento radicular têm sido o procedimento de eleição podendo ou não ser complementado por intervenção cirúrgica ou uso de medicação local e/ou sistêmica. Quanto mais profunda a bolsa periodontal, mais severas são as falhas quanto à remoção de cálculo e placa subgingival. Desse modo, uma ação medicamentosa local pode mostrar-se útil na complementação do tratamento. Há várias formas de aplicação local, incluindo vantagens como possibilidade de aplicar um medicamento com menor dosagem, acesso direto à área afetada e viabilidade de repetições periódicas sem efeitos colaterais. O objetivo desse estudo foi o de analisar a efetividade de 5 soluções irrigadoras quanto à capacidade de se alterar a microbiota subgingival de bolsas periodontais. As soluções analisadas foram: solução de tetraciclina a 50 mg/ml, peróxido de hidrogênio a 3%, solução de clorexidina a 0,02% (controle positivo), solução de iodo a 1% (não alcóolico) e solução de cloreto de sódio a 0,85% (controle negativo). Realizou-se coleta e contagem percentual dos morfotipos bacterianos em cada sítio, 7 dias antes da irrigação, 24 horas, 7 dias, 15 dias e 30 dias após o procedimento. Os resultados permitiram concluir que a solução de cloreto de sódio não apresenta a capacidade de alterar efetivamente a microbiota subgingival; que a solução de clorexidina a 0,02% e a solução de iodo a 1% demonstraram melhores resultados, tendo esta última efeito residual por até 30 dias. Existe portanto a possibilidade do uso rotineiro das substâncias químicas como forma de tratamento complementar à raspagem e alisamento radicular.

Unitermos: periodontia; irrigação subgingival; tratamento; microbiota.

Autora do resumo : Linda Wang

FIGUEIREDO, J. A. P. de et al. Pulpotomias com laser. Rev.gaúcha Odont. v.43, n.4, p.197-9, Jun/Ago, 1995.

A pulpotomia tem sido preconizada na odontologia como tratamento provisório ou definitivo. Nos casos de dentes permanentes jovens com ápice aberto, a pulpotomia é sempre o recurso eleito como forma de se obter a formação da raiz, quando o elemento é atingido por cárie ou trauma profundo. Durante o procedimento, o sangramento intenso muitas vezes demanda tempo e torna difícil a manutenção da cadeia asséptica. Com o uso de laser de CO₂, há vantagens como o menor sangramento, sem ocorrência de trauma mecânico ou contaminação bacteriana. O calor intenso gerado, porém, deve ser considerado. Por esse estudo, procurou-se analisar aspectos clínicos com o uso desse laser em pulpotomias realizadas em 66 dentes sadios de cães, distribuídos em 6 grupos. Os tetos das câmaras foram removidos com brocas esféricas diamantadas sob refrigeração e complementada com escavadores de dentina. A hemostasia foi obtida com irrigação constante de soro fisiológico e pelotas de algodão estéril. Os grupos foram divididos quanto à irradiação recebida: 1-irradiação por 1s com 5 watts de potência, 2-2s a 3 watts, 3- 2s a 5 watts, 4- 1s a 3 watts, 5-modo contínuo, 6-controle(sem irradiação). O laser foi padronizado para todos os grupos. Conclui-se que 3 watts de potência era suficiente para irradiar o tecido pulpar e que o tempo de exposição do raio tem influência na manifestação clínica: grupos 1 e 4 causaram sangramento por 15 minutos e os grupos 2 e 3 por 10 minutos. O grupo 5 não causou sangramento. Todos os grupos apresentaram aspecto gelatinoso com tecido granular negro na superfície, cobrindo totalmente as polpas do grupo 5 e parcialmente dos demais grupos.

Unitermos: Pulpotomia; laser

Autora do resumo : Linda Wang

NEBOT, D. BONTE, E. GOLDBERG, M. Minéralisation pulpaire et dégénérescences calciques chez la personne âgée. Étude anatomique et analyse radiographique. Actualités odonto-stomat. n.195, p.409-21, Sept., 1996.

Com o avançar da idade do indivíduo, o dente começa a apresentar algumas modificações histológicas e morfológicas internas que refletem essencialmente numa redução do volume da câmara pulpar e canais radiculares e, às vezes, na presença de degenerações cálcicas intrapulpares que, por sua vez, acentuam as dificuldades durante os tratamentos endodônticos. Os autores procuraram demonstrar a distribuição da mineralização pulpar e a presença de degenerações cálcicas em pessoas com idade entre 60 e 90 anos comparadas a dois grupos de pacientes mais jovens de 20 a 40 anos e de 40 a 60 anos. Cinquenta dentes radiográficos foram envolvidos num estudo anatômico, onde depois de extraídos por razões patológicas, foram seccionados e analisados ao microscópio. Após isto, uma análise radiográfica foi realizada envolvendo 400 dentes pertencentes a 200 pessoas durante 2 anos. Os resultados deste trabalho mostraram que a mineralização pulpar e a presença de degenerações cálcicas do tipo pólipos pulpar são encontradas em todas as idades, mas são mais frequentes em pacientes idosos com mais de 60 anos. Assim, as modificações macro e microscópicas que aparecem com a idade têm uma incidência notável na clínica endodôntica. Elas são essencialmente a consequência da contínua aposição de dentina secundária e da degeneração fibrocálcica do endodonto através de toda a vida do dente.

Unitermos: anatomia; mineralização pulpar; radiografia.

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo.

DIB, L. et al. Ultrasonography evolution of bone lesions of the jaws. Oral Surg., v.82, n.3, p.351-7, Sept., 1996.

O objetivo deste trabalho é avaliar o papel da ultrassonografia como um exame complementar no diagnóstico de lesões intra-ósseas dos maxilares e correlacionar os conteúdos das lesões com os achados histológicos. A identificação do conteúdo da lesão facilitaria na decisão de se intervir para realizar uma biópsia incisional ou um tratamento cirúrgico completo e imediato. Os aspectos ultrassonográficos de 72 lesões intra-ósseas dos maxilares foram avaliados para identificar a utilidade deste tipo de exame. Como resultado, houve concordância entre exame ultrassonográfico e achado histológico em 92,3% dos casos com conteúdo sólido, 73,9% dos com conteúdo líquido, 7,7% com conteúdo denso e 92,8% com conteúdo misto. Assim, embora o objetivo da ultrassonografia de lesões intra-ósseas não seja de estabelecer diagnóstico definitivo, ela facilitará o diagnóstico diferencial entre lesões císticas e tumorais e é um excelente guia para biópsia numa área mais representativa. Como sendo um método não invasivo e de baixo custo, a ultrassonografia é recomendada como método complementar para o diagnóstico de lesões intra-ósseas dos maxilares. Por fim, se um conteúdo líquido é identificado na ultrassonografia, um procedimento cirúrgico deve ser realizado imediatamente. Por outro lado, se for sólido a lesão deve ser biopsiada para exame histopatológico e diagnóstico final antes de uma cirurgia definitiva.

Unitermos: doenças maxilares; diagnóstico bucal.

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo.

BUNETEL, L.; BONNAURE-MALLET, M. Oral pathoses caused by *Candida albicans* during chemotherapy. Oral Surg., v.82, n.2, p.161-5, Aug., 1996.

A mucosa bucal reflete a saúde do indivíduo. Por outro lado, as doenças da mucosa bucal afetam o estado geral de saúde do paciente. A candidíase oral aparece com alta frequência entre pacientes imunodeprimidos. Os mecanismos de desenvolvimento destas patologias orais associadas à *Cândida* são complexos e certamente multifatoriais. Em pacientes imunodeprimidos, eles compreendem a evolução da flora bucal associada com a influência de tratamentos antineoplásicos e imunossupressão. Também incluem a aderência da *C. albicans* às células epiteliais da cavidade bucal. E, por fim a interação e cooperação entre *Cândida* e bactéria poderiam ser consideradas um terceiro fator de influência sobre o desenvolvimento da candidíase oral. Assim, tendo como base estes conhecimentos e estas informações, parece importante determiná-los mais precisamente para melhorar as medidas preventivas e terapêuticas destas patologias bucais causadas pela *Candida albicans*.

Unitermos: candidíase bucal; doenças da boca; diagnóstico bucal.

Autora do resumo :Luciana Reis de Azevedo.

RAMIREZ-AMADOR, V. et al. Oral secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection. Oral Surg., v.81, n.6, p.652-4, July, 1996.

Este trabalho relata um caso de sífilis secundária em um paciente com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no qual a principal manifestação clínica da doença era uma lesão bucal extensa. A sífilis secundária é uma lesão relativamente incomum de se encontrar relacionada a pacientes infectados pelo HIV. É freqüente ser erroneamente confundida com carcinoma escamoso, leucoplasia, eritroleucoplasia, candidose, líquen plano e doenças granulomatosas, as quais, é claro, entram como diagnóstico diferencial. O paciente de 32 anos, sexo masculino, homossexual, apresentou-se com uma lesão bucal extensa, assintomática, lisa, característica de placas ou pápulas bucais com base eritematosa envolvendo palato mole, úvula, área tonsilar e pilares anteriores. O paciente possuía história médica suspeita de cancro duro. O VDRL foi positivo a um título de 1:64, o que confirmou o diagnóstico de sífilis. O paciente foi tratado com penicilina benzatina e com 3 semanas o título do VDRL caiu para 1:16. Por fim, o relato deste caso enfatiza a dificuldade de se chegar a um diagnóstico definitivo, ressaltando a importância de se incluir a sífilis secundária no diagnóstico definitivo de lesões orais em indivíduos infectados pelo HIV. Além disso, ressalta o fato de se realizar exames sorológicos rotineiros para sífilis em todos os pacientes HIV-infectados.

Unitermos: Candidíase bucal; Saúde bucal; Doenças da boca.

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo.

MAMAN, G. et al. Ostéome mandibulaire à extension infratemporale. Actualités odonto-stomat.; v.195, p.449-59, Sept., 1996.

Os osteomas são considerados tumores benignos e são, por definição, resultado de uma proliferação de osso compacto ou esponjoso. A etiopatogenia é mal definida, sendo que muitos autores o consideram o resultado da evolução de uma lesão de displasia fibrosa. Mesmo se tratando de tumores benignos, os osteomas representam certo perigo pelo fato de apresentarem desenvolvimento assintomático e podem atingir volumes, por vezes, bastante significativos, quando possuem expressão clínica tardia. O caso relatado envolve uma paciente de 35 anos com queixa principal de limitação da abertura bucal (25 mm), indolor e de desenvolvimento progressivo. A radiografia panorâmica revelou uma imagem radiopaca volumosa e homogênea ao nível do terço superior do ramo ascendente da mandíbula. Foram realizados exames tomográficos complementares e chegou-se a um diagnóstico presuntivo de osteoma. O tratamento cirúrgico foi indicado. Foram realizados 2 acessos cirúrgicos: um vestibular inferior e outro temporal. Com 3 meses pós-cirúrgicos, não existe qualquer seqüela morfológica e a abertura é de 32 mm. O exame histopatológico chegou a um diagnóstico final compatível com osteoma, característico. A exérese cirúrgica foi a única terapêutica possível e, no entanto, tinha de ser completa e limitar as conseqüências funcionais e estéticas. A importância da extensão infra-temporal complicou o acesso cirúrgico, o que foi motivo para se realizar uma discussão.

Unitermos: fossa pterigomaxilar; osteomas

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo

PÉROL, J.; DE LATOUR, M. Sénescence et gencive humaine. Actualités odonto-stomat. n.195, p.423-40, Sept., 1996.

Com o aumento da esperança de vida dos seres humanos, caminhando para atingir 115 anos, para os quais seremos programados, o estudo do envelhecimento e da própria senescência começa a nos chamar mais atenção bem como nos sensibiliza. A gengiva humana, assim como o resto do organismo sofre os efeitos da idade. Neste sentido, muitos autores têm discutido sobre diversas modificações da mesma, sendo que suas conclusões são bastante divergentes, quando não opostas. A gengiva envelhecida, ao contrário da pele, conserva, na aparência, sua juventude e as muitas modificações seriam o resultado de transformações mais ao nível de conjuntivo do que de epitélio. Além disso, há uma grande variedade individual e o limite entre o envelhecimento normal e o patológico não é sempre fácil de se notar. É interessante discutir sobre o envelhecimento para saber quais são as características decorrentes de condições fisiológicas e quais são conseqüências de um estado patológico e, ainda quais as correlações entre um parodontó doente e a senescência.

Unitermos: idade; gengiva.

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo.

PILUSO, S. et al. Cause of oral ulcers in HIV-infected patients. Oral Surg. v.82, n.2, p.166-72, Aug., 1996.

O objetivo deste trabalho é estudar as causas e os aspectos clínicos de úlceras orais em pacientes infectados com HIV. Pacientes HIV positivo com úlceras bucais a um certo tempo foram examinados, seja através de biópsia seja através de culturas virais, bacterianas ou fúngicas. Tiveram diagnósticos os mais variados possíveis como: úlceras aftosas, úlceras causadas pelo herpes vírus, linfomas, lues maligna. Assim, conclui-se que úlceras orais sem tumefação em pacientes HIV positivo podem representar uma fonte de dificuldades diagnósticas por causa da grande variedade de entidades patológicas e da multiplicação dos agentes etiológicos. A biópsia deve sempre ser realizada em úlceras de longa duração porque ou infecção ou processo neoplásico podem estar presentes. Na ausência de infecção ou neoplasia, estas lesões são então designadas como úlceras não específicas.

Unitermos. estomatite aftosa; herpes simples; doenças da boca.

Autora do resumo : Luciana Reis de Azevedo.

DUARTE, M.A.H., et al. Comparação entre as técnicas de instrumentação endodôntica manual e com CH2O Rev. APCD, v.50, n.2, p.153-5, Mar./Abr. 1996.

O objetivo deste trabalho foi avaliar e comparar a capacidade de remoção de corante aderido às paredes do canal empregando técnicas de Oregon modificada e Goering ora com método manual, ora com o aparelho mecânico CH2O. Este aparelho tem como princípio de ação a associação do movimento longitudinal de 1mm, à rotação de 350 no sentido horário e anti-horário. 40 caninos humanos, cujos remanescentes pulpaes foram removidos previamente tiveram seus canais preenchidos com tinta nankin. Os espécimes foram divididos em 4 grupos e instrumentados da seguinte forma: I) Goering- manual II) Óregon modificada- manual III) Goering-aparelho IV)Oregon modificada-aparelho. Após feita a instrumentação, seccionaram-se os dentes no sentido vestibulo-lingual e analisou-se a remoção do corante. Na análise dos resultados, a técnica de Oregon modificada mostrou pequena superioridade sobre a de Goering, performance atribuída ao duplo escalonamento. Comparando-se a técnica manual com a mecânica, a primeira se mostrou melhor, apesar de não haver diferença estatística significativa.

Unitermos: endodontia; canal radicular; terapia.

Autor do resumo : Marcos Madeira

FONTANA, M. Secondary caries: Relation with current criteria used to replace restorations. Gen. Dent. , v.43, n.2, p.143-54, Mar. 1995.

Cáries secundárias , a maior razão para a remoção de restaurações. é primariamente causada pela microinfiltração, resultante de fluidos ácidos e microorganismos que penetram na interface dente-restauração. O artigo propõe o diagnóstico desta enfermidade e as modalidades de tratamento. O fator predisponente é a doença passada. Outros fatores incluem a má higiene, dieta, nível sócio-econômico, fluxo salivar, etc. O diagnóstico inclui a anamnese, a transiluminação e as radiografias interproximais. A prevenção deste tipo de cárie é o preparo correto, a utilização de materiais restauradores de caráter preventivo, como o amálgama, o cimento de ionômero de vidro, e as resinas compostas. Importante, também é orientar o paciente, classificá-lo quanto ao risco à cárie e propor controles que variam de acordo com a sua maior ou menor susceptibilidade.

Unitermos: cárie; recidiva

Autor do resumo : Marcos Madeira

MORAND, J. M.; JONAS, P. Resin-modified glass-ionomer cement restoration of posterior teeth with proximal caries lesion. Quintessence. Int. , v.26, n.6, p.389-94, Jun.1995.

O desenvolvimento da Odontologia adesiva e os novos materiais restauradores permitem, agora, cavidades mais conservativas. O objetivo deste artigo foi descrever a técnicas de restauração de uma cavidade proximal com ionômero de vidro resino-modificado. Os autores recomendam tratamento conservador com acesso por vestibular ou lingual preservando a superfície oclusal intacta. Uma broca carbide 4 é recomendada para a remoção da cárie e preparo cavitário. A cavidade limpa com ácido poliacrílico a 10% por 15 seg. e lavada com água por mais 20 seg. Após a colocação da matriz (transparente que permite menor tempo de exposição) o material é injetado na cavidade com seringa Centrix. Os excessos são removidos com brocas para resina , discos abrasivos e tiras para polimento. A adesão à dentina e ao esmalte é aumentada com a proteção da restauração com verniz ou selante. De acordo com os autores, o sucesso da técnica depende da remoção total da cárie, da preservação do tecido dental e da inserção e proteção correta do material.

Unitermos: cavidades conservativas; cimento de ionômero de vidro.

Autor do resumo : Marcos Madeira

ANSARI, I. H. Quica repair of fractured complete denture anterior tooth with light cured composites.J. Prosthet. Dent., v.74, n.6, p.657, Dec. 1995.

É comum a necessidade de reparos em dentes anteriores de dentaduras completas. O reparo, na maioria das vezes feito em laboratório, tem seus inconvenientes como a dificuldade de executá-lo com resina acrílica, a dificuldade de duplicar aposição original do dente, o controle da polimerização e da porosidade destas resinas. Um método rápido e eficiente pode ser feito com o uso de resinas compostas. Usamos uma pequena broca para criar retenções na superfície do dente. Para aumentar esta superfície, tornando-a rugosa aplicamos clorofórmio por 3 a 5 seg. e enxaguamos. Agente e resina composta são então aplicados. Contorno e polimento são feitos com pontas diamantadas e discos de óxido de alumínio.

Unitermos: prótese total; reparo

Autor do resumo : Marcos Madeira

BENOLIEL, R. Palatal root hemisections and subsequent tooth restoration: a simple procedure Br.Dent., v.178, n.20, p.375-378, May.1995.

A hemiseccção da raiz palatina dos molares superiores é recomendada quando a raiz é afetada por cáries profundas, fratura cervical, infecção periapical recorrente ou doença periodontal que tenha deixado a furca vestibular intacta. Após o tratamento endodôntico, o corte é feito. Utiliza-se uma broca estéril de tungstênio carbide que faz o corte méso-distal. Este após ter sido realizado completamente permite a remoção da raiz e da coroa (que também é removida). É feito debridamento e aplainamento desta raiz, planejamento e determinação, se necessário, de cirurgia óssea ou mucogengival. Após a cirurgia, uma restauração provisória deve ser feita e a coroa permanente deve ter uma redução da mesa oclusal para direcionamento das forças no sentido do longo eixo do dente. A hemiseccção com remoção também da coroa oferece vantagens cirúrgicas, restaurativas e de conservação, pois facilita a higiene.

Unitermos: hemiseccção.

Autor do resumo : Marcos Madeira

DE BOER, M. R. J. et al. Complications after mandibular third molar extraction. Quintessence Int. , v.26, n.10, p.779-84, Oct.1995.

Foi realizado uma retrospectiva relatando as complicações na remoção cirúrgica de 3º molares mandibulares. 1797 pacientes foram estudados pela idade, indicação da cirurgia, posição radiográfica, tratamento e técnica cirúrgica e complicações pós-operatórias. Um total de 2390 3º molares mandibulares. Mais da metade deles exigiu osteotomia. Foi receitado acetoaminofem e as instruções foram dadas a todos os pacientes. Pós operatório com complicação foi observado em 252 casos. As complicações aumentam com a idade e são estatisticamente significante para pacientes com mais de 25 anos. As complicações estiveram em 18,9% dos pacientes com mais de 25 anos, contra 11,4% dos mais jovens que 25 anos. As taxas também aumentavam quando a inflamação pericoronar estava presente. E uma tendência às complicações pós-operatórias era dada pelos dentes que se mostravam em posição mais aberrante e que exigiam procedimentos mais invasivos. Não foi encontrada diferença entre homens e mulheres.

Unitermos: cirurgia; 3º molar; complicações.

Autor do resumo : Marcos Madeira

PISKIN, S. ; TURKIN, M. Stability of various sodium hypochlorite solutions. J.Endod. , v.21, n.6, p.253-55, jun. 1995.

A estabilidade das soluções de hipoclorito de sódio, substância irrigadora bastante utilizada em endodontia, pode ser afetada pela temperatura, pH, luz, e presença de outros materiais. Três agentes foram usados: Clorox, Hypo e Domex. Eles todos tinham data de produção de duas semanas antes do teste. Para o teste de efeito de diferentes concentrações (0,5% e 5%) e temperatura de estocagem (4°C e 24°C) na estabilidade, 4 espécimes foram preparadas de cada um. A porcentagem de cloro foi medida nos dias 0 a 15, 22, 29, 36, 43, 60, 95, 131, 177, e 200. O pH foi medido nos dias 60 e 200. Os resultados mostraram que a 24°C de estocagem a decomposição é maior e que a 4°C as soluções de 0,5% e 5% tiveram boa estabilidade sem sequer diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença entre as marcas e o pH não afetou a estabilidade das soluções.

Unitermos: hipoclorito de sódio; soluções.

Autor do resumo : Marcos Madeira

SÜBAY, R. K.; ASCI, S. Human Pulpal Response to Hidroxyapatite and a Calcium Hidroxiide Material as Direct Capping Agent. Oral surg Oral Med Oral Pathol., v.76, n.4, p.485-92, Oct. 1993.

O hidróxido de cálcio é considerado o melhor agente de capeamento direto por possuir efeitos benéficos, tal como a indução de ponte de tecido duro pela polpa exposta. Schröder mostrou mais especificamente que estes efeitos são necrose por coagulação produzida pelos íons hidroxila que induzem as células da polpa. Vários materiais têm sido testados para se observar seus efeitos sobre a polpa, entre eles, a hidroxiapatita, reconhecida como um material extremamente biocompatível para tecidos duros e osso. O objetivo deste trabalho foi avaliar o uso de hidroxiapatita como agente de capeamento direto em dentes humanos e comparar com hidróxido de cálcio (Dycal). Dentes que deveriam ser extraídos por motivos ortodônticos, clinicamente intactos (sem cáries, sem atrição superficial e sem sinais de traumas), foram isolados e preparados para cavidades classe V com pequena exposição pulpar. As cavidades foram irrigadas com solução salina e a hemorragia foi controlada com paletes de algodão esterilizados. Metade dos dentes foi capeada com hidroxiapatita sintética e a outra metade com hidróxido de cálcio. Todas as cavidades foram seladas e restauradas com amálgama. Os dentes foram extraídos após os períodos experimentais de 2, 30 e 60 dias para verificação de alterações. Nenhum dente capeado com hidroxiapatita apresentou formação de ponte de dentina, entretanto, todos apresentaram moderada reação inflamatória pulpar. Já dentes capeados com hidróxido de cálcio no período experimental de 2 dias apresentaram moderada inflamação pulpar, sem evidência de formação de ponte de dentina; no período de 30 dias, apresentaram inflamação mínima, mas sem barreira dentinária. No período de 60 dias ocorreu a formação de ponte dentinária. Concluiu-se que a hidroxiapatita não tem nenhum efeito na dentinogênese quando utilizada como agente de capeamento direto.

Unitermos: ponte de dentina; exposição pulpar; reação inflamatória pulpar

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

GARCIA, G.; ROSELL, F. L.; SAMPAIO, J. E. C. Tratamento da Hipersensibilidade Dentinária. Rev. Gaúcha de Odontologia, v.44, n.4, p.237-39, Jul/Ago. 1996.

A hipersensibilidade dentinária aparece nas superfícies radiculares expostas, gerando desconforto ao paciente. Acredita-se que o estímulo chegue à polpa através da rápida movimentação de fluidos dentro dos túbulos dentinários (teoria hidrodinâmica). O tratamento consiste na obliteração da entrada dos túbulos, evitando a transmissão de estímulos à polpa. O objetivo do presente trabalho foi observar a efetividade do selante associado à solução de hidróxido de cálcio na redução ou eliminação da hipersensibilidade dentinária. Dentes de pacientes com hipersensibilidade, inicialmente, foram isolados com rolos de algodão e secos com jatos de ar, evitando contaminação. Em seguida, aplicou-se solução de hidróxido de cálcio sobre a superfície dentinária sensível, após 5 minutos foi aplicado o selante químico Delton. Alguns dentes receberam apenas a aplicação do selante. O estímulo empregado foi o ar e o intervalo de aplicação foi de 7 dias. Todos os dentes que inicialmente possuíam desconforto, mas sem apresentar dor considerável, verificou-se o término desse desconforto no final do tratamento. Nos casos de sensibilidade com dor aguda durante e após a aplicação do estímulo, obteve-se melhores resultados quando da aplicação da associação dos produtos. No geral, a associação de selante com solução de hidróxido de cálcio apresentou melhores resultados, porque o selante contribui para o bloqueio da entrada dos túbulos dentinários, além de aumentar o tempo de permanência do hidróxido de cálcio com a dentina, induzindo a formação de dentina peritubular reparadora.

Unitermos: túbulos dentinários; selante; solução de hidróxido de cálcio

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

GILPATRICK, R. O.; JOHNSON, W.; MOORE, D.; TURNER, J. Pulpal Response to Dentin Etched With 10% Phosphoric Acid. Am. J. Dent., v.9, n.3, p.125-9, June. 1996.

O objetivo deste trabalho foi verificar a evolução histopatológica do efeito do condicionamento em dentina com ácido fosfórico a 10% em cavidades preparadas em pacientes jovens. 24 pacientes ortodônticos que requeriam extrações de pré-molares foram selecionados para o estudo. Cada paciente tinha classe V com restauração de resina composta em 2 pré-molares selecionados para extração. Cada preparação tinha corte circular com 2mm em circunferência e 0,5mm em dentina. A dentina de um pré-molar selecionado aleatoriamente foi condicionada com ácido fosfórico a 10% (Bisco) por 20 segundos, sendo, em seguida, aplicado o agente adesivo (All Bond 2) e restaurado com resina composta (Silux). O pré-molar oposto recebeu uma preparação similar, mas a superfície dentinária foi protegida com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável antes do condicionamento do esmalte. Um dos pré-molares foi selecionado como controle negativo, não recebendo nenhum tratamento. 14 dias após as restaurações, os dentes foram extraídos e examinados histologicamente para verificação de reações do tecido pulpar. Injúrias pulpares foram avaliadas por parâmetros histopatológicos, incluindo necrose, infiltração de células inflamatórias e outros indicadores. Usando a análise de Kruskal-Wallis, não houve diferença estatisticamente significativa na histopatologia pulpar dos dentes com dentina condicionada *versus* os dentes com dentina protegida ou o controle negativo.

Unitermos: condicionamento ácido de dentina; reações pulpares

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

VAN DER WEIJDEN, F. A. et al. Toothbrushing duration and plaque removing efficacy of electric toothbrushes. Am. J. Dent., v.9, special issue, p.S31-6, July. 1996.

A proposta deste estudo foi testar a eficácia da remoção de placa de 3 diferentes escovas de dentes em relação à duração da escovação. As escovas estudadas foram Sonicare, Braun Plak (D7) e Plak Control modificada com velocidade aumentada (D9). A primeira parte do estudo foi dividida em quatro experimentos, os quais eram diferentes somente no tempo de escovação. Os tempos avaliados foram 15, 30, 45, 60 segundos por quadrante. Depois de 48 horas de acúmulo de placa, todos os indivíduos participantes (22) foram escovados profissionalmente, usando aleatoriamente uma escova em um quadrante (sem dentifrício). A segunda parte do estudo foi dividida em 3 etapas, nas quais foram testadas as mesmas três marcas de escovas. Participaram, nesta parte, 49 indivíduos. Eles receberam uma breve instrução do uso de cada escova e levaram para casa para familiarização de cada escova num período de duas semanas. Depois de 48 horas de acúmulo de placa, eles escovaram aleatoriamente os quatro quadrantes, cada um com um diferente tempo de escovação (15, 30, 45, 60 segundos). A amostra de placa dental foi avaliada pré e pós-escovação pelos parâmetros de Silness & Loe plaque index em seis locais de cada dente escovado. Os resultados da primeira e segunda parte mostraram um aumento na eficácia de todas as escovas, variando de 1 a 4 minutos por quadrante. Na primeira parte, a D7 foi mais efetiva que a Sonicare em 15, 30 e 45 segundos de escovação por quadrante, entretanto, a D9 foi mais efetiva em todos os tempos de escovação. Na segunda parte, ambas D7 e D9 foram mais efetivas que a Sonicare. Essas diferenças foram, principalmente, causadas pela grande remoção de placa pela D7 e D9 nas áreas proximais.

Unitermos: escovação; placa dental

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

CONDE, M.; SARAIVA, M. C. P.; KON, S.; TODESCAN, J. H.; PUSTIGLIONI, F. E. PSR: Um Método Simplificado de Diagnóstico Periodontal. Revista APCD, v.50, n.2, p.139-42, 1996.

O PSR (Periodontal Screening & Recording) é um exame de triagem de pacientes com doenças periodontais e que, ao mesmo tempo em que seleciona pacientes pela severidade de doença, direciona o profissional quanto às necessidades de tratamento. Para realização do exame, divide-se a boca em sextantes, iniciando sempre pelo superior posterior direito, seguido do superior anterior, e assim por diante, em sentido horário. A sonda deve penetrar no sulco gengival, com pressão suave, paralelamente ao longo eixo do dente, a sondagem é feita de maneira circunferencial. Na ficha, deverá somente ser anotado o escore mais alto observado em cada sextante, no local correspondente ao mesmo. O diagnóstico é subdividido da seguinte maneira: código 0 (saúde periodontal); código 1 (gengivite: a faixa colorida da sonda encontra-se totalmente visível, é observado sangramento à sondagem); código 2 (gengivite ou periodontite leve: faixa da sonda totalmente visível, presença de cálculo ou margens de restaurações mal adaptadas no nível intra sulcular); código 3 (periodontite moderada: faixa colorida da sonda parcialmente intra sulcular); código 4 (periodontite severa: faixa colorida da sonda totalmente no interior do sulco). O sistema descrito não visa substituir o exame periodontal padrão e, sim, triar os pacientes que devem receber um exame mais detalhado, otimizando, dessa forma, o tempo no consultório.

Unitermos: doença periodontal; sulco gengival

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

FERRARI, M. ; DAVIDSON, C. L. Sealing Capacity of a Resin - Modified Glass - Ionomer and Resin Composite Placed in Vivo in Class 5 Restorations. Oper Dent., v.21, n.2, p. 69-72.

Uma solução de azul de metileno foi usada para verificar fendas em restaurações de cavidades classe V com cimento de ionômero de vidro resino-modificado (Fuji II LC) e sistema adesivo/resina composta (Scotchbond Multi Purpose/ Z100), feitas em 17 adultos. Os dentes foram extraídos 70 e 90 dias após a inserção das restaurações e foram imersos por 24 horas na solução de azul de metileno. Após 7 dias das extrações, os dentes foram seccionados inciso-apicalmente, tendo como referência o centro de cada restauração. Cada dente foi inspecionado por um microscópio com aumento de 20 vezes para determinar o grau da penetração da solução. Após verificação dos resultados obtidos, concluiu-se que o cimento de ionômero de vidro resino-modificado e o agente adesivo de dentina combinado com resina composta não mostraram diferenças estatísticas em termos de microfendas nas margens cervical e incisal das restaurações e que nenhum dos sistemas restauradores foi capaz de prevenir completamente o aparecimento de microfendas nas restaurações classe V, entretanto, não mais que 30% das restaurações apresentaram microfendas.

Unitermos: microfendas; solução de azul de metileno; restaurações classe V

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

ABDALLA, A. I.; ALHADAINY, H. A. 2-Year Clinical Evaluation of Class I Posterior Composites. Am. J. Dent., v. 9, n. 4, p. 150-52, Aug. 1996.

A proposta deste estudo foi avaliar a evolução clínica de diferentes marcas de resinas compostas em restaurações classe I de dentes posteriores. 45 pacientes (com idade entre 22 e 38 anos) participaram da pesquisa. Um total de 120 cavidades classe I foram preparadas em molares permanentes e restauradas com 4 sistemas de resina composta para dentes posteriores (Clearfil Photo Posterior, Z100, Herculite XR, Heliomolar RO). As restaurações foram avaliadas após 1 e 2 anos, usando como critério USPHS. Após 1 ano, as restaurações com Z100 foram consideradas alfa em todos os critérios. Clearfil P P, Herculite XR e Heliomolar RO mostraram mudanças desprezíveis na coloração, forma anatômica e adaptação marginal. Após 2 anos, nenhuma diferença significativa foi encontrada na evolução da descoloração cavo-superficial de todos materiais testados. Z100 e Herculite XR apresentaram significativamente maior estabilidade na coloração que Clearfil P P e Heliomolar RO. Quanto a forma anatômica, Z100 apresentou um grau de estabilidade maior que os outros grupos. Heliomolar RO revelou a mais baixa porcentagem de adaptação marginal.

Unitermos: dentes posteriores; adaptação marginal; forma anatômica

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

VALE, T. S. Presença do canal cavo inter-radicular em molares superiores e inferiores. Rev. Odontol. USP, v.10, n.3, p.207-14, jul./set. 1996.

O objetivo deste estudo foi a investigação da presença de forâminas acessórias na região de furca e soalho de câmara pulpar de molares superiores e inferiores. Foram analisados quinze molares superiores e quinze molares inferiores, seccionados a 1mm da região de bifurcação e soalho de câmara. As amostras foram observadas pelos autores através de três métodos: olho nu, lupa comum com aumento de 3 vezes e microscópio eletrônico de varredura com aumento de 15 a 1500 vezes. Os resultados foram tabelados, comparados e analisados. Ao microscópio eletrônico de varredura, foi detectado maior número de forâminas no soalho em relação a lupa e olho nu. A incidência de forâminas detectadas na furca foi superior a do soalho nos três métodos, sendo estatisticamente significante ($z=3.22$). Os molares inferiores apresentaram maior número de forâminas na furca e no soalho (46,6%) em relação aos molares superiores (26,6%), embora não estatisticamente significante se comparada cada região (soalho e furca) individualmente ($z=0,12$; $z=1,72$, respectivamente). As maiores forâminas de soalho e de furca foram encontradas em molares inferiores. O número de forâminas passíveis de instrumentação, ou seja, com diâmetro acima de $60\mu\text{m}$ e permitindo acesso à lima de menor calibre existente no arsenal endodôntico (n.º 6), foi bastante reduzido, implicando na dificuldade de encontrá-las clínica e radiograficamente. O autor ressalta a possibilidade dos canais cavo inter-radulares serem responsáveis por patologias na área de furca quando ocorrer necrose pulpar e indica a necessidade de se vedar o soalho da câmara pulpar após a obtenção dos canais radiculares de dentes multirradiculados.

Unitermos: anatom; canal cavo inter-radicular; cavidade da polpa dentária

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

CERTOSIMO, A. J.; ARCHER, R. D. A clinical evaluation of the electric pulp tester as an indicator of local anesthesia. Oper. Dent., v.21, p.25-30, 1996.

Esse estudo se utilizou de um aparelho para testes pulpares elétricos a fim de testar a anestesia previamente à realização da terapia endodôntica, a fim de prever o grau de analgesia antes do início do tratamento restaurador. Um aparelho para testes elétricos de tecnologia analítica foi usado para detectar vitalidade e analgesia em 138 dentes de pacientes saudáveis. Dentes com restaurações grandes, coroas totais, restaurações metálicas fundidas, margens insatisfatórias, tratamento endodôntico prévio e doença periodontal foram excluídos. A vitalidade foi avaliada antes e após a injeção da solução anestésica (lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000). O grau de analgesia foi avaliado através de questionamento subjetivo e pressionamento da mucosa com palitos de madeira para exame clínico. O tratamento restaurador foi realizado em seguida. Todos os participantes reportaram sinais de insensibilidade labial e respostas negativas ao uso de palitos para exame clínico tocando e pressionando a mucosa. Em 109 pacientes (79%) não houve sensação dolorosa durante a terapia. Uma pequena sensibilidade foi percebida em 15 dentes (11%) e dor moderada, em 14 dentes (10%). Nenhum dos pacientes relatou dor severa. Quando os níveis de dor foram comparados em cada dente, os problemas foram mais freqüentemente relacionados aos dentes posteriores superiores e inferiores e dentes anteriores inferiores. Todos os dentes que requereram reaplicação de anestesia se localizavam na mandíbula. Os dentes mandibulares anteriores tiveram problemas de anestesia em um grau estatisticamente significativo. Os valores dos testes elétricos pulpares corresponderam aos problemas de analgesia (dor suave a moderada) durante o tratamento, fornecendo 99% de previsibilidade. Os testes elétricos podem ser usados com sucesso para a previsão dos possíveis problemas relacionados à anestesia durante os procedimentos operatórios. Eles também mostram a possibilidade de falhas com relação à manobra de palpação e pressionamento de tecido mole para a constatação de anestesia pulpar.

Unitermos: eletro estimulação; canal radicular; terapia analgesia

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

WILLIAMSON, R. Clinical management of galvanic current between gold and amalgam. Gen. Dent., v.44, p.70-3, 1996.

Uma série de reações eletrogalvânicas podem ocorrer entre restaurações de metais diferentes, como o ouro e o amálgama. Quando uma restauração metálica contactar uma prótese, um instrumento odontológico, uma outra restauração ou até mesmo um utensílio alimentar, poderá ocorrer uma dor aguda e lancinante no momento do contato. Um outro tipo de corrente galvânica resulta em uma dor aborrecida e persistente que poderá levar a danos pulpares. Os sintomas incluem: desconforto, gosto metálico, queimação, dores de cabeça, vertigem e prurido nas articulações. Com o tempo, as dores de origem galvânica tendem a diminuir. Um dispositivo de borracha colocado entre duas restaurações de diferentes metais em contato proximal, poderá auxiliar no diagnóstico diferencial em relação a dores de origem pulpar, doença periodontal, contato oclusal defectivo, defeitos nas restaurações e síndrome do dente gretado. Se a dor for de origem galvânica cessará imediatamente através desse artifício. O tratamento inclui a utilização de vernizes cavitários sob as restaurações, a colocação de resina composta na superfície externa do amálgama e até a criação de uma camada de produtos de corrosão (como o nitrato de prata com eugenol). O artigo relata dois casos clínicos de pacientes do sexo feminino que possuíam superfícies restauradas com amálgama somente (primeiro caso clínico) ou amálgama junto a coroas totais de ouro (segundo caso clínico), e que causavam dores compatíveis com os sintomas do galvanismo. O tratamento consistiu respectivamente na confecção de uma caixa mesial restaurada com resina composta e na utilização de uma camada de adesivo na superfície da restauração de amálgama.

Unitermos: corrente galvânica; restauração metálica; verniz cavitário

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

ZHUKOVSKY, L. et al. Repairing porcelain restorations intraorally: techniques and materials. Compend. Contin. Educ. Dent., n.17, p.18-29, 1996.

Esse artigo fornece uma ampla visão das técnicas e materiais para reparos de porcelana e compara os quatro sistemas mais populares: Clearfil Porcelain Bond, Etch-Free, Cerinate Prime e ALLBOND. As restaurações de porcelana têm um potencial para fratura em função de fatores como: fadiga, forças oclusais, incompatibilidade entre coeficiente de expansão térmica da porcelana e da infra-estrutura de metal, baixo módulo de elasticidade de alguns metais, design impróprio, trauma, etc. Entre os fatores que devem ser considerados no reparo de porcelanas fraturadas estão: retenção, acabamento de superfície, seleção correta da cor e contorno apropriado. Em termos de retenção, para se criar irregularidades de superfície, alguns sistemas atuais usam condicionadores como o ácido fluorídrico ou o flúor fosfato acidulado. Dois dos mais importantes processos de reparo são as retenções químicas (agentes de silanização) e macromecânicas seguidos pelas retenções micromecânicas e adesão de metais. As retenções micromecânicas parecem ainda predominar nos sistemas de adesão de resinas compostas para metais e porcelanas. A adesão do metal depende de um tratamento propício de sua superfície e da seleção de um sistema adesivo que contenha um primer com excelente capacidade de molhamento. A aplicação de sistemas de reparo de porcelana geralmente requer passos semelhantes: tratamento mecânico da porcelana fraturada e da superfície metálica exposta (com jatos de areia e/ou pontas diamantadas, etc.), tratamento ácido da porcelana fraturada, condicionamento/aplicação do primer na porcelana, aplicação e ativação do agente de união, colocação de opaco e resina composta. Os novos sistemas de reparo de porcelana oferecem excelente durabilidade de adesão e resistência de união. Também proporcionam ligações forte e duráveis, tanto para porcelana quanto para metal que excedam a força coesiva da porcelana.

Unitermos: porcelana; reparo; retenção mecânica; retenção química

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

ADAMS, D. Calculus-inhibition agents. A review of recent clinical trials. Adv. Dent. Res., v.9, p.410-18, 1995.

O cálculo sub e supragengival pode estar relacionado à recessão gengival quando formado em grande quantidade. Dentifrícios que contêm agentes anticálcico como o pirofosfato têm mostrado uma considerável redução na sua formação. Essa revisão de literatura examina as publicações de estudos clínicos dos agentes inibidores da formação de cálculo desde 1988 e revisa os métodos de quantificação do cálculo formado. Não existe nenhum método ideal que forneça escores para a quantidade de cálculo formado sobre os dentes. O índice VOLPE-MANHOLD (V-MI) é o mais usado. Ele quantifica o cálculo formado na superfície lingual dos 6 dentes inferiores anteriores nos planos mesial, central e distal através dos valores médios de uma sonda periodontal convencional graduada em milímetros. Outros métodos incluem o índice da linha marginal (MLI), que estima a proporção da margem gengival que possui cálculo em formação, e o uso de microscópio eletrônico de varredura, que registra a quantidade de crescimento do cálculo. Os agentes cristalinos inibidores de crescimento, pirofosfato e citrato de zinco, têm recebido a maior atenção quando se trata de estudos sobre agentes anticálcico. O prolongamento de suas atividades na cavidade bucal após a escovação com dentifrício tem sido alcançado. O copolímero do éter polivinilmetílico e do ácido maleico anidro, parecem aumentar a eficácia dos pirofosfatos como agentes anticálcico e a retenção do agente antimicrobiano, triclosan, na placa. A atividade anticálcico do zinco cresce quando combinado com o triclosan. Algumas tentativas clínicas demonstram uma continuidade da atividade anticálcico e anticariogênica quando fluoretos forem incorporados junto aos pirofosfatos ou citrato de zinco nos dentifrícios. Os novos dentifrícios que contêm um agente anticálcico com o bicarbonato de sódio tem sido o objeto de estudo de algumas pesquisas que sugerem que o bicarbonato não interfere na quantidade dos agentes anticálcico.

Unitermos: cálculo dentário; pirofosfato

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

RUD, J.; RUD, V.; MUNKSGAARD, E.C. Long-term evaluation of retrograde root filling with dentin-bonded resin composite. J. Endodon., v.22, p.90-3, 1996.

Para o sucesso no uso de materiais a base de resina composta em obturações retrógradas, os "gaps" entre o material obturador e a superfície radicular deverão ser eliminados. O artigo se propõe a determinar se este material continua a proporcionar selamento após 8 a 9 anos. Desde 1984, os autores têm realizado obturações retrógradas com agente adesivo dentinário (Glumal e uma resina composta especial-Retroplast). Das primeiras 34 obturações consecutivas, 33 foram reavaliadas e mostraram completa cicatrização periapical após o período de um ano. A cicatrização é estimada por radiografias e caracterizada por cicatrização óssea com ou sem ligamento periodontal detectável. Seis entre as obturações originais foram avaliadas após 8 anos e 27 foram examinadas após 9 anos. Somente um único paciente sofreu recorrência de rarefação assimétrica localizada na porção distal do ápice radicular do segundo premolar superior. Nos demais 33 casos, a completa cicatrização óssea ainda estava presente. Em nove pacientes, as obturações mostravam um espaço para o ligamento periodontal com largura normal e lâmina dura. Uma obturação foi confeccionada no ápice de um canal radicular infectado sem o procedimento endodôntico tradicional em que se utiliza guta percha no interior do canal. Mesmo assim, 9 anos após, havia uma cicatrização óssea completa. Os autores concluem dizendo que quando uma completa cicatrização óssea for observada um ano após a obturação retrógrada, é de se esperar que permaneça segura. Novos fatores, como uma fratura radicular, poderão alterar os resultados.

Unitermos: obturação retrógrada; resina composta; remodelação óssea

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catramby

VAN DIJKEN; SJOSTROM, S. Gingival reactions and plaque formation on resin composites and glass-ionomer cements. Adv. Dent. Res., v.9, p.363-6, 1995.

Esse artigo revisa o crescimento de placa e as reações gengivais adjacentes à resina composta e às restaurações de cimento de ionômero de vidro. Independente das grandes variações na lisura de superfície e composição química dos materiais restauradores, nenhuma diferença clinicamente mensurável na presença ou desenvolvimento de placa e gengivite foram até então observadas. Entretanto, sinais mais pronunciados de gengivite subclínica adjacentes às resinas compostas, comparados a superfícies não restauradas, foram evidenciados por um aumento nos níveis de fluido crevicular. Isso pode ser explicado pela composição química dos compósitos e/ou quantias clínicas, porém não visíveis, de placa dental que aumentaram a taxa de recolonização da superfície. A recolonização mais rápida poderá implicar em um maior risco de doença periodontal em pacientes suscetíveis, especialmente quando as resinas compostas são usadas mais frequentemente em áreas posteriores de difícil higienização. Inicialmente, uma menor frequência de mutans foi vista em cimentos ionoméricos liberadores de flúor e cimentos tipo CERMET quando comparados ao amálgama, resinas compostas e esmalte. Entretanto, após longos períodos, essa diferença desapareceu provavelmente devido a um nível residual baixo de flúor liberado pelo cimento, que não teve efeito sobre os microorganismos. O efeito cariostático do flúor geralmente é explicado em termos de uma solubilidade do esmalte reduzida e um aumento na remineralização desse esmalte. Explicações adicionais incluem o efeito inibidor do flúor no metabolismo e crescimento dos microorganismos orais. Além disso, a energia de superfície dos cristais de apatita podem ser reduzidas e, portanto, torna-se mais difícil para a placa dental aderir. Por causa desses fatores, foi sugerido que a formação de placa adjacente às restaurações de ionômero de vidro poderá ser diminuída, apesar de alguns estudos questionarem essa conclusão.

Unitermos: placa dentária; cimentos de ionômero de vidro; resina composta

Autora do resumo : Marcela Ferraz Catarmby

LEE, Y. C.; CHARLES, S. L.; HOLBOROW, D. W. The effect of local application of chlorhexidine on plaque and gingivitis. N.Z.dent.J., v.92, n.4407, p.13-5, Mar.1996.

A clorexidina é conhecida pelos efeitos antimicrobianos contra um largo espectro de microorganismos intra-oral. Esta substância, como enxaguatório bucal a 0,2%, demonstrou inibição à formação de placa dental humana e prevenção à inflamação gengival. As desvantagens de seu uso estão relacionadas ao manchamento dos dentes, descoloração da língua e gosto desagradável. Uma maneira possível de contornar esses problemas é através da aplicação local. Isto tem sido conseguido com a aplicação de clorexidina como spray, gel ou irrigação local. Ela pode ser aplicada também com uma escova interdental. Embora acredita-se que haja promoção de benefícios adicionais no controle da placa dental e gengivite somente com escovação interdental, nenhum estudo controlado foi feito para comprovar. O princípio deste estudo foi comparar os efeitos na acumulação de placa e inflamação gengival da clorexidina a 0,2% quando aplicada com uma escova interdental e os efeitos da escovação interdental com uma solução placebo. 33 pacientes foram escolhidos e triados, tendo as superfícies dos dentes limpas e índice de placa 0. Os dentes foram limpos uma vez por dia com a escova interdental com as soluções apropriadas para cada grupo. Depois de 28 dias, os índices de placa e gengivite foram recolhidos através de Plaque Index e Gingival Index. Os resultados foram de que houve redução de placa e gengivite para ambos os grupos, a partir dos 28 dias. Os índices de placa após o tratamento com clorexidina e a solução placebo não foi estatisticamente significativa, mas houve uma grande melhora na saúde gengival, com grande redução de inflamação, quando aplicou-se escovação interdental com clorexidina.

Unitermos: clorexidina; placa dental; inflamação Gengival

Autora do resumo :Heloiza Tiemi Ono

VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; CHEVITARESE, O. Polimento de compósitos e de ionômero de vidro. Revista APCD, v.50, n.4, p.346-9, jul-ago.1996.

A lisura superficial e adaptação marginal de restaurações diretas são extremamente importantes para um bom desempenho a longo prazo do material. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito de duas técnicas de polimento sobre superfície de um compósito (Prisma APH); um cimento ionomérico de vidro (Chelon-Fil); um ionômero de vidro resina modificado (Vitremer) e um compósito poliácido modificado (Variglass). O polimento visa minimizar a possibilidade de infiltração marginal, o acúmulo de placa bacteriana e perda da cor. Foram utilizados 9 molares humanos hígidos extraídos, os quais foram seccionados em 4 blocos dentais, totalizando em 36 blocos, os quais receberam preparos cavitários com broca esférica. Eles foram restaurados com os materiais citados anteriormente, sendo 9 blocos de cada material. Cada grupo foi dividido em 3 subgrupos de 3 blocos cada, os quais receberam dois tipos de polimento: com discos Sof-Lex em baixa rotação ou com ponta diamantada de granulação fina em alta rotação e o terceiro subgrupo não recebeu polimento. Os resultados obtidos foram de que as duas técnicas modificam a superfície dos materiais testados, sendo que o polimento com ponta diamantada apresentou mais ranhuras e canaletas na superfície de todos os materiais, e os discos Sof-Lex propiciaram mais lisura. O ideal, no entanto, é que o material seja inserido na cavidade sem excessos para reduzir ou eliminar a necessidade de polimento, já que o padrão de rugosidade superficial era melhor quando não havia nenhum tipo de polimento, apenas o uso de tira de poliéster sobre o material durante a polimerização.

Unitermos : compósito; cimento de ionômero de vidro; polimento

Autora do resumo :Heloiza Tiemi Ono

YAP, A. U. J.; ONG, G. An introduction to dental electronic anesthesia. Quintessence Int v.27, n.5, p.325-31, May.1996.

A anestesia dental eletrônica, também conhecida por TENS (transcutaneous electronic nerve stimulation), embora esteja em seu estágio inicial, promete ser um adjunto efetivo no controle da dor dental. É uma técnica não invasiva, segura e bem aceita pela maioria dos pacientes. Embora seja irreal a expectativa de substituição da anestesia local tradicional pela anestesia eletrônica, esta pode ser uma alternativa no controle da dor em certas situações. As vantagens desta técnica são :segurança, não invasiva, o equipamento é de fácil operação, não há riscos de alergia, melhor conforto pós-operatório para o paciente. As desvantagens são: hiperemia na área de aplicação do eletrodo; movimentação involuntária dos músculos da pálpebra e lábio, dependendo da localização do eletrodo; sensação de eletricidade que pode ser desagradável para o paciente e a efetividade da anestesia eletrônica depende do fator psicológico do paciente e da orientação do profissional.

O sucesso da anestesia eletrônica depende da seleção clínica correta dos casos a serem utilizados. Embora as indicações possam ser para pacientes alérgicos a anestésicos locais, pacientes que temem injeções; para procedimentos de preparos cavitários e restaurações de pequena a média extensão; para tratamento de dor facial, como nevralgia trigeminal, dor miofascial aguda ou crônica, dor facial atípica. As contra-indicações são para pacientes com doenças cardíacas, como uso demarca passo; uso de implante coclear; doenças cerebrovasculares; tumores cerebrais ou doenças neurológicas e nevralgia pós-herpética; para dores dentais não diagnosticadas. Contudo, pode haver falhas na técnica devido à má posição do eletrodo ou escolha clínica incorreta e falta de preparo psicológico do paciente que deve ser dado pelo profissional.

Unitermos: anestesia eletrônica; dor dental.

Autora do resumo :Heloiza Tiemi Ono

ROSENSTIEL, S. F.; GEGAUFF, A. G.; JOHNSTON, W. M.
Randomized clinical trial of the efficacy and safety of a home
bleaching procedure. Quintessence Int. , v.27, n.6, p.413-24, June.1996.

A proposta deste estudo foi avaliar a eficácia de um agente clareador composto de peróxido de carbamida de uso caseiro, monitorando a saúde gengival e sensibilidade pulpar em grupo controle e grupo experimental. O grupo controle recebeu seringas com gel-placebo e o grupo experimental fez uso do gel clareador Opalescence. Os produtos foram aplicados em moldeiras individuais e usadas por cinco noites consecutivas, de acordo com as recomendações do fabricante. As mudanças da cor dos dentes do "baseline" foram mensuradas com um aparelho (colorimeter). Teste elétrico pulpar e Índice periodontal foram mensurados também. Os pacientes foram reexaminados após 1, 3 e 6 semanas e após 3 e 6 meses; seus parâmetros de cor foram comparados ao seu "baseline", assim como foram calculadas as diferenças de sensibilidade pulpar, profundidade do sulco e Índice gengival obtidos.

Após 6 meses, os dentes do grupo experimental tiveram uma média de mudança de cor significativa e estatisticamente maior do que no grupo controle. Não houve mudança significativa na vitalidade, profundidade sulcular e Índice gengival dos dentes que receberam o tratamento.

Unitermos: produto de uso doméstico; exame clínico.

Autora do resumo : Heloiza Tiemi Ono

SOARES, H. A.; MARCUCCI, G. Osteorradionecrose: Avaliação dos fatores de risco. Rev.Odontol.USP, v.10, n.1, p.9-14, jan-mar.1996.

A radioterapia é uma modalidade comum no tratamento de neoplasias malignas da cabeça e pescoço. Cada vez mais, melhores condições tecnológicas e indicações são somadas a esse tipo de terapia contra o câncer. Cáries de radiação, xerostomia, alterações no paladar, dificuldade de deglutição, trismo e comuns mucosites são complicações agravantes e que pedem intervenção do cirurgião-dentista. Contudo, a complicação mais importante que pode ocorrer é a osteorradionecrose (ORN). Ela é uma úlcera com osso exposto acompanhada por vários graus de dor progressiva e parestesia, com evolução debilitante.

Assim sendo, neste trabalho foi feito um levantamento de 487 prontuários de pacientes submetidos a radioterapia de carcinoma espinocelular de boca ,e com o objetivo de observar a ORN e estudar os fatores envolvidos na sua prevenção através de cuidados odontológicos.

Dos 487 pacientes analisados, 26 ou 5,38% desenvolveram a ORN, sendo 22 do sexo masculino e 4 do sexo feminino; porém, na literatura, esse índice aparece com grande variação de 1,8% a 35%. A maioria dos pacientes que sofreram ORN tem em comum certo número de fatores predisponentes tais como exodontia no pré e pós radioterapia, doença periodontal avançada e higiene bucal precária. E a dosagem de radiação empregada passa a ser crítica em relação ao desenvolvimento de ORN quando superior a 6500 rads e o seu tempo de uso prolongado.

Unitermos: neoplasias bucais; radioterapia; osteorradionecrose.

Autora do resumo :Heloiza Tiemi Ono

TRAMONTINA, R. G.; MICHELI, G.de. Mediadores derivados da cadeia do ácido aracdônico e sua relação com as doenças periodontais. RPG., v.2, n.3, p.127-31, jul/set.1995.

Os produtos da ciclooxigenase e lipooxigenase do ácido aracdônico contribuem significativamente no processo inflamatório e na reabsorção óssea, sintomas característicos das doenças periodontais. Um dos produtos derivados da ciclooxigenase e do ácido aracdônico, a prostaglandina E2, pode ser, no futuro, um possível marcador de doença, devido à constatação de sua presença em níveis elevados nos tecidos adjacentes à bolsa periodontal e no fluido do sulco gengival de sítios doentes. Este fato estimulou estudos de avaliação desse metabólito em amostras do fluido. Uma correlação positiva com perda óssea periodontal foi determinada por vários autores. Assim, o estudo de anti inflamatórios não esteróides com capacidade de inibir o metabolismo do ácido aracdônico indicou a possibilidade do uso dessa droga como auxiliar de tratamento na terapêutica periodontal, onde verificou-se seus efeitos na reversão dos sinais clínicos de gengivite. Esses achados são confirmados por vários trabalhos recentes. Entretanto, não verificaram diferenças entre condições periodontais, tanto clínicas como radiográficas, num grupo de 50 indivíduos que faziam terapia de longo período com a droga e um grupo controle. Então, futuros estudos longitudinais com uso prolongado dessas drogas poderão esclarecer o comportamento e seus efeitos.

Unitermos: prostaglandinas; doenças periodontais

Autora do resumo :Heloiza Tiemi Ono

NAVARRO, H.; ARAÚJO, N. S. de. Lesões decorrentes de prótese com câmara de sucção: aspectos clínicos e terapêuticos com comprovação histológica. RPG. , v.2, n.3, p.161-7, jul/set.1995.

O profissional da área odontológica está familiarizado com algumas lesões associadas à utilização de próteses. Dentre essas lesões, estão enquadradas as chamadas hiperplasias, as quais têm preocupado inúmeros autores no que concerne à sua evolução, a relação existente com as próteses mal adaptadas e aos recursos utilizados para obtenção de retenção, especialmente a chamada câmara de sucção. Foram estudados clínica e histologicamente 18 pacientes portadores de lesões produzidas por câmara de sucção e que foram submetidos à redução das mesmas por cimento cirúrgico colocado no interior da câmara e trocados 2 vezes por semana. A análise dos resultados e as informações obtidas da literatura permitiram sintetizar que a proliferação tecidual que aparece no palato é devido à irritação mecânica determinada pela câmara de sucção e, embora a regressão completa da lesão não possa ser conseguida pela aplicação do cimento cirúrgico, a diminuição do componente inflamatório visando à remoção mais favorável justifica o seu emprego. Concluiu-se que as lesões de aspecto liso e fibroso, com coloração semelhante à mucosa, devem, desde o início, serem submetidas a cirurgia. As lesões com aspecto clínico mais exuberante, moruladas, com pontos sangrantes, quando submetidas à aplicação do cimento cirúrgico no tempo experimental de 60 dias manifestaram redução clínica, porém com manutenção das mesmas nos tempos estudados. Os exames histológico e citológico das lesões possibilitou seu enquadramento entre as hiperplasias de natureza inflamatória e nenhum dos casos, antes e após a aplicação do cimento cirúrgico, foi observada a presença de alterações histológicas que sugerissem a possibilidade de malignização da lesão.

Unitermos: hiperplasia epitelial focal; palato

Autora do resumo : Heloiza Tiemi Ono

PECORA, G. et al. New directions in surgical endodontics: Immediate implantation into an extraction socket. J. End., v.22, n.3, p.135-9, Mar.1996.

Para aproveitar a espessura e a altura óssea, tão bem como a angulação natural do dente, a colocação imediata de implantes depois de extração é uma alternativa de tratamento possível de ser feita. No presente estudo, 32 implantes de titânio foram inseridos imediatamente após extração do dente diagnosticado durante cirurgia endodôntica como tendo fratura de raiz, perfuração ou tendo complicação endodôntico-periodontal. Depois de quatro a seis meses de osseointegração apenas um implante teve insucesso, os demais implantes receberam restauração protética. Dezesesseis meses após a incidência de forças oclusais sobre os implantes, avaliou-se a reabsorção óssea dos trinta e um implantes, não sendo observada nenhuma perda óssea superior a 1,5 mm. Isto demonstra que a colocação imediata de implantes após a extração dos dentes devido a complicações endodônticas é um procedimento viável. É válido esclarecer que a falha de um dos implantes do estudo deve-se a sua implantação em paciente fumante intenso e não ao procedimento ou técnica adotados.

Unitermos: implantação imediata; extração.

Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni

GOLDSTEIN, R. E.; MILLER, M. C. The role of high technology in maintaining esthetic restorations. J. Esth. Dent., v.8, n.1, p.39-46, 1996.

A alta tecnologia tem revolucionado o mundo dos negócios, permitindo-nos trabalhar mais rapidamente, de maneira mais eficiente e confortável. Na área odontológica isto se traduz em imagens radiográficas com menor tempo de exposição do paciente aos raios X; análises periodontais automáticas, com armazenamento de dados, permitindo comparação dos mesmos ao longo do tratamento e do tempo e um favorável sistema de imagens. O sistema de imagens facilita a observação de falhas marginais e microfraturas, devido a ampliação da imagem, além de favorecer na educação do paciente, pois permite a visualização dos problemas que ele apresenta. A importância deste sistema também está na ampliação e análise de áreas de bruxismo. Talvez o maior benefício desta tecnologia de que nós dispomos hoje em dia, principalmente em relação a odontologia estética, seja o de permitir uma melhor comunicação entre dentistas e higienistas com seus pacientes, pois o sucesso de qualquer tratamento está na habilidade e na motivação do paciente.

Unitermos: alta tecnologia; restaurações estéticas; câmera intra oral.

Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni

DAWOOD, A. A.; WENNERBERG, A. Biocompatibility of dentin bonding agents. Endod. Dent. Traumatol., v.9, n.1, p.,Feb. 1993.

Os agentes de união à dentina foram introduzidos para aumentar a adesão das resinas compostas à dentina. Atualmente várias marcas comerciais de agentes adesivos estão disponíveis para uso clínico, e estão se tornando cada vez mais populares. Os agentes da terceira geração parecem ser mais efetivos que os das gerações anteriores, no entanto seu uso é mais complexo. Os agentes de união à dentina apresentam diferentes composições químicas, diferentes mecanismos de ação e diferentes procedimentos para aplicação clínica e claro, diferentes efeitos biológicos nos tecidos pulpare. As opiniões sobre as reações inflamatórias associadas a alguns agentes adesivos varia. Serão estes efeitos devido ao material em si, à infiltração bacteriana na interface dente material restaurador ou devido a uma combinação de ambos os fatores? Ainda não se tem uma resposta concreta a este respeito.

Unitermos: biocompatibilidade; agentes adesivos.

Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni

BARATIERI, L. N. et al. Nonvital tooth bleaching: guidelines of the clinician. Quintessence Int., v.26, n.9, p.597-607. 1995

A combinação do clareamento intracoronário e extracoronário representa um tratamento restaurador estético conservador, para dentes desvitalizados escurecidos ou manchados. Apesar dos eventuais riscos e dificuldades que acompanham a técnica, os dentes desvitalizados podem ser clareados com sucesso. A seleção do caso é fundamental para o prognóstico. Deve-se levar em consideração a causa do escurecimento, o tempo de escurecimento e as condições do dente. Além disso, frente a um dente refratário ao tratamento deve-se saber quando parar o tratamento, proporcionando maior segurança ao paciente. Este artigo apresenta diretrizes para o clareamento de dentes desvitalizados, também um caso clínico para ilustrar as indicações e protocolo clínico para a técnica.

Unitermos: dente despulpado; escurecimento do dente.

Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni

SOARES, I. ; FELLIPE, M.C. ; LUCENA, M. Tratamento de dentes com rizogênese incompleta. Revista ABO, v.4, n.1, p. 26-31, fev\ março 1996

Os dentes muito jovens apresentam parede do conduto muito fina e abertura apical grande, desaconselhando o preparo mecânico convencional e inviabilizando a obturação adequada destes condutos. As medidas utilizadas no tratamento destes dentes variam conforme a condição pulpar em que se encontram. Nos casos de dentes vitais com rizogênese incompleta, a extensão da exposição pulpar determina a realização de um capeamento direto ou de uma pulpotomia, porém o objetivo está sempre voltado para a manutenção de tecido vitalizado que permita a ocorrência dos fenômenos fisiológicos de formação radicular (Apicogênese). Já os dentes despulpados com rizogênese incompleta precisam de maiores cuidados, pois a remoção do tecido alterado é necessária, porém sem danificar tecido adjacente. Nestes casos tenta-se um fechamento apical induzido (Apexificação) , geralmente utilizando-se hipoclorito de cálcio, cujo pH alcalino confere ao material propriedades antibacteriana e indutora da fosfatase alcalina.

Unitermos: ápice imaturo; apexificação; apicogênese

Nome da autora: Lúcia Helena Denardi Roveroni

CALDEIRA, C. L. et al. Avaliação da resposta pulpar aos testes de vitalidade ao frio em dentes com deposição de dentina reparativa. Revista P. G., v.2, n.3, p.157-60, jul\ago\set 1995

Dentes com dentina reparativa apresentam as funções alteradas, dentre as quais a sensitiva. No presente estudo 20 molares com deposição de dentina reparativa passaram por testes de sensibilidade com bastão de gelo e com gás refrigerante diclorodifluorometano (DDM). Outros 20 molares íntegros, sem dentina reparativa, foram submetidos aos mesmos testes. Pôde-se verificar que o tipo de teste empregado para analisar a sensibilidade em dentes com dentina reparativa teve grande influência na qualidade da resposta obtida, diferentemente dos dentes íntegros. Concluiu-se que o teste com DDM produziu maior número de respostas positivas quando comparado ao teste com gelo. Apesar da eficiência deste teste, seu uso deve restringir-se aos casos nos quais o emprego dos métodos convencionais (gelo e testes elétricos) não foram esclarecedores ou confiáveis, pois os efeitos deletérios do DDM sobre a polpa ainda são discutíveis.

Unitermos: teste de sensibilidade; dentina reparativa

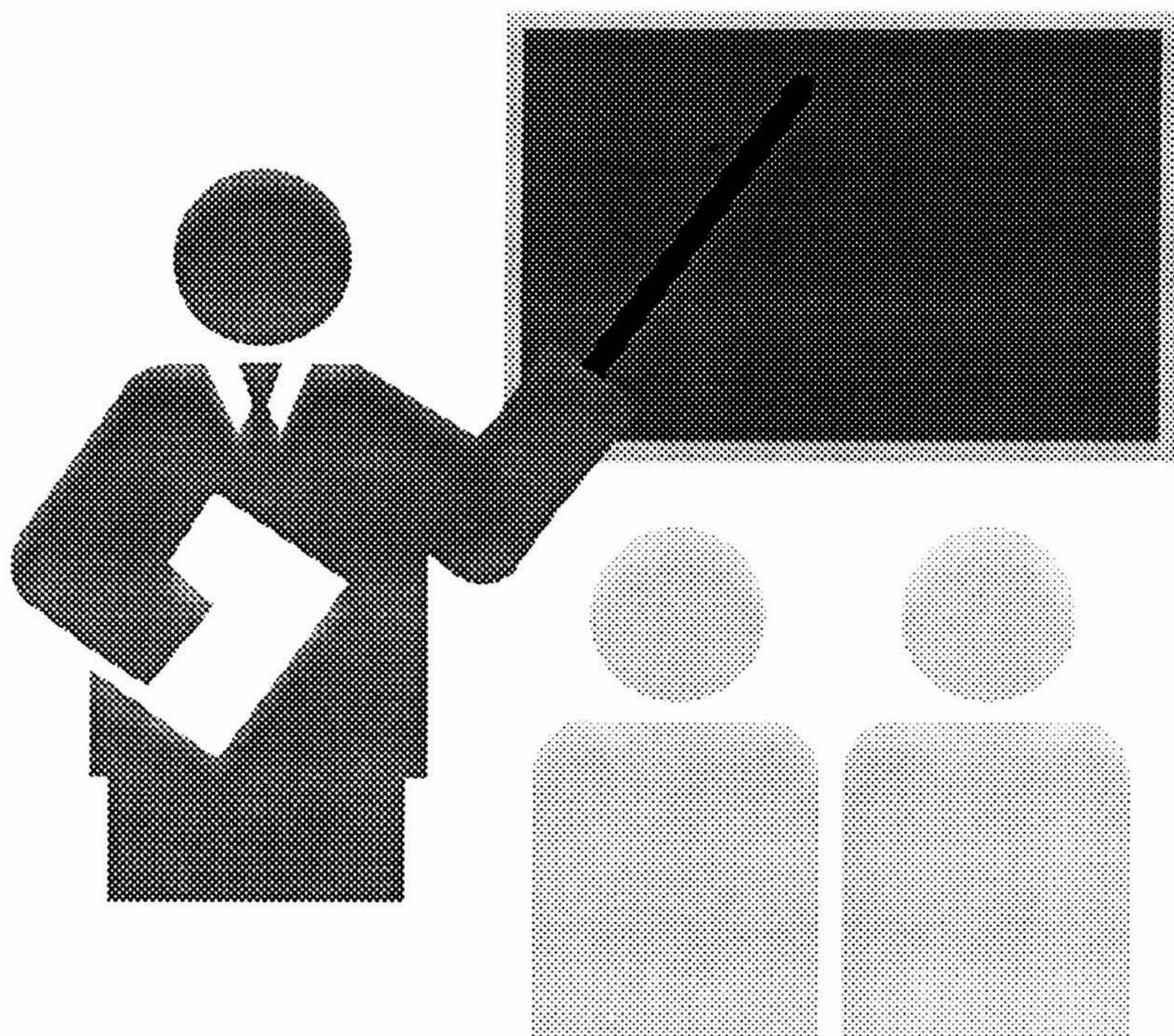
Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni

BRILL, N. E. et al. The effect of topical fluoride agents on saliva secretion. Journal of Oral Rehabilitation, v.23, n.7, p.501-4, July 1996.

Sabendo-se da importância do fluxo salivar na prevenção contra cárie e da influência do flúor tópico na salivação, o presente estudo teve por objetivo avaliar a possível influência de vários agentes fluoretados tópicos na secreção salivar. Quinze voluntários saudáveis, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 60 anos, participaram do estudo. Foram utilizados 9 diferentes agentes fluoretados, variando-se o produto (aminofluoreto, monofluorofosfato e fluoreto estanoso), a concentração e a forma de apresentação (gel, pasta e solução para bochecho). O produto a ser analisado foi aplicado por 2 minutos e posteriormente foi recolhida a saliva total produzida pelo paciente nos 5 minutos subsequentes. A boca foi então enxaguada com água e passados 10 minutos de descanso, novo material foi testado. Pôde-se observar que os aminofluoretos na forma gel estimularam um maior fluxo salivar comparado aos demais produtos. Além disso, quanto maior a concentração de flúor, maior o fluxo observado.

Unitermos: flúor tópico; secreção salivar

Autora do resumo: Lúcia Helena Denardi Roveroni



Seminários

“Respostas dos tecidos dentários frente à movimentação ortodôntica.”

Como respostas ao movimento ortodôntico, pode-se observar: no osso, áreas de reabsorção e de neoformação; nos dentes, na região apical, arredondamento e na região apical mais terço médio pode-se observar reabsorção de cemento e dentina; na polpa, pode ocorrer a inflamação, necrose, nódulo e calcificação distrófica. No osso, nas áreas de pressão, ocorre a reabsorção e nas áreas de tração, a neoformação. Nos dentes, existe uma combinação de fatores que leva a reabsorção radicular. Esta depende da susceptibilidade individual, da duração do tratamento, do aparelho utilizado, do emprego dos movimentos horizontais e da quantidade de força aplicada. Embora as reações pulpares ao tratamento ortodôntico sejam mínimas, há uma leve e transitória resposta pulpar, pelo menos no início do tratamento. Isto pode contribuir para o desconforto do paciente por alguns dias após a ativação do aparelho, mas as pulpites suaves são insignificantes. Orban em 1936, relatou casos de necrose pulpar em decorrência de movimentos de intrusão e extrusão mal realizados. Em 1996, Mendonça et al. demonstrou a presença de nódulos pulpares e calcificações distróficas na polpa que podem ter ocorrido frente a um movimento dentário ortodôntico. É importante que profissionais de diversas áreas da odontologia conheçam as alterações decorrentes da movimentação ortodôntica, para que não as confundam com patologias, estabelecendo diagnósticos e conseqüentemente tratamentos incorretos.

Apresentadores: Célia Regina Maio Pinzan

Fernanda Angelieri

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Pinzan

“Condicionamento ácido da dentina”

Uma das maiores preocupações da Dentística Operatória é a busca de um material restaurador que se una mais perfeitamente à estrutura dentária. Para isso, nos últimos 25 anos, diversas pesquisas têm se voltado ao desenvolvimento de materiais e sistemas que se liguem efetivamente ao esmalte e à dentina. Assim, a capacidade de união dos sistemas restauradores adesivos tem evoluído grandemente, muito às custas de procedimentos, como o condicionamento ácido da dentina, na tentativa de otimizar esmalte e dentina simultaneamente. Porém, ambas a estruturas têm aspectos peculiares e distintos, e torna-se importante definir as propostas da técnica para cada uma delas. O condicionamento ácido tem como objetivos remover a smear layer, limpar a superfície da dentina e permitir a união direta do adesivo à matriz dentinária. A camada híbrida formada impede o ingresso de bactérias pela interface dente/restauração, preservando a saúde pulpar, mas os processos que ocorrem não são tão simples assim, visando a manutenção do órgão pulpar, deve-se considerar a quantidade e a qualidade da dentina remanescente, se apresenta uma espessura suficiente para que a solução ácida se neutralize antes de alcançar a polpa, se a dentina é jovem, muito permeável, menos mineralizada, se há dentina esclerosada. O procedimento restaurador e o tempo de aplicação também devem ser considerados, assim como as propriedades relacionadas à solução ácida, como a sua concentração, o pH, o pK, a consistência, o tamanho e o peso molecular. É importante atentar para a correta indicação do condicionamento ácido da dentina, se bem indicado e aplicado, o condicionamento ácido resultará no sucesso do tratamento restaurador, caso contrário, implicará em uma série de danos ao órgão pulpar, podendo comprometer toda a estrutura dental.

Apresentadores: Andrea Anzai

Caio Márcio Figueiredo

Orientadora: Profa. Angela Destefani Segala

“Vantagens e aplicações das ligas de Ni-Ti na fabricação de instrumentos endodônticos”

Com o avanço científico e tecnológico de ligas metálicas, melhorou-se significativamente as propriedades dos instrumentos endodônticos. Recentemente, foram introduzidos no mercado os instrumentos à base de Ni-Ti, os quais possuem algumas características especiais: a) São aceitáveis biologicamente; b) São mais resistentes do que as limas de aço inoxidável; c) Possuem alta flexibilidade, devido ao fato de que essa liga é capaz de transformar-se de martensita para austenita, após cessada uma força, o que não ocorre com os outros materiais. Com esta flexibilidade há um menor risco de perfuração radicular ou de formação de degraus; d) Esses fatores propiciam uma redução no tempo de tratamento de cerca de 20%.

Esses instrumentos têm desenho semelhante às limas convencionais, mas a fabricação é diferente. Enquanto os instrumentos de aço inoxidável são feitos através de torção de uma barra triangular ou quadrangular, as limas de Ni-Ti são obtidas por desgaste e não possuem guia de penetração ativa.

A técnica de instrumentação com os instrumentos de Ni-Ti é a mesma das limas convencionais. Uma grande vantagem é que há a possibilidade de instrumentação de canais curvos e pequenos.

Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi
Marcos Madeira

Orientadores: Prof. Dr. Ivaldo Gomes de Moraes
Prof. Marco Antonio Húngaro Duarte

“Restabelecimento da Estética em um paciente de alto risco à cárie e à doença periodontal”

O caso clínico refere-se a uma paciente de 43 anos que procurou a clínica de Dentística restauradora da Faculdade de Odontologia de Bauru. Ao exame clínico e radiográfico, verifico-se a presença de cáries de grande evolução, sem comprometimento pulpar, apresentando, também, alteração no periodonto de sustentação e proteção. Procurou-se, então, devolver a saúde bucal e o bem estar emocional à paciente, através do restabelecimento da forma, função e estética, além da descontaminação e orientação da higiene bucal. Inicialmente usou-se o cimento de ionômero de vidro, desenvolvido por WILSON & KENT, para realizar restaurações provisórias, já que este material possui propriedades de adesão a estrutura dentária, liberação de flúor, biocompatibilidade, coeficiente de expansão térmica semelhante aos tecidos dentários, atuando como reservatórios de fluoretos que auxiliam no processo de remineralização e antimicrobiano. Com uma melhora das condições do periodonto, graças ao sucesso na educação da higiene do paciente e a eficácia da descontaminação, executou-se uma osteoplastia, restabelecendo a anatomia óssea. A restauração final foi realizada seguindo-se a técnica de McLEAN et al, na qual são associadas as vantagens do cimento ionomérico e da resina composta. Este material colocado superficialmente propiciará excelentes condições estéticas, além de resistência a abrasão. Esta técnica é um procedimento restaurador extremamente viável e conservador, pela associação dos benefícios de ambos os materiais e por preservar ao máximo a estrutura dental sadia.

Foram apresentados, também, os fatores relacionados à etiologia da cárie e da doença periodontal e os meios de promoção da saúde bucal.

Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi
Victor Donizetti de Lima
Reinaldo José Santarelli

Orientador: Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza

“O uso do cimento de ionômero de vidro como selante”

A aplicação de selantes nas superfícies oclusais tem sido amplamente estudada e indicada. Alguns autores recomendam a aplicação de cimento de ionômero de vidro (CIV) como selante, o que garantiria uma presença de flúor constante no meio bucal, além da proteção física conferida pelo selamento. Contudo, observa-se uma elevada taxa de perda de material quando comparado com o selante à base de BIS-GMA. Apesar disso, a efetividade na prevenção de cárie é semelhante ou até mesmo melhor que o selante resinoso. Isto provavelmente ocorre pelas características do CIV de liberação de flúor por atuar como um reservatório de fluoretos, capaz de absorvê-lo durante a aplicações tópicas ou até mesmo durante a escovação com dentifrício fluoretado. Além disso, mesmo após a perda macroscópica do material, observa-se restos do CIV no fundo da fissura, os quais continuam atuando contra a cárie.

Foram apresentados resultados de uma pesquisa em que o CIV Vitremer (3M) foi utilizado como selante, com diferentes pré-tratamentos do esmalte (ácido fosfórico, ácido maleico, primer e controle), na tentativa de melhorar a sua retenção. Este estudo foi realizado com 60 crianças, totalizando 220 dentes. Os resultados após 5 meses, apresentaram melhor retenção total com o emprego dos ácidos, sendo estes semelhantes entre si. Os piores resultados foram referentes ao grupo do primer

Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi

Lúcia Denardi Roveroni

Orientadora: Profa.. Dra. Salete Moura Bonifácio

"Técnicas anestésicas para nervo alveolar inferior - suas vantagens e desvantagens."

Com o objetivo de fazer uma comparação entre duas técnicas anestésicas para o nervo alveolar inferior, este seminário, antes de tudo, demonstrou a região por onde passa tal nervo, dando ênfase às suas estruturas anatômicas e áreas inervadas. As duas técnicas relatadas foram a técnica direta e a técnica das 3 posições (indireta). O menor risco de erro, o bloqueio apenas do nervo alveolar inferior e a menor quantidade de anestésico dispensada são algumas vantagens da técnica direta. Enquanto que, a execução de uma única punção e maior aceitação pelas crianças representam vantagens da técnica indireta. As vantagens e desvantagens estão na interdependência da quantidade de dentes envolvidos no tratamento e do tipo de tratamento a ser realizado. Assim, é muito importante que o cirurgião-dentista tenha senso crítico o suficiente para escolher entre uma e outra técnica a que mais se adapta ao tratamento e ao tipo de paciente, ou ainda, aquela que mais sucesso pode proporcionar ao tratamento.

Apresentadores: Victor Donizetti de lima
Luciana Reis de Azevedo
Orientador: Prof. Eduardo Sant'ana

"Cimento de ionômero de vidro fotoativado: suas aplicações, indicações e limitações."

Devido às propriedades de adesão à estrutura dentária e liberação de flúor, o cimento de ionômero de vidro é o material indicado quando se deseja selamento cavitário e prevenção de cáries secundárias. O cimento de ionômero de vidro fotoativado é de fácil manipulação, apresenta excelentes propriedades e excelente estética inicial. Os cimentos de ionômero de vidro são amplamente utilizados como material de proteção ou base de restaurações. As restaurações de cimento de ionômero de vidro não devem ser indicadas em áreas sujeitas a esforços mastigatórios diretos. O cimento de ionômero de vidro é aplicado a fim de reduzirmos a infiltração marginal tanto quando utilizados como material restaurador único como em associação com resina composta na técnica mista. Inicialmente, o cimento de ionômero de vidro fotoativado apresenta uma estética excelente, no entanto, esta qualidade estética parece não ser estável ao longo do tempo. Durante a apresentação do seminário, houve demonstração de um caso onde foi avaliada uma restauração de Classe III com cimento de ionômero de vidro fotoativado após 2 anos. Nesta restauração, observou-se um alto grau de escurecimento quando comparada com restauração realizada com cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado.

Apresentadores: Célia Regina M. Pinzan

Luciana Reis de Azevedo

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho

"Diagnóstico Bucal"

A leucemia é uma doença que acomete o tecido hematopoiético de modo progressivo e irreversível, sendo caracterizada pela proliferação neoplásica dos tipos celulares constituintes da população hematopoiética. Ocorre uma proliferação desordenada e um desenvolvimento das células leucocitárias e de suas precursoras, a qual pode resultar em infiltração leucêmica ou em uma função anormal com riscos maiores de hemorragia e infecção. Duas formas comuns afetam o sistema linfocitário: a leucemia aguda linfoblástica e a leucemia crônica linfocítica. Já o sistema granulocitário é afetado pela leucemia do tipo mieloblástica aguda e mielocítica crônica. Segundo Shepherd, 87% dos pacientes que desenvolvem leucemia aguda e 85% dos pacientes que apresentam leucemia crônica exibem manifestações orais em alguma fase da doença. As complicações orais mais severas ocorrem em pacientes com leucemia aguda ou em episódios agudos da manifestação crônica da doença. As manifestações orais são classificadas em: **Primárias**: caracterizadas pela infiltração das células malignas nas estruturas orais. **Secundárias**: caracterizadas pela invasão da medula óssea pelas células malignas resultando em lesões associadas a anemia, trombocitopenia e granulocitopenia. O paciente mostra palidez de pele e mucosa e tendência ao sangramento e susceptibilidade à infecção aumentados. **Terciárias**: caracterizadas pela presença de lesões orais associadas às terapias de imuno e mielossupressão. Diante dessas manifestações orais, exarcebadas, inexplicáveis por fatores locais, e frente à história relatada pelo paciente caso haja suspeita de envolvimento sistêmico, deve-se solicitar a realização de exames laboratoriais complementares como hemograma completo, leucometria diferencial e contagem de plaquetas. Se os resultados apresentarem-se anormais encaminha-se o paciente ao hematologista para uma avaliação adicional. O diagnóstico definitivo só pode ser dado mediante biópsia da medula óssea. Cabe ao cirurgião-dentista a responsabilidade de remover todo foco potencial de infecção odontogênica, uma vez que a infecção é a causa principal da morbidade e mortalidade nesses pacientes.

Apresentadores: Andréa Miranda Kuroiva

Heloíza Tiemi Ono

Orientadora: Profa. Maria Alves Garcia Santos Silva

“Fibroma Cimento Ossificante Periférico: Caso Clínico”

Este fibroma é constituído por uma massa nodular ou uma lesão nodular. É uma massa focal de tecido, bem delimitada na gengiva com base, na maioria dos casos, pediculada e às vezes séssil. Apresenta superfície da mesma cor da mucosa ou ligeiramente avermelhada. Esta superfície pode estar intacta e brilhante ou cerada. Raramente causa erosão do osso alveolar subjacente. Seu tamanho é variável. Só ocorre em áreas dentadas. O crescimento desta massa pode exercer pressão levando os dentes próximos a lesão a sofrerem uma modificação de posição no arco. Quanto a sua etiologia, acredita-se que o fibroma se origina do ligamento periodontal devido a agente irritante crônico. É mais comum em crianças e adultos jovens, além de acometer mais pessoas do sexo feminino. Nos livros, o fibroma cimento ossificante periférico é classificado como uma neoplasia relacionada ao osso. Segundo classificação da Organização Mundial de Saúde em 1992 realizada por Shear, Kramer e Pindborg o fibroma é um tumor benigno. No entanto, na realidade, o fibroma cimento ossificante periférico trata-se de uma lesão reacional como resposta a um agente irritante crônico (má higiene bucal levando a inflamação gengival, mal posicionamento dental que leva a impacção alimentar e cálculo subgengival). Radiograficamente, a maioria das lesões não mostra evidências de calcificação no interior da massa, estas calcificações são quase sempre observadas no exame histopatológico. Já, existem lesões que mostram traços nítidos de material radiopaco. Geralmente não se observa erosão do osso subjacente. No exame histopatológico, observa-se uma massa de tecido conjuntivo extremamente celularizada, com predomínio de fibroblastos. Presença acentuada de fibras colágenas. Exibe um tecido mineralizado, onde é difícil discernir cementóide de osteóide, daí o nome fibroma cimento ossificante periférico. O tratamento é feito através da excisão cirúrgica. Os dentes envolvidos geralmente são preservados. Recidiva com certa frequência

Apresentadores: Adriano Tomio Hoshi

Célia Regina Maio Pinzan

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Álvares Capelozza

“Cimento de Ionômero de Vidro”.

O sucesso das restaurações, independente do material utilizado, está condicionado a um controle da higiene bucal do paciente.

Apesar de muitos trabalhos que comprovam resultados da propriedade de liberação de flúor, o cimento de ionômero de vidro pode ser considerado um material restrito a condição imposta acima, fato que foi comprovado por MJÖR, mostrando em seu estudo o aparecimento de cáries secundárias em dentes com restaurações com ionômero de vidro, amálgama e resina composta.

A adequação do paciente quanto a sua higienização é um fator primordial para que a liberação de flúor por parte do ionômero de vidro possa garantir resultados anticariogênicos.

Apresentadores : Victor Donizetti de Lima

Reinaldo José Santarelli

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho

”Condicionamento Ácido Total em Esmalte e Dentina”

O ataque ácido aumentou em muito a retenção entre material restaurador e a cavidade. A evolução dos sistemas adesivos tornou esta prática de condicionamento ácido bastante comum. No entanto, é preciso ponderar e saber indicar muito bem este recurso quando ele é estendido à dentina. Devemos analisar:

- 1) Tipo do ácido
- 2) Concentração
- 3) Tempo de aplicação
- 4) Tipo da dentina
- 5) Material restaurador

O ataque ácido em dentina deve ser feito com ácido mais fraco, numa concentração menor e por um tempo diminuto. A dentina deve ser a esclerosada e o sistema adesivo um sistema confiável e eficiente.

Todas as precauções são feitas com o intuito de se evitar a desmineralização excessiva, tornando a dentina mais permeável e a infiltração bacteriana mais fácil.

Apresentadores: Marcos madeira

Célia Regina M. Pinzan

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Francischone

"Limite Cervical das Restaurações e Procedimentos Clínicos Integrados"

O periodonto é composto por periodonto de proteção e sustentação. Dentro destas estruturas temos as distâncias biológicas que são: sulco gengival, epitélio juncional, inserção conjuntiva e mucosa ceratinizada.

Estas distâncias são consideradas sagradas e invioláveis. A invasão destes espaços por processos cariosos ou lesão iatrogênica vai provocar um processo inflamatório.

Para que haja um acomodamento do periodonto, o espaço entre o término do preparo e a crista óssea alveolar deve ser de 3mm. Por isso, em preparos protéticos ou cavitários fica explícita a necessidade de controle radiográfico e sondagem clínica para a verificação da presença de desta medida.

Uma vez alterada as proporções, a inflamação inviabiliza não só a moldagem como o procedimento restaurador e nestes casos uma cirurgia periodontal de recuperação de distâncias está indicada. deve-se lembrar que em área estética, o procedimento inicial de escolha é o tracionamento para evitarmos a perda da harmonia e da estética gengival.

Apresentadores: Marcos Madeira

Caio Márcio Figueiredo

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

“ Remoção de Núcleos Intracanaís ”

A remoção de núcleo pode ser considerada um retratamento endodôntico que se justifica pelo insucesso do tratamento de canal, quer pela presença de uma lesão periapical, sintomatologia dolorosa ou inadequada extensão de tratamento.

Estaria contra indicada em casos de iminente possibilidade de fratura do remanescente ou devido a presença de próteses extensas retidas pelo núcleo.

Para este tratamento devemos considerar alguns fatores como tipo, extensão e calibre do núcleo, bem como o dente a ser tratado (uni ou multirradicular).

A remoção pode ser feita com o auxílio de brocas ou dispositivos especiais, dependendo da técnica a ser utilizada, que pode ser por desgaste, tração com os dispositivos especiais ou tração simples.

Apresentadores: Heloiza Tiemi Ono

Lúcia Helena Denardi Roveroni

Orientador: Prof. Dr. Norberti Bernardinelli

“Avaliação da Resistência ao Cisalhamento de restaurações em Resina Composta Submetidas ao Reparo”

O reparo de restaurações de resina composta é alternativa viável em várias situações clínicas, como em fraturas, desgastes, descoloração marginal, pigmentação e subcontorno da restauração, reduzindo o enfraquecimento dental e traumas pulpares. O trabalho procurou avaliar a resistência ao cisalhamento de restaurações de resina composta reparadas após um período de 30 dias. Foram confeccionadas 90 pastilhas de resina composta (Z100 - 3M) com 7mm de diâmetro e 3 mm de espessura, as quais foram armazenadas por 24 horas em água destilada à 37°, polidas e novamente armazenadas por mais 30 dias, simulando um envelhecimento. Em seguida foram divididas em 9 grupos, submetidos a diferentes tratamentos de superfície (jateamento, condicionamento com ácido fosfórico ou hidrófluorídrico) e sistemas de adesão (adesivo dentinário, silano e ativador de superfície). Posteriormente ao tratamento da resina envelhecida, nova resina (Z100) foi condensada e fotopolimerizada. Os corpos de prova foram acoplados à máquina de ensaios, de modo que as forças incidissem sobre a interface resina nova / resina envelhecida. Pôde-se observar que a resistência adesiva de um reparo em resina composta é afetado tanto pelo tratamento da superfície quanto pelo sistema de adesão empregados. O tratamento superficial da resina com ácido fosfórico e posterior silanização produziu resultados semelhantes ao jateamento e aplicação somente de adesivo. O tratamento com ácido hidrófluorídrico não foi capaz de aumentar a resistência adesiva dos reparos, demonstrando ser semelhante ao tratamento com ácido fosfórico e adesivo. O uso do ativador de superfície também não aumentou a resistência ao cisalhamento dos reparos em resina.

Apresentadores: Andrea Anzai

Lúcia Helena Denardi Roveroni

Orientadores: Prof. Dr. Mário Honorato S. e Souza Jr.

Profª. Evelise M. de Souza

“O Processo de Seleção de Cor em Restaurações Metal-Cerâmicas.”

Cor é o resultado da modificação física da luz por corantes, observada pelo olho humano e interpretada pelo cérebro. Esta definição técnica da cor revela sua natureza complexa envolvendo fenômenos físicos, químicos (corantes), fisiológicos (olho) e psicológicos (cérebro). Existem 3 variáveis que determinam a cor : o observador, sendo que as mulheres apresentam melhor acuidade visual que os homens. O observador é bastante dependente de suas condições físicas e mentais momentâneas que interferem num processo de seleção de cor; fonte de luz: sem luz , não há cor, e assim a luz pode ser natural , fluorescente ou de tungstênio; objeto, o qual é dependente de sua própria textura e do fenômeno de contraste de cor simultânea. Baseado nestas três variáveis , pode-se estabelecer certas condições que favorecem e facilitam o processo de seleção de cor na clínica odontológica: paredes claras, tendendo ao branco ou cinza e evitando vermelho e amarelo; pacientes com roupas de cor neutra.; horário entre 10 e 15 horas em dias claros; janela do consultório voltada para norte ou sul evitando entrada direta dos feixes de raios solares; se possível, analisar sobre as três diferentes fontes de luz ; olhar por períodos curtos 10-15 segundos e descansar a vista sobre uma toalha ou papel feltro cor azul, que por ser complementar ao amarelo, vai tornar mais fácil a visualização das diferentes tonalidades do amarelo dos dentes.

Apresentadores: Marcela Ferraz Catramby

Luciana Reis de Azevedo

Orientador : Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti.

“Interrelação entre as Osteoartrites e os Desarranjos Intra-Articulares”

O disco articular da ATM está em condições normais anatomicamente localizado entre as superfícies do côndilo da mandíbula e do osso temporal. Entretanto, deslocamentos de disco podem alterar a estrutura e a composição bioquímica das superfícies da ATM. Estas alterações estruturais e bioquímicas, tais quais deformação e/ou perfuração do disco, arquitetura celular atípica, formação de ligações adesivas no interior da articulação podem levar às chamadas mudanças degenerativas que vão constituir um quadro de doença degenerativa. As doenças articulares degenerativas podem ser localizadas ou sistêmicas, e quanto à sua origem daremos maior destaque às inflamatórias (artrite reumatóide) e não inflamatórias (osteoartrites). Um fator bastante importante na etiologia das doenças degenerativas é capacidade de adaptação/remodelação da ATM quando submetida à demanda funcional excessiva. Nestas condições ocorre um desequilíbrio entre as respostas catabólicas e anabólicas do tecido articular afetado, que vai constituir um estado de erosão generalizada característico de doença degenerativa. Agora, será que os desarranjos intra-articulares podem levar às osteoartrites ou vice-versa? A maioria dos autores sugere uma evolução dos estágios de deslocamento de disco com redução para o sem redução culminando nas osteoartrites. Por outro lado, é comprovado na literatura (DeBont et al. 1986) que as doenças degenerativas podem preceder os deslocamentos de disco, onde estes representariam um sinal das doenças degenerativas e não sua causa. E para finalizar, deve-se ficar claro que não há uma cura para estas patologias, o que se pode, ou melhor, o que se deve fazer é prevenir o desenvolvimento de destruições permanentes da ATM e da oclusão, e é claro controlar a dor e a inflamação nos períodos de exacerbação.

Apresentadores: Marcos Madeira

Luciana Reis de Azevedo.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti.

“Hepatite B: Realidade Atual”.

A incidência da hepatite B e de muitas outras doenças transmitidas por via bucal têm aumentado em 100% nos últimos quinze anos. O cirurgião-dentista e seus auxiliares estão sujeitos a um grande risco de contaminação pela quantidade de contatos diretos com o sangue e saliva dos pacientes. Das moléstias infecto-contagiosas, sob o ponto de vista ocupacional, a hepatite B é sem dúvida a mais importante. Os cirurgiões-dentistas apresentam um risco dez vezes maior no contágio desta infecção em relação ao resto da população.

Muitas vezes por ignorância ou displicência, o profissional não toma as devidas medidas preventivas contra a transmissão de doenças infecciosas, expondo o paciente, o próprio profissional, seu pessoal auxiliar e suas respectivas famílias, colocando, assim, em risco a saúde e suas próprias vidas. O objetivo do seminário visa a conscientização com relação às implicações da hepatite B na clínica, ressaltando o valor da prevenção desta enfermidade.

Apresentadores: Victor Donizetti de Lima
Marcela Ferraz Catramby
Orientador: Prof. Dr. Alberto Consolaro

Índice remissivo de assuntos

	A	
ACETAMINOFEM		33
ADAPTAÇÃO MARGINAL		75
ADESÃO		54
ADESÃO À DENTINA		43
ADESÃO DENTINÁRIA		37
ADESIVOS		46
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		37
ÁLCOOL		33
AMÁLGAMA		14, 15
AMÁLGAMA ADESIVO		45
ANATOMIA		55
ANQUILOSE DA ATM		07
ÁREA FUNCIONAL		39
ARTROPLASTIA		12
ASPEREZA		40
	B	
BASES DE RESTAURAÇÃO		14
BORRACHA		38
BROCAS COM 12 LÂMINAS		40
	C	
CALCIFICAÇÃO PULPAR		34
CÁLCULO DENTÁRIO		80
CAMADA HÍBRIDA		37
CANAL CAVO INTER-RADICULAR		76
CANAL RADICULAR		49
CANAL RADICULAR		62, 77
CANDIDÍASE BUCAL		57, 58
CARCINOMA DE LÍNGUA		30
CÁRIE		63
CÁRIE DENTAL		42
CÁRIE DENTÁRIA		26
CAVIDADE DA POLPA DENTÁRIA		76
CAVIDADES CONSERVATIVAS		64
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO		28
CIMENTAÇÃO		06
CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO		20, 21, 63, 82

CIMENTOS IONOMÉRICOS HÍBRIDOS	84
CISALHAMENTO	50
CISTO GLANDULAR	31
CISTO MÉDIO MANDIBULAR	31
CISTO POLIMÓRFICO	31
CISTO SIALODONTOGÊNICO	31
CLAREAMENTO DENTAL	08
CLOREXIDINA	83
COMPLICAÇÕES.	83
COMPÓSITO	84
CONDICIONAMENTO ÁCIDO	37
CONDICIONAMENTO ÁCIDO DE DENTINA	71
CONTRASTE RADIOPACO	49
COR DOS DENTES	51
CORRENTE GALVÂNICA	78
D	
DENTADURA COMPLETA	51
DENTE PERMANENTE	48
DENTES ARTIFICIAIS	51
DENTES POSTERIORES	75
DENTINE CLEASER.	47
DENTINE PRIMER	47
DENTINE	47
DESGASTE	41
DESMINERALIZAÇÃO.	21
DIAGNÓSTICO BUCAL.	57
DIAGNÓSTICO BUCAL	56
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	17
DOENÇA PERIODONTAL	73, 88
DOENÇAS DA BOCA	57
DOENÇAS DA BOCA	58, 61
DOENÇAS MAXILARES	56
E	
ELETRO ESTIMULAÇÃO	77
ENDODONTIA	05, 13, 62
ENDODTOXINAS	11
ENFISEMA GASOSO SUBCUTÂNEO	17

ENHANCE	40
EPIDEMIOLOGIA	32
EROSÃO	20
ESCOVAÇÃO	72
ESMALTE ANTAGONISTA.	41
ESTÉTICA	08, 39
ESTOMATITE AFTOSA	61
ESTUDOS POPULACIONAIS	32
EXPOSIÇÃO PULPAR	74
F	
FLUIDO GENGIVAL	35
FORMA ANATÔMICA	75
FOSSA PTERIGOMAXILAR	59
FOTOMERIZAÇÃO	43
FRAGMENTO DE ESMALTE	39
FUMAÇA	36
G	
GENGIVA	60
GENGIVITE EXPERIMENTAL	35
GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA	18
GLÂNDULAS SALIVARES	32
GRAVIDEZ	30
H	
HEMISECÇÃO	66
HERPES SIMPLES	61
HIDRÓXIDO DE CÁLCIO	52
HIPOCLORITO DE SÓDIO	68
HIPOTIREOIDISMO	29
I	
IDADE	35, 60
INFILTRAÇÃO MARGINAL	46, 52
INSTRUMENTAÇÃO ULTRASÔNICA	11
INTERFACE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO-DENTINA	24
INTERFACE RESINA COMPOSTA-DENTINA	24
IRRIGAÇÃO SUBGENGIVAL	53
J	
K	

	L	
LASER		54
LATEX		38
LIBERAÇÃO DE ÍONS		20
LIGAS METÁLICAS		06
LIPOPOLISSACARÍDEOS		11
LISURA		40
	M	
MATERIAIS DENTÁRIOS		23, 26, 46
MATERIAIS RESTAURADORES ESTÉTICOS		36
MATERIAL ALOPLÁSTICO		12
MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE		27
MICROBIOTA BUCAL		09
MICROBIOTA		35, 53
MICROFENDAS		74
MICROINFILTRAÇÃO		07, 14
MICROSCOPIA ELETRÔNICA		24
MINERALIZAÇÃO PULPAR		55
MOBILIDADE DENTAL		09
	N	
NEOPLASIAS BUCAIS		87
	O	
OBTURAÇÃO DE CANAL		52
OBTURAÇÃO RETRÓGRADA		81
OSTEOMAS		59
OSTEORRADIONECCROSE		87
	P	
PASTA DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO		19
PERDA ÓSSEA		10
PERIODONTIA		53
PERIODONTOPATIAS		09
PIROFOSFATO		83
PLACA DENTAL		72
PLACA DENTÁRIA		82
PONTE DE DENTINA		69
PORCELANA		44
PORCELANA		79

PRIMER	43
PROSTAGLANDINA	88
PRÓTESE TOTAL	65
PULPOTOMIA	54
	Q
QUIMIOTERAPIA	25
	R
RADIOGRAFIA DENTAL	42
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	42
RADIOGRAFIA	49
RADIOGRAFIA	55
RADIOGRAFIAS	10
RADIOTERAPIA	87
RASPAGEM MANUAL	11
REABSORÇÃO	08, 13
REAÇÃO INFLAMATÓRIA PULPAR	69
REAÇÕES ALÉRGICAS	38
REAÇÕES PULPARES	71
RECIDIVA	63
REMODELAÇÃO ÓSSEA	81
REPARO DE RESINA COMPOSTA	22
REPARO	44
REPARO	65, 79
RESINA COMPOSTA	16, 44, 46, 81, 82
RESISTÊNCIA DE UNIÃO	22
RESTAURAÇÃO METÁLICA	78
RESTAURAÇÕES CLASSE V	74
RETENÇÃO MECÂNICA	79
RETENÇÃO QUÍMICA	79
	S
SAÚDE BUCAL	58
SELAMENTO DE FÓSSULAS E FISSURAS	21
SELAMENTO	45
SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	23
SELANTE	70
SELANTES DE FISSURAS	26
SELANTES	48

SELEÇÃO DE COR DOS DENTES	46
SÍNDROME DE GORLIN	28
SISTEMAS DE ACABAMENTO E POLIMENTO	16
SOF-LEX	40
SOLUÇÃO DE AZUL DE METILENO	74
SOLUÇÃO DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO	70
SOLUÇÕES	68
SULCO GENGIVAL	73
SUPERFÍCIE	40
	T
TERAPIA DO CANAL RADICULAR	05
TERAPIA	62
TIREÓIDE ECTÓPICA	29
TIREÓIDE LINGUAL	29
TRANSLUCIDEZ	36
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	25
TRATAMENTO ORTODÔNTICO	34
TRATAMENTO	53
TROMBOEMBOLISMO	27
TÚBULOS DENTINÁRIOS	70
	U
	V
VERNIZ CAVITÁRIO	78
	W
	X
	Y

Índice
remissivo de
autores dos
artigos
científicos

	A	
ABDALLA, A. I.		75
ACEVEDO, A. M.		32
ADAMS, D.		80
ALHADAINY, H. A.		75
ANNEROTH, G.		28
ANSARI, I. H.		65
ARAÚJO, N. S.		89
ARCHER, R. D.		77
ARROW, P.		26
ASCI, S.		69
	B	
BASTOS, P. A. M.		15
BENOLIEL, R.		66
BERGLUNDH, T.		35
BEVILÁQUA, M. V.		08
BOHNENKAMP, D. M.		17
BONACHELA, W. C.		39
BONTE, E.		55
	C	
CAMPOS JÚNIOR, A.		11
CANDIDO, M. S. M.		36
CARVALHO, R. M.		15, 39
CHEVITARESE, O.		84
CHHEDA, H. N.		14
CHRISTENSEN, G. J.		42
CONDE, M.		73
	D	
DAMANTE, J. H.		29
DAVIDSON, C. L.		74
DE BOER, M. R.		67
DE LATOUR, M.		60
DIB, L.		56

DINELLI, W.		36
DOS SANTOS, P. C. G.		45
DUARTE, M. A. H.		62
	E	
EL-HAJJ, G.		28
	F	
FERRARI, M.		74
FIGUEIREDO, J. A.		54
FINGER, W. J.		37
FISCHER, D.		44
FITCHIE, J. G.		07
FONTANA, M.		63
FORSS, H.		21
FRANCO, E. B.		15
FRANSSON, C.		35
	G	
GARCIA, G.		70
GAWKRODGER, D. J.		38
GE GAUFF, A. G.		86
GILPATRICK, R. O.		71
GOLDBERG, M.		55
GOLDSTEIN, G. R.		16
GORACCI, G.		24
GRANT, D. A.		09
	H	
HARPER, J. P.		33
HIGH, A. S.		21
HOLBOROW, D. W.		83
HOLLAND, R.		52
	I	
IGLESIAS, A.		14
	J	
JANKOVSKI, E.		45
JOHNSON, W.		71
JONAS, P.		64
	K	
KAPLAN, B. A.		16

KARAKASIS, D.	30
KON, S.	73
KUGA, M. C.	05
	L
LASARDIS, N.	28
LEE, Y. C.	83
LEWIS, F. M.	38
LINDHE, J.	35
LOUN, N. P.	44
LOURENÇO JR, F.	53
	M
MAMAN, G.	59
MARCUCCI, G.	87
MELLO, J. B.	46
MIYAZAKI, M.	43
MODESTO, A.	84
MOLLO, S. H. B.	51
MOORE, D.	71
MORAND, J. M.	64
MORI, G.	24
MUNKSGAARD, E. C.	81
	N
NAKABAYASHI, N.	50
NAVARRO, M. F. L.	15
NAVARRO, H.	89
NEBOT, D.	55
NELSON, I. K.	16
NOGUEIRA, S. S.	51
	O
OCANTO, R. A.	37
OHHASHI, M.	47
ONG, G.	85
	P
PAMEIJER, C. H.	44
PERCINOTO, C.	23
PEREIRA JUNIOR, W.	34
PÉROL, J.	60

PILUSO, S.	61
PISKIN, S.	68
POWERS, J. M.	40
PURICELLI, E.	12
PUSTIGLIONI, F. E.	73
	Q
	R
RAMIREZ-AMADOR, V.	57, 58
RIESCO, M. G.	11
RIORDAN, P. J.	26
RIVERA-BASTIDAS, H.	32
ROSELL, F. L.	70
ROSENSTIEL, S. F.	86
RUD, J.	81
RUD, V.	81
	S
SAMPAIO, J. E. C.	70
SARAIVA, M. C. P.	73
SCHUELER, L.	33
SEPPA, L.	21
SHEARER, A. C.	49
SHIRO SUZUKI, D. D. S.	41
SILVA, E. N.	29
SJOSTROM, S.	82
SOARES, H. A.	87
SOUTO, J. C.	27
SÜBAY, R. K.	69
SUNG, E. C.	25
	T
TATE, W. H.	40
TEIXEIRA, L. C.	15
TILAVERIDIS, I.	30
TODESCAN, J. H.	73
TURKIN, M.	68
TURNER, J.	71
	U
UNO, S.	37

	V	
VALE, T. S.		76
VAN DER WEIJDEN, F. A.		72
VAN DIJKEN		82
VAROLI, O. J.		34
VIEIRA, A. R.		84
VIJAYARAGHAVAN, T. V.		16
	X	
	W	
WASTI, F.		49
WATANABE, I.		50
WILLIAMSON, R.		78
WILSON, N. H. F.		49
	Y	
YAMAOKA, M.		10
YAP, A. U. J.		85
YOSHIDA, K.		06
	Z	
ZHUKOVSKY, L.		79
ZUANON, A. C. C.		48

Índice
remissivo de
autores de
resumos e
apresentadores
de seminários

Hoshi, A. T.	20 a 26, 100 a 102, 106
Kuroiva, A. M.	27 a 33, 105
Figueiredo, C. M.	34 a 40, 99, 109
Pinzan, C. R. M.	34 a 40, 98, 104, 106, 108
Angelieri, F.	41 a 47, 98
Ono, H. T.	83 a 89, 105, 110
Wang, L.	48 a 54
Azevedo, L. R.	55 a 61, 103, 104, 112, 113
Roveroni, L. H. R.	90 a 96, 102, 110, 111
Madeira, M.	62 a 68, 100, 108, 109, 113
Catramby, M. F.	76 a 82, 112, 114
Lima, V. D.	69 a 75, 101, 103, 107, 114
Santarelli, R. J.	12, 101, 107
Anzai, A.	13 a 19, 99, 111

Índice remissivo de orientadores de seminários

Consolaro, A.	114
Pinzan, A.	98
Franco, E. B.	109
Moraes, I. G.	100
Lanza, L. D.	101
Souza Jr., M. H. S.	111
Souza, E. M.	111
Bernardinelli, N.	110
Conti, P. C. R.	112, 113
Carvalho, R. M.	104, 107
Francischone, C. E.	108
Segala, A. S.	99
Duarte, M. A. H.	100
Capelozza, A. L. A.	106
Silva, M. A. G. S.	105
Bonifácio, S. M.	102
Sant'ana, E.	103