

PROGRAMA ESPECIAL  
DE TREINAMENTO



**PET**

**INFORMA**

v.12, n.1/2, jan/dez, 1999.

Faculdade de Odontologia de Bauru

Universidade de São Paulo



**Reitor da Universidade de São Paulo**  
Prof. Dr. Jacques Marcovitch

**Vice - Reitor**  
Prof. Dr. Adolpho José Melfi

**Diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru**  
Prof. Dr. Aymar Pavanini

**Vice – Diretor – Presidente da Comissão de Graduação**  
Prof. Dr. Clóvis Monteiro Bramante

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



# 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 extra-curriculares, garantir a formação ampla dos mesmos em termos específicos e inespecíficos ao curso de graduação, procurando atender as necessidades do mesmo, assim como ampliar e aprofundar os objetivos e conteúdos programáticos que integram sua grade curricular.

Com uma concepção filosófica baseada nos moldes de grupos tutoriais de aprendizagem, que permite o desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas e do pensamento crítico entre os bolsistas por meio de vivências, reflexões e discussões, o Programa visa complementar, fundamentalmente, a perspectiva convencional da educação tradicional, que é centrada principalmente na memorização passiva 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

# Índice

<b>EDITORIAL</b>	<b>03</b>
<b>LEITURAS</b>	<b>05</b>
<b>SEMINÁRIOS</b>	<b>97</b>
<b>ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS</b>	<b>122</b>
<b>ÍNDICE DE ASSUNTOS</b>	<b>130</b>
<b>ÍNDICE DE ORIENTADORES DE SEMINÁRIOS</b>	<b>138</b>
<b>APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS</b>	<b>140</b>

Leituras

# **ORGANIZADORES**

**TUTOR:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

**BOLSISTAS DO PET:**

Ana Raquel Benetti  
Aline Franco Siqueira  
Carla A. Damante  
Evelyn Mikaela Kogawa  
Érica del Peloso Ribeiro  
Helena Maria Rosa  
Juliana Bertoldi Franco  
Lígia Buloto Schmitd  
Milena G. da Costa  
Nicole Kawauchi  
Paulo Ricardo B. Silva  
Rodrigo Piozzi

**BOLSISTA VOLUNTÁRIA:**

Andréia Dias

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

**SUPERVISÃO DA REDAÇÃO:** Bolsistas PET-FOB/USP

**EDITORAÇÃO:** Bolsistas PET-FOB/USP

**REPRODUÇÃO:** Reprografia da Prefeitura do Campus USP-Bauru.

**MARINGONI, R. L. Principais Emergências Médicas no Consultório Odontológico. Rev. APCD. , v.52, n.5, p.388-396, set./ out. 1998.**

Durante o exercício profissional, o odontólogo, muitas vezes, depara-se com situações de emergência relacionadas com manifestações de enfermidades sistêmicas não diretamente ligadas à sintomatologia oral e para as quais, com frequência, não está adequadamente preparado. Esses eventos, que podem representar importantes fontes de tensão, devem ser enfrentados com cuidado e diligência, pois, por vezes, uma conduta inadequada poderá ser acompanhada por aumentos da morbidade e letalidade. Algumas das condutas preconizadas exigem que o diagnóstico da enfermidade subjacente seja acuradamente determinado, o que poderá tornar-se difícil para o odontólogo. Quando não tiver certeza do diagnóstico, o cirurgião-dentista deve transferir rapidamente o paciente para cuidados médicos especializados. Uma anamnese bem feita pode auxiliar o odontólogo no diagnóstico de diversas emergências médicas. Recomenda-se que todos os cirurgiões-dentistas, sobretudo os que atendem pacientes idosos, façam curso de ressuscitação cardiorrespiratória.

**Autor do resumo:** Aline Franco Siqueira

**Unitermos:** urgências médicas, tratamento

**MEECHAN, J. G. Drug Abuse and Dentistry. Dental Update,  
v.26, n.4, p.182-190, jun.1999.**

O abuso de drogas podem trazer injúrias às estruturas da cavidade oral. Mas não é somente os efeitos sobre a saúde bucal que preocupam os dentistas: drogas ilícitas que são administradas intravenosamente podem produzir problemas endocárdicos. Além disso, qualquer forma de abuso que envolve injeção (intramuscular ou intravascular) expõe o usuário à infecções virais como hepatite e HIV. Essas drogas também podem interagir com medicações prescritas pelos dentistas podendo provocar sérios efeitos colaterais. O álcool, por exemplo, pode dissolver o esmalte dos dentes e é também um irritante gástrico que aumenta a regurgitação. A excessiva quantidade de álcool é um fator de risco para o câncer oral. O álcool também pode afetar as glândulas salivares e pode ocorrer sialose (inchaço). A maconha contém carcinógenos e casos de carcinoma lingual já foram relatados. A maconha também pode provocar leucoplasia e ampliação gengival. Outras drogas também podem ser destacadas: anfetaminas heroína, cocaína, LSD, ecstasy. Muitas dessas drogas ilícitas causam problemas de sangramento e, portanto, torna-se necessário evitar o tratamento cirúrgico. Então, é muito importante se obter o máximo de informações possíveis em relação a história do uso de drogas para diagnóstico e futuro plano de tratamento.

**Autor do resumo:** Aline Franco Siqueira

**Unitermos:** abuso, drogas, efeitos

**PIRES, L. A. G.; PACHECO J. F. M. Uma nova alternativa restauradora direta de cor branca para dentes posteriores. Rev. APCD. v.53, n.6, p.499-504, nov./ dez. 1999.**

O material restaurador Ariston pHc – Vivadent foi desenvolvido com o propósito de substituir o amálgama, sem no entanto comprometer as vantagens de uma técnica simples e rápida. De acordo com o fabricante, esse material restaurador fotopolimerizável possui características de longevidade e de resistência próximas às do amálgama, com as vantagens das resinas compostas fotopolimerizáveis. Esse sistema restaurador consiste em um “liner” denominado Ariston Liner , que é um líquido monocomponente para ser aplicado no esmalte, na dentina e no material restaurador propriamente dito, denominado Ariston pHc, que é uma resina poliácido modificada reforçada, apresentada na forma de seringas ou “carvifills”, sendo disponível somente na cor branca. Possibilita a liberação de cálcio, flúor e íons hidroxila conforme diminuem os valores do pH oral. O material pode ser indicado para restaurar cavidades oclusais e próximo-oclusais de dentes decíduos e permanentes. É contra-indicado para dentes anteriores e para cavidades sem retenção. Esse material restaurador também é conhecido como material restaurador inteligente.

**Autor do resumo:** Aline Franco Siqueira

**Unitermos:** materiais dentários, resinas compostas, estética dentária

**K-C.MA, JULIAN. The Caries Vaccine: A Growing Prospect.  
Dental Update, v.26, n.9, p.374-380, nov.1999.**

A vacina contra cárie dentária por muito tempo foi motivo apenas de pesquisas mas atualmente está passando por testes clínicos e poderá estar disponível comercialmente dentro de 5 ou 6 anos. A vacina consiste de uma solução purificada de anticorpo monoclonal. Os anticorpos atuam especificamente sobre *Streptococcus mutans* interferindo com sua habilidade de adesão ao dente e impedindo, portanto, a colonização da boca. A vacina é segura, efetiva e fornece proteção por longo prazo sendo baseada na aplicação tópica e não requer nenhuma injeção. Como os anticorpos são administrados diretamente sobre a superfície dos dentes não há envolvimento com o sistema imune sendo chamada de imunização passiva local. O desenvolvimento dessa vacina tem sido possível por avanços recentes na biologia molecular e engenharia genética. Talvez um dos aspectos mais intrigantes seja o uso de plantas para a produção de anticorpos. Além dos custos serem reduzidos com essa nova técnica, a produção de anticorpos é altamente eficiente e em grande quantidade

**Autor do resumo:** Aline Franco Siqueira

**Unitermos:** vacina, *S. mutans*, biologia molecular



**SARMIENTO, R.V.; ANDO,T. Técnica transversal para colocação de dentifrícios fluoretados. J. ABOPREV, p. 5, maio-jun. 1996.**

A técnica transversal consiste na colocação de dentifrício fluoretado em sentido transversal sobre a escova dental infantil. O objetivo desta técnica é tornar mais fácil o entendimento e aplicação pelos pais da quantidade de dentifrício, de forma a diminuir o risco de fluorose dental. Para verificar a efetividade desta técnica, o estudo foi dividido em duas fases, em que a primeira consistia na pesagem de 15 escovas com dentifrícios colocado transversalmente; e a segunda avaliou a quantidade de dentifrício fluoretado utilizado de forma convencional por 80 responsáveis. Os resultados mostraram que a quantidade de dentifrício fluoretado utilizando a técnica transversal é a recomendada mundialmente (0,3 a 0,5g de dentifrício), sendo 45% menos dentifrício que a técnica convencional, podendo ser a técnica recomendada para crianças menores de 6 anos de idade. Os autores concluíram que esta técnica reduz a quantidade de dentifrício, e indiretamente minimiza a ingestão de creme-dental por crianças em fase de formação dentária, reduzindo o risco de fluorose dentária.

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** técnica transversal, dentifrícios fluoretados

**LIMEBACK, H. Enamel formation and the effects of fluoride.**  
**Community Dent.Oral Epidemiol., v.22, n.4, p.144-7, Jun.**  
**1994**

A fluorose dentária caracteriza-se por ser um distúrbio na mineralização do esmalte devido a ingestão crônica de flúor durante a fase pré-eruptiva do dente, e seus eventos biomecânicos ainda não são conhecidos. O presente estudo, através de uma revisão de literatura, tem como objetivo expôr alguns efeitos que o flúor tem sobre o órgão do esmalte e sobre os componentes da matriz. O fluoreto interfere no processo de remoção dos componentes da matriz orgânica, isto por que: favorece a formação de fluorapatita e liberação de íons hidroxila que alteram o ph, promovendo a agregação de amelogeninas; efeito no crescimento dos cristais em espessura, ao invés da largura, aprisionando assim as proteínas do esmalte; inibe a atuação de enzimas proteolíticas (metaloproteinases e serinas), o que impede a remoção de proteínas; e devido ao aumento da concentração de fluoreto pode ocorrer a inibição das enzimas lisossomais, que estão intimamente relacionado ao processo de endocitose da matriz, acumulando-as no espaço extracelular. O fluoreto também pode estimular a secreção dos ameloblastos, o que resulta em excesso de matriz proteica retido no esmalte maduro. Com isto, os autores concluíram que o excesso de flúor altera a formação normal do esmalte, apresentando-se com mancha branca, devido a retenção de matriz orgânica e pobre organização dos cristais.

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** esmalte, fluoreto, fluorose

**LEITE, I.C.G.; RODRIGUES, C.C.; FARIA, AR.; MEDEIROS,G.V. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. Rev APCD, v.53, n.2, p.151-5, Mar./Abr. 1999.**

O propósito deste estudo foi verificar a possível associação entre a forma de aleitamento e a aquisição e, conseqüente, perpetuação de hábitos de sucção não-nutritivos. Participaram do estudo 100 crianças (51 meninas e 49 meninos), com média de idade de 6,6 anos, sendo que os dados foram obtidos a partir de respostas fornecidas pelos responsáveis, e pelo exame clínico realizado por quatro examinadores. Os resultados apresentaram que somente 24% das crianças receberam amamentação materna exclusiva, embora 30% do total a tenha recebido apenas por 3 meses, e que das crianças analisadas, 21% chupavam chupeta, 27% desenvolveram onicofagia, e 10% chupavam dedo, estando tais hábitos associados ao aleitamento misto ou artificial. Foi também verificado problemas ortodônticos, como mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, em crianças que receberam amamentação artificial, sendo que nenhum caso de mordida aberta foi observado entre crianças que receberam aleitamento materno exclusivo. Os autores concluíram que a amamentação natural é um meio de prevenção física e psicológica para a saúde da criança, sendo importante a orientação aos pais

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** aleitamento materno, hábito de sucção

**BENTLEY, E.M.; ELLWOOD, R.P.; DAVIES, R.M. Factors influencing the amount of fluoride toothpaste applied by the mothers of young children. Br.Dent.J., v.183, n.11, p. 412-4.Dec.1997.**

O presente estudo tem como objetivo verificar a diferença quanto ao peso e, conseqüente quantidade de fluoreto entre a aplicação por mães de um grão-de ervilha de pasta na escova, ou lambuzando-a com dentifrício. Para isto foi utilizado 2 dentifrícios de concentrações diferentes de flúor, e com bicos no formatos circulares ou de estrela. Colaboraram com este estudo, 53 mães que aplicaram 8 possíveis combinações de dentifrícios de forma aleatória. Verificou-se que quando lambuzavam a escova, o peso do dentifrício, ou seja, a exposição ao flúor era menor quando comparado com a quantidade de grão-de-ervilha, embora a diferença não fosse significativa. E foi apresentado, menor peso da Colgate 0-6 gel ao compará-lo com Colgate Regular Flavour (GRF), não tendo efeito significativo a forma do bico sobre o peso do dentifrício. Os autores concluíram que o fator de maior importância na determinação da quantidade de fluoreto era a concentração dos mesmos, GRF (1450ppm F) e Colgate 0-6 gel (400 ppm F)

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** dentifrício fluoretado, lambuzar, grão-de-ervilha

**PERCINOTO,C.;CUNHA,R.F.;DELBEM,AC.B.;ARAGONES,A.**  
**Penetration of a light-cured glass ionomer and a resin sealant into occlusal fissures and etched enamel.**Am J of Dent., p. 20-22, Feb, 1995.

Apesar dos grandes avanços quanto a métodos de prevenção da cárie nos últimos anos, esta continua a ser o maior problema de saúde em algumas nações. Os procedimentos de higiene oral e aplicação de dentifícios fluoretados tem reduzido cáries nas superfícies lisas dos dentes, mas não nas superfícies oclusais, sendo empregado nestas áreas os selantes

Com o desenvolvimento do cimento de ionomérico muitos autores sugeriram seu emprego como selante de superfície devido a sua capacidade de mineralização do tecido e liberação de flúor. Entretanto, observou-se que a retenção do ionômero era insatisfatória. Este estudo tem como propósito examinar a penetração de um cimento ionomérico e de um selante resinoso nas fissuras oclusais e microporosidades produzidas na superfície do esmalte condicionado. Para isto, foi empregado 46 pré-molares hígidos, removidos por motivos ortodônticos, e as superfícies foram limpas com um aparelho profilático (Profilax), usando bicarbonato de sódio e água aplicada com pressão de ar. Estas superfícies foram condicionadas com ácido fosfórico 30% por 60s, lavadas e divididas em dois grupos. Um grupo foi selado com o compômero Variglass VLC e o outro grupo com o selante Concise. Estes foram cortados em duas secções medianas longitudinais e adelgaçados par análise da penetração dos selantes nas fissuras. Como resultado, observaram que os dois selantes adaptaram-se as fissuras, com maiores prolongamentos no esmalte condicionado do VariGlass quando comparado aos do Concise.

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** Selante; Selamento.

**LOPES, M. A ., COLETTA, R.D., ALVES, F. A ., ABBADE, N., ROSSI JR, A. Reconhecendo e Controlando os Efeitos Colaterais da Radioterapia. Revista da APCD, v. 52 , n.3 , p. 241-4, Maio/Jun 1998**

Em 1996, foi relatado que o câncer de boca estava, no Brasil, entre os dez tumores mais frequentes em ambos os sexos, sendo que o carcinoma espinocelular é o tipo mais frequente. O tratamento desses tumores pode ser feito por cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Essa última forma de tratamento apresenta uma série de efeitos colaterais. Dentre eles podemos citar a: dermatite, mucosite, candidose, xerostomia, cárie de radiação e osteorradionecrose. A dermatite seria o primeiro efeito biológico da radiação, podendo ser minimizada com cremes hidratantes e cicatrizantes. A mucosite se manifesta por ulcerações altamente sujeitas à infecção e por isso recomenda-se o uso de bochechos de clorexidina. E a candidose é o desenvolvimento de fungos na cavidade bucal, sendo tratada com anti-fúngicos tópicos ou sistêmicos. Já sobre um ponto de vista mais odontológico, a radiação provoca degeneração ou atrofia das glândulas salivares, levando ao quadro de xerostomia. Esta facilita o desenvolvimento do processo cariioso e juntamente com a alteração causada nos odontoblastos, surge o que os autores chamam de cárie de radiação. Tenta-se evitar esse processo através de bochechos diários com fluoreto de sódio a 1,0% e bochechos com clorexidina a 0,2%. E então temos a osteorradionecrose, que ocorre, principalmente, em exodontias após a radioterapia porque o osso apresenta uma menor capacidade de reparo. Nesse contexto, o cirurgião-dentista tem importante papel no diagnóstico e manejo das complicações oriundas da radioterapia.

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** câncer bucal, radioterapia, efeitos colaterais



**OLIVEIRA, S.G.; OLIVEIRA, A.A.; BARROS, H.F. Incidência de bifurcação no canal radicular de incisivos inferiores. Rev APCD, v.53, n.3, p.209-212, Mai/Jun, 1999.**

Os incisivos inferiores apresentam em sua raiz um achatamento no sentido méso-distal e, como consequência desse achatamento podemos observar um sulco longitudinal, correspondendo ao local de possível bifurcação da raiz. Como resultado dessa bifurcação temos a presença de um canal lingual que frequentemente não aparece na radiografia, devido a sobreposição do canal vestibular. Por meio de uma revisão de literatura, observou-se variações na incidência de canais duplos analisados por métodos radiográficos: 13% encontrado por NATTRESS, MARTIN (1991), e 44,1%, encontrado por LAWS (1971). Como a única perspectiva da radiografia simples é bidimensional, estruturas que estão sobrepostas não são visualizadas, o autor recomenda de duas radiografias de diagnóstico, em que uma corresponde a uma tomada ortorradiol, e a outra 20 graus distalmente ou mesialmente, desviado de acordo com a localização anatômica do dente. No caso clínico apresentado, os quatro incisivos inferiores necessitavam de tratamento endodôntico, e na radiografia inicial observou-se uma radioluscência no 1/3 médio dos canais, o que indica a presença de dois canais, foi confirmado com a alteração da angulação. Os autores concluíram através da revisão de literatura e com a exposição do caso clínico, que é extremamente necessário a realização de um exame radiográfico completo antes de qualquer tratamento endodôntico para que não ocorra onegligenciamento de canais radiculares adicionais.

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** incisivos inferiores, canal radicular adicional.

**STIVAL, E.M.S.; PARDINI, L.C.; STIVAL, M.C. Tratamento de reabsorção radicular externa em molar inferior permanente Rev APCD, v.53, n.2, p.123-125, Mar/Abr., 1999.**

A reabsorção externa inicia-se a partir do periodonto lateral e pode ou não atingir a polpa, limitando-se, na grande maioria das vezes, ao cimento e dentina. Neste trabalho, os autores apresentaram um caso de reabsorção externa de um molar inferior de uma paciente de 36 anos, sexo feminino e que se queixava de dor espontânea. A radiografia apresentava uma imagem radiolúcida na região periapical e bifurcação, com perda do terço apical e parte do terço médio da raiz distal. Na primeira sessão foi feita abertura, irrigação desta com hipoclorito a 1% e instrumentação por meio da técnica de Oregon na raiz distal, e técnica de movimentos oscilatórios para os canais mesiais. A irrigação foi alterada com hipoclorito a 1% e EDTAC, de modo que o primeiro agia sobre a matéria orgânica, enquanto o segundo agia sobre a inorgânica. Após 48 horas, o paciente voltou sem sintomatologia, sendo possível a realização do curativo de demora com pasta de hidróxido de cálcio, que foi arrolhado na porção apical, criando um batente apical que permitiu posterior travamento do cone de guta-percha. Após 30 dias, foi feita a obturação do canal com os cones de guta-percha e o cimento de Rickert. Quatro meses após a obturação observou-se na radiografia, diminuição do processo patológico com neoformação de osso na porção apical das raízes. E após 16 meses, radiograficamente notava-se uma reparação óssea, restando apenas o remodelamento apical. Os autores concluíram que para se ter êxito no tratamento de reabsorções radiculares deve-se ter conhecimento anatômico do dente e da região comprometida.

**Autor do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** Reabsorção da raiz, molar inferior.



**GALEN, D. M. Metástase mandibular de carcinoma endometrial diagnosticado via radiografia dental. JADA-Brasil, v.2 , n.1, p.70-3, Fev 1999**

Apenas 1% dos tumores malignos metastizam para a maxila e mandíbula, devido ao fato de que esses são ossos que apresentam uma pequena quantidade de medula vermelha. Em uma revisão bibliográfica constatou-se que 30% das metástases nas mandíbulas são oriundas do seio, 16% do rim, 15% dos pulmões e 6% da próstata e cólon. Essa proporção mostra porque as lesões metastáticas nas mandíbulas tem maior incidência nas mulheres. A incidência é maior também nos jovens, já que fisiologicamente a quantidade de medula vermelha da maxila e mandíbula diminui com o envelhecimento. Para o diagnóstico clínico, os sinais e sintomas são: anestesia do lábio, inchaço ou dor na mandíbula, mobilidade dos dentes e parestesia. Isso é de extrema importância porque, apesar da maioria das vezes a metástase mandibular ocorrer após o diagnóstico do tumor primário, pode ser exigido do cirurgião-dentista um diagnóstico precoce. Foi o que ocorreu no caso relatado, no qual um paciente assintomático, sem história de carcinoma apresentou uma sutil modificação óssea na distal do dente 31, visualizada numa radiografia periapical. Assim, fica claro a importância do cirurgião-dentista em proporcionar um exame oral completo ao seu paciente de modo a permitir o diagnóstico precoce de alguma alteração, procurando sempre maiores esclarecimentos com um oncologista

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** metástase mandibular, diagnóstico precoce

**SHEPHERD, N. J. Implantes protéticos acessíveis usando um sistema de implante sem rosca. JADA-Brasil, v.2, n.2, p.21-7, abril 1999**

Os implantes vêm sendo usados nos Estados Unidos desde 1982, mas muitos dentistas relutam em colocar implantes dentais porque acham que são caros, necessitam de muito tempo para instalação e apresentam problemas de manutenção. Na tentativa de resolver este problema, o autor, através de uma revisão de literatura procurou tornar a odontologia de implantes mais acessível. Para isso, tem-se que solucionar o problema das próteses parafusadas, que sofrem desrosqueamento e fratura, em função: da má-oclusão, hábitos parafuncionais, extremidades livres, baixa tolerância aos componentes, fundições imprecisas e torque excessivo. Assim deve-se utilizar próteses cimentadas, sempre lembrando que a técnica protética convencional para restaurar o pilar é crítica para uma verdadeira implantodontia efetiva com custo acessível. Outro problema é a utilização de um verdadeiro sistema anti-rotacional. Um exemplo é o cone de travamento do Implante Bicon, que não permite nenhuma micromovimentação e também fornece um selamento antibacteriano. O implante deve ainda ser colocado na posição apropriada (guia fabricado através da cera aposta sobre modelos de estudo). Portanto, as condições prévias para que a odontologia dos implantes se torne acessível, versátil e fácil são: 1) posicionar os implantes nas regiões apropriadas, 2) usar pilares anti-rotacionais, 3) prever as possibilidades financeiras e necessidades funcionais dos pacientes, 4) uso de próteses convencionais.

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** implantes, versatilidade

**CASTRO, M. A .S. 7 ferramentas práticas de marketing para o seu consultório. APCD Jornal. Ano 34, n.506, p.24, Jun 1999**

Não há mais espaço no mercado para os profissionais acomodados e que vivem reclamando das dificuldades financeiras . É preciso agir, ou seja, deve-se estar sempre disposto a criar e a mudar. E para isso precisa-se do marketing, que oferece as ferramentas para atrair, conquistar e manter mais pacientes. A primeira ferramenta seria a **EDUCAÇÃO DOS PACIENTES** porque pacientes conscientes têm mais chances de se sentirem satisfeitos, aceitam mais seus serviços e reclamam menos dos honorários. Esse esclarecimento é feito com manequins, folhetos, vídeos, slides e etc. A segunda seria o **SISTEMA DE CARTAS**, de maneira a mostrar aos pacientes o quanto são valorizados por você. É uma forma profissional de manter contato e realçar a qualidade de seus serviços, já que podem ser feitos cartões de ausência por motivo de viagens a congressos. A terceira seria a **PESQUISA COM PACIENTES**, para conhecer o que eles desejam e esperam do seu consultório. A quarta ferramenta baseia-se em mostrar ao paciente que você está preocupado com a prevenção. É a **CONSULTORIA/ASSESSORIA**. Tem-se ainda o **INFORMATIVO DO CONSULTÓRIO** que como quinta ferramenta auxilia na educação de seus pacientes e é uma forma de promoção de seus próprios serviços. A sexta ferramenta é a **APRESENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO AOS NOVOS PACIENTES**. E a sétima é fazer **APRESENTAÇÕES QUE VENDAM MAIS**, ou seja, é preciso que o profissional saiba vender seu produto através de apresentações claras e persuasivas. Essas são as 7 ferramentas do profissional de sucesso.

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro  
**Unitermos:** marketing, sucesso profissional

**CONSELHO DA ADA PARA ASSUNTOS CIENTÍFICOS.  
Clareamento com auxílio do laser: uma atualização. JADA-  
Brasil, v.2, n.1, p.42-5, Fev 1999**

Logo após o aparecimento do primeiro laser em 1960 já começou-se a analisar as possibilidades dele ser usado no tratamento dental. E desde então tem sido estudado em cirurgia de tecidos moles, polimerização de resinas compostas e remoção de cárie. Tem sido estudado também a sua utilização no clareamento dental, já que o clareamento por peróxidos é imprevisível e apresenta alguns efeitos secundários como: gosto desagradável, queimação no palato e irritação gengival. O laser, hoje, também apresenta algumas limitações, mas já seria um auxiliar do clareamento, pois a energia do laser é absorvida pelo gel clareador, resultando num processo de clareamento superior que pode ser realizado, sem efeitos colaterais, em uma única sessão. Os tipos de laser mais pesquisados são: a laser de gás carbônico e o de argônio. Este é recomendado para substituir outras fontes de calor utilizadas no clareamento. Já o laser de gás carbônico tem mostrado ser capaz de provocar necrose pulpar ou formação de dentina reacional e por isso ele ainda não é indicado para o clareamento, apesar de promover a penetração do agente clareador, favorecendo um clareamento abaixo da superfície. Assim, fica claro que o laser é algo extremamente novo e para que possa ser usado de maneira consciente ainda são necessárias muitas pesquisas a respeito de seus efeitos no tecido duro, seus efeitos colaterais e a reversibilidade desse procedimento

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** laser, clareamento

**MOREIRA, M. M. S. M., ALENCAR JÚNIOR, F. G. P., BUSSADORI, C. M. C. Fatores psicológicos na etiologia da disfunção craniomandibular. Revista da APCD. v.52, n.5, p. 377-381, Set/Out 1998**

O trabalho teve como objetivo, a partir de uma revisão de literatura, mostrar a relação entre os aspectos psicológicos e a etiologia da disfunção craniomandibular. Em 1979, acreditava-se que a disfunção da ATM seria resultante de um conflito emocional inconsciente e por isso poderia-se estabelecer traços de personalidade que tivessem uma relação de causa direta com a DCM. Essas afirmações não foram cientificamente comprovadas e por isso hoje os fatores psicológicos associados a condições de dor são os: comportamentais, cognitivos e emocionais. Os primeiros envolvem comportamentos que aumentam a possibilidade de adquirir um sinal na ATM. É o caso do bruxismo e de outros hábitos parafuncionais que resultam num uso excessivo da musculatura. Já os fatores cognitivos incluem aquilo que o paciente pensa a respeito do seu problema. Isso vai determinar a resposta do indivíduo à dor e se ele vai ou não procurar um tratamento. E por último os fatores emocionais, como ansiedade, depressão e estresse. A ansiedade provoca tensão muscular e esta quando prolongada leva à dor. A depressão influencia o limiar à dor. E o estresse causa aumento da atividade muscular. Esses conceitos são extremamente importantes, pois o diagnóstico deve abranger todos os fatores etiológicos envolvidos com a disfunção, para que seja adotado um tratamento correto e completo

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** disfunção craniomandibular, aspectos psicológicos

**MALTZ, M. et al. Bases biológicas para a remoção de dentina cariada. Rev. ABOPREV, v.2, n.1, p.11-9, maio,1999.**

Desde o século XVIII, a remoção de dentina cariada tem sido fonte de considerável discórdia entre os pesquisadores, sendo necessário nesta etapa crítica do tratamento restaurador, o conhecimento do processo da lesão de cárie em dentina e sua possibilidade de controle. É discutido os aspectos histopatológicos da lesão de cárie em dentina, as dificuldades de distinguir clinicamente entre as diferentes zonas de evolução da lesão e a real possibilidade e necessidade da total remoção de dentina infectada no preparo cavitário. Alguns trabalhos relatam a dificuldade de remoção da dentina contaminada pelo critério de dureza, outros, a ineficácia dos corantes na identificação de dentina infectada, podendo levar a um desgaste excessivo da estrutura dental e um aumento do risco de exposição pulpar em cáries profundas. Estudos de tratamento restaurador atraumático indicam a possibilidade de manutenção de tecido cariado no fundo cavitário sem prejuízo do tecido pulpar e da longevidade da restauração. Apesar disso, são necessários mais estudos antes do uso destes conceitos em larga escala. Observa-se que a indicação terapêutica tradicional ainda é a reabertura da cavidade e eliminação “total” do tecido contaminado pelo critério clínico de dureza.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** cárie dentária, tratamento restaurador, dentina cariada.



**CHRISTENSEN, G. J. Destruição de dentes humanos. JADA-Brasil. v. 2, n. 5, p. 16-17, Outubro 1999**

O texto elucida oito causas de perdas de dentes, mostrando com evitá-las através da atuação do cirurgião-dentista. O primeiro fator de destruição é a abfração, que causa perda da estrutura dentária na região próxima à margem gengival. Ela pode ser prevenida pelo equilíbrio oclusal e uso de placas oclusais. Os outros dois fatores são avulsão dentária acidental e fratura de dentes restaurados. O primeiro pode ser prevenido pela orientação aos pais sobre as causas de fraturas e uso de protetores bucais durante a prática de esportes. E o segundo pela indicação de onlays e coroas quando existirem linhas de fraturas horizontais e quando o istmo ocupar metade ou mais da distância entre as cúspides. O quarto fator de destruição é o bruxismo e travamento dos dentes que pode ser evitado informando o paciente sobre as consequências do ato e a utilização de placas oclusais noturnas. A cárie dentária é o quinto fator e o mais conhecido, até mesmo no que se refere à prevenção através de cuidados profissionais, boa higiene oral, fluoretação sistêmica e controle da dieta. A erosão e o desgaste dentário causado por alimentação normal, são os dois outros fatores, sendo que o último não constitui uma preocupação. Já o primeiro, é o desgaste causado por substâncias ácidas e por isso é importante esclarecimentos sobre os agentes causadores, uso local de fluoretos e higiene oral eficiente. O último fator é a doença periodontal, evitada pela raspagem, abstenção do hábito de fumar e orientação do paciente.

**Autor do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro  
**Unitermos:** destruição dentária, tratamento

**PERKINS, C.S.; MEISNER, J.; HARRISON, J.M. A complication of tongue piercing. Br. Dent. J., v.182, n.4, p.147-8, feb., 1997.**

A tendência do uso de piercing está cada vez mais popular. Uma paciente de 25 anos procurou atendimento médico devido a grande dor e um inchaço no soalho de boca. Apesar de antibioticoterapia prévia com amoxicilina, 500mg de 8 em 8 horas, não houve diminuição dos sintomas. Não tinha nenhuma história médica anterior. No exame clínico, a paciente mostrava visível inchaço dos espaços submentoniano e submandibular e no exame intra bucal, um intenso aumento da língua e soalho de boca. A língua estava protuída em direção ao palato e era impossível visualizar a orofaringe. Após um exame radiográfico pode-se verificar a presença de um piercing no dorso da língua. Esta paciente com Angina de Ludwig secundária a colocação do piercing, teve sérias complicações, passando por um tratamento combinado: antibioticoterapia fortíssima juntamente com intervenção cirúrgica (drenagem, intubação ). Angina de Ludwig é hoje, relativamente rara, sendo uma celulite que envolve os espaços fasciais submandibular, sublinguais e submentonianos bilateralmente, sendo problemas dentais uns dos maiores responsáveis. Não se tem casos na literatura de complicações secundárias como Angina de Ludwig após colocação de piercings, mas podem acontecer e a intervenção precisa ser imediata.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** angina de Ludwig, piercing, soalho de boca.



**DAVIDSON, C.L.; FELIZER, A.J. Polymerization shrinkage and polymerization shrinkage stress in polymer-based restoratives. J. Dent., v.25, n.06, p.435-40, 1997.**

Este trabalho pretende contribuir para o reconhecimento e compreensão dos problemas relacionados com contração de polimerização, stress de contração e alívio do stress. O ponto gel é definido como o momento em que o material não pode mais fornecer fluxo viscoso para acomodar nas paredes cavitárias. A contração de polimerização seria a causa, stress de contração pode ser visto como o mecanismo responsável por alguns dos problemas encontrados em materiais restauradores adesivos. Ele pode levar a separação do material das paredes cavitárias ou fraturas coesivas em uma de suas estruturas. O stress de contração acontece quando a contração durante a polimerização, criando uma tensão na interface dente/resina que exceda à resistência da união entre o compósito e o dente, levando à falha na interface. O alívio do stress pode ser obtido por vários caminhos: o fator de configuração é um deles, o qual é definido como a razão entre o número de superfícies aderidas e superfícies livres de uma restauração. O forramento, aplicação de camadas pode contribuir para uma melhor distribuição do stress na interface adesiva. A modulação do tratamento inicial com luz leva a uma redução na velocidade de conversão do material. Assim, uma polimerização lenta e gradual pode diminuir danos na interface dente/restauração. A expansão higroscópica com sorção de água poderia neutralizar parcialmente os efeitos da contração. Todos esses fatores contribuem para uma melhor adaptação da restauração às paredes cavitárias, aliviando o stress.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** contração de polimerização, stress de contração, alívio do stress.

**HAYAKAWA, Y. et al. Digital gray-level transformation for the reduction of redundant shadows in rotational panoramic radiography. Bull. Tokyo Dent. Coll., v.31, n.3, p.211-5, aug, 1990.**

Na radiografia panorâmica rotacional são realizados cortes em linha reta para obtenção da imagem, que se dá em camadas. Alguns objetos na imagem saem totalmente obscuros, sem definição, e isto é resultado de redundância de imagens. A radiografia panorâmica rotacional tem baixa densidade e contraste regional onde imagens de coluna vertebral e ramo da mandíbula são superpostas na imagem tomográfica. A transformação digital em níveis de cinza tem sido especialmente utilizada para melhorar qualidade da imagem. A proposta deste trabalho é avaliar dois métodos usados para remover redundâncias de imagens na radiografia panorâmica: transformação gama e método de histograma plano. Na transformação gama, coeficientes gama baixos foram suficientes para reproduzir detalhes, como o contorno da lesão e o dente incluído na mesma, que antes eram mascarados devido sobreposição de imagens. Já no método de histograma plano, um valor em torno de 64 a 128 foi efetivo na redução de redundâncias. Observou-se, que os 2 métodos foram eficazes nos determinados casos, diminuindo sobreposição de imagens.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** imagem digital, radiografia panorâmica, redundância de imagens.

**DURAZZO, M.D. et al. Os espaços cervicais profundos e seu interesse nas infecções da região. Rev. Ass. Med. Brasil, v.43, n.2, p.119-26, 1997.**

As infecções dos espaços cervicais profundos, embora raras, associam-se a alta morbimortalidade. A abordagem cirúrgica faz-se necessária na maioria dos casos e se baseia no conhecimento da complexa anatomia das fâscias cervicais e dos espaços cervicais profundos. Apresentar considerações anatômicas de interesse prático sobre fâscias e espaços do pescoço, sua conceituação e nomenclatura, relatando, a título de exemplo, quatro casos de infecções dos espaços cervicais profundos. São apresentados um caso de angina de Ludwig complicada com mediastinite, pericardite, pneumonia, empiema pleural, fistula esofágica e choque séptico, um caso de abscesso cervical espontâneo em paciente diabético, um caso de abscesso de loja submandibular e um caso de abscesso parafaríngeo iniciado após manipulação dentária. Nos quatro casos, a documentação imagenológica é rica e, em dois deles, evidencia o comprometimento de mais de um espaço profundo do pescoço. A literatura enfatiza morbidade e mortalidade elevadas, etiologia diversificada (infecções dentárias, uso de drogas endovenosas, infecções do trato aerodigestivo alto e outras), a necessidade de traqueostomia em cerca de 50% dos casos e o emprego da terapêutica combinada (antibioticoterapia e abordagem cirúrgica do pescoço). Os métodos imagenológicos, como a tomografia computadorizada, são imprescindíveis no estudo de infecções dos espaços profundos do pescoço, tanto para a avaliação do sítio e extensão da afecção, como para o planejamento terapêutico.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** infecções cervicais, abscessos cervicais, morbimortalidade

**Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA).  
Coordenadoria de programas de Controle do Câncer (Pró-  
Onco). Câncer de Boca. Manual de detecção de lesões  
suspeitas. 2ed. Revisada e atualizada – Rio de Janeiro:  
INCA/Pró-Onco, 1996.**

O Brasil é um país onde 1/5 da população (cerca de 24 milhões de pessoas) fuma, em média, 130 bilhões de cigarros/ano. O uso do tabaco, quer fumado, mascado ou aspirado (rapé), constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento de lesões cancerizáveis e mesmo do câncer bucal. Os tabagistas apresentam uma probabilidade maior de desenvolver câncer bucal do que os não tabagistas. E, quando ocorre o uso simultâneo de fumo e álcool, o risco do surgimento de câncer bucal é muito maior do que em indivíduos que só fumam ou só bebem. Tanto o fumo como o álcool predis põem a mucosa bucal a desenvolver lesões que muitas vezes precedem o câncer. Assim, por esta razão, atenção especial deve ser merecida ao auto-exame da boca que, complementado por consultas periódicas ao CD, ajudariam na detecção precoce e controle de possíveis alterações na mucosa bucal decorrentes do hábito de fumar e/ou beber.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** câncer de boca, prevenção, fumo, álcool.

**FERREIRA, V.M.G.; FALTIN, K.Jr.; BARBOSA, A.D. Avaliação do risco de cárie antes, no início e ao final do tratamento ortodôntico fixo, em pacientes submetidos a um programa de saúde bucal. Rev. ABOPREV, v.2, n.1, p.03-10, maio,1999.**

Este estudo longitudinal prospectivo tem como objetivo avaliar o risco de cárie em pacientes submetidos a um programa de saúde bucal, em diversas fases do tratamento ortodôntico com aparelhos fixos. Utilizou-se uma amostragem que constou de 30 pacientes, sem distinção de sexo, raça ou idade, que se mantiveram durante todo tratamento ortodôntico, sendo submetidos à contagem de *S.mutans* em 3 diferentes momentos: na fase de diagnóstico e planejamento do tratamento; no início da colocação dos aparelhos ortodônticos fixos, depois de ter sido aplicado o programa de saúde bucal; e ao final do tratamento ortodôntico, ainda com os aparelhos fixos instalados. O tempo decorrido do início ao fim deste trabalho foi de três anos. A integração paciente-profissional é fator essencial e determinante. Postura, dedicação e motivação do profissional, assim como de toda a sua equipe, também são fatores importantes para manter os pacientes em níveis razoáveis de risco de cárie, durante todo o tratamento ortodôntico, motivando o mesmo na tentativa de obter uma boa higienização, uma melhora nos hábitos dietéticos e o empenho na utilização do flúor como auxiliar importante e indispensável durante o tratamento.

**Autor do resumo:** Helena Maria Rosa

**Unitermos:** aparelho ortodôntico fixo, *S.mutans*, risco de cárie.

**LEONARDIS, D. D.; GARG, A. K.; PEDRAZZOLI, V. et al.**  
**Clinical evaluation of treatment of ClassII furcation**  
**involvements with bioabsorbable barriers alone or**  
**associated with demineralized freeze dried bone allografts. J.**  
**Peridont. v.70, n.1. Jan/1999.**

A técnica de regeneração tecidual guiada é eficaz em induzir a formação de novo osso, novo ligamento e novo cimento, mas através de análise histológica parece que se essa técnica não for associada com o enxerto ósseo, não haverá formação de novo osso, considerado importante na manutenção e proteção do novo tecido de conexão formado. Foram analisados 12 pacientes com idade média de 49,8 anos (variação de 32 a 67), apresentando comprometimento de furca Cl II nos dois primeiros molares inferiores, com profundidade vertical de sondagem > ou = 5,0mm e horizontal > ou = 4,0mm e nível de margem gengival próximo ou no nível da bifurcação. Os pacientes receberam em 1 molar o tratamento apenas pela regeneração tecidual guiada com uso de membrana bioabsorvível (ácido polilático) e no dente homólogo contralateral, a associação da inserção de membrana com enxerto ósseo. Foram analisados após 6 meses do procedimento cirúrgico: profundidade horizontal e vertical de sondagem, nível clínico de formação de tecido, grau de recessão gengival e mudança clínica na classe do envolvimento de furca. Os dois métodos foram eficazes no tratamento de lesões de furca Cl II, mas a associação do enxerto ósseo com a regeneração tecidual guiada apresentou redução mais expressiva na profundidade de sondagem horizontal e mudança considerável da lesão de Cl II para Cl I(91%) contra 50% quando do tratamento apenas com o uso de membrana.

**Autor do resumo:** Milena Souza Gomes da Costa

**Unitermos:** regeneração tecidual guiada, lesão de furca Cl II, enxerto ósseo



**KO, K.S.C.; DOVER, D.G.; JORDAN, R.C.K. Bilateral dentigerous cists – report of an unusual case and review of the literature. J. Canad. Dent. Ass., v.65, n.1, p.49-51, Jan.1999.**

O cisto dentífero é considerado o segundo cisto odontogênico mais comum depois do cisto radicular inflamatório. Geralmente, acomete a mandíbula na região dos 3º molares. Está aderido a um dente não irrompido na sua junção amelocementária, impedindo sua erupção na cavidade bucal. Radiograficamente, caracteriza como uma lesão unilocular, radiolúcida e bem delimitada por margem radiopaca. O caso clínico reportado, refere-se a um homem com 42 anos, caucasiano, não sindrômico, apresentando cisto bilateral na região dos 3º molares inferiores, sem nenhuma sintomatologia ou manifestação clínica, mas na radiografia panorâmica, notou-se a presença da lesão radiolúcida, deslocando os 3º molares para a borda inferior da mandíbula. O tratamento consistiu na enucleação do cisto, associado a remoção dos 3º molares sob anestesia geral. Não houve, complicações pós-operatória e a cicatrização foi excelente. No entanto, quando são detectados cistos múltiplos na maxila e/ou mandíbula, suspeita-se da presença de síndromes, como: Maroteaux-Lamy ou displasia cleidocraniana. Pois a presença de cistos bilaterais ou múltiplos em pacientes não sindrômicos é extremamente rara.

**Autor do resumo:** Milena Souza Gomes da Costa

**Unitermos:** cisto dentífero bilateral, síndrome, dentes não irrompidos.

**RISHIRAJ, B; EPSTEIN, J. B. Basal Cell Carcinoma: What Dentists Need To Know. J. Amer. Dent. Ass. v.130, n.3, p.375-80. Mar/ 1999.**

O carcinoma de células basais (CCB) é considerado a lesão dermatológica mais comum acometendo em geral indivíduos de pele clara, olhos claros, do gênero masculino e expostos por longo período à luz solar. A lesão, em 80% dos casos, ocorre na região de cabeça e pescoço. Geralmente, aparece em indivíduos com idade avançada, mas quando for diagnosticado em jovens, deve ser aventada a hipótese da presença da síndrome de Gorlin-Goltz. O CCB podem ser classificados de acordo com suas características clínicas e histológicas em: nodular, noduloulcerativa, superficial, esclerótica e queratótica. No entanto, a lesão irá se apresentar como nódulo firme, pequeno e brilhante, ou placa plana endurecida semelhante a cicatriz, ou, até mesmo, úlcera central com bordas elevadas, sangrantes ou com formação de crostas. É considerada uma lesão benigna, com crescimento lento, raramente provoca metástases, mas a medida que progride, pode levar a morbidade local ou regional e até deformidades estéticas. O diagnóstico e o tratamento quanto mais precoce, melhor será o prognóstico e o índice de sucesso. A instituição do tipo de tratamento pode variar para cada caso, dependendo da localização da lesão, do tamanho, da idade e gênero do indivíduo, podendo ser realizada a remoção cirúrgica, a curetagem, eletrocirurgia, criocirurgia e/ou radioterapia. Porém, a prevenção é relevante no intuito de evitar a formação/recorrência da lesão, tendo o cirurgião-dentista a incumbência de realizar o exame minucioso extra-bucal de seus pacientes.

**Autor do resumo:** Milena Souza Gomes da Costa

**Unitermos:** carcinoma de células basais, terceira idade, lesão benigna



**MOORE, P. A. ; GAGE, T. W.; HERSH, E. V.; YAGIELA, J. A.; HAAS, D. A.. Adverse drug interactions in dental practice: professional and education implications. J. amer. dent. ass. v.130, n.1, p. 47-54, Jan.1999.**

Os medicamentos para serem comercializados, devem a priori passar por aprovação pela FDA( Food and Drug Administration), cujo critério de avaliação baseia-se na eficácia da droga no tratamento de milhares de indivíduos doentes. Mas poucos medicamentos atuais são avaliados quanto à interação com outros e às reações adversas. Essas características só são elucidadas através de uma série de publicações envolvendo grande número de pacientes. Mas, infelizmente, a documentação de complicações medicamentosas é precária, incluindo a participação do CD. O conhecimento adequado sobre as interações medicamentosas torna-se, então, comprometido, mas o CD pode preveni-las analisando a história médica e de uso de medicamentos pelo paciente. As interações podem ser classificadas de acordo com “Yagiela e Picozzi” em: antagonistas, sinergistas, potencializadoras, somatórias e inesperadas. O CD teve ter conhecimento sobre os fatores de risco que levam a interações de drogas. Sobretudo, felizmente, os medicamentos usados na prática odontológica são restritos: analgésico, vasoconstritor, antibiótico, sedativo/ ansiolítico; são administrados por pouco período, com ampla margem de segurança e em dose única.

**Autor do resumo:** Milena Souza Gomes da Costa

**Unitermos :** interação medicamentosa, medicamento, reações adversas

**SETCOS, J. C.; TARIM, B.; SUZUKI, S. Surface finish produced on resin composites by new polishing systems. Quintessence Int., v.30, n. 3, p. 169-173, Mar. 1999.**

As restaurações de resinas compostas devem ser muito bem lisas para reduzir a retenção de placa bacteriana, e, também, minimizar a possibilidade de irritação gengival, manchamento de superfície, desconforto do paciente e cáries secundárias. Os aperfeiçoamentos das resinas compostas e o aumento da demanda de exigências estéticas tem estimulado o desenvolvimento de sistemas de acabamento e polimento para uso nestes materiais. O objetivo desse estudo foi avaliar alguns dos novos sistemas de acabamento e polimento para resinas compostas. Os sistemas avaliados foram: Super Snab Raibow Tecniqe Kit, Sof-lex Pop-On System, e Enhance Finishing and Polishing System. Estes foram utilizados em superfícies dos corpos-de-provas confeccionados com sete diferentes resinas compostas híbridas ou de micropartículas. Para cada sistema, as três últimas granulações (grossa, média e fina) de cada série foram utilizadas por 30 segundos em cad corpo-de-prova. A avaliação da textura de superfície foi realizado por um aparelho específico , o Surfanalyser System 4000 Profilometer. Os sistemas de acabamento e polimento analisados foram todos capazes de proporcionar superfícies lisas das resinas compostas de maneira eficiente, com uma técnica relativamente simples, e com um tempo clínico satisfatório. O Super Snab Tecniqe Kit e o sistema de discos Sof-lex Pop-On promoveram uma maior lisura de superfície em todos os corpo-de-prova. O sistema Enhance apresntou resultados inferiores aos anteriores, mas clinicamente são aceitáveis

**Autor do resumo:** Nicole Kawauchi

**Unitermos:** Sistema de acabamento e polimento; Corpos-de-prova; Textura de superfície; Resina composta

**KO, K.S.C.; DOVER, D.G.; JORDAN, R.C.K. Bilateral dentigerous cists – report of an unusual case and review of the literature. J. Canad. Dent. Ass., v.65, n.1, p.49-51, Jan.1999.**

O cisto dentígero é considerado o segundo cisto odontogênico mais comum depois do cisto radicular inflamatório. Geralmente, acomete a mandíbula na região dos 3º molares. Está aderido a um dente não irrompido na sua junção amelocementária, impedindo sua erupção na cavidade bucal. Radiograficamente, caracteriza como uma lesão unilocular, radiolúcida e bem delimitada por margem radiopaca. O caso clínico reportado, refere-se a um homem com 42 anos, caucasiano, não sindrômico, apresentando cisto bilateral na região dos 3º molares inferiores, sem nenhuma sintomatologia ou manifestação clínica, mas na radiografia panorâmica, notou-se a presença da lesão radiolúcida, deslocando os 3º molares para a borda inferior da mandíbula. O tratamento consistiu na enucleação do cisto, associado a remoção dos 3º molares sob anestesia geral. Não houve, complicações pós-operatória e a cicatrização foi excelente. No entanto, quando são detectados cistos múltiplos na maxila e/ou mandíbula, suspeita-se da presença de síndromes, como: Maroteaux-Lamy ou displasia cleidocraniana. Pois a presença de cistos bilaterais ou múltiplos em pacientes não sindrômicos é extremamente rara.

**Autor do resumo:** Milena Souza Gomes da Costa

**Unitermos:** cisto dentígero bilateral, síndrome, dentes não irrompidos.

**POI, W. R.; REIS, L. A. S.; POI, I. C. Cuide dos seus punhos e de dos. Rev. da APCD, v. 53, n. 2, Mar./Abr.1999.**

Especificamente entre os cirurgiões-dentistas, as doenças ocupacionais constituem uma realidade. Com a tecnologia pouco racionalizada, herda-se a produção em série e o estresse, em detrimento do próprio homem. Este artigo tem como finalidade de discutir algumas particularidades da prática odontológica e de alertar a classe para relevância do assunto. A maioria dos dentistas são portadores de fibromialgias, cervicobraquialgias, síndrome do impacto (ombros) e epicondilite, que acometem principalmente periodontistas e endodontistas, em razão da utilização de esforços repetidos. Outros importantes fatores relacionados as doenças ocupacionais são : o sedentarismo, a perda de elasticidade muscular por desuso, a adiposidade e a perda de elasticidade das estruturas articulares, somados a doenças degenerativas, ajudam a agravar a situação. Assim, o chamado estilo de vida sedentário da época presente precisa, particularmente, ser compensado por diversas atividades físicas, proporcionando correções posturais e atitudes capazes de promover uma vida saudável e mais produtiva. Para obtenção de melhores resultados quanto a presença da dor, foram sugeridos no artigo presente, uma sequência de exercícios para serem realizados no consultório, no intervalo entre as sessões. É necessário que o cirurgião- dentista seja visto como um todo, e, a partir daí, consiga despende algum tempo para a preservação de sua saúde, prolongando com qualidade sua vida útil.

**Autor do resumo:** Nicole Kawauchi.

**Unitermos:** Doenças ocupacionais; Estresse; Exercícios de a Longamento

**WARREN, J. J.; KANELIS, M. J.; LEVY, S. M. Fluorosis of the primary dentition: what does it mean for permanent teeth?. JADA, v. 130, n. 3, p. 347-356, Mar. 1999.**

A fluorose na dentição decídua tem sido deixada de lado pela própria dificuldade em reconhecê-la nessa idade. Este artigo descreve as características da fluorose na dentição decídua, encontrados na literatura e as observadas clinicamente pelos próprios autores. Vários estudos indicaram que a fluorose na dentição decídua pode ser prevalente e grave em áreas onde há uma alta concentração de flúor na água de abastecimento. Nessas regiões, a fluorose é provavelmente o resultadoda exposição pré e pós-natal. Outras pesquisas têm encontrado casos de fluorose nos dentes decíduos em áreas onde a concentração de flúor na água é ótima ou até menos do que necessário; e nesses casos, a fluorose está muito provavelmente relacionada com exposição pós-natal, e, é mais comumente observada nos primeiros molares decíduos. Entretanto, a fluorose na dentição decídua é mais difícil de ser reconhecida do que na permanente, e muitos cirurgiões dentistas podem não estar familiarizados com suas características e não perceber ser sutil aparecimento na cavidade bucal. Sem dúvida, há uma importante relação de ocorrência de fluorose na dentição decídua e na permanente. Portanto, quando a fluorose é detectada na dentição decídua deve-se realizar uma cuidadosa revisão da história de exposição ao flúor da criança, e, o clínico pode estabelecer alguns cuidados especiais, no intuito de minimizar o risco de fluorose na dentição permanente.

**Autor do resumo:** Nicole Kawauchi

**Unitermos:** Fluorose; Dentição decídua; Dentição permanente

**BARBIERI, D. S. V., DUARTE, D. A., HIGUTI, I. H., VICENTE, V. A. Isolamento e identificação de microrganismos em brinquedos utilizados em consultórios. Rev. APCD. v.53, p.243-48, Mai/Jun. 1999.**

O condicionamento psicológico em Odontopediatria tem como objetivo introduzir de maneira agradável o paciente infantil no mundo da Odontologia. Nessa busca, muitas vezes utilizam-se, como forma lúcida de condicionamento, brinquedos apropriados para a faixa etária da primeira infância. Ao manipular esses brinquedos, freqüentemente a criança os leva à cavidade bucal, deixa-os cair e, mecanicamente, recolhe-os e novamente leva-os à boca. A presente pesquisa teve como objetivo reconhecer os riscos de contaminação existentes em oferecer brinquedos a crianças pequenas durante consultas odontopediátricas. Para se avaliar a presença de bactérias em brinquedos utilizados em consultório odontológico, foram analisados 50 brinquedos de borracha de clínicas particulares e públicas nas cidades de Curitiba e Campinas. Os microrganismos detectados nas amostras analisadas foram bacilos gram-positivos esporulados e não-esporulados, cocos gram-positivos (estafilococos) e bacilos gram-negativos do grupo coliformes. Esses resultados nos permitem afirmar que a prática de fornecer brinquedos durante o atendimento odontopediátrico deve ser revista, já que esses brinquedos tornam-se reservatórios de agentes infecciosos.

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Unitermos:** odontopediatria, controle de infecções, contaminação



**CLEVELAND, J. L. et. al. Risk and prevention of Hepatitis C virus Infection .Implication for dentistry. JADA, v. 130, n. 5, p. 641-647, Maio 1999.**

O risco ocupacional de uma infecção de Hepatite C pelo cirurgião dentista é muito baixo. Apesar disso, a falta de uma eficiente vacina, a alta taxa de infecções crônicas e limitada eficiência dos métodos de tratamento são motivos de preocupação para os profissionais da área odontológica, pois estes estão em constante contato com sangue na sua prática rotineira. Os autores fizeram uma breve revisão da história da doença, e relataram os métodos de diagnóstico e tratamento da infecção por Hepatite C. Discorreram sobre os meios de transmissão pelo vírus HCV, agente etiológica da infecção, enfatizando que o principal modo de contaminação é através de exposição percutânea ao sangue contaminado. Os pacientes considerados do grupo de risco são, principalmente os usuários de drogas injetáveis, receptores de transfusão sanguínea e de órgãos sólidos antes de 1992, e pacientes hemofílicos. Na ausência de efetiva vacina ou de uma profilaxia pós-exposição, a prevenção de transmissão ocupacional do HCV, nas profissões na área de saúde, incluindo a Odontologia, continua sendo a prática das “Precauções Universais”, incluindo o uso apropriado das barreiras mecânicas e o manuseio correto de instrumento cortantes para prevenir a exposição ocupacional ao sangue do paciente.

**Autor do resumo:** Nicole Kawauchi

**Unitermos:** Hepatite C; Infecção; Vírus HCV.



**SALIBA, C. A., SALIBA, N. A., MARCELINO, G., MOIMAZ, S. A. S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. Rev. APCD. v.53, p.279-82, Jul/Ago. 1999.**

O Brasil vem apresentando, nas últimas décadas, um declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade, o que tem ocasionado um processo de envelhecimento populacional. Contudo, não há uma melhoria das condições de vida. Baseados na escassez de dados sobre a prevalência das doenças bucais nos idosos, na necessidade de que os profissionais conheçam suas condições de saúde bucal e na sua necessidade de tratamento, propuseram a realizar este estudo, a fim de direcionar o planejamento de programas para esse grupo populacional. Foram examinados 97 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária de 42 a 102 anos, avaliando-se os índices de CPOD, ICNTP e uso e/ou necessidade de prótese, segundo critérios da OMS. A severidade do quadro epidemiológico encontrado é bastante grave, com um elevado índice de cárie dentária, problemas periodontais e edentulismo total; não havendo atenção em relação às medidas preventivas, por parte dos idosos, o que é consequência da falta de conhecimento e motivação dos mesmos. Portanto, se faz necessário a implantação urgente de uma política de saúde planejada, em que os recursos disponíveis sejam usados com a máxima eficiência.

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva  
**Unitermos:** envelhecimento, idoso, saúde bucal

**LEITE, I. C. G., RODRIGUES, C. C. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. Rev. APCD. v.53, p.151-55, Mar/Abr. 1999.**

Tendo como objetivo a preservação e/ou do equilíbrio bio-psicosocial que se traduz em saúde geral, o conhecimento e a manutenção de um padrão de saúde bucal são essenciais. O presente artigo baseia-se em revisão da literatura e avaliação clínica que possibilitaram a observação da relação entre o período de amamentação materna exclusiva (AME) e a concomitante e/ou posterior aquisição de hábitos de sucção não-nutritivos. Após aplicação de questionário aos responsáveis e exame clínico em 100 crianças atendidas em clínica odontopediátrica da Universidade Federal de Juiz de Fora, os autores observaram AME (mesmo por pequeno período) em 24% das crianças, a associação entre o uso de amamentação mista ou artificial e o uso de chupeta (e outros hábitos de sucção não-nutritivos), bem como o relato de problemas respiratórios. Por sua vez, crianças que receberam aleitamento materno por mais de seis meses tiveram sete vezes menos riscos de adquirir tais hábitos do que crianças que foram menos expostas ao leite materno. Neste estudo, nenhum caso analisado que recebeu AME apresentou mordida aberta anterior. Torna-se clara a ênfase no aleitamento materno, especialmente nos seis primeiros meses, como forma de prevenção contra futuros problemas de ordem geral e local.

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Unitermos:** aleitamento materno, maloclusão, hábitos de sucção

**SMITH, C. T., SCHUMAN, N. Restoration of endodontically treated teeth: a guide for the restorative dentist. Quintessence Int. v.28, n.7, p.457-62, 1997.**

O artigo provê um guia seleção que pode servir para selecionar restaurações ótimas em dentes tratados endodonticamente. O processo começa com a avaliação do tratamento endodôntico para determinar sua possibilidade de restauração. O dente é avaliado pela quantidade de estrutura coronária remanescente. Dentes anteriores com mínimo ou dano moderado não requerem cobertura completa de poste e núcleo. Entretanto, onde o dano for severo, há necessidade de cobertura completa, poste e núcleo. Dentes posteriores com dano coronário mínimo podem ser recobertas com restaurações parciais. Para dentes posteriores com danos moderados e para aqueles com raízes curvas, restaurações de amálgama e resina são utilizadas para suportar coberturas totais. Dentes posteriores com dano significativo, devem receber poste, núcleo e cobertura total.

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Unitermos:** tratamento endodôntico, prótese

**DARLING, M.R., ARENDORF, T.M. Review of the effects of cannabis smoking on oral health. Int. Dent. J., v.42, n.1, p.19-22, Feb. 1992.**

Existem diversos efeitos bucais associados com a maconha de importância para o cirurgião dentista que são revisados neste artigo. Estes efeitos incluem xerostomia (que predispõe a cárie e periodontite), gengivite severas, distúrbios na mucosa bucal, além de uma resposta local de stress anormal sob administração de adrenalina dos anestésicos locais. Estomatite por cannabis: EBLING et al foi o primeiro a descrever alterações bucais induzidas pela maconha. ( de 29 pacientes , 27 tinham leucoedema na mucosa bucal e 2 com hiperqueratose). Oral papiloma: possibilidade de dano cromossômico e supressão da resposta imune pela maconha. Hiperplasia gengival e perda de osso alveolar: uso crônico de cannabis, porém outros fatores não foram incluídos. Xerostomia: É produzida como resultado do efeito farmacológico da cannabis que possui propriedades parasimpatolíticas (20-23). A prevalência de cáries pode ser alta em usuários de cannabis. Câncer de cabeça e pescoço: O cigarro de maconha tem 70% mais concentração de naphthalenes do que o cigarro de tabaco. O carcinógeno benzopireno é abundante. Resposta de stress no paciente odontológico: A cannabis pode gerar efeitos parasimpatólicos, se associada a droga com agentes como epinefrina pode se ter episódios de síncope em resposta ao tratamento odontológico. Há também relatos de arritmias cardíacas em caso de altas doses de epinefrina. NORTON e GARRIOT relataram que resíduos da maconha podem permanecer no corpo até 12 horas após seu uso.

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Unitermos:** maconha, saúde bucal. xerostomia

**KRANZER, H.R., BABOR, T.F., GOLDSTEIN, L., GOLD, J.**  
**Dental pathology and alcohol-related indicators in an  
outpatient clinic sample. Community Dent. Oral Epidemiol.,  
v.18, n.1, p.204-7, 1989.**

A relação entre o alcoolismo e patologias odontológicas (particularmente a perda de dentes) tem sido mostrada em estudos realizados em homens, alcoólatras. Este estudo foi realizado para avaliar se estes achados poderiam ser generalizados para uma amostra não selecionada de pacientes odontológicos do sexo masculino e feminino. Dados sobre o comportamento com relação à bebida, problemas relacionados ao álcool e fatore de risco para o alcoolismo foram obtidos através de um questionário e entrevista. Foram feitas também anotações sobre as condições dentárias. Os resultados mostraram que as medidas das patologias bucais (incluindo perda de dente, cárie e doença periodontal) foram correlacionadas significativamente com indicadores de relação com álcool. As associações foram mais evidentes para os homens do que para as mulheres, o que está de acordo com alguns estudos de indicadores de uso do álcool com conseqüências médicas. Os resultados justificam mais estudos para analisar relação entre o consumo de álcool e patologias bucais. Porque a relação entre perda de dente e bebida danosa é clara entre homens com história de problemas de conduta; sendo assim, pesquisas subseqüentes beneficiariam focalizando este grupo de alto risco

**Autor do resumo:** Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Unitermos:** patologias, alcoolismo

**MENDES, M.M.S.G. et al. Condicionamento radicular com ácido cítrico. Rev. ABO Nacional, v.6, n.1, p.24-8, fev/março, 1998.**

A terapêutica periodontal visa deixar biocompatível a superfície dental com os tecidos adjacentes, pré requisito para a regeneração periodontal. A raspagem e o alisamento são técnicas mecânicas mais utilizadas, embora não levem à neo-formação dos tecidos perdidos e não favorecem a adesão de fibroblastos, porém condicionada através de ácido, pode aumentar a histocompatibilidade do cimento ou dentina expostos. Estudos foram feitos variando os ácidos, tempo de aplicação e ph e melhores resultados foram obtidos com ácido cítrico em ph1,62 ,25% por 2-3min, pois retira os minerais sem alterar o potencial indutivo da raiz e o estímulo para a cementogênese. Concentrações maiores diminuem exposição de colágeno. A aplicação com esfregamento pode levar a criação de smear layer aplainando a matriz dentária. Possui efeito antisséptico e diminuem o efeito dos produtos ativos bacterianos, também aumenta o fluido para região e proteínas indutoras de diferenciação celular. Aumenta a abertura tubular favorecendo a regeneração por induzir a formação de cimento e aumentando a área e a quantidade de colágeno exposto. No reparo da ferida periodontal, forma um epitélio juncional longo e a desmineralização pelo ácido torna a superfície biologicamente equivalente à pré-dentina ou pré-cimento tornando-os compatíveis e evitando contato direto com o tecido conjuntivo, evitando assim reabsorções e facilitando a ligação das fibras expostas. Autores divergem quanto aos resultados obtidos, porém isso pode ser devidos as diferentes técnicas utilizadas nos experimentos.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** ataque ácido, doença periodontal, tratamento-ácido cítrico



**JUNGE, T. Qual deve ser a conduta do ortodontista perante o caso de um paciente de 12 anos de idade que tenha agenesia dos incisivos laterais superiores? Rev. da APCD v.53, p.207-8, n.03, mai/ jun 1999.**

O tratamento desses casos é preferencialmente com implante. Esse tipo de tratamento demonstrou maior longevidade que as próteses adesivas. As próteses tem boa indicação como provisórios nos casos em que o crescimento facial se completará somente anos após o término do tratamento ortodôntico. Alguns fatores como o espaço mínimo necessário para colocação de implantes, a determinação do tamanho mesio-distal dos incisivos laterais, a angulação radicular e a idade devem ser considerados durante o tratamento ortodôntico. A necessidade de um espaço mínimo de 5,5 mm se dá pelo fato de que os menores implantes existentes possuem 3,5mm e para recriar a papila proximal é necessário 1mm entre o implante e os dentes adjacentes. Durante o tratamento ortodôntico, o maior foco de atenção é a chave de oclusão dos caninos e primeiros molares. A angulação radicular é outro fator que deve ser analisado através de radiografias periapicais. Implantes somente deverão ser colocados em pacientes com encerramento do crescimento facial, porque durante essa fase ocorre extrusão fisiológica dos dentes. Em pacientes de sexo feminino, isso ocorre por volta dos 14 anos e no sexo masculino por volta dos 18 anos de idade.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** agenesia de incisivos laterais superiores, tratamento ortodôntico



**AZOUBEL,E. et al. Trauma facial por arma de fogo com lesão simpática associada- relato de caso clínico. Revista Odontologia, v.12, n.23, p.19-25, 1997/1.**

As armas de fogo de civis, dispara um projétil que é composto por chumbo ou por uma liga de chumbo tendo capacidade de ferimento diretamente proporcional à sua energia cinética produzida no impacto. Clinicamente pode produzir hiperestesia, anestesia, parestesia e defeitos motores associados a ferimentos por projéteis, porém em mais de 75% das neuropatias têm regressão espontânea. O osso por ser menos elástico sofre as maiores injúrias. Caso clínico foi relatado com ferimento perfurante no terço médio da face. A entrada do projétil foi na região infra orbitária direita, próxima ao processo frontal do maxilar e a sua saída foi ao nível da região cervical dorsal lateral, próxima à C1. Paciente apresentou sudorese controlateral e fratura da parede anterior e posterior do seio maxilar. Nesse caso é importante manter as vias aéreas e controlar a hemorragia. Pacientes com injúrias entre borda inferior da mandíbula e a rima infra orbitária tem a melhor taxa de sobrevivência à hemorragia. Tem se usado clindamicina quando há bactérias anaeróbias e aeróbias G-. Ferida cutânea são lavadas com solução antisséptica e protegida com neomicina-Bacitracina. Nesse caso observou-se a lesão do gânglio cervical superior ou ainda rompimento do nervo pós ganglionar destinados a glândula sudorípara da face. A estimulação da sudorese relatada não foi devido a reação do hipotálamo, mas sim do ferimento liberando estímulos simpáticos do tipo colinérgicos. O paciente, depois desses tratamentos não obteve infecção, teve alta hospitalar e permaneceu em acompanhamento

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** balística, nervos simpáticos periféricos, glândulas sudoríparas

**GUEDES- PINTO, A.,C. Aplicação de flúor em crianças ,Rev da APCD ,v.53, n.3, p.208, mai/jun 1999.**

A aplicação de flúor em crianças depende de vários fatores para ter sua indicação ou não. Em primeiro lugar depende da aceitação da criança à técnica de aplicação. Em segundo lugar, há possibilidade de as crianças deglutirem parte da solução, o que é um inconveniente a ser considerado, pois todas as formas de flúor podem levar a algum grau de fluorose, já que o flúor é uma substância tóxica. Portanto crianças agitadas e não colaboradoras podem deglutir o material sendo isso indesejável. Em terceiro lugar, em crianças de pouca idade, com atividade de cárie zero, não o há porque aplicar o flúor. Os estudos mais recentes mostram resultados discretamente mais favoráveis ao uso de flúor fosfato acidulado na concentração de 5%. Para pacientes com muitas restaurações estéticas prefere-se o uso de flúor de pH neutro, pois o acidulado pode aumentar a rugosidade das restaurações. A técnica clássica de aplicação é a profilaxia prévia, isolamento, secagem, aplicação por 3-4 minutos do flúor na forma gel. Autores discutem a realização de profilaxia prévia, considerando-se pouco relevante. A forma gel é a mais utilizada pela facilidade de aplicação. Recomenda-se que a aplicação do verniz seja realizada após a profilaxia, isolamento e aplicação do produto com pincel sobre as superfícies dentais.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** flúor, prevenção.

**ACHUTTI, M., A., C.; SUSIN, A., H. Aplicação de métodos de prevenção: uma análise indireta do conhecimento dos profissionais. REV. da APCD., v.6, n.1, p52-5, fev/ março, 1998.**

O conhecimento de métodos de prevenção tem permitido o controle eficaz da doença cárie. Dados de 1986 revelam que o CPOD no Brasil era de 6,67. Já em 1993 esse índice apresentava tendência de queda e foi encontrado CPOD de 4,9. A cárie é uma doença multifatorial e a atuação sobre um ou mais fatores visa o seu controle e inibição do processo carioso. A aplicação dos procedimentos não é fácil quando a população tem problemas sociais, culturais e econômicas. A população, quando foi entrevistada, relatou preocupações com os dentes, porém é difícil assimilar as orientações que lhes são transmitidas. Por meio apenas de instruções de higiene oral e profilaxia profissional é possível evitar-se substancialmente a cárie e para isso o clínico possui influência decisiva. Foi feita pesquisa entre dois grupos de crianças, GI filhos de dentistas e GII crianças de escola da periferia, todos da cidade de Santa Maria, entre 6 e 18 anos. O resultado foi extremamente diferente- em GI o CPOD foi de 2,4 e tinham maior taxa de tratamento ortodôntico (sendo até exagerado), em GII foi 5,4, e o estado de higiene bucal era desfavorável. Em GI 26% tinham todos os dentes higienizados e em GII apenas 2% das pessoas. Isso leva a crer que em GI, as pessoas tinham maior acesso as terapias odontológicas e em GII as pessoas tinham pouco acesso, apesar dessa cidade ter alto índice de dentistas por habitantes 1/515.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** Educação, cárie dental, epidemiologia

Atualmente o domínio da ciência tem sido convertido diretamente em negociação, onde o conhecimento da ciência determina papel importante na globalização. Muito tem sido escrito pelo desenvolvimento da ciência para a melhoria da qualidade de vida porém deve ser feita uma reflexão nos diversos países para otimizar e tornar as atividades chamadas de “ciência de ponta” para contribuir para um desenvolvimento da ciência e para o mercado. Necessitamos de efetiva gerações de processos associados às suas decorrentes regulamentações da propriedade intelectual. Ou seja, sobre a idéia, verificar o seu setor produtivo. Nesse contexto há objeções sobre as atividades de meio, são atividades que normalmente envolvem repetições de protocolos referentes a processos e/ou produtos em sua grande maioria já patenteados. Muitas vezes esses estudos são necessários porém está sendo exercido com muita intenção. Deve-se inovar tecnologicamente para aplicação. Para isso deve-se questionar como as pesquisas tecnológicas vem sendo realizados em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Em nosso modelo necessitamos de modificações, forma de idealização e condução das atividades científicas. Para isso deve verificar o real interesse e atividades industriais, sua correlação com o mercado e associação com aspectos da propriedade intelectual. Isso também serve para países desenvolvidos.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** globalização, ciência de ponta

**TAMES, D.; GRANDO, L.J.; TAMES, D.R. Alteração do esmalte dental submetido ao tratamento com peróxido de carbamida 10%. Rev. da APCD, V.52, n.2, mar. 1 abr. 1998**

A preocupação com aparência jovem e dentro dos padrões de beleza levam muitos pacientes a procurar reabilitações estéticas nos dentes. O clareamento tem sido indicado em casos de fluorose, manchas por tetracilina, escurecimentos decorrentes da terapia endodôntica, da idade e trauma durante formação do esmalte. A técnica caseira tem sido muito difundida com efeito clínico comprovado e reduzindo o tempo no consultório. O peróxido de carbamida 10% tem sido o mais usado. Os peróxidos tem poder de difundir-se livremente através do esmalte e dentina devido ao baixo peso molecular,, permitindo clareamento de regiões profundas, mesmo com restaurações. Ele atua pela oxidação dos pigmentos pela porosidade e à permeabilidade. Nesse estudo usaram oito terceiros molares estocados em formol 3% e estudados em estereomicroscópio, confeccionou-se janelas de 4 x 8 mm e colocou-se peróxido por 4 semanas, total de vinte e oito períodos de 12 horas intercaladas por 20 min.. No esmalte foram encontrados íons cálcio e fósforo, sugerindo dissolução da hidroxiapatita; aumento do diâmetro e poros na superfície do esmalte; as alterações não ocorreram com a mesma intensidade e concomitante nas amostras; assemelharam-se a lesões de erosão dental. Estudos mostram que pode provocar danos aos tecidos moles e diminuir a microdureza do esmalte. Alguns estudos não mostram tais alterações. Uso de soluções fluoretadas como prevenção minimiza as alterações. Cabe ao profissional o bom senso de indicar o clareamento dental e orientar o seu paciente.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** peróxido de carbamida, clareamento dental

**VALIATI R. et al. Conduta cirúrgica em fratura bilateral de manal atrófica em paciente reil edêntilo – relato de caso. Rev. Brasileira de cirurgia e implanto dental, v.5, n.03 jul/ago. 1998.**

A fratura na mandíbula, por ter duas articulações e duas musculaturas pode resultar em ações desorganizadas, produzindo deslocamento de fragmentos ósseos, má oclusão e anormalidade funcional – O tratamento deve neutralizar a ação muscular para estabilidade, então o diagnóstico deve definir a causa, localização, número de fraturas, direção, tipo e possíveis complicações e interferências funcionais para orientar o tratamento. O tratamento em edêntilos tem sido controverso em relação a redução cruenta ou incruenta da fixação intra óssea e da externa, em relação a necessidade de imobilizar maxilo-mand. Caso = paciente ADA, masc. 67 anos de idade, RX observação de côndilo ao nível de colo do lado esquerdo e ao nível do corpo do lado direito. Técnica – utilizou-se as próteses totais, onde colocou barras de Erich aderida por resina acrílica e fio de aço – Cirurgia sob anestesia geral, no côndilo foi feita redução e duas osteossínteses, deixando-a aberta para observar estabilidade enquanto fez cirurgia no lado direito, fez uma osteossíntese. Após, prótese inferior foi suspensa até arco zigomático espinha nasal ant e bloqueio maxilo- mandibular. Sutura feita por planos, bloqueio mantido por 30 dias, depois fisioterapia, também foi feito cerclagem mand. a 1 cm do traço da fratura e no lado esquerdo também para não desloca-los. A tentativa incruenta é recomendada em fraturas unilaterais. Para muitos autores a imobilização é a parte mais importante, e cuidado deve ser dado ao periósteo para não dilacerá-lo e recolocá-lo em posição para o suprimento sanguíneo.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** fratura mandibular, redução aberta, atrofia mandibular



**SCHNEIDER,R;PACHECO,J.P.M;CONCEIÇÃO,E.N. Influência no tratamento superficial na resistência de união de reparos de resina composta. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre v.38,n.02,p26-9,dez/ 1997.**

A evolução dos compósitos têm se baseado na melhoria das características físicas da carga inorgânica e nos processos de tratamento superficial dessas partículas além do aumento da carga inorgânica. Porém ainda tem desgaste superficial alto comparado ao esmalte humano, o que altera as relações de contato com os antagonistas, modificando o contorno marginal e a coloração. Fez-se trabalho in vitro usando sistema de união Scotchbond multi - uso 3M e resina composta Z 100 3M. Fez-se cilindros de 5mm de diâmetro por 2mm de altura, incluiu-se em tubos de plástico com resina acrílica. Foram desgastadas e depois a superfície foi preparada para o reparo e unida a um cilindro de resina através de dois novos incrementos de resina. Grupos de tratamento 1= aplicação de ác. Fluorídrico, 1min e agente de sinalização ag. União, 2= ác. fluorídrico 1 min, ag. união, 3= ag. de sinalização ag. de união, 4= ag. união, 5= ác. fosfórico, sinalização, ag. união, 6= ác. fosfórico, ag. união. Depois de 48 horas realizou-se força de tração, maiores valores para o grupo, 5, porém não estatisticamente diferente do grupo 6. A evolução dos sistemas de união, como das resinas compostas tem aumentado seu uso tanto em dentes anteriores como posteriores, porém ainda há limitações pelas propriedades, levando-os a reparos futuros. O condicionamento com ác. fosfórico à 37% em esmalte e dentina produz um melhor substrato para união da resina composta. O ác. expõe irregularidades, causando retenção mecânica. A aplicação de agente de sinalização produz união entre matriz org. e inorg. do compósito reparado

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** reparos de resina composta, silanização, sistemas de união



**MOTTA,L.G. et al. Análise do conteúdo abrasivo de dentifrícios.  
Rev. ABO. Nac., v.6, p.147-8, jun/jul., 1998.**

Os dentifrícios são classificados como cosméticos ou terapêuticos e têm como função principal auxiliar, com a escovação, a remoção da placa bacteriana das superfícies dentais. Esse é um dos fatores etiológicos da cárie bucal. Maior abrasividade pode facilitar a ação mecânica dos dentifrícios, indicado para pessoas com menor domínio psicomotor. Foi feito o teste retirando o sabão dos dentifrícios(sulfato de lauril) e filtragem à vácuo utilizando álcool etílico e água, depois secou-se e obteve o resultado.  $Abrasividade = \frac{\text{peso final}}{\text{peso inicial}} \cdot 100$ . Resultado dos produtos: Kolynos fresh, Tandy, Kolynos f2, Close Up refrescante, Colgate anti-tártaro, Sensodyne } baixa abrasividade; CloseUp white, Kolynos branco } média abrasividade; Gessy, Philips, Colgate MFP, Signal } alta abrasividade. Apenas a Philips fornece informações sobre a análise quantitativa de abrasividade no seu rótulo, sendo esta uma recomendação do órgão de vigilância sanitária. Os níveis de abrasão foram obtidos pela correlação entre grau de abrasividade e tipo de dentifrício, resultados até 20% considerado baixo, 20,5-30% médio e acima alto. Os produtos na forma de gel são menos abrasivos e isso também depende de outros fatores da composição do produto. Os abrasivos mais usados são: carbonatos, fosfatos, sílica e alumina. A introdução de abrasivos pode aumentar a ação mecânica, porém pode interferir na ação anticariogênica. O mesmo abrasivo em pó ou em pasta, possui diferentes resultados, pó tem maior efeito abrasivo.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** abrasividade, dentifrícios

**CAMPO,G.V.; TUMENAS,I. Microcirurgia plástica Periodontal  
– uma alternativa biológica e estética no recobrimento de  
raízes. Rev da APCD v.52,n.4, p.319-22,jul/ago. 1998.**

Para resultados estéticos para os pacientes, estudos tem sido desenvolvidos para descobrir materiais e técnicas restauradores, integrando as disciplinas. Para o envolvimento estéticos, podemos dispor das cirurgias plásticas periodontais, que contribuem para solucionar as faixas gengivas, recobrimento das raízes, recontorno de rebordos edêntulos, eliminação de freios indesejáveis, preservação óssea após exodontia, aumento de coroa clínica e reconstrução de papilas. Para isso há as técnicas de enxerto conjuntivo sub epitelial para casos de raízes expostas com sensibilidade dentária e sem estética. A microcirurgia tem sido bem aceita pela previsibilidade dos resultados e menor trauma favorecendo cicatrização por 1ª intenção. O pós operatório tem menor dor, cicatrização mais rápida, ausência de cicatrizes e deiscência, coloração próxima a normal e melhor aceitação pelo paciente. Técnica-modificação da Técnica de Shanelec 1996. Necessita de microscópio operatório e microinstrumentais específicos –Primeiro prepara a raíz. Incisão perpendicular à linha cemento/esmalte; Segunda incisão a 1–2 mm, no sentido apical paralela a primeira, afasta o retalho, expõe raiz para condicionar a raiz na subgengival e mede-se a extensão necessária para recobrir o local – a área doadora é preferencialmente da região palatina e sutura o local – Remove a camada epitelial do enxerto e tec. adiposo – Adapta-o no local receptor sobrepondo o periósteo remanescente.– Microsutura para aproximar a borda interna do retalho e o enxerto e imobilizá-lo. Remove ia sutura em sete dias e cimento em mais sete.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** recessão gengival, enxerto conjuntivo, microcirurgia periodontal

**GIORGI, J.S.J.; GIORGI, M.S. A homeopatia e o medo de ir ao consultório. Jornal da APCD , p.30, abril, 1999.**

Para a homeopatia, além das constatações e exames realizados a partir de uma anamnese, é preciso investigar o paciente detalhadamente através de suas queixas para saber precisamente em que situações ele se difere dos outros que possuem o mesmo diagnóstico clínico. Essa é a diferença da homeopatia, diferencia cada caso. Deve perguntar e deixar o paciente falar. Deve procurar sintomas mentais(emoções, alegrias, tristezas) , sintomas gerais (influências externas como calor, frio, etc)e sintomas locais(importantíssimos por serem manifestações, formas e sensações peculiares do sentir de cada um).A homeopatia prega que o cirurgião dentista deve tentar enxergar o paciente como um todo, dessa maneira haverá maiores benefícios, porem não deve entrar em áreas de outros profissionais, deve encaminhar caso seja necessário. Através das informações da ADA, modalizou-se os sintomas do paciente diante do medo de ir ao consultório dentário. Abordagem homeopática: receio, ansiedade, procurar entender o paciente; consultas pela manhã(menor estresse); ir ao consultório com um amigo; tentar localizar a origem do medo e receio; usar roupa confortável; consultas rápidas; paciente calmo e respirando profundamente; o medo do desconhecido pode aumentar a tensão; ao terminar deve fazer com que ele tenha orgulho por ter conseguido passar por àquela fase. Isso tudo com o objetivo de tentar compreender e entender as diferentes maneiras de cada paciente e atendê-los de forma diferenciada.

**Autor do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** homeopatia, medo

**MEYEROWITZ, C.; WATSON, G.E. The efficacy of an intraoral fluoride-releasing system in irradiated (head and neck cancer patients: a preliminary study. J.Amer.Dent.Ass.,v.129, n.9, p.1252-9, Sept.1998.**

A radioterapia causa a Xerostomia (hipossalivação) que provoca um aumento do número de microorganismo(*Streptococcus mutans e Lactobacillus*), sendo que há o surgimento de cáries progressivas, pois a desmineralização e a cavitação ocorrem de forma bem rápida, quando não se utiliza Flúor. Este artigo baseia-se na experiência utilizando pastilhas de Flúor e a aplicação diária de Flúor na forma de gel. Utilizou-se dois grupos de pessoas que haviam sofrido radioterapia de cabeça e pescoço por mais de três meses e que tinham fluxo salivar por volta de 0,5ml/min ou menos. A utilização de NaF gel diariamente pode levar a uma intoxicação renal. Já as pastilhas não são tóxicas, pois liberam pequena quantidade de Flúor e lentamente. O estudo durou seis meses, e os pacientes tiveram instruções sobre higiene oral e controle alimentar. Para o grupo que utilizou o NaF gel, este era aplicado antes de dormir por 5 minutos. Para o outro grupo, as pastilhas de NaF eram fixadas com bandas de alumínio no 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup> molar. Conclui-se que os dois sistemas previnem as cáries, sendo que os pacientes preferem as pastilhas, pois eles não precisam fazer nada e também pelo Flúor prevenir a cárie e a inflamação gengival

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Flúor, xerostomia, cárie de irradiação

**DENBESTEN, P.K.; THARIANI, H. Biological mechanisms of fluorosis and level and timing of systemic exposure to fluoride with respect to fluorosis. J.dent.Res., v.71, n.5, p.1238-43, may 1992.**

A ingestão de Flúor durante a formação dos dentes, resulta na formação de um esmalte dental mais resistente à cárie. Entretanto, com o crescimento do nível de Flúor, ocorre uma mudança na estrutura e na composição do esmalte, resultando em condições que levam a fluorose. A fluorose dentária é um defeito de desenvolvimento do esmalte que ocorre quando uma quantidade excessiva de Flúor é ingerida durante o período de formação do esmalte. Geralmente afeta dentes homólogos. Os mecanismos pelos quais o Flúor afeta o desenvolvimento do esmalte, inclui efeitos específicos sobre os ameloblastos e o desenvolvimento da matriz de esmalte. O estágio de maturação dos ameloblastos é mais rápida no esmalte com fluorose do que quando comparado com o esmalte normal, e a atividade proteolítica na maturação precoce do esmalte com fluorose está também reduzida. A fluorose humana é composta por uma zona subsuperficial hipomineralizada, a qual está embaixo de uma superfície bem mineralizada de esmalte, pois esta camada será maturada pelos íons presentes na saliva mineralizando-a. Análises bioquímicas tem mostrado grande quantidade de Flúor no esmalte humano com fluorose, e conteúdo orgânico bem maior do que no esmalte normal.

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Fluorose, Flúor sistêmico, dentes homólogos

**CAMPOS, D.L.; FARIAS, D.G.; TOLEDO, O.A. Prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília –Distrito Federal. Rev Odontol Univ São Paulo, v.12, n.3, p.225-30, jul./set.1998.**

Na Odontologia, o Flúor vem sendo utilizado como instrumento eficaz na prevenção e controle da cárie dentária. A descoberta de suas propriedades anticariogênicas teve origem em estudos sobre a presença deste íon na água de beber e a ocorrência de distúrbios durante a formação dos dentes realizadas inicialmente por Dean. A fluoretação da água de beber é o meio mais efetivo, econômico e abrangente de prevenção da cárie dentária. Mas como droga, o Flúor poderá produzir efeitos adversos quando sua ingestão atinge níveis de toxicidade crônica ou aguda. Com relação a toxicidade crônica do Flúor, o único efeito conhecido da ingestão continua é a fluorose dentária. Para a realização deste estudo utilizou-se 833 escolares, de ambos os sexos, com idade compreendida entre 8-12 anos, tendo como pré-requisito residirem em Brasília desde o nascimento. Foram examinados todos os dentes anteriores superiores permanentes presentes. Observou-se que 85,36% das crianças não apresentavam fluorose e que apenas 14,64% apresentavam, e que não houve diferença entre os sexos quanto à prevalência de fluorose dentária.

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Fluorose dentária: Flúor sistêmico.



**CARVALHO, A. S.; CURY, J. A. Liberação de Flúor de materiais restauradores. Rev Odontol Univ São Paulo. v.12, n.4, p. 367-73, out/dez.1998.**

Materiais liberadores de Flúor são capazes de controlar o desenvolvimento de cáries, quer inibindo a desmineralização, quer ativando a remineralização, de esmalte ou dentina, mas nenhum material tem potencial para inibir totalmente a cárie. No mercado há CIV convencional, CIV modificado com resina e resinas compostas com Flúor. Este trabalho tem objetivo avaliar quantitativa e comparativamente a liberação de Flúor destes materiais. Foram confeccionados 6 corpos de prova em forma de disco ( $A= 1,65 \text{ cm}^3$ ) de cada material. Após vários testes bioquímicos chegou-se a conclusão que o material que apresentou maior liberação de Flúor foi o Vitremer, depois o Chelonfil, Dyract, Variglass e Tetric, sendo que a composição que a composição dos materiais restauradores influencia de maneira significativa a liberação de Flúor. Para todos os materiais, o padrão qualitativo de liberação de Flúor em função do tempo foi semelhante, sendo que ocorreu maior liberação nos primeiros dias, com decréscimo brusco desta, a qual diminuiu gradativamente até chegar a um nível quase constante.

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

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



**CORRÊA, E.M.C.; ANDRADE, E.D.; RANALI, J. Efeito dos antimicrobianos sobre a eficácia dos contraceptivos orais. Rev Odontol Univ São Paulo, v.12, n.3, p.237-240. jul./set.1998.**

O uso dos antimicrobianos para a profilaxia e tratamento de infecções orais é uma prática comum em odontologia. Sendo assim, é importante que o dentista conheça os riscos potenciais de seu uso, como reações adversas e interações medicamentosas. Uma importante interação envolve o uso concomitante de antimicrobianos e contraceptivos orais, podendo resultar em perda da eficácia contraceptiva e gravidez inesperada. Este artigo faz uma revisão sobre os principais antimicrobianos (Rifampicina, Penicilinas, Cefalosporina, Metronidazol, Tetraciclina e Eritromicina) e possíveis mecanismos envolvidos no processo, assim como analisa e responsabiliza o dentista e os meios de se prevenir tal complicação, que podem causar futuramente processos judiciais. Os antimicrobianos interferem na flora bacteriana intestinal e no processo de degradação do fígado, fazendo com que os contraceptivos orais percam sua eficiência, podendo ocorrer uma gravidez indesejada. Então, deve ser passadas algumas instruções para pacientes que usam contraceptivos orais, quando administramos antimicrobianos as mesmas, sempre as alertando sobre o risco de uma gravidez indesejada quando da utilização de contraceptivos orais com os antimicrobianos dos grupos acima.

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Antibióticos; Anticoncepcionais orais; Interações de medicamentos

**FRIEDLANDER, D.A. The changing face of dentistry. J Can Dent Assoc, v.65, n.3, p.144-5, May 1999.**

A maior preocupação na Odontologia é a mudança e a capacidade de se adaptar a esta mudança. Os tratamentos e materiais são cada vez mais sofisticados para reforçar a decisão clínica. A tecnologia tem mudado as perspectivas do tratamento odontológico e cada vez mais os cirurgiões dentistas precisarão entender a biologia básica destas tecnologias, além de aprender a usá-las e garantir sua efetividade. Por isso os cirurgiões dentistas devem estar bem treinados, tornarem-se pessoas de talento que possam aprender novas técnicas e incorporá-las à sua prática. À medida que a população mundial envelhece e conserva seus dentes, aparecerão mais cáries de raiz, mais doenças crônicas e doenças na boca associada a medicamentos. Os idosos terão mais acesso à informação e terão mais recursos financeiros, questionarão o profissional. Estas pessoas esperam fazer parte do plano de tratamento, exigirão valor nos serviços prestados. Portanto, o dentista deve estar informado para compreender as expectativas do consumidor. Utilizando-se das novas mudanças incorporadas à sua prática, o cirurgião dentista pode oferecer uma melhor qualidade de saúde bucal. O sucesso futuro depende da intenção de aprender, da avaliação crítica das novas informações e do desejo de crescer e adaptar-se.

**Autor do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** mudança, atualização, avaliação crítica

**DISCACCIATI, J.A.C.; NEVES, A.D.; PORDEUS, I. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odontol Univ São Paulo, v.13, n.1, p.75-82, jan./mar. 1999.**

A AIDS é uma doença que vem preocupando não só aquelas pessoas diretamente afetadas por ela, mas todas as camadas da sociedade. O crescente número de indivíduos HIV infectados em todo o mundo também promoveu uma série de mudanças na prática odontológica. Este artigo relata o estudo conduzido no setor de perícias do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar a percepção dos pacientes quanto ao risco de se contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante o atendimento odontológico e suas atitudes em relação a continuar ou não o seu tratamento caso venham a saber que seu cirurgião dentista atende pacientes com AIDS ou que seja HIV soropositivo. Foram realizadas 518 entrevistas entre militares da Polícia Militar de Minas Gerais e seu dependentes, que haviam terminado tratamento com 233 CD diferentes. A grande maioria dos entrevistados acredita na possibilidade de transmissão do HIV durante o tratamento odontológico. Mesmo assim, mais da metade deles se mostrou disposta a continuar tratando com um CD que atende pacientes com AIDS ou que seja HIV soropositivo. No entanto, muitos pacientes não continuariam seu tratamento, mesmo acreditando que tal possibilidade não existia. Estes achados sugerem que maiores informações devem ser repassadas para o público leigo, informando-o sobre os verdadeiros riscos de se infectar pelo HIV e suas formas de prevenção na Odontologia, sem contar a utilização dos equipamentos de proteção individual

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Odontologia; Infecções por HIV.

**LARSON. E.L. Latex Allergy. Laboratory Medicine, vol. 29, n.5, p.27-31, may 1998.**

O aumento da incidência de alergia a látex entre os profissionais de saúde deve-se a recomendações da utilização de luvas de látex para a proteção contra o vírus HIV e o vírus da hepatite B. Este artigo explica porque que depois de vários anos o profissional desenvolve alergia aos materiais feitos de látex, principalmente a utilização de luvas, relatando todo o processo histopatológico que ocorre no organismo que leva a um processo alérgico, que pode ser desde uma dermatite de contato como uma reação de hipersensibilidade do tipo I ou anafilaxia. Também menciona a semelhança do látex com os alérgenos presentes na natureza na tentativa de explicar porque que um profissional desenvolve alergia após vários anos utilizando luvas de látex, sem contar que alerta que devemos ter contato com os nossos pacientes, que podem ser alérgicos ao látex, sem contar a importância dos testes de alergia em pacientes e profissionais. Como solução, este artigo aponta a substituição dos materiais de látex por outro, a base de vinil, nitrila, etc... No futuro, a FDA irá eliminar o látex dos produtos médicos e odontológicos, na tentativa de diminuir os casos de alergia ao látex tanto em profissionais como em pacientes

**Autor do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Látex; Alergia; Dermatite de contato; Reação de Hipersensibilidade.

**VERSLUIS, A; TANTBIROJN, D; DOUGLAS, W. H. Do dental composites always shrink toward the light? J Dent Res, v.77, n.6, p. 1435-45, June 1998.**

Muitas técnicas restauradoras que utilizam compósitos foto-polimerizáveis se baseiam no princípio que a resina composta se contrai em direção à luz. Acredita-se que a contração em direção às margens resulta em melhores propriedades marginais. Porém, esta teoria não está suportada na literatura, já que é muito difícil determinar os padrões de contração. Neste estudo procurou-se estabelecer a direção de contração da resina composta. O processo de polimerização pode ser caracterizado por uma fase pré e pós gel e o estresse desenvolvido numa restauração pode ser aliviado quando se consegue maior fluidez do material no estado pré gel. Foram analisadas resinas foto e quimicamente polimerizáveis. Nos compósitos foto-polimerizáveis, o ponto que antecede a fase pós gel varia no material conforme a intensidade de luz. Determinou-se a transmissão da luz experimentalmente através de diferentes materiais usados como teste. Também se incluiu a tomada do grau de polimerização e da propriedade de contração em função do tempo nas medidas experimentais. A análise mostrou que a direção de contração não era afetada significativamente pela orientação da fonte de luz, mas em vez disso estava na sua maioria determinada pela união da restauração ao dente e pelas superfícies livres. Portanto, as diferenças entre os padrões de contração entre a resina ativada foto e quimicamente eram mínimas. Concluiu-se que os compósitos não contraem em direção à luz, mas que a direção de contração é determinada predominantemente pela forma da cavidade e pela qualidade adesiva. A direção dos vetores de contração em resposta à posição da fonte de luz não parece ser um critério adequado para obter qualidade marginal.

**Autor do resumo :** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** resina composta, contração, intensidade de luz

**BORKOWSKA, E.D; WATTS, T.L.P; WEINMAN, J. The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. J Clin Periodontol, v.25, n.3, p.187-93, May 1998.**

Quando o paciente não coopera com o programa de higiene oral, tem risco aumentado de progressão da doença periodontal. Este estudo foi realizado para verificar a relação entre a higienização e fatores psicológicos ou crenças que o paciente apresente quanto a sua responsabilidade pela própria higiene oral. Os indivíduos foram examinados antes e 4 a 6 semanas após a instrução da higiene, e responderam a um questionário que investigava a percepção da importância do controle de placa e dos problemas periodontais além da intenção de aderir ao programa de prevenção, observando ainda o nível de ansiedade destes pacientes. Aqueles que não acreditavam ser capazes de manter a higiene ou que apresentavam depressão mostraram maior índice de inflamação e maior sangramento à sondagem. Parece haver uma correlação direta entre o humor e a participação do programa preventivo, como se o paciente aceitasse ser mais susceptível à doença. Os resultados que mostraram estabilidade psicológica eram seguidos de redução nas variáveis clínicas. Por isso, mais estudos devem ser realizados no intuito de confirmar esta suposição.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** oral hygiene, health beliefs, plaque control



**CONTI, P.C.R. Oclusão e disfunções craniomandibulares (DCM):  
a eterna controvérsia. [www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br), jul 1998.**

Há muito tempo a ciência odontológica reconhece a importância e a necessidade de um harmonioso relacionamento oclusal para o sucesso dos tratamentos odontológicos restauradores e reabilitadores. Um item freqüentemente citado como conseqüência de um relacionamento oclusal incorreto é a ocorrência de sinais e sintomas das Disfunções Craniomandibulares (DCM). Existe muita controvérsia. Por um lado situam-se os "*occlusionistas*", que acreditam que as interferências oclusais são fatores etiológicos primários e seriam responsáveis pela DCM, e por outro lado, os profissionais que reconhecem a oclusão como sendo somente um fator contribuinte na etiologia multifatorial das DCM. É importante salientar é o aspecto esporádico das DCM: uma grande parcela de pessoas que apresenta algum sintoma durante a vida, vai voltar à "normalidade", sem nenhum tipo de tratamento. Por isso calcula-se que apenas aproximadamente 10% das pessoas necessitam de algum tipo de orientação ou intervenção. Questiona-se, então, a validade dos tratamentos irreversíveis, preconizando a aplicação de modalidades terapêuticas não invasivas, como a utilização de placas oclusais, fisioterapia, medicação, entre outras. Enquanto há uma enorme parcela da população com interferências oclusais e livre de sintomas, pacientes com oclusão "perfeita" apresentam sintomas da DCM; a recidiva de sintomas em pacientes tratados com correção oclusal é significativa. Portanto procedimentos irreversíveis não devem fazer parte da terapia de grande parte das DCM. O objetivo de se curar o paciente fica substituído pelo controle da dor, e por isso os estudos de mecanismos de transmissão das dores orofaciais são atualmente a maior contribuição científica nesse campo e parecem guiar os procedimentos terapêuticos.

**Autor do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** DCM, oclusão, controvérsia



**YILMAZ, S; OZLÜ, Y; EKUKLU,G. The effect of dental training on the reactions of mentally handicapped children's behavior in the dental office. J Dent Child, v.66, n.3, p.188-91, May/June 1999.**

Geralmente a higiene bucal de pacientes deficientes mentais é muito pobre e, por isso, os procedimentos preventivos se tornam extremamente importantes. No entanto, as crianças apresentam reações negativas durante o exame odontológico e profilaxia, o que dificulta o tratamento e resulta em lesões cáries extensas. As crianças deficientes mentais são mais ansiosas que as crianças normais e qualquer instrumento ou som estranho as deixam mais nervosas, associado ainda ao medo por experiências anteriores. Este estudo avaliou o comportamento destas crianças antes e após um treinamento especial constituído de demonstrações, leituras, apresentação de slides e reconhecimento do consultório. Após o treinamento, as crianças se tornaram mais receptivas ao tratamento odontológico. A comunicação é a melhor maneira de se conseguir a cooperação do paciente e uma recompensa deve ser feita porque estas crianças precisam de mais aceitação social. Para obter a cooperação destas crianças, o cirurgião dentista deve então ser professor e psicólogo, o que resulta em menor resistência ao exame intrabucal e à profilaxia. O ideal seria que cada centro voltado ao cuidado dos deficientes mentais tivesse um dentista de plantão, com um consultório equipado onde estas crianças possam receber treinamento especial antes da primeira visita.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** criança especial, treinamento, aceitação do tratamento

**KANTOROWITZ, Z; FEATHERSTONE, J; FRIED, D. Caries prevention by CO<sub>2</sub> laser treatment: dependency on the number of pulses used. J Am Dent Assoc, v.129, n.5, p.585-91, May 1998.**

Um dos possíveis usos do laser é no tratamento preventivo de tecidos duros, aumentando sua resistência às cáries. Em estudos anteriores, a resistência do esmalte se elevava com o aumento de temperatura na sua superfície além do ponto de fusão. Assim, seu uso estava limitado à superfície para evitar prejuízo pulpar. O laser de dióxido de carbono funciona porque produz radiação infra vermelha que é absorvida pelo fosfato, carbonato e grupos hidroxila presentes na estrutura do cristal. O laser de CO<sub>2</sub> pulsátil usado com adequada duração de pulso, nível de energia, tamanho do feixe e taxa de repetição podem gerar altas temperaturas benéficas na superfície do esmalte, sem afetar a polpa ou a dentina, para prevenir a instalação ou progressão de lesões cariosas. Esta pesquisa explorou o potencial de vários lasers de CO<sub>2</sub>, o efeito na inibição de cáries com relação ao número de pulsos. Os dentes receberam tratamento com laser e foram submetidos à ciclagem de pH para criar lesões artificiais de cárie. A inibição de cáries foi maior conforme se aumentaram os pulsos até atingir um número ótimo de pulsos, inferior a 25. Observou-se também que o aumento da energia não eleva a inibição. Existem várias teorias que tentam explicar a ação do laser CO<sub>2</sub>, variando desde a obtenção de um selamento físico conseguido pelo derretimento da superfície ou até mesmo por uma fusão parcial e recristalização dos prismas de esmalte ou apenas modificações na composição do esmalte pela redução de carbono. A última é a teoria mais provável porque as temperaturas produzidas pelo laser não atingem o ponto de fusão da hidroxiapatita e que a menor concentração de carbonato gera menor dissolução pelos ácidos. A inibição maior ocorreu no comprimento de onda 10,6µm quando comparada ao comprimento de 9,6 µm. O estudo mostra que o tratamento preventivo com laser pode se tornar uma realidade clínica no futuro.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** laser, prevenção de cárie

**PADAGRAKIS, P. et al. Aberrant gene expression in epithelial cells of mixed odontogenic tumors. J Dent Res, v.78, n.1, p.20-30, Jan 1999.**

Como a análise das células tumorais pode ajudar a esclarecer a histogênese do tumor e facilitar o diagnóstico, este artigo comparou a produção de proteínas (amelogenina, ceratina, fibronectina, vimentina, colágeno tipo III e IV, osteonectina e osteocalcina) presentes nas neoplasias e nos dentes em formação. As amostras foram obtidas de laboratórios após o diagnóstico e obtiveram-se dentes normais que foram preparados para microscopia. Fez-se marcação histoquímica para todas as proteínas descritas anteriormente. As análises histológicas revelaram dois padrões diferentes de diferenciação e deposição de matriz em todos os tumores odontogênicos mistos (um padrão era semelhante ao desenvolvimento dentário normal enquanto o outro era caracterizado por uma mudança radical na organização dos tecidos). A semelhança no fenotipo de alguns tumores e células normais indica que a diferenciação que ocorre no dente normal pode ocorrer também nos tumores odontogênicos. Os dados ainda refletiram transição no fenotipo, pela perda da polaridade epitelial observada pela distribuição aberrante de colágeno tipo IV nos tumores odontogênicos. As células epiteliais eram convertidas em células mesenquimais em vários tecidos normais e tumorais, fenômeno que resulta em uma seqüência de eventos celulares chamados de transição epitelial-mesenquimal. A análise da diferenciação entre células normais e tumorais oferece novas pistas dos vários passos envolvidos na odontogênese.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** tumores, transição epitelial-mesenquimal

**ERONAT, N; KOCATAS, N; ALPÖZ, A.R. A comparative study of fluoride uptake from dentin bonding agents and glass-ionomer cements in permanent and primary tooth enamel. Quint Int, v.30, n.7, p.496-500, July 1999.**

Muitos materiais dentários que liberam flúor são vendidos utilizando o argumento de que apresentam propriedades cariostáticas. Contudo, a quantidade de flúor liberado destes materiais é incerta e por isso este estudo foi realizado com a finalidade de determinar a absorção de flúor no esmalte de dentes permanentes e decíduos de um cimento de ionômero de vidro convencional (Fuji II), um cimento de ionômero de vidro modificado por resina (Fuji II LC) e dois agentes de união dentinários que liberam F<sup>-</sup> (Liner Bond 2 e Optibond). O trabalho foi realizado in vitro, utilizando molares permanentes e decíduos sem cáries. Os materiais foram aplicados segundo as instruções do fabricante em cavidades criadas em esmalte. A quantidade de absorção de flúor foi determinada usando um eletrodo específico para flúor e pela técnica de biópsia por ataque ácido. A quantidade de flúor na superfície dos molares permanentes e decíduos foi estatisticamente significante nos dentes que receberam cimento de ionômero de vidro, ao contrário do observado no uso dos agentes de união. Tanto o Fuji II quanto o Fuji II LC tiveram uma liberação mais efetiva de flúor que o Optibond e Liner Bond 2. Este resultado tem relevância clínica porque os adesivos são usados nas restaurações como base devido sua eficiência de selar a cavidade e prevenir microinfiltração. No entanto, não possuem as mesmas propriedades cariostáticas que os cimentos à base de ionômero de vidro.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** propriedade cariostática, liberação de flúor, agente de união dentinário/CIV

**YELLOWITZ, J. et al. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. J Am Dent Assoc, v.129, n.5, p.579-83, May 1998.**

Embora o câncer bucal represente apenas 3% de todos os cânceres, a taxa de mortalidade de pacientes com esta patologia é alta e não tem se modificado nos últimos 40 anos. Se detectado precocemente, a sobrevida é muito maior em comparação a outros tipos de câncer. Os maiores fatores de risco associados ao câncer bucal são o uso do tabaco e consumo de álcool, o que pode ser evitado com modificação dos comportamentos de risco. Embora as mortes possam ser evitadas caso a lesão seja percebida e tratada tão logo apareça, muitos profissionais não estão atentos ao exame periódico. Neste estudo, foram enviados questionários aos dentistas para verificar o nível de conhecimento, opiniões e práticas relacionadas ao câncer bucal. Detectou-se que o conhecimento a respeito do câncer foi inconsistente quanto aos sítios mais comumente acometidos por estas lesões, seus sintomas, a idade e fatores de risco, as lesões cancerizáveis. A maioria dos profissionais examinava os pacientes atentamente na primeira consulta, mas a porcentagem de profissionais que realizava o exame nas consultas de retorno diminuía. Alguns dentistas sequer examinavam os pacientes por acharem o procedimento desnecessário ou ainda que demandasse de muito tempo. Conclui-se que é necessário explorar mais o conhecimento dos profissionais clínicos gerais para que se possa oferecer assistência na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

**Autora do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Palavras-chave:** câncer, prevenção, zelo profissional



**NEWITTER, D.A; SCHLISSEL, E.R; WOLFF, M.S. Na evaluation of adjustment and postadjustment finishing techniques on the surface of porcelain - bonded - to metal crowns. J.Prost.Dent., v.48, n.4, p.388-95, Oct 1982.**

Sabe-se que uma superfície áspera na porcelana pode causar acúmulo de placa ou desgaste do dente antagonista. Nem sempre o glaze é o melhor acabamento da cerâmica e por isto este estudo compara a efetividade de métodos comuns de ajuste e métodos de polimento usados em diferentes combinações. As amostras de liga áurea associadas à porcelana receberam ajuste feito com pontas abrasivas. Para cada tipo de pedra abrasiva foram feitos 11 ajustes, cada qual recebeu em seguida um tipo de método de polimento de maneira a se obter 66 combinações. Os ajustes removeram o glaze e aproximadamente 0,5mm da porcelana de uma área de 2 mm<sup>2</sup>. As amostras foram submetidas a limpeza por ultra-som em banho detergente e examinadas em microscópio eletrônico. Observou-se a lisura de superfície a lisura em relação às pedras abrasivas utilizadas e a lisura de acordo com a técnica de polimento/acabamento. O desgaste feito com pedra montada do kit de acabamento de porcelana mostrou superfícies mais lisas, embora esteja limitado a superfícies pequenas. O aspecto mais importante na seleção de um método abrasivo é a seleção de um método de polimento que produzirá superfícies lisas, o que se obteve com a associação de taças de borrachas e pedra-pomes ou pasta de polimento para porcelana.

**Autor do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** acabamento da porcelana, análise superficial

**LOPES, M. A., et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. Revista APCD, v 52, n° 3, p 241-4. Mai/Jun 1998**

A cavidade bucal é um importante local de ocorrência de tumores malignos, principalmente o carcinoma espinocelular (95% dos casos). Sendo assim, o cirurgião dentista deve fazer parte da equipe multidisciplinar que aborda o câncer bucal, tendo papel importante no diagnóstico, no planejamento e no manejo das complicações oriundas do tratamento, que pode ser cirúrgico, com radioterapia e quimioterapia. Os autores apresentam nesse artigo os principais efeitos colaterais da radioterapia e as formas de preveni-los e controlá-los. Dentre eles temos as dermatites, mucosites, candidose, xerostomia, cárie de radiação, osteorradionecrose. Com isso, objetivam ressaltar a importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento do câncer bucal e informar a respeito das principais complicações associadas à radioterapia.

**Autor:** Ligia Buloto Schmitd

**Unitermos:** cancer bucal, radioterapia, efeitos colaterais.



**MANJI, F; BAELUM, V; FEJERSKOV, O. Fluoride, altitude and dental fluorosis. Caries Res, v.20, p. 473-80, 1986.**

Foram examinadas crianças com idade entre 11 e 15 anos de três zonas com baixa fluoretação (< 0,5 ppm na água de abastecimento), moradoras ao nível do mar, a 1500m e 2400m de altitude, assim como crianças habitantes de duas áreas com fluoretação mais alta (0,5-1ppm na água de abastecimento) observando a ocorrência de fluorose dental. Nas áreas com baixa fluoretação na água se observou menor incidência de fluorose ao nível do mar que em altitudes elevadas. Em zonas com maior concentração de flúor na água de beber, a ocorrência de fluorose foi muito mais elevada do que nas outras comunidades. A aparência intra-oral era similar nas cinco populações, e a severidade da fluorose se agravava conforme se elevava a altitude tanto em áreas com baixa e alta concentração de flúor. Além disso, a severidade estava associada com o aumento da concentração de flúor em altitudes constantes. Este estudo estabeleceu pela primeira vez que populações residentes em altitudes mais elevadas são mais susceptíveis à fluorose dental que comunidades localizadas em baixas altitudes para uma mesma concentração de flúor. A elevação da altitude provoca mudanças fisiológicas que alteram a maneira como o organismo incorpora o flúor e cuja consequência é a exacerbação dos efeitos tóxicos do flúor no esmalte dental.

**Autor do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** altitude, fluorose dental, flúor

**MISTRO, F. Z., et al. Biópsia- indicações e técnica. Revista APCD. v 52, nº 3, p 213-6, Mai/Jun 1998.**

Os autores têm por objetivo esclarecer as indicações e técnicas da biópsia e ainda desmistificá-la tanto para o profissional quanto para o paciente, que acredita que ela é um sinônimo de tumor maligno. A biópsia é, por definição, a remoção de um fragmento de tecido de um ser vivo com finalidade de exame histopatológico. É um meio seguro, fácil e confiável, que contribui para o diagnóstico definitivo da grande maioria das lesões. Há contra indicações, mas são relativas. Os autores também relatam as técnicas e a sequência cirúrgica detalhadamente, desde a assepsia até o envio da peça ao laboratório. Ressaltam a importância de ser enviado para o laboratório um relatório com identificação do paciente, relato clínico, descrição da lesão, e, quando possível, hipótese de diagnóstico. O cirurgião dentista deve estar apto a indicar uma biópsia e realizá-la corretamente, para, assim, obter de uma maneira mais rápida e precisa o diagnóstico e, conseqüentemente, realizar um tratamento eficaz.

**Unitermos:** técnicas de biópsia

**Autor:** Lígia B. Schmitd

**OLASZ, L.; KWASHIE, F.; NEMETH, A. Closure of an oropharingocutaneous fistula in an irradiated patient. A case report. Int. J. Oral Maxillofac. Surg v. 28, n. 5, p. 364-5 Oct 1999.**

A incidência de fistulas após procedimentos reconstrutivos na região orofacial varia entre diferentes populações, mas é superior a 38% nos pacientes severamente irradiados. Para fechar essas fistulas, diferentes métodos podem ser utilizados. Os autores relatam a utilização do retalho de Owens modificado para o fechamento dessa fistula. O caso refere-se a um homem de 34 anos com um carcinoma de células escamosas na língua, estendendo-se para a sua base. Após sessões de radioterapia e quimioterapia, o paciente se sujeitou a uma hemiglossectomia, mandibulectomia parcial e uma dissecação bilateral da região supra omo-hioídea. Seis semanas depois, notou-se a presença de uma fistula oro-cutânea na região submandibular direita. Para simplificar o procedimento cirúrgico e melhorar o resultado estético e funcional, foi feito o fechamento da fistula com duas camadas de tecido. Externamente, um retalho de Owens modificado foi utilizado. O enxerto incluía pele e platisma e a parte mais superior do músculo esternocleidomastoídeo. Essa técnica se mostrou de grande sucesso nesse paciente. Segundo os autores, essa modificação do retalho de Owens mostrou-se válida em casos específicos.

**Autor:** Lígia Buloto Schmitd

**Unitermos:** fistula faringocutânea, irradiação, reconstrução.

**CREANOR, S. L. et al. The effect of a resin-modified glass ionomer restorative material on artificially demineralised dentine caries in vitro. J. Dent, v.26, n.5-6, p.527-31, Jul/Aug 1998.**

Recorrência de cárie é a causa mais comum para a troca de restaurações. Uma das maneiras de diminuir a frequência desse problema seria utilizar materiais restauradores contendo flúor. O objetivo desse estudo foi avaliar a progressão de lesões criadas artificialmente em volta de restaurações de ionômero de vidro modificado por resina (Vitremmer) localizadas na superfície radicular. Cavidades classe V foram criadas em 28 pré-molares humanos. Foram separados em três grupos, um foi restaurado com amálgama, outro com Vitremmer e um grupo controle recebeu apenas verniz. Foram colocados em solução de des e remineralização por quatro semanas. Os resultados obtidos mostraram que o maior grau de remineralização alcançado foi com o ionômero de vidro, quando comparado com o amálgama. O grupo restaurado com ionômero mostrou um aumento no conteúdo mineral. Esse estudo mostrou que o cimento de ionômero de vidro possui um potencial maior que o amálgama quanto à remineralização de cavidades criadas artificialmente sem envolvimento com ácido.

**Autor:** Lígia Buloto Schmitd

**Unitermos:** remineralization, resin-modified glass ionomer

**LORIATO, E. A. Dispositivo anti-ronco. Rev Bras. Odontol v 56, n.2, p.73-4, Mar/Abr 1999.**

Além de ser um problema social, o ronco também traz consequências físicas, como o cansaço e sonolência diurna, e isso pode trazer perigo, dependendo da atividade profissional do indivíduo. Os tratamentos preconizados podem ser cirúrgicos ou conservadores. Dentre os conservadores temos as máscaras de oxigênio e os aparelhos ortodônticos. Em função dos aparelhos até então preconizados não surtirem os efeitos esperados, o autor procurou desenvolver um dispositivo que promovesse o levante da mordida e o avanço mandibular. Trata-se de duas placas de acrílico que são encapsuladas nos dentes de ambas as arcadas e unidas por elásticos. Isso mantém a mandíbula em posição anterior mas também a deixa livre para os movimentos de deglutição que ocorrem durante a noite. Segundo o autor, o dispositivo não causa desconforto, mas é contra indicado aos pacientes portadores de certos tipos de próteses removíveis e prótese total. Nos experimentos realizados através de relatos dos cônjuges e câmeras de vídeo documentando o sono dos voluntários, notou-se eficácia total contra a apnéia e quase total contra o ronco, permitindo um sono suave

**Autor:** Lígia Buloto Schmitd

**Unitermos:** apnéia, ronco

**LUSVARGUI, L. Cuide-se bem: profissional saudável não tem idade. Rev APCD, v.53, n.2, Mar/Abr 1999.**

Os profissionais de Odontologia não se devem limitar a cuidar da saúde alheia apenas. Além da competição profissional, cada vez mais acirrada, o dentista tem que lidar com problemas específicos, como LER, dores na coluna, estresse, varizes. Os autores ressaltam que os cuidados com a saúde devem começar desde cedo e, preferencialmente, no dia a dia do consultório. De acordo com o artigo, os principais problemas que acometem os dentistas são as afecções da coluna vertebral, principalmente as dores musculares. Em segundo lugar está a Síndrome de Compressão Radicular, causada por uma hérnia de disco. O terceiro problema mais comum é o desgaste das articulações, ou artrose. Além dos problemas posturais, há as tendinites (LER e DORT), varizes, afecções da visão, da audição, doenças de pele, como as dermatites de contato, e doenças infecto-contagiosas, como as hepatites virais e a AIDS. O artigo oferece uma oportunidade aos dentistas de conhecer os principais problemas inerentes da profissão, saber como identificá-los para procurar tratamento, mas principalmente saber como prevenir que problemas maiores possam acontecer, como um afastamento temporário ou até mesmo definitivo da profissão. Recuperar a saúde é muito mais difícil do que a manter. O autor salienta que para que uma vida saudável se concretize, deve-se ter boa alimentação, condições de trabalho satisfatórias, equilíbrio psicológico e atividade física.

**Autor:** Lígia Buloto Schmitd

**Unitermos:** LER, postura, doenças infecto-contagiosas



**PORTO NETO, S. T. et al. Avaliação da resposta tecidual após utilização de um sistema adesivo sobre exposição pulpar. Rev APCD, v.53, n.1, p.37-9, Jan/Fev 1999.**

Alguns autores relatam que após a utilização de sistemas adesivos ocorre uma irritação pulpar transitória. Entretanto, para outros, essa irritação é permanente, levando o tecido pulpar à necrose total. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a resposta pulpar após a utilização de um sistema adesivo diretamente sobre exposições pulpares. Foram utilizados 20 pré-molares humanos, nos quais foi feita exposição pulpar intencional e aplicação do sistema Prime Bond 2.0. Decorridos 90 dias, os dentes foram preparados para os cortes histológicos. Observou-se que não houve formação de ponte de tecido mineralizado no local da exposição pulpar em nenhum espécime. Na ferida pulpar, junto ao adesivo dentinário, ocorreu desorganização do tecido pulpar, caracterizada por hiperemia, extensa degeneração celular e ausência de odontoblastos. Segundo os autores, essa resposta encontrada permite inferir a existência de uma irritação local e persistente, impedindo o processo de reparo da região. Essa agressividade ao complexo dentino-pulpar permite concluir que os adesivos não devem ser colocados diretamente sobre o tecido pulpar.

**Autor:** Lígia Buloto Schmitd

**Unitermos:** adesivos dentinários, capeamento da polpa dentária.

**BONECKER, M.J.S.; FONSECA, Y.P.C.; DUARTE, D.A.;**  
**Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês.**  
**Rev. ass. paul. cirurg. Dent. v.53, n.2, p.103-7, MAR/ABR,**  
**1999.**

É de fundamental importância que os bebês sejam examinados pelo odontopediatra desde o seu 1º ano de vida. Assim os pais podem receber orientação quanto a hábitos alimentares, higiene bucal, uso de flúor, transmissão de bactérias cariogênicas, traumas dentários. O exame clínico do bebê começa pelo exame extra oral. Pelas mãos da criança pode-se sentir a temperatura, observar lesões de pele, hábitos de sucção digital e diagnosticar displasia ectodérmica pela malformação de unhas. No exame regional observa-se simetria craniofacial, relação maxilo-mandibular e lábios. No exame intra-bucal observa-se o cordão fibroso gengival, freio labial, lingual, presença de dentes neonatais, nódulos de Bohn, pérolas de Epstein, cistos da lâmina dentária. A cornologia de erupção deve ser acompanhada e a posição dos dentes na arcada. A língua pode estar despapilizada indicando hipovitaminose B ou anemia perniciosa. A saburra pode indicar febre e desidratação. A língua fissurada ou com hipertrofia de papilas está presente em pacientes com mongolismo. Quando os dentes irrompem, observar lesões cariosas, anomalias de número e forma, alterações de cor. O pediatra pode diagnosticar o HIV que se manifesta nos 2 primeiros anos de vida por febre, perda de peso, diarreia, linfadenopatia, tosse crônica. Apresenta lesões bucais como aftas, abscesso dental, candidíase pseudomembranosa ou atrófica ou eritematosa. É importante que os pais participem do exame e sejam orientados e motivados quanto aos hábitos corretos de higiene, dieta e retornos frequentes ao consultório.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** bebês, odontopediatria, exame

**KILLOY,W.J.; Assessing the effectiveness of locally delivered  
chlorhexidine in the treatment of periodontitis. J. amer. dent.  
Ass. V. 130, p.567-70, Apr, 1999.**

A raspagem e alisamento radicular (RPC) nem sempre conseguem controlar a doença periodontal. Às vezes há a necessidade de uma terapia adicional, como os chips com substâncias químicas colocados dentro das bolsas periodontais. Existem chips com antibióticos como a tetraciclina e com outras substâncias. Nesse estudo foi utilizado um chip de clorexidina. O chip é composto por uma gelatina hidrolizada biodegradável e contém 2,5mg de gluconato de clorexidina. Deve ser colocado em bolsas com 5mm ou mais e libera clorexidina por 7 dias sendo capaz de inibir uma grande porcentagem de microflora subgingival. Um estudo europeu comparou o uso da RPC somente e RPC mais o chip e houve diminuição na profundidade de sondagem e aumento nos níveis clínicos de inserção. Estudos americanos usaram um chip placebo e um chip com clorexidina. Após 3 meses, os locais que permaneceram com mais de 5mm receberam outro chip. Depois de 9 meses houve redução significativa na profundidade de sondagem e aumento no nível da inserção. O índice de sangramento também foi reduzido. Houve vários locais onde houve redução de até 2mm na sondagem. Recomenda-se que se coloque o chip logo após a raspagem e com o campo seco. O paciente não deve usar fio dental por 10 dias. Em bolsas que permanecem com mais de 5mm os chips devem ser trocados a cada 3 meses. Essa técnica deve ser recomendada pela grande vantagem de não ser invasiva. É evidente que ela não substitui a raspagem e não está indicada para casos de periodontite severa.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

Unitermos: chip, clorexidina, periodontite

**GREGHI,S.L.A.; ALMEIDA, A.L.P.F., RESENDE, D.R.B.; Sulco palatogengival: um fator predisponente à destruição periodontal. Rev. ass. paul. cirurg. Dent. v.53, n.2 p.145-49, MAR/ ABR, 1999.**

O sulco palatogengival é uma anomalia de desenvolvimento que ocorre com maior frequência nos incisivos superiores. Essa anomalia pode causar problemas periodontais e pulpares. O artigo apresenta um caso clínico de um paciente que apresentava 6mm de profundidade de sondagem na palatina dos incisivos laterais superiores. A opção de tratamento foi realizar um retalho de Widman modificado juntamente com ataque ácido. Notou-se a presença de cálculo no sulco. As raízes foram raspadas e realizou-se o alisamento da área tentando suavizar a profundidades do sulco. Foi aplicado ácido cítrico com tetraciclina por 2 a 3 min para redução da flora bacteriana local, remoção da smear layer e exposição das fibras colágenas da raiz. Isso facilita a reinserção de fibras e a cementogênese. Após 7 meses, a profundidade obtida foi 2mm. Isso demonstra que ocorreu uma cicatrização que pode ser adaptação (epitélio juncional longo) ou nova inserção conjuntiva (inserção conjuntiva longa com fibras do conjuntivo gengival). Isso mostra um vedamento clínico da bolsa. É de fundamental importância o diagnóstico precoce dessa anomalia para evitar grandes perdas ósseas. A orientação quanto á higienização e os controles frequentes são muito importantes.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** sulco palatogengival, doença periodontal.

**BOSCO, A.F.; NAGATA, M.J.H.; MACARINI, V.C.; Tratamento da recessão gengival por meio da regeneração tecidual guiada com colágeno microcristalino. Rev. ass. paul. cirurg. Dent., v.53, n.3, p.191-4, MAI/JUN, 1999.**

Muitos casos de recessão gengival tem sido tratados com regeneração tecidual guiada e têm obtido sucesso. Essa técnica visa associar a regeneração tecidual guiada ao uso do colágeno microcristalino, um agente hemostático tópico. Além de não interferir na cicatrização, não provoca reação inflamatória e é biodegradável. Esse colágeno é produzido por indústria brasileira e tem um preço acessível. Apresentou-se um caso de recessão gengival larga e profunda no canino superior direito. Após levantamento do retalho e raspagem radicular a raiz foi condicionada com solução de cloridrato de tetracilina saturada por 4 minutos. Depois irrigada com soro. Uma dupla camada de colágeno microcristalino foi colocada sobre a raiz e margens ósseas circunjacentes. Uma membrana de politetrafluoretileno recobriu toda a superfície. O retalho foi posicionado coronalmente. Conseguiu-se cobertura radicular e ganho de inserção clínica. Acredita-se que o colágeno microcristalino e a membrana tenham criado espaço para a formação de um coágulo e posterior proliferação celular. Posteriormente em segundo espaço foi conseguido quando o colágeno foi reabsorvido. Alguns trabalhos mostraram formação de nova inserção conjuntiva, cimento e osso.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** regeneração tecidual guiada, colágeno microcristalino, membrana

**BARBIERI, D.S.V.; Isolamento e identificação de microorganismos em brinquedos utilizados em consultório. Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent. V.53, n.3, p. 243-48, MAI/JUN, 1999.**

Os brinquedos utilizados em clínica para distrair as crianças agem como reservatórios de agentes infecciosos porque eles são freqüentemente levados à boca e caem no chão. Esses microorganismos podem causar doenças num momento de baixa resistência da criança. Para o estudo foram utilizados 50 brinquedos de borracha divididos em grupos: 10 de clínicas particulares para adultos e crianças; 20 de consultório particular de crianças, 10 da clínica odontopediátrica pública de Curitiba,; 10 da da clínica pediátrica pública de Campinas. As amostras foram coletadas e colocadas em meios de cultura. Encontrou-se em todas as amostras bacilos gram+, bacilos gram -, esporulados, estafilococos. Os microorganismos estavam presentes porque o brinquedo não foi descontaminado efetivamente. Em 67% dos casos os brinquedos eram limpos com água e sabão e em 33% com álcool. 45% faziam limpezas semanais, 33% entre as consultas, 22% somente quando estavam visivelmente sujos. Vários desses microorganismos encontrados podem causar doenças nas crianças, por isso, orienta-se o uso de brinquedos de plástico que devem ser lavados com água e sabão e desinfetados com álcool 70% após cada consulta.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** brinquedos, contaminação, desinfecção



**CARDOSO, M.L.; FERREIRA,E.L.; VICENTE, V.A.; CARNEIRO,E.; Qualidade microbiológica de água utilizada em turbinas de alta rotação em três condições clínicas diferentes. Ass. paul. cirurg. Dent., v.53, n.5, p.387-93, SET/OUT, 1999.**

As tubulações e os reservatórios de água do equipamento odontológico podem ser uma fonte de contaminação que merece atenção especial. O objetivo deste trabalho foi avaliar o grau de contaminação existente na água para refrigeração das turbinas de três grupos de equipamentos: Grupo I – água proveniente de abastecimento público. Grupo II – água proveniente de reservatório onde também está acoplado o sistema de assepsia (flush). Grupo III – equipamentos onde a água destilada é colocada num reservatório externo. A água foi coletada antes e depois de procedimentos. As amostras foram colocadas em meios de cultura e foi feita a contagem bacteriana. No grupo I havia vários tipos bacterianos e não houve diferença entre a sua quantidade antes e depois dos procedimentos operatórios. No grupo II houve redução significativa de bactérias após o uso do flush e no grupo III houve aumento da contaminação bacteriana. Conclui-se que há contaminação da água das turbinas no seu interior e na parte externa. Há eficácia nos meios para minimizar a contaminação como os sistemas Flush e Bio System.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** contaminação, água do equipo, bactérias

**YATSUDA,R.A.; MATSON, E.; FERRAZ, C.; Raspagem dental sobre superfícies radiculares empregando instrumentos rotatórios e manuais. Ver. Ass. paul. cirurg. Dent., v.53, n.4, p.332-36, JUL/AGO, 1999.**

A instrumentação radicular é considerada um dos procedimentos fundamentais no tratamento periodontal. O objetivo deste trabalho foi comparar através de microscopia eletrônica de varredura as superfícies de raízes raspadas e alisadas com brocas multilaminadas e com limas periodontais. Vinte dentes com doença periodontal avançada foram instrumentados com campo aberto e extraídos para o estudo. Foram divididos em quatro grupos: 1-face mesial com broca; 2-face mesial com lima; 3- face distal com lima; 4- face distal com broca. Foram feitos os corpos de prova e analisados sob microscopia eletrônica de varredura. As limas deixaram menos quantidade de cálculo e placa bacteriana remanescentes após a instrumentação em comparação com as brocas. As brocas promoveram mais sulcos e marcas nas superfícies radiculares. As faces mesiais apresentaram menor quantidade de placa e cálculo devido maior facilidade de acesso.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** intrumentação radicular, limas periodontais, microscopia eletrônica de varredura

**HEILMAN, J.R.; et al; Assessing fluoride levels of carbonated soft drinks. J. Amer. Dent. Ass., v.130, n. 11, p. 1593-99, Nov. , 1999**

A fluorose dental ocorre com o consumo de altas doses de flúor. Esse flúor é proveniente de comidas e bebidas da dieta e algumas crianças podem consumir flúor vindo de refrigerantes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a quantidade de flúor de 332 refrigerantes. Foi marcado o local de produção desses refrigerantes. Depois de remover o carbono dos refrigerantes a quantidade de flúor foi analisada com um eletrodo específico e comparado a soluções padrão. Como resultados obtiveram níveis de flúor de 0,02 a 1,28 ppm e com uma média de 0,72ppm. O nível de flúor excedeu valor de 0,6ppm em 71% dos produtos. Os valores variaram muito dependendo do local de produção do refrigerante e não houve diferença significativa entre os sabores e entre refrigerantes normais e diet. Há um risco de consumidores de refrigerante desenvolverem fluorose, principalmente quando é receitado complemento de flúor na dieta em áreas não fluoretadas.

**Autor do resumo:** Carla Andreotti Damante

**Unitermos:** Flúor, refrigerantes, fluorose

**JOHAL,A. The relationship between Obstructive Sleep Apnoea and Dentistry. Dent. Update, v.25, n.9, november 1998**

A síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono é caracterizada pelo colapso recorrente das vias aéreas superiores durante o sono , levando a parada na respiração e ronco. Pacientes com esta síndrome tem um risco severo cardiovascular e complicações respiratórias secundárias para recorrente hipóxia, hipercapnia e a qualidade de vida dos sofredores a da sua família pode ser reduzida . Ocorre geralmente em homens obesos de meia idade podendo ocorrer em mulheres e crianças também. A etiologia da doença é devido a anormalidades anatômicas e funcionais, que levam ao ronco, fragmentação do sono, hipersonolência diurna, distúrbios neuropsicológicos e cardiovasculares, e até ao óbito. É diagnosticada através de exames polissonográficos que se mostrar mais de 10 episódios de apnéia por hora, de no mínimo 10 segundos, e desaturação de oxigênio maior que 4% caracterizam a síndrome. O cirurgião dentista tem grande importância no tratamento, juntamente com uma equipe multidisciplinar pode atuar em confecções de próteses orais fazendo o reposicionamento anterior da língua e da mandíbula, ou na realização de cirurgia ortognática , que faz o reposicionamento da maxila e mandíbula, aumentando o espaço aéreo faríngeo.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** apnéia, próteses orais, cirurgia ortognática

**VOGEL,L.D. When children put their fingers in their mouths.  
Should parents and dentists care? NYSDental Journal, v.64,  
n.2, p.48-53, february 1998.**

Hábitos orais como chupar dedo, roer unhas, auto-mutilação pode causar danos às estruturas da boca, ao próprio dedo, e ainda pode propagar doenças infecciosas. Os tipos de danos que podem causar na estrutura alveolar quando a criança chupa os dedos são mordida aberta, inibição da erupção normal dos incisivos, curvatura para fora dos incisivos maxilares, inclinação lingual dos incisivos mandibulares, estreitamento maxilar, mordida cruzada posterior; já quando a criança roe as unhas pode causar reabsorção da raiz, facetas nos dentes, e quando a criança intensionadamente coloca a unha dentro do sulco gengival provoca inflamação e exposição das raízes dos dentes. No dedo, devido ao repetitivo movimento de molhagem e secagem, incluem rachadura, fissura, liquenificação da pele e propagação de doenças. Geralmente esses hábitos são devido a ansiedade, stress, medo, fome, timidez, fadiga, dentição, ou por problemas psicológicos; o tratamento inclui tanto ajuda de médicos, psicólogos, dentistas e dos pais. Os dentistas têm como dever informar aos pais as conseqüências desses hábitos e precisam estar instruídos para quando o hábito é parte do desenvolvimento normal da criança ou quando é patológico e precisa ser parado.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** hábitos orais, danos a estrutura dentoalveolar, doença infecciosas.

**MELO,R.E.V.A.,WEISMANN,R. Doença de Paget Rev. Odonto  
Ciência, v.13, n.25, p.103-114, 1998.**

A doença de Paget, ou osteíte deformante, é uma condição crônica, lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, no entanto, atribui-se ter origem numa disfunção dos osteoclastos. É uma doença rara antes dos 40 anos, tem freqüência de 1 a 3% em caucasianos após 50 anos de idade, quase não observada em negros e asiáticos e afeta ambos os sexos. Ambos os maxilares são atingidos e a maxila é a mais freqüentemente envolvida do que a mandíbula, de uma forma bilateral e simétrica. A doença provoca um aumento do esqueleto facial, com alterações intra-buciais, como o mal posicionamento dos dentes, distúrbios oclusais, e um aumento dos processos alveolares. Complicações são relatadas à deformidade tais como debilidade óssea, lesões neurológicas, fraturas patológicas e transformação maligna para osteosarcoma. O profissional tem a responsabilidade de acompanhar todas as características clínicas dos dentes e tecidos de sustentação, toda sintomatologia dolorosa do paciente, tentando minimizar os processos inflamatórios e a evolução da doença.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa  
**Unitermos:** doença de Paget, osteoclastos



**BOTCHWAY,C. Tongue piercing and associated tooth fracture.  
Can.Dent.Assoc.Journal, v.64, n.11, p. 803-5, december 1998.**

Piercing intra-oral , inserção de uma jóia dentro dos tecidos moles orais incluindo lábios, bochecha e língua, geralmente é feito sem o uso de anestésico. Hoje em dia, vemos uma grande incidência de adeptos ao piercing oral, no conceito de saúde pessoal, estão associados a riscos, que incluem dano a dentição, infecção, impedimento da fala, dor, formação de cistos, formação de hematomas, neuroma, dano ao nervo, perda de gosto, insensibilidade, fratura de dentes, entre outros. Em alguns casos, os clientes não recebem instruções de cuidados suficientes, como evitar fumo, álcool, e comidas condimentadas, colocando-os portanto a um grande risco de complicações pós-operatória. Devido a muitos casos de dentes fraturados e todos esses riscos que os pacientes se queixam nos consultórios odontológicos, pensa-se hoje principalmente na América do Norte em fazer uma campanha contra a colocação de piercing, enfocando os riscos e cuidados que devem ser levados em conta.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** piercing intra-oral, riscos, cuidados..

**JENKINSON,H.F., DYMOCK,D. The microbiology of periodontal disease. Dental Update, v.26, n.5, p.191-7, June 1999.**

As doenças periodontais são resultados de uma mistura de infecções bacterianas em que ambas as barreiras de resistência do hospedeiro e interações bacterianas são importantes. Este artigo relata os recentes estudos sobre a microbiologia da doença periodontal que irão ajudar o clínico na identificação microbiana e na decisão de um tratamento antimicrobiano apropriado. Aproximadamente 10 espécies bacterianas são fortemente relacionadas com várias formas de doenças periodontais, embora existam outras espécies de relevante importância que não podem ser cultivadas; novas tecnologias tem mostrado a patogenicidade das espécies bacterianas e seus mecanismos de ação dando ênfase à *A. actinomycetemcomitans* e *P. gingivalis*. Este estudo também mostram as projeções futuras para controlar essas bactérias como: desenvolvimento de vacina para imunização ativa contra *P. gingivalis*; desenvolvimento de métodos para imunização passiva contra colonização oral de bactérias periodontais; projetos de novas drogas inibitórias. Tudo isso em prol das emergências dos tratamentos terapêuticos para doenças periodontais no começo do século XXI

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** Microbiologia, doença periodontal.

**KUPIETZKY,A., BLUMENSTYK,A. Comparing the behavior of children treated using general anesthesia with those treated using conscious sedation. ASDC J.Dentistry for Children., v.65, n.2, p.122-7, March-April 1998.**

Para a maioria dos tratamentos restauradores dentários em crianças muito jovens são geralmente usados 2 métodos de condicionamento do paciente: anestesia geral e anestesia local. A anestesia geral tem o sucesso de minimizar o trauma psicológico, e a anestesia local embora a criança estar com uma sedação consciente, ela não tem nenhuma experiência de dor, mas somente um mínimo desconforto. Neste estudo foi analisada a hipótese de que a anestesia local usada com limitações poderia afetar negativamente no comportamento dental das crianças, em relação às crianças que se submetem ao tratamento com anestesia geral. Foram analisadas 54 crianças, com idade de 36 a 72 meses, e que nunca tiveram experiência dental antes. Os resultados mostraram que estatisticamente não houve significantes diferenças de comportamento entre os dois grupos, possibilitando concluir que a anestesia local com limitações físicas não afetam o futuro comportamento dental de forma negativa, e sugere que as crianças submetidas a anestesia local irão lembrar do tratamento, mas a maioria não verá isso como uma dificuldade nem como uma situação ruim, e sim, desenvolver-se-ão pacientes cooperadores e até interessados.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** comportamento, anestesia geral , anestesia local.

**BARBIERI,D.S.V.,DUARTE D.A.,HIGUTI,I.H.,VICENTE,V.A.**  
**Isolamento e identificação de microrganismos em**  
**brinquedos utilizados em consultórios. Revista da APCD,**  
**v.53, n.3, p.243-48, Maio/Junho 1999.**

Durante as consultas odontopediátricas é comum oferecer brinquedos a crianças pequenas como forma de condicionamento psicológico, este estudo mostra o risco de contaminação cruzada que isso pode causar, já que ao manipular esses brinquedos, as crianças as leva à cavidade bucal, deixa-os cair, e os coloca de novo na cavidade bucal, funcionando assim como reservatórios de agentes infecciosos. Foram então analisados 50 brinquedos de borracha de clínicas particulares e públicas nas cidades de Curitiba e Campinas após avaliadas as amostras foram detectadas bacilos Gram-positivos esporulados e não esporulados, cocos gram-positivos(estafilococos) e bacilos gram-negativos do grupo coliformes , concluindo que há necessidade de uma rotina de desinfecção dos brinquedos oferecidos durante o tratamento odontológico, sendo o ideal que essa medida fosse realizada após cada consulta, para que isso não se torne risco para os pacientes pediátricos, já que esses pacientes ainda não apresentam resistência imunológica madura.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** controle de infecções, brinquedos, microbiologia

**PADILHA,D.M.P.et al. Odontogeriatría na Universidade:para não perder tempo. Revista da Fac. Odont. Porto Alegre, v.39, n.1,p.14-16, Julho/1998.**

A Odontogeriatría é considerada a odontologia do futuro, isso se deve ao aumento da expectativa de vida nos últimos anos, principalmente nos países subdesenvolvidos como o Brasil. O artigo visa a importância da incorporação da Odontogeriatría nos currículos de graduação e pós-graduação em Odontologia, na intenção de formar profissionais capazes de implementar melhorias na condição de vida de uma população em envelhecimento, e relata ainda as alterações estomatológicas mais frequentes em pacientes idosos. Devido as próprias características de cada paciente é necessário que o profissional odontológico tenha conhecimento em diagnosticar alterações bucais fisiológicas e patológicas, diagnosticar doenças sistêmicas e reconhecer reações às drogas. O profissional deve ainda preencher requisitos técnicos, científicos e psíquicos, ele deve adaptar-se ao paciente, assim como tratando de uma criança, deve exibir paciência , autocontrole, ter sensibilidade com problemas especiais, dar orientação preventiva e acima de tudo respeitá-los.

**Autor do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** odontogeriatría

## **INTEGRAÇÃO PREVENÇÃO-RESTAURAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**Apresentadoras:** Ana Raquel Benetti

Milena Souza Gomes da Costa

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Na preocupação de avaliar o paciente integralmente, o cirurgião dentista deve estar atento à saúde geral do indivíduo. Sendo assim, a primeira atitude de um tratamento integrado deve ser um exame completo, tanto físico como através de uma anamnese bem feita. Nesta fase inicial, o profissional deve observar o estado de saúde bucal do paciente e avaliar a necessidade de intervenções nas diferentes áreas da Odontologia, desde que esteja ao alcance do clínico geral. O tratamento consiste de três fases distintas: preparatória, restauradora e de manutenção. Na fase preparatória adequamos o paciente inicialmente para receber o atendimento odontológico, verificando a necessidade de um tratamento de urgência, ou através de uma raspagem, remoção de bordas irritantes de restaurações, remoção de cárie e selamento provisório, ajuste oclusal, cirurgia periodontal, pequenos movimentos ortodônticos, eventuais exodontias ou endodontias além de instrução de higiene oral. Aí cabem também medidas preventivas, dentro dos diferentes níveis de prevenção e de acordo com o risco de cárie ou doença periodontal que o paciente apresenta, sempre ressaltando a importância da educação e prevenção. Então faz-se uma reavaliação do estado bucal para que se possa iniciar a etapa restauradora, na qual selecionamos o material e planejamos a realização da restauração, seja estática, em amálgama, restauração fundida ou provisória. Depois de realizada a fase terapêutica, o paciente deve ser considerado como tendo suas estruturas dentárias, gengivais, periodontais e periapicais em condições normais. Por isso a manutenção e controle são extremamente importantes e não devem se restringir apenas às estruturas dentais, mas se estender também aos tecidos periodontais. O retorno periódico depende do risco do paciente



# Seminários

## **Seleção de cor em Prótese Fixa.**

**Apresentadores:** Lígia B. Schmitd

Rodrigo Piozzi

**Orientador:** Prof. Luiz Ramos Jr.

Nos dias de hoje a demanda por tratamentos estéticos é muito grande e os pacientes passaram a ser muito mais exigentes com relação à qualidade do tratamento oferecido. Portanto, a seleção de cor, não só em prótese, mas também nos procedimentos restauradores, tem se tornado uma etapa indispensável no tratamento e que precisa ser realizada com atenção. A escolha de cor dos dentes artificiais de uma prótese é um procedimento que muitos julgam difícil, talvez pelo desconhecimento dos princípios básicos de cor e da forma como essa cor se expressa através da dentina e do esmalte. A falta desse conhecimento torna o procedimento muito pessoal e não científico. O objetivo desse seminário é, através de um caso clínico, mostrar a maneira correta de escolher as cores dos dentes protéticos levando em consideração os componentes básicos das cores (matiz, croma e valor), e também suas variações pela influência de agentes externos, como iluminação e o próprio observador.

## **FLUOROSE: causa, diagnóstico e tratamento**

**Apresentadoras:** Ana Raquel Benetti

Érica Del Peloso Ribeiro

**Orientadores:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Prof. Dr. José Mauro Granjeiro

Prof. Dr. Gerson Francisco de Assis

Profa. Dra. Vanessa Soares Lara

A fluorose é um distúrbio que ocorre durante a formação dos dentes quando há concentrações excessivas de flúor no organismo por um período prolongado. Clinicamente observam-se manchas ou linhas brancas por toda a extensão do dente, que podem após a erupção levar à incorporação de pigmentos ou até mesmo à fraturas do esmalte. Sua severidade está diretamente associada à quantidade de flúor ingerida durante a organização do esmalte, e está classificada em vários níveis. O diagnóstico deve ser feito de preferência quando a superfície dental estiver limpa e seca, principalmente nos casos mais leves de difícil visualização. A incidência e gravidade da fluorose dental pode estar afetada pela absorção de flúor pelo corpo, a concentração de flúor na água potável, a temperatura ambiente ou ainda pela presença de fatores sociais, culturais e econômicos que determinem a ingestão em maior frequência de alimentos e bebidas ricos em flúor. O tratamento das manchas de fluorose variam conforme a severidade e são praticamente estéticos. Podem-se obter resultados com micro-abrasão, clareação, restaurações de resina composta ou até mesmo a colocação de facetas estéticas e coroas. Sabendo como e porquê a fluorose ocorre, o profissional deve estar preparado para orientar sua comunidade a aproveitar os benefícios do flúor no combate às cáries sem, no entanto, expô-la a risco de fluorose.

## **Propriedades dos materiais restauradores e suas implicações clínicas**

**Apresentadoras:** Helena Maria Rosa  
Andréia Dias

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Dentre as propriedades dos materiais restauradores, algumas são consideradas ideais como a biocompatibilidade, baixa condutibilidade térmica e elétrica, capacidade anticariogênica, estética, facilidade de manipulação, adaptação marginal, propriedades mecânicas adequadas, baixo custo, longevidade da restauração e coeficiente de expansão térmica linear próximo do dente. É praticamente impossível dentre os materiais, um que possua todas essas propriedades. Então, é necessário que se tenha um critério de seleção para cada material, em que os principais fatores observados devem ser a resistência e a estética. Fatores complementares como a extensão do preparo em superfície e em profundidade, volume da câmara pulpar, morfologia dentária, acesso e visibilidade, fator econômico, localização da margem gengival também devem ser avaliados. Características e procedimentos clínicos de cada material como amálgama, resina composta e cimento de ionômero de vidro devem ser analisados, pois o sucesso de um tratamento restaurador não implica somente na utilização de uma técnica adequada, mas também no conhecimento do profissional das propriedades, características e aplicações clínicas de cada material restaurador

## **DENTIFRÍCIOS: Você sabe indicá-los?**

**Apresentadores:** Ana Raquel Benetti

Rodrigo Piozzi

**Orientadora:** Profa. Dra. Marília Ribeiro Afonso Buzalaf

Há muitas dúvidas a respeito dos diversos tipos de dentifrícios existentes no mercado quanto à sua composição, seus ingredientes ativos e qual a melhor maneira de indicá-los. Os dentifrícios fluoretados foram os primeiros agentes efetivos no controle da cárie dental, e à medida que novas necessidades surgiram no mercado, os fabricantes passaram a buscar novos cremes dentais que oferecessem ações terapêuticas diversas. Atualmente há dentifrícios comercializados para controlar a formação de cálculo dental, outros que prometem dentes mais brancos e brilhantes. Existem ainda as pastas que garantem a diminuição da sensibilidade dentinária ou o alívio do ressecamento das mucosas em pacientes xerostômicos. Há produtos naturais que têm em sua composição extrato de plantas de capacidade antimicrobiana e anti-inflamatória. Atualmente, foram lançados no mercado os dentifrícios multi-ação, que combinam vários ingredientes ativos para uma terapia mais completa. Dentre os vários géis e cremes dentais encontrados no mercado, é preciso que o cirurgião dentista conheça sua atuação para que possa indicá-los de acordo com a necessidade de cada paciente.

## **Tratamento Odontológicos de Pacientes Fissurados.**

**Apresentadores:** Ana Raquel Benetti

Evelyn Mikaela Kogawa

**Orientadora:** Profa. Dra. Inge Kiemle Trindade

No cuidado dos pacientes portadores de fissuras lábio-palatais, a reabilitação oral se dá através de um tratamento integrado. Mas quanto ao tratamento odontológico propriamente dito, é essencial controlar estes pacientes para prevenir a cárie, pelo perigo de contaminação da ferida cirúrgica. Há várias dificuldades quanto a isso já que estes pacientes têm maior permissividade ao açúcar, os pais geralmente dão maior importância ao aspecto cirúrgico propriamente dito e muitas vezes estes pacientes apresentam dificuldade de higienização por terem dentes mal posicionados, cicatriz cirúrgica do lábio e pelo receio dos pais de tocar a área da fissura. Estes pacientes devem ser orientados quanto ao mecanismo de instalação da cárie e quanto à higiene bucal. É importante que o dentista demonstre como deve ser feita a higienização. Geralmente o dentista tem dúvidas no tratamento odontológico destes pacientes, principalmente na hora do isolamento, que deve ser absoluto, e da anestesia no local da fissura. A anestesia deve seguir o longo eixo do dente em questão, e o dentista deve estar atento para preservar os dentes na área da fissura, já que o osso alveolar precisa ser preservado. O clínico geral precisa conhecer o paciente fissurado, para que esteja pronto a atendê-lo e orientá-lo, diminuindo assim a ansiedade dos pais.



## **Fonoaudiologia x Odontologia: uma abordagem multidisciplinar**

**Apresentadoras:** Érica Del Peloso Ribeiro  
Nicole Kawauchi

**Orientador:** Prof. Dr. Omar Gabriel da Silva Filho

A proposta desse seminário foi mostrar a importância da multidisciplinariedade envolvendo Fonoaudiologia e Psicologia, no tratamento da má-oclusão, que pode ser causada pelos hábitos bucais deletérios, como os hábitos de sucção digital e de chupeta, a respiração bucal e a interposição de língua. A relação Ortodontia/Fonoaudiologia é essencial para o sucesso do tratamento, já que os músculos desempenham a função modeladora do osso. A Fonoaudiologia realiza uma terapia denominada miofuncional que além de evitar as recidivas, após a retirada do aparelho, elimina as forças musculares contrárias ao tratamento ortodôntico. Uma outra preocupação, relaciona-se à Psicologia, pois cabe ao cirurgião-dentista distinguir se a criança precisa de um apoio emocional para a retirada do hábito. Sempre tendo em mente, que mais importante do que a correção precoce da má-oclusão é o perfeito desenvolvimento emocional da criança. Essa terapia multidisciplinar inicia-se com a anamnese, com o objetivo de identificar os hábitos de sucção. Faça-se então o exame clínico, para avaliar as posturas de repouso dos lábios e língua. Avalia-se também as funções da respiração, deglutição e fonação. Tudo isso é importante porque o paciente deve ser avaliado e tratado como um todo.

## **"Uma Visão Panorâmica das Técnicas Regenerativas na Periodontia e Implantodontia"**

**Apresentadores:** Rodrigo Piozzi  
Érica Del Peloso

**Orientador:** Prof. Daniel Resnde

A regeneração na periodontia consiste na neoformação de todo o aparato periodontal perdido durante a fase destrutiva da doença periodontal, isso significa na neoformação de cemento, osso alveolar e ligamento periodontal. A regeneração na implantodontia consiste na formação de um novo tecido ósseo, para suprir as necessidades estéticas e biomecânicas aumentando a longevidade dos implantes. As técnicas atuais são a regeneração tecidual guiada, enxerto ósseo, enxerto de materiais sintéticos, fatores de crescimento ósseo, proteínas morfogenéticas ósseas e a combinação das técnicas. As três primeiras técnicas citadas anteriormente já estão em pleno uso, enquanto as outras duas estão em fase de testes em animais, sendo ainda necessário, estudos mais prolongados. As técnicas regenerativas terá o sucesso diretamente relacionado com a anatomia do defeito e da área de ligamento periodontal ao redor do defeito ósseo. Uma das técnicas muito utilizadas é a regeneração tecidual guiada na qual se utiliza uma barreira mecânica para inibir fisicamente a proliferação dos tecidos gengivais (epitelial e conjuntivo) para o interior do defeito ósseo permitindo a colonização seletiva da área. Os enxertos ósseos e sintéticos também tem sido utilizados devido a sua capacidade osseogênica, osseoindutora e osseocondutora agindo também na manutenção do defeito ósseo pré-existente e exclusão do tecido epitelial. Podemos concluir então que usando técnicas adequadas e seguindo os cuidados durante a cirurgia e no pós-operatório, o prognóstico poderá ser bem favorável devido a evolução das técnicas e da associação das vantagens de cada uma.

## **Oclusão: Conceitos e Aplicações**

**Apresentadoras:** Érica Del Peloso Ribeiro

Lígia Buloto Schmitd

**Orientadores:** Paulo César Conti

Rafael Lia Mondelli

A oclusão é um fator crítico de sucesso em qualquer procedimento que vise a reabilitação do sistema estomatognático. Em função disso, procurou-se fazer uma revisão dos conceitos básicos de Oclusão e discutir o papel desse fator crítico na Dentística, Prótese, Ortodontia e Cirurgias Corretivas e Ortognáticas. Todas essas especialidades são importantes para o reestabelecimento do equilíbrio oclusal, sendo que esta última reestabelece a oclusão, mudando a relação entre as arcadas. A Ortodontia muda a posição dos dentes e a Prótese de forma mais elementar altera a oclusão porque repõe dentes. Já a Dentística, consegue reestabelecer a guia canina e incisal e através de simples restaurações pode alterar pontos de contato e até mesmo criar contatos prematuros ou interferências oclusais. Em função disso, é importante a checagem da oclusão antes e após o tratamento. Mas, quando fala-se em equilíbrio oclusal (principal fator na escolha da oclusão terapêutica), isso não significa que devemos seguir, exclusivamente, os padrões da oclusão ideal, que são: forças no longo eixo do dente, pontos posteriores bilaterais simultâneos, guias laterais e anterior, DVO (dimensão vertical de oclusão) adequada, e MIH coincidente com RC. Um exemplo disso, é que quando a oclusão não está prejudicando o sistema estomatognático e em casos de elementos unitários e PPF unilaterais, a posição de trabalho é MIH e não ORC (MIH=RC). Assim, fica claro que a oclusão é fator multidisciplinar essencial na saúde do sistema estomatognático.

## **Doenças Infecto-contagiosas X Acidentes Perfuro-Cortantes**

**Apresentadoras:** Evelyn Mikaela Kogawa  
Nicole Kawauchi

**Orientadores:** Profa. Dra. Odila P. da Silva Costa  
Prof. Dr. Luiz E. M. Chinellato

Em vista as várias doenças infecto-contagiosas que podem ser transmitidas no ambiente odontológico, neste trabalho visamos orientar aos profissionais a conduta após acidente com instrumentais perfuro-cortantes e a prevenção destes, já que esses são frequentes e sua ocorrência, na maior parte dos casos, estão diretamente ligadas a não observância das normas de Biossegurança. A Hepatite, Herpes e AIDS são as doenças mais preocupantes, já que são transmitidas via sangue e secreções salivares, foram então enfocados os meios de prevenção, controle de infecções, e uma especial atenção ao diagnóstico de manifestações bucais e sistêmicas específicas ao portador do vírus HIV, ao tratamento e aos princípios éticos fundamentais ao atendimento odontológico. Visto que a política atual da Saúde considera todo e qualquer paciente (independente da idade) como portador de vírus patogênicos em seu sangue, com possibilidade de transmiti-los, e a recomendação da profilaxia anti-viral dentro de duas horas do acidente com instrumentos perfuro-cortantes contendo sangue, relatamos a conduta realizada na Faculdade de Odontologia de Bauru frente a estes tipos de acontecimentos nas dependências de suas clínicas, tal como a quimioprofilaxia, a atenção médica, aconselhamento, prevenção de transmissão secundária, apoio psicológico e avaliação sorológica no momento do acidente. Os cirurgiões-dentistas, como qualquer profissional da saúde, devem ter consciência dos riscos da profissão e saber lidar com prudência a esses ocorridos, sendo o melhor meio de solução: a prevenção!

**Honorários Odontológicos: como cobrar justa e corretamente?**  
**Apresentadores:** Aline Franco Siqueira  
Paulo Ricardo Baleirine  
**Orientador:** Prof. Arsenio Sales Peres

O cirurgião-dentista, como qualquer indivíduo que trabalhe tem direito a receber pagamento pelo serviço prestado. Só que no momento da fixação dos honorários odontológicos muitos profissionais ou cobram um valor extremamente alto ou baixo. Isso ocorre até mesmo por inexperiência do profissional. Até pouco tempo atrás era reduzido o número de cirurgiões-dentistas que valorizavam seu trabalho, conscientes do valor econômico que eles representavam e, muitas vezes, passava-se uma vida profissional inteira sem nenhum reconhecimento da sociedade e, via de regra, com rendimento abaixo do merecido. Os honorários devem ser baseados também numa análise do público que será atendido (classe social) e a média dos outros cirurgiões-dentistas de sua região com iguais instalações e nível de pacientes; não deve ficar extremamente preso a tabelas. Os problemas monetários também prejudicam a qualidade do tratamento que você oferecerá aos seus pacientes. Então, os cirurgiões-dentistas devem receber remuneração por seu trabalho de forma digna e condizente ao valor de seus serviços e grau de responsabilidade assumida com seu paciente em relação ao tratamento proposto.

## **Opções restauradoras para perdas dentárias parciais e unitárias**

**Apresentadoras:** Evelyn Mikaela

Helena Maria Rosa

**Orientador:** Prof. Dr. Carlos Eduardo Franscischone

Dentre as opções restauradoras, temos hoje, com grande avanço da Odontologia, o implante. Este vem como alternativa para as próteses parciais fixas convencionais, para as próteses parciais removíveis e para as próteses totais no reestabelecimento de suas perdas dentárias. Há uma conexão direta, estrutural e funcional entre o osso vital organizado e a superfície do implante de titânio capaz de receber carga funcional. Esta osseointegração depende de fatores como a biocompatibilidade do material, uma técnica cirúrgica meticulosa, a qualidade da prótese e incidência de cargas, a qualidade de implantação, entre outros. Se todos esses princípios forem seguidos, o percentual de sucesso clínico a longo prazo é de aproximadamente 95% para a mandíbula e 85% para a maxila. Quando se pensava nas classes I, II, III e IV de Kennedy, pensava-se em P.P.R.. Já com a possibilidade do implante, é preciso analisar cada situação: o paciente, sua condição econômica, suas necessidades para escolher o tratamento restaurador mais adequado. Neste seminário apresentar-se-ão casos clínicos melhor selecionados para cada caso.



## **Higiene Bucal: qual o método é mais adequado a você e aos vários pacientes?**

**Apresentadoras:** Aline Franco Siqueira

Carla Andreotti Damante

**Orientadores:** Prof. Sebastião L. A. Greggi

Daniel Romeu Benchimol de Resende

Como definição, prevenir é dispor antecipadamente, preparar, precaver, antecipar-se, de modo que se evite o dano ou mal, impedindo-o que se concretize. Baseados na própria conceituação é importante transladar estes valores para o conhecimento clínico odontológico no sentido da prevenção e manutenção. De acordo com a necessidade de cada paciente, pode-se lançar mão de vários recursos para a higienização: evidenciadores e corantes, escova dental, escova interproximal, fio e fita dental, alça ou passador de fios, escova unitufo, escova elétrica, dentifrícios, palitos, estimuladores, massagem, hidroterapia, controle químico da placa. O controle químico da placa pode ser conseguido através de vários agentes tais como: clorexidina, fluorestos, óleos essenciais (Listerine), agentes oxidantes, compostos quaternários de amônia (Cepacol), triclosan e sais minerais (Plax).

## **Considerações sobre o uso de pilocarpina e de saliva artificial em pacientes xerostômicos.**

**Apresentadoras:** Milena S. G. Costa

Juliana Bertoldi Franco

**Orientadores:** Prof. Dr. José Humberto Damante

Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Olinda Tárzia

Procurou-se mostrar quais são as causas que levam a um quadro de xerostomia, bem com apresentar os sinais e sintomas clínicos provocados pela diminuição ou mesmo ausência da saliva, presente em pacientes xerostômicos e como esses seriam tratados fazendo uso de Pilocarpina ( medicamento parassimpatomimético), mostrando seus efeitos colaterais, contra-indicações e a forma de dosagem que estimula secreção das gl. salivares; além da utilização de saliva artificial como um meio alternativo para devolver a estes pacientes os componentes e funções da saliva. O quadro de xerostomia apresenta diversas causas, entre elas está incluída a Síndrome de Sjögren, cujas manifestações clínicas são representadas por uma tríade: xerostomia, ceratoconjuntivite seca e colagenoses. Dentre as colagenoses, a mais comum nessa síndrome é a artrite reumatóide. A síndrome, no entanto, é dividida em primária ou Síndrome Seca, quando o paciente apresentar apenas secura das mucosas, principalmente, xerostomia e xerofthalmia; e em secundária, na qual além dos sintomas da primária, há a presença de colagenoses. O diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas clínicos, e nos exames complementares: biópsia das gl. salivares menores do lábio inferior, testes de fator reumatóide e sialografia. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as sialodentes, devido ao mesmo sinal clínico de tumefação da gl. parótida observado nos pacientes xerostômicos. Portanto, o teste de fluxo salivar é de extrema importância no exame clínico de qualquer paciente.

## **Relação entre problemas posturais e Disfunção Temporomandibular**

**Apresentadoras:** Helena Maria Rosa

Nicole Kawauchi

**Orientador:** Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti

A disfunção temporomandibular (DTM) afeta uma parte variável da população, trazendo sinais e sintomas desagradáveis que podem levar a procura de tratamento. Dentre os 80 a 90 % dos indivíduos que apresentam sinais e sintomas, somente 5% procuram tratamento. A DTM é de etiologia complexa, tendo como fatores a oclusão, fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão, trauma articular, fatores nutricionais, desordens do sono e postura cervical incorreta. O sistema craniomandibular é um componente integrante do Quarto Superior, que é basicamente composto por cabeça, pescoço e cintura escapular. A postura depende do grau relativo da atividade entre a musculatura anterior e posterior e da faixa de adaptação necessária para compensar agentes estressantes que podem levar a uma hiperatividade muscular. Uma das anormalidades posturais do quarto superior é a postura anterior da cabeça com ou sem rotação posterior craniana que tem como sintomas: aumento da dor craniofacial, aumento da tensão sobre a musculatura supra-hióidea, hiperatividade dos músculos mastigadores, pode levar a uma posição anormal da língua, projeção anterior e mordida aberta anterior. Devido a complexidade biomecânica da postura, alterações em uma dessas unidades podem interferir na organização postural, que por sua vez, pode interferir no sistema CM levando a disfunção. O melhor tratamento é através da conscientização do paciente e uma interação multidisciplinar entre cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e psicólogos.

## **Osteorradioneecrose em Pacientes pós-irradiados na Região de Cabeça e Pescoço.**

**Apresentadores:** Juliana Bertoldi Fanco

Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Orientadora:** Profa. Dra. Ana Lúcia Álvares Capellozza

Há certos pacientes que podemos considerar como especiais, que devem receber um tratamento diferenciado dos demais. Estes pacientes são aqueles que irão sofrer ou que já sofreram radioterapia de cabeça e pescoço. Este seminário abordou quais são os tratamentos que o cirurgião dentista deve fazer antes, durante e após a radioterapia com o objetivo de evitar a ocorrência da Osteorradioneecrose, que é a exposição do tecido ósseo necrótico na cavidade bucal, explicando que este fato ocorre pela formação de um tecido hipóxico, hipocelular e hipovascularizado, sendo estas condições produtos dos Raios X proveniente da radioterapia. Abordou também quais seriam os procedimentos que devem ser realizados quando um paciente que já sofreu radioterapia deve ser submetido a fim de evitar a ocorrência de Osteorradioneecrose, sem contar os tratamentos utilizados para o tratamento da própria. Mas o principal objetivo deste seminário foi no sentido da conscientização dos profissionais no sentido da prevenção, ou seja, para fazer um tratamento antes, durante e após a radioterapia, para evitar a Osteorradioneecrose e aliviar a dor e os problemas que a radioterapia traz para o paciente.

## **Propriedades dos materiais restauradores e suas implicações clínicas**

**Apresentadoras:** Helena Maria Rosa  
Andréia Dias

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Dentre as propriedades dos materiais restauradores, algumas são consideradas ideais como a biocompatibilidade, baixa condutibilidade térmica e elétrica, capacidade anticariogênica, estética, facilidade de manipulação, adaptação marginal, propriedades mecânicas adequadas, baixo custo, longevidade da restauração e coeficiente de expansão térmica linear próximo do dente. É praticamente impossível dentre os materiais, um que possua todas essas propriedades. Então, é necessário que se tenha um critério de seleção para cada material, em que os principais fatores observados devem ser a resistência e a estética. Fatores complementares como a extensão do preparo em superfície e em profundidade, volume da câmara pulpar, morfologia dentária, acesso e visibilidade, fator econômico, localização da margem gengival também devem ser avaliados. Características e procedimentos clínicos de cada material como amálgama, resina composta e cimento de ionômero de vidro devem ser analisados, pois o sucesso de um tratamento restaurador não implica somente na utilização de uma técnica adequada, mas também no conhecimento do profissional das propriedades, características e aplicações clínicas de cada material restaurador.

## **A importância da Periodontia no sucesso de tratamentos odontológicos diversos.**

**Apresentadoras:** Helena Maria Rosa

Aline Franco Siqueira

**Orientadores:** Prof. Dr. Sebastião L. A. Greggi

Prof. Dr. Roberto Brandão Garcia

Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

A periodontia é uma das áreas da Odontologia que mais tem inter relação com as demais disciplinas, pois o simples fato de que se as distâncias biológicas não forem mantidas, poderá haver um comprometimento de todo trabalho realizado. O sulco gengival tem, em média, 0,5mm em direção vertical e 0,15mm em direção horizontal. O epitélio juncional pode se estender de 1,0 a 1,5mm e a área de inserção conjuntiva também. A alteração dessas distâncias biológicas poderá causar mudanças no aspecto morfológico da gengiva e do tecido ósseo, levando à alterações nos valores de sondagem. Neste seminário serão apresentados vários casos de tratamentos integrados, mostrando em todos, a importância da periodontia no sucesso dos tratamentos. É imprescindível, que se tenha um conhecimento mínimo para saber fazer um bom diagnóstico e planejamento dos casos, trabalhar multidisciplinarmente, e ter um excelente resultado final.



## **LASER no Contexto Preventivo.**

**Apresentadoras:** Aline Franco Siqueira  
Juliana Bertoldi Franco

**Orientadoras:** PG. Daniela Rios  
PG. Livia Tenuta

Hoje o LASER é utilizado em diversas áreas da medicina e da odontologia. A mídia explora que o LASER seria o milagre, no qual os tratamentos seriam feitos sem dor e com menor tempo de recuperação. Na Odontologia, faz pouco tempo que o LASER é utilizado, sem contar que faltam estudos para comprovar a sua real eficácia e se não há injúrias as tecido pulpar. Neste seminário, abordamos as características físicas do LASER, ressaltando como ele é formado, suas principais propriedades, e a utilização do laser no diagnóstico de cáries, citando a utilização do aparelho “Diagnodent” da Kavo. No diagnóstico de cárie, o LASER só leva vantagem no diagnóstico de cáries oculta, no acompanhamento em casos de remineralização, para diagnósticos de lesões de mancha branca, etc... A desvantagem deste aparelho é que ele é impreciso, não consegue diferenciar uma lesão de mancha branca de uma lesão hipoplásica. Chegamos a conclusão que no diagnóstico de cárie, o LASER ainda apresenta suas limitações, sendo que ainda o melhor exame é feito com uma sonda exploradora, campo seco e visão bem afiada.

## **Clareamento de dentes vitais – riscos e benefícios**

**Apresentadores:** Carla Andreotti Damante

Paulo Ricardo Baleirine e Silva

**Orientador:** Rafael Francisco Lia Mondelli

A população tem dado muita importância a estética nos últimos anos. Por isso o clareamento vem sendo uma técnica muito utilizada e bem popularizada. Em dentes vitais utiliza-se dois tipos de técnicas de clareamento: a caseira e a de consultório. Na técnica do consultório utilizamos o peróxido de hidrogênio a 30% ou o peróxido de carbamida a 35%. As pigmentações dentárias são cadeias estáveis quimicamente e os agentes clareadores quebram essa estabilidade provocando a descoloração. Uma substância de baixo peso molecular flui pelos tecidos duros dentais provocando o clareamento. As indicações do clareamento são: manchas amarelas, cinzas, marrom claras, dentes escurecidos pela idade, por calcificação pulpar, manchas fluoróticas amareladas. Esse tratamento é contra-indicado em dentes com sensibilidade, doença periodontal, abfração, erosão/abrasão, trincas, dentes jovens onde a polpa pode ser agredida. O peróxido de hidrogênio a 30% é diluído em éter etílico na proporção de 5:1. Após o isolamento absoluto, o líquido é colocado em um algodão sobre os dentes e é aquecido a 52° por 20min. na primeira sessão e 30min nas seguintes. É feito um ataque ácido para aumentar a permeabilidade do esmalte. Quando se utiliza o peróxido de carbamida em gel, o aquecimento é de 10min para cada dente, troca-se o gel e aplica-se mais 10min de calor em cada dente. O tratamento deve ser repetido semanalmente com duração de 3 a 6 semanas. Na técnica caseira utiliza-se o peróxido de carbamida a 10%. O gel é colocado em uma moldeira confeccionada previamente. Deve ser usado de 3 a 4h por dia. O tratamento dura em média 4 semanas. Ao término do clareamento utiliza-se a moldeira com gel de fluoreto de sódio a 2% por 3 a 5 dias e os dentes devem receber polimento. O paciente não deve fumar nem ingerir alimentos que contenham corantes. O clareamento caseiro deve ser supervisionado e bem orientado.

## **Conhecendo o Paciente**

**Apresentadoras:** Juliana Bertoldi Franco

Lígia Buloto Schmitd

**Orientador:** Prof. Dr. Ernesto Pilotto

O nosso objetivo com este seminário foi resultar a importância da relação entre o Cirurgião-dentista e o seu paciente, no sentido de não só vê-lo como uma pessoa que tem um problema dentário, mas sim uma pessoa que além do seu problema necessita de atenção e explicação de acordo com o seu conhecimento sobre a odontologia e o seu nível sócio-econômico. Mostramos também que o sucesso do tratamento não provém somente dos conhecimentos científicos que o CD apresenta, mas sim do jeito como ele trata seus pacientes, fazendo com que eles levem o tratamento mais a sério e que confiem plenamente no profissional que os atende. Mostramos também as diversas situações que o CD é submetido na clínica com relação a perguntas, comportamento dos pacientes, etc... Concluimos com este, que o modo que tratamos nossos pacientes é de suma importância para o sucesso do tratamento odontológicos.

## **Tração ortodôntica: uma opção de tratamento multidisciplinar**

**Apresentadoras:** Carla Andreotti Damante

Evelyn Mikaela Kogawa

**Orientadores:** Daniel Romeu Benchimol de Resende

Prof. Sebastião Luiz Aguiar Greggi

A tração ortodôntica é uma opção de tratamento que auxilia várias disciplinas da odontologia. Está indicada para tratamento de invasão das distâncias biológicas de um dente ou pequeno grupo de dentes, áreas estéticas e casos de extração dental para preservação de tecido ósseo. Suas vantagens são: não comprometer o periodonto dos dentes adjacentes, preservar a estética, o que não se consegue com procedimentos conservativos, e por ser um tratamento conservador. Apesar de suas vantagens, é um tratamento de longo período, que requer controles freqüentes e uso de aparelhos para o tracionamento que incomodam o paciente. Após a tração, a maioria dos casos necessita de uma cirurgia periodontal corretiva para devolver o contorno ósseo e gengival da região, deixando-o proporcional aos outros dentes. Há dois tipos de tração. A rápida é usada em invasão das distâncias bilógicas por cárie, fratura, perfuração radicular, reabsorção externa. O objetivo dessa terapia é tirar a raiz do seu alvéolo expondo o agente agressor e deixando 3mm de raiz saudável para nova formação das distâncias biológicas. Extrui-se vários milímetros por vez e espera-se uma acomodação do peridonto por 3 a 5 dias antes da nova tração. Já a tração lenta objetiva movimentar todo o periodonto juntamente com a raiz para se resolver problemas periodontais. É usada também para extração dentária com preservação do osso de suporte. Nesse caso, traciona-se 0,5 a 1mm por vez e o período de acomodação é de 8 a 10 dias. Após o tracionamento o dente deve ser imobilizado com contenção rígida por 4 meses para que o periodonto se mantenha estável na nova posição. Antes desse tempo pode haver intrusão do dente tracionado. Deve haver acompanhamento radiográfico para observar formação de lâmina dura, espaço do ligamento periodontal e trabeculado ósseo com características normais. Foram apresentados casos de tração relacionados á várias disciplinas.

## **Aspectos básicos da cirurgia ortognática**

**Apresentadores:** Carla Andreotti Damante  
Paulo Ricardo Baleirine Silva

**Orientador:** Prof. Eduardo Sant'Ana

A cirurgia ortognática está indicada para pacientes portadores de problemas esqueléticos e/ou dento-alveolares cuja magnitude é excessiva para a resolução apenas com ortodontia. Após o planejamento do cirurgião é feita uma ortodontia pré-cirúrgica que visa alinhar e nivelar os dentes superiores e inferiores corrigindo as posições verticais e sagitais dos incisivos, coordenar arcos superiores e inferiores e estabelecer as inclinações axiais, méso-distais, vestibulo-linguais, permitindo obtenção de classe I para caninos e molares após a cirurgia. Ou seja, as anomalias dentárias são corrigidas pela ortodontia procurando posicionar os dentes com as bases ósseas e a discrepância esquelética é corrigida pela cirurgia. É feito todo o planejamento cirúrgico através de medições do rosto do paciente, análise de radiografias e análise do modelo. Faz-se uma cirurgia do modelo, onde o cirurgião deixa o modelo exatamente como se deseja o resultado da cirurgia para que se confeccione o guia cirúrgico que irá orientar a posição da maxila. Após a cirurgia são colocados elásticos intermaxilares na primeira semana pós operatória e o aparelho ortodôntico também serve como estabilizador. Apresentou-se casos de osteotomia multi-segmentada de maxila, osteotomia total da maxila ( Le fort I), osteotomia vertical intra-bbucal do ramo mandibular e cirurgia de mento.

# Índice de Autores de artigos



**A**

ABBADE, N.	14
ACHUTTI, M., A., C	49
ALENCAR JÚNIOR, F. G. P.	21
ALMEIDA, A.L.P.F	84
ALPÖZ, A.R.	71
ALVES, F. A.	14
ANDO, T.	09
ANDRADE, E.D.	61
ARAGONES, A.	13
ARENDORF, T.M	43
AZOUBEL, E.	47

**B**

BAELUM, V	75
BABOR, T.F	44
BARBIERI, D. S. V	38,86,96
BARBOSA, A.D.	29
BARROS, H.F.	15
BENTLEY, E.M.	12
BLUMENSTYK, A.	95
BONECKER, M.J.S.	82
BORKOWSKA, E.D	66
BOSCO, A.F.	85
BOTCHWAY, C.	93
BUSSADORI, C. M. C.	21

**C**

CAMPO, G.V	55
CAMPOS, D.L	59
CARDOSO, M.L.	87
CARNEIRO, E.	87
CARVALHO, A. S.	60
CASTRO, M. A .S.	19
CHRISTENSEN, G. J.	23
CLEVELAND, J. L	39
COLETTA, R.D.	14

CONCEIÇÃO, E.N.	53
CONTI, P.C.R.	67
CORRÊA, E.M.C	61
CREANOR, S. L.	78
CUNHA, R.F.	13
CURY, J. A.	60

## D

DARLING, M.R	43
DAVIDSON, C.L	25
DAVIES, R.M.	12
DELBEM, A.C.B.	13
DENBESTEN, P.K	58
DISCACCIATI, J.A.C.	63
DOUGLAS, W. H	65
DOVER, D.G.	31
DUARTE, D. A	38, 82, 96
DURAZZO, M.D	27
DYMOCK, D.	94

## E

EKUKLU, G.	68
ELLWOOD, R.P.	12
EPSTEIN, J. B.	32
ERONAT, N	71

## F

FALTIN, K.Jr	29
FARIA, A.R.	11
FARIAS, D.G	59
FEATHERSTONE, J	69
FEJERSKOV, O	75
FELIZER, A.J	25
FERRAZ, C.	88
FERREIRA, E.L.	87
FERREIRA, V.M.G	29
FONSECA, Y.P.C.	82

FRIED, D	69
FRIEDLANDER, D.A.	62

## G

GAGE, T. W.	33
GALEN, D. M.	17
GARG, A. K.	30
GIORGI, J.S.J.	56
GIORGI, M.S	56
GOLD, J.	44
GOLDSTEIN, L	44
GRANDO, L.J	51
GREGHI, S.L.A	84
GUEDES- PINTO, A,C	48

## H

HARRISON, J.M.A.	24
HAYAKAWA, Y.	26
HEILMAN, J.R.	89
HERSH, E. V.	33
HIGUTI, I. H	38,96

## I

INCA	28
------	----

## J

JENKSON, H.F.	94
JOHAL, A.	90
JORDAN, R.C.K.	31
JUNGE, T	46

## K

KANELIS, M. J	37
KANTOROWITZ, Z	69
K-C.MA, JULIAN	08
KILLOY, W.J.	83
KO, K.S.C.	31

KOCATAS, N	71
KRANZER, H.R	44
KUPIETZKY, A.	95
KWASHIE, F.	77

## L

LARSON, E.L	64
LEITE, I.C.G.	11,41
LEONARDIS, D. D	30
LEVY, S. M	37
LIMEBACK, H.	10
LOPES, M. A.	14,74
LORIATO, E. A.	79
LUSVARGUI, L.	80

## M

MACARINI, V.C.	85
MALTZ, M.	22
MANJI, F.	75
MARCELINO, G	40
MARINGONI, R. L.	05
MATSON, E.	88
MEDEIROS, G.V.	11
MEECHAN, J. G.	06
MEISNER, J.	24
MELO, R. E. V.A.	92
MENDES, M.M.S.G.	45
MEYEROWITZ, C	57
MISTRO, F. Z	76
MOIMAZ, S. A. S	40
MOORE, P. A	33
MOREIRA, M. M. S. M.	21
MOTTA, L.G	54

## N

NAGATA, M.J.H.	85
NEMETH, A.	77
NEVES, A.D.	63

NEWITTER, D.A	73
<b>O</b>	
OLASZ, L.	77
OLIVEIRA, A.A.	15
OLIVEIRA, S.G.	15
OZLÜ, Y	68
<b>P</b>	
PACHECO J. F. M.	07
PACHECO, J.P.M	53
PADAGRAKIS, P.	70
PADILHA, D. M. P.	97
PARDINI, L.C	16
PEDRAZZOLI, V.	30
PERCINOTO, C.	13
PERKINS, C.S	24
PIRES, L. A. G.	07
POI, I. C	36
POI, W. R	36
PORDEUS, I.	63
PORTO NETO, S. T.	81
<b>Q</b>	
<b>R</b>	
RANALI, J.	61
RECH, E.L	50
REIS, L. A.S.	36
RESENDE, D.R.B.	84
RISHIRAJ, B.	32
RODRIGUES, C.C.	11,41
ROSSI JR, A.	14
<b>S</b>	
SALIBA, C. A	40

SALIBA, N. A	40
SARMIENTO, R.V.	09
SCHLISSEL, E.R.	73
SCHNEIDER,R	53
SCHUMAN, N	42
SETCOS, J. C	34
SHEPHERD, N. J.	18
SMITH, C. T	42
STIVAL, E.M.S.	16
STIVAL, M.C.	16
SUSIN, A., H	49
SUZUKI, S.	34

### T

TAMES, D	51
TAMES, D.R.	51
TANTBIROJN, D	65
TARIM, B.	34
THARIANI, H	58
TOLEDO, O.A	59
TUMENAS,I.	55

### U

### V

VALIATI R.	52
VERSLUIS, A	65
VICENTE, V. A.	38,87,96
VOGEL,L.D.	91

### W

WARREN, J. J	37
WATSON, G.E.	57
WATTS, T.L.P	66
WEINMAN, J	66
WEISMANN,R.	



WOLFF, M.S 73

**X**

**Y**

YAGIELA, J. A 33  
YATSUDA, R. A 88  
YELLOWITZ, J. 72  
YILMAZ, S 68

# Índice por Assuntos

**A**

Abcessos cervicais	27
Abrasividade	54
Abuso	06
Acabamento da porcelana	73
Aceitação do tratamento	68
Adesivos dentinários	81
Agenesia de incisivos laterais superiores	46
Agente de união dentinário/CIV	71
Água do equipo	87
Álcool	28
Alcoolismo	44
Aleitamento materno	11,41
Alergia	64
Alívio do stress	25
Altitude	75
Análise superficial	73
Anestesia geral	95
Anestesia local	95
Angina de Ludwig	24
Antibióticos	61
Anticoncepcionais orais	61
Aparelho ortodôntico fixo	29
Apnéia	79,90
Aspectos psicológicos	21
Ataque ácido	45
Atrofia mandibular	52
Atualização	62
Avaliação crítica	62

**B**

Bactérias	87
Balística	47
Bebês	82
Biologia molecular	08
Brinquedos	86,96

<b>C</b>	
Canal radicular adicional	15
Câncer	72
Câncer bucal	14,74
Câncer de boca	28
Capecamento da polpa dentária	81
Carcinoma de células basais	32
Cárie de irradiação	57
Cárie dental	49
Cárie dentária	22
Chip	83
Ciência de ponta	50
Cimentos de ionômero de vidro	60
Cirurgia Ortognática	90
Cisto dentígero bilateral	31
Clareamento	20
Clareamento dental	51
Clorexidina	83
Colágeno microcristalino	85
Comportamento	95
Contaminação	38,87,86
Contração	65
Contração de polimerização	25
Controle de infecções	38,96
Controle de placa	66
Controvérsia	67
Corpos-de-prova	34
Criança especial	68
Cuidados	93

## **D**

Danos a estrutura dentoalveolar	91
Dentes homólogos	58
Dentes não irrompidos	31
Dentição decídua	37
Dentição permanente	37
Dentifrícios	54

Dentifrícios fluoretados	09,12
Dentina cariada	22
Dermatite de contato	64
Desinfecção	86
Destruição dentária	23
Diagnóstico precoce	17
Disfunção craniomandibular	21,67
Doença de Paget	92
Doenças infecciosas	91
Doenças infecto-contagiosas	80
Doenças ocupacionais	36
Doença periodontal	45,84,94
Drogas	06

## E

Educação	49
Efeitos	06
Efeitos colaterais	14,74
Envelhecimento	40
Enxerto conjuntivo	55
Enxerto ósseo	30
Epidemiologia	49
Esmalte	10
Estética dentária	07
Estresse	36
Exame	82
Exercícios de alongamento	36

## F

Fístula faringocutânea	77
Flúor	48,57,60,75
Flúor sistêmico	59,58
Fluoreto	10
Fluorose	10,37,58,89
Fluorose dental	75
Fluorose dentária	59
Fratura mandibular	52

Fumo		28
	<b>G</b>	
Glândulas sudoríparas		47
Globalização		50
Grão-de-ervilha		12
	<b>H</b>	
Hábito de sucção		11,41
Hábitos orais		91
Hepatite C		39
Higiene oral		66
Homeopatia		56
	<b>I</b>	
Idoso		40
Imagem digital		26
Implantes		18
Incisivos inferiores		15
Infecção		39
Infecções cervicais		27
Infecções por HIV		63
Instrumentação radicular		88
Intensidade de luz		65
Interação medicamentosa		33
Interações de medicamentos		61
Ionômero de vidro modificado por resina		78
Irradiação		77
	<b>J</b>	
	<b>K</b>	
	<b>L</b>	
Lambuzar		12
Laser		20,69

Látex		64
LER		80
Lesão benigna		32
Lesão de furca CI II		30
Liberação de flúor		71
Limas periodontais		88
	<b>M</b>	
Maconha		43
Mal oclusão		41
Marketing		19
Materiais dentários		07
Medicamento		33
Medo		56
Membrana		85
Metástase mandibular		17
Microbiologia		94,96
Microcirurgia periodontal		55
Microscopia eletrônica de varredura		88
Molar inferior		16
Morbimortalidade		27
Mudança		62
	<b>N</b>	
Nervos simpáticos periféricos		47
	<b>O</b>	
Oclusão		67
Odontologia		63
Odontogeriatrics		97
Odontopediatrics		38,82
Osteoclastos		92
	<b>P</b>	
Patologias		44
Periodontite		83
Peróxido de carbamida		51
Piercing		24



Piercing intra-oral	93
Postura	80
Prevenção	28,48,72
Prevenção de cárie	69
Propriedade cariostática	71
Prótese	42
Próteses orais	90

## Q

## R

Radiografia panorâmica	26
Radioterapia	14,74
Reabsorção da raiz	16
Reação de Hipersensibilidade	64
Reações adversas	33
Recessão gengival	55
Reconstrução	77
Redução aberta	52
Redundância de imagens	26
Refrigerantes	89
Regeneração tecidual guiada	30,85
Remineralização	78
Reparos de resina composta	53
Resina composta	34,65
Resinas compostas	07,60
Riscos	93
Risco de cárie	29
Ronco	79

## S

S. mutans	08,29
Saúde bucal	40,43
Selamento	13
Selante	13
Silanização	53

Síndrome	31
Sistema de acabamento e polimento	34
Sistemas de união	53
Soalho de boca	24
Stress de contração	25
Sucesso profissional	19
Sulco palatogengival	64

## T

Técnicas de biópsia	76
Técnica transversal	09
Terceira idade	32
Textura de superfície	34
Transição epitelial-mesenquimal	70
Tratamento	05,23
Tratamento-ácido cítrico	45
Tratamento endodôntico	42
Tratamento ortodôntico	46
Tratamento restaurador	22
Treinamento	68
Tumores	70

## U

Urgências médicas	05
-------------------	----

## V

Vacina	08
Versatilidade	18
Vírus HCV	39

## W

## X

Xerostomia	43,57
------------	-------

## Z

Zelo profissional	72
-------------------	----

# Orientadores de Seminários

ASSIS,G.F.	101
BUZALAF, M.R. A.	103
CAPELOZZA,A. L. A.	114
CHINELLATO,L. E. M.	108
CONTI, P. C. R.	107,113
DAMANTE,J. H.	112
FRANCO,E. B.	98,101,102,115,116
FRANSCISCHONE,C. E.	110
GARCIA,R. B.	116
GRANJEIRO,J.M.	101
GREGHI,S. L. A.	111,116,120
LARA,V. S.	101
MONDELLI,R. F. L.	107,118
PERES,A. S.	109
PILOTTO,E.	119
RAMOS JR.,L.	100
RESENDE,D. R. B.	106,111,120
RIOS,D.	117
SANT'ANA,E.	121
SILVA FILHO,O. G.	105
TÁRZIA,O.	112
TENUTA,L.	117
TRINDADE,I. K.	104

# Apresentadores de Seminários

BENETTI, A. R.	62, 65 a 73, 75
COSTA, M. S.G.	30 a 33, 35
DAMANTE, C. A.	82 a 89
DIAS, A.	09 a 13,15,16
FRANCO, J. B.	57 a 61, 63,64
KAWAUCHI, N.	34, 36, 37, 39
KOGAWA, E. M.	90 a 97
PIOZZI, R.	45 a 56
RIBEIRO, E.D.P.	14,17 a 21,23
ROSA, H. M.	22,24 a 29
SCMITD, L. B.	74, 76 a 81
SILVA, P. R. B.	38, 40 a 44
SIQUEIRA, A. F.	05 a 08