



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU



PROGRAMA ESPECIAL  
DE TREINAMENTO

# PET

---

# INFORMA

V.13, N.1/2, JAN./DEZ. 2000

**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 Pavarini

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

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

## SUMÁRIO

LEITURAS	.....	01
SEMINÁRIOS	.....	82
ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMOS	.....	96
ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS	.....	97 - 99
ÍNDICE DE ASSUNTOS	.....	123 - 127
ÍNDICE DE APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS	.....	101

## **ORGANIZADORES**

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

### **BOLSISTAS DO PET:**

Alexandre Grando de Oliveira

Aline Franco Siqueira

Ana Carolina Magalhães

Ana Raquel Benetti

Andréia Dias

Érica Del Peloso Ribeiro

Evelyn Mikaela Kogawa

Helena Maria Rosa

Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus

Juliana Bertoldi Franco

Lígia Buloto Schmitd

Rodrigo Maschietto Forti

Rodrigo Piozzi

Vivien Thiemy Sakai

**NORMALIZAÇÃO TÉCNICA:** Vera Regina Casari Boccato e Rita de Cássia Paglione – Bibliotecárias do Serviço de Referência e Informação – SBD/FOB-USP.

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

**EDITORAÇÃO:** Bolsistas PET-FOB/USP

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

## **Editorial**

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

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

O Pet da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP, implantado em 1985, conta anualmente com doze bolsistas e um integrante voluntário, orientados por um tutor e com a colaboração efetiva dos demais Docentes da Instituição. O Grupo além das atividades específicas, envolvendo a participação em eventos científicos, realização de seminários, reuniões tutoriais semanais, com abordagens multidisciplinares e de caráter específico à Odontologia, cujos resumos de interesse constituem-se um material informacional de excelência para elaboração do boletim PET – INFORMA.

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

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

# LEITURAS

ROWN, E. S.; HONG, S. C. Antidepressant: induced bruxism: successfully treated with gabapentin). **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 130, p. 1467-9, Oct. 1999.

O Bruxismo caracteriza-se pelo hábito de ranger os dentes, afetando de 8-21% da população. Este trabalho relata um caso clínico de um paciente que apresentava bruxismo induzido por um antidepressivo (*VENLAFAXINE*), o qual foi tratado através da administração de um anticonvulsivante (*GABAPENTIN*). O paciente que tinha 50 anos de idade, com história médica de 38 anos de depressão, visitou o psiquiatra, pois havia ocorrido um aumento dos sintomas da depressão. O médico receitou Venlafaxine (medicamento composto por ácido valpróico, clonazepam). Após 5 semanas, ele retornou e relatou que os sintomas de depressão haviam sumido, porém agora ele estava ansioso, com tremor, insônia e rangendo os dentes pela manhã e a noite também. Então, o médico receitou Gabapentin para a insônia e a ansiedade, e pediu para que o paciente procurasse um dentista. Após 4 semanas, todos os sintomas haviam desaparecido. Então, concluiu-se que o Bruxismo pode aparecer quando se trata o paciente com antidepressivo ou psicóticos. Este caso sugere que o Gabapentin pode ser usado no tratamento de Bruxismo induzido pelo antidepressivo. Outros trabalhos sugerem que se pode tratar o Bruxismo utilizando também propanolol ( $\beta$  bloqueador) ou benzodiazepínico.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Bruxismo; Antidepressivo; Anticonvulsivante.

TAN, E.; JANKOVIC, J. Treating severe bruxism with botulinum toxin. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 131, p. 211-6, Feb. 2000.

O bruxismo é definido como o hábito parafuncional de apertar, ranger ou triturar os dentes, pode levar ao desgaste, e às vezes, a fratura do dente pela força exercida através do hábito. Este problema tem relação com o estresse e desordens oclusais, mas a sua fisiopatologia é desconhecida. O Bruxismo está presente em certas desordens neurológicas, como a síndrome de Rett, e em casos de retardo mental, anorexia e hemorragia cerebelar. Existem vários tratamentos para o Bruxismo, mas nenhum foi considerado com 100% de resultados positivos. BTX é usado no tratamento de várias formas de desordens neurológicas, pois esta toxina inibe a liberação da Acetilcolina na junção neuromuscular. O resultado é a quimiodesnervação e o músculo torna-se frágil. No caso do Bruxismo, utiliza-se a BTX A. Esta toxina é administrada via intramuscular, o efeito dura de 3 a 6 meses. A extensão e o prolongamento do efeito depende do volume e dose administrada. É contra-indicado para pacientes com doenças neuromusculares que utilizam aminoglicosídeos, grávidas e lactantes. Neste estudo, este tratamento foi realizado em 18 pessoas, sendo 17 mulheres, com faixa etária entre 18 – 80 anos e com experiência de Bruxismo com duração de 3 – 40 anos. Com a administração de 241 injeções de BTX A nestes pacientes, os sinais e sintomas do Bruxismo foram amenizados, e somente uma pessoa apresentou disfagia. É um tratamento seguro e eficaz, e deve somente ser utilizado quando outros tratamentos não alcançarem bons resultados.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Bruxismo; BTX A; Tratamento alternativo.



PADILLA, M.; CLARK, G.T.; MERRILL, R.L. Topical medications for orofacial neuropathic pain: a review. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 131, p. 184-95, Feb. 2000.

Este artigo faz uma revisão sobre os mecanismos de atuação dos medicamentos tópicos (tanto intra como extrabucal) nas condições de dor neurofacial. Estas dores podem ser divididas em: Nevralgia do Trigêmio, Neuropatias de origem traumática, de origem diabética, de origem cancerosa e neuropatias da AIDS. Os medicamentos podem ser administrados de forma sistêmica, quando o local da doença é de acesso impossível, ou quando há vários tecidos envolvidos; ou de forma local (tópicos), quando a região atingida pela doença é acessível, e a medicação fica restrita a uma área. O medicamento para ser utilizado na forma tópica deve ter a propriedade de penetrar pelas barreiras naturais dos ossos do crânio e da mucosa oral. Quando a dor é bloqueada com anestésicos locais, os medicamentos por via tópica podem ser utilizados para o alívio da dor. Os medicamentos usados de forma tópica são: Anestésicos (à base de Benzocaína ou Lidocaína), Capsaicina, Anti-inflamatório não esteroideal, agentes simpatomiméticos, anti-convulsivantes, etc... Estes medicamentos podem ser administrados na forma de mucoadesivos (pastas ou géis), na forma de creme transdermal, pastas de dente, chiclete ou balas, pastilhas, adesivos ou colocados em matriz de polímero. Portanto mostrou-se que, para as dores neurofaciais, os medicamentos tópicos são bem vindos, devido a diminuição dos problemas sistêmicos, mas ainda estudos devem ser realizados com a finalidade de melhorar os mecanismos de administração.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Dor neurofacial; Medicamentos tópicos; Modos de administração.

MORAIS, A.P.; MODESTO, A.; GLEISER, R. Ausência congênita de incisivos laterais permanentes: uma abordagem clínica. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.1, n.1, p. 73-9, jan./mar.1998.

Os incisivos laterais superiores são os elementos que comumente estão ausentes, muitas vezes em ambos os lados da arcada, causando grande transtorno para a oclusão em desenvolvimento. A ausência de dentes é classificada como uma anomalia hipoplasiante do tipo anodontia parcial, oligodontia e hipodontia. Afeta 1:20 da população, podendo ser uni ou bilateral. Os fatores etiológicos se dividem em falta de iniciação ou a parada na proliferação celular da lâmina dentária. Fatores de ordem sistêmica como deficiências nutricionais, doenças infecto-contagiosas, traumas durante o parto, alterações nutricionais da mãe durante a gestação, fatores de ordem local como inflamação crônica e aguda, tumores tipo odontoma e sarcoma, cistos foliculares, radiação X (radioterapia) e fatores idiopáticos podem ter relação com a anomalia. Alguns autores afirmam que a ausência dos ILS se deve a uma diminuição do número de dentes da arcada (redução filogenética da espécie humana), com caráter hereditário, outros consideram como uma forma branda de displasia ectodérmica. Esta anodontia parcial provoca implicações estéticas, pois provoca desequilíbrio no comprimento dos arcos dentários, alterações dos planos inclinados dentários, modificação na forma e diminuição do comprimento do arco e a presença de diastemas na região anterior. O tratamento é realizado através do fechamento do espaço e reanatomização dos caninos ou reconstituição protética dos elementos ausentes.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Anodontia; Reanatomização dos caninos; Oclusão.

CURY, J.A.; FUSHIDA, C.E. Estudo *in situ* do efeito da frequência de ingestão de coca-cola na erosão do esmalte-dentina e reversão pela saliva. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 127-4, abr./jun. 1999.

Além da cárie, há outros fatores que levam a perda da estrutura dentária, como os processos de abrasão, atrição, lesões de abfração e erosão dental. A erosão dental pode ser definida como resultado físico de uma perda de tecido duro da superfície dentária provocada por ácidos e/ou quelantes, sem o envolvimento de bactérias. O objetivo deste trabalho foi utilizar um modelo *in situ* para avaliar o efeito da frequência de ingestão de refrigerante na erosão de esmalte - dentina e estudar a capacidade biológica da saliva na reversão destas alterações. Para tal foram utilizados dentes bovinos dos quais foram obtidos blocos de esmalte e dentina. Participaram desta pesquisa 9 estudantes de odontologia, nos quais foram colocados os blocos de esmalte e dentina fixados em bandas ortodônticas, sendo que eles deveriam ingerir vários copos de Coca - Cola , e somente remover os dispositivos para a realização da higiene bucal. A conclusão do estudo foi que o consumo freqüente de refrigerante leva a perdas irreversíveis da dureza superficial do esmalte e dentina, mesmo a saliva tendo a capacidade de remineralizar o esmalte, seu efeito foi limitado. Então, devido ao baixo pH promovido pelo refrigerante e não revertido pela saliva, medidas de promoção de saúde bucal devem ser enfatizadas devido à natureza do fenômeno de erosão dental provocado por ácidos de origem diferente da cárie.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Erosão dental; Refrigerante; Saliva.

BELTRÁN-AGUILAR, E.D.; GOLDSTEIN, J.W.; LOCKWOOD, S.A. Fluoride varnishes: a review of their clinical use, cariostatic mechanism, efficacy and safety. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.131, n. 5, p.589-96, May 2000.

Os vernizes foram desenvolvidos entre 1960-1970, com o objetivo de melhorar as falhas que existiam nos veículos de flúor tópico, como géis e bochechos fluoretados, e também para prolongar o contato do verniz com o esmalte. O objetivo desta revisão foi provar a eficácia, o poder cariostático e a segurança do verniz, bem como o seu potencial de prevenção da cárie nos USA. Nos USA os vernizes mais utilizados são o DURAPHAT, DURAFLORE e o FLUOR PROTECTOR. Evidências laboratoriais sugerem que tanto o DURAPHAT quanto o FLUOR PROTECTOR possuem a mesma propriedade do que os selantes, mas “in vivo” os selantes foram mais efetivos que os vernizes na prevenção da cárie. Os vernizes não permanecem aderidos permanentemente aos dentes, mas mantêm contato com o esmalte por horas, sendo que o Flúor proveniente do verniz pode produzir uma distribuição dos íons no corpo da lesão cariiosa e criar um gradiente para reduzir a porosidade e profundidade da lesão. Comparado com outros veículos tópicos de Flúor, os vernizes possuem a vantagem de serem seguros, pois o Flúor é liberado lentamente sendo solubilizado na saliva reduzindo o risco de intoxicação, e de fácil aplicação, e também por terem a vantagem de prevenir as cáries.

*Autor (a) do resumo:* Juliana Bertoldi Franco

*Unitermos:* Verniz; Flúor; Selantes.

PEDREIRA, R.H.S. et al. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.13, n.4, p.395-9, out./dez. 1999.

A drogadição seria o consumo de drogas, onde estão incluídos o uso eventual por curiosidade até quadros de dependência psíquica e/ou química. No Brasil, as drogas mais usadas são a maconha, cocaína, crack e heroína, e além disso, o uso com o álcool também. O consumo de drogas provoca certas alterações bucais como Xerostomia (redução do fluxo salivar, diminuição da capacidade tampão e com isso CPOD elevado), Bruxismo, Perdas dentais, Doença Periodontal, Gengivites, Halitose, Queilite Angular, etc. O objetivo deste trabalho é de traçar os perfis da condição bucal de um grupo de ex-drogaditos em processo de recuperação. Foram examinados 38 pacientes, do sexo masculino com idade entre 18-54 anos. O exame foi realizado por 2 examinadores calibrados, em local aberto e com luz natural, realizando os teste de Fluxo Salivar e Capacidade Tampão utilizando-se o kit "Flux Dent" e a avaliação da história de cárie, através dos índices de CPOS e CPOD. Após os teste, a análise dos resultados mostrou que os valores de Fluxo Salivar e da Capacidade Tampão apresentavam-se normais, e que todos apresentavam índice CPOD elevados devido ao baixo fluxo salivar e da capacidade tampão no período ativo do uso da droga, que proporcionaria péssima condição bucal, negligência da higiene bucal e alto consumo de carboidratos.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Drogadição; Cárie dentária; Fatores de risco.

YELLOWITZ, J.A. et al. Survey of U.S dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.131, n.5, p.653-661, May 2000.

As estimativas com relação ao Câncer Bucal são de 30.000 novos casos em 2000, e de 8000 morte. A grande maioria dos Cânceres de Orofaringe está atribuída ao uso do Tabaco, sendo que quando ocorre a associação deste com o Álcool, temos fatores potencializando-se. Os Cânceres de Orofaringe são os que acometem os lábios, língua, faringe e cavidade bucal em geral. Geralmente o diagnóstico ocorre por volta dos 60 anos e já no estágio avançado da doença. O objetivo deste estudo é determinar o conhecimento do C.D. sobre os fatores de risco e de diagnóstico do câncer bucal, descrever a relação entre o dentista e o seu conhecimento sobre o câncer bucal e descrever o interesse do C.D. pela educação continuada, cursos e atualização sobre o câncer bucal. Este estudo foi realizado por um questionário que foi enviado para 7.000 C.D. que deveriam responder perguntas sobre os fatores de risco e de não risco ao câncer bucal e também sobre quais são os itens que se devem observar na hora da realização de um exame para a formulação de um diagnóstico. A conclusão foi que hoje os C.D. que se formam estão mais informados sobre os riscos e os meios de diagnósticos do Câncer Bucal, e também que são eles que procuram os cursos de atualização e de informações. Este estudo mostra que a grande maioria dos C.D. não sabem como prevenir o Câncer Bucal e também como fazer o diagnóstico precoce da lesão.

**Autor (a) do resumo:** Juliana Bertoldi Franco

**Unitermos:** Fatores de risco; Câncer bucal; Meios de diagnóstico.

DEDERICH, D.N. CO<sub>2</sub> laser fusion of a vertical root fracture. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.130, n.8, p.1195-9, Aug. 1999.

Fraturas verticais de raiz têm um prognóstico ruim e geralmente trazem conseqüências negativas tanto clinicamente como economicamente ao paciente. Apresentou-se um caso de selamento radicular de uma fratura vertical associada a um defeito ósseo também vertical pela utilização de laser de dióxido de carbono, aplicado por 15 vezes sobre a superfície, obedecendo um intervalo de 5 segundos entre as aplicações. Não houve preocupação com a ação do calor na polpa porque o dente apresentava tratamento endodôntico. Sobre o defeito ósseo colocou-se uma membrana para guiar a regeneração tecidual. Após um ano de acompanhamento clínico e radiográfico, não se observou inflamação, recessão ou sangramento. Observou-se, ainda, a redução na profundidade da bolsa periodontal. A aplicação desta técnica de maneira consciente pode trazer um resultado satisfatório caso o dente envolvido seja pilar protético ou apresente posição estratégica no arco.

***Autor (a) do resumo:*** Ana Raquel Benetti

***Unitermos:*** Fratura; Laser.

LOEVY, H.T.; GOLDBERG, A.F. Shifts in tooth maturation patterns in non-French Canadian boys. **Int. J. Paediatr. Dent**, v.9, n.2, p.105-10, June 1999.

Avaliar os padrões de maturação dos dentes permanentes em meninos, utilizando as curvas de maturação desenvolvidas por Demirjian & Goldstein. Fez-se a reavaliação de radiografias cefalométricas que haviam sido armazenadas no período de 1930 a 1960, para comparação com os padrões atuais. Observou-se que a maioria dos meninos (60 de 79) iniciaram sua maturação dentária em período precoce. A modificação no padrão se deu principalmente antes dos seis anos de idade, em cerca de 76% dos casos. Esta modificação é um fator importante a ser considerado no planejamento. Deve-se estar atento durante o atendimento de crianças menores de 8 anos de idade, existindo um risco maior nas crianças abaixo dos 6 anos, período em que há muitas incertezas no processo de crescimento.

***Autor (a) do resumo:*** Ana Raquel Benetti

***Unitermos:*** Maturação; Mudança no padrão



STEINBERG, B.J. Women's oral health issues. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v.28, n.9, p.663-7, Sept. 2000.

A mulher apresenta particularidades na sua saúde devido à flutuação hormonal. Na puberdade, há modificação da microbiota subgengival. O período menstrual deixa os tecidos bucais mais sensíveis, podendo haver manifestação de sangramento e edema gengival. A gravidez também é um período importante no que diz respeito à saúde bucal, observando-se com frequência inflamação das gengivas, aparecimento de tumores gravídicos, mobilidade dental e até mesmo xerostomia. A utilização de hormônios, seja pelo uso de anticoncepcionais ou durante o período da menopausa, também podem promover o aumento do número de espécies de *Prevotella*, causar complicações pós-operatórias, sensação de boca queimante, gengivoestomatites e osteoporose. É importante conhecer estas condições para que se possa orientar a mulher e oferecer-lhe o tratamento adequado.

***Autor (a) do resumo:*** Ana Raquel Benetti

***Unitermos:*** Variação hormonal; Mulher

MCCASLIN, S.D. Making child patient cooperation a choice: "do you want to do it again?" **Pediatr. Dent.**, v.22, n.1, p.74, Jan./Feb. 2000.

A utilização de técnicas de comunicação para conseguir comportamentos desejáveis é preferível à utilização do exercício de mão-sobre-a-boca. Muitas vezes a criança tem medo, chora, dificulta o procedimento e relembra-la de que, caso ela não colabore, o procedimento precisará ser repetido, pode facilitar a cooperação. A criança maior de 2 anos já sabe o que quer ou não quer fazer, e quando se explica que será necessário começar de novo, ela geralmente se aquieta e permite a continuação do tratamento. A comunicação verbal pode ser um método bastante eficaz para se controlar a criança e seu bom comportamento deve sempre ser elogiado.

***Autor (a) do resumo:*** Ana Raquel Benetti

***Unitermos:*** Manejo; Comunicação verbal

KIM, P.J.; CEDEBERG, R.A.; PUTTAIAH, R. A pilot study of 2 methods for control of dental unit biofilms. **Quintessence Int**, v.31, n.1, p.41-8, Jan. 2000.

Buscou-se a verificação da redução do biofilme sob 2 concentrações de hipoclorito de sódio e avaliar a eficácia da água pasteurizada no tratamento odontológico. As unidades odontológicas receberam as soluções de 5000 e 1500 ppm de hipoclorito, respectivamente, que agiram durante 10 minutos no interior dos equipamentos. Em seguida, receberam água pasteurizada. Após o tratamento com hipoclorito, a água pasteurizada encontrou-se menos contaminada do que a água encontrada nas unidades que não receberam tratamento químico. Não houve diferença entre as duas concentrações de hipoclorito – ambas soluções removeram os biofilmes bacterianos. A pasteurização da água associada ao controle químico diminuiu a contaminação, resultando em uma água aceitável para o tratamento odontológico.

*Autor (a) do resumo:* Ana Raquel Benetti

*Unitermos:* Descontaminação; Biossegurança.

CONDÒ, S.G.; DEVIZIO, W.; VOLPE, A.R. Gingiva, teeth and sea salt. **Am. J. Dent.**, v.12, n.1, p.4-8, Feb. 1999.

O sal apresenta diversas capacidades terapêuticas. Na boca, estimula a salivação, promove a troca de ions, diminui o edema e age na remineralização dental. Aproveitando o mecanismo de estimulação da salivação, fabricantes acrescentam sal nos enxagüatórios bucais para elevar a intensidade e eficácia dos mecanismos naturais de defesa da boca. Pode ainda auxiliar na eliminação de toxinas, facilitar a drenagem de fluidos dos tecidos, impedir o crescimento bacteriano. Estimula a troca iônica na célula e ativa a circulação na mucosa gengival, permitindo a absorção de substâncias da boca. Tem papel importante na formação de estruturas cristalinas insolúveis na superfície do dente, deixando mais resistente contra as cáries. Embora o sal apresente todas estas propriedades terapêuticas, ainda é pouco utilizado nos produtos farmacêuticos destinados ao tratamento de patologias bucais. Encontra-se apenas na maioria dos ditos “produtos naturais”, que cada vez mais têm conquistado a atenção dos consumidores.

**Autor (a) do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** Sal marinho; Propriedades terapêuticas

DELROSE, D.C.; STEINBERG, R.W. The clinical significance of the digital patient record. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.131, n.6, p.57-60, Jan. 2000.

A tecnologia digital revolucionou a maneira como os pacientes são tratados além de melhorar a organização do consultório. Permite que o profissional trabalhe mais rápido e de modo mais eficiente. Atualmente, se pode digitalizar qualquer coisa que possa ser mais tarde mostrada ao paciente no decorrer do tratamento. As imagens digitais apresentam uma série de vantagens como economia de tempo e nos custos de processamento, menor exposição à radiação ionizante além de servir como ferramenta na educação do paciente e permitir a padronização dos registros. Qualquer informação pode ainda ser armazenada, enviada a outros profissionais e funcionar como marketing para o profissional, porque transmite credibilidade e responsabilidade. À medida que a tecnologia digital evoluiu, os consumidores têm demonstrado grande interesse na sua saúde. Os profissionais que souberem transmitir informações de qualidade poderão desfrutar de uma melhora no cuidado do seu paciente e na organização da sua prática odontológica.

*Autor (a) do resumo:* Ana Raquel Benetti

*Unitermos:* Arquivo digital; Vantagens da imagem digital

WELBURY, R.R. et al. Clinical evaluation of paired compomer and glass ionomer restorations in primary molars: final results after 42 months. **Br. Dent. J.**, v.189, n.2, July 2000.

O ensaio clínico buscou comprovar a eficácia da restauração de compômero à restauração de cimento de ionômero de vidro no tratamento de cáries de primeiros molares permanentes. Participaram do estudo 29 crianças entre 4 e 9 anos que tiveram pelo menos um par de restaurações nos molares permanentes, realizadas entre 1995 e 1997. Num período de 42 meses, estas restaurações foram acompanhadas a cada 6 meses, observando-se o desgaste, anatomia, integridade marginal, impregnação por pigmentos, presença de cárie secundária, textura de superfície, sensibilidade pós-operatória e manutenção do contato proximal. As restaurações de compômero (Dyract) apresentaram maior longevidade quando comparadas às restaurações de ionômero (Chemfil Superior). O compômero apresentou melhor resultado ainda quanto à anatomia da restauração, integridade marginal, impregnação por pigmentos na margem do ângulo cavo-superficial e na manutenção do contato proximal.

**Autor (a) do resumo:** Ana Raquel Benetti

**Unitermos:** Compômero; Cimento de ionômero de vidro; Molar permanente.

CHRISTENSEN., G. J. Cimentos resinosos e sensibilidade pós-operatória.  
**J. Am. Dent. Assoc.**, Brasil, v. 3, n. 5, p: 245-247, set./out. 2000.

A sensibilidade dentinária pós-operatória tem sido associada à cimentação, desde a introdução dos cimentos de fosfato de zinco no século XIX. O problema parecia estar solucionado com os cimentos de ionômero de vidro reforçados com resina. Entretanto com o novo apelo estético e aumento do número de coroas totais cerâmicas ou coroas de resina indireta, o problema voltou a ser discutido. Cada sistema cerâmico tem sua indicação. As coroas Empress e InCeran devem ser cimentadas com cimentos resinosos para atingir a resistência ideal. Já as coroas de Empress 2 e Procera, por serem mais resistentes, podem ser cimentadas com cimentos convencionais. São descritas 5 técnicas para evitar a sensibilidade pós-operatória. A primeira técnica é a própria polimerização do agente de união. Nesses casos nem sempre consegue-se um selamento de todos os túbulos dentinários. A segunda consiste na aplicação do agente de união antes da moldagem, para que não atrapalhe a adaptação da peça. A terceira é a aplicação de um dessensibilizante após o condicionamento ácido e polimerização simultânea do agente de união e cimento resinoso. A quarta técnica é a mais efetiva e consiste em deixar a smear-layer e impregná-la com uma camada de primer auto-condicionante. A última técnica é a utilização de cimentos como o 4-Meta e C&B-MetaBond. Apesar da prevenção, a sensibilidade pode ocorrer. O autor tem como conduta esperar 6 semanas e se a dor piorar ou não desaparecer a restauração é removida. O paciente fica então 2 semanas com provisório cimentado com cimento de óxido de zinco e eugenol. A restauração é cimentada novamente e se o dente continuar sensível indica-se o tratamento endodôntico.

*Autor (a) do resumo:* Érica Del Peloso Ribeiro

*Unitermos:* Sensibilidade; Cimentação

FONSECA., A. S. Onde trabalhar: jardins ou periferia. **J. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 35, n. 517, p. 18, maio 2000.

O texto chama atenção para a enorme disparidade que existe entre a população da periferia e a população abastada. O primeiro grupo representa um grande parte da população que é carente de uma boa Odontologia. O cirurgião-dentista tem a obrigação de mudar esse quadro, já que o diploma também lhe garante o título de agente transformador na saúde e na educação. Essa transformação deve Ter início com o marketing (diferentes métodos e instrumentos que podem ser empregados para atingir um determinado final). Mas, não estamos falando do marketing relativo ao lucro, mas sim do marketing que tem a finalidade de fazer as pessoas compreenderem a importância da saúde bucal. Assim, é necessário que a Odontologia ocupe o seu espaço na sociedade, colaborando para sua transformação em termos de valores e do próprio conceito de cidadania, principalmente para as classes menos favorecidas.

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

***Unitermos:*** Realidade social; Mercado de trabalho



TSAL, P. F, CHIOU., H. R, TSENG., C. C. "Oligodontia: a case report."  
**Quintessense Int.**, v. 29, n. 3, p. 191-3, mar. 1998.

O texto é a descrição de um caso clínico de oligodontia, que é a ausência congênita de 6 ou mais dentes, excluindo os terceiros molares. Ela pode ocorrer isoladamente ou em associação com alguma anormalidade sistêmica, como a displasia ectodérmica. Nesse último caso haveriam também alterações na pele, unhas e esqueleto. Os sintomas dentais são: (1) redução do número de dentes, (2) redução do tamanho dos dentes, (3) anomalias da forma do dente e (4) retardo na erupção. A hereditariedade parece ser o fator principal dessa síndrome, sem esquecer dos fatores ambientais, como a radiação, talidomida e rubéola. Além disso há uma correlação entre a ausência congênita do dente decíduo e do seu sucessor permanente. O caso clínico apresentado é de uma criança de 6 anos com ausência de 16 dentes permanentes, cuja mãe também apresentava oligodontia. Ela não apresentava nenhum outro sintoma sistêmico. Havia um contato prematuro no canino direito, severa atrofia do osso alveolar, canino conóide e mal-formação do segundo pré-molar. O tratamento incluiu o tratamento ortodôntico e protético para recuperar a estética e oclusão. Foi escolhida para o caso a prótese parcial removível devido ser de fácil cuidado, custo acessível e fácil ajuste durante o crescimento. No futuro, em associação com enxertos ósseos os implantes poderão ser utilizados.

*Autor (a) do resumo:* Érica Del Peloso Ribeiro

*Unitermos:* Oligodontia; Alteração sistêmica

NASCIMENTO., W. F. et al. Desinfecção de moldes: como, quando e por que. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 53, n.1, p. 21-4, 1999.

O trabalho foi baseado num levantamento bibliográfico de 20 anos, com o objetivo de divulgar métodos simples, fáceis e seguros de desinfecção de moldes. Isso é importante porque desde 1978 sabe-se que microorganismos são transmitidos para os modelos de gesso, já que grande parte dos microorganismos sobrevivem mesmo na ausência de fluidos corporais. Cada material de moldagem vai precisar de um cuidado especial, pois são propensos a sofrerem alterações dimensionais. No caso dos elastômeros, pode-se usar solução de hipoclorito de sódio 0,5 ou 1%, glutaraldeído 0,13 ou 2%, Polvidone-Iodine 0,5 ou 1%, iodofórmio, clorofenol e formalina. A técnica pode ser a imersão do molde em uma das soluções citadas ou pode-se usar a técnica do spray, que consiste na vaporização de uma das soluções sobre o molde, que é então colocado dentro de um recipiente fechado. Em ambas as técnicas o tempo é de 10 a 30 minutos. No caso dos alginatos, usa-se o hipoclorito de sódio 0,5 ou 1%, glutaraldeído 0,13 ou 2% e iodofórmio, pela técnica de imersão ou spray. Já as pastas zinco-eugenólicas são os materiais menos afetados pela desinfecção, sendo que a imersão em glutaraldeído 2% pode ser feita por 30 minutos a 1 hora. E as godivas por falta de trabalhos na literatura os autores indicam o mesmo modo de desinfecção das pastas zinco-eugenólicas. Com tudo o que foi mostrado, fica claro que é uma questão ética e de responsabilidade evitar a infecção cruzada dentro do consultório.

*Autor (a) do resumo:* Érica Del Peloso Ribeiro

*Unitermos:* Esterilização; Moldes

SANSEVERINO., C. A. M. Manipulação do tecido gengival para um melhor resultado protético. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 52, n. 3, p. 203-4, 1998.

Hoje a preocupação protética ampliou-se, observando tanto o aspecto funcional como o tipo de sorriso e harmonia das estruturas envolvidas. A implantodontia também apresenta limitações quanto a essa harmonia, em função da utilização de cilindros de titânio. Além disso, toda perda dental é acompanhada por uma série de deformações causadas perda óssea e conseqüente alteração do contorno gengival. Talvez o maior problema seja a ausência da papila interdental, importante para a imagem natural da prótese. Na tentativa de melhorar esse contorno gengival, podemos utilizar uma técnica que associa mucoabrasão com broca (dar contorno gengival estética) e pressão do provisório devidamente desenhado (ameias gengivais e incisais). O provisório depois de 10 a 15 dias, após ter guiado a cicatrização. Deve-se garantir que os pânticos permitam higienização adequada. Tem-se assim uma técnica simples, de baixo custo, com excelente resultado estético e menos inflamação. Essa técnica é indicada em espaços protéticos anteriores que serão reabilitados com implantes ou próteses fixas convencionais.

***Autor (a) do resumo:*** Érica Del Peloso Ribeiro

***Unitermos:*** Condicionamento gengival; Estética

SECCO., A. S, et al. Efeito do suporte de esmalte com ionômero de vidro ou resina composta na rigidez das cúspides. **Rev. Assoc . Paul. Cir. Dent.**, v. 54, n. 4, p. 322-6, 2000.

Os dentes com restaurações extensas sofrem fraturas das cúspides Com frequência. Isso ocorre porque a flexão das cúspides está relacionada diretamente à diminuição da rigidez. Como resultado dessa flexão aumentada, trincas se propagam na base das cúspides, produzindo a fratura. Frente a tudo isso, o estudo avaliou a influência de materiais restauradores na recuperação da rigidez das cúspides. Foram utilizados 21 dentes, divididos em 3 grupos. No primeiro grupo foi feito suporte com Ketac-Bond+restauração de amálgama, no segundo, suporte com Vitremer+restauração de amálgama e no terceiro grupo suporte com Z100+restauração de amálgama. Foi determinado a rigidez das cúspides antes de receberem preparo cavitário, após o preparo e após a execução do suporte de esmalte. O preparo reduziu em média 40% a rigidez do dente. Quando foi feita a remoção de dentina de suporte, a rigidez apresentou redução de mais 10%. Essa diferença não foi estatisticamente significativa, pois a remoção de esmalte da porção oclusal e proximal foi suficiente para reduzir suas características anisotrópicas( divergência de forças para áreas de maior resistência). O cimento de ionômero de vidro Vitremer recuperou 27% da rigidez perdida. O cimento de ionômero de vidro Ketac Bond recuperou apenas 16%, o que não diferiu estatisticamente do dente com preparo classe II mais remoção de dentina e não restaurado. Já a resina Z100 recuperou 65% da rigidez perdida do dente, o que não diferiu estatisticamente da rigidez apresentada pelo dente íntegro, em função da alta resistência coesiva e efetividade de união desse material.

**Autor (a) do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** Fratura; Esmalte dentário; Preparo cavitário

CULBREATH., T. E, et al. Tratamento de reabsorção interna com o uso de uma resina injetável. **J. Am. Dent. Assoc. (Brasil)**, v. 3, n. 3, p. 100-3, 2000.

A reabsorção interna tem ainda etiologia desconhecida, mas parece estar relacionada à traumas e pulpites crônicas. Em 1998, a Associação Americana de Endodontia definiu a reabsorção interna como "um processo patológico com perda de dentina no interior do espaço pulpar." Trope e colaboradores a descrevem como um alargamento de forma oval do espaço do canal radicular. Geralmente é assintomático e o único tratamento é a limpeza e instrumentação do canal radicular. O autor faz o relato de um caso clínico em que foi feito o diagnóstico de reabsorção interna extensa secundária pós trauma no dente 21, envolvendo o terço cervical e médio. Foi feita a abertura coronária por palatino, odontometria e instrumentação. O terço apical foi selado com guta-percha. Considerando que a coroa clínica estava intacta, não havia indicação para colocação de um pino intra-canal, optando-se então apenas por reforçar a raiz. O condicionamento foi feito com ácido fosfórico durante 20 segundos e depois lavado com água. O canal foi seco de todo o excesso de umidade usando-se pontas de papel e uma seringa de ar. O sistema adesivo foi aplicado, sendo suavemente seco por 10 segundos e não polimerizado para evitar acúmulo de adesivo no canal. A resina composta (Marathon-dupla polimerização) foi então injetada lentamente no defeito, do ápice para a oclusal, evitando a formação de espaços vazios dentro do canal. Seguiu-se com a polimerização por 40 segundos. Essa técnica sela os túbulos dentinários e fortalece a estrutura dental remanescente.

*Autor (a) do resumo:* Érica Del Peloso Ribeiro

*Unitermos:* Reabsorção interna; Resina composta

TEIXEIRA, F. B. et al. Clareamento dental interno com pasta de perborato de sódio e água destilada. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.54, n.4, p.315-8, jul./ago. 2000.

A descoloração dentária interna ocorre em função de fatores como degradação tecidual através da necrose, hemorragia após trauma, iatrogenias e material obturador deixado na câmara pulpar. Esse problema estético tem como tratamento o clareamento interno. Nesse procedimento já foram utilizados o ácido oxálico, peróxido de hidrogênio a 30% e solução de perborato de sódio e peróxido de hidrogênio. Em 1961, SPASSER reportou sucesso clínico empregando o perborato de sódio misturado à água destilada. O perborato de sódio se dissocia em peróxido de hidrogênio com liberação de oxigênio ativo, responsável pelo clareamento (reação de oxidação). Este material é um excelente agente clareador, mas requer várias aplicações. A sua utilização tem sido novamente discutida devido a evidências relacionando o peróxido de hidrogênio e a reabsorção cervical externa. Isso ocorreria pela difusão do peróxido de hidrogênio através dos túbulos dentinários, atingindo o ligamento periodontal, causando uma alteração de pH no local e início do processo de reabsorção. Isso ocorre, principalmente, quando há junções tipo gap entre esmalte e cimento radicular, sendo que estas estão presentes em 25% dos dentes anteriores. Na tentativa de prevenir a reabsorção cervical externa é confeccionado um plug entre o agente clareador e a obturação (ao nível da junção amelocementária), sendo também evitada a técnica termocatalítica. O plug colocado 1mm abaixo da junção amelocementária apresenta melhores resultados estéticos e pode ser feito quando do emprego do perborato de sódio. Assim, o emprego da pasta perborato de sódio/água destilada é efetivo e seguro.

**Autor (a) do resumo:** Érica Del Peloso Ribeiro

**Unitermos:** Clareamento interno; Perborato de sódio

MARSHALL, R. I.; BARTOLD, P. M. A clinical review of drug-induced gingival overgrowths. **Aust. Dent. J.**, v.44, n.4, p.219-32, Dec.1999.

Hoje em dia existe um aumento no número de medicamentos que podem induzir o crescimento da gengiva, embora uma grande extensão de reações idiopáticas e patológicas podem também resultar no crescimento gengival. O crescimento gengival ocorre como um efeito colateral das drogas que são prescritas principalmente em tratamentos não relacionados à odontologia. As principais drogas associadas são as chamadas anticonvulsivantes, imunossupressoras e bloqueadores de canais de cálcio. O crescimento gengival induzido por drogas desenvolve-se alargando a papila interdental que coalesce. Ocorre geralmente na região anterior da boca e a aparência celular geral é de um excesso de tecido normal freqüentemente com uma inflamação crônica. O tratamento para tais crescimentos geralmente é direcionado na substituição da droga se possível e um controle efetivo de placa; quando essas medidas falham, realiza-se a intervenção cirúrgica, através da gengivectomia. O uso do laser também é indicado, principalmente quando há prognóstico de hemorragia durante uma cirurgia. Deve ser salientado, entretanto, que estas são opções de tratamento e que não previnem, necessariamente, a recorrência desta alteração gengival, e os pacientes devem estar cientes deste fato. Os Cirurgiões-dentistas devem sempre visar realizar uma anamnese bem feita para verificar as possíveis etiologias das manifestações clínicas presentes no paciente e saber fazer um diagnóstico diferencial já que existem muitos crescimentos gengivais que não apresentam história médica relacionadas a drogas.

**Autor (a) do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** Crescimento gengival; Bloqueadores de canais de cálcio

NOVAIS, R.C.P; TOLEDO, O.A. Estudo in vitro das alterações do esmalte dentário submetido à ação de um agente clareador. **JBC J. Bras. Clin. Estet. Odontol.**, v.4, n.20, p.48-51, mar./abr. 2000.

A busca constante do ser humano por uma estética perfeita tem provocado repercussões no campo da Odontologia e um dos recursos que hoje é muito procurado pelos pacientes é a clareação dentária. Preocupados com o uso indiscriminado dos agentes clareadores caseiros pela população, tal trabalho objetivou-se em estudar in vitro os efeitos do agente clareador caseiro, peróxido de carbamida a 10%, sobre o esmalte dentário humano. Realizou-se uma análise em microscopia de luz polarizada a partir de 22 pré-molares extraídos; tais dentes foram divididos em dois grupos de igual número, reservando-se dois para controle. O primeiro grupo foi submetido a três semanas de exposição ao agente clareador, sendo 21 períodos de 12 horas, intercalados por 12 horas de imersão em soro fisiológico. O segundo grupo foi exposto a 42 períodos de 12 horas, durante seis semanas. Os resultados não mostraram alterações morfológicas do esmalte no primeiro grupo (três semanas), com aspecto bastante semelhante ao grupo controle. Entretanto, o segundo grupo (seis semanas) mostrou o esmalte alterado quando examinado à luz polarizada, exibindo aspectos atípicos sugestivos de alterações estruturais.

***Autor (a) do resumo:*** Evelyn Mikaela Kogawa

***Unitermos:*** Clareamento dental; Peróxido de carbamida



RIBEIRO, H.D. et al. Uso do microondas para plasticização de godiva em prótese dentária total-biossegurança. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.54, n.3, p.230-3, maio/jun. 2000.

A godiva é um material largamente utilizado na Odontologia para moldagem das áreas edentadas, especialmente durante as moldagens preliminares ou anatômicas. É um composto termoplástico reversível que atinge viscosidade e fluidez ideais para esse fim em torno de 54°C. Em clínicas, consultórios e escolas de odontologia, a godiva é aquecida em plasticizadores que, da forma como são utilizados, se tornam potentes reservatórios de agentes infecciosos. Na tentativa de eliminar o risco de infecção cruzada, foi utilizado como um método alternativo a plasticização em microondas. O que pôde se concluir é que houve bons resultados, tanto em relação a biossegurança, quanto à manutenção das propriedades do material. Além disso, essa técnica pode permitir maior agilidade, principalmente nas escolas de odontologia em que o número de moldagens simultâneas é usualmente alto, podendo fazer até quatro plastificações de uma só vez. Em relação às clínicas e consultórios particulares haveria uma maior economia de tempo, maior eficiência e redução de riscos de infecção cruzada.

*Autor (a) do resumo:* Evelyn Mikaela Kogawa

*Unitermos:* Godiva; Microondas; Biossegurança

OESTERLE, L. J.; SHELLHART, W. C. Diastemas Superiores na linha mediana: uma revisão de suas causas. **J. Am. Dent. Assoc. (Brasil)**, v.2, n.2, p.60-9, 1999.

O diastema superior na linha mediana é uma das queixas estéticas mais comuns dos pacientes. Na tentativa de minimizar o problema muitos procedimentos restauradores, ortodônticos e até cirúrgicos são realizados, mas muitas vezes estes são realizados sem a completa avaliação dos fatores que contribuem para este espaçamento anterior. Antes de se determinar o tratamento ideal, deve-se considerar a etiologia deste problema, tais como: crescimento e desenvolvimento normal, discrepância no tamanho do dente, trespasse vertical excessivo, incisivos laterais particularmente pequenos de forma conóide, dentes impactados ou ausentes, dentes supranumerários, inclinação dos dentes mesiodistalmente e vestibulo-lingualmente, condições patológicas ou pouca tonicidade muscular. O diagnóstico diferencial elaborado corretamente permite ao clínico escolher o melhor tratamento efetivo, seja ele qual for, de forma que, tratando a causa do diastema, mais do que somente o espaço, os dentistas melhorarão tanto a função dental como a aparência do paciente.

***Autor (a) do resumo:*** Evelyn Mikaela Kogawa

***Unitermos:*** Diastema, Diagnóstico diferencial

PAGANI, C.; GALATI, A.; D'ALMEIDA, N. F. Espessura da película de agentes cimentantes definitivos. *PCL*, v.2, n.6, p.27-36, mar./abr. 2000.

A espessura mínima da película de um agente cimentante é fator importante no sucesso das restaurações protéticas indiretas, sejam elas quais forem: inlays, onlays, overlays, facetas laminadas, coroas, prótese parcial fixa. Quanto maior o grau de ajuste marginal, maior será a retenção obtida, menor infiltração marginal e conseqüente maior a longevidade das peças protéticas. Entre os cimentos estudados, o cimento fosfato de zinco ainda detém a maior longevidade, o ionômero de vidro apresenta o maior percentual de liberação de flúor e os cimentos resinosos apresentam estética aprimorada pela diversidade de cores, tonalidades, bem como melhores características adesivas. De maneira a se escolher qual o cimento mais adequado deve-se verificar as necessidades biológicas e funcionais de cada tipo de restauração protética indicada.

*Autor (a) do resumo:* Evelyn Mikaela Kogawa

*Unitermos:* Agentes cimentantes; Espessura de película

LUSVARGHI, L. Identificando o respirador bucal **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** , v.53, n.4, p.265-74, jul./ago. 1999.

O desequilíbrio respiratório tem algumas características em conjunto como face alongada e entristecida, olhos profundos e caídos, lábios entreabertos, hipotônicos e ressecados, alteração de postura, comer de boca aberta, sono agitado, irritabilidade, dificuldade de concentração e costuma babar quando dorme. O cirurgião dentista deve ficar atento a isso e o tratamento deve ser multidisciplinar, pois é uma função vital e o desequilíbrio respiratório pode afetar vários órgãos. Pode ser devido a obstruções como as hipertrofias de tonsilas faríngeanas, do tecido conjuntivo que reveste o septo nasal ou das tonsilas palatinas e geralmente por fatores alérgicos. A respiração bucal pode causar estreitamento da arcada superior e ossos adjacentes, palato alto, protrusão da maxila e retrusão da mandíbula. O tratamento ortodôntico deve expandir a maxila causando aumento da permeabilidade nasal e a retirada das adenóides hipertrofiadas é evitada, tendendo a regredir na adolescência. A amamentação materna é muito importante para ajudar no crescimento mandibular e posicionamento lingüal correto, além de contribuir para a coordenação e força muscular. Também evita princípios alergênicos para manter a respiração fisiológica, mas não é a única causa para diferenciar entre respiração bucal ou normal.

***Autor (a) do resumo:*** Rodrigo Piozzi

***Unitermos:*** Respirador bucal

MAGALHÃES, M.H.C.G.; SUGAYA, N.N. Aftas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** , v.53, n.6, p.471, nov./dez. 1999.

Afta ou úlcera recorrente é uma doença comum, acarretando 20% da população, caracterizado pelo aparecimento de úlceras dolorosas na mucosa bucal, podendo ser múltipla ou isolada. Essa lesão permanece cerca de 10 dias na boca, com 2-3 dias de maior desconforto e não deixa cicatriz. Caracterizada por úlcera recoberta por membrana branco amarelada e circundada por halo avermelhado. Existem três tipos de aftas: vulgar ou minor, herpes simples e major. A dor é pela exposição do tecido conjuntivo rico em vasos e nervos, podendo ser agravado por infecções, não existindo agente etiológico específico. Uma das causas primárias pode ser a alteração da resposta imunológica. Os ácidos, traumas, distúrbios gastrointestinais, ciclo menstrual e estresse agem como fatores desencadeantes, havendo um traço familiar também envolvido. Câncer de boca ou carcinoma epidermóide podem causar aftas, por isso uma úlcera que não cicatriza em 15 dias deve ser melhor inspecionada pelo profissional. Herpes e doenças dermatológicas no estágio inicial de seu desenvolvimento podem parecer aftas para o leigo. O uso de solução cáustica, como formol, destrói o tecido da região, inclusive terminações nervosas desaparecendo a dor, trocará a afta por uma queimadura química. Não existe tratamento eficaz, imunossupressores são os mais efetivos na redução dos sintomas, porém tem efeitos colaterais indesejáveis, sendo utilizados apenas nos casos mais graves. Deve utilizar anti-sépticos, antiinflamatório, anestésicos ou protetores de mucosa naturais ou sintéticos.

*Autor (a) do resumo:* Rodrigo Piozzi

*Unitermos:* Aftas

HADDAD, L. Escoliose. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 5, n.61, p.5, mar. 2000.

A coluna de todos os indivíduos possuem curvas naturais, fazendo a coluna dorsal se curvar levemente para frente. Porém há pessoas com curvas para os lados e que não podem ser corrigidos apenas com melhora do hábito como manter-se ereto. A escoliose aparece em 2% da população e tem fator hereditário. A maioria é de causa idiopática, se desenvolve na infância ou antes da puberdade, mais freqüente em garotas. Em adultos pode significar uma progressão de uma condição que começou quando criança e não foi tratada, que pode ter iniciado por uma leve ou moderada disfunção. Tratamento- Avaliação fisioterápica para fazer o programa de tratamento. Deve buscar alívio mas também a reeducação em postura. Deve ser avaliado pelo ortopedista e fisioterapeuta descobrindo qual é a musculatura fraca ou forte, alongada ou retraída para realinhar a coluna. Recursos eletroterápicos são utilizados na presença de dor e espasmo muscular. O tratamento também necessita de conscientização do paciente quanto a postura adequada no trabalho, em casa, sentar-se e também de travesseiros e colchões.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** Escoliose, Problemas de coluna

**CAVEZZI JUNIOR, O. et al. Efeitos de bochechos de clorexidina na saúde gengival em pacientes portadores de aparelhos ortodônticos.**  
Disponível na Internet. <http://www.odontologia.com.br>.

O controle químico da placa dental é um complemento importante na higiene bucal, na profilaxia e na terapia das infecções dentárias. A clorexidina é um antimicrobiano eficaz na prevenção e controle das doenças orais. O objetivo deste trabalho foi o de verificar os efeitos clínicos da clorexidina na saúde gengival, em pacientes que fazem uso de aparelho ortodôntico fixo. O fator etiológico da cárie e doença periodontal é a placa bacteriana. Os aparelhos ortodônticos aumentam o risco de manchas brancas na superfície do esmalte, além de estimular o desenvolvimento de uma gengivite hiperplásica generalizada. Isto por causar maior acúmulo de placa bacteriana. A clorexidina, quando em baixas concentrações provoca lixiviação de substâncias de pequeno peso molecular, como o potássio e fósforo exercendo efeito bacteriostático. Em altas concentrações a clorexidina é bactericida. A pesquisa foi realizada em 30 pacientes divididos em 2 grupos. Os bochechos foram feitos 2 vezes ao dia com 15ml de solução a base de clorexidina. Os pacientes do grupo controle receberam um placebo. Esta pesquisa foi realizada por um período de 3 meses. Ao final do terceiro mês, obtivemos resultados significativos. Duas semanas após o terceiro mês, isto é, quando foram interrompidos os bochechos de clorexidina a 0,12%, observou-se que, no grupo de estudo, a média de sangramento interpapilar manteve-se inalterada. Observamos uma redução estatisticamente significativa no grupo de estudo logo com 15 dias após início, onde esta redução foi significativa até completar 450 dia. No grupo controle, a média de papilas com sangramento não foi reduzida significativamente. Conclusão: - Digluconato de clorexidina a 0,12%, usado por um período de 3 meses, em forma de bochechos, reduziu significativamente o sangramento papilar, o que não se observou no grupo controle. Não haveria necessidade de estender o experimento clínico além de 60 dias, pois a maximização dos benefícios proporcionados pela clorexidina ocorreu no 45o dia.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos :** Clorexidina

PEREIRA, C.C.T. Exames complementares para as glândulas salivares: sialografia. Disponível na internet. <http://www.odontologia.com.br>.

Na semiologia das glândulas salivares, as manobras clássicas de inspeção e palpação não devem ser menosprezadas. Sabemos que dentre as alterações inflamatórias, obstrutivas, tumorais, e aumentos de volume assintomáticos bem como anomalias de desenvolvimento, o aumento de volume é o achado clínico mais importante. Entretanto, nem sempre é possível através do exame clínico, diagnosticar e reconhecer precisamente o processo patológico que está em curso. Apesar de recentes avanços no diagnóstico por imagens, os principais exames descritos para a análise das glândulas salivares ainda são as radiografias obtidas com o uso de soluções de contraste ou sialografias. O contraste é uma solução a base de iodo e isso pode vir a se tornar uma contra-indicação importante para alguns pacientes sensíveis. Outra contra-indicação é nos processos infecciosos agudos. É um exame que funciona para a análise da parótida e da sub-mandibular, mas não para o exame da glândula sub-lingual. A solicitação desse exame se dá quando há diminuição de fluxo salivar, por causas não convencionais, comprometendo as funções fisiológicas do paciente, não se relacionando com nenhum achado de sua história médica. As mais comuns são as sialolitíases, aonde formação de cálculo no interior dos ductos impede a saída da secreção causando inclusive dor quando há estimulação do fluxo salivar. E também a Síndrome de Sjogren, que é um quadro clínico aonde o paciente apresenta uma reação auto-imune que altera o formato e a arborização normal dos ductos das glândulas salivares, lacrimais, atacando também algumas articulações que formam a conhecida tríade clássica da síndrome: xerostomia, ceratoconjuntivite seca e artrite reumatóide.

***Autor (a) do resumo:*** Rodrigo Piozzi

***Unitermos:*** Sialografia



FREITAS, R.R.; SILVA, A.A.F. BORBA, M. A mandíbula como área doadora de enxertos em Bucomaxilofacial. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, n.3, v.54, p.221-25, maio/jun. 2000.

Para reconstruções de grandes defeitos ósseos na região bucomaxilofacial geralmente são utilizados enxertos e quando é necessária pequena quantidade de osso a ser enxertado, a mandíbula é uma área de grande eficiência à isso. Possui como indicações o aumento de espessura óssea do rebordo alveolar residual da maxila com o objetivo de realizar implantes, reconstruções mandibulares, preenchimento de cavidades com finalidade de movimentações ortodônticas e estabilização de osteotomias maxilares. Foram relatados 5 casos clínicos de enxertos para pacientes com problemas de maxila atrésica e pacientes submetidos a Le Fort I, fratura cominutiva mandibular, trauma mandibular, pré tratamento para implantes e perda óssea pela presença de cisto. A preservação com 12 e 36 meses mostrou nenhuma complicação no pós-operatório e todos os locais com neoformação óssea. Autores relatam que enxerto de origem endocondral tem maior mobilidade e que a área doadora da sínfise deve ser realizada após o irrompimento dos caninos permanentes e o sucesso dos enxertos vindo da mandíbula se deve devido ao maior volume de osso membranoso que possui rápida vascularização e menor reabsorção. Vantagens = Ausência de cicatriz cutânea, redução de tempo cirúrgico e melhor aceitação pelo paciente

*Autor (a) do resumo:* Rodrigo Piozzi

*Unitermos:* Mandíbula, Cirurgia, Transplante ósseo

AMORIM, V.C.S.A. ; SANTOS, M.F.S. Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos. **Rev. ABO Nac.**, v.7, n.6, p.359-363, dez/jan. 1999/2000.

O trabalho procurou analisar a visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos coletados de crianças na faixa etária de 7 a 12 anos, em escolas pública e particular. Obteve-se também um questionário escrito e um entrevista gravada durante a realização dos desenhos, para complementar a análise dos resultados. A imagem encontrada predominantemente foi hostil, porém o que parece levar esta imagem, não é propriamente a pessoa do dentista, mas o instrumental e equipamento utilizados pelo mesmo quando o tratamento curativo torna-se necessário. Assim como, a exodontia parece ser o procedimento mais relacionado ao dentista e gerador de conflito. Conclui-se que a atitude do profissional em atuar de forma curativa, após a doença instalada, e não com uma postura preventiva, evitando que a doença apareça, formou através dos anos uma imagem de mutilador do profissional.

***Autor (a) do resumo:*** Evelyn Mikaela Kogawa

***Unitermos:*** Desenhos; Dentista

MJÖR, I.A., TOFFENETTI, F. Secondary caries: a literature review with case reports. *Quintessence Int.*, v.31, n.3, p.165-179, Mar./2000.

O diagnóstico clínico da cárie secundária é a razão mais comum para a troca das restaurações, mas a base científica para esse tipo de diagnóstico é muito escasso. A proposta deste artigo foi realizar uma revisão crítica das cáries secundárias em relação a diagnóstico, localização, histopatologia, microinfiltração e microbiologia. As evidências indicam que o início e a progressão da cárie secundária é similar a da cárie primária, e que portanto podem ser prevenidas fazendo uso de compostos fluoretados e também o controle de placa, em relação a microbiologia também são semelhantes, geralmente são localizadas na porção gengival das restaurações existentes. Fendas estreitas, sulcos, fissuras, microinfiltração não levam a instalação de cárie secundária, mas se forem amplas o contrário pode ser verdadeiro. O diagnóstico clínico é difícil, a consistência ou dureza e descoloração da dentina são os melhores parâmetros.

***Autor (a) do resumo:*** Evelyn Mikaela Kogawa

***Unitermos:*** Cáries secundárias; Restaurações

BOUSCHLICHER,M.R., COBB,D.S.; BOYER,D.B. Radiopacity of compomers, flowable and conventional resin composites for posterior restorations. **Oper. Dent.**, v.24, n.1, p.20-5, jan. 1999.

Na tentativa de minimizar falhas no tratamento odontológico ,o material restaurador ideal deve apresentar uma radiopacidade similar ou relativamente maior que a do esmalte para que se tenha um ótimo diagnóstico radiográfico na qual o clínico consiga distinguir os materiais resinosos de estruturas dentárias, cáries, sulcos, fissuras, e outros defeitos; este trabalho visa então determinar densitometricamente a radiopacidade da dentina , do esmalte e de 20 tipos de resinas que são freqüentemente utilizadas nas restaurações posteriores. Amostras de 5mm de diâmetro e 2mm de espessura foram fabricadas dos 20 compósitos(n=7) para um total de 140 amostras, molares humanos foram seccionados em 2,0mm incluindo esmalte e dentina na pesquisa. De todos os materiais testados, concluiu-se que duas resinas fluidas(Tetric flow e Flow-it), os compômeros( Hytac Aplitip, Dyract e Compoglass), a resina química (Bis-Fil 2 B) e as oito resinas fotopolimerizáveis testadas são aptas para serem utilizadas para restaurações posteriores de classe I e II.

**Autor (a) do resumo:** Evelyn Mikaela Kogawa

**Unitermos:** Radiopacidade; Esmalte

SOBRAL, A.P.V.; FREITAS, C.de.; GOMES, A.P.N. Síndrome de Eagle: relato de caso. **Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernamb.**, v.2, n.2, p.126-30, out.1999.

A síndrome de Eagle é decorrente de uma calcificação do ligamento estilóide, geralmente unilateral, que limita os movimentos cervicais e gera dores intensas na região. Pode ser confundida com outros distúrbios como o da ATM, tumores na base da língua e 3º molares retidos, por isso o diagnóstico deve ser clínico e radiográfico. Esta patologia tem como causa traumas e acomete com mais frequência indivíduos do sexo feminino que estão na 2ª década de vida. O caso clínico era de uma mulher, com 25 anos, que apresentava dores intensas, lacinantes e intermitentes na região auricular, irradiando para a porção posterior do pescoço, principalmente no período noturno. No exame clínico foi constatado desvio lateral da mandíbula na abertura e fechamento da boca, sendo que a abertura era limitada. O resultado do exame radiográfico através da Panorâmica foi de aumento do processo estilóide do lado esquerdo com uma imagem radiopaca. Já a Tomografia Linear de ATM analisou a amplitude do movimento de ambos os condilos com boca aberta. A conclusão do caso foi de Síndrome de Eagle associada a luxação das ATMs, portanto, a paciente foi encaminhada ao Serviço de Cabeça e Pescoço para tratamento (cirúrgico, injeção de anestésicos ou laser).

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Síndrome estilóide; Alongamento do processo estilóide; Desordem temporomandibular; Hiperostose; Ligamento estilóide; Síndrome da artéria carótida

SALIBA, C.A. et al. Auto-avaliação de saúde na 3ª Idade. **RGO (Porto Alegre)**, v.47, n.3, p.127-30, jul./set.1999.

Este trabalho buscou o conhecimento sobre as expectativas dos indivíduos da 3ª idade em relação aos serviços odontológicos através de um questionário feito a 90 idosos pertencentes a três Instituições de Amparo do Idoso de Araçatuba, sendo que esta avaliação continha informações gerais e específicas sobre saúde bucal (presença de dentes na boca, uso de prótese, necessidade do tratamento odontológico, tempo da última visita ao dentista, motivo da consulta, tipo de serviço – particular/público, presença de algum problema bucal). A faixa etária predominante era de 60-80 anos e do sexo masculino; a maioria das pessoas apresentavam dependência física, econômica e psicológica que constituíam obstáculos quanto ao cuidado da saúde bucal; 62% não possuíam dentes na boca, dos quais 50% usavam algum tipo de prótese; 57% necessitavam de tratamento odontológico; 88% visitaram o dentista há mais de 2 anos, a maioria pelo serviço público, e nenhum pelo motivo de prevenção e sim de dor. Os idosos souberam avaliar suas necessidades odontológicas, encontravam-se insatisfeitos com sua saúde bucal e gostariam de receber tratamento. Isto mostra a necessidade de sensibilização da sociedade, dos profissionais e políticos, a fim de melhorar a situação do idoso, dando conhecimento e motivando-os em relação a prevenção.

***Autor (a) do Resumo:*** Ana Carolina Magalhães

***Unitermos:*** Saúde bucal; Auto-avaliação; Envelhecimento; Terceira idade

CARDOZO, A.P.M. et al. Ameloblastoma de maxila: relato de um caso clínico tratamento protético. **Odonto**, v.3, n.3, p.42-45, jan. 1999.

O Ameloblastoma é um tumor benigno, assintomático e invasivo, que pode ter origem do órgão do esmalte, dos restos epiteliais de Malassez ou do epitélio de cistos. Geralmente relacionado a traumas como a extração, sendo que 80% dos casos são gerados na mandíbula (próximo a molares e ramo da mandíbula), acometendo indivíduos principalmente da faixa etária de 20-40 anos e sem relação com o sexo da pessoa. O caso clínico era de um homem, com idade por volta dos 35 anos, que possuía um ameloblastoma no lado direito da maxila (mais agressivo), como consequência desta patologia tinha: recessão do osso com uma cavidade retentiva, fala comprometida por ligação da cavidade nasal com a bucal após cirurgia, comprometimento da mastigação, molares amolecidos e PPR desadaptada. Após a cirurgia, com a retirada da lesão, realizou-se um tratamento protético; visando restabelecimento da função, estética, fonação e fator psicológico deste paciente.

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Ameloblastoma; Grandes perdas da maxila; Reabilitação protética

FERREIRA, R.I. et al. Estudo da prevalência de alterações bucais em pacientes HIV+ do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – Salvador, BA. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, v.18, p.22-7, jan/jun. 1999.

O trabalho foi realizado através do acompanhamento por 10 meses de 35 indivíduos aidéticos. Foram arquivados dados médicos, realizou-se anamnese e exame clínico, além de programas de orientação e de procedimentos de emergência. Foi constatado que a maioria dos pacientes aidéticos eram do sexo masculino, da faixa etária 30-40 anos, que contraíram a doença através do ato sexual e só tiveram diagnóstico após o aparecimento de sintomas. Os sintomas mais relatados foram: distúrbios neurológicos, diarreia e febre, manchas cutâneas e de mucosa, alopecia, sudorese noturna, tosse persistente e cefaléia. As patologias sistêmicas mais frequentes eram candidíase, herpes simples e tuberculose. Já as orais foram leucoplasia pilosa (32,3%), ulcerações aftosas recorrentes e xerostomia (23,5%) e gengivite (75%). A partir destes dados, conclui-se que as alterações bucais ocorrem em 100% dos pacientes aidéticos, sendo a situação periodontal a mais crítica; por isso deve partir do cirurgião dentista, como cidadão e profissional da saúde, o diagnóstico precoce, a prevenção e a orientação de seu paciente, além do cuidado extremo com a contaminação.

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Síndrome da imunodeficiência adquirida; Manifestações bucais; Infecção por HIV.



LEONEL, F.; TOMITA, N.E. O fumo e a doença peridontal. **Rev. ABO\_Nac.**, v.7, n.5, p.294-7, out./nov. 1999.

Hoje sabe-se que o fumo não só age como fator de risco para Doenças como as Cardiovasculares e Pulmonares, mas também para Doença Periodontal. Os fumantes parecem ter maior profundidade de bolsa, maior perda de inserção, redução na altura do osso alveolar em comparação aos não fumantes com nível de higiene bucal semelhante, e isto depende da quantidade e período de uso do tabaco. Uma pesquisa, apresentada neste trabalho comparando diferentes tipos de fumo, mostrou que fumantes de cigarro apresentavam perda óssea mais significativa que os de cachimbo e os não fumantes. Isto deve-se a diferenças existentes entre cigarro e cachimbo: pH, frequência de uso e via de absorção. O cigarro através de seus produtos reduz potencial de oxidação/redução da placa (diminui  $O_2$ ), aumentando a concentração de anaeróbios e diminuindo mobilidade dos neutrófilos; a nicotina aumenta pressão sanguínea e induz uma vasoconstrição, o que gera uma diminuição do fluxo sanguíneo gengival, além de prejudicar o processo de cicatrização por alterar os fibroblastos; a resposta imune é alterada pela fase gasosa do fumo (diminui leucócitos e IgA / estimula degranulação dos mastócitos). O tratamento em fumantes deve ser realizado através da diminuição da bolsa por procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos. Apesar da resposta tecidual ser menos favorável nestes pacientes.

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Fumo; Doença periodontal; Tabaco

OLIVEIRA, K.C.; BEZERRA, A.R.; SAMPAIO, R.K.P.L. Mucocele:  
Aspectos clínicos, histológicos e de tratamento. **Rev. bras. odontol.** v.57,  
n. 1, p.46-50, jan./fev., 2000.

Mucocele é uma lesão na cavidade oral relacionada a glândula salivar acessória e tem origem com a obstrução parcial ou total do ducto excretor. Esta patologia ocorre geralmente no lábio inferior, com tamanho médio de 9mm, é mais comum em pessoas brancas que estão na 2ª década de vida e não tem preferência por sexo. A lesão não apresenta variação de cor, geralmente é assintomática, sem saída de secreção e comporta-se como pseudocisto (predomínio de lesões sem revestimento epitelial – 80% mucoceles de extravasamento). Há outro tipo de mucocele, a de retenção, que acomete indivíduos na 5ª década de vida, devido a cálculo salivar, atresia dos orifícios dos ductos ou por cicatrização (trauma). O tratamento é feito com remoção da glândula e da lesão; caso o acesso for limitado ou a pessoa tiver secura na boca usa-se ácido gama linolênico (PG).

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Mucocele; Glândula salivar acessória; Cavidade oral

LINDEN, M.S.S. et al .Fumo: fator de risco no periodonto e na implantodontia? **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, v.4, n.1, p.33-7, jan./jun. 1999.

Os fatores que influenciam o sucesso do implante são : A biocompatibilidade do material e mais 50 critérios odontológicos ( diabetes, hábito de fumar, perda óssea sistêmicas, osteoporose, placa bacteriana patogênica, idade avançada, perda dos dentes, anatomia do rebordo, adaptação e biomêcnica das próteses). Estes fatores estão relacionados à reparação óssea que ocorre após a colocação do implante; e que depende do estímulo, das células ósseas e da boa nutrição celular(circulação sanguínea); além da qualidade óssea classificada em classe I (osso homogêneo) até classe IV (osso de densidade trabecular rodeado por uma delgada capa de osso cortical ).A circulação sanguínea é diminuída pelo fumo, devido ao aparecimento de catecolaminas que somadas as endógenas produzidas durante o estresse pode ocasionar até necrose da papila gengival; há alteração do sistema de defesa; reduz sinais da inflamação gengival e gera perda óssea principalmente na maxila, devido ao seu tipo de osso e ao contato maior com o fumo. A nicotina, por exemplo, causa vasoconstrição, aumenta espessura epitelial (mascarando a doença periodontal ). Por isso o paciente deve parar de fumar 1 semana antes e depois da cirurgia (implante), para a revascularização do retalho. E o CD, como profissional da saúde, deve intervir junto ao paciente para término do hábito, pois ele só vai ter benefícios com isso.

**Autor (a) do Resumo:** Ana Carolina Magalhães

**Unitermos:** Fumo; Osteointegração; Falhas de implantes; Índice de sucesso.

PIRAJARA, F. Enfrentando o câncer bucal. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.53, n.5, p.1-9, set/.out. 1999.

Esta doença existe sim e atinge cerca de nove mil brasileiros por ano. Se descoberta precocemente, seu tratamento mostra-se relativamente rápido e o risco de seqüelas é menor. Isto, infelizmente, não ocorre na maioria dos casos; boa parte da população nem sabe que o câncer bucal existe, muito menos como realizar e interpretar o auto-exame da boca. Daí a importância do cirurgião dentista na orientação geral de seus pacientes a respeito dos fatores de risco, da higiene bucal e de como fazer auto-exame.

O que leva as pessoas a terem câncer bucal? Os cigarros e as bebidas alcoólicas são as principais causas. Também estão na lista como fatores em estudo a má higiene bucal, alimentação pobre em vitaminas e a presença de fatores irritantes na boca. Há também um índice muito grande de câncer nos lábios devido a não proteção do rosto contra o sol. Além destes, existe um fator que não pode se evitado, ou seja, a predisposição genética.

Quais são as características do câncer bucal na fase inicial? São feridas que não cicatrizam em uma semana, são superficiais com menos de 2cm de diâmetro e indolores, apresentam-se como manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na língua (principal local de incidência), nos lábios, no assoalho da boca, na gengiva e bochecha.

O auto-exame deve ser realizado duas vezes ao ano, caso exista alterações, procure imediatamente o seu dentista ou médico.

***Autora do Resumo:*** Ana Carolina Magalhães

***Unitermos:*** Câncer bucal.

CAETANO, M. E. S. ; MORAES, A. B. A. Centro de pesquisa e atendimento odontológico para pacientes especiais – CEPAE: contribuição da psicologia para um tratamento de prevenção e formação profissional. **Rev. Bras. Odontol.** v.57, n.3, p.39-42, jan./fev. 2000.

Na FOP/UNICAMP, foi criado um Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais, com o intuito de se fazer prevenção primária, ensinando os indivíduos a apresentar comportamentos de saúde bucal e criando condições para que esses comportamentos sejam mantidos e instalados. Nesse trabalho, CD e psicologia buscam um atendimento odontológico eficaz, associando procedimentos clínicos e comportamentais. O CEPAE considera como pacientes especiais os bebês, portadores ou não de deficiência, e as atividades desenvolvidas pretendem atingir os seguintes objetivos: (1) produzir conhecimentos relativos à promoção de saúde bucal; (2) utilizar os conhecimentos produzidos junto à comunidade para promover a saúde bucal dos pacientes especiais, de suas famílias e da população em geral; (3) divulgar esses conhecimentos e a tecnologia desenvolvida junto à comunidade. As áreas de atuação do CEPAE são: (1) Atendimento Odontológico, que inclui serviços preventivos e curativos, orientação às mães, intervenção de emergência e intervenção em pacientes que apresentam comportamentos de não colaboração; (2) Atividades Educacionais; (3) Atividades de Pesquisa. Realizando um trabalho com bebês, a probabilidade de instalar comportamentos de saúde, através da educação, torna-se maior, se a mãe entender e seguir as recomendações do CD, sentindo-se motivada a promover a saúde bucal do filho.

**Autora do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Pesquisa; Atendimento odontológico; Prevenção; Bebês; Odontologia; Psicologia.

MARIANO, R. C. et al. Halitose. **J. Assoc. Prest. Serv. Odontol**, v.3, n.16, p.13-21, 1999.

A halitose é uma anormalidade do hálito. Ela pode ser produzida por dois mecanismos: (1) pela eliminação de substâncias odoríficas, contidas nas vias respiratórias e na boca, pela passagem do hálito normal; (2) pela eliminação do hálito já viciado durante o fenômeno da hematose. A cavidade oral representa uma das mais concentradas e variadas populações microbianas, cuja localização principal está no dorso da língua, no sulco gengival e na placa bacteriana supragengival. Por ter um potencial de óxido-redução baixo, essas regiões permitem o crescimento de bactérias anaeróbicas, conferido maior responsabilidade pela formação do mau cheiro bucal. Assim, o melhor caminho para o tratamento da halitose é motivar o paciente para boa prática de higiene oral, com limpeza suave e efetiva da língua. Foi realizado, então, um estudo com 44 acadêmicos do curso de Odontologia da EFOA para avaliar quantitativamente a capacidade de remoção dos resíduos da língua, utilizando-se de dois dispositivos: (1) raspador plástico, adaptado para o dorso da língua (limpador Kolbe); (2) escova dental de cerdas macias e cabeça pequena. Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que, ao nível de 1% de significância, o raspador de língua permitiu maior remoção de resíduos do dorso da língua, contribuindo para maior possibilidade de redução da halitose.

**Autor (a) do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Halitose; Língua; Limpador Kolbe; Escova dental.

SESMA, N. Eficiência de métodos caseiros de higienização e limpeza de próteses parciais removíveis. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.53, n.6, nov./dez. 1999.

Os pacientes, geralmente, são muito mal orientados quanto à higienização de suas próteses totais e parciais removíveis. Assim, acabam exagerando na sua limpeza ou apenas as enxaguam após o uso ou as escovam com pouca frequência. Os métodos de higienização de próteses podem ser mecânicos ou químicos. Os métodos mecânicos são: uso de escova de dentes com dentifrício ou sabonete e uso de dispositivos ultra-sônicos. Os métodos químicos envolvem a imersão da prótese em produtos químicos como peróxidos alcalinos, hipocloritos alcalinos, ácidos, desinfetantes e enzimas. No presente estudo, avaliaram-se três métodos caseiros de higienização de P.P.R. em microscópio de varredura: (1) uso de escova de dentes com dentifrício, (2) uso de escova de dentes com dentifrício associado à imersão em produto químico comercial à base de perborato de sódio (Limpador Efervescente), (3) uso de escova de dentes com dentifrício associado à aplicação de digluconato de clorexidina a 2% na parte interna da sela da prótese. Nenhum dos três métodos avaliados conseguiu eliminar completamente a placa bacteriana e remover formações de cálculo aderido à resina da prótese, embora a aplicação do método 3 tenha se mostrado mais eficiente que os demais.

**Autor (a) do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Prótese parcial removível; Higienizadores de próteses.

SILVA, J. B. M. e ; KIMPARA, E. T. Disfunção temporomandibular em portadores de próteses totais: relato de um caso clínico. **Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.1, n.1, dez. 1999.

Muitos pacientes portadores de próteses totais insatisfatórias apresentam sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), podendo ser causados por má oclusão, estresse emocional ou hiperfunção muscular. Algumas vezes, a má oclusão é determinada por falha técnica de confecção dessas prótese, sendo necessário, em alguns casos, o seu recondicionamento. Neste trabalho, foi apresentado um caso clínico de uma paciente (59anos) com DTM, portadora de próteses totais superior e inferior há 17 anos. As próteses atuais eram utilizadas há 1 ano. Primeiramente, foi proposta a utilização de uma placa oclusal para redefinir as relações maxilo-mandibulares e oclusais. A paciente, então, relatou a remissão dos sinais e sintomas. Após 3 meses de controle, foi realizada a correção do plano oclusal das próteses num articulador, de acordo com as relações estabelecidas com a placa oclusal. A paciente deixou de usar a placa e manteve-se assintomática. O resultado obtido com esse tratamento permitiu sugerir que, embora a DTM apresente uma etiologia multifatorial, um dos fatores pode ser preponderante sobre os outros, como o fator oclusal nesse caso clínico.

***Autor (a) do resumo:*** Vivien Thiemy Sakai

***Unitermos:*** Prótese total; Articulação temporomandibular; Disfunção.



LAZERIS, A. M. et al. L.E.R. – Lesões por esforço repetitivo. **J. Assoc. Prest Serv. Odontol.**, v.3, n.16, p.3-9, 1999.

A L.E.R. é ocasionada pela utilização excessiva das estruturas osteomusculares por condições especiais e inadequadas em que o trabalho foi executado, e, conforme o caso, pode evoluir para uma síndrome dolorosa e crônica. O presente trabalho constou de uma pesquisa realizada na ABO – PR, com o objetivo de definir o perfil epidemiológico em relação à incidência das L.E.R. junto a alunos dos cursos de especialização e aperfeiçoamento, no decorrer do mês de junho de 1998. Para viabilizar este estudo, foi aplicado um questionário a 50 Cirurgiões-Dentistas, detectando-se alguns distúrbios relacionados à posturas inadequadas e movimentos repetitivos. As principais L.E.R. relacionadas ao exercício da Odontologia são as seguintes: cervicobraquialgia, ombro doloroso, síndrome do desfiladeiro torácico, epicondilite lateral, síndrome do túnel do carpo e tenossinovite de Quervain. Os programas de atividades físicas na prevenção das L.E.R. são de fundamental importância e consistem no aperfeiçoamento muscular alcançado através de exercícios físicos direcionados e específicos. Sentiu-se a necessidade de um esclarecimento relacionado a esta patologia para que o profissional ligado à área da Odontologia tome mais consciência de que as L.E.R. são enfermidades, na grande maioria das vezes, ocupacional, e pode afetar de forma permanente a capacidade produtiva.

**Autor (a) do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Lesões por esforço repetitivo, Odontologia, Prevenção.

TORRES, C. R. G. et al. Materiais ósseo-indutores para o complexo dentino-pulpar. **PGR: pós-graduação em revista**, v.3, n.1, p.88-96, jan./jul.2000.

Quando há exposição do tecido pulpar, dois aspectos devem ser considerados na tentativa de se estimar o prognóstico do tratamento: o estado geral da polpa e a prevenção da contaminação durante os procedimentos operatórios e após a restauração da cavidade. Três possíveis resultados podem ocorrer: necrose pulpar, reparação pulpar satisfatória com formação de tecido calcificado utilizando-se materiais inertes ou diferenciação de células pulpares em células produtoras de tecido calcificado na presença de indutores. Várias substâncias vêm sendo estudadas como agentes bioativos para o capeamento pulpar, como o hidróxido de cálcio, as citocinas, as cerâmicas bioativas, o ácido hialurônico e o flúor. Embora o hidróxido de cálcio venha mostrando resultados satisfatórios, ele não pode ser considerado um material biocompatível. Os novos produtos devem ser melhor estudados, necessitando ainda de comprovações clínicas, além de que apresentam alto custo, o que constitui um obstáculo à sua aplicação rotineira. Espera-se que num futuro próximo haja um material considerado ideal para a proteção direta de polpas expostas, sem qualquer agressão aos tecidos vivos e que induza a formação de barreiras mineralizadas sem defeitos ou vazios, selando biologicamente a comunicação com a polpa.

***Autor (a) do resumo:*** Vivien Thiemy Sakai

***Unitermos:*** BMP, Materiais ósseo indutores, Hidróxido de cálcio, Proteção pulpar direta.

STEFANI, C. M. et al. Uso de fatores de crescimento em implantologia. **Periodontia**, v.8, n.2, p.39-45, dez. 1999.

A popularização do uso de implantes dentais de titânio na reposição de elementos dentais perdidos, isolados ou em grupos, tem ocorrido devido às altas taxas de sucesso e a uma ótima previsibilidade para as próteses retidas por implantes osseointegrados. Estudos estão sendo conduzidos em implantologia a fim de reduzir o tempo desdentado do paciente, seja entre a extração dental e a colocação do implante, através da colocação de implantes imediatos, ou entre a colocação do implante e a confecção da prótese, utilizando carga imediata ou, ainda, em sugestão recente, utilizando fatores de crescimento a fim de acelerar o processo de osseointegração. Entre os fatores de crescimento já testados estão o fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1), o fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) e as proteínas ósseas morfogenéticas (BMP). Dentre os veículos utilizados que tiveram melhores resultados estão a matriz óssea desmineralizada e o Bio-Oss. Os fatores de crescimento representam uma possibilidade real na estimulação da formação óssea e diminuição do tempo de osseointegração dos implantes dentais de titânio, mas novos estudos ainda são necessários para se determinar sua eficácia em seres humanos e sanar dúvidas a respeito da concentração do carreador mais indicado e da segurança clínica na sua utilização.

**Autor (a) do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Fatores de crescimento; Implantes dentais; Osseointegração.

ODA, M.; MATOS, A. B.; LIBERTI, E. A. Morfologia da dentina tratada com substância dessensibilizantes: avaliação através da microscopia de varredura. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.13, n.4, p.337-42, out./dez. 1999.

A hipersensibilidade dentinária ocorre na forma de dor quando da exposição de dentina ou cimento radicular, devido à estimulação de fibras nervosas por meio da movimentação de fluidos no interior dos túbulos dentinários. As constantes recidivas dos tratamentos preconizados para esta patologia são causas de estudos. Neste trabalho, foi proposto avaliar, por meio de microscopia eletrônica de varredura, a possível formação de película impermeabilizadora quando da aplicação de substâncias dessensibilizantes, acompanhada de condicionamento ácido da dentina. Discos de dentina foram utilizados para a preparação de um esfregaço padronizado, realização de condicionamento ácido e aplicação das substâncias testadas, à base de glutaraldeído, oxalato e fluoretos. Para compor o grupo controle, um corpo de prova foi mantido sem tratamento e outro apenas condicionado com ácido. Dos resultados morfológicos obtidos pode-se concluir que o condicionamento ácido prévio ao tratamento com substâncias à base de glutaraldeído e de oxalato não é capaz de formar uma película uniforme, impermeabilizante sobre a dentina. O uso de fluoretos forma uma camada sobre a dentina facilmente removível, não produzindo, porém, efeitos a longo prazo nestes tipos de tratamento.

**Autor (a) do resumo:** Vivien Thiemy Sakai

**Unitermos:** Hipersensibilidade dentinária; Ataque ácido; Microscopia eletrônica de varredura.

TAHMASSEBI, J.F.; O'SULLIVAN, E.A.; Diagnosis and management of trauma to primary dentition. **Dent. Update.**, v.26, n.4, p.138-42, May 1999.

Injúrias causadas a dentição decídua são comuns e a incidência varia de 11 a 30%. A idade mais comum de ocorrência é entre 1,5 a 2,5 anos. As injúrias mais sérias em termos de causar perigos ao sucessor permanente são as luxações intrusivas, seguidas pelas avulsões, extrusões e subluxações. Para avaliar os danos provocados pelo trauma, o exame radiográfico pode ser útil para determinar se houve avulsão ou intrusão total do dente, se os pais não puderem relatar o fato. O teste de vitalidade pulpar não fornece informações úteis para o tratamento. O tratamento deve ser direcionado a fim de, primeiramente, aliviar a dor e o desconforto da criança e, então, restaurar a dentição, mantendo um bom prognóstico para o dente sucessor. É necessário depois do exame inicial aconselhar os pais em relação a analgesia, dieta leve e higiene oral. Como resultado do trauma, também podem ocorrer laceração dos lábios e fratura de raízes, embora menos comum. Os dentes permanentes podem apresentar deformidades em consequência das injúrias aos dentes decíduos, tais como: dilaceração da coroa ou da raiz, manchamento, duplicação radicular. A criança deve ser monitorada depois de uma semana, um mês, três meses, seis meses, um ano e, então, anualmente até a exfoliação do dente.

***Autor (a) do resumo:*** Aline Franco Siqueira

***Unitermos:*** Dentes decíduos; Injúrias.

FARACO, I.M.J.; HOLLAND, R. Comportamento da polpa dentária diante do capeamento com o sistema adesivo Single Bond. **Rev. Assoc. Paul. Dent.**, v.54, n.4, p.282-87, jul./ago. 2000.

O tratamento de polpas dentárias expostas tem sofrido grandes modificações desde a segunda metade do século XVIII. A fim de contribuir com o campo do tratamento conservador da polpa dentária, este trabalho tem o propósito de analisar histomorfologicamente a resposta da polpa de dentes de cães após o capeamento com sistema adesivo. Para isso, foram utilizados 15 dentes de cães, com idade de 8 meses. Após preparo de cavidades na região cervical da face vestibular e a exposição pulpar, as polpas foram capeadas com o sistema adesivo Single Bond. As cavidades foram restauradas com resina composta. Os animais foram sacrificados após 60 dias do término dos procedimentos clínicos, e os dentes foram processados em laboratório para a obtenção de cortes histológicos, os quais foram corados pela hematoxilina-eosina. Os resultados demonstraram que as polpas dentárias capeadas com sistema adesivo exibiram-se inflamadas ou necrosadas e não evidenciaram nenhum caso de reparo aliado à formação de ponte de tecido duro completa. Os resultados obtidos com o sistema adesivo estudado não permitem sua indicação como material para capeamento da polpa dental.

**Autor (a) do resumo:** Aline Franco Siqueira

**Unitermos:** Capeamento da polpa dentária; Adesivos dentinários.

ROCHA, M.J.C.; et. al. O uso do hidróxido de cálcio e do agregado de trióxido mineral (MTA) em pulpotomias de dentes decíduos. *Rev. Odontol. da Univ. Espírito Santo*, v.2, n.1, p.38-44, jan./jun.2000.

A pulpotomia, tratamento conservador da polpa dental radicular, é objeto de muitas investigações, assim como os materiais utilizados. O sucesso dessa técnica depende, entre outros fatores, do diagnóstico correto do estado da polpa. No presente estudo, foram realizadas quatorze pulpotomias em molares decíduos de pacientes entre quatro e sete anos de idade, sendo nove com hidróxido de cálcio e cinco com agregado de trióxido mineral (MTA). Realizados os passos da técnica, foi colocada sobre os filetes radiculares remanescentes uma pasta de  $\text{Ca(OH)}_2$  mais propilenoglicol ou MTA em água destilada. Sobre os agentes capeadores, foi colocado ionômero de vidro e restaurado com resina composta. Os dentes foram avaliados clínica e radiograficamente três, seis, nove e doze meses após o tratamento. Foi considerado sucesso quando o dente não apresentava mobilidade, dor espontânea ou provocada, rarefação perirradicular, fístula e reabsorção interna. A reabsorção externa deveria estar ocorrendo na mesma velocidade (fisiologicamente) que o dente contralateral. As pulpotomias em dentes decíduos podem levar a resultados positivos, quando seguimos todos os princípios biológicos e respeitamos as propriedades de cada material. O MTA mostrou ser um bom material capeador para dentes decíduos, mas há a necessidade de realização de outras pesquisas clínicas.

*Autor (a) do resumo:* Aline Franco Siqueira

*Unitermos:* Pulpotomias; Dentes decíduos; MTA.

OLIVEIRA, M.D.M; et. al. Utilização de método químico-mecânico de remoção do tecido cariado: uma nova proposta para o atendimento de bebês. **JBP J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê** v.3, n.13, p.209-14, maio 2000.

Para a execução dos procedimentos de remoção do tecido cariado, além do tradicional método utilizando instrumentos rotatórios, atualmente é possível dispor de material para este fim, com ação químico/mecânica, o Carisolv. Este produto consiste de uma mistura de hipoclorito de sódio 0,5% e três aminoácidos (ácido glutâmico, leucina, e lisina), com capacidade de dissolver a dentina amolecida, favorecendo sua remoção com curetas especiais, sem corte, específicas para este fim. O Carisolv, portanto, tem sua aplicabilidade na clínica odontopediátrica por ser considerado uma alternativa atraumática para preparos cavitários, visto que elimina o desconforto sentido quando do uso de alta e baixa rotação, assim como o da anestesia local, que pode ser abolida em grande parte dos casos. Esse método não oferece efeitos sobre a adesão dos materiais restauradores, não ocorrendo, portanto, prejuízo no produto final. O uso do método de remoção químico/mecânico, segue uma rotina de atuação para a qual o profissional prepara-se com exames clínico e radiográfico prévios, além de anamnese adequada, sendo possível o correto diagnóstico e a subsequente seleção do caso. Os dentes indicados para este procedimento, devem apresentar lesão com comprometimento dentinário e sem envolvimento pulpar, além de ser possível o acesso direto à lesão.

*Autor (a) do resumo:* Aline Franco Siqueira

*Unitermos:* Odontopediatria; Cárie dentária; Carisolv.



ABDALLA, A.E.; et. al. Cuidados com a gestante. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.2, n.4, p.78-80, July/Aug. 1999.

A gravidez é um processo que envolve complexas mudanças físicas e psicológicas que afetam profundamente toda a saúde da mulher. Nas últimas décadas, o manejo da paciente grávida tem se apoiado em quatro regras simples: manter boa higiene oral, tratar conforme a necessidade, intervalos curtos de consulta, assumir que todo tratamento regular é aceitável, exceto se proibido pelo obstetra. Podem ocorrer algumas alterações bucais decorrentes da gravidez tais como tumor da gravidez e mobilidade dental. Ambas alterações regridem após o término do período gestacional. Eventualmente, pode o dentista se ver frente a frente com um problema obstétrico e ter que tomar alguma atitude. As principais ocorrências são: síncope, convulsão, emese, sangramento. Os analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos estão entre os medicamentos mais prescritos nos tratamentos odontológicos. Entretanto, existem restrições quanto ao uso de várias dessa drogas na gravidez. O uso do raio X é um tema que causa grande angústia às gestantes, mas seu uso deve ser feito sempre que necessário, uma vez que as doses de radiações utilizadas não causam nenhum prejuízo ao feto. O uso do flúor pela paciente grávida ainda gera discussões a respeito de sua real utilidade para a futura dentição do recém nascido. Conclui-se, portanto, que a paciente grávida deverá sempre que necessário socorrer-se do tratamento odontológico.

*Autor (a) do resumo:* Aline Franco Siqueira

*Unitermos:* Gestante; Alterações bucais; Cuidados odontológicos.

CÉSAR, J.B.N. et al. Avaliação da padronização de sondas periodontais: marcas milimetradas e diâmetro das pontas. **Rev. Periodontia**, v.8, n.2, p.25-8, maio/dez., 1999.

O diagnóstico é um fator muito importante para o sucesso do tratamento da doença periodontal, pois é através dele que o clínico irá direcionar o tratamento a ser realizado. O instrumento mais utilizado nos métodos tradicionais de diagnóstico clínico periodontal é a sonda periodontal. Através deste instrumento obtêm-se medidas de parâmetros clínicos como a profundidade de sondagem, nível de inserção clínico e sangramento à sondagem. Apesar da grande utilização destes métodos no diagnóstico das doenças periodontais, sabe-se que ele está sujeito a alguns tipos de erros, como variações na angulação utilizada, na pressão a sondagem, dificuldade na detecção da junção cimento-esmalte e até diferenças na calibração de sonda para sonda. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a marcação milimetrada e o diâmetro da ponta de três marcas comerciais de sondas: Neumar (A), Golgran (B) e Hu-Friedy (C). Foram utilizadas 94 sondas novas, sendo 50 Golgran, 35 Neumar e 9 Hu-Friedy. Os resultados demonstraram que todas as sondas obtiveram valores maiores que os padronizados. As sondas C foram as que apresentaram medidas mais precisas, aproximando-se muito das medidas padrão e mostrando pouca variação entre os elementos da amostra.

***Autor (a) do resumo:*** Aline Franco Siqueira

***Unitermos:*** Sondas periodontais; Calibração

GOLDSTEIN, M.; BRAYER, L.; SCHWARTZ, Z. A critical evaluation of methods for root coverage. **Crit. Rev. Oral Biol. Med.**, v.7, n.1, p.87-98, 1996.

A recessão gengival é a exposição das superfícies radiculares devido a migração apical das margens do tecido gengival. Em consequência disso, há aumento da sensibilidade da raiz, predisposição à cárie radicular, dificuldade de higiene bucal e aparecimento de defeitos estéticos. A causa pode estar associada a doença periodontal, escovação inadequada, má posição dos dentes, inserção alta do freio labial, trauma oclusal e movimentação ortodôntica. Existem quatro técnicas básicas para o recobrimento radicular: enxerto pediculado, enxerto gengival livre, enxerto de tecido conjuntivo e regeneração tecidual guiada. A indicação de cada uma delas depende do exame da área receptora e doadora, da quantidade de gengiva inserida, da profundidade e largura da recessão gengival, previsibilidade, domínio da técnica e número de cirurgias necessárias. Porém, a importância maior está na detecção da causa porque de nada adianta uma cirurgia bem realizada se não houver a remoção da causa.

*Autor (a) do resumo:* Aline Franco Siqueira

*Unitermos:* Recobrimento radicular; Tratamento cirúrgico mucogengival

ZOTTIS, D.; BERNARDES, R.; WANNMACHER, L. Efeito de vasoconstrictor usado em anestesia local sobre pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca durante o atendimento odontológico. **Rev. ABO\_Nac.**, v.7, n.5, p.289-93, out./nov. 1999.

A anestesia local é procedimento corriqueiro por ser a dor problema comum a todas as áreas da Odontologia. A lidocaína, anestésico local mais comumente usado, tem duração intermediária de efeito (até 120 minutos). Por isso é conveniente o uso associado de vasoconstrictor que, contrapondo-se ao efeito vasodilatador do anestésico e impedindo sua rápida distribuição a locais diversos do desejado, prolonga seu efeito e reduz suas concentrações séricas, com conseqüente menor toxicidade sistêmica. Nesse trabalho, foi avaliado o efeito da associação de lidocaína a 2% e norepinefrina 1:50.000 sobre a pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca. Foram analisados 68 indivíduos. Os parâmetros cardiovasculares foram medidos no início do atendimento (medida basal), 2 minutos após a anestesia e ao final da consulta, sob condições padronizadas. Pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca não variaram significativamente em indivíduos com níveis pressóricos pré-anestesia elevados ou normais, quando foram utilizados 1 ou 2 tubetes anestésicos e mediante diferentes procedimentos odontológicos. No decorrer do tempo, a frequência cardíaca variou mais do que a pressão arterial, porém todos os valores médios aferidos ficaram dentro de limites da normalidade.

***Autor (a) do resumo:*** Aline Franco Siqueira

***Unitermos:*** Anestesia odontológica; Frequência cardíaca; Pressão arterial sistêmica

KOWASH, M.B. et al. Oral health: educating mothers with young children. **Br. Dent. J.**, v.188, n.4, p.199-205, Feb., 2000.

Um programa de educação em longo prazo avaliou o efeito, na incidência de cáries, em mães com crianças jovens, através de visitas regulares por educadores de higiene dentária treinados, durante um período de três anos. Foram selecionadas 228 crianças, nascidas entre primeiro e trinta de Setembro de 1995, de um subúrbio de Leeds, no Reino Unido, com baixo nível sócio econômico e alto índice de cárie e divididas nos seguintes grupos: A) Educação em higiene dentária (DHE) focalizada na dieta; B) DHE focalizada na instrução de higiene oral; C) DHE com uma combinação de mensagens de dieta e instrução em higiene oral. Essa educação em higiene foi dada por entrevista e consulta de pelo menos quinze minutos em casa a cada três meses pelos primeiros dois anos e duas vezes ao ano no terceiro ano de estudo. Um quarto grupo D recebeu instrução de dieta e higiene oral, em casa, apenas uma vez ao dia. Todas as mães e crianças foram examinadas quanto à cárie e higiene oral. Um quinto grupo E (controle) não recebeu nenhuma instrução de DHE e nunca foi visitado, apenas examinado com três anos de idade. No grupo de crianças visitadas regularmente apenas duas desenvolveram cáries e três, gengivite (todas no grupo A). No grupo E, entretanto, 33% das crianças tiveram cárie e nove (16%), gengivite. A diferença, na incidência de cárie e fatores de risco, foi estatisticamente significativa entre os grupos de estudo. As mães desses grupos também demonstraram melhoras na sua própria saúde oral a partir da segunda e terceira visita. Dessa forma, a ocorrência de cáries de mamadeira tem grande diminuição através de programas de visita domiciliar que se iniciam logo após a erupção dos dentes.

**Autor (a) do resumo:** Alexandre Grando de Oliveira

**Unitermos:** Estudo longitudinal; Cárie de mamadeira; Saúde oral

WRIGHT, E.F.; DOMENECH, M.A.; FISCHER JR, J.R. Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.131, p.202-9, Feb., 2000.

O treinamento de postura tem um positivo impacto nos sintomas das desordens temporomandibulares (TMD). Os autores conduziram um estudo para avaliar sua eficácia. Sessenta pacientes com TMD e desordem muscular primária foram divididos aleatoriamente em dois grupos: um recebeu treinamento postural e instruções para autocontrole das TMD, enquanto o outro grupo recebeu apenas instruções para auto controle das desordens. Após quatro semanas de estudo os autores reexaminaram os pacientes, observando as mudanças nos sintomas, dor ao abrir a boca e o limiar de dor quando da pressão do algômetro. Além disso, medidas de postura foram feitas antes e depois do tratamento da postura no primeiro grupo. Demonstrou-se melhora significativa através de um índice de severidade das lesões, máxima abertura bucal e limiar de dor quando pressionado, com o uso de um algômetro, assim como dos sintomas no pescoço. Os pacientes no grupo de tratamento tiveram redução das TMD e dos sintomas no pescoço de 41.9% e 38.2% respectivamente, enquanto o grupo controle teve redução de apenas 8.1% e 9.3% nesses sintomas. Os autores encontraram correlação significativa entre melhoras na TMD e sintomas de pescoço. Dessa forma, o treinamento de postura e autocontrole das TMDs são mais efetivos que apenas o autocontrole, no tratamento da TMD, para os pacientes com desordens musculares primárias. Além disso, pacientes com TMD que se comportam com a cabeça à frente dos ombros têm maior probabilidade de apresentar melhoras, como resultado de um treinamento postural e instruções de autocontrole.

*Autor(a) do resumo:* Alexandre Grando de Oliveira

*Unitermos:* Desordens temporomandibulares; Treinamento de postura.

ROSSI, S. S.; GREENBREG, M. S. Alergia intra-oral de contato: revisão de literatura e casos clínicos. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.2, p.21-7, Feb 1999.

Os sinais e sintomas das reações alérgicas por contato que afetam a mucosa oral podem se assemelhar a outras doenças orais comuns, como trauma crônico causado por dentes ou restaurações fraturadas, reações liquenóides, tornando difícil o diagnóstico. Frequentemente, os pacientes, passam por inúmeras consultas e não recebem o diagnóstico correto ou uma terapia eficaz. Como a alergia intra-oral de contato pode ser mais frequente do que se acreditava anteriormente, justifica-se uma revisão deste tópico. Este artigo enfatiza os sinais e sintomas que sugerem uma alergia intraoral de contato, e os autores discutem sobre a maioria das substâncias alergênicas que com mais frequência afetam a cavidade oral. Dentre elas estão alimentos, como canela e menta, produtos de higiene oral como pastas e fio dental, ou aqueles contendo aromatizantes, tipo aldeído cinâmico e óleos. Os materiais restauradores odontológicos (acrílico, fios ortodônticos, amálgama) também estão entre os possíveis causadores de alergias. Nesses casos, o diagnóstico através de um "patch test" pode ser indicado para diferenciar estomatite alérgica de contato de lesões orais inespecíficas.

*Autor(a) do resumo:* Alexandre Grando de Oliveira

*Unitermos:* Reações alérgicas; Liquenóides.

ROSTED, P. Introduction to acupuncture in dentistry. **Br. Dent. J.**, v.189, n.3, p.136-40, Aug 2000.

Uma introdução na aplicação prática da acupuntura na odontologia. Está provado que a acupuntura pode ser complementar aos tratamentos convencionais, assim como está bem documentado, com suporte de grupos controle aleatório, seu valor no tratamento de disfunções temporomandibulares e dores faciais. Apesar de ser útil no controle de dores pós-operatórias, seu uso como analgésico durante procedimentos cirúrgicos é questionável. O modo de ação da acupuntura pode ser explicado com referência na neurofisiologia moderna, tendo, portanto, bases científicas. Resumidamente, essa ação pode ser explicada pela criação de pequenos processos inflamatórios através da inserção das agulhas em determinado ponto. Ocorre liberação de transmissores sinápticos e neurotransmissores que, simplificadamente, inibem a sensação de dor por estimular liberação de encefalinas. Outro efeito de acupuntura se deve à liberação de serotonina, uma pró-droga na geração de endorfinas e acetilcolina. Esta última estaria relacionada com o aumento de cortisol no organismo, e com isso, uma melhora no sistema imune. Um curso de treinamento curto pode permitir que a técnica desse procedimento seja uma ferramenta efetiva nas mãos de qualquer dentista.

***Autor (a) do resumo:*** Alexandre Grando de Oliveira

***Unitermos:*** Acupuntura; Odontologia.



LARA, V. S.; CONSOLARO, A.; BRUCE, R. S. Macroscopic and microscopic analysis of the palato-gingival groove. **J. Endodont.**, v.26, n.6, Jun.2000.

Com o objetivo de correlacionar os aspectos anatômicos do sulco palato-gengival com sua etiologia, diagnóstico e alternativa de tratamento, 13 incisivos superiores permanentes com sulco palato-gengival foram selecionados de uma grande amostra e sujeitos a uma análise micro e macroscópica da morfologia do sulco. Este esteve presente, predominantemente, na face lingual de incisivos laterais (11 e 13), e sua extensão coronária e radicular estavam na face disto-lingual dos incisivos (7 de 13 e 6 de 13, respectivamente). Deformação do contorno da cavidade pulpar foi notada subjacente ao sulco (9 de 13), associada à diminuição da camada de esmalte e dentina (11 de 13 e 13 de 13, respectivamente). O sulco foi observado se estendendo para o terço apical em nove dentes e uma comunicação direta entre a polpa e o periodonto foi observada em apenas um caso. Através dessa avaliação se conclui que o sulco palato-gengival pode ser diagnosticado clinicamente, prevenindo problemas subseqüentes. Entretanto, uma análise microscópica seria necessária para se ter uma avaliação precisa do dente afetado, com relação à extensão e o comprometimento da estrutura dentária.

***Autor (a) do resumo:*** Alexandre Grando de Oliveira

***Unitermos:*** Sulco palato-gengival.

BEVILACQUA, C. F. Endocarditis infecciosa. Câmbios em su prevención.  
**Rev. Asoc. Odontol. Argent.**; v.88, n.3, p.249-53, May/June 2000.

A bolsa periodontal com sua parede interna ulcerada e com tecido conjuntivo rico em vasos dilatados, associado a uma completa flora bacteriana, é ideal para que se produzam bacteremias. Estas podem ser responsáveis por gerar uma endocardite infecciosa. No entanto, para que este quadro se instale, é necessária a presença de uma superfície danificada (endocárdio) previamente, onde serão depositadas plaquetas e redes de fibrinas, gerando uma endocardite trombótica não bacteriana. Bacteremias transitórias subseqüentes poderão, enfim, colonizar essas lesões e desenvolver uma endocardite infecciosa. A prevenção desta doença pode ser feita com antibióticos, através de dois mecanismos: destruição bacteriana e inibição da aderência à endocardite trombótica não bacteriana. O tempo transcorrido entre um acontecimento que gere bacteremia e o aparecimento de uma endocardite infecciosa é relativamente curto, no entanto, as manifestações clínicas geralmente trazem sinais e sintomas inespecíficos, como febre, anorexia, perda de peso, mal estar, fadiga. Sendo assim, o problema fundamental dessa enfermidade é o diagnóstico, que por essas condições, torna-se mais difícil e geralmente ocorre tardiamente. Portanto, ao se tratar de um paciente, é necessário realizar todas as medidas profiláticas para se evitar o risco de uma possível endocardite infecciosa. Essas incluem os seguintes pontos: analisar a história médica do paciente; se o paciente tem uma enfermidade cardíaca congênita ou uma válvula protética, deve-se lhe explicar qual o risco de uma bacteremia e de endocardite, assim como as doses antibióticas preventivas atuais; verificar se o paciente é alérgico a essa medicação; perguntar ao paciente, em todas as consultas, se cumpriu com o esquema antibiótico prescrito; pedir ao paciente que informe imediatamente sobre qualquer mal-estar e se assim for, encaminha-lo a um médico, sem indicar novos antibióticos, para não camuflar a enfermidade.

**Autor (a) do resumo:** Alexandre Grando de Oliveira.

**Unitermos:** Endocardite infecciosa; Prevenção.

JOHNSON, N. W; BAIN, C. A. Tobacco and oral disease. **Br. Dent. J.**, v.189, n.4, p.200-5, Aug. 2000.

Este documento foi feito pelo “EU-Working Group on Tobacco and Oral Health”, com suporte da “EU Comission” (programa a Europa contra o câncer). Há diversas evidências que o uso de tabaco causa sérios efeitos na cavidade bucal, efeitos esses mostrados resumidamente neste artigo. Dentre o grupo de profissionais da saúde, os dentistas são aqueles que mais estão em contato com a população, adquirindo posição favorável na intervenção relacionada ao tabaco. Este é associado a vários cânceres, infarto no miocárdio, doenças crônicas no pulmão. Estudos demonstram que fumantes têm uma redução na expectativa de vida de aproximadamente sete anos. O grupo de trabalho europeu em tabaco e saúde bucal encontrou os seguintes dados relacionados ao hábito de fumar: descoloração dos dentes e restaurações; halitoses e diminuição na percepção do sabor e cheiros; problemas periodontais mais severos e prevalentes, no entanto, cessando o hábito diminui-se a progressão dos problemas e possibilita o tratamento; câncer bucal e lesões cancerizáveis com maior prevalência, entretanto, parado o hábito de fumar, dentro de cinco a dez anos, o risco de esses distúrbios ocorrerem torna-se igual ao de pessoas não fumantes; falhas significativamente maiores em implantes dentários. Devido a esses fatores, todos os dentistas e auxiliares deveriam estar cientes da relação entre o fumo e problemas bucais, carregando a mensagem de que a norma é não fumar. Além disso, aconselhamentos sobre o fumo deveriam ser parte fundamental do currículo dos cirurgiões dentistas e de qualquer outro programa de prevenção.

*Autor (a) do resumo:* Alexandre Grando de Oliveira.

*Unitermos:* Fumo; Câncer; Periodontite; Implante.

ROISINBLIT, R.; CÓRICA, O. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento en el adulto mayor. **Rev. Asoc. Odontol. Argent.**; v.88, n.3, p.200-17, May/June 2000.

Análise do diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento em idosos. A colaboração interdisciplinar entre médicos e dentistas leva a um maior conhecimento dos pacientes e de suas reais enfermidades, o que é de especial importância quando se trata de odontogeriatrics. Os idosos geralmente apresentam patologias prévias ou tomam medicamentos, e isso deve ser avaliado no momento de indicar programas de tratamentos. Estes primeiros fatores são analisados na história e exploração clínica do paciente, estabelecendo qual é o “nível basal normal” desse paciente. São coletados dados pessoais, possibilitando conhecimento do estado mental e emocional, assim como é analisado o motivo da consulta, e feito uma anamnese. No exame geral deve-se realizar o registro da pressão arterial e do pulso, em repouso, além do controle da respiração, verificando, por exemplo, se o paciente encontra-se apreensivo. Qualquer alteração sistêmica que possa causar transtornos no tratamento deve ser informada ao paciente. Segue-se um exame bucal, procurando manifestações de doenças sistêmicas, ou lesões próprias do envelhecimento, assim como se avaliam as condições dentárias. Todos esses procedimentos antes do tratamento visam a prevenir muitas dificuldades que os profissionais deverão encontrar e permite que o paciente ou familiares peçam explicações e opinem a respeito do tratamento a ser realizado. O prognóstico satisfatório dependerá tanto da aplicação dos procedimentos corretos pelos profissionais, como do paciente compreender e colaborar no tratamento. Deve-se levar em conta os fatores estéticos e funcionais que melhorem a imagem do paciente e estimulem sua vontade para atuar na sociedade, contribuindo, enfim, para melhorar sua qualidade de vida.

**Autor (a) do resumo:** Alexandre Grando de Oliveira.

**Unitermos:** Odontogeriatrics; Idosos; Diagnóstico; Anamnese.

MELROSE, C.; MILLET, D.T. Rumo a uma perspectiva para a contenção cêntrica. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.** v.4, n.3, p.64-72, maio/jun. 1999.

A contenção é um dos maiores problemas que o ortodontista enfrenta e os diversos elementos que levam a recidiva ainda não são esclarecidos havendo necessidade de contenção pós tratamento ortodôntico para combater a tendência de recidivar o problema. A estabilidade só pode ser alcançada se houver equilíbrio entre: as forças gengivais e tecido periodontal- Há uma força oriunda da movimentação, que é a reorganização do ligamento periodontal que dura entre 3-4 meses ; tecidos moles bucofaciais- as pressões resultantes dos tecidos moles determina equilíbrio e estabilidade; segmento ântero-inferior- a forma do arco deve direcionar para construir o arco superior sobre o inferior; largura do arco- o inferior não deve ser expandido porque compromete a estabilidade; trespasse horizontal- deve ser possível o selamento labial; os dentes mantidos pela oclusão são estáveis; o crescimento facial continua durante a vida adulta; deve esclarecer ao paciente que a contenção é uma parte do tratamento e deve prosseguir até que o crescimento decline para os níveis do adultos. Muitas vezes há necessidade de cirurgias de tecidos moles (frenectomia) e cada contenção deve ser analisada, avaliando o futuro crescimento e também sabendo que são imprevisíveis todas as recidivas.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Piozzi

**Unitermos:** Contenções ortodônticas; Recidiva; Planejamento de contenções.

HERSH, E.V. Interações adversas de drogas na prática odontológica com antibióticos. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 2, n. 6, p. 18-30, June 1999.

Embora o uso de antibióticos sejam considerados seguro no uso em procedimentos odontológicos podemos encontrar perigosas associações que poderiam resultar em sérias complicações para o paciente. Um exemplo é a combinação de antibióticos bactericidas com bacteriostáticos, que levariam a uma maior toxicidade do que terapias realizadas com um só tipo de droga. Há interações bem conhecidas como as da tetraciclina com produtos contendo cátions bi e trivalentes, podendo reduzir drasticamente a absorção da droga causando sua ineficácia. Porém há ainda associações pouco conhecidas e que podem trazer problemas aos pacientes. Metronidazol interagindo com álcool e lítio pode provocar letargia, fraqueza e até risco de vida, dependendo da dose do lítio ou do álcool. Há a interação da tetraciclina com o lítio que provoca os mesmos sinais de toxicidade por lítio: sonolência, fala enrolada e tremores. A eritromicina, a claritromicina ou tetraciclina combinada à droga digoxina, usada para o tratamento de falhas congestivas do coração podem também provocar problemas, aumentando a ação da digoxina fazendo com que esses pacientes recebam maior quantidade da droga do que realmente necessitam, trazendo risco de vida ao paciente. A tetraciclina e outros antibióticos de largo espectro, a eritromicina, claritromicina ou metronidazol combinados a anticoagulantes orais podem causar aumento na atividade anticoagulante causando sérios problemas hemorrágicos. Esses efeitos são mais intensos com a eritromicina, a claritromicina e o metronidazol. Há ainda que se conhecer, e portanto estudos mais aprofundados ainda são necessários, sobre a complicada relação entre anticoncepcionais orais e a terapia com antibióticos. O que deve ser deixado claro é que a ADA já publicou declaração referente a esse assunto dizendo que muitos antibióticos utilizados na odontologia podem interferir com a ação de contraceptivos resultando em gravidez não desejada.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Maschietto Forti

**Unitermos:** Interação medicamentosa; Antibióticos; Interações adversas

ALEXANDRE, G.C.; CAMPOS, V.; OLIVEIRA, B.H.de. Luxação intrusiva de dentes decíduos . **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.54, n. 3, p. 215, maio/jun. 2000.

Traumatismos na dentição decídua são casos muito comuns na clínica odontológica, principalmente porque no início a criança ainda está na fase do aprendizado de andar, e depois pelas próprias atividades e brincadeiras das crianças. A luxação intrusiva é uma ocorrência comum em que ocorre o deslocamento do dente para dentro do osso alveolar, podendo ser acompanhado de fratura do alvéolo. Para se evitar danos no germe dentário do dente permanente o diagnóstico dos traumatismos devem ser rápidos e precisos. Os dentes intruídos geralmente reerupcionam espontaneamente de 1 a 6 meses após o traumatismo. Se houver evidência clínica e radiográfica de que o ápice do dente decíduo atingiu o germe do dente permanente deve-se executar a imediata extração do decíduo. Quanto mais novo for o paciente traumatizado, maiores serão as seqüelas nos germes decíduos, pois se o traumatismo ocorrer entre 1 e 4 anos de idade os danos à formação coronal serão mais visíveis. Acima dos 4 anos os danos se darão à formação radicular. As alterações mais comumente observadas são: descoloração branca ou acastanhada do esmalte com ou sem hipoplasia; dilaceração da coroa; malformação do tipo odontoma; duplicação radicular; seqüestro do germe; erupção ectópica ou impactação. Na pesquisa clínica de traumatismo de dentes decíduos a luxação intrusiva (29%) predominou sobre fratura de coroa sem exposição pulpar (18%) e fratura de esmalte (13%). Dos que sofreram a luxação encontrou-se nos permanentes sucessores os seguintes resultados: houve distúrbio de erupção em 49% dos casos, dilaceração de coroa em 19% e descoloração do esmalte com hipoplasia em 14%.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Maschietto Forti

**Unitermos:** Traumatismos dentários; Luxação dentária; Dente decíduo.

FREITAS, R.R.; SILVA, A.A.F.; BORBA, M. A mandíbula como área doadora de enxertos em cirurgia buco-maxilo-facial. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.54, n. 3, p.221-5, maio/jun. 2000.

Para reconstrução de defeitos ósseos na região buco-maxilo-facial são geralmente utilizados enxertos de regiões como crista ilíaca, costela, calota craniana, fibula e tibia, o que requer equipe médica adicional, internação e grandes traumas. Em vista disso temos como opção favorável a doação de osso para transplante a mandíbula. Regiões como a sínfise, o corpo, ramo e o processo coronóide da mandíbula podem servir de opções. Foram relatados casos de utilização de mandíbula como doadora em diferentes situações como aumento da espessura óssea em rebordo alveolar, para a realização de implantes, reconstrução mandibular, preenchimento de cavidade com finalidade de movimentação ortodôntica e estabilização de osteotomia em maxila. Os casos clínicos demonstraram o sucesso dessa prática. Essa prática é recomendada para a substituição de pequenos e médios defeitos ósseos, enquanto grandes defeitos devem ser substituído por osso da crista ilíaca. A remoção de enxerto da sínfise deve ser feita após a erupção dos caninos permanentes para a obtenção de maior quantidade de osso possível. Além das vantagens quanto ao problema de morbidade enxertos de crista ilíaca, costela e tibia, por serem de origem endocondral mostram uma maior reabsorção que pode comprometer o resultado da cirurgia. A origem ectomesenquimal do enxerto ósseo mandibular explica o sucesso da cirurgia, pois há uma reabsorção menor que o osso endocondral. Outras grandes vantagens são a ausência de cicatriz cutânea, redução do tempo cirúrgico e a melhor aceitação do paciente.

***Autor (a) do resumo:*** Rodrigo Maschietto Forti

***Unitermos:*** Mandíbula; Cirurgia; Transplante ósseo.



ARDEKIAN, L.; et. al. Does low-dose aspirin therapy complicate oral surgical procedures? **J. Am. Dent. Assoc.**, v 131, n 3, p 331-5, Mar. 2000.

A cardiologia usa a aspirina (ácido acetil-salicílico) em pequenas doses diárias de 100mg em pacientes com problemas cardiovascular, pois a aspirina tem a propriedade em interferir com a tromboxana-A2 impedindo o processo de agregação plaquetária e com isso evitando a obstrução cardiovascular em pacientes que possuem tendência a esse problema. Em vista disso cirurgiões-dentistas costumam pedir a interrupção do tratamento preventivo com aspirina 10 dias antes da cirurgia, pelo risco que há de sangramento incontrolável durante e pós-operatória. Mas por outro lado a interrupção do tratamento com aspirina causa receio no profissional e no paciente, pelo risco de um coágulo causar problemas cardíacos graves. Então foi estabelecido dois grupos de pacientes, o que continuou tomando a aspirina e o que interrompeu o tratamento. Os procedimentos cirúrgicos tiveram a mesma extensão e foi feito em todos eles o teste de tempo de sangramento. Os resultados encontrados produziram uma diferença estatisticamente significativa, porém em nenhum dos dois grupos se perdeu o controle em relação ao sangramento, em ambos os grupos os métodos hemostáticos locais foram suficientes para controlar a hemorragia. Em conclusão a essa pesquisa sugere-se que o profissional não interrompa o tratamento preventivo com aspirina no paciente pelos próprios riscos que podem acarretar essa interrupção. O resultado da pesquisa mostrou que os métodos hemostáticos locais são plenamente capazes de conter a hemorragia, não havendo motivos para correr riscos desnecessários.

**Autor (a) do resumo:** Rodrigo Maschietto Forti

**Unitermos:** Aspirina; Cirurgia; Hemorragia

ANDRIONI, J.N.; PERCINOTO, C.; RUSSO, M.C. Influência da limpeza superficial do esmalte na profundidade de penetração de selantes polimerizados química ou fisicamente. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 22, n. 1, p.107-15, jan./jun. 1993.

Uma preocupação dos pesquisadores é propor técnicas que possam proteger as superfícies oclusais do ataque cariioso, sendo a aplicação de selante capaz de realizar esta tarefa. Os autores tem como objetivo, neste trabalho, verificar se a extensão de penetração de selantes em fóssulas e fissuras, bem como em microsporos de esmalte, pode variar em função do método de limpeza, e do tipo de resina empregada, uma de polimerização química (Delton), e outra física (Helioseal). Para isto, foram empregados 64 pré-molares hígidos, extraídos por motivos ortodônticos, divididos em quatro grupos de acordo com o método de profilaxia: profilaxia com pedra-pomes e água, aplicado com escova de Robinson; preparo mecânico com broca esférica de 0,5mm de diâmetro, seguida por profilaxia com pedra-pomes e água; irrigação das fissuras com GK-101; irrigação das fissuras com soro fisiológico, aquecido a 37°C e aplicado com Waterpik. Após descalcificação da superfície oclusal com ácido fosfórico a 30% durante 60 segundos, 8 dentes de cada grupo foram selados com Delton, e oito com Helioseal, obtendo-se oito grupos de estudo. A seguir, estes dentes foram seccionados longitudinalmente e adelgaçados até uma espessura de 80 a 100 µm, para análise e fotografia do selante. Posteriormente, os cortes foram descalcificados em ácido nítrico a 20%, para a eliminação da estrutura dental, restando apenas as projeções do selante, que foram montadas em lâminas, para análise das medidas e extensões dos prolongamentos: na vertente de cúspide, porção média, lateral, porção mais profunda da fissura. Deste estudo, os autores concluíram que a ambos os selantes comportaram-se de maneira similar, para a região superior, independente do método de limpeza; nas regiões médias e inferior o Delton penetrou mais profundamente, quando comparado ao Helioseal; e que a profilaxia foi o método de limpeza da superfície mais eficiente nas regiões médias e inferior, em ambos os selantes testados.

**Autor (a) do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** Selante; Penetração.

XALABARDE, A et al. Fissure micromorphology and sealant adaptation after occlusal ameloplasty. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, v. 20, n. 4, p. 299-304, Jun./Aug. 1996.

Este estudo tem como objetivo avaliar a morfologia da fissura após a realização da ameloplastia, e também do efeito da termociclagem sobre a adaptação no esmalte de selantes com carga e sem carga depois da realização de diferentes tratamentos na superfície da fissura. Foram empregados 150 pré-molares, divididos em 6 grupos de 20 dentes cada, de acordo com o material empregado e preparo da superfície da fissura: profilaxia e Delton; profilaxia e PrismaShield; preparo com broca diamantada da KG e Delton; preparo com broca diamantada e PrismaShield; preparo com broca esférica de aço  $\frac{1}{4}$  e Delton; e preparo com broca de aço  $\frac{1}{4}$  e PrismaShield. Em cada grupo foram empregados 5 dentes para controle, sendo que estes não receberam selantes. Antes de receberem os selantes, em todos os dentes foram aplicados o ácido presente em cada kit, de acordo com recomendações dos fabricantes, e a polimerização do PrismaShield foi por 40 s. Imediatamente depois da polimerização dos selantes, todos os dentes foram mantidos em água destilada por 48h, 60 dentes foram termociclados (500x, 50 C-55o C, por 30 s), e 60 dentes não foram termociclados. Os dentes controle foram examinados em microscópio eletrônico de varredura para a análise da morfologia das fissuras sem preparo e com preparo. Os 120 dentes restantes, foram seccionados no sentido mesio-distal em 3 porções do dente, obtendo secções de  $\frac{1}{2}$  a  $1\frac{1}{2}$  mm. Posteriormente, foi aplicado ácido fosfórico a 50% por 5 s e realizado a moldagem com resina epóxica para análise em microscopia eletrônica de varredura, possibilitando a observação da presença ou ausência de "gaps" na interface entre selante e material. Os autores observaram que o preparo mecânico da fissura aumenta a área da fissura, possibilitando maior penetração e conseqüentemente maior retenção do selante, maior formação de bolhas em fissuras sem ameloplastia, e que não existe influência na penetração e retenção de selantes quando o dente é submetido a termociclagem.

**Autor (a) do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** Morfologia; Fissuras; Ameloplastia; Selante

KAHAMA, R.W.; DAMEN, J.J.M.; TEN CATE, J.M. The effect of intrinsic fluoride in Cows' milk on in vitro enamel demineralization. **Caries Res.**, v.32, n.3, p. 200-3, May/June 1998.

A concentração de flúor no leite de vaca apresenta variação de acordo com os níveis de flúor presentes na água de beber, mas estes valores raramente excedem 0,5mg/ml. Isto acaba por nos levar a um questionamento sobre a possibilidade do efeito de proteção contra a cárie do leite. Duas amostras de leite de vaca com concentrações de flúor que variavam de 0.03 e 0.3 mg/ml, foram avaliadas quanto ao efeito protetor sobre o esmalte que sofreu uma desmineralização in vitro severa e média ( pH 4,6 e 5,0). Os discos foram encubados individualmente em 5,0 ml de solução desmineralizadora 20h por dia, alternado com 1h em solução de leite. Foram realizados 6 grupos, de acordo com a solução de leite empregado: G1- somente solução desmineralizadora; G2- leite com 0.03mg/ml de flúor; G3- leite com 0.03mg/ml de flúor, suplementado com NaF a 0.3 mg/ml de flúor; G4- leite com 0.3 mg/ml de flúor; G5- leite com 0.3 mg/ml de flúor em 20 mM HEPES, pH 6.7; G6- leite com 0.03 mg/ml suplementado com NaF a 5.0mg/ml de flúor. As soluções foram trocadas diariamente, e a concentração de cálcio na solução desmineralizadora foi medida durante 4 dias. Os resultados mostraram que o efeito protetor do flúor presente no leite é limitado em condições de severas de acidificação. Houve uma inibição significativa na desmineralização nos grupos 3-6 quando comparado aos grupos 1 e 2, mas somente em pH 5.0 e não em pH 4.6. A redução em 36% na perda de cálcio em pH 5.0 pelo tratamento com leite que apresenta somente 0.3mg/ml de flúor é um indicativo de que o flúor intrínseco do leite tem alguma propriedade de proteção contra as caries.

**Autor (a) do resumo:** Andréia Dias

**Unitermos:** Flúor; Leite de vaca;

BOTEVA, E.; RUGG-GUNN, A. Fluoride retention in the mouth after rinsing with fluoridated milk or fluoridated water. **J. Dent. Res.**, v. 76, n. 5, p.1105, May 1997.

O flúor tem efeito benéfico sobre a dentição permanente após a erupção destes na cavidade bucal, atuando na prevenção de cáries. O leite fluoretado pode diminuir a desmineralização dos dentes, assim como diminuir a solubilidade do esmalte. O presente estudo teve como objetivo comparar a retenção de flúor na cavidade bucal após bochecho com leite ou água fluoretada e comparar a concentração de flúor na saliva 4 e 8 minutos após a realização do bochecho. Participaram 17 pessoas entre 25 e 45 anos, com mais de 15 dentes na cavidade bucal, ausência de cáries e boa condição periodontal. Foi realizado o bochecho uma vez por semana, durante um mês, com 100 ml da solução teste por 90s. Para facilitar, foi dividido a solução em 5 partes de 20ml cada, sendo realizado o bochecho de 20ml por 18s. As quatro soluções correspondiam: leite com NaF 5ppm, água com 5ppm, leite sem flúor e água destilada sem flúor. Antes dos bochechos foi coletado 2ml de saliva de todos os indivíduos, assim como a saliva produzida entre 0-4min e 4-8min. Os resultados mostraram que há uma alta retenção de flúor depois do bochecho por 90s com leite fluoretado quando comparado com a água fluoretada. A concentração de flúor na saliva foi mais alta depois do bochecho com leite quando comparado com água depois de 4 min, mas não depois de 8min. Os resultados foram medidos por meio de um eletrodo de íon seletivo.

*Autor (a) do resumo:* Andréia Dias

*Unitermos:* Flúor; Leite; Bochecho.

BROCKLEHURST, P.R.; JOSHI, R.I.; NORTHEAST, S.E. The effect of air-polishing occlusal surfaces on the penetration of fissures by a sealant. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v.2, n.3, p. 157-62, Dec. 1992.

Este estudo comparou a profundidade da penetração de um selante resinoso polimerizado por luz visível em dentes limpos com ar abrasivo, pedra-pomes e dentes sem limpeza superficial empregados como grupo controle. Para este estudo foram empregados 46 dentes pré-molares e molares, divididos aleatoriamente em 3 grupos: no grupo 1 haviam 7 molares e 8 pré-molares, que receberam profilaxia com ar abrasivo; o segundo grupo era composto de 5 molares e 11 pré-molares que tiveram profilaxia com pedra-pomes; e o terceiro grupo apresentava 6 molares e 9 pré-molares que não receberam profilaxia. Após a profilaxia todos os dentes foram lavados com água por 60s e secos com ar, sendo aplicado posteriormente ácido fosfórico por 60 s, lavado por 45s e secos, recebendo o selante que foi polimerizado por 15 s. Posteriormente, foram obtidos cortes destes dentes que foram observados em microscópio e feito a mensuração dos resultados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis. Em seguida, alguns cortes foram observado em microscopia eletrônica de varredura, representando a penetração média de cada grupo. Como resultado de toda esta análise, os autores verificaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas quanto a profundidade média das fissuras dos dentes de cada grupo, e que houve maior penetração de selante nos dentes do grupo 1 quando comparado aos outros 2 grupos, tendo resultados estatisticamente significativos, e sem diferenças estatísticas entre os grupos 2 e 3. Com isso, os autores concluíram que o ideal é que antes da aplicação do selante deve ser feito uma limpeza da superfície do dente com ar abrasivo, pois é mais eficaz que os outros métodos laboratorialmente, sendo necessário maiores investigações dos benefícios clínicos deste procedimento.

Autor (a) do resumo: Andreia Dias

Unitermos: Fissura; Penetração; Ar abrasivo

# SEMINÁRIOS

## *“Atendimento Odontológico em Gestantes”*

**Apresentadores:** Alexandre Grando de Oliveira  
Juliana Bertoldi Franco

**Orientadores:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Aparecida Machado  
P.G. Daniela Rios  
C.D Heitor Marques Honoro

A gestante é considerada um paciente especial, visto que o Cirurgião – Dentista irá tratar os problemas dentários, e qualquer procedimento realizado de forma inadequada pode acarretar danos na formação e no desenvolvimento do feto. Os objetivos deste seminário foi a apresentação das alterações corporais, fisiológicas e psicológicas que ocorrem nas gestantes, bem como quais são os devidos cuidados que devemos tomar de acordo com o trimestre de gestação que a paciente encontra-se, e também quais são os medicamentos (anti – inflamatório, analgésico, antibiótico) e anestésicos locais que podem ser utilizados com extrema segurança, aliviando a dor, a infecção e o estresse na gestante sem prejudicar o feto. O C.D. tem que conscientizar a gestante da importância da higiene bucal, pois como há uma alteração hormonal uma pequena quantidade de placa dentobacteriana acumulada pode acarretar um quadro de gengivite severa, sem contar que uma gestante com a boca saudável é extremamente importante para a futura saúde bucal da criança. Deve ocorrer também a desmistificação do mito de que ocorre perda de dentes durante a gestação, sendo que isso somente ocorre quando há a negligência da higiene bucal por parte da gestante.



***“Fraturas Mandibulares”***

***Apresentadores:*** Juliana Bertoldi Franco  
Rodrigo Piozzi

***Orientador:*** Prof. Dr. Clóvis Marzola

As fraturas mandibulares geralmente ocorrem devido a acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, no esporte, em quedas acidentais, ou seja, a uma agressão que ocorra na face. O tratamento das fraturas mandibulares podem ser realizadas através das reduções fechadas, em que não há exposição da área fratura, e esta é tratada com a utilização do Bloqueio Intermaxilar, ou através das reduções abertas, em que há exposição, contenção e imobilização da área fraturada com fios de aço ou com Mini-placas e Parafusos ósseos de titânio. O objetivo deste seminário foi de mostrar quais são os tipos de procedimentos utilizados para o tratamento das fraturas de mandíbulas bem como quais são os procedimentos que são feitos inicialmente antes do tratamento da fratura em si, como a análise do paciente por uma equipe multidisciplinar, a série de radiografias e de fotografias, exame da mandíbula, e o planejamento do caso. Damos ênfase a técnica mais utilizada hoje que seria a Fixação Interna Rígida, mostrando as suas vantagens como melhor contenção dos segmentos ósseos, melhor conforto para o paciente, possibilidade de alimentação etc... Abordamos também outras técnicas como a do Bloqueio Intermaxilar, que seria o caso das reduções fechadas onde ocorre a redução e posterior fixação para o reparo ósseo.

***“Selamento de Fossas e Fissuras: Análise Crítica”***

***Apresentadoras:*** Juliana Bertoldi Franco  
Vivien Thiemy Sakai

***Orientadores:*** PG. Daniela Rios  
PG. Heitor Marques Honório  
PG. Livia Maria Andaló Tenuta  
PG. Maria Fernanda Borro Bijella.

Com a mudança da filosofia do tratamento odontológico como uma visão muito mais voltada para a prevenção da doenças cárie do que para o seu tratamento em si, muitos métodos preventivos tem sido abordados, pesquisados e questionados para o alcance desta filosofia. Este seminário teve como objetivo esclarecer um dos métodos mais usados com o intuito da prevenção da doença cárie, abordando a morfologia das fossas e fissuras, os tipos de materiais usados e as situações de risco e indicadas para a realização do selamento propriamente dito. Demos ênfase principalmente ao Cimento de Ionômero de Vidro para a realização deste procedimento pelas inúmeras vantagens deste material sobre as Selantes Resinosos, principalmente pelo seu maior benefício que seria a liberação de Flúor não só para o dente selado como para toda cavidade bucal, e também devido a sua propriedade de recarregar com o Flúor proveniente de outros meios, como o que está presente na água de beber, nos dentifrícios, nos bochechos e nas aplicações tópicas de Flúor.

PET INFORMA V.13 N.1/2 JAN./DEZ. 2000

*“Amamentação e saúde bucal”*

**Apresentadoras:** Ana Raquel Benetti  
Andréia Dias

**Orientadores:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado  
PG. Adriano Tomio Hoshi

O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido porque é nutritivo e oferece imunidade. A amamentação natural proporciona ainda satisfação emocional e permite que o crescimento facial seja adequado. A amamentação no seio faz com que a criança fique em contato com a mãe. Aconselha-se que a amamentação seja oferecida até os seis meses em livre demanda e até um ano se faça o desmame gradual. No entanto, pela falta de informação ou pela jornada de trabalho, as mães acabam por optar pelo aleitamento artificial. O aleitamento artificial só está indicado sob orientação médica ou no caso de mães portadoras de doenças infecciosas. O leite de vaca não oferece imunoglobulinas protetoras, além de ter digestão difícil. Além disso, a mamadeira traz hábitos deletérios à criança, como respiração bucal, interposição de língua e lábio, deglutição atípica e pode resultar em mordida aberta anterior. Além das alterações musculares, o leite da mamadeira é geralmente adoçado, o que traz cárie precoce na infância. Por isso, a higiene deve ser sempre realizada, tanto na amamentação natural como na artificial. Por todas as vantagens citadas, o leite materno deve ser preferencialmente oferecido às crianças, mas na impossibilidade da mãe amamentar, deve-se orientar os pais como utilizar a mamadeira com o menor número de prejuízos ao seu filho.

***“Halitose: diagnóstico e tratamento”***

***Apresentadoras:*** Ana Raquel Benetti  
Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus

***Orientadora:*** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marília Afonso Rabelo Buzalaf

O hálito se refere ao ar expirado pelos pulmões juntamente com substâncias de odor que são eliminadas. A halitose significa uma alteração no hálito, e pode ser por causas fisiológicas ou patológicas. O mau hálito pode estar presente se houver nas vias aéreas ou na boca um foco de necrose, acúmulo de restos alimentares que são quebrados em compostos sulfurados voláteis, eliminação de substâncias ingeridas ou ainda por alterações no metabolismo que resultam na excreção pulmonar de subprodutos antes eliminados por outras vias. As causas odontológicas do mau hálito são: má higiene, fumo, alterações no fluxo salivar, cárie, doença periodontal, próteses com infiltração, cicatrização de feridas e processos infecciosos. Para se fazer o diagnóstico, é preciso verificar se a halitose é de origem local ou sistêmica, através de uma anamnese detalhada e exame clínico cuidadoso. Se o mau hálito for provocado por alterações sistêmicas, encaminha-se o paciente para o médico. Caso a razão da halitose seja local, o cirurgião-dentista pode atuar eliminando os focos de mau cheiro, motivando a higiene e realizando os procedimentos necessários para reestabelecer a saúde bucal. O tratamento curativo pode estar associado ao uso de substâncias mascaradoras, como gomas de mascar e enxaguatórios. É fundamental que o profissional da área esteja treinado para tratar a halitose e novamente reinserir seu paciente na sociedade.

*“Novas tendências de marketing”*

**Apresentadores:** Ana Raquel Benetti  
Rodrigo Maschietto Forti

**Orientador:** Prof. Dr. Arsênio Sales Peres

Marketing não se resume apenas ao processo de venda, mas abrange um conjunto de atividades desde a criação até o oferecimento de um produto no mercado. Para um produto tenha sucesso, é preciso que haja na comunidade a necessidade ou desejo de consumir este produto e dinheiro disponível para sua aquisição. É importante avaliar a apresentação do produto, sua distribuição, suas condições de pagamento e como este produto será divulgado. Em Odontologia, o produto é o serviço de saúde, mas este serviço só será diferenciado se houver uma comunicação efetiva para sua divulgação. Para tal, a logomarca tem papel fundamental. Mas para que o cirurgião-dentista tenha êxito na venda do seu produto, ele precisa analisar a concorrência antes de instalar seu estabelecimento. Precisa ainda oferecer um tratamento diferenciado, não apenas tecnicamente mas que ressalte a biossegurança, que seja oferecido em um ambiente agradável e onde o cliente se sinta bem recebido por toda a equipe odontológica.

***“Planejamento ao alcance do clínico geral”***

***Apresentadores:*** Ana Raquel Benetti  
Helena Maria Rosa  
Lígia Buloto Schmitd  
Rodrigo Piozzi

***Orientadores:*** Prof. Dr. José Mondelli  
Prof. Dr. Paulo Martins  
Prof. Dr. Roberto Brandão Garcia

Embora o cirurgião-dentista deixe a faculdade preparado para realizar todos os procedimentos técnicos necessários, nem sempre ele está apto a fazer um planejamento adequado que lhe permita economizar tempo e transfira confiança ao seu paciente. Para se oferecer um tratamento odontológico com qualidade, é importante que o profissional avalie seu paciente, suas condições clínicas, seus anseios e desejos e sua condição econômica. Assim, ele pode elaborar um plano de tratamento com opções e o cliente poderá escolher aquela que lhe for mais viável. Para que o tratamento caminhe da melhor maneira possível, é importante ainda que o dentista esteja preparado para lidar com possíveis transtornos que estarão previstos no planejamento através de um exame clínico cauteloso e da anamnese bem feita. Assim, tanto clínico como paciente sairão satisfeitos.

***“Doença Periodontal: Fator de risco para Doenças Cardiovasculares?”***

***Apresentadoras:*** Ana Carolina Magalhães  
Helena Maria Rosa

***Orientadores:*** Prof. Dr. Sebastião L. A. Greggi  
CD Milena Guerreiro Marini

A Doença Periodontal se concentra numa pequena parcela da população de risco, e um dos fatores determinantes desta patologia são as Doenças Sistêmicas. Hoje se tenta provar que a recíproca é verdadeira, que a D.P. também tem influência nas doenças sistêmicas; tais como Bacteremia, Endocardite Infecciosa, Diabetes Melittus, Doenças Respiratórias, Parto Prematuro e Doenças Cardiovasculares. A cavidade oral comporta-se como via de entrada de microrganismos que chegam a circulação sistêmica através da bolsa periodontal e vão se instalar em locais como coração e vasos. Há quatro mecanismos de associação entre D.P. e D.C.V.: fatores de risco comum (fumo, diabetes, stress, baixo estatus sócio-econômico), a herança do Genótipo IL-1 (Reação hiperinflamatória), a interação entre microrganismos da placa bacteriana e mecanismos hemostáticos (plaquetas) e bactérias comuns às duas doenças (Aa, P gengivalis). Todos estes mecanismos podem gerar um trombo na artéria coronária, diminuindo o fluxo de sangue para o músculo cardíaco, o que dá origem a um quadro isquêmico, podendo progredir para infarto do coração. Isto não quer dizer que todo paciente com Doença Periodontal vai ter D.C.V., mas este fato tem implicação na prática clínica do dentista a partir de uma anamnese mais detalhada, da motivação do paciente para uma higienização adequada e importância da Saúde Bucal, além de uma terapia profilática analisada de acordo com cada caso (Edentulação e/ou Antibióticos). Por isso o CD deve estar atento para exercitar a história médica do paciente, analisar o indivíduo como um todo, buscar novos conhecimentos (atualização) e interagir com outras áreas da Saúde.

***“Resinas Híbridas X Resinas Condensáveis”***

***Apresentadoras:*** Aline Franco Siqueira  
Lígia Buloto Schmidt

***Orientadores:*** Prof. Dr. Eduardo Batista Franco  
PG Lawrence Gonzaga Lopes

O aumento da utilização de resinas compostas em dentes posteriores vem se tornando uma realidade, principalmente pela mudança na concepção do padrão de estética pela população. Assim, as resinas sofreram diversas modificações com o intuito de se obter um material que pudesse substituir o amálgama. As resinas de micropartículas foram desenvolvidas na tentativa de suplantarem os problemas de rugosidade superficial associados às resinas de macropartículas. As resinas híbridas surgiram com o objetivo de melhorar as propriedades físicas e mecânicas das resinas já existentes. Essas resinas apresentam partículas de sílica coloidal e vidro moído proporcionando boa resistência ao desgaste oclusal. Visando facilitar em parte a técnica restauradora, foi lançada no mercado uma nova alternativa de material restaurador estético: as resinas condensáveis. Essas apresentam modificações na matriz orgânica ou quantidade e tipo de carga. Caracteriza-se por ser uma resina de alta viscosidade, facilitando a reprodução do contato proximal e anatomia oclusal.



***“Atuação do cirurgião dentista no tratamento da síndrome da apnéia obstrutiva do sono”***

***Apresentadoras:*** Aline Franco Siqueira  
Vivien Thiemy Sakai

***Orientadora:*** Prof<sup>ª</sup> Dra. Inge Trindade

A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SASO) é caracterizada por episódios repetitivos de obstrução da via aérea superior que ocorrem durante o sono. A obstrução na entrada aérea pode ser total (apnéia) ou parcial (hipopnéia). Convencionalmente, define-se apnéia do sono como uma parada na ventilação maior ou igual a 10 segundos de duração, e a hipopnéia como uma diminuição da ventilação até 50%, de igual duração que a anterior. O ponto de obstrução pode encontrar-se em níveis distintos que vão desde as fossas nasais até a porção inferior da hipofaringe. Como sintomas noturnos dessa síndrome destaca-se o ronco, sono inquieto, despertares frequentes, apnéias e transpiração excessiva. Os sintomas diurnos caracterizam-se por sonolência excessiva, cefaléia matinal, deterioração intelectual, alterações do comportamento, impotência, hipertensão sistêmica e pulmonar e policitemia. Para detecção de tal síndrome, o paciente deve se submeter a um exame clínico geral que inclua a avaliação da via aérea superior, provas pneumológicas, exames cardiológico, neurológico e hematológico. A escolha do tratamento mais eficaz da SASO depende dos resultados da polissonografia, da severidade dos sintomas, das condições anatômicas e/ou médicas que precipitam ou favorecem o quadro. Dentre as opções de tratamento temos: redução do peso excessivo, supressão do álcool e sedativos, tratamento postural, próteses nasais e bucais, alguns fármacos, CPAP e o tratamento cirúrgico.

***“Conceitos básicos de porcelana e suas novas aplicações estéticas”***

***Apresentadoras:*** Aline Franco Siqueira  
Érica Del Peloso Ribeiro

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

A Odontologia é uma ciência, essencialmente, dinâmica. Isso vem sendo observado na busca contínua por inovações tecnológicas que permitam conseguir a biomecânica associada ao grande valor dado os últimos tempos que é a estética. Dentro desse panorama, encaixam-se as restaurações "free metal", dentre elas o sistema Procera. Para se atingir esse estágio, as porcelanas odontológicas passaram por uma série de modificações estruturais, na tentativa de melhorar sua resistência, propriedades ópticas, adaptabilidade e durabilidade. Muitos desses objetivos foram atingidos e são observados no sistema Procera. Este baseia-se na tecnologia CAD/CAM (desenho e manufatura auxiliados por computador) e é dividido em duas modalidades: Procera AllCeran e Procera AllTitan. O primeiro, consiste na fabricação de "copings" ou infra-estruturas de óxido de alumínio puro, densamente sinterizado. Já o segundo consiste na fabricação de infra-estruturas de titânio. Isso só ocorre em função do escaneamento do troquel, chegando a registrar até 50.000 pontos e da comunicação via "modem", possibilitando a confecção do "coping" à distância numa unidade de produção sem a presença do troquel. Esta tecnologia permite resoluções protéticas com ótima estética, resistência, adaptação e biocompatibilidade. Assim, o sistema Procera permite a produção industrial de infra-estruturas para próteses individualizadas.

**“Dores na coluna e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) na Odontologia”**

**Apresentadores:** Alexandre Grando de Oliveira;  
Evelyn Mikaela Kogawa.

**Orientador:** Prof. Dr. Arsênio Sales Peres.

A infortunística é o ramo da odontologia legal envolvida com o estudo das doenças ocupacionais às quais os cirurgiões dentistas estão sujeitos. Dentre elas estão as varizes, o estresse. Com relação aos problemas oculares, os principais são a automedicação, olhos ressecados e ardendo, e conjuntivite devido ao não uso de óculos de proteção. A audição pode ser afetada se o ruído dos aparelhos odontológicos ultrapassar 85dBs e for prolongado por mais que oito horas diárias. A pele das mãos sem uma proteção natural, devido a lavagens constantes, é um local vulnerável a dermatites de contato, infecções fúngicas ou bacterianas e alergias. Por isso recomenda-se uso de óleos ou cosméticos. O contato freqüente com as doenças infecciosas é um fato indiscutível, assim como a necessidade de proteção através de recursos de biossegurança. No entanto, o principal objetivo desse seminário foi alertar sobre as dores na coluna e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Estes últimos englobam tendinites, tenossinovites, a Síndrome do Túnel do Carpo, entre outros. Estes distúrbios têm como causas fatores biomecânicos (repetitividade de movimento, postura, compressão mecânica), fatores organizacionais, psicossociais, assim como envolve o mobiliário e equipamentos da área de trabalho do cirurgião dentista. Quando o problema aparece, o diagnóstico por um médico é feito basicamente através de uma boa anamnese, por isso torna-se complexo. O tratamento pode ser feito através de fisioterapia, terapia ocupacional, RPG, acupuntura, medicamentos, cirurgia e psicologia. Dessa forma, para lidar com esses distúrbios, a principal arma é a prevenção, associada a uma melhora da qualidade de vida.

***“Diagnóstico e Tratamento das Agenesias com o Uso de Implantes Osseointegrados”***

***Apresentadores:*** Rodrigo Piozzi  
Aline Franco Siqueira

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

Conceito: Implantes são dispositivos colocados no interior ou sobre o osso para ancorar ou suportar as próteses. O material utilizado é o Titânio porque ele possibilita o crescimento do tecido ósseo em contato direto com esse metal. Após um ano da cirurgia, testes mostram média de mais de 90% de contato ósseo a nível cortical. As agenesias possuem, como conceito, a não formação congênita dos germes dentários (displasia ectodérmica hereditária), podendo ser total ou parcial. É predominantemente de ordem hereditária, porém não se deve descartar possibilidades de outros fatores como traumatismos, infecções locais e radiações. Planejamento: A reabilitação protética deve ser feita logo que o crescimento esquelético do paciente se complete. Para isso deve relacionar a experiência do profissional, sua amplitude de conhecimento para o planejamento, as expectativas estéticas do paciente, o custo do tratamento, idade do paciente e o esclarecimento do tratamento e diálogo entre o paciente e o cirurgião dentista. Com os implantes não há necessidade de desgaste de dentes hígidos e as próteses ficam menores e menos complexas. Situações clínicas possíveis: Ausência de elemento dentário posterior e presença do espaço protético- Possíveis tratamentos- Prótese sobre implante, PPF, PPR, prótese adesiva, movimento ortodôntico e transplante autógeno de germes dentários, com planejamento facilitado, pois não envolve a estética. As próteses sobre implantes foram as últimas a serem desenvolvidas para as soluções de espaço protéticos unitários, porém surgiu para ser uma opção de tratamento, com a vantagem de conseguir excelente estética, devendo ser bem analisadas pelos cirurgiões dentistas nos planejamentos em que esses implantes tenham indicações cabíveis.

## ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMOS

Alexandre Grando de Oliveira	.....	64-71
Aline Franco Siqueira	.....	56-63
Ana Carolina Magalhães	.....	40-47
Ana Raquel Benetti	.....	10-17
Andréia Dias	.....	77-81
Érica Del Peloso Ribeiro	.....	18-25
Evelyn Mikaela Kogawa	.....	26-30 e 37-39
Juliana Bertoldi Franco	.....	2-9
Rodrigo Maschietto Forti	.....	73-76
Rodrigo Piozzi	.....	31-36 e 72
Vivien Thiemy Sakai	.....	48-55

## ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS

ABDALLA, A.E.	60
ALEXANDRE, G.C.	74
AMORIM, V.C.S.	37
ANDRIONI, J.N.	77
ARDEKIAN, L.	76
BELTRÁN – AGUILAR, E.D	7
BEVILACQUA, C. F.	69
BOTEVA, E.	80
BOUSCHLICHER, M.R.	39
BROCKLEHURST, P.R.	81
CAETANO, M. E. S.	48
CARDOZO, A.P.M.	42
CAVEZZI JUNIOR, O.	34
CÉSAR, J.B.N.	61
CHRISTENSEN., G. J.	18
CONDÒ, S.G.	15
CULBREATH., T. E	24
CURY, J.A.	6
DEDERICH, D.N.	10
DELROSE, D.C.	16
FARACO, I.M.J.	57
FERREIRA, R.I.	43
FONSECA., A. S.	19
FREITAS, R.R.	36
FREITAS, R.R.	75
GOLDSTEIN, M.	62
HADDAD, L.	33
HERSH, E.V.	73
JOHNSON, N. W.	70
KAHAMA, R.W.	79
KIM, P.J.	14
KOWASH, M.B.	64
LARA, V. S.	68
LAZERIS, A. M.	52
LEONEL, F.	44

LINDEN, S.S.M.	46
LOEVY, H.T.	11
LUSVARGHI, L.	31
MAGALHÃES, M.H.C.G.	32
MARIANO, R. C.	49
MARSHALL, R.I.	26
McCASLIN, S.D.	13
MELROSE, C.	72
MJÖR, I.A.	38
MORAIS, A.P.	5
NASCIMENTO, W. F.	21
NOVAIS, R.C.P.	27
ODA, M.	55
OESTERLE, L.J.	29
OLIVEIRA, K.C.	45
OLIVEIRA, M.D.M.	59
PADILLA, M.	4
PAGANI, C.	30
PEDREIRA, R.H.S.	8
PEREIRA, C.C.T.	35
RIBEIRO, H.D.	28
ROCHA, M.J.C.	58
ROISINBLIT, R.	71
ROSSI, S. S.	66
ROSTED, P.	67
ROWN, E. S.	2
SALIBA, C.A.	41
SANSEVERINO, C. A. M.	22
SECCO, A. S.	23
SESMA, N.	50
SILVA, J. B. M.	51
SOBRAL, A.P.V.	40
STEFANI, C. M.	54
STEINBERG, B.J.	12
TAHMASSEBI, J.F.	56
TAN, E.	3
TEIXEIRA, F. B.	25

TORRES, C. R. G.	.....	53
TSAI, P. F.	.....	20
WELBURY, R.R.	.....	17
WRIGHT, E.F.	.....	65
XALABARDE, A.	.....	78
YELLOWITZ, J.A.	.....	9
ZOTTIS, D.	.....	63



## ÍNDICE DE APRESENTADORES DE SEMINÁRIOS

Alexandre Grando de Oliveira	.....	83,94
Aline Franco Siqueira	.....	91-93,95
Ana Carolina Magalhães	.....	90
Ana Raquel Benetti	.....	86-89
Andréia Dias	.....	86
Érica Del Peloso Ribeiro	.....	93
Evelyn Mikaela Kogawa	.....	94
Helena Maria Rosa	.....	89,90
Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus	.....	87
Juliana Bertoldi Franco	.....	83-85
Lígia Buloto Schmitd	.....	89,91
Rodrigo Maschietto Forti	.....	88
Rodrigo Piozzi	.....	84,89,95
Vivien Thiemy Sakai	.....	85,92