

PROGRAMA ESPECIAL
DE TREINAMENTO



PET

INFORMA

v.11, n.1/2, jan/dez, 1998.

Faculdade de Odontologia de Bauru

Universidade de São Paulo



Índice

EDITORIAL	03
LEITURAS	05
SEMINÁRIOS	97
ÍNDICE DE ORIENTADORES DE SEMINÁRIOS	121
ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMO E APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS	124
ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS	126
ÍNDICE DE ASSUNTOS	133

Editorial

APRESENTAÇÃO

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 extracurriculares, 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 de 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 e um integrante voluntário, orientados por um tutor e com a colaboração efetiva dos demais Docentes da Instituição. O Grupo além das atividades específicas, envolvendo a participação em eventos científicos, realização de seminários, reuniões tutoriais semanais, com abordagens multidisciplinares e de caráter específico à Odontologia, cujos resumos de interesse constituem-se um 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

ORGANIZADORES

TUTOR: Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

BOLSISTAS DO PET:

Ana Raquel Benetti
Carla A. Damante
Célia Regina M. Pinzan
Fernanda Angelieri
Helena Maria Rosa
Lígia Buloto Schmitd
Lúcia Helena D. Roveroni
Milena G. da Costa
Nicole Kawauchi
Paulo Ricardo B. Silva
Rodrigo Piozzi
Victor Donozetti de Lima

BOLSISTA VOLUNTÁRIA:

Andrea Anzai

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

SUPERVISÃO DA REDAÇÃO: Bolsistas PET-FOB/USP

EDITORACÃO: Bolsistas PET-FOB/USP

REPRODUÇÃO: Reprografia da Prefeitura do Campus USP-Bauru.

Leituras

CHADWICK, R. G., LINDSAY, S. M. Dental injuries during general anaesthesia : can the dentist help the anaesthetist? **Dent. Upd.** v.25, n.2, p.32-5, 1996.

Entubação Endotraqueal é comumente utilizada no Reino Unido quando usa-se anestesia geral, e, embora ofereça muitas vantagens, pode causar prejuízo aos dentes, principalmente os incisivos superiores. Em situações difíceis ou de emergência, uma força de até 49N pode ser aplicada sobre estes dentes para se conseguir entubar. Embora poucos estudos examinem este problema, os processos médico-legais referentes a prejuízo dental correspondem a um terço dos problemas ocasionados durante anestesia geral. Variam desde micro-fraturas no esmalte a avulsões, incluindo necrose pulpar e prejuízo em coroas, especialmente quando há enfraquecimento de suporte ou perda de tecido dentário. O dentista pode ajudar a minimizar estes riscos, erradicando cárie ou doença periodontal, substituindo restaurações soltas ou removendo dentes móveis de pobre prognóstico a longo prazo. Pode, ainda, prover um protetor para coroas e próteses. Infelizmente, muitos pacientes que vão submeter-se a cirurgia e requerem anestesia geral não freqüentam regularmente um consultório odontológico. Caso o anestesista considere o paciente passível de sofrer prejuízo dental, pode consultar o dentista do hospital, mas então poucas medidas profiláticas poderão ser tomadas.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: prejuízo dental, entubação, anestesia geral

BASSANTA, A.D. et al. Estimulação elétrica neural transcutânea ("TENS"): sua aplicação nas disfunções temporomandibulares. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.11, n.2, p.109-16, abr./jun. 1997.

Atualmente sabe-se que a maioria das disfunções temporomandibulares está associada a alterações em nível oclusal, que comprometem o sistema muscular. Para este estudo foram selecionados vinte e seis pacientes com características de disfunção miofacial, abertura limitada e dor ou sensibilidade nos músculos temporal e masseteres, bilateralmente. Foram utilizadas as análises eletromiográfica e eletrognatográfica desses músculos, constatando-se um aumento da atividade elétrica em alguns músculos citados pelo paciente como sintomáticos, sendo também anotado o espaço funcional livre encontrado. Em seguida, estes pacientes foram submetidos a aplicação da TENS, feita em baixa frequência por quarenta e três minutos, com 60 pulsos por minuto. Observou-se com a indução elétrica nos músculos citados um relaxamento, com aumento do espaço funcional livre, além de uma redução nos valores eletromiográficos registrados previamente à aplicação da TENS nos músculos temporal (fibras anteriores e posteriores) e masseter, promovendo alívio da sensação dolorosa.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: relação maxilomandibular, análise eletromiográfica, TENS

WEERHEIJM, K. L. Occlusal "hidden caries". **Dent Update**, v.24, n.5, p.182-4, June 1997.

Atualmente sabe-se que a maioria das disfunções temporomandibulares está associada a alterações em nível oclusal, que comprometem o sistema muscular. Para este estudo foram selecionados vinte e seis pacientes com características de disfunção miofacial, abertura limitada e dor ou sensibilidade nos músculos temporal e masseteres, bilateralmente. Foram utilizadas as análises eletromiográfica e eletrognatográfica desses músculos, constatando-se um aumento da atividade elétrica em alguns músculos citados pelo paciente como sintomáticos, sendo também anotado o espaço funcional livre encontrado. Em seguida, estes pacientes foram submetidos a aplicação da TENS, feita em baixa frequência por quarenta e três minutos, com 60 pulsos por minuto. Observou-se com a indução elétrica nos músculos citados um relaxamento, com aumento do espaço funcional livre, além de uma redução nos valores eletromiográficos registrados previamente à aplicação da TENS nos músculos temporal (fibras anteriores e posteriores) e masseter, promovendo alívio da sensação dolorosa.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: cárie oculta

JOSHIPURA, K.J. et al. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.127, n.4, p.459-67. Abr, 1996.

Os autores coletaram dados de ingestão de alimentos e nutrientes de aproximadamente 49 mil profissionais da saúde, do sexo masculino. Este estudo longitudinal sugere que a perda dos dentes levou a mudanças na dieta, na escolha dos alimentos. Os participantes edêntulos consumiam menos vegetais, fibras e caroteno, ingeriam mais gordura saturada, colesterol e calorias do que os entrevistados que possuíam 25% ou mais dentes na boca. Estes fatores podem aumentar o risco de doenças sistêmicas, entre elas o câncer, doenças cardiovasculares, além de estarem associados ao aparecimento de cataratas e adenoma colorretal. Deduziu-se que grande parcela da população pode ser afetada, encontrando-se uma diferença de até 20% na ingestão diária de calorias, já que várias pesquisas indicam que a perda dos dentes naturais reduzem a eficiência mastigatória mesmo após reposição com próteses. Dentre os profissionais da saúde entrevistados, 58% eram dentistas, sendo estes 50% menos edêntulos. A idade média dos entrevistados é de 55 anos, e encontrou-se que os fumantes do grupo eram 3 vezes mais susceptíveis a perderem seus dentes precocemente, principalmente por doença periodontal, e que suas dietas eram mais pobres. Sabendo da evidente relação entre a perda dental e a escolha alimentar, enfatiza-se a necessidade do dentista prevenir extrações, controlando cárie e doença periodontal.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: perda dental, alimentação, doenças sistêmicas

ABLAH, C. R.; PICKARD, R. B. Dental hygienists and long term care.
J. Dent. Hygiene, v.72, n.2, p.27-33, 1998.

O objetivo deste estudo é verificar se os profissionais técnicos em higiene dental estão dispostos a trabalhar em programas a longo prazo, cuidando de pacientes idosos. Uma revisão na literatura mostra que existe necessidade de se melhorar a saúde bucal de adultos mais velhos, com programas de longa duração. Então, os autores enviaram questionários a dentistas ativos no Kansas, onde as pessoas com idade superior a 65 anos perfazem 13,9% da população do estado. Obteve-se resposta a 69% dos questionários, que investigaram o nível de escolaridade, a rotina no trabalho e o interesse em participar de cuidados a longo prazo, em asilos. Os resultados mostraram que uma grande maioria (94%) estaria disposta a trabalhar em uma facilidade com programas a longo prazo, porém poucos participantes se interessaram em dedicar tempo integral aos idosos. Aqueles que tiveram menor treinamento e capacitação para cuidar de adultos em idade avançada mostraram menos interesse em assumir responsabilidades com odontogeriatria, enquanto profissionais formados mais recentemente estavam dispostos a trabalhar com estes pacientes. O estudo sugere que o fator motivador para a prática geriátrica é o desejo de completar as necessidades dos pacientes de mais idade, e que seria importante incrementar o conteúdo de Geriatria no currículo, para que os estudantes estejam mais familiarizados com o tratamento de idosos, resultando em profissionais especializados em higiene bucal e aptos a realizar seu trabalho da melhor maneira.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: geriatria, higiene dental, cuidados a longo prazo

NICHOLS, C. Dentistry and Hypertension. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.128, n.11, p.1557-62, Nov, 1997.

A hipertensão é a doença sistêmica crônica mais comum em adultos, e tende a aumentar com a idade. Estudos sugerem que um grande número de pacientes hipertensos não sabem do problema até que haja conseqüências no organismo, ou então, não controlam a doença adequadamente, mesmo quando estão sob tratamento. Deste estudo participaram 89 pacientes tratados em faculdades de odontologia, que tiveram sua pressão sangüínea e número de batimentos cardíacos monitorados, durante procedimentos odontológicos. Foram observados os cinco valores iniciais, os cinco valores finais e a média, sendo os pacientes divididos em quatro grupos. Os três primeiros grupos eram constituídos de indivíduos normotensos, enquanto do quarto grupo participavam indivíduos hipertensos. O número e porcentagem de pacientes com pressão sistólica superior a 140 mmHg ou pressão diastólica acima de 90 mmHg excedeu significativamente a variação normal nas primeiras cinco leituras do que nas cinco finais, exceto no grupo de hipertensos. Concluiu-se, então, que o ideal seria tomar as medidas de pressão arterial após o tratamento odontológico, já que os valores iniciais podem indicar uma falsa hipertensão. Dessa maneira, o dentista como profissional treinado de saúde pode auxiliar o médico no controle de indivíduos hipertensos.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: hipertensão

VAARKAMP, J. et al. Quantitative diagnosis of small approximal caries lesions utilizing wavelength-dependent fiber-optic transillumination. **J. Dent. Res.**, v.76, n.4, p.875-82, Abr, 1997.

Já que a inspeção visual e radiografia interproximal não são métodos adequados para uma detecção precoce das lesões cariosas, e sabendo que a descoberta de uma lesão no início pode resultar em estabilização ou regressão da mesma quando medidas preventivas são aplicadas, uma alternativa promissora no diagnóstico de cárie interproximal é a transiluminação dental. Os dentes são transiluminados com fibras ópticas (FOTI) e as lesões são diagnosticadas quando manchas escuras ou sombras são percebidas. O sistema FOTI pode detectar lesões restritas somente a esmalte, porém este estudo foi realizado para descobrir se é possível se fazer o diagnóstico quantitativo destas pequenas lesões. Dezesete pré-molares foram transiluminados na superfície interproximal com fibra de vidro, que transporta a luz de uma lâmpada de halogênio. Uma câmera registrou as imagens da face oclusal, e foram encontradas diferenças na espessura óptica que estava diretamente correlacionada com a perda mineral. Os resultados encontrados foram graficamente comparados, e permitem afirmar que a propagação de luz através de tecido cariado também possibilita a realização de um diagnóstico quantitativo das pequenas lesões cariosas interproximais.

Autor do resumo : Ana Raquel Benetti

Unitermos: cárie interproximal, diagnóstico óptico

FARAH, E. A.; TANAKA, C. Postura e mobilidade da coluna cervical e do tronco em portadores de alterações miofuncionais orais. **Rev. APCD**, v.51, n.2, p.171-5. Mar/Abr, 1997.

Este estudo tem como objetivo caracterizar a postura e investigar a mobilidade do segmento cefálico e do tronco em portadores de alterações miofuncionais orais. Foram estudados 26 pacientes de 14 a 29 anos, com tais alterações. A avaliação da postura dos pacientes foi realizada através de fotografias padronizadas, que permitiram estudar os ângulos tíbio-társico, o de alinhamento do joelho e o de deslocamento ântero-posterior da pelve. O padrão de mobilidade do tronco foi estudado pelo movimento de flexão, rotação e expansibilidade do tórax. Para estudar a mobilidade da coluna cervical, analisaram-se movimentos de flexão, extensão, inclinação direita e esquerda da coluna cervical. Sobre o padrão postural, o estudo analisou o ângulo de protração da cabeça e através de análises fotográficas. Confirmou-se a coexistência entre alterações posturais e miofuncionais orais, principalmente com a posição de protração da cabeça, que foi encontrada em todos os pacientes, além de diminuição do ângulo tíbio-társico, hiperextensão da pelve com diminuição da mobilidade cervical e do tronco, discutidos com base no encurtamento das cadeias musculares.

Autor do resumo: Ana Raquel Benetti

Unitermos: postura, músculos mastigatórios, disfunção da ATM

LOPES, M. A.; et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.** v.52, n.3, p.241-4 , Mai/Jun 1998.

A cavidade bucal é um importante local de ocorrência de tumores malignos.. Um dos tratamentos realizados é a radioterapia, que provoca vários efeitos colaterais como dermatite, mucosite, candidíase. As glândulas salivares sofrem atrofia e degeneração produzindo saliva viscosa e ácida. A xerostomia persiste em 80% dos casos. O tratamento de ser feito com saliva artificial e orientação para um maior consumo de água. Os dentes são afetados e o esmalte torna-se mais vulnerável à cárie. A cárie de radiação é de progressão rápida, inicia-se no colo dental e é causada pela diminuição do fluxo salivar, modificação da saliva e desenvolvimento de microorganismos cariogênicos. Deve-se utilizar saliva artificial, bochechos com flúor, clorexidina diariamente. Utilizar dieta não cariogênica, reforçar a higienização e fazer profilaxias constantes. Os ossos são menos irrigados, a atividade osteoblástica é reduzida, ficando mais vulneráveis à infecção. O principal fator associado à osteoradionecrose é a exodontia após a radioterapia . Ocorre com mais freqüência na mandíbula. Deve-se analisar as condições de higiene do paciente e a vontade de colaborar com o tratamento. Se for desfavorável, fazer as exodontias duas semanas antes da radioterapia. A osteoradionecrose é tratada com irrigação diária local com clorexidina a 0,2% e antibióticos sistêmicos. Em casos mais graves usa-se a oxigenação hiperbárica. O cirurgião dentista é um importante elemento na equipe de tratamento do câncer oral, portanto deve Ter pleno conhecimento dessas alterações e saber previni-las e controlá-las.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: radioterapia, osteoradionecrose, câncer bucal

PILATTI, G. L.; SAMPAIO, J. E. C.; The influence of chlorhexidine on the severity of ciclosporin A - induced gingival overgrowth. **J. Periodontol**, v. 68, p.900-4, 1997

A Ciclosporina A é uma droga imunossupressora usada para prevenir a rejeição de transplantes. Entre seus efeitos colaterais, está a hiperplasia gengival, que ocorre com mais freqüência na região vestibular e pode interferir na fonética, oclusão, e estética dos pacientes. Alguns estudos indicam que há uma correlação positiva entre a placa bacteriana e a severidade da hiperplasia gengival, sugerindo que os antimicrobianos podem limitar os efeitos da Ciclosporina A. O objetivo do trabalho é verificar histologicamente a influência de uma aplicação diária de 0,12% de clorexidina na severidade da hiperplasia gengival em ratos. Foram divididos 4 grupos: 1) controle, 2) Ciclosporina A somente, 3) clorexidina somente, 4) Ciclosporina A + clorexidina. Os animais foram sacrificados com 14 e 21 dias de tratamento. Os resultados mostram que não houve diferença entre os grupos com 14 dias. Com 21 dias o grupo 2 mostrou maior hiperplasia vestibular, estatisticamente significativa em relação ao grupo 4. Conclui-se que o uso de antimicrobianos como a clorexidina pode melhorar o controle da placa e gengivite, o que conseqüentemente pode ajudar a reduzir a severidade da hiperplasia gengival.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: clorexidina, hiperplasia gengival, ciclosporina

MATTSON, J. S.; BLANKENAU, R.; KEENE, J.J.; Use of argon laser to treat drug induced gingival overgrowth. **J. Amer. Dent. Ass.**, v. 129, p.78-82, Jan 1998

Pacientes que recebem medicação como bloqueadores de canais de cálcio, ciclosporina, e fenitoína, têm o risco de desenvolver hiperplasia gengival. O laser tem sido usado para tratar essas lesões com vantagens de reduzir a incidência de complicações pós-cirúrgicas, hemorragia e dor. O laser de argônio emite uma luz azul-esverdeada que é prontamente absorvida por tecidos que contém pigmentos como hemoglobina, melanina e outros pigmentos escuros. É pobremente absorvido por esmalte e dentina. O paciente em questão fazia uso de ciclosporina, fenitoína, prednisona e aspirina. O exame clínico mostrou severa displasia gengival, depósitos supra e subgengivais, bolsas periodontais com perda óssea e *Candida albicans*. O tratamento foi feito com anti-fúngicos, instrução da desinfecção da dentadura, raspagem dos dentes e cirurgia periodontal para remover hiperplasia. Antes da cirurgia foi feita profilaxia antibiótica com amoxicilina. Lidocaína foi usada como anestésico e a cirurgia foi feita com o laser de argônio ajustado para penetrar na gengiva hiperplásica espessa. O sangramento foi mínimo e 2 semanas após, já se via clinicamente a cicatrização.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: hiperplasia gengival, laser de argônio, cirurgia periodontal

SLAVKIN, H.C.; Reflections on taste for oral health professionals. **J. amer. dent. Ass.**, v. 128, p.1697-1701, Dec, 1997.

Os dentistas costumam usar anestésicos e vários medicamentos que podem trazer uma distorção ao paladar. Essa sensação pode voltar logo que a medicação é suspensa, mas em alguns casos pode persistir por semanas, anos e até por toda vida. Após a extração de 3^{os} molares 0,5 a 5% dos pacientes experimentaram trauma com perda (algesia), diminuição da sensibilidade (hipogeusia), aumento da sensibilidade (hipergeusia) ou distorção (disgeusia) do sentido do paladar. O cérebro recebe as informações de sabores dos botões gustativos através de neurotransmissores. As papilas fungiformes possuem 1 botão gustativo, as foliadas e circunvaladas possuem vários botões. O mecanismo para percepção dos sabores salgado e azedo é feito através de canais de sódio; já para o doce e amargo há mecanismos mais complexos com auxílio de proteínas. Segundo Bartoshuk et.al. a população é dividida em sem paladar 25% (11 botões gustativos por cm²), com paladar 50%, superpaladar 25%(1100 botões por cm²). Várias drogas podem interferir o paladar e olfato. Entre elas estão: anestésicos, anti-inflamatórios, clorexidina, antimicrobianos, analgésicos, imunossupressores, vasodilatadores, simpatomiméticos, anti-coagulantes. O anestésico local retira a sensibilidade de dor e de paladar devido à semelhança das fibras nervosas que conduzem esses estímulos. O metabolismo do anestésico resulta em álcool que é tóxico para o nervo e interfere nos canais de sódio e receptores de membrana das células do paladar. A perda ou distorção do paladar por anestesia é pequena (0,5 a 5%), mas pode durar meses e até anos.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante
Unitermos: paladar, botões gustativos, anestésico local

CONTI, P. C. R.; RAMOS JUNIOR, L.; MIRANDA, J. E. S., Placas oclusais reposicionadoras no controle das patologias da ATM, **Odonto POPE**, v.2, n.1, p.276-282, Jan/Mar 1998.

As disfunções craniomandibulares e seu tratamento são assuntos de grande controvérsia na literatura. As placas oclusais lisas, medicação e fisioterapia têm sido o tratamento mais indicado no momento e que trouxe maior número de resultados positivos. Casos de deslocamento de disco anterior com redução, onde o disco é recapturado pelo côndilo durante a abertura bucal e durante o fechamento ele se anterioriza novamente, são tratados com essa terapia convencional. Nos casos que não há resposta, indica-se então as placas reposicionadoras, que levam a mandíbula em protrusão recuperando o disco e descomprimindo os tecidos retrodiscais. Essa placa é utilizada por uma semana por período integral e 1 a 3 meses de uso noturno e após esse período é transformada em uma placa lisa. A intenção desse tratamento é eliminar a dor e permitir a adaptação dos tecidos retrodiscais ou seja, seu fibrosamento e formação de um pseudo disco. Se não houver resposta, pode-se tentar a terapia novamente com atenção ao efeito colateral da criação de uma mordida aberta posterior. Após várias tentativas e insucesso parte-se para procedimentos mais invasivos como infiltrações articulares e cirurgias. Conclui-se que as placas posicionadoras são importantes para controlar as patologias intra-articulares desde que bem indicadas e consideradas as possíveis conseqüências.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: disfunção craniomandibular, patologia intra-articular, placas reposicionadoras

FOURNIER, A.; PAYANT, L.; BOUCLIN, R. Adherence of *Streptococcus mutans* to orthodontic brackets. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v.114, n.4, p.414 – 17, Oct. 1998.

O presente estudo teve como propósito testar a afinidade do *Streptococcus mutans* aos braquetes confeccionados de metal, plástico e cerâmica. Doze braquetes de cada tipo recobertos por saliva e outros doze, também de cada tipo, porém não envolvidos por saliva foram imersos em uma solução com *S. mutans*. Cada amostra foi então imersa em água destilada a 20°C por 24, 48 e 72 horas. Durante as primeiras 24 horas, a aderência do *S. mutans* diminuiu tanto nas amostras com, como nas sem saliva. Entre 24 e 72 horas, a aderência do *S. mutans* nos braquetes revestidos por saliva permaneceu inalterada, enquanto que a aderência aos braquetes que não estavam envolvidos por saliva diminuiu. A afinidade inicial do *S. mutans* aos braquetes de metal foi estatisticamente significativamente menor que o de plástico e o de porcelana com ou sem saliva.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: *Streptococcus mutans*, saliva, braquetes

CHRISTENSEN, G. J.; Air abrasion tooth cutting: state of the art 1998.
J Amer. Dent. Ass. v.129, n. 4, p. 484-5, Apr 1998.

Há apenas dois anos a preparação de cavidades por abrasão pelo ar foi introduzida novamente à odontologia após 40 anos de dormência. Os custos dessa técnica diminuíram bastante e ela tem sido usada aos poucos por um número maior de profissionais. A técnica consiste em prepararos cavitários feitos com o uso de um jato de óxido de alumínio. Suas principais indicações são para lesões incipientes de cárie, onde se deseja fazer um preparo conservativo. Cavidades de classe I com sulcos profundos e suspeita de cárie, pequenas lesões de classe III, cavidades pequenas de classe V em esmalte ou dentina e fissuras na vestibular de molares inferiores e lingual de molares superiores são os locais mais propícios a esse tratamento. Esse tipo de preparo conservativo pode ser restaurado com resina fluida. Já as cavidades de classe II são difíceis de se realizar e o preparo é imprevisível. Também ocorre com cavidades de classe IV onde se gastaria um tempo maior para o preparo do que se usasse brocas comuns. AS principais vantagens da técnica são a rapidez, eficiência em remover pequenas lesões e não causar dor. A maior contra-indicação é para cáries extensas, pois o jato não remove muito bem o tecido cariado. As desvantagens são as possíveis lesões na gengiva se não usar o dique de borracha. Há necessidade de um filtro e uso de máscara pois as partículas de alumínio ficam no ar, e o jato pode danificar lupas. A técnica vem ganhando popularidade e seu uso para pequenas restaurações, sua rapidez, facilidade e sem provocar dor são características que merecem significativa atenção.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: abrasão pelo ar, óxido de alumínio, preparo cavitário

CHRISTENSEN, G. T.; Desensitization of cervical tooth structure. **J. Amer. Dent. Ass.** v.129. n.6, p. 765-6, Jun 1998.

A sensibilidade cervical é uma reclamação freqüente no consultório odontológico e muitos dentistas não dão muita importância a esse fato e delegam o trabalho de dessensibilização para suas auxiliares. As maiores causas de sensibilidade são a recessão gengival que pode expor os canais dentinários a fluidos bucais, microorganismos e alimentos. O consumo de bebidas ácidas como refrigerantes, suco de frutas cítricas, causa desmineralização do dente e sensibilidade. A bulimia tem esse mesmo efeito com desmineralização mais severa. Consumo constante de açúcar diminui o pH da boca causando sensibilidade e cárie. Pastas de dente para controle de tártaro contém pirofosfato que pode deixar os dentes sensíveis. A abrasão por escova dental também é uma grande causa da sensibilidade cervical. O tratamento consiste em retirar ou reduzir as causas, usar flúor regularmente, usar pastas com agente dessensibilizantes. Pode-se fazer uso de adesivos dentinários na região cervical tomando os devidos cuidados como retração gengival, profilaxia e uso do adesivo em camadas bem finas para que não seja retirado com o fio dental. Outro meio eficaz é a iontoforese que permite maior entrada de flúor na dentina por um fenômeno elétrico. Essa técnica torna-se mais eficaz se acompanhada da aplicação do agente adesivo. Todos esses procedimentos são simples, rápidos, podem ser feitos pelas auxiliares e devolvem conforto ao paciente.

Autora do resumo: Carla Andreotti Damante

Unitermos: sensibilidade cervical, dessensibilização

ÖRTENDAHL, T. et al. *Mutans Streptococci* and incipient caries adjacent to glass ionomer cement or resin – based composite in orthodontics. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v.112, n.3, p.271-4, 1997.

Os níveis de *S. mutans* em placas adjacentes aos braquetes ortodônticos colados com cimento de ionômero de vidro (CIV) ou de resina composta (RC) foram investigados no presente estudo. A amostra foi constituída por 11 pacientes que, previamente ao tratamento, apresentavam mais de 10^5 CFU destes microorganismos. Finalizado o tratamento ortodôntico (média de 9,5 meses). a porcentagem de *S. mutans* da contagem total de CFU na placa, foi inferior adjacente aos braquetes colados com CIV em relação aos braquetes colados com RC, no entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa. Dois pacientes apresentaram o *S. sobrinus* e desenvolveram cáries incipientes durante o tratamento ortodôntico. A formação de lesões incipientes ocorreu apenas adjacente aos braquetes colados com RC. A partir dos resultados obtidos os autores sugeriram que em pacientes que apresentam níveis salivares relativamente altos de *S. mutans* antes do tratamento, e principalmente naqueles que adquirem *S. sobrinus*, o uso do CIV para a colagem dos braquetes ortodônticos pode evitar a formação de cáries incipientes durante o tratamento.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: *S. mutans*, cimento de ionômero de vidro, resina composta

ROBB, S. I. et al. Effectiveness and duration of orthodontic treatment in adults and adolescents. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v.114, n.4, p.383-6, Oct. 1998.

Atualmente, os adultos constituem aproximadamente 20% dos pacientes ortodônticos. Sendo assim, o propósito deste estudo foi o de comparar a efetividade e a duração do tratamento ortodôntico entre adultos e adolescentes e o de avaliar as variáveis capazes de influenciar na efetividade e na duração do tratamento. Os registros do pré e do pós – tratamento foram realizados nos modelos de estudo a partir do índice PAR (Peer Assessment Rating). A amostra era composta por 32 adultos (faixa etária de 31,3 anos) e 40 adolescentes (faixa etária de 12,9 anos), sendo que todos tiveram os quatro pré-molares extraídos durante o tratamento ortodôntico. Os resultados indicam que não houve diferença estatisticamente significativa ($p > .05$) entre adultos e adolescentes em relação a efetividade e a duração do tratamento. As variáveis que refletem a colaboração do paciente, que estão relacionadas à frequência nas consultas e à necessidade de reparos no aparelho influenciaram tanto na duração como na efetividade do tratamento. O grau do *overjet* também demonstrou influência na duração do tratamento.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: tratamento ortodôntico, adultos, adolescentes

KILIÇOĞLU, H.; YILDIRIM, M.; POLATER, H. Comparison of the effectiveness of two types of toothbrushes on the oral hygiene of patients undergoing orthodontic treatment with fixed appliances. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v. 111, n.6, p. 591-4, 1997.

O propósito deste estudo foi o de avaliar se as escovas dentais ortodônticas eram superiores às clássicas na eliminação da placa bacteriana sobre os dentes e sobre os braquetes e na manutenção da saúde periodontal. A amostra era constituída por vinte pacientes, com idade entre 12 e 22 anos, submetidos a tratamento ortodôntico com aparelhos fixos e que realizaram a escovação com a técnica de *Bass*. Dez pacientes utilizaram as escovas de dentes tipo Oral B Orto, enquanto os outros dez usaram o tipo Oral B Plus 35. Inicialmente e um mês após, realizou-se os índices de placa de *Quigley – Hein*, do braquete colado, de sangramento do sulco e as medidas de profundidade da bolsa periodontal. Não houve diferença estatisticamente significativa para a placa, no sangramento do sulco gengival e na profundidade de bolsa periodontal entre as amostras que utilizaram as escovas ortodônticas e as escovas clássicas. Os autores concluíram, neste estudo a curto prazo, que a escova de dentes ortodôntica não é superior às clássicas.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: escova ortodôntica, escova clássica, tratamento ortodôntico, placa bacteriana

BASDRA, E. K.; KOMPOSCH, G. Osteoblast-like of human periodontal ligament cells: an *in vitro* analysis. **European Journal of Orthodontics**, v.19, n.6, p.615-21, 1997.

O propósito deste estudo foi identificar as propriedades biológicas das células presentes no ligamento periodontal, a fim de auxiliar no entendimento do papel que estas células ocupam nas diversas funções do ligamento periodontal e de aperfeiçoar o sucesso de procedimentos clínicos. Fibroblastos do periodonto humano foram isolados, cultivados e caracterizados histologicamente e bioquimicamente, com relação às suas supostas propriedades, ou seja, características do osteoblasto. Histoquimicamente, os fibroblastos do ligamento periodontal cultivados apresentaram uma coloração intensa para a fosfatase alcalina (FA). Bioquimicamente, com o decorrer do tempo, a atividade basal da FA aumentou em sua cultura. Os níveis da FA após a estimulação com $1\alpha, 25$ de dihidroxivitamina D_3 foram significativamente mais elevados do que aquelas das culturas controle. Além disto, a imunofluorescência no osteoclasto, um marcador osteoblástico, foi fortemente positiva. A coloração das culturas da célula de Von Kossa revelou a formação de nódulos de característica mineral. Os resultados obtidos indicam que os fibroblastos do ligamento periodontal humano exibiram *in vitro*, características fenotípicas compatíveis com os osteoblastos, sugerindo, portanto, que tais células apresentam o potencial de se diferenciarem em osteoblastos e/ou cementoblastos.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: osteoblastos, fibroblastos, ligamento periodontal

McCARTHY, G.M; MAMANDRAS. A. H.; MacDONALD, J.K.
Infection control in the orthodontic office in Canada. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v.112. n.3, p.275-81, 1997.

Visto que há dificuldade na identificação de pessoas infectadas, as recomendações atuais para o controle de infecções são no sentido de tratar todos os pacientes como se estivessem infectados com patogenias sangüíneas, tais como o vírus da imunodeficiência (HIV) e o vírus da hepatite. Sendo assim, o propósito deste estudo foi o de investigar a proporção de ortodontistas que realizaram os procedimentos recomendados para o controle de infecções e o de comparar a prática do controle de infecções dos ortodontistas com os clínicos gerais. Um questionário foi enviado tanto para ortodontistas com para clínicos gerais de Ontario. Houve diferenças estatisticamente significantes em relação ao uso rotineiro de luvas (ortodontistas: 85%, clínicos gerais: 92%); máscaras (ortodontistas: 38%, clínicos gerais: 75%); proteção para os olhos (ortodontistas: 60%, clínicos gerais: 84%); troca de luva após cada paciente (ortodontistas: 84%, clínicos gerais: 96%); e a esterilização dos instrumentos (ortodontistas: 57%, clínicos gerais: 84%). A vacinação de todo corpo clínico contra a hepatite B (HBV) foi relatada por 46% dos ortodontistas e 61% dos clínicos gerais. A vacinação contra HBV de ortodontistas (94%) e clínicos gerais (92%) não foram estatisticamente significantes. Concluiu-se que necessita-se de mais educação para promover o uso de precauções tanto para os clínicos gerais como para os ortodontistas. A vacinação do corpo clínico contra a HBV e a esterilização dos instrumentos devem ser mais enfatizadas na prática ortodôntica.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: controle de infecções, ortodontistas, clínicos
gerais

MASSAO ,J.M.;Geração de uma população sem cárie.disponível na internet <http://odontologia.com.br> (na seção odontopediatria)

Antes a assistência odontológica para crianças iniciava-se aos três anos de idade. Segundo a academia brasileira de Odontopediatria, a primeira visita ao dentista deveria acontecer por volta dos doze meses de idade. Já no primeiro ano de vida do bebê, existe a presença de hábitos inadequados. De acordo com estudo, 5,97% dos bebês possuem uma alta freqüência no consumo de açúcar; 33% foram contaminados pelas mães através da saliva e cerca de 13% apresentavam lesões cariosas já no primeiro ano de vida. O sucesso em obter crianças livres de cárie, é evidência da implementação da prática preventiva e que a cárie mamadeira é um exemplo de um inadequado programa de saúde bucal. Segundo afirmação de Goepferd os pais usualmente não têm acesso às informações para orientá-los em relação à saúde bucal de seus filhos, exceto através da conversa com dentistas. Massao e cols defendem a necessidade de uma odontologia co-participativa entre pais, paciente e dentistas, bem como a integração com as demais áreas que lidam com crianças. Colley K Sanders citam que 90% das crianças menores que cinco anos nos EUA, já foram examinadas por um médico, com a média de sete consultas anuais e apenas 14,3% desta mesma população foram consultadas por um dentista. O médico obstetra e o pediatra, deveriam fornecer esclarecimentos básicos de orientação em relação a hábitos de higiene bucal, dieta sucção e época de encaminhamento ao dentista, pois raramente a criança vai ao dentista no primeiro ano de vida.

Autor do resumo: Rodrigo Piozzi

Unitermos: hábitos inadequados, prevenção

RIORDAN, D.J. Effects of orthodontic treatment on nutrient intake. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v.111, n.5, p.554-61, 1997.

É comum os ortodontistas instruírem seus pacientes a ingerirem alimentos leves após a consulta ortodôntica a fim de evitar a sensibilidade à pressão. Sendo assim, este estudo comparou a entrada de substâncias nutritivas antes e após o ajuste ortodôntico para observar se ocorreria quaisquer alterações. A amostra foi composta por dez pacientes com idade entre 12 e 16 anos. Os pacientes foram instruídos a registrar os alimentos que ingeriram 3 dias antes e 3 após o ajuste. Os resultados demonstram um decréscimo na entrada de cobre e magnésio após o ajuste ortodôntico. Observou-se, também, uma maior porcentagem de calorias provenientes da gordura total saturada no gasto de carboidratos, um decréscimo na entrada de fibra e um aumento na proporção de cálcio e fósforo. O metabolismo ósseo e, portanto, o movimento dentário, pode ser afetado pelos níveis de cobre e magnésio. Portanto, para se obter uma melhor resposta psicológica do paciente ao tratamento ortodôntico, pode ser benéfico fornecer-lhe um guia nutricional na escolha de dietas com alimentos leves.

Autor do resumo: Célia Regina Maio Pinzan

Unitermos: substâncias nutritivas, cobre, magnésio, tratamento ortodôntico

Testes sorológicos de amostras sangüneas tem sido aplicado para o diagnóstico final da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esse teste geralmente é feito pelo método imuno-enzimático *ELISA* que frente a um primeiro resultado positivo é feito teste confirmatório pelo "Western blot" a utilização da saliva tem sido considerada uma alternativa atraente por oferecer uma série de vantagens em relação às amostras obtidas do sangue. A coleta é mais segura, visto que o risco de contaminação pelo operador, com picadas acidentais de agulhas, descarte de material e eventual quebra de tubos e o risco em relação a reutilização de seringas são completamente eliminados. Para o paciente as vantagens são claras, é uma técnica não invasiva e indolor. Isso torna-se excelente para idosos, crianças e pessoas com vasos sangüneos de difícil acesso. A saliva tem pequena quantidade de anticorpos e por isso exige técnica bastante sensível para detecção. A maioria dos estudos reportam sensibilidade em torno de 95% à 100% e especificidade entre 98 e 100%. Porém um estudo relatou a utilização de técnica específica para saliva, um exame *ELISA* capturados de imunoglobulinas A que apontou 99% de especificidade e 100% de sensibilidade. O método usa anticorpos purificados, anti imunoglobulinas humana classe G immobilizados nas microcavidade de placa. Dos testes realizados poucos foram insuficientes e desses alguns eram crianças e acreditou-se que seria maior tempo de mastigação devido a menor quantidade de saliva produzida.

Autor do resumo: Rodrigo Piozzi

Unitermos: saliva, diagnóstico laboratorial

MANGANELLO, L.C.; CAPPELLETTE, M. Tratamento cirúrgico do paciente com palato ogival e com obstrução nasal, **Rev APCD**, v.50, n.1, p.79-81, Jan/Fev 1996

Autores com estudos ainda não permitiriam conclusões de causa e efeito entre respiração bucal e palato ogival. Este estudo foi feito para avaliar relacionamento entre problema respiratório e deformidade da maxila, associado com respiração bucal, aumenta dimensão vertical do palato e obstrução nasal. Feito com pacientes na mesma faixa etária, adultos, com atresia superior, palato ogival, respirador bucal ou mistos. Procedimentos; Osteotomia, com broca e cinzel, do pilar zigomático, numa extensão 2,5 cm. Osteotomia mediana com cinzel fino inicialmente e com cinzel de 2 cm até completar a separação do palato duro. Sutura dos ferimentos cirúrgicos. Na cirurgia procedeu ativação do disjuntor de Hirax de 2 voltas completas provocando diastema interincisal e a cada 2 dias $\frac{1}{2}$ volta de expansão, ficou o disjuntor por 3 meses depois da expansão e foi retirado, colocou goteira superior para manter posição. Foi conseguida expansão em 30 dias em média, 70% dos pacientes obtiveram melhora na respiração. Houve alteração na mastigação e posição do lábio e língua e rinomanometria houve mudança. De acordo com Schwarz, uma expansão de poucos mm no assoalho nasal produz efeito da narina a mais na respiração Segundo Krebs mesmo com recidiva dental, a maxila mantém posição. A osteotomia mediana realizada nos estudos demonstra sucesso mostrando que a área crítica da expansão maxilar em pacientes até 20 anos, acima dessa idade deve ser acompanhada das osteotomia nos pilares. Isso melhora a resistência nasal relatada pelos pacientes e rinomanometria.

Autor do resumo: Rodrigo Piozzi

Unitermos: palato ogival, obstrução nasal

ATTIN, T.; ZIRKEL, C.; HELLWIG, E. Brushing abrasion of eroded dentin after application of sodium fluoride solutions. Caries Res., v.32, p.344-50, 1998.

O objetivo deste estudo in vitro foi avaliar a influência da solução de fluoreto de sódio na abrasão por escovação em dentina já abrasionada. Sessenta incisivos bovinos foram preparados de maneira que, em 45 a dentina foi submetida à imersão em solução desmineralizadora, refrigerante Sprite light, por 5 minutos e posteriormente, em solução remineralizadora, saliva artificial, por 1 minuto. Esse tratamento foi repetido por 5 vezes. Após a imersão em saliva artificial, 15 espécimes foram tratados por 1 minuto com solução de fluoreto de sódio a 250 ppm de Flúor, sendo que outros 15 foram imersos na mesma solução, porém na concentração de 2000 ppm F. Outros 15 foram tratados com água destilada- o controle. Os remanescentes (15) não foram submetidos a qualquer tratamento. Depois de cada imersão em saliva artificial, os espécimes foram submetidos à abrasão em máquina de escovação com dentifrício não fluoretado. Após 5 ciclos de des-re, o desgaste dentário foi profilometricamente avaliado. Análise estatística revelou um desgaste significativamente menor nos controles sem erosão prévia e maior, nos controles com erosão. Aplicação de solução de flúor aumentou a resistência ao desgaste dos controles com erosão, mostrando melhor proteção pela maior concentração comparada à menor. A susceptibilidade à abrasão da dentina com erosão tratada com maior concentração de flúor não diferiu significativamente da dentina sem erosão. Conclui-se que a aplicação da solução de fluoreto de sódio a 2000 ppm F, imediatamente antes da escovação, reduz significativamente a abrasão da dentina já submetida a erosão, in vitro.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: erosion, sodium fluoride, brushing abrasion.

CARVALHO, M.E.A B.; SALGADO, F. Resina composta posterior. disponível na internet <http://odontologia.com.br>.(na seção dentística)

Resina comum evoluiu para composta na década de 50 pela introdução de macropartículas de quartzo, melhorando propriedades. Estudos prolongados apontaram o desgaste superficial como principal contra indicação do uso desses materiais em dentes posteriores. Sistemas atuais são satisfatórios para casos selecionados de classe I e II, A resistência ao desgaste é aumentada introduzindo-se partículas de microenchimento prepolimerizadas. Resinas de megapartículas incorporam vidro para proteger do desgaste. Pesquisas atuais envolvem o uso de partículas pequenas com melhores propriedade de enchimento, partículas radiopacificadoras mais eficientes, monômeros que expandem na fotopolimerização e eficiência de polimerização em qualquer volume. O ajuste entre essas partículas permite concentração em peso de 90-95% melhorando as propriedades físicas e diminuindo contração de presa. A maioria dos autores afirma que a resina composta posterior, apesar dos melhoramentos, não pode ser indicado como substituto do amálgama. Os mesmos autores são unânimes em indicar a resina composta para restaurações conservativas, principalmente quando a estética é exigida. Avaliação feita por 5 anos com resina composta posterior de micropreenchimento concluíram que partículas de enchimento maior que 1 cm se sobressaem na superfície como obstáculos ao deslize do bolo alimentar. É bem aceita pelo tecido pulpar, desde que a infiltração bacteriana seja impedida. A resina composta posterior se apresenta como um futuro promissor.

Autor do resumo: Rodrigo Piozzi

Unitermos: resina composta,desgaste superficial.

LEITE ,I.C.G.; TOLLENDAL, M.E., A expressão cultural do uso da chupeta enfoque epidemiológico. Disponível na internet <http://odontologia.com.br>. (na seção odontopediatria)

O exagerado uso da chupeta leva um prejuízo físico e psíquico para a criança usuária. Este malefício é caracterizado não só pelas seqüelas referentes à oclusão, como também o grande o aumento do índice cariogênico, dos problemas periodontais, além dos aspectos psicológicos envolvidos. Os prejuízos causados não são só as seqüelas ocluso-anatômico-fisiológicas, mas também seqüelas às áreas emocionais e afetivas, quando a chupeta é usada como substitutivo vicioso das múltiplas carências afetivas e nutricionais. É indiscutível o papel da amamentação ao peito na primeira fase do desenvolvimento psicológico, além de ser responsável por um equilíbrio biológico e crescimento ósseo. Fadiman comenta que a fixação na fase de adulto pode ser expressa naqueles que mordiscam constantemente, fumantes, ou os que comem demais, sendo que a retenção de prazeres na região oral pode ser considerada normal desde que não seja excessivamente dependente destes hábitos. Os hábitos de sucção são reforçadas em período de intensa ansiedade. Na comunidade indígena não foi relatado nenhum caso de sucção de chupeta estando as crianças sob direta responsabilidade das mães durante a infância, e sendo amamentadas ao peito geralmente por longos períodos. Chega-se à conclusão que esse vício exerce papel substitutivo e saciador de necessidades básicas, liberando a mãe para outras atividades.

Autor do resumo: Rodrigo Piozzi

Unitermos: chupeta, sucção, emoção

MATTOS-GRANER, R. O.; et al. Association between caries prevalence and clinical, microbiological and dietary variables in 1.0 to 2.5 year-old brazilian children. **Caries Res.**, v.32, p.319-23, 1998.

A associação entre a prevalência de cáries, o aspecto clínico (presença de placa visível na superfície vestibular dos incisivos superiores), microbiológico (níveis salivares elevados de *S. mutans*) e variações na dieta foram avaliados em 142 crianças entre 1 e 2,5 anos no atendimento público de creches em Piracicaba-SP. Uma significativa diferença na prevalência de cáries foi observada entre as crianças com (52,4%) e sem (22,8%) placa visível. *S. mutans* foram detectados em 114 (80,3%) das crianças. Uma alta prevalência de cáries foi observada em crianças com alto nível de *S. mutans* (74,2%), comparado com crianças com baixos níveis (30,7%). Crianças que nunca foram amamentadas no peito ou apenas até os 3 meses exibiam uma prevalência significativamente maior (50%) que aquelas amamentadas no peito por um longo período de tempo (28,4%). Uma maior prevalência de cáries foi também observada entre crianças que usavam mamadeira contendo leite com sacarose e cereais (30,4%), que aquelas contendo apenas leite com (11,5%) e sem sacarose (5,6%). Crianças que começaram a se alimentar com comida salgada aos 7 meses ou após mostraram uma maior prevalência de cáries (71,4%) que aquelas que a iniciaram mais cedo (28%). Este estudo suporta a evidência da associação entre prevalência de cáries em crianças jovens e níveis elevados de *S. mutans*, aspectos clínicos, além dos fatores dietéticos.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: dental caries, dietary habits, preschool children

CRAVERO, A. L.; MATHIAS, R. S.; VALENTIM, C. A efetividade do uso do fio dental na remoção da placa interproximal com dispositivos auxiliares (passa-fio) em pacientes portadores de aparelho ortodôntico fixo. **Ortodontia**, v.31, n.2, p.70-5, mai/jun/jul/ago 1998.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade do uso de fio dental na remoção da placa interproximal com dispositivo auxiliar (passa-fio) em pacientes portadores de aparelho ortodôntico fixo. Foram pesquisados dois tipos de passa-fio: plástico e metálico. A avaliação foi feita através do Índice de Higiene Oral Modificado de QUIGLEY; HEIN em 35 pacientes, na faixa de 12 a 15 anos. Foram avaliadas 428 superfícies proximais de incisivos superiores e inferiores. Como controle foi utilizado um grupo em que não foi fornecido nenhum tipo de dispositivo para execução da higiene interproximal, feita com fio dental. Quando da orientação e instrução de escovação e uso de fio dental, foi feita a avaliação inicial e a eficiência destas medidas após sete dias. Dos dados obtidos concluiu-se que: a orientação de higiene oral e a motivação forma eficientes na redução do índice de placa, assim como o uso do fio dental mostrou-se com tendência a reduzir os índices de placa embora não significativamente; o auxílio de passa-fio mostrou-se mais eficiente que o uso do fio sem o mesmo, principalmente com passa-fio plástico que foi estatisticamente significante; os pacientes consideraram o uso de fio dental, com ou sem passa-fio, demorado, aborrecido e difícil; a manutenção de uma higiene oral adequada condiciona-se à motivação freqüente; são necessárias mais pesquisas sobre o uso de fio dental em pacientes portadores de aparelho ortodôntico fixo.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: plaque removal, dental floss, orthodontic fixed appliance

SIQUEIRA, J. F.; UZEDA, M. Influence of different vehicles on the antibacterial effects of calcium hydroxide. **J. Endod.**; v.24, n.10, p.663-5, Oct. 1998.

Este estudo avaliou a influência de três diferentes veículos na atividade antibacteriana do hidróxido de cálcio contra quatro espécies de bactérias comumente encontradas em infecções endodônticas: *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella intermedia*, *S. sanguis* e *E. faecalis*. Os veículos foram: solução fisiológica a 0,85%, glicerina e CPMC + glicerina (1:1), todos manipulados em consistência cremosa. 1 ml de cada pasta de Ca(OH)_2 foi colocado em 24 placas de cultura das respectivas bactérias já citadas. 1 ml de solução fisiológica a 0,85% serviu como controle. As placas foram mantidas em meio anaeróbio a 37% e o crescimento bacteriano foi analisado em períodos diferentes de tempo: 5 minutos, 30 minutos, 1 hora, 1 dia e 3 dias. Foi observado que todas as pastas foram efetivas em eliminar as bactérias em questão, porém seu efeito variou em relação ao tempo. A pasta Ca(OH)_2 /CPMC/glicerina foi mais efetiva contra as quatro bactérias testadas num período menor de tempo (1 hora), em comparação com Ca(OH)_2 /glicerina (3 dias) e Ca(OH)_2 /solução fisiológica (3 dias).

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: calcium hydroxide, intracanal medications

FAY, R-M.; WALKER, C. S.; POWERS, J. M. Color stability of hybrid ionomers after immersion in stains. **Am. J. Dent.**; v.11, n.2, p.71-2, April 1998.

Os autores procuraram determinar se a cor dos ionômeros híbridos mudava perceptivelmente após a imersão em vários líquidos. Cinco ionômeros híbridos foram avaliados: Advance, Fuji II LC, Vitremer, Fuji Coat LC e Vitremer Glaze. Foram feitos 5 discos de cada material, de maneira que foram fotopolimerizados por 40 s. Em seguida, foram incubados a 37°C e em umidade de 100% por 24 horas. Então, cada disco foi imerso em um dos diferentes líquidos: café, coca-cola, clorexidina, vinho tinto ou água (controle), por 3 períodos de 24h cada, num total de 72 h. Parte dos espécimes foi previamente polida. Os discos foram submetidos a análise em espectrofotômetro e então, os resultados obtidos à estatística. Os resultados mostraram que a água produziu mudanças de cor imperceptíveis, enquanto que o café e o vinho tinto produziram mudanças perceptíveis em todos os espécimes. Vinho causou uma grande mudança de cor no Advance. Coca-cola produziu mudanças perceptíveis de cor em Advance e Fuji II LC. Clorexidina produziu alterações de cor em Advance, Fuji II LC e Vitremer. As superfícies polidas das amostras de Fuji II LC e Vitremer mostraram pequena mudança de cor comparada aos espécimes não polidos. Conclui-se que os ionômeros híbridos são susceptíveis à descoloração por vários líquidos no decorrer do tempo, além do polimento dos mesmos ter a capacidade de inibir até certo ponto tal processo.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: hybrid ionomers, color.

SMIDT, A.; et al. Effect of bleaching agents on microhardness and surface morphology of tooth enamel. **Am. J. Dent.**, v.11, n.2, p.83-5, April 1998.

Este estudo examinou os efeitos in vitro de agentes clareadores na microdureza e morfologia superficial do esmalte. Três agentes clareadores e um placebo (solução fisiológica) foram avaliados: Colgate Platinum, Nite White e Opalescence Mint. Cada agente continha peróxido de carbamida a 10% como agente ativo e em diferentes pHs: 5.0, 4.3 e 5.5, respectivamente. 68 discos de esmalte de 17 molares humanos extraídos foram confeccionados. Após a secção longitudinal, os discos foram preparados para a análise da microdureza através do teste Vickers a 300 gm. Em seguida, a superfície de cada espécime foi coberta com um agente clareador ou o placebo, por 6 horas, a 37°C por dia, durante 16 dias, como indicado pelo fabricante. O agente clareador foi trocado diariamente para simular as condições clínicas do tratamento clareador. Os espécimes foram então observados em microscópio eletrônico de varredura e nova análise da microdureza foi realizada. Análise estatística dos resultados obtidos foi feita. Os resultados mostraram que cada tratamento, com exceção ao controle, reduziu significativamente a microdureza inicial da superfície do esmalte, sendo que a proporção de redução seguiu a seguinte ordem: Opalescence Mint < Colgate Platinum < Nite White. A microscopia eletrônica de varredura revelou que a superfície do esmalte dos espécimes experimentais foi atacada pelo agente clareador e rugosidade superficial e porosidades foram detectados.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: bleaching agents, microhardness, enamel

KIHN, P.W.; BARNES, D. M. The clinical longevity of porcelain veneers: a 48 – month clinical evaluation. **JADA**, v.129, n.6, p.747-52, June 1998.

Os autores avaliaram a durabilidade clínica da faceta em porcelana (Ceramco Colorlogic Porcelain) e seu sistema de cimentação (Ceramco Colorlogic Bonding System). Foram preparadas 59 facetas laminadas de porcelana e cimentadas em pacientes que apresentavam como características estéticas: diastemas, alterações de cor dos dentes, dentes desproporcionais, cores alteradas nas restaurações ou existência de restaurações estéticas inadequadas e desarmonia de dentes anteriores. Essas facetas foram avaliadas por 2 examinadores que usam critério de Ryge modificado. Estudos clínicos mostraram que as facetas são fortes, duráveis, esteticamente agradáveis, não afetam o periodonto adversamente e tem potencial de manter estabilidade de cor na cavidade oral. Além disso, não ocorreu nenhuma cárie secundária e os pacientes não relataram nenhuma sensibilidade. Entretanto, algumas desvantagens foram observadas como a necessidade de exatidão clínica, de perfeita técnica e de apoio do laboratório, a dificuldade de reparo e o desconhecimento de sua durabilidade. As facetas de porcelana Ceramco Colorlogic produzidas por um técnico em prótese treinado, utilizadas em associação com o cimento resinoso Colorlogic de cura-dual, são uma opção viável para a correção de problemas estéticos.

Autor do resumo :Helena Maria Rosa

Unitermos: faceta laminada de porcelana, estética, dentes anteriores.

GRANDE, R. H. M.; et al. Microleakage of a universal adhesive used as a fissure sealant. **Am. J. Dent.**; v.11, n.3, p.109-12, June 1998.

O principal objetivo deste estudo in vitro foi de comparar a microinfiltração de um adesivo universal hidrófilo, 2 selantes hidrófobos e um ionômero usados como selantes sobre esmalte condicionado, contaminado ou não por plasma humano. 64 terceiros molares humanos extraídos tiveram suas cicatrículas e fissuras condicionadas por ácido fosfórico em gel a 37% por 30 s. Então foram divididos em 8 grupos de maneira que os diferentes selantes foram aplicados: Delton, Fluoroshield (ambos hidrófobos), Variglass (ionômero) e Optibond (hidrófilo), sendo que em todos os grupos havia uma parte contaminada por plasma humano e outra não, totalizando os 8 grupos. Os espécimes foram mantidos em água destilada a 37°C por 2 dias, antes da realização dos procedimentos de ciclagem térmica. Foram também sujeitos à estresses mecânicos e térmicos, alternadamente. Após isso, os espécimes foram imersos em solução aquosa de nitrato de prata a 50% por 2 horas. Cada dente foi seccionado longitudinalmente no plano V-L. Em microscópio binocular, os cortes foram analisados segundo a penetração do nitrato sob o selante e classificados em: 0= nenhuma penetração; 1= penetração apenas nas margens; 2= penetração restrita à interface lateral; 3= penetração em profunda extensão. Foi observada completa perda do material hidrófobo (Delton e Fluoroshield) e alta infiltração nos produtos hidrofílicos nos espécimes contaminados pelo plasma. Optibond comportou-se bem em ambas as situações. Sugeriu-se neste estudo que Optibond poderia ser usado como selante "universal", inclusive em dentes parcialmente irrompidos.

Autor do resumo: Fernanda Angelieri

Unitermos: microleakage, adhesive, fissure sealant

A síndrome de Gardner é uma doença hereditária, cuja característica principal é a polipose múltipla do intestino grosso, podendo levar a um câncer, devido a malignização dos pólipos. Ocorre na idade adulta, geralmente entre 20 e 40 anos, considerando a alta incidência entre 30 e 40. Não manifestando nada até este período, estará livre da doença. Além da polipose, essa síndrome caracteriza-se por apresentar também, uma grande variedade de manifestações extra-intestinais, como dentes retidos, que geralmente aparecem antes da polipose múltipla. Assim, seu diagnóstico precoce torna-se imperativo para o melhor prognóstico da doença e qualidade de vida do paciente. No caso clínico relatado pelos autores foram observados 13 retenções de dentes permanentes, todas intra-ósseas. Feito exames complementares e comprovado ausência de resultados positivos para a síndrome, não se excluiu a hipótese da polipose, pois a mesma, como já foi dito, dificilmente se manifesta antes dos 20 ou 30 anos. Deve ser feito acompanhamento até pelo menos a quarta década de vida do indivíduo suspeito. Uma vez detectado dentes retidos, a história familiar do paciente torna-se de extrema importância para diagnóstico. Portanto, a participação multiprofissional, inclusive a do dentista, permitirá um diagnóstico precoce ou preventivo das lesões malignas.

Autor do resumo: Helena Maria Rosa

Unitermos: síndrome de Gardner, polipose intestinal, dentes retidos

No raquitismo apesar de ocorrer formação normal da matriz osteóide, não há uma mineralização correta. Isto é devido a distúrbios do metabolismo do cálcio e do fósforo, por efeito da carência de vitamina D. Tratando-se das manifestações bucais da doença, o abscesso espontâneo associado a microexposições em dentes livres de cárie ou trauma é característico, às vezes, seu primeiro sinal. Embora a formação e calcificação do esmalte não são alteradas, torna mais fácil sua abrasão e fratura, devido principalmente a má formação da dentina, que é fina, com largos glóbulos anormalmente calcificados, separados por largas zonas irregulares de dentina interglobular. Por causa desses defeitos da dentina, os cornos pulpares se projetam até a junção amelo-dentinária, formando uma fenda que propicia e permite invasão bacteriana na polpa. No caso clínico apresentado, um garoto de 5 anos, portador da doença, manifestava abscessos seguidos, em que lesões afetavam raízes dos dentes, sem presença de cárie ou trauma. Posteriormente, conseguiu-se estabilização dos mesmos com pulpectomias. Após esses procedimentos, foi feito selamento e aplicações tópicas de verniz com flúor nos dentes não abscedados e assim o paciente não retornou mais por emergências e sim rotineiramente. Este caso mostra que se torna imprescindível que o dentista esteja atento e informado sobre as manifestações bucais do raquitismo, pois o quadro clínico oral é característico e doloroso, requerendo um diagnóstico preciso para um prognóstico mais favorável.

Autor do resumo : Helena Maria Rosa

Unitermos: raquitismo

CAPELOZZA FILHO, L. et al. Estudo comparativo "in vitro" da resistência à tração de braquetes colados com um cimento de ionômero de vidro (Fuji Ortho LC) e uma resina composta (Concise). **Rev. Dental Press_Ortod.Ortop. Max.** , v.2, n.4, p.65-70, Jul./Ago.1997

Neste trabalho comparou-se a resistência à tração de braquetes colados com uma resina composta (Concise, 3M) e um cimento ionomérico (Fuji Ortho LC). As propriedades bioquímicas deste último - de liberação de flúor, inibição de cáries secundárias, auxiliar na remineralização, biocompatibilidade, entre outras- já são conhecidas. Devido a todas essas vantagens, tornou-se necessário esta comparação para transmitir segurança e confiabilidade na utilização no ionômero. Foram utilizados 28 pré-molares divididos em dois grupos. Os braquetes específicos para colagem direta foram do tipo 379. Seguindo especificações do fabricante de cada material, os braquetes foram colados em cada grupo, tendo como uma das desvantagens da resina em relação ao cimento ionomérico a necessidade de realizar condicionamento com ácido fosfórico à 37% durante 30 segundos, o que causa o mesmo dano ao esmalte que uma lesão cariiosa levaria 6 meses para atingir. Foram conservados em saliva artificial por 72 horas para reproduzir um ambiente semelhante à cavidade bucal, quando, então, realizaram os testes de tração na máquina de ensaio Kratos. Os resultados obtidos estatisticamente, comparados e avaliados através do teste "t" de Student, evidenciaram ausência de diferenças significantes. Portanto, quanto à resistência à tração, o ionômero mostrou-se semelhante a um material universalmente utilizado, o Concise. A partir desta constatação e considerando suas outras qualidades já comentadas, o Fuji Ortho LC deveria ser visto como uma opção viável para colagem de braquetes seguindo os princípios de prevenção na prática ortodôntica.

Autor do resumo :Helena Maria Rosa

Unitermos: braquetes, cimento de ionômero de vidro, resina composta.

KON, S. et al. Diabetes: um fator de risco para doença periodontal. Quando? **Rev. Gaúcha de Odontologia**, v.45, n.1, p.50-4, Jan./Fev. , 1997

Esta última década tem sido marcada por uma constante preocupação de pesquisadores em definir mais claramente quais os fatores ou doenças sistêmicas podem constituir condições de risco para a doença periodontal. Neste trabalho, reuniu-se estudos de vários autores para um melhor entendimento sobre o papel do diabetes como fator de risco para doença periodontal. A idade e o número de dentes dos pacientes diabéticos mostraram-se significantes em relação à perdas de inserção maiores que 3mm, enquanto o diabetes com pobre controle metabólico associado à presença de placa bacteriana e cálculo apresentaram os maiores indicadores de bolsas maiores que 4mm, constituindo fator de alto risco para doença periodontal. A duração do diabetes pode ser também, um importante fator de risco, ao contrário do tipo da doença (I ou II) que não parece ser relevante. Percebe-se, ainda, a evolução e severidade da periodontite do adulto que pode ser influenciada por fatores associados ao diabetes como uma modificação na microrbiota subgengival, defeitos na função neutrolítica, alterações no "turn over" do colágeno e no padrão normal de cicatrização. Outros estudos mostram o inverso: a influência da periodontite no controle do diabetes, onde autores reportam uma redução na freqüência de complicações da doença após tratamento periodontal. Apesar de todas essas informações científicas disponíveis, faz-se apenas uma alusão hipotética em relação à melhora do prognóstico da doença periodontal com controle do diabetes.

Autor do resumo :Helena Maria Rosa

Unitermos: doença periodontal, diabetes

VILLALPANDO, K.T. ; TOLEDO, S. Uso tópico do gel de clorexidina a 1%. **Rev. Gaúcha de Odontologia**, v.45, n.1, p.17-22, Jan./Fev. 1997

Sabe-se que a placa dentária tem importante papel como agente etiológico da cárie e das doenças periodontais inflamatórias. Seus métodos de controle podem ser divididos em mecânico, químico-mecânico e químico. Dentre os químicos, destaca-se a clorexidina que surge como agente antimicrobiano de largo uso clínico devido a sua elevada substantividade e baixa toxicidade. Com a finalidade de verificar a eficiência do gel de clorexidina a 1% na redução da placa e do sangramento gengival à sondagem, foi elaborado um estudo durante quinze dias de análise clínica de doze pacientes divididos em três grupos. No grupo I, aplicou-se a clorexidina apenas uma vez, logo após raspagem dental e alisamento radicular; no grupo II, o gel foi aplicado topicamente a cada três dias, sendo a primeira aplicação também imediatamente após raspagem dental e alisamento radicular; e os pacientes do grupo III substituíram a pasta de dente comum pelo gel de digluconato de clorexidina a 1%, usado durante escovação dental com frequência de 3 vezes ao dia. Através dos resultados, o uso sistêmico e constante da clorexidina (grupo III) foi bem mais efetivo tanto na redução do índice de placa como do índice gengival e que, quando houve redução da placa dental, também houve redução de sangramento gengival à sondagem, evidenciando a favorável utilização do gel de clorexidina a 1% como substituto do creme dental, após raspagem dental e alisamento radicular ou em pós-operatórios cirúrgicos.

Autor do resumo : Helena Maria Rosa

Unitermos: doença periodontal, índice de placa, clorexidina

ALLEN, C. M. Is licken planus really premalignant? **Oral surg Oral med_Oral Pathol** , v.85, n.4, p.347, Apr, 1998.

Este artigo põe em discussão se o líquen plano pode ser considerado uma condição pré-maligna. Estudos feitos recentemente comparando lesões orais típicas de líquens planos, várias lesões reativas, vários graus de displasia e células orais carcinogênicas mostraram que o líquen plano teve um mínimo desvio genético, enquanto as displasias epiteliais e as lesões malignas demonstraram aumento no número de alterações genéticas. Afirmar, portanto, líquen plano como lesão pré-cancerígena fica difícil, principalmente quando um dos maiores problemas é a variação nos diagnósticos do próprio líquen entre patologistas e dermatologistas. Trabalhos mostram que o risco do líquen plano se malignizar gira em torno de 1% a 3% e que mais ou menos 1% da população é afectada com líquen plano oral. Assim, não se deve afirmar aos pacientes que eles têm uma condição pré-maligna, mas começar a estudar e analisar mais precisamente as lesões, fazer biópsia das mensmas com maior freqüência, relacionando suas características clínicas com contatos irritantes, medicamentos outros problemas imunológicos e doenças sistêmicas, sendo mais categórico na hora de classificá-las e dizer se tem ou não propensão para transformação maligna.

Autor do resumo :Helena Maria Rosa

Unitermos: líquen plano; pré-maligna; alterações genéticas.

FREEMAN, R. A psychodynamic theory for dental phobia. **British Dental Journal**, v.184, n.4, p.170-2, Feb, 1998

Os cirurgiões dentistas reconhecem vários níveis de ansiedade em seus pacientes. Alguns se apresentam relaxados, outros ansiosos, e há aqueles que possuem fobia ao tratamento dentário. A dúvida que permanece é por que experiências desagradáveis no consultório possuem efeitos tão diferentes sobre as pessoas a ponto de não possuírem nenhum efeito sobre alguns pacientes e poderem provocar fobias em outros. O autor propõe teorias para explicar a fobia ao tratamento odontológico baseado nas idéias de falsas conexões e transferência de situações. A fobia ocorreria como resultado de ansiedades que foram transferidas de situações externas para o tratamento odontológico, como consequência de uma falsa conexão. Essas situações externas podem ser problemas de violência familiar, experiências médicas desagradáveis, dentre outras. Os pacientes se tornam então incapazes de lidar com a intensidade da ansiedade que sentem e acabam não permitindo o tratamento.

Autor do resumo: Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: fobia , ansiedade.

MOORE, P. A. Selecting drugs for the pregnant dental patient. **JADA** , v.129, n.9, p.1281-6, Sept. 1998.

Neste artigo, o autor faz uma revisão sobre os riscos relativos dos agentes terapêuticos comumente usados na Odontologia para anestesia local, sedação, controle de dor pós-operatória e tratamento de infecções, possibilitando aos profissionais selecionar drogas mais seguras para pacientes grávidas. No caso dos anestésicos locais deve-se limitar a doses mínimas exigidas para efetivo controle da dor, pois podem cruzar a placenta e causar depressão fetal. Quanto a ação periférica dos analgésicos, o acetaminofen é considerado a melhor escolha para controlar a dor. Já a aspirina e qualquer outro NSAIDs devem ser evitados, particularmente durante o terceiro trimestre de gravidez, porque podem trazer complicações no parto e hemorragias. Com os analgésicos opiáceos deve-se ter mais cautela ainda e administrá-los somente quando realmente indicados, pois podem estar associados a defeitos congênitos múltiplos (coração e lábio leporino). Dentre os antibióticos, a penicilina e os à base de cefalosporina são seguramente receitados quando paciente não tem reação a seus componentes. Outros, podem ser consultados na tabela do artigo. Qualquer droga com inibição da função neuronal e passagem placentária deve ser visto com apreensão: é o caso dos sedativos/ansiolíticos. Quando o tratamento dental for necessário, consultas mais rápidas (devido as mudanças relacionadas à fisiologia na gravidez) com seleção de agentes mais seguros e de doses minimizadas, é o princípio fundamental para uma terapia mais segura.

Autor do resumo :Helena Maria Rosa

Unitermos: gravidez; agentes terapêuticos; segurança.

SILVA, A.F. de M, et al. O consumo de gomas de mascar e a remoção da placa bacteriana em escolares. **Rev APCD**. V.51, n.1, p.25-8, Jan/Fev 1997

Tendo em vista o rotineiro consumo de gomas de mascar pela população em geral, foram testadas 3 gomas quanto à sua ação na remoção de placa bacteriana.(Trident, com sorbitol; Ping-Pong, com sacarose; Xylifresh, com xilitol.). Tomaram parte da pesquisa 23 estudantes de idade média de 12 anos que apresentavam seus dentes e estruturas anexas em condições de normalidade.Utilizou-se o índice PHP(Personal Hygiene Performance) para a medição da placa. O estudo é dividido em três fases. Na primeira foi medido o índice de placa habitual. Na segunda, após três dias sem higienização alguma, foi feita nova medição da placa. Na terceira fase, os pacientes foram divididos em 3 grupos, um para cada goma de mascar. Após três dias sem higienização, mascarando três gomas por dia(20 minutos após as refeições), foi realizada outra medição da placa. Os resultados foram estatisticamente significativos apenas para o Xylifresh, que causou uma redução de 16,23% em relação ao seu grupo controle. Portanto, o consumo de gomas de mascar não possui justificativas científicas para ser estimulado do ponto de vista odontológico. Por outro lado, quando esse hábito estiver presente e de difícil remoção, é válida a indicação do consumo de gomas com adoçantes, especialmente o xilitol.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: placa bacteriana, goma de mascar, higiene bucal.

GONZALEZ, Y.M.. Ocupacional diseases in dentistry. **N Y State Dent J**, v.64, n.4, p.26-8, Abril 1998.

Profissionais da área de saúde estão comumente expostos a grande incidência de riscos, sejam físicos, químicos, biológicos ou até mesmo psicológicos. O autor cita como doenças ocupacionais infecções como HBV(hepatite B), HCV(hepatite C), HIV. Apesar do risco ocupacional à tuberculose para os cirurgiões dentistas não ter sido estudado formalmente ainda, sabe-se que esse risco aumentou consideravelmente devido ao aumento do número de pacientes portadores de HIV, uma vez que a queda da resistência imunológica facilita a instalação de doenças. Há também o risco na absorção de produtos tóxicos, como agentes utilizados na esterilização (óxido de etileno, formaldeído). As dermatites são as doenças ocupacionais mais comuns, principalmente as associadas ao látex. O autor ainda cita os problemas de postura e de possibilidade de perda auditiva. Salienta que a prática odontológica tem sido considerada como uma das áreas mais estressantes da saúde. Talvez seja por isso que observa-se maior número de problemas físicos e mentais nesses profissionais, comparando-se com profissionais de outras áreas da saúde.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: doença ocupacional, saúde.

ONO, M.M; BASTOS,M.T.A.A., Evolução dos preparos das cavidades de classe II. **Revista Odontol Univ São Paulo**, v.11, p.9-14, 1997. Suplemento.

Com a evolução da odontologia, através de técnicas mais preventivas e conservativas, ocorreram também mudanças nos preparos de classe II. Vários fatores contribuíram para essas mudanças, como o uso de selantes, o que permitiu uma maior preservação da superfície oclusal dos dentes; surgimento de materiais restauradores com propriedades melhoradas, que liberam flúor; surgimento de agentes adesivos. Esses novos materiais restauradores, como o CIV, associados ao desenvolvimento de adesivos permitiu o aprimoramento de técnicas de preparo que possibilitaram menor desgaste da estrutura dentária. Dentre esses há o preparo tipo túnel, no qual se preserva a crista marginal, estrutura importante para a resistência do remanescente dentário. Para lesões proximais incipientes, quando o acesso é possível, dá-se prioridade à realização de um preparo tipo Reggenkamp ou “slot” horizontal. Quando não for possível, ainda é preferível realizar preparos conservativos como o tipo túnel ou o “slot” vertical a um preparo convencional, no qual é comprometida toda a superfície oclusal sadia.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: preparo da cavidade dentária, amálgama dentário.

RABHAKAR, A.R.; REDDY, V.V.S.; BASSAPPA, N. Duplication and dilaceration of a crown with hypercementosis of the root following trauma: a case report. **Quint. Int.**, v.9, n.10, p.655-7, Oct.1998.

Trauma nos incisivos decíduos pode causar defeitos estruturais no desenvolvimento dos permanentes, ou alterar sua posição. Os danos podem ser: dilaceração de raiz ou coroa, distúrbios de erupção dos permanentes, entre outros. O caso clínico relatado apresenta um jovem de 10 anos de idade que sofreu trauma em um incisivo central inferior decíduo aos quatro anos de idade. Um exame do paciente revelou inchaço na região do mento, que correspondia a um abscesso. O incisivo central permanente estava levemente rotacionado, apresentava dilaceração coronária e ausência de vitalidade pulpar, e por isso foi extraído. O dente extraído apresentava hipercementose, provavelmente devido às repetidas formações de abscessos no local. Os autores salientam a importância de exames clínicos bem feitos, principalmente no que diz respeito à história do paciente e exame radiográfico, mas também a importância de informar os pais dos pacientes das possíveis sequelas que o trauma nos decíduos pode apresentar na dentição permanente.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: dilaceração radicular, hipercementose, trauma.

FRARE,S.M. et al, Terceira idade: quais os problemas bucais existentes?, **Revista da APCD**, v.51, n.6, p.573-6, Nov/Dez 1997.

Estudos realizados pela Organização das Nações Unidas na área de crescimento populacional projetam um aumento da população idosa, há a necessidade do C.D. aprimorar suas técnicas e conhecimentos. Foi então realizada uma pesquisa na Universidade Federal de Pelotas para obter dados a respeito das condições de saúde bucal desses indivíduos. Dos 182 entrevistados, 73,4% faziam uso de aparelhos protéticos, sendo que mais da metade usava prótese total superior. Encontrou-se uma média de nove dentes por indivíduo, e 64,6% eram edentados totais. Foi observada uma grande incidência de doenças como candidíase, periodontite severa e hiperplasia do palato devido ao uso de prótese total com câmara de sucção. O autor enfatiza a necessidade de se fornecer tratamento adequado e especial, com base nos conhecimentos a respeito dessa classe de pacientes, mas também diz ser importante orientar os jovens sobre a importância da preservação da saúde bucal para que, futuramente tenhamos idosos saudáveis.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: terceira idade, saúde bucal.

HUGHES,C.T.; DOWNEY,M.C.; WINKLEY,G.P., Sístemic Lupus Erythematosus: a review for dental professionals, **Journal of Dental Hygiene**, v.72, n.2, p.35-40 Mar.1998.

Lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune crônica de etiologia desconhecida. Os sintomas incluem febre, fraqueza, característica de asa de borboleta no rosto, dentre outros. Os profissionais da área de saúde bucal devem considerar vários fatores no tratamento desses pacientes, visto que há manifestações bucais da doença. Essas lesões orais podem ser do tipo discóide, eritematosas ou ulcerativas, sendo que ulcerativas podem ser muito dolorosas. Observa-se também a redução significativa do fluxo salivar, podendo a doença estar associada à síndrome de Sjogren. Outras manifestações do lúpus eritematoso sistêmico são: presença de petéquias, principalmente no palato duro, pequenas ulcerações superficiais e disfunção dos côndilos. Os autores abordam a presença de efeitos psicológicos da doença, e a forma mais adequada de tratamento para seu controle, uma vez que não há cura. Enfatizam a necessidade do profissional entender as manifestações clínicas, as recomendações de tratamento e os aspectos psicológicos do lúpus para realizar um procedimento adequado.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: lúpus eritematoso, saúde oral.

COELHO, C. M. P.; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatório da cavidade oral. **Rev. da APCD**, v.52, n.5, p.383-387, set./out.1998

A hiperplasia fibro-epitelial inflamatória (HFI) ocorre em decorrência de estímulos irritativos traumáticos sobre a mucosa ou ao redor de próteses totais ou parciais mal-adaptadas. Este estudo apresenta algumas características da lesão, com especial referência a sua etiopatogenia, seus aspectos clínicos e histológicos, seu tratamento e sua epidemiologia. Em levantamento epidemiológico das HFI diagnosticadas e arquivadas no serviço de diagnóstico de patologia oral na Universidade de São Paulo entre 1971 e 1996, a incidência de HFI foi de 14,5% ocorreu principalmente em pacientes entre cinquenta e setenta anos de idade e foi mais frequente em mulheres. A incidência de HFI foi maior com o tempo de uso da prótese de 10 anos e displasia foi encontrada em 3,8% dos casos. A incidência de displasia na HFI pode ser condição que predispõe a malignização na ação de carcinógenos, que estão sempre presentes na cavidade bucal.

Autor de resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: hiperplasia fibro-epitelial inflamatória, prótese, displasia , epidemiologia

MURGEL, C.A.F., et al. Microscópio cirúrgico: a busca da excelência na clínica odontológica. **Rev APCD**, v.51, n.1, p.31-5, Jan/Fev 1997.

Desde a origem da odontologia, a visualização de estruturas anatômicas durante a realização de procedimentos cirúrgicos tem sido um desafio aos profissionais. Na odontologia atual, permanece um estágio em que existe um certo grau de escuridão e empirismo, determinando que os cirurgiões dentistas muitas vezes sejam guiados apenas pelo tato e experiência clínica. Esse quadro vem melhorando com o aperfeiçoamento da iluminação, com o melhor posicionamento do profissional e do paciente, bem como com a utilização de lupas de aumento. Na micro-odontologia ocorre um refinamento das técnicas operatórias existentes através de uma magnificação óptica ideal. Essa técnica permite um preparo dos tecidos duros mais preciso e conservador, bem como uma manipulação mais delicada e precisa de tecidos moles. Atualmente, na odontologia, temos um microscópio cirúrgico binocular com iluminação de alta potência, com grande capacidade de adaptação para as mais diversas posições de trabalho. A utilização do microscópio não acarreta muitas mudanças no posicionamento do paciente e do profissional. Segundo o autor, o microscópio cirúrgico é a ferramenta ideal que nos permitirá um avanço técnico-científico necessário para um novo estágio da odontologia.

Autor do resumo : Lígia Buloto Schmitd

Unitermos: micro-odontologia, microscópio cirúrgico.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda de dentes em sujeitos adultos. **Rev. da APCD**, v.52, n.4, p.307-315, jul./ago.1998.

O presente trabalho se propõe a investigar como as pessoas vivenciam a situação de extração dos dentes para a colocação de próteses ou implantes, buscando o significado desse momento vital. Pois a compreensão desse processo pode facilitar a relação dentista-paciente, permitindo um trabalho mais consciente e efetivo de ajuda profissional. A coleta de dados foi realizada em três etapas e as entrevistas eram feitas nas residências dos pacientes. A entrevista era iniciada com a pergunta: “Como você está vivendo ou viveu a experiência de perder os dentes?”. Após essa abertura, o sujeito ficava livre para expressar o que lhe interessava. Diante dos dados obtidos nesta pesquisa, foi possível concluir que, quando vai ao dentista para colocação de uma prótese ou realização de implante dentário, o paciente está buscando também a reconstituição de sua integridade física perdida. Mais do que uma substituição de dentes, o paciente deseja que o trabalho odontológico permita-lhe refazer sua imagem pessoal e social. O profissional deve ser sensível ao fato de que a perda dos dentes é uma vivência mais ampla e abrangente, o que deve ser cuidadosamente considerado, sob a pena de provocar consequências graves para o paciente. Estando empenhado em compreender os sentimentos e as expectativas de seu cliente, o dentista poderá melhor orientá-lo na situação de extração e substituição dos dentes, evitando dores, desajustamentos e frustrações desnecessárias.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: psicologia; perda de dentes; identidade social.

KANTOROWITZ, Z. et. al. Caries prevention by CO² laser treatment : dependency on the number of pulses used. **JADA.**, v.129, n.5, maio1998.

Este estudo demonstrou que pequenas mudanças nos parâmetros do tratamento com laser, eventualmente pode resultar numa significativa mudança na atividade inibitória da cárie. Devido a energia cumulativa determinar um aumento na temperatura pulpar, é preferível usar a menor energia possível- o menor número de pulsos que consiga o máximo de inibição. O objetivo desse estudo foi de avaliar o potencial de prevenção da cárie de várias condições do laser de dióxido de carbono e determinar o efeito do número de pulsos do laser utilizado. Os autores irradiaram ininterruptamente molares humanos em dois comprimentos de ondas -- 10,6 ou 9,6 micrometros – e por 1, 5, 25, ou 100 pulsos. Todos os dentes foram submetidos a variação de pH para simular as condições para a progressão de cárie. Pulsos de laser de dióxido de carbono no tratamento de inibição da progressão de lesões de cárie e na sua prevenção foi efetivo em 87% da amostra. Este efeito está na dependência do número de pulsos usados, mas não há correlação entre a resistência a cárie e a transformação morfológica da superfície de esmalte.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: laser de CO²; cárie

REGELINK, G. et.al. Efficacy of a synthetic polymer saliva substitute in reducing oral complaints of patients suffering from irradiation-induced xerostomia. **Quintessence Int.**, v.29, n.6, p.383-388,1998.

.A xerostomia causada pela radiação traz um desconforto muito grande ao paciente, que por vezes fica impossibilitado de se alimentar.Tendo em vista, essa preocupação surgiram no mercado salivas artificiais como a Oral Balance, contendo poliglicerilmetacrilato, lactoperoxidase e glicose oxidada como componentes ativos.Segundo o fabricante, o grande potencial dessa saliva artificial, está na aplicação do sistema da lactoperoxidase controlando a placa supragengival e reduzindo as mucosites.O objetivo desse estudo foi avaliar o efeito da Oral Balance nos pacientes com xerostomia induzida por radiação. A eficiência do produto foi avaliada através de questionários auto aplicativos distribuídos para 28 pacientes. Primeiramente, cada paciente relatou os sintomas da xerostomia antes da aplicação do gel . Os pacientes foram instruídos a aplicar o gel toda vez que achassem necessário. Após 2 semanas e depois de 3 meses, o resto do questionário foi preenchido. Todos os pacientes sofriam de xerostomia moderada a grave.Três pacientes não completaram o estudo, mas nos 25 pacientes restantes, o uso de Oral Balance diminuiu a sensação de boca seca e melhorou a condição bucal. Portanto, o uso de Oral Balance é um possível substituto da saliva para pacientes que sofrem de xerostomia induzida por radiação.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: radioterapia, Oral Balance, saliva artificial, xerostomia.

FERREIRA, R.A.Saúde bucal : o Brasil mudou? **Revista da APCD.**,v. 52, n.2 p. 104-110, Mar./Abr. 1998.

Em 1986, os resultados do primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, em escolares de 6 a 12 anos, colocava o Brasil como um dos países campeões em cárie, atingindo a cifra de CPOD aos 12 anos de 6,65. Após 10 anos sem nenhuma informação do quadro de saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde resolveu realizar um segundo levantamento epidemiológico em saúde bucal em 1996. A amostra consistiu em 1120 escolares de 6 a 12 anos por capital. Neste novo levantamento foi revelado que a cárie dentária no Brasil caiu 53,98%, como pode-se observar no CPOD até 12 anos de 6,65 passou para 3,06. Entretanto pode-se verificar uma grande disparidade entre as regiões do país, uma vez que o Nordeste apresentou um CPOD de 4,27, a região sul tem um CPOD de 2,41. Há uma grande preocupação por parte da classe odontológica a respeito da confiabilidade da metodologia empregada na realização desse levantamento. A calibração dos examinadores e a distribuição da amostra são os pontos mais discutidos. Contudo o Ministério da Saúde afirma que o levantamento de 1996 segue as normas técnicas da OMS e portanto os dados são confiáveis. O Segundo Levantamento Epidemiológico de 1996 foi de grande relevância, uma vez que era necessário uma visão atual da saúde bucal no Brasil, mesmo que não esteja totalmente correto. Além de ter proporcionado uma discussão ampla sobre o assunto, tanto pelas entidades governamentais quanto pela classe odontológica, o que visa um aprimoramento cada vez maior dos próximos levantamentos.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: Levantamento Epidemiológico, CPOD, Saúde bucal.

BASSANTA, A.D. et al. Estimulação elétrica neural transcutânea (“Tens”): sua aplicação nas disfunções temporomandibulares. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo.**, v.11, n.2, p.109-116, Abr./Jun., 1997.

A eletromiografia tem sido utilizada como meio auxiliar de diagnóstico nas DTM, e a estimulação elétrica neural transcutânea (“Tens”) é um recurso de tratamento que visa o relaxamento muscular. Para este estudo, através de uma revisão de literatura e da análise dos pacientes com DTM, foi objetivo reconhecer alterações do tônus muscular que possam influenciar na posição postural de repouso, bem como avaliar o efeito que o “Tens” poderia produzir nos músculos mastigatórios e, conseqüentemente, nas relações maxilomandibulares. Para isso foram selecionados 26 pacientes, com características de disfunção miofacial, abertura limitada e dor ou sensibilidade nos músculos temporal e masseteres, bilateralmente. Foram utilizados as análises eletromiográficas e eletrognatográficas desses músculos, constatando-se um aumento da atividade elétrica em alguns dos músculos citados pelo paciente como sintomáticos, bem como foi anotado o espaço funcional livre encontrado. Em seguida, foi feita a aplicação do “Tens” em baixa frequência, por 43 minutos, e realizada uma avaliação dos resultados. Com relação à análise do espaço funcional livre, avaliado eletrognatograficamente, antes e após o “Tens”, os resultados demonstraram que houve um relaxamento muscular, cuja conseqüência foi o aumento do espaço funcional livre. A diferença dos registros obtidos antes e depois foi estatisticamente significativa. A recuperação do espaço funcional livre como resultado da estimulação permite concluir que a referida terapia restituiu, ao menos parcialmente, as condições funcionais dos músculos elevadores da mandíbula.

Autor do Resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: Relações maxilomandibulares; análise eletromiográfica

YELLOWITZ, J. et. al. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. **JADA**, v.129, n.5, mar.1998.

O cancer bucal é responsável por mais de 30 novos casos e de 8 mortes por ano nos Estados Unidos. É importante para o cirurgião dentista conhecer os fatores predisponentes assim como reconhecer os valores e atitudes que influenciam no desenvolvimento da doença. Atualmente, há uma necessidade de uma formação odontológica que possa abranger esses aspectos. O objetivo dessa pesquisa foi verificar o nível de conhecimento, a opinião e as atividades práticas com relação ao câncer bucal realizadas pelo dentista clínico geral. Foram enviados 500 questionários para cirurgiões dentistas, cada um com 43 itens, incluindo por exemplo: o ano que se formou, se tem algum conhecimento sobre sinais ou sintomas, etiologia, fatores de risco, ou mesmo de técnicas de diagnóstico ou prognóstico do câncer bucal. Os resultados demonstraram que há uma completa desinformação sobre o papel do dentista no diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Mesmo que esses resultados possam ser questionados, devido a amostra ser pequena ou mesmo pela interpretação das respostas, o estudo tem uma grande importância, uma vez que vem salientar a necessidade de um processo educativo para os dentistas no que diz respeito a prevenção e diagnóstico de câncer bucal.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: câncer bucal, diagnóstico, prevenção.

CUOGHI, O.A. et al. Loss of space and dental arch length after the loss of the lower first primary molar: a longitudinal study. **J Clin Pediatr Dent**, v.22, n.2, p.117-20, 1998.

A perda precoce dos dentes decíduos pode interferir no desenvolvimento da oclusão adequada. E como ainda é uma situação muito comum na população brasileira, este trabalho foi realizado com o objetivo de avaliar as mudanças no perímetro do arco dental e a redução de espaço após a perda precoce do 1º molar decíduo na dentição mista. Trinta e uma crianças de 6 a 10 anos, que necessitavam de extração do 1º molar decíduo inferior foram atendidas na Cl. de Ortodontia da Fac. Odontologia de Araçatuba - UNESP. Modelos foram feitos antes da extração e após 6, 12 e 18 meses. As mudanças no comprimento do arco e nos correspondentes sítios de extração foram medidas milimétrica e criteriosamente. Foi observado que 25% dos casos não apresentavam alguma perda nos locais de extração. Aproximadamente 75% mostraram redução nos 3 períodos de tempo. Aos 6 e 12 meses, a redução foi de 1,02 mm e 1,7 mm respectivamente, e aos 18 meses, de 1,3 mm, este correspondendo a 60% dos casos. Quanto ao comprimento do arco dental, no 1º período, 73,6% dos arcos apresentaram uma média de redução de 0,7 mm; no 2º período, em 89,4%, a redução foi de 0,8 mm; e no último período, de 0,7 mm em 70% dos arcos. No 3º período, uma recuperação pequena de espaço pode ter ocorrido devido à erupção do 1º pré-molar. Pacientes que não apresentaram perda de espaço teriam uma boa intercuspidação dos 1os. molares permanentes e caninos. A perda prematura do 1º molar decíduo durante a dentição mista determina e requer o uso de mantenedor de espaço.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: extração precoce, perda de espaço, mantenedor de espaço

TERADA, R. S. et. al. Avaliação *in vitro* da liberação de flúor de cimentos de ionômero de vidro e outros materiais que contêm flúor. **Rev. Odontol São Paulo**, v.12, n.1, p.81-89, jan./mar. 1998.

A propriedade de liberação de flúor dos cimentos de ionômero de vidro tem sido documentado na literatura, mostrando um padrão de elevada liberação inicial e diminuição acentuada a partir do segundo dia, tendendo a uma estabilização com o passar do tempo. Já em relação as resinas compostas e aos selantes, poucos dados são disponíveis e parece que a liberação é significativamente menor, colocando em dúvida o potencial preventivo desses materiais. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo verificar em laboratório a liberação de flúor de cimento de ionômero de vidro e outros materiais que contêm flúor após diferentes períodos de armazenagem. A avaliação da liberação de flúor foi feita em três períodos: 24 horas, 7 dias e 28 dias. Para cada período foram confeccionados 6 corpos-de-prova de cada material. Os resultados obtidos mostraram que o padrão de liberação de flúor foi semelhante para todos os CIV testados, sendo que houve uma liberação inicial acentuada, seguida por um rápido declínio, tendendo a uma estabilização após 7 dias. Os CIVs liberaram mais flúor do que as resinas compostas e um selante de cicatrículas e fissuras. Dentre todos os materiais o Vidrion R foi o que mais liberou flúor. Uma observação importante é que, para a escolha de um determinado material, todas as suas propriedades devem ser analisadas em conjunto com as necessidades clínicas. A liberação de flúor não é o único fator que dita a escolha do material.

Autor do resumo: Nicole Kawauchi

Unitermos: materiais dentários, cimentos de ionômero de vidro, flúor.

DAVINA, A.B. A conservative approach to the pulpotomy in primary teeth. **J_Clin Pediatr Dent**, v.22, n.2, p.103-5, 1998.

Uma nova técnica conservadora de pulpotomia em dentes decíduos, que preserva o máximo possível do teto da câmara pulpar por remover a polpa coronária através da parede proximal é apresentada. É uma técnica relativamente simples, porque muitas cáries em molares decíduos são interproximais, e quando são oclusais, o teto da câmara pulpar não está totalmente afetado. Após anestesia local e isolamento absoluto, a lesão cariosa é removida e a polpa é extirpada através da parede proximal, mantendo o teto da câmara pulpar não afetado, com broca esférica e colher de dentina. A câmara pulpar é preenchida com uma mistura de óxido de zinco e eugenol com formocresol levemente pressionada com uma bolinha de algodão estéril em direção à embocadura radicular. Se houver remanescente pulpar em algum ângulo da câmara, será fixado com o formocresol. É feito o selamento e a estrutura dental é restaurada com amálgama ou compósito. Neste estudo, 207 molares decíduos foram tratados com esta técnica e nenhum caso de hemifratura tem sido observado após 4 anos de tratamento. Nos casos observados com fratura coronária vertical, foi encontrado que eles tinham se submetido à pulpotomia convencional e posteriormente não tinham recebido proteção com coroa de aço. Assim, a manutenção do teto dentinário da câmara pulpar cria um reforço para o dente por agir como uma ponte entre as paredes da coroa. Com esta técnica, a coroa de aço é evitada e este tratamento torna-se mais estético e funcional, além de reduzir o custo e o tempo de trabalho.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: pulpotomia, dentes decíduos, fratura dental

FRICKER, J.P. Bonding and debonding with a light-activated resin-modified glass-ionomer cement. **Aust Orthod J**, v.14, n.2, p.78-80, 1995.

Cimentos de ionômero de vidro resino-modificados têm sido testados como adesivo para a colagem direta de brackets em Ortodontia. Como vantagens, eles não requerem condicionamento ácido da superfície, preservando a integridade dos prismas de esmalte; liberam flúor por longos períodos, o que reduz a incidência de desmineralização ao redor dos brackets; são resistentes à umidade e à desidratação tão logo sejam polimerizados; e se o esmalte estiver limpo, formam uma camada íon enriquecida na interface cimento-esmalte, aumentando a retenção e diminuindo a microinfiltração. A força de união do cimento de ionômero de vidro é maior com o esmalte dental do que com metal. Quando o bracket é removido, há menos riscos de estragos mecânicos no esmalte, resta uma camada de cimento sobre a sua superfície, que é facilmente removida com ultra-som e polimento. Este trabalho relata a técnica operatória da colagem de brackets de metal com o cimento de ionômero de vidro Fuji II LC (GC Int, Japan). Após a profilaxia dos dentes e limpeza das superfícies com ácido poliacrílico a 10% por 10 segundos, lavagem e secagem, manipula-se o CIV de acordo com as orientações do fabricante. Coloca-se no bracket uma pequena quantidade da pasta e pressiona-se contra a superfície do dente, remove-se o excesso de cimento. A fotoativação para cada bracket é feita de incisal, gengival e lingual por 20 segundos para cada direção. Com o cimento polimerizado, o fio ortodôntico pode ser fixado aos brackets. O cimento de ionômero de vidro vem apresentando resultados clínicos bons, pode ser usado com segurança.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: cimento de ionômero de vidro, colagem de brackets, remoção de brackets.

ROGERS, C.E.A.; HECTOR, M.P. The establishment of current opinion within consultants in paediatric dentistry in the UK for the taking of dental radiographs of children. **Int J Paediatr Dent**, v.7, n.3, p.191-8, September, 1997.

Este trabalho procurou um consenso entre trinta e seis odontopediatras britânicos com relação a quando radiografias dentais deveriam ou não ser tomadas de crianças, considerando 17 situações clínicas específicas, na tentativa de minimizar a exposição à radiação ionizante com o máximo de ganho clínico. Usando a técnica Delphi, dois questionários foram aplicados, tendo uma resposta de 94% e 76% respectivamente. Houve um consenso (76%) que radiografias deveriam ser tomadas para detectar cáries proximais na dentição decídua, mista e permanente, quando os contatos forem fechados; para dentes traumatizados e não vitais; para pacientes apresentando hipodontias, supranumerários, defeitos na dentina, defeitos de forma, incluindo dens in dens, dentes fusionados, macrodontia, e desordens ósseas afetando os maxilares. As radiografias são importantes para complementar o diagnóstico de uma série de condições que acometem a boca, mas elas não precisam ser tomadas para a detecção de cáries em dentes com diastemas, más-oclusões e gengivites. Nenhum consenso (<73%) foi conseguido em casos de trauma facial extenso, abscesso dento-alveolar, edema facial, perda de inserção gengival, defeitos de esmalte, taurodontismo, projeções de esmalte e microdontia. A Federação Dentária Americana (FDI) não estabelece uma frequência numérica de tomadas radiográficas e recomendam que a necessidade do exame radiográfico deve ser individualizada.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: exame radiográfico, odontopediatria

SANDERS, B.J.; WENTZ, H.; MOORE, K. Bonded orthodontic brackets demonstrate similar retention on microabraded and nonmicroabraded tooth surfaces. **Pediatr Dent**, v.19, n.5, p.321-2, 1997.

Pouco é conhecido sobre a força de união de brackets ortodônticos aos dentes previamente abrasionados com o composto PREMA. A proposta deste estudo foi determinar se a microabrasão afeta a resistência adesiva do esmalte aos brackets ortodônticos colados. Sessenta pré-molares humanos hígidos extraídos foram divididos casualmente em 3 grupos. As coroas foram seccionadas das raízes, fixadas em acrílico e mantidas em água destilada. No grupo 1 foi realizada uma limpeza com pedra-pomes por 30 s, lavagem e secagem, aplicação de ác. fosfórico a 37% na face vestibular por 30 s, lavagem e secagem, aplicação do primer e adesivo, colagem do bracket à superfície condicionada e fotopolimerização. Os dentes foram imersos em água destilada e estocados a 37°C por 14 dias e termociclados para simular a cavidade bucal. O grupo 2 foi preparado de modo similar, porém utilizando PREMA antes do condicionamento ácido, conforme instruções do fabricante. O grupo 3 foi tratado como o grupo anterior, mas após a aplicação do PREMA, os espécimes foram estocados em água destilada a 37°C por 6 semanas para avaliar se o tempo afetaria a resistência adesiva. Os 3 grupos foram submetidos à máquina de teste para determinar a resistência adesiva, e os resultados comparados pela análise de variância ANOVA. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, de qualquer forma, o grupo 2 revelou uma resistência ligeiramente maior. O local de rompimento de união, determinada por microscopia óptica, se mostrou na interface bracket-resina em todas as amostras.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: microabrasão, resistência adesiva

WYNE, A.H.; SPENCER, A.J.; SZUSTER, F.S.P. Toothbrushing practices of 2-3 year-old children and their age at first dental visit: a survey in Adelaide, South Australia. **Int J Paedr Dent**, v.7, n.4, p.263-4, December, 1997.

A época em que medidas de higiene bucal são introduzidas é importante para o estabelecimento e manutenção da saúde bucal da criança. O tempo da primeira visita ao consultório odontológico também é importante para orientar os pais e estabelecer medidas preventivas específicas. É recomendado visitar o dentista e começar a escovação logo após a erupção do primeiro dente. No presente estudo realizado com 160 crianças de 2-3 anos, através de questionários aplicados aos pais, menos que metade das crianças começaram a escovação antes dos 12 meses, um considerável número não tinha iniciado até os 36 meses de idade. A proporção de pais que higienizavam diariamente foi em geral satisfatória, mas uma parte não higienizava, especialmente entre os 5 e 12 meses de idade. Há uma orientação para que seja feita a limpeza bucal após cada refeição, ou pelo menos uma vez ao dia, preferencialmente à noite, antes de dormir. O índice de supervisão durante a escovação foi abaixo do que é recomendado para crianças dessa idade, com exceção do insuficiente controle de placa, há um risco maior do uso e consumo de excessivas quantidades de pasta dental, que praticada por longo período, pode aumentar o risco de fluorose. Somente 25% tinham visitado um dentista, poucos tinham retornado para um controle e somente 10% tinham ido ao consultório antes dos 12 meses. Os resultados apontam que muitos pais de crianças e adolescentes, em Adelaide, precisam de mais orientações a respeito de saúde bucal, higienização e consultas ao dentista.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: odontopediatria, escovação, saúde bucal

DUGGAL, M.S. et al. The effect of different etching times on the retention of fissure sealants in second primary and first permanent molars. **Int J Paediatr Dent**, v.7, n.2, p.81-6, June, 1997.

A integridade de um selante de fissura é crítica para prevenir cáries e depende diretamente de vários fatores, como a topografia da superfície de esmalte condicionada, tempo de ataque ácido, tipo e concentração do ácido e limpeza do esmalte, que deve estar livre de contaminação salivar e seca no momento da aplicação do selante. Ripa & Cole, em 1970, usaram um condicionamento ácido por 60 segundos, e desde então, muitos estudos clínicos e laboratoriais demonstraram que tempos mais reduzidos poderiam ser aceitáveis para o condicionamento. Para verificar o efeito de tempos reduzidos na retenção de um selante de fissura fotopolimerizável (Concise, 3M), esta pesquisa clínica foi conduzida em 84 crianças, com um total de 144 segundos molares decíduos e 264 primeiros molares permanentes. Os tempos de condicionamento de superfície com ácido fosfórico à 35% foram de 15, 30, 45 e 60 segundos, e o selante foi aplicado sob isolamento relativo. A avaliação foi realizada aos 6 e 12 meses clínica e radiograficamente. Os resultados mostraram que os primeiros molares permanentes continuavam inteiramente retidos em 60,7% e parcialmente em 28,8% aos 6 meses, e 44,1% e 42,3% aos 12 meses. Os segundos molares decíduos estavam completamente retidos em 73% aos 6 meses e 64,7% aos 12 meses. O Chi-Square test revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa na retenção dos selantes, tanto em primeiros molares permanentes, quanto em segundos molares decíduos, com os quatro diferentes tempos de condicionamento.

Autor do resumo : Andrea Anzai

Unitermos: condicionamento ácido, retenção, selante

BONILLA, E.D.; GERRA, L. ; LUNA, O. Overdenture prosthesis for oral rehabilitation of hypohidrotic ectodermal dysplasia: A case report. **Quintessence Int.** v.28, n.10, p.657-64. Oct. 1997.

As características físicas patognomônicas de indivíduos portadores de displasia ectodérmica hipohidrótica são: hipotricose (cabelos finos, escassos e mais claros), hipohidrose (diminuição da quantidade de glândulas sudoríparas), nariz em forma de sela, protuberância da região frontal, diminuição da dimensão vertical e lábios proeminentes, hipodontia ou anodontia. Os pacientes portadores dessa alteração requerem tratamento odontológico, afim de reabilitar a estética e função mastigatória. No caso relatado, um garoto de cinco anos com displasia ectodérmica recebeu tratamento protético, pois apresentava na maxila seis dentes decíduos e na mandíbula um canino decíduo. Primeiro, optou-se por uma dentadura convencional, mas devido ao desconforto reportado, foi confeccionada uma dentadura maxilar com orifícios na região correspondente a posição dos molares decíduos e 1º molares permanentes. Para a mandíbula confeccionou dentadura convencional. O paciente foi submetido a supervisionamentos mensais e a prótese foi substituída depois de 2 anos.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: displasia ectodérmica, dentadura, anodontia

FILHO, F. C.; FILHO, E. D. G.; DIBLASI, F. Filosofia de tratamento nas obturações imediatas em dentes necrosados e com lesão apical. **Rev bras. Odont.** v. 51, n.5, p.281-4. set/out. 1997.

O tratamento endodôntico em sessão única tem sido almejado por muitos profissionais por favorecer redução do tempo clínico e da previsão de honorário para o paciente. No intuito de averiguar o índice de sucesso, nesse estudo foram avaliados 80 casos de tratamento endodôntico em dentes necrosados e com lesão periapical. Para isso, optou-se por preparo biomecânico coroa-ápice e irrigação concomitante com hipoclorito de sódio a 5%. Após a instrumentação, removeu-se a smear layer com EDTA a 17% sob agitação no interior do canal e obturou com cone de guta-percha e cimento de Grossman. O tratamento foi avaliado clínica e radiograficamente por 18 meses. Do ponto de vista clínico, observou-se redução da sintomatologia dolorosa e desaparecimento da fístula, quando existente previamente, em 100% dos casos. Radiograficamente observou-se regressão parcial ou total da lesão periapical em 90% dos casos. Portanto, o tratamento endodôntico em sessão única torna-se um procedimento possível, desde que haja possibilidade e conveniência de realizá-lo.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: obturação imediata, necrose, lesão periapical

SBORDONE, L.; RAMAGLIA, L.; DARONE, A. Periodontal Status and subgingival microbiota of insulin-dependent juvenile diabetics: a 3 year longitudinal study. **J. Periodont.**_ v.62, n.2, p.120-7. Feb. 1998.

No intuito de verificar a possível correlação existente entre a diabetes e a microbiota com o desenvolvimento da doença periodontal, avaliou-se 16 pacientes com diabetes mellitus insulino-dependente com idade entre 9 a 17 anos, comparando-os aos respectivos irmãos não-diabéticos. Foi realizado um estudo longitudinal de 3 anos, tendo como pontos primordiais de análise: os parâmetros clínicos de sondagem, perda de inserção óssea, índice de sangramento sucular, índice de placa e tipo de microbiota. Os resultados não demonstraram diferenças entre a saúde oral dos pacientes diabéticos com os não-diabéticos, com exceção do índice de sangramento que apresentou maior nos pacientes diabéticos. Na análise microbiológica, observou-se um acréscimo no número de *P. intermedia* nos sulcos de pacientes diabéticos. As espécies de microrganismos subgingivais eram semelhantes entre os diabéticos e os não-diabéticos. Os pacientes diabéticos apresentaram maior perda de inserção óssea e sulcos mais profundos no local específico para a análise (superfície méso-vestibular do 1º molar superior), porém não foram considerados patológicos.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: diabetes, saúde periodontal, microbiota

SHIMABUKO, D.M.; AUN, C.E. Análise ao microscópio eletrônico de varredura das projeções de resina (“tags”) em dentes restaurados após intervenção endodôntica. **Rev. Odont. USP.** v.12, n.1, p.5-12, jan./mar. 1998.

Através de análise in vitro de 25 incisivos humanos recém-extraídos, procurou-se avaliar a adesão dos sistemas adesivos a partir da observação em microscópio eletrônico de varredura da formação de “tag”, no que se refere ao padrão de uniformidade e quantidade. Dividiu-se os espécimes em cinco grupos, variando apenas a técnica de aplicação do sistema adesivo. Os materiais eleitos foram ácido ortofosfórico a 37%, resina composta (Charisma|), resina fluida (Denthesive II). Porém, houve similaridade entre os espécimes quanto a técnica de inserção incremental de resina. Previamente, realizou-se o preparo químico-mecânico do canal com inserção de quita-percha apenas em sua embocadura. As alterações nas técnicas de aplicação dos sistemas adesivos interferem sobremaneira na integridade de adesão. Portanto, a ausência do condicionamento ácido e da aplicação de primer e adesivo resultaram em formação de “tags” em menor quantidade e uniformidade.

Autor do resumo: Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: restauração dentária, adesão dentinária, resina composta

JACOB, I.S.; FAITZ, C.M.; NICHOLS, C.M.; HICKS, M.J. Role of dentinal carious lesions in the pathogenesis of oral candidiasis in HIV infection. *J. Amer. dent. Ass.* v;129, n.2, p.187-93, Feb.1998.

Os pacientes HIV-positivos apresentam um índice aumentado de candidíase oral com manifestações clínicas diversas, sendo mais comum a pseudomembranosa. Por isso, esse estudo procurou correlacionar a presença de *Candida albicans* em lesões cariosas com o aparecimento da candidíase nesses pacientes. Foram selecionados 30 pacientes HIV-positivos e 30 HIV-negativos, com idade média de 35 e 39 anos respectivamente. Extraíu-se um dente de cada paciente com lesão cariosa e condenado por problemas periodontais ou endodônticos. Os dentes foram devidamente processados para análise da lesão cariosa em microscópio eletrônico comum e no eletrônico de varredura. Observou-se maior número de candida nas lesões cariosas de pacientes HIV-positivos, com 40% apresentando candidíase oral. Embora, presenciou-se candida em lesões de HIV-negativos (17%), nenhum apresentava a lesão. Associou-se a candidíase oral com a presença de lesões cariosas contendo candida no seu interior, com o consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas. Apesar da incerteza sobre que lesão é causa ou consequência de outra, sabe-se que lesão cariosa constitui um nicho para colonização de candida albicans, protegendo-as do tratamento antifúngico e, assim, podendo contribuir para a recorrência de candidíase oral. Portanto, restaurar dentes com lesão cariosas é essencial no intuito de remover nichos de colonização de candida em HIV-positivos.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: candidíase oral, lesão cariosa, *Candida albicans*

KANTOROWITZ, Z.; FEATHERSTONE, J.; FREID, D. Caries prevention by CO₂ laser treatment dependency on the number of pulses used. **J. Amer. dent. Ass.** v. 129, n. 5, p.585-91.1998

A análise da ação do laser de CO₂ na inibição de lesões cariosas tem sido verificada no intuito de prover uma aplicação clínica benéfica. Por isso, através da seleção de 120 molares não erupcionados e extraídos, realizou-se um experimento *in vitro* para comprovar esse tendência. Os espécimes foram divididos em 10 grupos de 12, os quais foram conduzidos a dois experimentos de 5 grupos cada e submetido a um sistema de ciclagem de ph, depois da aplicação do laser, induzindo o aparecimento da lesão cariosa. Os experimentos diferiam de acordo com o comprimento de onda e energia de cada pulso. Em ambos, procurou-se avaliar a influência do número de pulsos no efeito de prevenção de cárie, para isso, realizou-se experimentos com número de pulsos variados: 1, 5, 25 e 100. Observou-se que a aplicação de laser de CO₂ quando adequada, permite a inibição do processo carioso. E, quanto maior o número de pulso melhor o efeito inibitório, mas acima de 25 não se observa melhoras significantes. Houve alteração na superfície morfológica do esmalte apenas quando o comprimento de onda foi menor (9,6 μ m), mas a inibição da progressão de cárie foi observada em ambos os experimentos. Porém, mais estudos são requeridos no intuito de definir parâmetros adequados para uso clínico.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: laser de CO₂, prevenção, lesão cariosa

MERAN, S.J.; REEVE, C.M. Dental considerations and treatment of oncology patient receiving radiation therapy. **J. Amer. Dent. Ass.** v.129, n.2, p. 201-5. Feb.1998

O tratamento odontológico de pacientes oncológicos tem suma importância na prevenção de alterações que podem ocorrer durante ou após a radioterapia. Tendo conhecimento a respeito da área envolvida, da dose de radiação, do prognóstico do tratamento e das perspectivas do paciente referentes à saúde bucal, consegue-se estabelecer o plano de tratamento mais adequado para cada paciente. As alterações bucais envolvem: xerostomia, cárie de radiação, mucosites, perda da gustação, hipovascularização com diminuição do poder cicatrizante dos tecidos, osteoradionecrose e trismo. Em crianças, podem ser presenciadas alterações e anormalidades no crescimento e desenvolvimento dos dentes e estruturas maxilofaciais. O tratamento envolve a eliminação de qualquer alteração bucal: cárie, problema periodontal, lesão periodontal, lesão periapical, previamente ao tratamento radioterápico. Para isso, deve-se fazer o exame minucioso da cavidade oral e obter tomada radiográfica da boca toda. Durante a radioterapia, é relevante fazer o tratamento preventivo de cárie de radiação com aplicação tópica de flúor (fluoreto de sódio neutro a 1%) em moldeira por 5 minutos diariamente. Deve-se controlar o paciente a cada 3 meses após a terapia, para verificar se houve qualquer alteração oral (candidíase, mucosite) que requeira intervenção.

Autor do resumo : Milena Souza Gomes da Costa

Unitermos: paciente oncológico, cárie de radiação, prevenção

GARCIA, L.F.; ATALA, E.A. Pigmentação gengival. **Rev. Fac. Odont. U. V.**, v.2, n.2, p.124-31, 1998.

Macroscopicamente, a diferenciação dos tipos de mucosas é fácil para o clínico dado a um dos parâmetros mais frequentes presentes: a cor. A cor gengival saudável varia desde o rosa pálido até a púrpura. Esta estando determinado pela sua vascularização, espessura, queratinização epitelial e intensidade da melaninogênese. A cor estabelecida na normalidade pode aumentar de intensidade, diminuir, ou apresentar pigmentos. Os pigmentos ou descolorações gengivais podem ter origem fisiológica ou patológica e são causados por uma grande quantidade de fatores locais e sistêmicos. Os problemas estéticos originados das pigmentações nos tecidos gengivais e as implicações sistêmicas obrigam o clínico a um adequado diagnóstico destas e uma terapêutica de acordo com os requerimentos do paciente e suas possibilidades atuais.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: pigmentação gengival, cor gengival.

CASAGRANDE, E.; ROSSATO, C. Relação entre tratamento ortodôntico e desordem temporomandibular. **Ortodontia**, v.31, n.1, p.80-7, 1998.

O relacionamento entre o tratamento ortodôntico e a desordem temporomandibular (DTM) constitui-se num dos assuntos mais estudados da Ortodontia contemporânea. Por esta razão, por intermédio de uma revisão de literatura pertinente ao assunto, procurou-se analisar este relacionamento, no intuito de evidenciar possíveis diferenças na susceptibilidade e frequência de DTM's. Com base na literatura compulsada, constitui-se uma temeridade afirmar que o tratamento ortodôntico provoca ou soluciona uma DTM, pois diferenças significantes na frequência de sinais e sintomas entre pacientes tratados e não tratados ortodonticamente não ficaram evidentes. Diferenças na susceptibilidade para o desencadeamento de DTM não foram evidenciadas entre pacientes tratados ortodonticamente com e sem extrações dentárias, e na finalização do tratamento ortodôntico deve-se almejar a obtenção de uma oclusão em harmonia com a ATM, isto é, sem contatos prematuros em relação cêntrica e sem interferências cuspídeas durante os movimentos funcionais e com coincidência entre relação cêntrica e máxima intercuspidação habitual.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: tratamento ortodôntico, disfunção temporomandibular

BARRETO, S.A.J.; CYRILLO, D.C.; COZZOLINO, S.M.F. Análise nutricional e complementação alimentar de cesta básica derivada do consumo. **Rev. Saúde Publ.**, v.32, n.1, p.29-35. 1998.

Foram analisados os níveis de adequação dos itens alimentares da cesta básica em relação às necessidades nutricionais de uma família-referência paulistana, e propostas técnicas de complementação dietética para sanar possíveis deficiências ou desbalanceamento. Foram encontrados valores insuficientes para as vitaminas A, C, B2 e B6 e para os minerais Ca, Mg, Fe, Zn, I e Se; o percentual de lipídios no total calórico mostrou-se elevado. A técnica de complementação Híbrida (combinação de minimização dos custos e proposta direta e fixa) pareceu assimilar, mais eficientemente, os baixos custos e os hábitos dietéticos. Inferiu-se uma eventual correspondência entre os problemas nutricionais detectados na relação de itens da cesta básica e a chamada transição alimentar que se processa nos países em desenvolvimento. Não parece aconselhável que os riscos epidemiológicos associados a essa alteração nos padrões dietéticos sejam incorporados num instrumento econômico que tenha por finalidade mensurar os preços de uma alimentação equilibrada.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: necessidades nutricionais, suplementação alimentar.

WEIDERPASS, E.et al .Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.32, n.3, p.225-31, 1998.

O reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno tem levado à busca das causas de seu insucesso freqüente e interrupção precoce. A eficiência de medidas de intervenção para promover o aleitamento depende, principalmente, da identificação de mães com risco aumentado de não iniciar ou interromper precocemente a lactação. Esse tipo de risco tem sido associado, dentre outros fatores, com o tipo de parto, particularmente com cesarianas. Foi realizado um estudo de corte prospectivo de base populacional com 655 crianças brasileiras nascidas no ano de 1993 e acompanhadas durante o primeiro trimestre de vida, através de duas visitas domiciliares. A duração da amamentação foi similar entre os nascidos por parto vaginal e cesariana emergencial. Os nascidos por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida, não aumentando até o terceiro mês de vida. Recomenda-se aos serviços de saúde atenção especial a lactantes submetidas a cesarianas eletivas, para que seja promovido o aleitamento desde as primeiras semanas, evitando a interrupção precoce.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: aleitamento materno, cesária, parto normal.

BOSCO, A.F.; MARCHI, F.; PEREIRA, S.L.S. Áreas doadoras de enxerto gengival livre submetidas a diferentes formas de proteção. *Rev APCD*, v.52, n.4, p.285-90, 1998.

O autores avaliaram histologicamente, em humanos, a influência do cimento cirúrgico *Coe-Pak*, de feltros de microcolágeno e de fragmentos de enxertos autógenos de gengiva no processo de cicatrização de áreas doadoras de enxerto gengival livre. Neste estudo, foram selecionados 19 pacientes, de ambos os sexos, sem distinção de raça e cor; onde todos os pacientes demonstraram, através de exames semiológico, clínico e radiográfico, boa saúde bucal e nenhuma manifestação sistêmica que pudesse contra-indicar ou prejudicar os resultados do presente estudo. De um total de 30 áreas doadoras, foram obtidos enxertos gengivais livres que mediam cerca de 15 mm de comprimento, 6 mm de largura e 1,5 mm de espessura, correspondentes às áreas receptoras previamente selecionadas. Imediatamente, o retalho foi levado ao leito receptor (em 20 enxertos) e suturado; de outros 10 enxertos, foram removidos fragmentos contendo epitélio e conjuntivo antes de serem suturados no leito receptor. Os resultados demonstraram uma cicatrização mais rápida no grupoem que a área doadora foi protegida com fragmentos gengivais, principalmente no período de 7 dias, evoluindo para um processo de cicatrização semelhante nos três grupos analisados aos 14 e, principalmente, aos 28 dias.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: enxerto gengival livre, proteção pós-operatório.

THIBODEAU, E. A.; ROSSOMANDO, K. J. Survey of the medical history questionnaire. **Oral Surg.**, v.74, n.3, p.400-3, Sep. 1992.

A proposta deste estudo foi examinar e comparar o tipo de informação requisitada sobre história médica em questionários comumente usados por Cirurgiões-Dentistas. Amostras dos questionários sobre história médica foram obtidas de escolas de Odontologia americanas e canadenses, consultórios odontológicos e A.D.A. Os resultados indicaram que mais de 140 itens foram incluídos nos questionários e que cerca de 92% dos questões possuíam formato "sim/não". O número de questões dos questionários variou de 32 a 88, com média de 58 itens. As 25 questões mais freqüentes ocorreram em 70% dos questionários. A maioria dos itens focalizou doenças não-infecciosas que afetam o sistema cardiovascular e órgãos importantes, alergias, desordens sangüíneas, doenças infecciosas (como hepatite, tuberculose, doenças venéreas), condição de saúde geral do paciente e considerações especiais sobre algum tratamento médico já realizado. Concluiu-se que há um pequeno consenso entre os profissionais quanto aos questionários, entretanto, é necessário estabelecer questões mais padronizadas para obtenção de considerações importantes na anamnese sobre a história médica.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: história médica, anamnese.

FRIGGI, M.N.P.; SATO, K.; PENTEADO, A.L. Autotransplante de incisivo central superior permanente dilacerado. **Rev. APCD**, v.52, n.2, p.115-18, 1998.

A dilaceração de dentes permanentes é, em geral, causada por deslocamento do germe do dente em desenvolvimento, secundariamente ao trauma do predecessor decíduo. Apresentado um caso em que uma criança com idade de cinco anos sofreu um trauma que causou a luxação de seus incisivos decíduos superiores, resultando na dilaceração do incisivo central superior direito permanente. Removeu-se o germe dilacerado de maneira atraumática, preservando-se a papila dental e os tecidos periodontais. Reposicionado o germe, fez-se a fixação com bráquetes e fio 012 nos dentes 11, 12 e 21; possibilitando uma contenção passiva por 25 dias. Fez-se o acompanhamento após 15 dias e 25 dias da cirurgia, quando então se retirou a toda a contenção; em seguida, realizou-se a colocação do aparelho ortodôntico fixo, visando à tração do dente transportado, tendo como objetivos o nivelamento do arco dentário, a recuperação de espaço e a ancoragem. Ao término do tratamento, acompanhado por 6 anos, o dente apresentava posicionamento normal na arcada, com periodonto inserido adequadamente e apresentando uma bolsa de 3 mm. Radiograficamente, notou-se uma esclerose do canal radicular e não foi constatada após dez anos de acompanhamento, nenhuma radiolucência periodontal ou anquilose dento-alveolar.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: autotransplante, dilaceração.

A biópsia de uma lesão bucal é um meio seguro, fácil e confiável, que contribui para o diagnóstico definitivo da grande maioria das lesões. Os riscos de realizá-la são mínimos e muito inferiores às conseqüências de um diagnóstico errôneo. Este trabalho teve por objetivo esclarecer suas indicações e técnicas e, ainda, desmistificá-la tanto para o profissional, que muitas vezes tem receio em executá-la, como para o paciente, que acredita que ela é um sinônimo de tumor maligno. Basicamente, a seqüência cirúrgica consta de: assepsia, anestesia local, incisão, remoção do fragmento, inserir em frasco adequado, sutura, orientação ao paciente e por fim, enviar junto com o frasco um relatório do caso. Deve ser deixado claro que a biópsia é mais uma ferramenta de que o clínico dispõe. É um exame complementar que deve estar inserido em um processo diagnóstico do qual fazem parte uma cuidadosa anamnese e um aguçado exame físico. O cirurgião dentista deve estar apto a indicá-la e realizá-la corretamente, para, assim, obter de uma maneira mais rápida e precisa o diagnóstico e, conseqüentemente, instituir um tratamento eficaz.

Autor do resumo : Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Unitermos: técnica de biópsia.

FERRARI, M. et al. Bonding mechanism of three “one bottle” systems to conditioned and unconditioned enamel and dentin. *Am. J. Dent.*, v.10, n.5, p.224-30, Oct. 1997.

A proposta deste estudo *in vivo* foi investigar a formação da camada híbrida e dos tags de resina através do uso de sistemas adesivos “one bottle” em esmalte e dentina condicionados e não condicionados. Os adesivos foram testados em 24 preparos de dentes de dentes vitais com comprometimento periodontal. Os dentes preparados foram divididos em grupos de acordo com o adesivo utilizado (PRIME & BOND 2.1, SINGLE BOND e SYNTAC SPRINT) e a realização ou não do condicionamento ácido. Sobre o adesivo, uma fina camada de resina foi aplicada e fotopolimerizada. Os espécimes foram extraídos após a fotopolimerização para a análise. De acordo com os resultados obtidos observou-se que todos grupos onde foi realizado o condicionamento ácido apresentaram mecanismo de adesão micromecânica (formação da camada híbrida e tags de resina), nos grupos sem condicionamento observou a inexistência da camada híbrida e a presença de alguns tags de resina incapazes de selar completamente os orifícios tubulares. Como conclusão concluiu-se que os adesivos utilizados no experimento foram clinicamente efetivos quando aplicados de acordo com as instruções dos fabricantes. Quando aplicados sem condicionamento da dentina, a smear layer agiu contra a formação e a interposição mecânica entre resina e substrato dentinário.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: adesivos dentinários, camada híbrida.

SNUGGS, H. M. et al. Pulpal healing and dentinal bridge formation in na acidic environment. **Quint. Int.**, v.24, p.501-10, 1993.

Este trabalho foi designado para observar o reparo e capacidade de formação de ponte de dentina de polpas mecanicamente expostas que foram capeadas com cimentos de silicato e fosfato de zinco e biologicamente seladas com cimento de óxido de zinco-eugenol para excluir bactérias. Em 6 macacos, foram feitas cavidades classe V vestibulares com exposição pulpar em 105 dentes dos quais 40 foram capeados diretamente com cimento de silicato e 40 com cimento de fosfato de zinco. 20 dentes de cada um desses grupos foram selados com cimento de óxido de zinco-eugenol. Os 25 dentes restantes foram protegidos diretamente com cimento de hidróxido de cálcio e restaurados com amalgama, servindo como controles. Os tecidos foram obtidos por fixação depois de intervalos de 3, 5, 10, 14 e 21 dias. As 25 polpas capeadas com hidróxido de cálcio mostraram migração celular e organização em 5 dias com deposição de matriz dentinária após 10 dias. Nos grupos experimentais, após 10 dias, fibroblastos tinham se estratificado contra a interface de cimento; após 14 dias, as polpas mostraram formação de ponte de dentina diretamente adjacente aos cimentos ácidos. Com 21 dias, apresentaram-se semelhantes aos controles. O trabalho indicou que os componentes ácidos do silicato e do fosfato de zinco não foram diretamente responsáveis pela inflamação pulpar ou necrose. É fundamental um selamento contra penetração de microorganismos para um reparo eficiente.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: polpa dental, inflamação, proteção pulpar.

O isolamento do campo operatório é um procedimento de grande importância para criar condições adequadas para o desenvolvimento de grande parte dos atos operatórios. O isolamento relativo geralmente é utilizado em procedimentos de curta duração (aplicação de fluoretos, restaurações provisórias, cimentação de próteses, ortodontia, etc.), evitando a contaminação por saliva, sangue e fluido gengival (quando utilizado conjuntamente com o fio retrator). Para a sua realização são utilizados roletes de algodão, gaze e sugador, há também acessórios que possibilitam o afastamento de tecidos moles, facilitando a visualização. Já o uso de isolamento absoluto está indicado em todos os procedimentos nos quais o controle de saliva, sangue, fluido gengival e umidade se faz necessário, além disso, o isolamento absoluto propicia assepsia do tratamento, proteção das vias aéreas, melhora o acesso e visualização do campo operatório, melhora no conforto e na diminuição do tempo do procedimento. O material básico a ser utilizado é o lençol de borracha, grampos, alicate perfurador, pinça porta-grampo, arco e fio dental. O relato de alergia ao látex é relativamente novo, dessa forma, na anamnese é importante a inclusão de questões relacionadas a contatos e reações alérgicas anteriores com produtos contendo látex. No caso de pacientes sensíveis, pode-se utilizar produtos como os de silicone ou vinil.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: isolamento relativo; isolamento absoluto.

FOREMAN, P. C.; BARNES, I. E. A review of calcium hydroxide. **Int. Endod. J.**, v.23, p.283-97, 1995.

A proposta deste artigo foi verificar na literatura critérios para o sucesso de proteções diretas com hidróxido de cálcio. O estudo observou as seguintes considerações: inflamação deve estar ausente, pois caso a polpa inflamada seja protegida com hidróxido de cálcio, a necrose provavelmente ocorrerá em função da presença de infecção bacteriana; no caso de exposições por cárie, há um consenso geral que quanto maior a exposição, mais pobre o diagnóstico, devido a magnitude da contaminação pelos microorganismos, no caso de exposição mecânica o tamanho da exposição é relevante; a contaminação pela saliva deve ser evitada se possível; dentes jovens possuem maior propabilidade de sucesso que dentes velhos, em virtude da abertura do forame apical que causa um aumento no suprimento sanguíneo para polpa; em exposições mecânicas o índice de sucesso é de 98%, além disso o tamanho da exposição e a maturidade do dente não influenciam no sucesso; as proteções diretas com hidróxido de cálcio são contra-indicadas em dentes com depósitos minerais no interior dos canais, devido ao potencial de reparo reduzido.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: polpa dental, hidróxido de cálcio.

JOLLY, D. E. Interpreting the medical history. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v.23, n.10, p.19-28, Oct. 1995.

O artigo argumenta que o profissional deve ser capaz de identificar pacientes com doenças sistêmicas que podem influenciar a saúde bucal. Na maioria das vezes, o paciente não relaciona sinais e sintomas sistêmicos com o tratamento odontológico. O Cirurgião-Dentista deve saber absorver do paciente informações importantes através da anamnese verbal, além de informar ao paciente sobre a importância de sua condição geral. O questionário de anamnese deve conter informações sobre o paciente, itens sobre os sinais vitais, condições geral do pacientes, tratamentos médicos e odontológicos anteriores, alergias, experiências anestésicas anteriores, entre outros. Já o exame clínico deve ser criterioso, verificando a existência de manifestações bucais de alguma doença sistêmica, lesões fundamentais, condição de higiene bucal, aspecto de próteses e restaurações, oclusão, etc. O autor conclui o estudo mostrando a necessidade de uma cooperação interdisciplinar médica e odontológica para uma adequada avaliação do paciente e subsequente planejamento do tratamento odontológico do mesmo. Com isso, o Cirurgião- Dentista deve estar apto a executar o tratamento odontológico mais adequado ao paciente de acordo com suas condições sistêmicas, ocorrendo, muitas vezes, alterações com relação ao tratamento ideal.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: anamnese, exame clínico, saúde bucal.

AYANOGLU, C. M.; LESTY, C. New Cementum Formation Induced by Ciclosporina A: a Histological, Ultrastructural and Histomorphometric Study in Rat. **J.Period. Res.** n.6, v.32, p.543-56, 1997

A formação de cimento nos tratamentos periodontais regenerativos representa um desafio. O cimento é um tecido mineralizado que recobre a raiz do dente e assume importante papel na união do dente as estruturas vizinhas, devido as fibras de Sharpey que nele estão inseridas. O presente trabalho teve pôr objetivo avaliar a formação de novo cimento (N.C.) em molares de ratos, induzida pela ciclosporina A, imunossupressor de largo uso, administrado por via sistêmica-oral. Foi verificada a deposição de cimento sobre a camada externa de cimento afibrilar, principalmente no treço cervical da raiz, na área de contato com o tecido conjuntivo gengival. Esta deposição é rápida, intensa, sendo rara a presença de linhas incrementais. A superfície externa é irregular e no interior do tecido são verificados corpos globulares. Os resultados são animadores, porém, dada a toxicidade da droga, sugerem-se novas pesquisas para avaliar a eficácia da droga na formação de cimento quando administrada topicamente. Considerando que os mecanismos de formação do N.C. e de desenvolvimento de hiperplasia gengival parecem ser semelhantes, outras drogas que induzem hiperplasia gengival, como a difenilidantoina e bloqueadores de cálcio, também devem ser avaliadas, pois os mecanismos pêlos quais causam hiperplasia são semelhantes ao da ciclosporina A e os bloqueadores de cálcio são drogas consideradas relativamente seguras, ou seja, não possuem efeitos colaterais.

Autor do resumo :Lúcia Helena Denardi Roveroni

Unitermos: cimento; terço cervical; ciclosporina A

PARAESVARAM, M.; KINGON, A. M. Alterations in blood pressure and pulse rate in exodontia patients. **Aust. Dent. J.** , v.39, n.5, p.282-5, Oct. 1994.

Os objetivos deste trabalho foram investigar as mudanças na pressão arterial e no pulso e observar a presença de alguma alteração significativa clinicamente durante e após o ato operatório de exodontia em pacientes saudáveis. Para tanto, foram feitas medições de pressão sanguínea e pulso em 60 pacientes durante e após exodontias, 30 pacientes de tratamentos não invasivos foram utilizados como controles, permitindo a comparação das medições. Os resultados sugeriram que o procedimento de exodontia pode ser considerado bastante estressante, além disso, foi observada a presença de braquicardia durante a analgesia local. Estas mudanças nos parâmetros cardiovasculares podem representar um risco para o paciente com doenças cardíacas, especialmente aqueles sem diagnóstico. Por outro lado, os resultados indicam o efeito que o stress pode ter sobre o sistema cardiovascular e a importância da eliminação da dor e prevenção da ansiedade pelo paciente, bem como, a necessidade de uma apurada anamnese sobre o estado geral de saúde do paciente.

Autor do resumo : Victor Donizetti de Lima

Unitermos: exodontia; pressão arterial; anamnese.

Métodos preventivos e técnicas conservadoras surgidas no meado do século permitiram que a população idosa, crescente em quase todo o mundo, pudesse, nos dias de hoje, usufruir de melhores condições bucais. No entanto, muitos destes pacientes passam a morar em asilos. O propósito deste trabalho foi o de avaliar as condições bucais de tais pacientes, os recursos a eles oferecidos pelas instituições, os tipos de pacientes tratados e os sucessos obtidos. Os dados são assustadores, retratando uma dura realidade de inadequado atendimento. Pacientes que se encontram, na grande maioria, sob acentuada debilidade e consumindo vários medicamentos. O pessoal auxiliar, despreparado. As possibilidades de tratamento muitas vezes limitadas pela própria condição geral do paciente, inviabilizando procedimentos mais invasivos. A disponibilidade de atendimento na instituição é condição desejável, pois o transporte dos pacientes, em muitos dos casos, não é possível, porém, está longe da realidade. Temos por dever fazer com que nenhuma condição bucal gere problema sistêmico, devemos buscar meios para atingir esta meta em todas as faixas etárias e níveis sociais.

Autor do resumo : Lúcia Helena Denardi Roveroni.

Unitermos: odontologia para idosos, asilos.

O processo de modificação do comportamento social no que diz respeito às prestações de serviço, tem gerado uma preocupação dos cirurgiões dentistas com os aspectos legais implicados no exercício da profissão. O sucesso do tratamento odontológico está na dependência de fatores relacionados ao profissional, como habilidade e conhecimento técnico-científico, e fatores relacionados ao paciente. A expectativa e o grau de motivação do paciente são fatores diretamente relacionados ao sucesso do tratamento odontológico em geral, e do tratamento ortodôntico em particular. Desta forma, o trabalho teve por objetivo avaliar estas variáveis entre os pacientes de ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru, utilizando um questionário com questões de múltipla escolha. As respostas forneceram informações sobre o tipo de resultado esperado ao término do tratamento, assim como o tempo estimado de duração do tratamento. Pôde-se constatar uma grande expectativa quanto aos benefícios, principalmente estéticos, que o tratamento seria capaz de proporcionar. A este respeito é importante ressaltar a necessidade da comunicação aberta e franca entre paciente e profissional, evitando-se falsas expectativas. No que diz respeito ao fator cooperação, o qual está diretamente relacionado ao bom andamento do trabalho, as informações demonstram intensões claras de colaboração no decorrer do tratamento. As informações obtidas por este método devem ser anexadas à documentação do paciente, podendo servir de respaldo legal a eventuais insucessos do tratamento devido ao não cumprimento dos fatores relacionados ao paciente..

Autor do resumo :Lúcia Helena Denardi Roveroni

Unitermos: colaboração do paciente; aspectos legais

TONETTI, M. S.; SCHMID, J. Pathogenesis of implants failures. **Periodontol.2000**, v.4, p.127-38. 1994.

Os implantes osseointegrados podem ser incluídos rotineiramente como uma técnica disponível para o tratamento de desdentados totais e parciais. No entanto, o sucesso desta terapêutica está na dependência de um equilíbrio entre estruturas biológicas da cavidade bucal, implante e adaptação psicossocial do paciente. As falhas na osseointegração do implante podem ser precoces, resultado da interação do agente etiológico durante o processo cicatricial, ou tardias, quando o fator etiológico age num implante previamente osseointegrado. Os processos patológicos que podem comprometer a osseointegração dos implantes são classificados em distúrbios no equilíbrio biomecânico (Sobrecarga) e alterações no equilíbrio hospedeiro-parasita (Infecção). A intensidade e duração das forças incidentes bem como o grau de osseointegração e a qualidade do tecido ósseo são fatores determinantes no estabelecimento e manutenção do equilíbrio biomecânico. A formação de um selamento estável ao redor do implante pode ser considerado como o estabelecimento de um equilíbrio entre epitélio e agressão da placa bacteriana. A quebra deste equilíbrio pode gerar inflamações limitadas ao tecido mole superficial (Mucosite) ou envolver tecido mole mais profundamente e eventualmente a interface osso-implante (Peri-implantite). Muitas questões ainda faltam ser respondidas no que diz respeito aos implantes osseointegrados, e cabe ao clínico adotar medidas preventivas de controle de placa e distribuição de forças oclusais com o objetivo de reduzir a prevalência da sobrecarga oclusal e infecção, agentes do insucesso dos implantes .

Autor do resumo :Lúcia Helena Denardi Roveroni

Unitermos: implantes osseointegrados, infecção, sobrecarga oclusal

PANTALEÓN, D. S. et al. Tratamento da interface alvéolo-restauração (IAR) durante a cirurgia periodontal - relato de caso. **Pope**. v.1, n.1, p.1-9. Jan/Mar 1997.

O tratamento da interface alvéolo-restauração (IAR) corresponde às intervenções com broca, realizadas na estrutura dental compreendida entre a crista óssea alveolar e a margem gengival. Está indicado em casos de raízes muito próximas, áreas retentivas e côncavas da morfologia da raiz, lesões incipientes na furca e dentes inclinados alterando a relação raiz-alvéolo. O objetivo desta técnica é propiciar condições favoráveis para a manutenção da higiene e desta forma conferir saúde periodontal. Estudos demonstram que a neoformação da inserção conjuntiva, epitélio juncional e sulco gengival ocorre normalmente nos locais tratados pela técnica IAR. O autor exemplifica o emprego clínico do procedimento através do relato de um caso onde a técnica foi executada previamente a instalação de uma prótese fixa metalocerâmica, objetivando reanatomizar a superfície dentária e desta forma proporcionar melhores condições para a manutenção da higiene local e a preservação do tecido periodontal, adequando o perfil de emergência da prótese à nova forma radicular.

Autor do resumo :Lúcia Helena Denardi Roveroni

Unitermos: IAR, preparo prévio, distâncias biológicas

Seminários

"Mantenedores de Espaço: importância na dentição decídua"

Apresentadores: Ana Raquel Benetti

Paulo Ricardo Baleirine e Silva

Orientador: Prof. Dr. Renato R. de Almeida

Sabendo que a perda prematura de dentes decíduos é freqüente em crianças, é importante usar o mantenedor de espaço, preservando o espaço deixado pelo dente perdido e dessa maneira garantindo o perímetro da arcada dentária, sem interferir nos movimentos funcionais. A etiologia da perda precoce de dentes decíduos tem como principais fatores a cárie, anquilose, traumatismos, reabsorção incorreta das raízes, pela realização de restaurações inadequadas ou ainda por anomalias do desenvolvimento dental. A perda precoce traz distúrbios na mastigação, fonética, afeta estética e pode ocasionar hábitos viciosos e problemas de ordem psicológica, levar à migração dos dentes vizinhos e encurtamento do arco dental. Para evitar tais complicações, é importante que o cirurgião dentista conheça os tipos de mantenedores, as vantagens e desvantagens de cada um para que possa indicá-los corretamente. Também é imprescindível que o profissional saiba quando indicá-los, através de um exame detalhado, observando o grau de formação radicular do dente sucessor e a seqüência normal de erupção. Para que se obtenha sucesso, os pais devem estar cientes da situação, motivando os filhos, incentivando a higienização adequada e auxiliando o dentista para que se mantenha um controle e se remova o aparelho assim que o dente permanente irromper.

“Aspectos clínicos da hiperestesia dentinária”

Apresentadoras: Andrea Anzai

Helena Maria Rosa

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Pereira

A sensibilidade dentinária cervical é um dos eventos clínicos mais desconfortáveis para o paciente, mais comuns e de difícil solução para o cirurgião-dentista. É um fenômeno biológico complexo, uma expressão sensorial exacerbada do organismo humano a um estímulo sensorial não nocivo. Nem todas as lesões cervicais não cáries apresentam hiperestesia, o grau de hiperestesia varia de paciente para paciente, a ocorrência é mais freqüente nos pré-molares, a resposta varia conforme o estímulo aplicado (frutas cítricas, doces, jatos de ar), a dor é recorrente e pode desaparecer espontaneamente sem qualquer tratamento, com tratamentos, ou com placebos. Várias teorias tentam explicar os mecanismos, a mais aceita é a Teoria da Hidrodinâmica, que considera a estimulação das terminações nervosas próximas da camada odontoblástica, provocada pela variação de pressão intra-pulpar decorrente da movimentação do fluido dentinário. Depende da técnica de escovação inadequada, dieta, trauma oclusal, hábitos sociais, procedimentos clínicos, defeito na junção cimento-esmalte, doenças periodontais e doenças sistêmicas. O tratamento consiste na interrupção da passagem do estímulo. É preciso fazer um diagnóstico correto, orientar o paciente e tratar a lesão. São inúmeros os agentes e terapias anti-hiperestésicas, mas nenhum é completamente eficaz. É importante orientar o paciente a reduzir a quantidade e a freqüência de ingestão de alimentos ácidos, evitar escovar os dentes logo após a ingestão desses alimentos, e empregar corretamente as técnicas de escovação, para minimizar a destruição local dos tecidos duros dos dentes.

"Particularidades do Atendimento Odontogeriátrico"

Apresentadoras: Ana Raquel Benetti

Lúcia Helena Denardi Roveroni

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Álvares Capelozza

A odontogeriatrics é uma especialidade voltada ao atendimento de pacientes idosos ou adultos portadores de doenças crônicas. É de fundamental importância que o cirurgião dentista tenha conhecimento das necessidades destes pacientes, para que possa proporcionar-lhes um tratamento odontológico adequado. Para tal, a educação da população em geral e dos profissionais é importante na adequação do tratamento aos pacientes da terceira idade. Sabendo que o paciente geriátrico constitui um grupo heterogêneo, é necessário o conhecimento das alterações físicas e sensoriais normais do envelhecimento, possibilitando a adequação do ambiente odontológico a receber estes pacientes. A má nutrição destes indivíduos também é um aspecto que deve ser observado já que é bastante comum entre idosos e está diretamente relacionada à condição de saúde do paciente. A fim de se realizar um tratamento eficiente, o profissional deve ter conhecimento dos problemas que mais acometem esta população, estando ciente das deficiências fisiológicas, oferecendo-lhes uma assistência adequada e proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

"Odontologia para o Bebê"

Apresentadoras: Ana Raquel Benetti

Nicole Kawauachi

Orientadora: Profa. Maria Lígia Gerdullo Pin

A odontologia para bebês abrange crianças até os 3 anos, idade em que estão irrompendo os primeiros dentes decíduos. Nessa fase, é importante que tanto o dentista como a mãe atuem juntos na prevenção da cárie de mamadeira, um mal bastante comum entre as crianças nesta faixa etária. O dentista deve explicar à mãe a etiologia da doença e ressaltar a importância de adiar o máximo possível o contato com o *Streptococcus mutans* até que a microbiota indígena se estabeleça. O dentista deve explicar a importância da permanência dos dentes decíduos para a manutenção da saúde dos dentes permanentes. Não menos importante, deve-se orientar os pais a, desde cedo, realizar a limpeza da boca da criança, com uma fralda ou gaze umidecida, para que logo se acostume a ter a sensação de boca limpa e dessa maneira prossiga a higienização quando tiver condição de realizá-la por si próprio. É importante também esclarecer que mamadeira noturna e também o leite materno permanecem por mais tempo na boca quando a salivagem diminui, o que propicia o desenvolvimento de lesões cariosas. A partir de um ano e meio já se pode iniciar a escovação com dentifrício e uso do fio dental, se necessário. A criança pode visitar um consultório odontológico a partir dos seis meses de idade, para que a mãe receba todas as orientações necessárias. Mais tarde, a criança já pode receber aplicação tópica de flúor, entre outras medidas preventivas, que juntamente com a remoção mecânica da placa garantem a saúde da dentição decídua.

Diagnóstico Diferencial da Dores Orofaciais

Apresentadores: Célia Regina Maio Pinzan

Vitor Donizeti de Lima

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti

A dor é é uma sensação desagradável, com intensidade e localização variáveis e é a primeira razão para que as pessoas procurem um atendimento. A dor é uma experiência pessoal. É subjetiva e não pode ser medida com exatidão. Sua detecção é feita fundamentalmente através da anamnese. Pode ser influenciada por fatores emocionais, biológicos e culturais. Com o crescente interesse nas disfunções craniomandibulares, o papel do cirurgião dentista se expandiu para o tratamento não apenas da estrutura dentária, mas também das dores na face, cabeça e pescoço. As dores, principalmente as crônicas, representam um grande desafio tanto no diagnóstico como no tratamento para os profissionais da área de saúde. As dores orofaciais são de grande significado para os pacientes no aspecto psicológico, isto ocorre devido à importância da face para as pessoas. A dor odontogênica é a principal fonte de dor orofacial e, portanto, muitas vezes é solicitado que nós, cirurgiões dentistas avaliemos inicialmente o paciente. Muitos pacientes apresentam queixas múltiplas de dor com diferentes sinais e sintomas, resultando em uma variedade de possibilidades de diagnóstico. Para complicar o diagnóstico, os sinais e sintomas de diferentes síndromes podem ser similares. No processo de diagnóstico devemos tentar localizar a dor, estabelecer a sua categoria, determinar o grupo de tecidos envolvidos e identificar a síndrome dolorosa específica responsável pela queixa principal do paciente. Quando possível a etiologia deve ser identificada.

Manutenção da Saúde Bucal em Pacientes sob Tratamento ortodôntico

Apresentadoras: Lúcia Helena Denardi Roveroni

Paulo Ricardo Baleirini

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Pinzan

A procura do tratamento ortodôntico tem aumentado significativamente, com a finalidade de se obter melhorias estéticas e/ou funcionais. A ortodontia deve buscar o restabelecimento da normalidade estético-funcional, sem contudo comprometer a saúde bucal, mantendo a integridade dentária e periodontal. Para se obter tais resultados é necessário que o profissional conscientize o paciente quanto as modificações bucais ocasionadas pela instalação da aparatologia ortodôntica, bem como o motive na realização de adequado controle químico-mecânico da placa bacterina. Sabendo-se que os aparelhos ortodônticos dificultam a higienização, e pior, favorecem o acúmulo de restos alimentares e microorganismos, é importante a existência de um programa de higienização como complemento do tratamento ortodôntico. Tal programa deve incluir não apenas a motivação do paciente ortodôntico, mas a intervenção direta do profissional através de profilaxias e supervisões periódicas.

“Procedimentos ortodônticos competentes ao clínico geral e ao odontopediatra

Apresentadoras: Célia Regina Maio Pinzan e Carla Andreotti Damante .
Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Pinzan

A época preferencial para o tratamento ortodôntico é a de dentadura mista, época em que a criança está sendo tratada por um clínico geral ou pelo odontopediatra. Nesta fase ocorrem grandes modificações faciais em função da troca dos dentes decíduos pelos permanentes e devido ao crescimento ativo tanto da maxila como da mandíbula. Neste período aumentam as possibilidades de se direcionar o crescimento e guiar a oclusão, interceptando a má posição dos dentes. Deve-se tentar corrigir problemas ósseos, dentais e/ou musculares existentes.

Halitose: Diagnóstico e Tratamento

Apresentadoras: Lúcia Helena Denardi Roveroni

Milena Souza Gomes da Costa

Orientador: Prof. Dr. Luiz Eduardo Montenegro Chinellato

Halitose é uma alteração desagradável do hálito, caracterizada pela liberação de compostos voláteis mau cheirosos no ar expirado. As causas desta condição anormal do hálito podem ser locais ou sistêmicas, advinda de variações fisiológicas, processos adaptativos ou patologias. 90% dos casos de halitose têm origem bucal, no entanto as causas também podem ser nasais ou sistêmicas. O diagnóstico é feito através da avaliação olfativa do ar expirado pela boca e nariz, realizada pelo profissional sob condições adequadas. Anamnese e exame físico minuciosos são fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e do plano de tratamento, o qual pode ser:

1. preventivo - evitar a instalação do problema.

2. curativo - remover a(s) causa(s) e restabelecer a normalidade

3. mascarador - utilizado com último recurso, nos casos resistentes, que não respondem aos níveis 1 e 2 de tratamento.

O impacto social parece ser mais importante que o impacto médico. Trata-se de uma condição que causa restrição social, gerando uma grande preocupação da população com o problema, sendo bastante comuns casos de pacientes com halitofobia, ou seja, que têm pavor pelo problema, que realizam escovações compulsivas, vários bochechos com soluções refrescantes e são grandes consumidores de balas e chicletes. É fundamental que o cirurgião dentista tenha conhecimento da etiologia, forma de diagnóstico e tratamento da halitose, uma vez que o problema afeta, na sua forma crônica, aproximadamente 50% da população e as principais causas são a saburra lingual e periodontopatias, ou seja, fazem parte da área de atuação destes profissionais. Quando eliminadas as causas bucais, porém a halitose persistir, o paciente deve ser encaminhado a um otorrinolaringologista e um gastroenterologista para verificar possíveis causas nasais ou sistêmicas.

Potencial carcinogênico dos agentes clareadores dentais.

Apresentadoras: Ana Raquel Benetti e Fernanda Angelieri

Orientadoras: Prof^ª. Simone de Queiroz Chaves Lourenço

Prof^ª. Nilce Santos de Melo

A clareação dentária vem ocupando importante papel na Odontologia Atual na medida em que restabelece um dos aspectos do tratamento mais exigidos pelo paciente: a estética. Uma das substâncias químicas mais utilizadas é o peróxido de carbamida que, ao se dissociar na saliva tem como produto o peróxido de hidrogênio, o qual por sua vez, tem o poder de oxidação sobre os pigmentos colorantes do dente. Porém, outro produto dessa dissociação são radicais livres que possuem ação nos componentes vitais celulares, inclusive membrana citoplasmática, RNA e DNA. Com base nisso, PIEROLI, em 1997, em tese de mestrado, realizou análise microscópica e macroscópica do potencial carcinogênico de agentes clareadores, utilizando como amostra a língua de 70 hamsters. Seus resultados permitiram concluir que os agentes clareadores não são iniciadores da carcinogênese química e sim, promotores do processo. Ou seja, na presença de agente iniciadores (fumo, luz solar, aditivos alimentares, etc), os agentes clareadores iriam exacerbar a ação dos mesmos, levando ao possível aparecimento ou a intensificação da carcinogênese bucal. Portanto, os agentes clareadores quando usados em contato direto com a mucosa bucal, que é a situação observada na clareação caseira, funcionam como substâncias participantes do processo de carcinogênese química bucal. Dessa maneira, a clareação dentária traz muitos benefícios aos pacientes, porém deve ser utilizada racionalmente através da realização e inspeção constante do cirurgião-dentista durante todo o procedimento, além do uso do isolamento absoluto.

“O papel da amamentação no desenvolvimento craniofacial”

Apresentadores: Célia Regina Maio Pinzan e Rodrigo Piozzi

Orientadoras: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida A .M. Machado

Prof^ª Dr^ª Maria Francisca B. Bijella

As mulheres estão cada vez mais usando alimentação artificial sendo causas de diarreias e desmame. As mães precisam saber que o seu leite é tudo o que o seu filho necessita e com a sucção, gera estímulos nervosos para a glândula pituitária que libera prolactina e a mama produz leite. A ocitocina causa ejeção do leite. Quanto mais rápido sugar pós parto, melhor será o estímulo para produzir leite, e deve sugar os dois lados para ambos produzirem. A noite, a amamentação estimula mais a produção de prolactina e deve amamentar em livre demanda, pós parto. Criança com menos de 1,8Kg não possui força suficiente, deve ser amamentada com ajuda, de xícara, porém usa leite obtido por ejeção da mãe. Desde os primeiros momentos de vida, o recém nascido usa movimentos que estimulam o desenvolvimento e crescimento facial, preparando para as próximas fases de vida e adequando o seu sistema estomatognático. Vantagens: nutrição carinho, afeto, proteção imunológica e respiração. Os músculos estimulam crescimento ósseo influenciando a forma da face e harmonia dos dentes. A nutrição e sucção devem estar em equilíbrio, satisfazendo a alimentação e os exercícios faciais, mamadeira com fluxo grande, criança projeta língua para traz e inicia deglutição atípica. Errado sempre oferecer a chupeta como consolo para a criança. A chupeta só deveria ser utilizada quando a criança já esta com alimentação satisfeita e ainda precisa de esforços musculares e se usada corretamente não causa hábito e terá efeito benéfico. Caso seja necessária a alimentação artificial, por motivos emocionais, cansaço materno ou por saúde, não deve: ser mais fácil que no peito, reproduzir o natural, estimular ao máximo para ele aprender, deve ser mais cuidadoso. A amamentação deve suprir as necessidades fisiológicas da criança acima de tudo.

Lesões cervicais traumáticas: diagnóstico e tratamento.

Apresentadores: Fernanda Angelieri

Victor D. de Lima

Orientador: Prof. Dr. Paulo César R. Conti

As lesões cervicais traumáticas são caracterizadas principalmente por sua etiologia não estar ligada à cárie e sim, à desarmonias oclusais. Além disso, essas lesões possuem um aspecto de cunha característico, são subgingivais e sempre estão associadas à hábitos parafuncionais ou à interferências oclusais. Foram primeiramente denominadas de lesões de abfração por GRIPPO, em 1991. Porém sua etiologia foi melhor explicada por LEE & EAKLE, em 1984. Esses autores afirmam que o potencial de tolerância à tração desenvolvido pelo esmalte e dentina é bem menor que o de compressão. Assim, com a incidência de forças laterais, nas áreas de tração ocorreriam a fratura das ligações químicas entre os cristais de hidroxiapatita, levando então, à conseqüente perda gradual da estrutura mineral do dente. Além disso, os autores concluem que as lesões de abfração são o produto da associação entre a própria abfração (causa 1ª), abrasão (escovação), erosão (substâncias químicas da alimentação), e atrição (mastigação). O tratamento consiste no diagnóstico preciso da lesão, com o intuito da eliminação ou amenização da sua etiologia. No caso da abfração, o procedimento correto seria a confecção de placa de mordida (hábito parafuncional) ou o ajuste oclusal (interferências oclusais). Adicionalmente, é importante a restauração dessas lesões com materiais restauradores de módulo de elasticidade próximo ao do dente, diminuindo assim a tendência dessas restaurações em serem expulsas da cavidade, devido à grande concentração de forças mastigatórias na região cervical desses dentes.

As novas resinas compostas condensáveis: uma opção para dentes posteriores.

Apresentadoras: Fernanda Angelieri e Nicole Kawashi

Orientadores: Prof. Dr. Mário Honorato Silva e Sousa Júnior

C.D. Amanda Beatriz D. A. Freitas

As resinas compostas surgiram no início dos anos 60, propostas por Rafael Bowen. A partir daí, várias foram as alterações em sua composição química a fim de expandir cada vez mais o seu emprego em Odontologia. O principal desafio atual reside no seu uso em dentes posteriores, ainda com muitas restrições clínicas. Com o intuito de melhorar o seu comportamento em posteriores, surgiu no mercado novas resinas compostas específicas para tal fim: as resinas compostas condensáveis. Sua composição química é baseada numa matriz resinosa associada à partículas inorgânicas compostas por um componente cerâmico. Por essas partículas serem rugosas e com maior textura, elas não escoam umas sobre as outras quando submetidas à pressão, permitindo assim a inserção e condensação do material de maneira semelhante ao amálgama. Essa é a principal vantagem das resinas compostas condensáveis: a técnica de confecção adaptada aos dentes posteriores. Além disso, ela demonstrou superior adaptação marginal, maior resistência ao desgaste oclusal, maior facilidade de confecção de contatos proximais e escultura oclusal, quando comparada às resinas convencionais. Apesar dessas vantagens, o emprego das resinas compostas condensáveis ainda deve obedecer às mesmas restrições clínicas das convencionais, visto que serão necessários vários estudos clínicos e laboratoriais para a expansão dessas indicações em dentes posteriores.

Sialolitíase: diagnóstico e tratamento.

Apresentadores: Victor Donizetti de Lima

Rodrigo Piozzi

Orientadora: Profa. Denise Tostes Oliveira

A presença de cálculos minerais nos túbulos das glândulas salivares são lesões freqüentes. Sua formação ocorre a partir da deposição e mineralização de detritos e restos celulares no interior dos túbulos. O paciente relata sintomatologia e tumefação geralmente no período das refeições, devido ao estímulo da secreção salivar pela alimentação. A obstrução dos túbulos pode ser total ou parcial, relacionado-se com o aumento ou diminuição da sintomatologia. A glândula mais afetada é a submandibular, seguida pela parótida e sublingual, ocasionalmente pode ocorrer a presença de sialolitos nas glândulas salivares menores. O diagnóstico é dado basicamente pelo exame clínico (inspeção e palpação) associado ao radiográfico (imagem radiopaca no interior dos túbulos). O tratamento consiste na remoção cirúrgica do sialolito.

Aumento de coroa clínica e tracionamento: uma interrelação entre Dentística Restauradora, Periodontia e Ortodontia.

Apresentadoras: Andrea Anzai e Fernanda Angelieri

Orientadores: Prof. Dr. José Mondelli, Prof. Dr. José Carlos Pereira, Prof. João Batista de Souza, Prof^a. Mônica Marletti Almeida

Foi objetivo deste seminário a apresentação dos principais procedimentos clínico-integrados realizados na Clínica Integrada da FOB: o aumento de coroa clínica e o tracionamento ortodôntico. Ambos os procedimentos são realizados quando, devido a lesões cariosas, fraturas coronárias ou corono-radiculares, perfurações endodônticas, etc; o espaço de 3 mm das distâncias biológicas é invadido e então, a saúde periodontal do dente em questão se encontra ameaçada. Para a realização de restaurações, próteses ou mesmo para a simples integridade do elemento dentário nessas condições, é de suma importância a confecção prévia de tais procedimentos, a fim de restabelecer as distâncias biológicas e a conseqüente saúde periodontal do dente. O fator principal para a escolha de um ou outro procedimento clínico é a estética. Em áreas estéticas, a melhor opção é o tracionamento ortodôntico, que apesar de mais demorado, não leva a alterações estéticas perceptíveis no tecido gengival ou dentário do local. Já o aumento de coroa clínica, como o próprio nome diz, leva à aparência de um dente mais longo que outro, efeito nada desejado em áreas anteriores. Vários são os fatores que ainda devem ser observados para a correta indicação de um procedimento ou outro num tratamento clínico integrado. Conclui-se que a interrelação disciplinar dentro da Odontologia é de fundamental importância para a obtenção do sucesso do tratamento, na medida que restabelece a saúde periodontal e pulpar, a fisiologia funcional e a estética bucal do indivíduo.

Fumo:um vilão que o dentista desconhece

Apresentadores: Carla Andeotti Damante e Andréia Anzai

Orientadores:Sebastião Gregghi, José Humberto Damante e Mônica Dourado

O fumo é um vício que causa uma cascata de reações a curto e longo prazo no organismo podendo trazer vários danos. Os fumantes tem risco 2 vezes maior de desenvolver leucemia e 3 vezes mais mieloma. Também há os riscos de câncer de pulmão, cabeça e pescoço. Bronquite e enfisema pulmonar são as alterações mais encontradas no sistema respiratório. A nicotina é responsável por um aumento da pressão sanguínea, do débito cardíaco e da demanda de O₂ no miocárdio, o que explica essas diversas alterações no sistema circulatório. A cicatrização também é alterada, pois há uma diminuição do suprimento sanguíneo e da oxigenação tecidual pela presença de CO na circulação. Além dos efeitos sistêmicos, o uso do tabaco promove alterações locais nos tecidos duros e moles da cavidade oral e áreas adjacentes. Essas alterações se manifestam de diferentes maneiras e podem ser observadas clinicamente, cabe ao cirurgião dentista diagnosticá-las e proceder de forma adequada. As alterações ocorrem por fatores físicos, tanto mecânicos como térmicos e químicos que causam vasoconstrição, aumento da adesividade plaquetária, hipóxia, citotoxicidade celular e alterações no metabolismo celular. O fumo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doença periodontal. Relaciona-se a falhas em tratamentos cirúrgicos, fracassos de implantes e outras complicações como GUNA, recessão gengival, cálculo, manchamento dental. Também interfere no diagnóstico, plano de tratamento e no prognóstico modulando a resposta à terapia periodontal. O risco é dose-dependente, e seus efeitos nocivos parecem ser reversíveis. O uso do tabaco provavelmente pode estar associado a alterações salivares, à melanose do fumante, à candidíase oral, a defeitos congênitos como fissuras orais, a alterações gustativas e olfatórias. O conhecimento e a intervenção do profissional pode ter um grande impacto na saúde pública, prevenindo muitas doenças e restabelecendo a saúde.

Tratamento cirúrgico-ortodôntico: interação multidisciplinar para dentes retidos

Apresentadores: Helena Maria Rosa e Paulo Ricardo B. e Silva
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sant'ana.

Neste seminário, procuramos mostrar a importância da integração multidisciplinar para o tratamento de dentes retidos, proporcionando um melhor planejamento do caso, com probabilidade maior de sucesso do mesmo. Dentes não irrompidos são conceituados como dentes que ficam encerrados parcial ou totalmente no interior do osso e eles se classificam de acordo com a retenção e com a relação com dentes vizinhos. A frequência de retenção varia, e os dentes mais acometidos são os caninos superiores, terceiros molares inferiores e superiores. A etiopatogenia dos dentes retidos pode ser por razões embriológicas (fator hereditário ou posição anormal do germe) e/ou por obstáculos mecânicos, que podem ser locais (falta de espaço, mesialização de dentes vizinhos, elementos patológicos, osso muito condensado, trauma pós- queda acidental) ou gerais (raquitismo, desequilíbrio da tensão entre a musculatura externa e interna, alimentação moderna). Para solucionar essas anormalias, é preciso, então, que se realize um tratamento cirúrgico ou um tratamento cirúrgico-ortodôntico. O tratamento cirúrgico geralmente é realizado para os terceiros molares, devido a falta de espaço, constante pressão sobre os dentes vizinhos, acidentes infecciosos ou nervosos. Podemos por esses motivos, realizar uma extração profilática. Já o tratamento cirúrgico-ortodôntico sempre que possível, deveria ser indicado, pois é um tratamento conservador. Foi apresentado um caso clínico de um canino retido, previamente planejado por uma equipe multidisciplinar, o qual obteve grande êxito, pois o dente foi reposicionado na arcada, restituindo função e estética para o paciente.

Novos métodos para o diagnóstico precoce da doença periodontal.

Apresentadores: Victor Donizetti de Lima e Lígia B. Schmitd

Orientador: P. G. Daniel Romeu B. de Resende

P.G. Ana Lúcia Pompéia

Os novos conceitos relacionados com a etiologia da doença periodontal levaram a uma mudança na visão quando aos métodos de diagnóstico e prevenção desta doença. O desenvolvimento de métodos de grande precisão contribui para um diagnóstico precoce da doença periodontal, com isso, faz-se necessária a interação do Cirurgião-Dentista com os novos métodos, contribuindo para um diagnóstico apurado e, conseqüentemente, a execução de tratamento adequado. A sondagem eletrônica tem como características boa reprodutibilidade e gerenciamento e leitura dos dados pelo computador, diminuindo assim a quantidade de erros. As radiografias digitalizadas permitem um monitoramento e comparação de imagens pelo computador, dando perdas ou ganhos periodontais durante um tratamento, o que favorece a verificação da evolução da doença durante o seu tratamento. Testes laboratoriais avançados como comparação do DNA dos microorganismos também pode ser utilizados, além de testes bacteriológicos que visam a identificação dos microorganismos virulentos que colonizam o sítio envolvido, bem como a capacidade de defesa do organismo do hospedeiro.

Amálgama adesivo: substituto da técnica convencional?

Apresentadoras: Helena M. Rosa

Lígia B. Schmitd

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho

Amálgama adesivo, que na verdade é uma técnica de associação do amálgama convencional aos adesivos de resina. Idealizada por VARGA; MATSUMURA; MASHUARA em 1986, tinha como objetivos diminuir a micro infiltração marginal, aumentar a resistência do remanescente dentário pela provável esplintagem de cúspides provocada pelo adesivo e aumentar a retenção do material em grandes cavidades sem a necessidade de confeccionar retenções adicionais às custas de dentina sadia. O que se encontra hoje a respeito da utilização do amálgama adesivo é uma série de dúvidas. Isso ocorre devido à ausência de trabalhos clínicos de longo prazo para verificar se a técnica apresenta, no ambiente bucal, vantagens significativas. Tendo em vista as limitações impostas pela técnica, como aumento do tempo clínico e custo; alta sensibilidade a pequenas variações; necessidade de um trabalho bem treinado e ágil do cirurgião dentista e do auxiliar, ainda é cedo para se afirmar que sua utilização é realmente vantajosa. Além disso, os adesivos poderiam funcionar como uma barreira ao auto-vedamento do amálgama, que é uma das suas principais propriedades. A restauração convencional de amálgama, quando corretamente indicada, se utilizada em preparos cavitários com formas eficientes de resistência e retenção têm mostrado sucesso clínico por longos períodos de tempo, enquanto que as restaurações adesivas não foram estudadas o suficiente para se determinar seu comportamento clínico a longo prazo. Portanto, é prudente aguardar por resultados de futuros estudos e/ou pela modificação dos sistemas adesivos disponíveis atualmente.

Atendimento Diferenciado de Pacientes Especiais

Apresentadoras: Milena Souza Gosta e Helena Maria Rosa

Orientadores: Prof. ^a Dr. ^a Ana Lúcia Álvares Capellozza

Dr. Cláudio Gargione

Incluem na categoria de pacientes especiais os que desviam da normalidade e que, portanto, requerem algum tipo de cuidado especial, envolvendo os aspectos motor e intelectual, além da necessidade de aparelhos e materiais odontológicos diferenciados. São divididos em duas categorias: os que apresentam deficiência física, intelectual e/ou motora como, por exemplo, paralisados cerebrais; deficientes da comunicação, visuais ou mentais profundos; pacientes com Síndrome de Down. A Segunda categoria engloba pacientes que apresentam doenças sistêmicas: diabete, hemofilia, aids. Mas também são incluídos na qualidade de pacientes especiais: as gestantes de alto risco, os queimados, irradiados, com seqüelas pós-traumáticas e drogados. Apesar de representarem 10% da população brasileira, segundo a OMS, não tem sido atribuída atenção necessária a essa classe no que se refere a saúde odontológica. Isso é justificável, quando se analisa a ausência de cursos específicos na grade curricular da graduação. Além disso, o tratamento adequado para esses pacientes requer preparo profissional e psicológico do cirurgião-dentista e reestruturação do consultório odontológico, no intuito de facilitar o acesso e o atendimento. Não há um modelo padrão a ser seguido, por isso, deve-se a partir da anamnese, reconhecer o tipo de alteração do paciente, suas limitações e fobias que serão os parâmetros para determinar o tratamento mais adequado. Mas, no entanto, há formas de atendimento capazes de facilitar a decisão a respeito do tratamento mediante às características do paciente. São elas: normal, condicionado, contenção mecânica e/ou química, anestesia geral e hipnose. Assim como no tratamento, as alterações no consultório devem basear nas limitações de todos os tipos de pacientes especiais que serão atendidos.

Bruxismo: como determinar o tratamento mais adequado

Apresentadoras: Milena Souza Gomes da Costa

Lígia Schimidt

Orientadores: Prof. Luiz Ramos Jr.

Prof. José da Silva Materson

Bruxismo caracteriza-se pelo hábito de apertar ou ranger os dentes no período noturno e/ou diurno, resultando do desequilíbrio biopsicológico do sistema estomatognático. É considerado uma parafunção de caráter multifatorial e recebe outras denominações como: bricismo, briquismo, bricomania e rangido noturno. Acredita-se que os fatores etiológicos preponderantes na determinação do bruxismo sejam o estresse e o distúrbio do sono. Pode, a pequeno ou longo prazo, acometer diversas estruturas do sistema estomatognático (dentes, músculos da mastigação e ATM), provocando efeitos deletérios. Podem ser observados, no entanto, facetas de desgaste dentais, trincas, erosão cervical, mialgia, mioespasmos, hipertrofia e até alterações de caráter inflamatório e degenerativo da ATM. O tratamento do bruxismo consiste primeiramente em reduzir o estresse psicológico, aconselhar o paciente a evitar ou minimizar hábitos que comprometam um bom descanso noturno e instituir uma placa oclusal lisa. Se após várias tentativas de tratamento, o paciente continuar com os sinais e sintomas na mesma intensidade, o ideal será encaminhá-lo para especialistas de outras áreas como: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos ou neurologistas, acompanhando sempre a evolução do caso, inserido nessa equipe multidisciplinar.

Propaganda em Odontologia: mudanças atuais

Apresentadoras: Milena Costa e Andrea Anzai

Orientador: Prof. Dr. Arsênio Sales Peres

A propaganda é um recurso utilizado para divulgar produtos ou serviços a uma determinada população. É de extrema importância na Odontologia, pois permite conquistar a clientela. O cirurgião-dentista deve avaliar e se preocupar com a seleção de profissionais capacitados, com o local onde o consultório está instalado, com a qualidade do trabalho fornecido e com as características da população a ser conquistada para, assim, estabelecer seu marketing pessoal. Atualmente, o profissional tem mais liberdade para divulgar seu serviço, graças à elaboração do regulamento n. 01/98 que foi a conclusão do Fórum sobre Propaganda e publicidade em Odontologia, realizado em março de 1998, em Nova Friburgo – Rio de Janeiro, resultando em mudanças otimistas no Capítulo XIII do Código de Ética Odontológico. As alterações permitiram ao CD anunciar as especialidades nas quais esteja inscrito, divulgar instalações, equipamentos e técnicas de tratamento, além de adicionar em sua propaganda o número do fax, endereço eletrônico, logomarca e/ou logotipo e a expressão “clínico-geral”. Porém, ainda constitui infração de ética: induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação clínica para determinados procedimentos e anunciar especialidade odontológica não regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia. Mas, apesar de o CD dispor desse recurso para conquistar clientes, a preocupação maior deve estar voltada à qualidade do atendimento e às propostas de pagamento oferecidas, pois a propaganda com melhor repercussão é aquela realizada por clientes, ou seja, a divulgação boca a boca.

Síndrome da Respiração Bucal

Apresentadoras: Célia Regina Maio Pinzan

Lúcia Helena Denardi Roveroni

Orientador: Prof. Dr. Renato Rodrigues de Almeida

A respiração bucal é um hábito deletério classificado como obstrutivo ou habitual. A forma obstrutiva é aquela onde há um bloqueio mecânico à passagem do ar, principalmente decorrente de processos alérgicos, e hipertrofias de adenóide e amígdala palatina. Devido a obstrução o paciente é obrigado a desenvolver um padrão respiratório alternativo, estabelecendo-se a respiração bucal. Na forma habitual a respiração é feita pela boca por força do hábito, pois a obstrução que impedia a correta passagem de ar já foi removida. A respiração bucal é um ciclo vicioso, pois causa modificações estruturais importantes, capazes de manter todo o processo de alteração funcional. Como a boca torna-se a via de entrada do ar, é necessário obter espaço para que ele passe, assumindo a mandíbula uma posição mais posterior e inferior e a língua encontra-se em posição de repouso no assoalho da boca. O equilíbrio entre a musculatura peribucal e a língua está perdido e como consequência ocorrem distúrbios dento-esqueléticos. Mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior são maloclusões freqüentes. A face é longa e estreita. O palato, ogival, devido a inversão do processo de remodelação óssea, havendo deposição no assoalho nasal e reabsorção no palato. O diagnóstico é clínico-radiográfico. Por meio da observação do comportamento labial e do controle dos músculos alares durante a respiração, podemos determinar padrão respiratório do paciente, que deverá ser comprovado por um otorrinolaringologista. O tratamento é interdisciplinar, envolvendo procedimentos cirúrgicos, quando a causa for obstrutiva, realizados por profissional especializado da área médica; procedimentos mioterápicos, com a finalidade de reeducar a musculatura do paciente por meio de tratamento fonoaudiológico e ao ortodontista cabem as intervenções mecânicas para correção das alterações dento-esqueléticas e manutenção do selamento labial.

Índice de Orientadores de Seminários

A

ALMEIDA, R. R.....100, 117
ALMEIDA, M. M.....108

B

BIJELLA, M. F. B.....104

C

CAPELOZZA, A. L. A.....99, 113
CARVALHO, R. M. de.....112
CHINELATO, L. E.....118
CONTI, P. C. R.....102, 105

D

DAMANTE, J. H.....109
DOURADO, M.....109

F

FREITAS, A. B. D. A. de.....107

G

GARGIONE, C.....113
GREGHI, S.....109

L

LOURENÇO, S. Q. C.....106

M

MACHADO, M. A. A. M.....	104
MATTERSON, A.....	115
MELO, N. S.....	106
MONDELLI, J.....	108

P

PEREIRA, J. C.....	98, 108
PERES, A. S.....	116
PIN, M. L. G.....	101
PINZAN, A.....	103, 119
POMPÉIA, A. L.....	114

R

RAMOS Jr., L.....	115
RESENDE, D.R. B. de.....	114

S

SANT'ANA, E.....	111
SOUZA, J. B. de.....	108
SOUZA Jr, M. H. S. e S.....	107

T

TOSTES, D.....	110
----------------	-----

Índice de Autores de Resumos e Apresentadores de Seminários

ANGELIERI, F.....	33-39/ 105-108
ANZAI, A.....	64-70/ 98, 108, 109, 116
BENETTI, A. R.....	6-13/ 99- 101, 106
COSTA, M. G.....	71-77/ 113, 115, 116, 118
DAMANTE, C. A.....	14-20/ 103, 109
KAWAUCHI, N.....	56-63/ 101, 107
LIMA, V. D.....	86-91/ 102, 105, 110, 114
PINZAN, C. R. M.....	21-27/ 102-104, 117
PIOZZI, R.....	28-32/ 104, 110
ROSA, H. M.....	40-47/ 98, 111-113
ROVERONI, L. H. D.....	92-96/ 99, 177-119
SCHMITD, L. B.....	48-55/ 112, 114, 115
SILVA, P. R. B.	78-85/ 100, 111, 119

Índice de Autores de Artigos

A

ABLAH, C. R.....	10
ALLEN, C. M.....	46
ATALA, E. A.....	78
ATTIN, T.....	33
AUN, C. E.....	74

B

BARNES, I. E.....	41; 88
BARRETO, S. A. J.....	79
BARROS, F. C.....	80
BASDRA, E. K.....	24
BASSANTA, A. D.....	09; 60
BASSAPA,N.....	51
BASTOS, M. T. A. A.....	53
BLANKENAU, R.....	15
BONILLA, E. D.....	73
BOSCO, A. F.....	82
BOUCLIN, R.....	21

C

CAPELOZZA FILHO, L.....	45
CAPPELLETTE, M.....	30
CARVALHO, M. E. A. B.....	31
CASAGRANDE, E.....	81
CHADWICK, R. G.....	06
CHRISTENSEN, G. J.....	19
CHRISTENSEN, G. L.....	20
COELHO, C. M. P.....	57
CONTI, P. C. R.....	18
CORREA, M. S. N. P.....	42
COZZOLINO, S. M. F.....	79
CRAVERO, A. L.....	37
CUOGHI, O. A.....	65
CYRILLO, D. C.....	79

D

DAVINA, A. B.....	64
DARONE, A.....	72
DIBLASI, F.....	71
DOWNEY, M. C.....	54
DUGGAL, M. S.....	70

F

FARAH, E. A.....	12
FAY, R. M.....	36
FEATHESTONE, J.....	75
FERRARI, M.....	86
FERREIRA, R. A.....	59
FILHO, E. D. G.....	71
FILHO, T. C.....	71
FOREMAN, P. C.....	88
FOURNIER, A.....	21
FRARE, S. M.....	52
FREEMAN, R.....	49
FREID, D.....	75
FRICKER, J. P.....	66
FRIGGI, M. N. P.....	83

G

GARCIA, L. F.....	78
GARDNER, D. G.....	92; 96
GONZALEZ, Y. M.....	50
GRANDE, R. H. M.....	39
GUERRA, L.....	73

H

HECTOR, M. P.....	69.
HELLING, E.....	33
HUGHES, C. T.....	54

J

JACOB, L. S.....	77
JOLLY, D. E.....	90
JOSHIPURA, K. J.....	08

K

KANTOROWITZ, Z.....	58; 75
KEENE, J. J.....	15
KIHN, P. W.....	41
KILIÇOĞLU, H.....	23
KINGON, A. M.....	89
KOMPOSCH, G.....	24
KON, S.....	43

L

LEITE, I. C. G.....	32
LINDSAY, S. M.....	06
LOPES, M. A.....	14
LOPEZ-CEDRUM, J. L.....	95
LUNA, O.....	73

M

Mac DONALD, J. K.....	26
MAGALHÃES, M. H. C. G.....	28
MAMANDRAS, A. H.....	26
MANGANELLO, L. C.....	30
MARCHI, F.....	82
MASSAO, J. M.....	29
MATHIAS, R. S.....	37
MATTOS-GRANER, R. O.....	34
MATTSON, J. S.....	15
Mc CARTHY, G. M.....	26
MERAN, S. J.....	76
MIRANDA, J. E. S.....	18

MOORE, K.....	67
MOORE, P. A.....	47
MURGEL, C. A. F.....	55
MYAKY, S. I.....	91

N

NICHOLS, C.....	13
-----------------	----

O

ONO, M. M.....	53
ÖRTENDAHL, T.....	22

P

PARAESVARARAM, M.....	89
PAYANT, L.....	21
PENTEADO, A. L.....	83
PEREIRA, S. L. S.....	82
PICKARD, R. B.....	10
PILLATI, G. L.....	17
POLATER, H.....	23
POWERS, J. M.....	36
PRABHAKAR, A. R.....	51

R

RAMAGLIA, L.....	72
RAMOS Jr., L.....	18
REDDY, V. V. S.....	51
REEVE, C. M.....	76
REGELINK, G.....	61
RIBEIRO, C. M.....	91
RIORDAN, D. J.....	27
ROBB, S. L.....	25
ROGERS, C. E. A.....	69
ROOLE, R.....	93
ROSSATO, C.....	81
ROSSOMANDO, K. J.....	89

S

SALGADO, F.....	31
SAMPAIO, J. E. C.....	17
SANDERS, B. J.....	67
SATO, K.....	83
SBORDONE, L.....	72
SHIMABUKO, D. M.....	74
SILVA, A. F. de M.	48
SIQUEIRA, J. F.....	35
SLAVKIN, H. C.....	16
SMIDT, A.....	18
SNUGGS, H. M.....	82
SOLBO, L. J.....	40
SPENCER, A. J.....	68
SZUSTER, F. S. P.....	68

T

TANAKA, C.....	12
TERADA, R. S.....	63
THIBODEAU, E. A.....	85
TOLEDO, S.....	44
TOLLENDAL, M. E.....	32
TORANZO, J. M.....	94

U

UZEDA, M.....	35
---------------	----

V

VALENTIM, C.....	37
VAARKAMP, J.....	11
VILLALPANDO, K. T.....	44

W

WALKER, C. S.....	36
WEERHEJIM, K. L.....	07
WEIDERPASS, E.....	80
WENTZ, H.....	67
WINKLEY, G. P.....	54
WOLF, S. M. R.....	56
WYNE, A. H.....	68

Y

YELLOWITZ, J.....	62
YILDRIM, M.....	23

Z

ZIRKEL, C.....	33
ZUCOLOTO, S.....	57

Índice de Assuntos

A

ABRASÃO PELO AR.....	19
ADESIVE.....	39
ADESIVOS DENTINÁRIOS.....	86
ADESÃO DENTINÁRIA.....	74
ADOLESCENTES.....	25
ADULTOS.....	25
AGENTES TERAPÊUTICOS.....	44
MATERNO.....	80
ALIMENTAÇÃO.....	08
ALTERAÇÕES GENÉTICAS.....	46
AMÁLGAMA DENTÁRIO.....	53
ANODONTIA.....	73
ANÁLISE ELETROMIOGRÁFICA.....	09; 60
ANAMNESE.....	85; 86; 90
ANESTESIA GERAL.....	06
ANESTÉSICO LOCAL.....	16
ANSIEDADE.....	49
ASILOS.....	92
ASPECTOS LEGAIS.....	95
AUTOTRANSPLANTE.....	83

B

BLEACHING AGENTS.....	38
BOTÕES GUSTATIVOS.....	16
BRAQUETES.....	25; 45
BRUSHING ABRASION.....	33

C

CALCIUM HIDROXIDE.....	35
CAMADA HÍBRIDA.....	86

G

GERIATRIA.....	10
GOMA DE MASCAR.....	48
GRAVIDEZ.....	47

CÂNCER BUCAL.....	14; 62
<i>Candida albicans</i>	77
CANDIDÍASE ORAL.....	77
CÁRIE.....	58
CÁRIE DE RADIAÇÃO.....	76
CÁRIE INTERPROXIMAL.....	11
CÁRIE OCULTA.....	07
CESÁRIA.....	80
CHUPETA.....	32
CICLOSPORINA.....	17
CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO.....	22; 45; 63; 66
CIRURGIA PERIODONTAL.....	15
CLÍNICOS GERAIS.....	26
CLOREXIDINA.....	17; 44
COBRE.....	27
COLAGEM DE BRAQUETES.....	66
COLOR.....	36
CONDICIONAMENTO ÁCIDO.....	70
CONTROLE DE INFECÇÕES.....	26
COR GENGIVAL.....	78
CPOD.....	59
CUIDADOS A LONGO PRAZO.....	10

D

DENTADURA.....	73
DENTAL CARIES.....	34
DENTAL FLOSS.....	37
DENTES ANTERIORES.....	41
DENTES DECÍDUOS.....	64
DENTES RETIDOS.....	40
DESGASTE SUPERFICIAL.....	31
DESSENSIBILIZAÇÃO.....	20
DIABETE.....	43; 72
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	28
DIAGNÓSTICO ÓPTICO.....	11
DIETARY HABITS.....	34

DILACERAÇÃO.....	83
DILACERAÇÃO RADICULAR.....	51
DISFUNÇÃO CRANIOMANDIBULAR.....	18
DISFUNÇÃO DA ATM.....	12
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.....	81
DISPLASIA.....	57
DISPLASIA ECTODÉRMICA.....	73
DOENÇA OCUPACIONAL.....	50
DOENÇA PERIODONTAL.....	43; 44
DOENÇAS SISTÊMICAS.....	08

E

EMOÇÃO.....	32
ENAMEL.....	38
ENTUBAÇÃO.....	06
ENXERTO GENGIVAL LIVRE.....	82
EPIDEMIOLOGIA.....	57
EROSION.....	33
ESCOVA CLÁSSICA.....	23
ESCOVA ORTODÔNTICA.....	23
ESCOVAÇÃO.....	68
ESTÉTICA.....	41
EXAME CLÍNICO.....	90
EXAME RADIOGRÁFICO.....	69
EXODONTIA.....	89
EXTRAÇÃO PRECOCE.....	65

F

FACETA LAMINADA DE PORCELANA.....	41
FIBROBLASTOS.....	24
FISSURE SEALANT.....	39
FLÚOR.....	63
FRATURA DENTAL.....	64
FOBIA.....	49

H

HÁBITOS INADEQUADOS.....	29
HYBRID IONOMERS.....	36
HIDRÓXIDO DE CÁLCIO.....	88
HIGIENE BUCAL.....	48
HIGIENE DENTAL.....	10
HIPERCEMENTOSE.....	51
HIPERPLASIA GENGIVAL.....	15; 17
HIPERPLASIA INFLAMATÓRIA.....	57
HIPERTENSÃO.....	13
HISTÓRIA MÉDICA.....	85
HYBRID IONOMERS.....	36

I

IDENTIDADE SOCIAL.....	56
INDICE DE PLACA.....	44
INFLAMAÇÃO.....	86
INTRACANAL MEDICATION.....	35
ISOLAMENTO ABSOLUTO.....	91
ISOLAMENTO RELATIVO.....	91

L

LASER DE ARGÔNIO.....	15
LASER DE CO2.....	58; 75
LESÃO CARIOSA.....	75; 77
LESÃO PERIAPICAL.....	71
LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO.....	51
LIGAMENTO PERIODONTAL.....	24
LÍQUEN PLANO.....	46
LUPUS ERITEMATOSO.....	54

M

MAGNÉSIO.....	27
MATERIAIS DENTÁRIOS.....	63
MANTENEDOR DE ESPAÇO.....	65
MICROABRASÃO.....	67
MICROHARDNESS.....	38.

MICROLEAKAGE.....	39
MICRO-ODONTOLOGIA.....	55
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO.....	55
MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS.....	12

N

NECESSIDADES NUTRICIONAIS.....	79
NECROSE.....	71

O

OBSTRUÇÃO NASAL.....	30
OBTURAÇÃO IMEDIATA.....	71
ODONTOPEDIATRIA.....	68; 69
ORAL BALANCE.....	61
ORTHODONTIC FIXED APPLIANCES.....	37
ORTODONTIA.....	26
OSTEOBLASTOS.....	24
OSTEOCONDROMA.....	93
OSTEORRADIONEUCROSE.....	14
ÓXIDO DE ALUMÍNIO.....	19

P

PACIENTE ONCOLÓGICO.....	76
PALADAR.....	16
PALATO OGIVAL.....	30
PARTO NORMAL.....	80
PATOLOGIA INTRA-ARTICULARE.....	18
PERDA DE DENTES.....	56
PERDA DE ESPAÇO.....	65

PERDA DENTAL.....	08
PIGMENTAÇÃO GENGIVAL.....	78
PLACA BACTERIANA.....	23; 48
PLACAS REPOSICIONADORAS.....	18
PLAQUE REMOVAL.....	37
POLIPOSE INTESTINAL.....	40

POLPA DENTAL.....	87; 88
POSTURA.....	12
PREJUÍZO DENTAL.....	06
PRÉ-MALIGNA.....	46
PREPARO CAVITÁRIO.....	19
PREPARO DA CAVIDADE DENTÁRIA.....	53
PRESCHOOL CHILDREN.....	34
PRESSÃO ARTERIAL.....	89
PREVENÇÃO.....	29; 75; 76
PROTEÇÃO PÓS-OPERATÓRIO.....	82
PROTEÇÃO PULPAR.....	87
PRÓTESE.....	57
PSICOLOGIA.....	56
PULPOTOMIA.....	64

R

RADIOTERAPIA.....	14; 61
RAQUITISMO.....	42
RELAÇÃO MAXILOMANDIBULAR.....	09; 60
REMOÇÃO DE BRAQUETES.....	66
RESINA COMPOSTA.....	22; 31; 45; 74
RESISTÊNCIA ADESIVA.....	67
RESTAURAÇÃO DENTÁRIA.....	74
RETENÇÃO.....	70

S

SALIVA.....	21; 28
SALIVA ARTIFICIAL.....	61
SAÚDE.....	50
SAÚDE BUCAL.....	52; 59; 68; 90
SAÚDE ORAL.....	54
SAÚDE PERIODONTAL.....	72
SEGURANÇA.....	47
SELANTE.....	70

SENSIBILIDADE CERVICAL.....	20
SÍNDROME DE GARDNER.....	40
<i>S. mutans</i>	21; 22
SODIUM FLUORIDE.....	33
SUBSTÂNCIAS NUTRITIVAS.....	27
SUCÇÃO.....	32
SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR.....	79

T

TÉCNICA DE BIÓPSIA	84
TENS.....	09; 60
TERCEIRA IDADE.....	52
TRATAMENTO ORTODÓNTICO.....	23; 25; 27; 81
TRAUMA.....	51

X

XEROSTOMIA.....	61
-----------------	----