



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU



**PROGRAMA ESPECIAL
DE TREINAMENTO**

PET INFORMA

V.15, N.1/2, JAN./DEZ. 2002

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

Diretora

Profa. Dra. Maria Fidela de Lima Navarro

Vice – Diretor

Prof. Dr^o Luis Fernando Pegoraro

Presidente da Comissão de Graduação da FOB

Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Tutor do Programa PET / SESu – FOB / USP

Prof. Dr. Eduardo Batista Franco

Co - Tutor do Programa PET / SESu – FOB / USP

Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos

ORGANIZADORES

Bolsistas do PET:

Alexandre Grando de Oliveira

Ana Carolina Magalhães

Bruno Alberto Vidotti

Camila Garcez Santos

Diego Guilherme Dias de Rabello

Guilherme Ferreira Bibiano Silva

José Gustavo Ribeiro Rodrigues

Leonardo Henrique Vadenal Panza

Marcelo Lupion Poletti

Thiago Chon Leon Lau

Rodrigo Maschietto Forti

Vivien Thiemy Sakai

Bolsistas Voluntários:

Elizandra Paccolo Moretto

Jéferson Tomio Sanada

Jhanni Melissa de Jesus

Normalização Técnica:

Vera Regina Casari Boccato

Rita de Cássia Paglione

Bibliotecárias do Serviço de Referência e Informação – SBD/FOB-USP.

Supervisão de 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 Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e do Desporto (SESu/MEC), constitui-se em um investimento acadêmico aos cursos de graduação, de forma a favorecer uma participação ativa dos bolsistas em atividades extra-curriculares, garantir a formação ampla dos mesmos em termos específicos e inespecíficos ao curso de graduação, procurando atender as necessidades do mesmo, assim como ampliar e aprofundar os objetivos e conteúdos programáticos que integram sua grade curricular.

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

O PET da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP, implantado em 1985, conta anualmente com doze bolsistas e três integrantes voluntários, orientados por um tutor e um co-tutor, contando com a colaboração efetiva dos demais docentes da instituição. O Grupo desenvolve, além das atividades específicas, atividades que envolvem 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

Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos
Co - Tutor do PET – FOB/USP

SUMÁRIO

| | | |
|---|-------|-----|
| LEITURAS | ..... | 2 |
| SEMINÁRIOS | ..... | 124 |
| MONOGRAFIAS | ..... | 148 |
| ÍNDICES | ..... | 152 |
| ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMO | ..... | 153 |
| ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS | ..... | 154 |
| ÍNDICE DE AUTORES DE SEMINÁRIO | ..... | 158 |
| ÍNDICE DE AUTORES DE MONOGRAFIAS | ..... | 159 |
| ÍNDICE DE ASSUNTOS | ..... | 160 |

LEITURAS

MELGAÇO, C. A. Diabetes melito e a doença periodontal: revisão da literatura. **J Bras Endo/Perio**, Curitiba, v. 3, n. 9, p. 100-104, abr./jun. 2002.

O diabetes melito é uma alteração patológica de origem endócrina que interfere no metabolismo e saúde sistêmica, modificando condutas e tratamentos na área odontológica. O aumento da glicemia promove alterações vasculares como deposição de PAS e aterosclerose devido ao favorecimento de deposição de colesterol nas paredes dos vasos, impedindo a difusão de oxigênio, eliminação de metabólitos, migração de leucócitos e a difusão de fatores imunes. As funções fagocitárias e do sistema imune podem estar alteradas também devido à dependência da insulina para certas proteínas. Condições hiperglicemiantes provocam diminuição na proliferação celular e redução na síntese do colágeno pelos fibroblastos. Conseqüentemente, enfermidades periodontais não seguem um padrão consistente e graus variáveis de inflamação podem ser encontrados relacionados a um controle insatisfatório de placa. Em diabéticos não controlados o tratamento odontológico é contra-indicado, já pacientes com glicemia normal podem, na maioria das vezes, ser atendido sem restrições se alguns cuidados forem tomados. Devem-se evitar estresses físicos e/ou emocionais e manipulação de tecidos por período prolongado. O Cirurgião Dentista deveria observar se a medicação de insulina foi corretamente administrada e marcar consultas preferencialmente na parte da manhã, orientando o paciente a não realizar nenhuma refeição rica em carboidratos antes do atendimento. Por fim, a necessidade de acompanhamento freqüente é de extrema importância ser enfatizado, assim como cuidados rigorosos de higiene bucal.

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

Unitermos: Diabetes mellitus; Doenças periodontais.

ARROW, P. Cost minimisation analysis of two occlusal caries preventive programmes. **Community Dent Health**, London, v. 17, n. 2, p. 85-91, June 2000.

Análise do custo benefício de dois métodos de prevenção de cárie oclusal em escolares com 6 anos de idade do Oeste da Austrália. Foi testado um programa de aplicação seletiva de selantes à base de cimento de ionômero e vidro em fôssulas e fissuras, associado à aplicação única de flúor tópico (grupo controle com 197 escolares), seguindo o conceito de risco de cárie de Blinkhorn e Geddes (1987). Comparou-se este experimento a um programa de limpeza profissional associado à educação em saúde bucal e selamento quando o dente estivesse em alto risco de cárie (grupo teste com 207 escolares), com intervalo de retorno de acordo com critérios de Carvalho *et al.* Exames clínicos foram realizados imediatamente antes do estudo, após 12 e 24 meses. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na incidência de cárie, mas com relação ao custo após 2 anos, o grupo teste não foi eficiente nas circunstâncias aplicadas, na medida em que a incidência de cárie no Oeste da Austrália já é baixa.

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

Unitermos: Programa preventivo; Selantes de fossas e fissuras; Higiene bucal; Análise custo-benefício.

BUISCH, Y. A. P. et al. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 22, n. 1, p. 41-46, Feb. 1994.

Apresentação do efeito de dois programas preventivos no conhecimento e hábito de saúde bucal entre 186 escolares de escola particular em São Paulo, com idades médias de 13 anos, que foram separados aleatoriamente em três grupos distintos. O primeiro recebeu treinamento de higiene oral e seus pais e professores participaram de uma palestra de uma hora, enfatizando as causas e sintomas da cárie e gengivite. O segundo teve apenas orientação de higiene, em sessões mais curtas. Finalmente, ao terceiro grupo dos indivíduos não foi dada nenhuma instrução, mas foram supridos com dentifícios fluoretados durante os três anos do estudo. Nesta pesquisa, tanto o conhecimento quanto o comportamento a respeito da saúde bucal tiveram correlações positivas com o tempo e intensidade dos programas, verificado pelas respostas de um questionário entregue aos participantes três semanas após o término do programa. Foi verificado, também, que as crianças enfatizavam mais o aspecto estético e de bem estar do que a prevenção de doenças.

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

Unitermos: Programa preventivo; Higiene bucal; Cárie dentária.

FERREIRA, B. A face hospitalar da odontologia. **Rev ABO Nac**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 8-13, fev./mar. 1996.

A cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (CTBMF) é uma especialidade da Odontologia que apresenta a característica especial de ser exercida também em ambiente hospitalar, deslocando a profissão estritamente dos consultórios e ampliando as possibilidades de atuação de forma integrada à saúde. A Odontologia no Brasil precisa se consolidar no ambiente hospitalar, no entanto, enfrenta dificuldades. A falta de esclarecimento do pessoal de Enfermagem e Medicina para encaminhar adequadamente o paciente para o odontólogo e o corporativismo médico acaba por privilegiar médicos não capacitados para tratamentos buco-maxilares. Os profissionais cirurgiões dentistas devem ter visão global da multidisciplinaridade da Odontologia na área da saúde, de modo a não ficarem omissos frente à luta da especialidade cirúrgica, desenvolvendo visão sistêmica do paciente e contextualizando a boca em um complexo crânio-maxilo-facial. Dessa forma um profissional dentista seria aquele que se comprometesse desde a manutenção e tratamento de um elemento dentário até a reconstrução da face com enxertos ósseos em casos de traumatismos por acidentes ou lesões neoplásicas. Além da integração com a Medicina a CTBMF trabalha em conjunto com todas as especialidades da Odontologia, garantindo melhores resultados para os pacientes, no entanto existe defasagem tecnológica na área de ensino, pesquisa e publicações no Brasil.

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

Unitermos: Cirurgia bucal; Traumatologia bucomaxilofacial;
Odontologia hospitalar.

FERREIRA, R. A. De quem é o bisturi? **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 8-19, jan./fev. 1997.

A cirurgia bucomaxilofacial é uma parte da Odontologia que cuida do diagnóstico e tratamento cirúrgico de enfermidades, traumatismos e deformidades dos maxilares e estruturas adjacentes e tem sido motivo de discussões pela Associação Dentária Americana e Conselho Federal de Odontologia no Brasil. A área somente pode ser exercida por especialistas, no entanto existe confrontação entre médicos e dentistas, criando crises de identidade. Os primeiros alegam despreparo dos cirurgiões dentistas com relação ao tempo de formação acadêmica e pouca experiência em hospitais. Antes da nova Resolução 205 do CFO, os cursos de especialização não seguiam um padrão com relação ao tempo mínimo de trabalho em ambiente hospitalar e plantões, no entanto habilitavam legalmente os profissionais. Por outro lado, existiam residências hospitalares na área odontológica que garantiam habilidade profissional na prática, mas não legalmente. Essa falha na regulamentação dessa especialidade odontológica, associada à dificuldade dos profissionais visualizarem os pacientes de forma holística e à prepotência dos médicos colaboram para a diminuição da atuação do cirurgião dentista em uma equipe médica hospitalar. Essa disputa pode ser justificada, em parte, pela tentativa de ampliar a área de atuação de cada área da saúde, uma vez que os ganhos financeiros nessas especialidades são muito reduzidos comparados com o tempo de qualificação profissional necessária

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

Unitermos: Cirurgia bucal; Traumatologia bucomaxilofacial;
Odontologia Hospitalar.

RAYA, S.; TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. Odontopediatria hospitalar: atendimento sob anestesia geral. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 140-144, maio/jun. 1997.

O aperfeiçoamento das técnicas de controle de conduta das crianças, principalmente relacionadas à área de psicologia infantil, tem garantido bons resultados de atendimento em ambiente de consultório. Uma pequena porcentagem de casos requer tratamento odontológico sob anestesia geral, em hospital. Nesse caso o cirurgião dentista deverá ter conhecimento das características físicas, mentais e médicas peculiares aos pacientes, dos riscos da anestesia, do ambiente hospitalar, dos processos burocráticos e normas do hospital, das condutas pré e pós operatórias, além de saber lidar com os familiares destes pacientes, amenizando o stress provocado pela internação, quando estiver indicada. Essa modalidade de atendimento somente deve ser indicada após ter-se tentado outros métodos ambulatoriais, que apresentam diversas vantagens sobre o atendimento hospitalar. Esse incorre o paciente em maiores riscos de vida e fontes geradoras de ansiedades, potencialmente traumáticas, uma vez que o tratamento sob anestesia geral é o mais radical possível para não correr o risco de recidivas.

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

Unitermos: Cirurgia bucal; Traumatologia bucomaxilofacial;
Odontologia Hospitalar.

VILLALOBOS, O. J.; SALAZAR V., C. R.; SÁNCHEZ, G. R. Efecto de um enxuague bucal compuesto de aloe vera em la placa bacteriana e inflamación gingival. *Acta Odontol Venezolana*, Caracas v. 39, n. 2, p. 16-24, 2002.

Identificação e comparação de índices de placa (IP) e inflamação gengival (IG) em dois grupos (experimental e controle) antes da administração, quinze e trinta dias depois do uso contínuo de uma solução para bochecho elaborada com gel de aloe vera a 50%. Os participantes da pesquisa, com idade entre 18 e 26 anos, foram selecionados no serviço odontológico de Forte Tavacares, na Venezuela, Estado de Barinas. Avaliou-se a condição gengival e periodontal, dividindo-se dois grupos. Séries cronológicas múltiplas permitiram comparar os resultados obtidos em diferentes momentos. As soluções experimental e placebo foram preparadas na Faculdade de Farmácia da Universidade de Los Andes, Venezuela, Estado de Mérida e a quantidade de placa e inflamação gengival foram determinadas utilizando-se o índice de Silness e Løe. Os resultados indicaram significativa diminuição nos valores dos índices (IP e IG) dos grupos experimentais aos quinze e trinta dias de uso dos colutórios à base de aloe vera, com relação ao grupo tratado com placebo. Usaram-se análises estatísticas (t de Student e Rangos modificado de Wilcoxon), permitindo concluir que o gel de aloe vera à 50% reduz a quantidade de placa e inflamação gengival.

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

Unitermos: Inflamação gengival; Índice de placa dentária; Enxágüe bucal; Aloe vera.

JACKS, M. E. A laboratory comparison of evacuation devices on aerosol reduction. **J Dent Hyg**, London, v. 76, n. 3, p. 202-206, Summer 2002.

Aerossóis são definidos como partículas aéreas com tamanhos entre meio e dez micrômetros. São produzidos durante instrumentação ultra-sônica, mas podem ser diminuídos através da utilização de soluções irrigadoras, que possuem efeitos terapêuticos e de lavagem quando se misturam com sangue, saliva ou bactérias, produzindo partículas menos contaminadas. A Associação Dentária Americana e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças recomendam a utilização de sistema de sucção de alta potência, dique de borracha e posicionamento adequado do paciente para controle da produção de aerossóis. Buscou-se comprovar essas recomendações através de um estudo que comparou as concentrações de aerossóis provenientes de raspagem ultra-sônica em manequim associada ao uso de três diferentes métodos de evacuação. Em laboratório, foram testados um sugador de saliva intrabucal padrão e dois sugadores de alta potência com posicionamento extrabucal, um padrão e outro com um funil adaptado na ponta. A quantificação das partículas foi realizada a cada 10 segundos por um computador coletor de dados em tempo real antes, durante e depois dos testes. Houve significativa redução de partículas aéreas com ambos equipamentos extrabucais (90,8% e 89,7%, respectivamente), em comparação com o dispositivo intrabucal tradicional. Concluiu-se que sistemas de sugadores de alta potência localizados próximo à comissura labial são eficientes no controle da dispersão de aerossóis durante raspagem ultra-sônica, prevenindo o paciente e o cirurgião dentista contra o risco de infecção cruzada.

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

Unitermos: Raspagem ultra-sônica; Aerossol; Sugador de alta potência.

GARCIA, A. G. et al. Trismus and pain after removal of impacted Lower third molars., **J Oral Maxillo Surg**, Philadelphia, v. 55, n. 11, p. 1223-1226, Nov. 1997.

Este estudo avaliou trismo e dor depois da exodontia de 30 molares inferiores não irrompidos e investigou se estas respostas estavam relacionadas a dificuldade cirúrgica. A amostra foi composta por 104 pacientes e a dificuldade cirúrgica foi mensurada através das técnicas de extração (I - extração com fórceps, II - osteotomia, III - osteotomia e seccionamento e IV - procedimentos complexos). O trismo foi avaliado através da máxima distância interincisal e a dor através do relato de uso de analgésico, ambos após 1 e 5 dias da cirurgia. Os resultados mostraram que o grupo I não apresentou diferenças na máxima distância interincisal antes e depois da cirurgia, já os grupos II, III e IV apresentaram diminuição da máxima distância interincisal, tanto no 10º como no 50º dia. O mesmo ocorreu com o uso de analgésico, a proporção de indivíduos do grupo I usando analgésicos foi menor que a dos indivíduos dos outros grupos, tanto no 10º como no 50º dia. Tanto o trismo como a dor são menos severos depois de cirurgias simples, sendo que independentemente do tipo de cirurgia, a dor declina do 10º dia ao 50º dia pós cirúrgico.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Trismo; Extração dentária.

DALBEN, G. S.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. Características básicas do bebê portador de fissura lábio-palatal: aspectos de interesse ao cirurgião dentista., **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 223-226, maio/jun. 2002.

A chegada de bebês portadores de fissuras lábio-palatais causa inúmeras dúvidas aos pais que temem não oferecer o melhor para a saúde do seu filho. Os profissionais da saúde devem conhecer as características deste tipo de paciente para orientar os pais, tranquilizando-os e fornecendo-lhes todas informações necessárias para o cuidado do bebê. Esta malformação congênita ocorre pela falta ou deficiência na fusão dos processos faciais e/ou palatinos, cuja etiologia é multifatorial. As cirurgias de reparo iniciam-se aos 3 meses de idade, corrigindo a fissura de lábio e aos 12 meses, corrigindo as fissuras palatinas. Outras cirurgias podem ser indicadas tais como retoques labiais, faringoplastias, correções nasais e enxertos ósseos. Há algumas características clínicas diferenciais na dentição decídua destes pacientes; os dentes podem estar mal posicionados na área de fissura, bem como podendo apresentar áreas hipoplásicas; em alguns casos o incisivo lateral superior não está presente ou tem sua irrupção atrasada e a prevalência de dentes neonatais e natais é alta (2 a 10%). Alguns cuidados devem ser tomados durante o aleitamento, a criança deve permanecer sentada para evitar engasgo e refluxos, além disso o bico da mamadeira deve ser preferencialmente de látex antes do reparo cirúrgico, a fim de facilitar a alimentação. Devido a estas características dentárias, a alimentação cariogênica e o medo mãe em manipular a área de fissura para realizar a higienização, estes pacientes têm alto índice de cárie em torno de 5,87 (3 anos). Portanto o conhecimento desta anomalia é de fundamental importância no atendimento preventivo e curativo destes pacientes.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Aleitamento materno; Anormalidades dentárias; Fissura palatina; Lábio fissurado.

ANDRADE JUNIOR, A.; MACHADO, W. A. S. Caracterização físico-química dos componentes inorgânicos dos dentifrícios. **Rev ABOPREV**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 50-56, Dez. 2000.

O objetivo do trabalho foi avaliar as partículas inorgânicas de 15 dentifrícios com relação ao formato, ao tamanho, as características superficiais e a composição química, através da microscopia eletrônica de varredura e da técnica de microanálise EDS. O formato das partículas mostrou-se bem variado, especialmente para a Oral B dentes e gengivas e Parodontax. Apenas os dentifrícios com carbonato de cálcio apresentaram partículas com formas regulares. Em relação ao tamanho, os dentifrícios que apresentaram maior tamanho foram Close up Creme Dental Branco, Oral B dentes e gengivas, Sensodyne F e Parodontax, sendo que a abrasividade destes dentifrícios foram consideradas altas. Quanto maior a porosidade, menor foi a abrasividade, porém alguns dentifrícios não apresentaram porosidades, tais como Close up Creme Dental Branco, Colgate antitártaros, Oral B dentes e gengivas, Sensodyne F/T, Colgate Total e Parodontax. A fórmula que mais fugiu dos padrões foi a do Parodontax. Os elementos químicos encontrados nas partículas inorgânicas correspondiam às informações fornecidas pelos fabricantes.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Dentifrícios; Abrasividade; Escovação dentária; Placa dentária.

GREGUI, S. L. A. et al. Relação entre diabetes mellitus e doença periodontal., **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 265-269, jul./ago.2002.

A Diabetes Mellitus é uma doença que se manifesta pela deficiência na secreção de insulina pelo pâncreas. Há várias complicações relacionadas a Diabetes, sendo uma delas a Doença Periodontal. Em indivíduos diabéticos, nota-se maior sangramento gengival, profundidade de sondagem, perda de inserção, perda óssea e prevalência mais acentuada da periodontite avançada. Independentemente do tipo de Diabetes Mellitus, o nível glicêmico, a duração da doença e a idade do paciente são fatores determinantes para a incidência e gravidade da Doença Periodontal. Entre as alterações teciduais ocorridas no periodonto, destaca-se como um dos fatores causais a modificação na atividade e expressão dos fatores de crescimento. A fibronectina, que funciona como sinalizador para as células periodontais, se altera, culminando com a morte das células do ligamento periodontal e com a diminuição da resposta quimiotática das células. O infiltrado do tecido conjuntivo é caracterizado pela presença de menor número de fibroblastos e colágeno e, maior número de plasmócito. Uma consequência da hiperglicemia é a glicolização e oxidação que resultam na formação de produtos que se acumulam nos tecidos, com efeito patogênico, devido a interação com receptores em células endoteliais e monócitos, levando a uma inflamação crônica, com produção de mediadores que induzem a reabsorção óssea e destruição de tecido.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Diabetes mellitus; Doenças periodontais.

MARCHIORO, E. M.; BELLATO, A.; HAHN, L. Extração de incisivo inferior na terapia ortodôntica: relato de caso clínico. **Orto Gaúcho**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 17-22, jan./jun. 2002.

A tendência atual é a de aceitar extrações de dentes permanentes com o objetivo de solucionar alguns problemas ortodônticos tais como o apinhamento, quando bem indicadas. A extração de um incisivo inferior não constitui uma alternativa padrão, mas está indicada nos casos que apresentam discrepância negativa no tamanho do arco dentário na região anterior, agenesia do incisivo lateral superior, apinhamento severo e tendência a classe III. Está contra-indicada na presença de apinhamento mínimo, quando overjet e overbite estão aumentados, a papila está com irregularidades e na impossibilidade de desgastes proximais nos incisivos superiores. Para seleção do caso, deve-se calcular a discrepância de modelo, considerar a distância intercaninos, restabelecer saúde gengival, avaliar como os dentes superiores ocluem com os inferiores e se os caninos estão em relação de classe I. As vantagens deste tratamento estão na facilidade de execução, no paralelismo entre raízes, na eliminação da necessidade de desgastes dos incisivos inferiores e da extração de pré molares, minimizando o risco de recidiva e evitando o aumento da distância intercaninos. As desvantagens são que a discrepância do volume dentário passa a ocorrer na arcada superior, inconveniente estético momentâneo e a falta de coincidência da linha média dentária. O trabalho mostra um caso clínico, com a conclusão de que as extrações dentárias, para solução de discrepâncias de modelos, vêm sendo amplamente utilizadas, mas para sua indicação deve-se realizar um criterioso diagnóstico a fim de se obter o resultado almejado.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Extração dentária; Incisivo; Ortodontia.

BORTOLUZZI, M. C. et al. Associação entre o líquen plano oral e infecção pelo vírus da hepatite C: revisão de literatura., **ROBRAC**, São Paulo, v. 11, n. 31, p.30-34, Junho 2000.

Embora o líquen plano oral tenha ainda sua etiologia desconhecida, numerosos estudos têm indicado uma relação estatisticamente significativa desta doença com a infecção pelo HCV (o RNA do HCV tem sido encontrado nas células epiteliais das lesões através da técnica da reação em cadeia da polimerase por transcrição reversa e por hibridação in situ) e conseqüente doença hepática crônica. Entretanto, a maioria dos pacientes com L.P.O. permanece livre da infecção pelo vírus. Apesar desta relação ser controversa, acredita-se em 3 hipóteses para a sua ocorrência: replicação do HCV no interior da pele ou mucosa, agindo como indutor de anormalidades imunológicas; indução do líquen plano por outros agentes infecciosos diferentes do HCV, mas possuindo meios similares de contaminação; ou através de uma alteração da antigenicidade epidermal induzida pelo HCV no qual os ceratinocitos são estimulados a expressar HLA-DR e interagirem com células T ativadas que, em resposta, aumentam a produção de Interferon - gama para destruir os ceratinocitos. A dificuldade em se determinar o mecanismo desta relação se deve a etiologia multifatorial da doença, suas diferentes manifestações clínicas e histopatológicas..

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Hepacivirus; Anticorpos presentes em hepatite C; Líquen plano.

HUNTER, M.L. et al. Erosion of deciduous and permanent dental hard tissue in the oral environment, *J Dent*, Guildford, v. 28, n. 4, p. 257-263, May 2000.

Foi realizado um trabalho “in situ”, no qual avaliou-se o potencial erosivo de um suco de laranja sobre esmalte e dentina humanos tanto de dentes decíduo como permanente e a se a frequência de consumo desta bebida potencializava seu efeito deletério sobre o tecido dentário. Para tal, foram selecionados 16 voluntários, os quais utilizaram um aparelho intrabucal contendo 4 blocos de esmalte e 4 de dentina (2 espécimes de dentes decíduos e 2 de permanente), durante 2 períodos experimentais cruzados. O uso do aparelho foi diário. Durante este período, os voluntários ingeriam, 4 vezes ao dia, 250mL da bebida durante um tempo de 10 minutos. Ao completar 5, 10 e 15 dias, a perda de tecido foi determinada por perfilometria. O suco causou erosão nos tecidos que foi progressiva com o tempo, apesar do padrão não ter sido linear na dentina. Com a duplicação da frequência de consumo não houve duplicação da erosão (sem significância estatística). A erosão na dentina foi maior que no esmalte, tanto para dentes decíduos como permanentes. Isto pode ser justificado pela presença de película no esmalte. Em alta frequência (10º e 15º dia), o esmalte decíduo se mostrou mais severamente erodido que o esmalte permanente. Estes resultados foram importantes por servirem como alerta as mães sobre a exposição precoce e uso abusivo de bebidas ácidas. O desenvolvimento de bebidas com menor potencial erosivo é recomendado

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Erosão dentária; Bebidas ácidas; Suco de laranja.

DONALDSON, M.; KINIRONS, M.I. Factors affecting the time of onset of resorption in avulsed and replanted incisor teeth in children. **Dent Traumatol**, Copenhagen, v. 17, n. 5, p. 205-209, Oct. 2001.

No presente estudo avaliou-se o tempo de sobrevivência do reimplante e os fatores relacionados ao aparecimento de reabsorção dentária. A amostra foi composta por 71 crianças as quais tiveram 84 dentes reimplantados. Destes dentes reimplantados, 26 apresentaram fratura coronária. A fratura coronária acelerou a reabsorção dentária ao comparar-se os dentes fraturados com os dentes que não sofreram fratura ($p < 0,009$). Para os dentes que permaneceram secos (14 dentes), houve um aumento na taxa de reabsorção ao passar de 15 minutos ($p < 0,03$). Para os dentes armazenados em solução (70 dentes), o tempo limite para reabsorção foi de 60 minutos. Trinta e dois dentes tiveram visível contaminação e isto acelerou a reabsorção ($p < 0,03$). A taxa de reabsorção foi de 68%, da qual 11 dentes apresentaram reabsorção inflamatória e 47 dentes, reabsorção por substituição. Em relação a estes dois tipos de reabsorção, a inflamatória teve seu início mais rápido ($p < 0,0001$). Por tanto, comprovou-se que o prognóstico do reimplante é dependente de diversos fatores desde a gravidade do traumatismo até os cuidados com o dente antes do reimplante.

Autor (a) do resumo: Ana Carolina Magalhães

Unitermos: Traumatismo dentário; Reabsorção dentária; Avulsão dentária.

CARTWRIGHT, R. What's new in oral appliances for snoring and sleep apnea: an update. **Sleep Med Rev**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 25-32, Feb. 2001.

O número e tipo de ferramentas bucais tem proliferado ultimamente pois os dentistas tem respondido ao desafio de desenvolver aparelhos mais sofisticados para o controle do ronco e da apneia obstrutiva do sono. Desordens respiratórias durante o sono agora são reconhecidas como sendo um problema de grande prevalência, que traz maiores problemas sociais, econômicos, cognitivos e de saúde. O dispositivo de avanço mandibular teve um maior índice de aceitação pelos pacientes que o tratamento padrão pressão aérea positiva contínua (CPAP) em recente pesquisa aos pacientes. É importante que esses pacientes sejam acompanhados por clínicos que tenham experiência na área de sono assim como essas ferramentas são menos eficientes em controlar apneia obstrutiva quando o nível de severidade é alto. Pesquisas são necessárias para determinar aos pacientes o mais apropriado para um tratamento oromandibular e quando CPAP é o tratamento de escolha. Potenciais seqüências de tratamento são sugeridas.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Apnéia; Sono; Respiração.

CRUZ, G. D. et al. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc*, Chicago, v. 133, n. 8, p. 1064-1071, Aug. 2002.

Fez-se uma triagem de pessoas com alto risco de desenvolver câncer de boca, por um consórcio de quatro escolas de odontologia do estado de Nova Iorque e área de Nova Jersey, e pelo Office of Oral Health, Programs and Policy (OOHPP), liderados pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Nova Iorque. Ela abrangeu diversos locais do Estado de Nova Iorque e a área de New Jersey. Como parte da triagem, os autores passaram um questionário para ter acesso às características sócio-demográficas, nível de conhecimento dos fatores de risco e etiológicos do câncer de boca. Os 803 pacientes eram racial e etnicamente diversos, 66 por cento tinham 40 anos de idade ou mais, 43 por cento tinham uma história de fumo, e 9 por cento eram prováveis de ter uma história de abuso do uso de álcool. Raça/etnia, nível de educação e conhecimento dos fatores de risco foram pré-requisitos para conhecimento de um exame de câncer de boca, enquanto apenas conhecimento e uma possível história de abuso de álcool foram pré-requisitos de uma história de exames. O programa de triagem atraiu diversos tipos de pessoas com alto risco de desenvolver câncer bucal devido ao fumo e provável história de uso de álcool. Os autores encontraram falta de conhecimento dos fatores de risco associados ao câncer de boca e baixa taxa de história de exames entre os pacientes. Programas de triagem de câncer de boca representam oportunidade potencial não apenas para se detectar precocemente o câncer de boca, mas também aumentar o conhecimento e educação do público sobre a doença.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti

Unitermos: Neoplasias bucais; Carcinógeno; Educação em odontologia

SAXE, S. R. et. al. Alzheimer's disease, dental amalgam and mercury. **J Am Dent Assoc**, Lexington, v. 130, n. 2, p. 191-199, Feb. 1999.

Para se avaliar a possível relação entre a Doença de Alzheimer (DA) e o Hg do amálgama, estudou-se 68 indivíduos com DA e 33 indivíduos controle sem a doença. Os indivíduos eram de Kentucky e de Wisconsin. Foi feita uma avaliação do amálgama dental durante a vida da maioria dos indivíduos, e em alguns somente no momento da autópsia. Durante esta, os autores realizavam exames neuropatológicos para confirmar a presença da doença ou não, e também para determinar o nível de Hg em múltiplas regiões cerebrais de indivíduos com DA e do grupo controle, e verificar a diferença. Os autores também estabeleceram três índices de valores de amálgama: número de procedimentos (injeção, reparo ou remoção de amálgama), locais (faces oclusais receberam mais pontos que as outras, e oclusal de molar mais do que de pré-molar) e tempo na boca. Esses valores determinavam uma maior exposição ao Hg do amálgama de um paciente em relação a outro. Os autores não encontraram associação significativa de DA com o número, faces da restauração e existência de restaurações de amálgama. Também não houve diferença estatística significativa no nível cerebral de Hg entre os indivíduos com AD e o grupo controle. Com esses resultados, conclui-se que os níveis de Hg no cérebro em indivíduos com DA não podem estar associados à presença de restaurações de amálgama, e ainda que o Hg não parece ser um fator neurotóxico causador de DA.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Doença de Alzheimer; Amálgama dentário; Mercúrio.

TAN, E. K.; JANKOVIC, J. Treating severe bruxism with botulinum toxin. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 130, n. 2, p. 211-216, Feb. 2000.

Estudou-se a segurança e a efetividade do uso de toxina botulínica (BTX) no tratamento de bruxismo severo. Para isso estudou-se um 18 pacientes com idade média de 50,6 a 20,7 anos e com duração média dos sintomas em 14,8 anos. A BTX usada nos pacientes é uma neurotoxina produzida pelo *Clostridium botulinum*, que inibe a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular. Isso resulta em quimiodesnervação e fraqueza muscular focal. No teste foi usada BTX tipo A, a qual os autores administraram-se BTX 241 vezes na forma de injeção, sendo 121 no masseter direito e 120 no esquerdo, durante 123 visitas de tratamento. A média do intervalo de tempo entre os tratamentos foi de 5 meses. A latência média para resposta ao tratamento foi de 2,7 dias, sendo o tempo médio de resposta e de resposta máxima de respectivamente 19,1 e 11,7 semanas. O efeito máximo do BTX teve média de 3,4. Para medir o efeito máximo os autores tinham anteriormente feito uma escala de 1 a 4, na qual 1 era fraca melhora; 2 = melhora moderada mas nenhuma mudança na função; 3 = melhora moderada na severidade e na função; e 4 = melhora marcante na severidade e função. Apenas um paciente demonstrou efeito adverso de disfagia. Melhora marcante no bruxismo e na mastigação, fala e deglutição foi demonstrada em 16 pacientes. Pelas evidências apresentadas no experimento demonstrou-se que a injeção de BTX no masseter é um tratamento seguro e efetivo contra bruxismo.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Bruxismo; Músculo masseter; *Clostridium botulinum*.

MARTIN, G. C. et al. Oral leukoplakia status six weeks after cessation of smokeless tobacco use. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 130, n. 7, p. 945-954, July 1999.

Avaliou-se a incidência e o risco de desenvolvimento de leucoplasia oral em usuários de rapé e fumo de mascar, ou RFM, e a resposta dessas lesões após seis semanas da suspensão do RFM. A pesquisa foi realizada sobre 3.051 jovens militares da Força Aérea dos EUA. Todos receberam um exame oral inicial e foram tiradas fotos clínicas de todas as leucoplasias encontradas neste exame e novamente após seis semanas. Dos 3.051 alunos (idade média de 19,5 anos), 302 foram identificados como usuários atuais de RFM. Dentre eles, 39,4% (119 de 302) possuíam leucoplasia, contra 1,5% (42 de 2.749) de não usuários que apresentavam leucoplasia. Ao término da suspensão involuntária do uso de RFM 97,5% das lesões apresentaram resolução clínica completa. As três que permaneceram eram lesões benignas. O rapé mostrou contribuir mais para o desenvolvimento de leucoplasia do que o fumo de mascar, assim como a quantidade usada (latas ou tabaqueiras por dia), o tempo de uso (meses) e o número de dias desde o último uso. Os pacientes que fumavam e usavam RFM tinham menos lesões dos que apenas usavam RFM. Uma explicação é uma menor utilização de RFM pelos que fumam, e em consequência menor tempo de contato da RFM com a mucosa oral. Observou-se também uma probabilidade muito maior de desenvolver leucoplasia em usuários de rapé do que de fumo de mascar.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Leucoplasia bucal; Tabaco; Neoplasias bucais.

RAWLINSON A. Which mouthrinses are the most effective at plaque prevention. **Br Dent J**, London, v. 194, n. 4, p. 203, Feb. 2003.

Para avaliar a atividade comparativa de enxaguatórios bucais contendo cloridrato de cetilpiridinium e clorexidina usou-se a propensão em causar manchamento extrínseco in-vitro como variável de resultado. Amostras de acrílicos limpos cobertos com saliva foram expostos a um regime cíclico de manchamento tanto de CPC ou clorexidina seguido por chá. Água e 0,2 % clorexidina foram usados como controles positivos e negativos respectivamente. Ciclos de manchamento foram repetidos até quando uma densidade ótima de > 2 foi alcançada por um dos produtos. Para CPC havia uma quantia significativamente maior de diferença entre s produtos. Dois produtos de CPC tiveram uma performance um pouco melhor que o da água. Entre os produtos de clorexidina, a formulação de 0,2 % produziu o maior manchamento, embora um pouco mais que a formulação inglesa de 0,1%. O enxaguatório francês a 0,1% demonstrou marcante redução no potencial de manchamento, embora significativamente maior que a água. Portanto esse estudo, suportado por estudos anteriores in-vivo e in-vitro, indica discrepância na disponibilidade de CPC e clorexidina em alguns enxaguatórios bucais. Isso pode ter um efeito no potencial de alguns enxaguatórios em prover a esperada inibição da atividade da placa.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Clorexidina; Antissépticos bucais; Microbiologia.

VOLPATO, M. R. et. Al. Influência das Condições de Armazenagem sobre o pH de Soluções Anestésicas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, Paulo, v. 55, n. 1, p. 21-25, jan./fev. 2001.

Avaliou-se o pH de 17 soluções de anestésicos disponíveis no Brasil em 3 condições diferentes de armazenamento: a 5°C em geladeira; em temperatura ambiente, dentro de suas embalagens originais; e expostas à luz. Os anestésicos avaliados eram à base de lidocaína a 2% sem vasoconstritor, lidocaína a 2% com noradrenalina, lidocaína a 3% com noradrenalina, lidocaína a 2% com fenilefrina, prilocaína a 3% com felipressina, mepivacaína e bupivacaína 0,5%. Para cada condição, foi medido mensalmente o pH de três tubetes de cada solução comercial testada. Via de regra, a armazenagem em geladeira permitiu no decorrer do período estudado a melhor manutenção do pH, não apresentando no entanto diferença estatisticamente significativa que o armazenamento ao abrigo da luz. Porém, em todos os casos, seja com ou sem vasoconstritor, o anestésico mostrou menor pH quando armazenado exposto à luz. Dentro deste grupo, o que se apresentou numa faixa de pH médio inferior ao normal foi o Lidostesin, e os menores valores de pH medidos durante todo o experimento. Setenta e cinco por cento das soluções contendo vasoconstritores permaneceram com valores de pH na faixa recomendada (3,5 a 5,5) quando mantidas em geladeira. Armazenadas dentro da caixa original, 50% delas também permaneceram com os valores de pH na faixa recomendada. Porém, nenhum dos valores de pH permaneceu nessa faixa quando as soluções ficaram expostas à luz. Portanto, para uma maior estabilidade da solução anestésica a melhor forma do armazenamento da substância anestésica é na geladeira (+- 5°C) e dentro da caixa do produto.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Anestésicos locais; Concentração de íons de hidrogênio;
Armazenagem de medicamentos.

MONFRIN, R. C. P.; RIBEIRO M. C. Avaliação in-vitro de antissépticos bucais sobre a microbiota da saliva. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 400-467, set./out. 2000.

Esse trabalho consiste na análise In-Vitro da sensibilidade das bactérias totais da saliva a anti-sépticos bucais. Para realizar o trabalho, coletou-se a saliva de 50 funcionários da PUC-Camp, com idade entre 19 e 54 anos e diluiu-se em meio líquido B.H.I. Foram utilizadas 10 marcas de anti-sépticos, inoculados nas amostras em concentrações comerciais em dosagens de 10 ul, 20 ul e 25 ul, mais um tubo controle (ao todo 31 tubos para cada paciente). Testou-se anti-sépticos à base de cloreto de cetilpiridínio, clorexidina, triclosan, tirotricina, benzidamida e fluoreto de sódio. A 1ª leitura foi realizada 24 hs após a inoculação e a 2ª leitura a 48 hs. Ausência de crescimento representava eficiência; turvação, quase eficiente; turvação + película ou sedimentação, pouco eficiente; turvação + película + sedimentação, nada eficiente. As variantes da pesquisa foram tempo de incubação (24 e 48 hs.) e dosagem de anti-sépticos (10, 20, 25 ul), totalizando 6 estudos. Periogard mostrou ser o mais eficiente em todos os estudos (desvantagem: uso prolongado provoca manchas escuras), seguido pelo Malvatricin, cuja aplicação leva à resistência dos microorganismos. Kolynos, Wash, Cepacol e Oral-B apresentaram redução moderada dos microorganismos. Seu uso várias vezes ao dia garante resultado eficaz. Fluordent apresentou pouca atividade antimicrobiana. Emprego mais relacionado à deposição de flúor. Plax com pouca redução nos microorganismos da saliva, assim como Listerine e Flogoral. O estudo com dosagem de 25 ul e tempo de 24 hs. Mostrou resultados mais eficazes do que com dosagens de 20 ul e 30 ul e tempo de 48 hs.

Autor (a) do resumo: Bruno Alberto Vidotti.

Unitermos: Antissépticos bucais; Microbiologia; Saliva.

OLIVEIRA, F. M. O. et al. A prevenção e o diagnóstico do tétano: uma responsabilidade do dentista?. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 30–31, jan./mar. 2002.

O tétano é uma doença infecciosa não contagiosa, cujos sintomas clínicos são produzidos pela liberação de toxinas pelo *Clostridium tetani*. Após um tempo de incubação de aproximadamente 7 dias, aparecem os primeiros sintomas que provocam o trismo e disfagia (como por exemplo, dor e inflexibilidade da musculatura dos pescoço). Em casos mais dramáticos ocorrem espasmos musculares generalizados. Embora o tratamento do tétano não seja de competência do C.D., o diagnóstico pode ser feito por esse profissional. Se o paciente apresentar trismo agudo, deve-se pensar também na possibilidade de tétano, visto que a sintomatologia pode simular uma infecção bucal aguda, traumatismo ou disfunção da ATM. Vale ressaltar que a grande prevalência de traumatismos na região bucomaxilofacial, inclusive os dento-alveolares, pode provocar lacerações profundas nos tecidos moles adjacentes, abrindo caminhos para uma contaminação pelo *Clostridium tetani*. Isto ratifica a necessidade da vacinação.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Tétano; Trismo; Odontologia.

HOCHMAN, M. N., FRIEDMAN, M. J. In vitro study of needle deflection: a linear insertion technique versus a bidirectional rotation insertion technique. **Quintessence Int.**, Illinois, v. 31, n. 1, p. 33-39, Jan. 2000.

O bloqueio do nervo alveolar inferior é a técnica anestésica que apresenta maior dificuldade de execução. Este estudo in vitro verificou que o fator mais relevante na deflexão da agulha é a ação do vetor força na superfície do bisel da mesma. Quando se uso a técnica de inserção tradicional (linear), penetrando-se a agulha 20mm com a seringa, a deflexão é de 5 mm. Já com a técnica de rotação bidirecionada, feita com uma peça de mão em forma de caneta (sistema The Wand), elimina virtualmente a deflexão produzida pelo vetor força. A nova técnica também reduz substancialmente (em até 50%) a força necessária para a penetração da agulha. Vale ressaltar que clinicamente foi detectada uma redução na falha do bloqueio do nervo alveolar inferior e um efeito anestésico mais rápido.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Nervo alveolar inferior; Anestesia/métodos.

POMARICO, I. et al. Condição do primeiro molar permanente de crianças infectadas pelo HIV. **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 166-169, mar./abr. 2002.

Sabe-se que crianças infectadas por HIV tem uma tendência a apresentar uma alta prevalência de cárie, principalmente se menores de 5 anos de idade. A gravidade das lesões também é mais alta se comparada com crianças não infectadas. Isto ocorre devido a fatores como xerostomia, grande número de microorganismos na cavidade oral, má higiene bucal, dieta rica em carboidratos, uso de medicamentos contendo alto conteúdo de sacarose e problemas sócio-econômicos. Vale lembrar que esses pacientes comumente tem lesões bucais em tecidos moles, que são desconfortáveis e dificultam a higienização. Um outro fator importante é que a dentina cariada pode ser fator de retenção do fungo da candidíase, devendo ser evitada. Através do estudo realizado, onde foram estudados 210 primeiro molares permanentes em 59 crianças, 96 dentes apresentaram algum comprometimento. A severidade aumenta com o avançar da idade. Isso comprovou a alta prevalência de cárie nesses pacientes, e também realçou o fato de que tal comprometimento está relacionado com o fato do tempo de exposição do primeiro molar permanente na cavidade oral.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Síndrome de imunodeficiência adquirida; Cárie dentária; Molar; Odontopediatria.

NETO, L. C., **Prótese fixa sem coroa**. Disponível em:
<<http://www.connectodonto.com.br>>. Acesso em 17 ago. 2002.

Uma nova técnica em prótese fixa tem revolucionado a habilitação oral. Trata-se da Crownless Bridge Works (CBW) ou prótese fixa sem coroa. Essa técnica, desenvolvida na Faculdade de Odontologia de Nijmegen (Holanda), possibilitou o desenvolvimento de um micro contra-ângulo que recebe uma broca diamantada que produz um desgaste padronizado de 1,6 mm de profundidade. Nesse desgaste é cimentado um microencaixe CBW, apresentando um alto índice de retenção mecânica. Esse tipo de técnica é empregado para casos de ausência de 1 ou 2 dentes contínuos, em regiões anteriores ou posteriores, com o mínimo desgaste dos dentes-suportes e sem a necessidade de se colocar implantes ou coroas. Vale ressaltar que o custo para o paciente é quase reduzido à metade quando se comparado com a prótese fixa convencional.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Prótese fixa; Coroas; Reabilitação bucal.

SIMONETTI, F. A. A., Responsabilidade civil do cirurgião-dentista, **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 449-451, nov./dez. 1999.

Sabe-se atualmente que os pacientes estão cada vez mais buscando a justiça para se ressarcir de possíveis danos causados pelo C.D.. Tudo se iniciou com o Código de Hamurábi, onde os cirurgiões poderiam até perder o braço amputado em caso de morte ou lesão do paciente. Atualmente o C.D. deve, por lei, cumprir dois institutos que norteiam todo o entendimento da responsabilidade do C.D.: obrigação de meios e de resultados. Obrigação de meios significa usar o melhor de seus esforços assim como todos os meios mais atuais e disponíveis no momento para a obtenção da cura do paciente, porém o resultado não é assegurado. A obrigação de resultados implica que se o C.D. não atingir o resultado prometido, não terá cumprido com sua obrigação, podendo então sofrer consequências. Dentre as especialidades odontológicas de resultado, têm-se Ortodontia, Implantodontia, Próteses, Radiologia e Dentística, nas quais o paciente não precisa provar a culpa do C.D., este devendo provar que teve a conduta da mais perfeita técnica no momento e que agiu da forma mais adequada. As práticas odontológicas que envolvem obrigação do meio destacam-se Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Diagnóstico Bucal, onde o paciente deverá provar que o C.D. não agiu de forma correta, nem com a técnica mais apropriada. O C.D. deve prestar seus serviços da melhor forma possível, guardando fichas, anotações, planos de tratamento, modelos, etc, por cerca de pelo menos 20 anos para se esquivar de quaisquer penalidades que possam estar sujeitos.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Direitos civis; Odontologia; Responsabilidade legal.

CASTRO, M. E. et al. Fatores determinantes e influenciadores do comportamento da criança durante o atendimento odontológico. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 387-391, set./out. 2001.

Este artigo faz uma revisão de literatura que visa reafirmar que fatores baseados nos pais, pacientes infantis e odontopediatras estão totalmente relacionados com o comportamento das crianças no consultório odontológico. Para se Ter uma criança segura, o amor incondicional dos pais é o primeiro requisito. Quando os pais preparam o paciente para a consulta odontológica, eliminando o fator surpresa, seu comportamento tende a ser mais positivo. Os pais são fortes aliados no processo de adaptação da criança no ambiente odontológico e a presença ou não deles durante o atendimento deve ser bem analisada, tendo em vista as necessidades individuais da criança. Ao odontopediatra cabe a responsabilidade de deixar a criança “à vontade”, para isso ele precisa Ter uma certa habilidade pessoal para lidar com crianças. Suas atividades tangem tanto a educação quanto áreas psicopedagógicas. Cabe a ele levar a criança ao consultório sem traumas nem sofrimentos. Cada criança tem características individuais e reações próprias, que precisam ser respeitadas. Vale lembrar que outros fatores podem influenciar no comportamento das crianças: idade, estágio de desenvolvimento psicológico, experiências odontológicas e/ou médicas anteriores, presença ou não de familiares, motivo da consulta, adaptação social, medo e ansiedade. As chances de um comportamento negativo aumentam conforme a criança acredita que tem um problema nos dentes. O fator psicológico e as experiências são os fatores mais marcantes no comportamento da criança.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Criança; Comportamento; Atendimento odontológico.

MODESTO, A., AZEVEDO, G. T. Hábito de sucção do polegar: como descontinuá-lo? **Rev Odontopediatr: atual clin**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 41-47, abr./jun. 1996.

Este artigo trata de como se deve descontinuar o hábito de sucção do polegar. O ato da sucção é fisiológico, desde o nascimento até aproximadamente 2 anos de idade, respeitando possíveis variações individuais. Porém se o hábito ultrapassar a fase de sucção, invadindo as fases de mastigação e dentição mista, acaba se tornando nocivo e deve ser eliminado. Acredita-se que a permanência do hábito ocorra devido a três aspectos básicos: perturbação emocional, sucção inadequada nos primeiros anos de vida ou associada com situações agradáveis como na hora de dormir, de comer, etc. Tal hábito pode ocasionar má oclusão, atrapalhar o desenvolvimento do esqueleto facial, protrusão da maxila e/ou dos incisivos superiores, retroinclinação dos incisivos, deformidade do palato duro, inibição da erupção dos incisivos superiores e inferiores, língua inadequadamente posicionada, mordida aberta anterior, entre outros. Para se acabar com esse hábito é necessário diagnosticar se ele tem relação psicológica ou não. Se tiver junto com o tratamento odontológico indica-se um acompanhamento psicológico. Se não, faz-se apenas o odontológico. É preciso que a retirada do hábito seja o menos traumática possível, usando-se métodos como o da chupeta ortodôntica, mostrar a criança (um pouco mais crescida) o quanto é feio chupar dedo, etc. Popularmente vê-se métodos um pouco diferentes como passar esmaltes com gosto ruim, violeta genciana, pimenta, nos dedos da criança, fazer-las usar luvas, entre outros. Enfim, para que o tratamento seja efetivo, é necessário que haja uma motivação da criança, sem traumas nem a troca de um hábito por outro.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Sucção de dedo; Odontopediatria; Maloclusão.

CILLO, M. T. N. P. et al. Sedación de pacientes especiales para tratamiento odontológico en ambulatorio. *Rev Fac Odontol Assumpción*, Assumpción, v. 13, n. 10, p. 64-66, out. 1999.

A sedação de pacientes especiais em regime ambulatorial vem sendo gradativamente mais utilizada, tanto para crianças quanto para adultos, respeitando contudo algumas limitações clínicas. Normalmente apenas uma sedação é necessária para um tratamento dentário completo. A primeira fase é feita na sala de espera, entre 10 a 15 minutos antes do procedimento, após terem sido feitos todos os exames pré-anestésicos. Injeta-se a droga (cetamina) via intramuscular. Em casos em que o paciente não apresenta massa muscular, a anestesia é feita somente na sala de atendimento por via intravenosa. O ideal é que o tempo de anestesia não ultrapasse 60 minutos. O paciente, na sala de atendimento, deve ser colocado sentado, com a cabeça e o tronco formando um ângulo de 90° com as pernas. Durante a sedação o paciente deve receber complementação de oxigênio por cateter nasal. Devem também estar monitorados com aparatos para medir pressão arterial, oxímetro de pulso e monitor cardíaco. A sedação é completada na sala de atendimento com diazepam ou midazolan por via venosa em dose única. Deve-se tomar cuidados durante o procedimento, tais como evitar que o abridor de boca pressione a língua e obstrua a orofaringe; manter a cavidade oral constantemente aspirada, entre outros. No pós-operatório deve-se usar dipirona, salvo algumas exceções. Após o procedimento odontológico, o paciente deve ser encaminhado para uma sala de recuperação, onde deverá ter conforto térmico, silêncio e iluminação adequada. A alta normalmente se dá após 120 minutos do início de todo o procedimento.

Autor (a) do resumo: Camila Garcez Santos.

Unitermos: Portadores de necessidades especiais; Sedação; Consultórios odontológicos.

SAIKUMAR, P. et al. Apoptosis: definition, mechanisms and relevance to disease. *Am J Med*, New York, v. 107, n. 5, p. 489-506, Nov. 1999.

A apoptose é um mecanismo genético de controle da morte celular, desempenhando função oposta à da mitose. É um processo natural chamado de “morte celular programada” em que não há reação tecidual e inflamatória o que o difere da necrose. Seus moduladores, tais como genes codificados por oncogenes, como os genes supressores de tumor podem retardar ou aumentar o crescimento tumoral em resposta a fatores como radiação, hormônios, quimioterapia citotóxica e hipertermia. O gene p 53 e a família dos genes bcl-2 em especial controlam e modula em carcinomas a expressão de outros genes. Os índices mitóticos e apoptóticos vêm sendo apontados como fatores determinantes do comportamento e agressividade dos tumores, bem como de diversos processos patológicos. Os cânceres inibem apoptose, as doenças auto-imunes e infecções virais. Já a AIDS, doenças neurodegenerativas, doenças hepáticas causam aumento. Por isso ajudam na determinação do prognóstico de patologias principalmente neoplasias e o desenvolvimento de técnicas terapêuticas a fim de tratar as doenças a elas associadas.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Apoptose.

OFFENBACHER, S. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodontol**, Chicago, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, Oct. 1996.

O objetivo deste estudo foi avaliar uma possível relação entre infecção periodontal e nascimentos de bebês prematuros. A doença periodontal e o retardo de crescimento intra-uterino são correlacionados e resultam em nascimento de bebês com medidas menores estão associados com nascimento prematuro de baixo peso, como: tabagismo, uso de drogas, consumo excessivo de álcool, infecções genito-urinárias, nutrição, ganho de peso durante a gravidez, peso pré-gestacional. A presença de placa quando provoca inflamação gengival, aumenta o volume de fluido gengival e a liberação de mediadores da inflamação como prostaglandina E2, interleucina 1b e 6, e o fator de necrose tumoral (TNF-a). Embora seja crônica, caracteriza a D.P. os curtos períodos de atividades da doença e alguns fatores como fumo, estresses podem aumentar a resposta inflamatória e piorar a doença. Os produtos derivados do ácido aracdônico afetam diversos processos biológicos, inclusive a inflamação e a hemostasia. Durante o trabalho de parto há maior concentração no fluido amniótico, até atingir um limiar crítico ao qual induz o trabalho de parto, dilatação cervical e o parto em si. Com a D.P. instalada, principalmente o TNF-a cai na circulação e pode atravessar a barreira corioaminiótica aparecendo no fluido amniótico.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Doenças periodontais; Bebês prematuros de baixo peso.

HARRIS, R. J. A comparative study of root coverage obtained with an acellular dermal matrix versus a connective tissue graft: results of 107 recession defects in 50 consecutively treated patients. **Int J Periodon Rest Dent**, Chicago v. 20, n. 1, p. 51-59, Jan. 2000.

Este estudo comparou o uso de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e o de matriz dérmica acelular, no tratamento das recessões gengivais. Selecionaram-se 107 recessões marginais em um total de 50 pacientes para o tratamento com um dos tipos de enxertos. Após 12 semanas das cirurgias notou-se que a profundidade de recessão, nível de inserção e que não houve diferença estatisticamente significativa, porém a quantia de mucosa ceratinizada e “probing depth” foi significativa a diferença, sendo que em todos os critérios analisados houve melhora clínica, que teve ainda melhor resposta no conjuntivo subepitelial. Concluiu-se que há alternativas cirúrgicas e a matriz dérmica acelular é uma delas, mostrando ser eficiente nos seus resultados.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Retração gengival; Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial; Matriz dérmica acelular.

SINDET-PEDERSEN, S.; ENEMARK, H. Mandibular bone grafts for reconstruction of alveolar clefts. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 46, n. 7, p. 533-537, July 1988.

Os autores discutem a utilização de enxerto ósseo autógeno proveniente da mandíbula na região buco-maxilo-facial analisando a facilidade e viabilidade de sua obtenção. Mostrou-se a técnica de extração do enxerto da área da sínfise mentoniana e discutiu-se um eventual risco de prejudicar raízes de caninos e incisivos, bem como o nervo mentoniano (apesar de não ter ocorrido em nenhum dos pacientes). A reconstrução das falhas dos processos alveolares e/ou linguais de 25 pacientes avaliados por radiografias oclusais demonstrou total integração após seis meses. A morfologia foi satisfatória sem provocar complicações periodontais. Concluiu-se que as vantagens ao paciente se devem à menor tempo de morbidade, hospitalização, assim como o tempo de cirurgia quando comparado ao enxerto da crista ilíaca.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Mandíbula; Transplante ósseo.

ADDY, M. Etiology and clinical implications of dentine hypersensitivity. **Dent Clin North Am**, Pittsburg, v. 34, n. 3, p. 503-512, July 1990.

Hipersensibilidade dentinária é definida como resposta dolorosa a estímulos químicos, físicos, ou térmicos, aplicando na dentina exposta da região cervical. Estes estímulos externos agem sobre os túbulos dentinários descobertos, promovendo movimentação hidráulica que atua sobre as terminações nervosas causando a dor. Os fatores etiológicos da hipersensibilidade dentinária envolvem a perda da estrutura dental corresponde à erosão, abrasão e abfração ou sem perda de estrutura quando há exposição radicular por recessão gengival. Fatores como função oclusal exagerada por hábitos parafuncionais, por exemplo, o bruxismo, erosão associada à dieta de frutas ou sucos de frutas ácidas, escovação com técnica e força incorretas estão associadas à etiologia.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Hipersensibilidade dentinária.

TORABINEJAD, M., CHIVIAN, N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J Endod*, Chicago, v. 25, n. 3, p. 197-205, Mar. 1999.

Este artigo descreve os procedimentos clínicos para aplicação do MTA, que foi lançado recentemente no meio odontológico, e mostra suas propriedades físicas, químicas e biológicas que leva a crer ser esta uma alternativa potencial aos materiais restauradores em endodontia. Estudos mostram, tanto *in vivo* quanto *in vitro* que o MTA previne microinfiltração, é biocompatível, e promove regeneração do tecido original quando é colocado em contato com polpa dental ou tecidos perirradiculares. Por isso tem sido usado no selamento de perfurações perirradiculares, retrobturações, proteção pulpar direta, pulpotomia, tampão apical em rizogênese incompleta, obturação de canais radiculares, tampão cervical em clareamentos dentários internos, reparos de fraturas radiculares, e, ainda, como material restaurador temporário. Mostra ainda a formação de cimento em lesões de perfuração de furça.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Mineral trióxido agregado; Endodontia; Materiais restauradores do canal radicular.

RETIEF, D. H. et al. Shear bond strenght required to prevent microleakage at the dentin/ restoration interface. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 7, p. 43-46, Feb. 1994.

A proposta deste trabalho foi avaliar, in vitro, a relação entre a resistência de união ao cisalhamento de sete sistemas adesivos dentinários e a quantidade de microinfiltração de restaurações classe V preparado em dentina e/ou cimento. Esta resistência foi testada para os seguintes sistemas e marcas comerciais: All-Bond/Bisfil-P, Syntac/Heliomolar, XR-Bond/Herculite, Scotchbond 2/Silux, Denthesive/Charisma, Prisma Universal Bond 2/Prisma AP.H, Tenure/Perfection. O resultado obtido pelos testes estatísticos permite afirmar que uma resistência da dentina/ sistema adesivo de aproximadamente 21 a 24 MPa elimina as microinfiltrações da interface, o que não foi conseguido por nenhum dos sete sistemas. Apesar do avanço dos sistemas adesivos para a dentina, lançado os sistemas de terceira geração, ainda não se chegaram a eficiência ao encontrado na união com o esmalte e isto tem sido o principal problema para os profissionais que vêem a instalação da cárie secundária como o principal motivo de troca das restaurações.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Adesivos dentinários; Resistência de união; Cisalhamento.

RINK, L., KIRCHNER, H. Zinc-altered immune function and cytokine production. *J Nutr*, Bethesda, v. 130, n. 5, p. 1407S-1411S, May 2000.

O Zinco é um mineral envolvido bioquimicamente em um grande número de enzimas ou como estabilizador da estrutura molecular dos constituintes subcelulares e membranas, além disso, participa na síntese e degradação dos carboidratos, lipídeos, proteínas e ácidos nucleicos. Desempenha papel essencial na transcrição e translação de polinucleotídeos e, conseqüentemente no processo de expressão genética e seu envolvimento em atividades fundamentais é responsável pela essencialidade do zinco para todas as formas de vida. Na odontologia, o conhecimento clínico da deficiência de zinco é de suma importância pois quadros de gengivite crônica, tão comuns na rotina do consultório, estão relacionados com a baixa ingestão desse nutriente, o que pode apontar problema de absorção no intestino delgado, ou pouca ingestão de carnes, frutos do mar e cereais integrais. Além disso, a gengiva é um local de grande armazenamento de zinco e possui um *turnover* intenso o que aumenta seu requerimento e torna este tecido estritamente sensível às alterações dietéticas do mesmo.

Autor (a) do resumo: Diego Guilherme Dias de Rabello.

Unitermos: Nutrição; Zinco; Imunologia.

RUPRECHT, A.; BATNIJI, S.; EL-NEWEIHI, E. Mucous retention cyst of the maxillary sinus. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, v. 62, n. 6, p. 728-731, Dec. 1986.

O cisto de retenção mucoso designa uma lesão auto-limitante que normalmente não necessita de tratamento, é resultado do acúmulo de muco no tecido de revestimento do soalho do seio maxilar resultante da obstrução do ducto de uma glândula desse tecido. Ele é de interesse para o CD uma vez que aparece nas radiografias intra-orais e panorâmicas. Tem a aparência de massa tecidual circular em forma de cúpula, normalmente ocorre no chão do seio maxilar e como é originado do seu tecido de revestimento, não tem uma linha radiopaca ao redor. Foram utilizadas 1685 radiografias oclusais de maxila ou panorâmica de pacientes da Universidade de Odontologia de King Saud, por 2 examinadores e um outro inter-examinador que as conferiu. Analisou-se a presença ou ausência desse cisto, sua localização, a idade e sexo do paciente e estação do ano da tomada radiográfica. Os resultados foram que em 44 casos (2,6%) tinham o cisto, 18 do lado direito, 21 do lado esquerdo e 5 nos dois lados, 3,1% eram homens e 2% eram mulheres e analisaram várias faixas etárias, o que não mostra nenhuma prevalência por sexo, idade ou lado direito ou esquerdo. Por outro lado, pode-se dizer que os meses de novembro e abril foram os mais acometidos, talvez pela variação do tempo (estações). O reconhecimento do cisto de retenção mucos nas tomadas radiográficas é muito importante como diagnóstico diferencial de carcinoma ou outros cistos odontogênicos.

Autor (a): Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Cisto de retenção; Seio maxilar.

GAVISH, A. et al. Effect of stabilization splint therapy on pain during chewing in patients suffering from myofascial pain. **J Oral Rehabil**, Anevel, v. 29, n. 12, p. 1181-1186, Dec. 2002.

A dor miofascial mastigatória (MFP) é uma desordem musculoesquelética que compromete a capacidade funcional do sistema mastigatório. Várias formas de esplintes tem sido usados com sucesso para o tratamento da mesma resultando na dúvida se o efeito do esplinte é um placebo ou tem algumas outras propriedades curativas. O objetivo do estudo foi analisar a eficácia dos aparelhos estabilizadores para reduzir sinais e sintomas nos pacientes com MFP e comparar a experiência de dor durante os testes de mastigação entre dois grupos, com ou sem esplintagem. Pacientes com dor miofascial (n=37) que reportaram exacerbação da dor na função fizeram um teste de mastigação de 9 minutos, seguido de 9 minutos de descanso e marcado a intensidade da dor numa escala visual analógica a cada 3 minutos. Dos 37 pacientes, 21 recebeu um esplinte de estabilização oclusal plano para uso noturno e 16 foram igualmente monitorados clinicamente sem o esplinte. Ao final de 8 semanas, uma segunda análise foi feita com repetidas mensurações para analisar o efeito do tratamento. Os dois grupos mostraram resultados relativamente altos de intensidade de dor e não mostrou nenhuma diferença significativa entre as variáveis e no fim do experimento, o grupo com o esplinte teve uma redução significativa na intensidade de dor, na sensibilidade dos músculos à palpação e na experiência de dor durante o teste de mastigação comparado com nenhuma mudança no controle. Enfim, o esplinte estabilizador tem um valor terapêutico por seu efeito placebo, mas ele deve ser parte das modalidades de tratamento para pacientes com MFP.

Autor (a): Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Transtornos da articulação temporomandibular; Dor miofascial; Esplinte; Maloclusão.

FUKUI, T.; TSURUTA, M. Invisible treatment of class III female adult patient with severe crowding and cross-bite. **J Orthodon**, Manchester, v. 29, n. 4, p. 267-275, Dec. 2002.

O artigo mostra o tratamento de uma mulher adulta de 24 anos e 9 meses com Classe III severa e apinhamento tratada com ortodontia lingual e sem cirurgia. A paciente apresentava um perfil côncavo com retrognatia maxilar e como ela queria um tratamento com aparelho invisível, foram usados os brackets na lingual. Os objetivos do tratamento foram: corrigir a mordida cruzada anterior e posterior, resolver o apinhamento anterior, corrigir a discrepância na linha média no arco dental inferior, reduzir a protrusão no lábio inferior e melhorar o perfil de tecido mole, e restabelecer a relação molar classe I. O arco lingual soltado com duas molas corrigiu a mordida cruzada anterior em 4 meses. Um aparelho de brackets multi-lingual foi colado na face lingual dos dentes e depois de tratar a linha média na mandíbula, o segundo pré-molar foi extraído. Elásticos verticais foram utilizados para atingir a intercuspidação. A inclinação lingual dos incisivos inferiores ajudaram a reposição do lábio inferior e melhorou o perfil estético da face. O período total de tratamento foi de 32 meses e uma placa de Hawley foi utilizada após a retirada do aparelho, nesse período de pós-tratamento, a oclusão e perfil facial foram mantidos.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Ortodontia; Braquetes ortodônticos; Maloclusão de Angle Classe III.

KIM, S.-H.; PARK, Y.-G. Prevention of quad helix soft- tissue irritation. **J Clin Orthodon**, Boulder, v. 36, n. 6, p. 329-330, June 2002.

O aparelho quadri-hélice é uma modificação do arco em “W” desenvolvido por Coffin, e é usado para expansão da maxila, reforço de ancoragem, correção da mordida cruzada unilateral. O tipo removível tem vantagens sobre o fixo, incluindo a fácil ativação. Seu arco lingual deve ficar 1 a 1,5 mm longe do tecido mole do palato, mas a flexibilidade de seu longo braço anterior pode tentar as crianças a manipulá-lo, podendo gerar distorções no fio e podendo causar irritação na mucosa. Isso pode ser prevenido com alguns métodos: construir o aparelho quadri-hélice com fio 0.9 sobre o modelo; cortar 7 cm do fio 0,25 (fio de ligadura), passá-lo por dentro do elástico circular e enrolá-lo levemente; passar o elástico no braço anterior do aparelho até pouco antes do primeiro molar com banda; passa o fio de ligadura pelo ponto de contato e fixa-o na vestibular, se o paciente tem bracket na vestibular, fixa-o nele.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Aparelho quadri-hélice; Ortodontia preventiva.

HORIUCHI, M. et al. Toothbrushing promotes gingival fibroblast proliferation more effectively than removal of dental plaque. **J Clin Periodontol**, New York, v. 29, n. 9, p. 791-795, Sept. 2002.

A remoção da placa dental é um elemento essencial para o tratamento periodontal. No entanto, ainda tem sido estudado os efeitos da estimulação causada pela escovação dentária sobre o mecanismo de defesa da gengiva. O presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da escovação sobre a proliferação dos fibroblastos da gengiva de cachorros, que ajudam no reparo após um processo inflamatório comparando com o efeito da remoção da placa sem escovação. A boca de seis cachorros de raça mista foram divididas em quatro quadrantes: dois para escovação diária e dois para remoção diária de placa com cureta. Depois de 1, 3 e 5 semanas de tratamento, foi feita uma análise histométrica para avaliar a infiltração de células inflamatórias, de fibroblastos PCNA (proliferating cell nuclear antigen)-positivo, fibroblasto procolágeno tipo I- positivo no tecido conectivo subepitelial do epitélio juncional. A escovação aumentou o número de fibroblastos PCNA-positivos na primeira semana, de fibroblasto procolágeno tipo I- positivo na quinta semana e reduziu a infiltração de células inflamatórias na terceira semana. Portanto, os fibroblastos começam a se proliferar dentro de uma semana e a divisão desta célula resulta num aumento do número deles na terceira semana. Leva-se cinco semanas para que sejam detectadas diferenças na síntese de colágeno após a escovação e a remoção de placa.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Gengivite; Procolágeno tipo I; Antígeno de núcleo celular.

CARDENAS-DUQUE, L.M.; YOSHIDA,; GOTO, G. Pupal response to different pulp capping methods after pulp exposure by air abrasion. **J Clin Pediatr Dent**, Birmingham, v. 26, n. 3, p. 269-273, Spring 2002.

A abrasão pelo ar é uma técnica que vem recuperando certa popularidade especialmente na área de odontopediatria por causa de sua facilidade de uso e vantagens. Essa técnica corresponde ao uso de energia cinética para liberar partícula de óxido de alumínio com certa pressão para cortar estrutura dental, mas há o risco de exposição pulpar. O objetivo desse trabalho foi analisar a resposta pulpar após uma exposição pela abrasão pelo ar e avaliar o poder de cura após usar o Ca(OH)₂ ou o Liner Bond II como agente capeador. Foram utilizados 216 dentes de cães, e esses divididos em três grupos: A-exposição pulpar com abrasão pelo ar e selamento da cavidade com Liner Bond II, B-exposição pulpar com abrasão pelo ar e capeamento com Ca(OH)₂, C-exposição pulpar com alta rotação seguida de abrasão pelo ar e capeamento com Ca(OH)₂ como grupo controle. Os animais foram sacrificados após 7, 17, 30 e 60 dias e foi feita uma avaliação histológica. Observou-se que rapidamente ocorreu diferença entre os grupos na reação inflamatória próxima à exposição. Quando acabou o tempo, a inflamação foi resolvida no tecido pulpar, entretanto, a camada de odontoblastos e a ponte de dentina formada teve diferenças estatisticamente significantes em todos grupos e nos diferentes períodos. Ocorreu melhor resposta após 30 dias. Concluiu-se que a formação de ponte de dentina pode ocorrer tanto com o uso de Ca(OH)₂ quanto com Liner Bond II como agente capeador com adequado selamento, entretanto, a formação é mais demorada quando usa o Liner Bond II.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Capeamento da polpa dentária; Liner Bond II; Abrasão dentária.

SARMENT, D.P. Guidelines for periodontal prostheses serve esthetic and functional demands. A case report. **Quintessence Int**, Illinois, v. 33, n. 7, p. 489-495, July/Aug. 2002.

O avanço na odontologia estética tem permitido ao profissional fazer restaurações intra e extra-coronárias, coroas, próteses fixas, implantes e manuseio de tecidos moles. As regras básicas de periodontia e prótese têm sido definidas para especificamente endereçar reconstruções dentais após doença periodontal moderada ou avançada. Mais recentemente, técnicas e materiais específicos têm contribuído para o aumento de paciente que procura por estética. Entretanto, o plano de tratamento para atingir resultados adequados para pacientes com periodontite avançada, deve-se envolver um tratamento multidisciplinar. O caso clínico e a revisão de literatura apresentados nesse trabalho nos mostram que as regras básicas originais de periodontia e prótese não só são necessárias hoje para obter resultados estéticos, como também para o entendimento da fisiologia maxilomandibular.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Estética dentária; Doenças periodontais; Prótese dentária.

LANGE, B. et al. Improving the oral hygiene of institutionalized mentally retarded clients. **J Dent Hyg**, Illinois, v. 74, n. 3, p. 205-209, Summer 2000.

A qualidade dos cuidados de higiene oral de pessoas com retardo mental tem sido reportado na literatura com sendo menor que nas normais. Esse trabalho foi feito na Instituição Midwest para pessoas com desenvolvimento mental retardado e objetiva determinar se uma mudança na conduta seguida de um treinamento por uma equipe e monitoramento por um terceiro melhoraria a higiene oral em pacientes que vivem internados. Foram desenvolvidos métodos padrões para treinar a equipe que ensinariam as técnicas escovação aos pacientes e três unidades foram selecionadas para o estudo: controle, treinamento mais monitoramento (grupo experimental I) e treinamento sem monitoramento (grupo experimental I). A equipe responsável pelo grupo controle não foi treinada. Um higienista dental visitou periodicamente as unidades para avaliar e providenciar o feed-back nos índices de placa obtidos pela equipe que cuidou de cada grupo. Os índices de placa do grupo I mostrou significante melhora em relação aos grupos II e controle. Os resultados deste estudo piloto suportou os outros achados de altos índices de placa em residentes com retardo mental e que a modificação na escovação dentária não é tão crítica para a melhoria da higiene oral dos pacientes quanto a presença de uma terceira pessoa interessada envolvida nisso.

Autor (a) do resumo: Elizandra Paccola Moretto.

Unitermos: Pacientes institucionalizados; Retardo mental; Higiene bucal.

BRYAN, R. A. E. The success of inhalation sedation for comprehensive dental care within the community dental service. *Int J Paediatr Dent*, Ruislip, v. 12, n. 6, p. 410-414, Nov. 2002.

Avaliou-se os resultados obtidos após tratamento odontopediátrico sob sedação com óxido nitroso, os quais foram relacionados com a idade do paciente, experiência do operador e experiência passada de tratamento odontológico. Objetivou-se provar informações sobre o uso de tal método sedativo e avaliar a necessidade de treinamento prévio para aplicar a técnica. Para isso, examinou-se a história clínica de 211 crianças tratadas sob sedação com óxido nitroso, por 8 profissionais, durante um período de 3 meses. Foram analisados os detalhes pessoais e a experiência passada de cada paciente. A partir do tratamento planejado, observou-se os resultados obtidos. 83,9% dos tratamentos planejados foram completados com sucesso. 7,5% dos pacientes abandonaram o tratamento. 4,7% dos tratamentos tiveram que sofrer algum tipo de modificação em relação ao planejamento inicial. 4,7% dos pacientes falharam no retorno do tratamento para a finalização do trabalho. 18,5% das crianças já tinham recebido tratamento dental sob anestesia geral, 27,5% já tinham sofrido sedação com óxido nitroso e 5,2% nunca não tinham recebido tratamento odontológico. Das crianças que não obtiveram sucesso no tratamento, 50% tinham menos de 7 anos e 31,3% já tinham sofrido anestesia geral. Não observou-se relação entre sucesso de tratamento e experiência profissional. O estudo foi capaz de provar que a sedação através da inalação de óxido nitroso é um método eficaz para ser associado no manejo de crianças sob tratamento dentário.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Sedação consciente; Óxido nitroso.

RANALLI, D. N. Prevention of sports-related traumatic dental injuries. **Dent Clin North Am**, Pittsburg, v. 44, n. 1, p. 35-51, Jan. 2000.

O esporte visa proporcionar o bem estar físico e mental do atleta. Porém, certas vezes a integridade física do esportista pode ser colocada em risco. Assim, o uso correto de equipamentos de proteção minimiza a ocorrência de certos tipos de lesões. Dentre estes equipamentos, destacam-se os protetores bucais, utilizados para proteger os lábios e tecidos moles da boca de lacerações e hematomas; proteger os dentes de possíveis fraturas; proteger a mandíbula e maxila de fraturas e deslocamentos; oferecer suporte às áreas edêntulas. Há três tipos de protetores: o de estoque, comprado em lojas de artigos esportivos. Estes oferecem menor retenção, conforto e proteção, visto que são feitos de tamanho padrão e dificilmente se adaptam adequadamente à boca do atleta; o protetor pré-fabricado, feito de um material termoplástico, o qual é plastificado e moldado na boca pelo próprio atleta. Este pode oferecer uma retenção um pouco melhor que o anterior, mas ainda não é bem indicado visto que o atleta não sabe a forma correta pela qual ele deve exercer a moldagem, podendo comprometer a espessura e forma adequada do protetor; o protetor feito sob medida pelo dentista é o mais indicado. Este é confeccionado a partir de um molde da boca do atleta, feito pelo cirurgião dentista, que o envia a um técnico para que este confeccione um protetor exclusivamente para aquele atleta, proporcionando a adaptação e retenção adequada, sendo mais eficiente na prevenção dos danos físicos provocados pelo esporte.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Prevenção; Odontologia esportiva; Injúrias orofaciais.

TAYLOR, G. W. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. **Ann Periodontol**, Michigan, v. 6, n. 1, p. 99-112, Dec. 2001.

Propôs-se avaliar a evidência da relação bidirecional entre diabetes e doença periodontal. Foi feita uma pesquisa sobre os artigos publicados depois de 1960 que abordavam essa inter-relação. Publicações comparando a saúde periodontal em indivíduos com ou sem diabetes também foram incluídos. Uma revisão dos efeitos da infecção periodontal no controle glicêmico também foi realizada através de estudos sobre o tratamento periodontal com acompanhamento dos casos nos quais o controle glicêmico poderia ser avaliado. Através desta análise, observou-se que uma maior prevalência, severidade, extensão ou progressão da doença periodontal foi observada na grande maioria dos estudos que envolviam essa condição bucal com o diabetes mellitus. Além disso, não haviam estudos com comprovações suficientes que pudessem refutar essa afirmação. Os estudos continham evidências para suportar a hipótese de que a infecção periodontal pode prejudicar o controle metabólico do diabético. Nem todos os estudos analisados reportaram benefícios do tratamento mecânico periodontal para o controle glicêmico, porém estudos que associavam a antibiótico-terapia à terapia mecânica, observaram uma melhora no controle glicêmico dos diabéticos estudados. As evidências sustentam a idéia de que a doença periodontal e o diabetes mellitus possuem uma inter-relação bidirecional.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Diabetes mellitus; Doenças periodontais/epidemiologia.

ALI, D. A. et al. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. **J Am Dent Assoc**, Washington, v. 133, n. 6, p. 734-737, June 2002.

O refluxo gastroesofágico é um distúrbio relativamente comum na população, na qual ácidos provindos do estômago refluem pelo esôfago e chegam à cavidade oral, resultando em erosão do esmalte dentário. Sintomas como vômitos, gosto ácido inexplicado e azia geralmente alertam o paciente para tal condição sistêmica. Porém pode se ter casos em que esses sintomas não são observados. Neste caso, a erosão do esmalte dentário, principalmente nos dentes posteriores, pode ser a primeira indicação da ocorrência de refluxo gastroesofágico. Relata-se o caso clínico de um homem de 30 anos, o qual possuía erosão dentária na oclusal dos dentes posteriores e na face lingual dos dentes anteriores superiores e não relatava história de refluxo gastroesofágico ou azia. Ao realizar exames, detectou-se a presença de refluxo gastroesofágico “silencioso”. A erosão do esmalte pode ser um sinal deste distúrbio sistêmico, o qual permite o dentista de suspeitar do diagnóstico. Um encaminhamento a um médico especialista é necessário para se obter o diagnóstico conclusivo. Porém, é necessário ter perícia para diferenciar diferentes diagnósticos, como bulimia, atrição ou abrasão. O sucesso no tratamento desta condição médica é necessária antes da realização de uma reabilitação oral.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Erosão de dente; Refluxo gastroesofágico.

MEECHAN, J. G. et al. Effect of dental local anaesthetics in cardiac transplant recipients. **Br Dent J**, Newcastle, v. 192, n. 3, p. 161-163, Feb. 2002.

Corações transplantados têm maior susceptibilidade ao efeito de catecolaminas circulantes. Avaliou-se o efeito hemodinâmico da anestesia local contendo adrenalina (1:80.000) em pacientes com o coração transplantado. Um estudo clínico envolvendo 30 pacientes (20 transplantados e 10 não transplantados), os quais precisariam ser submetidos a algum tipo de cirurgia oral. Dos pacientes transplantados, dez receberam solução anestésica de lidocaína com adrenalina, dez receberam solução de prilocaína com felipressina e os dez pacientes não transplantados também receberam solução anestésica de lidocaína com adrenalina. Logo após a injeção do anestésico não se observou mudança na frequência cardíaca nos três grupos. Porém, pacientes transplantados apresentaram um aumento significativo na frequência cardíaca dez minutos após a injeção do anestésico contendo adrenalina quando comparados aos pacientes não transplantados ou aos pacientes transplantados que receberam anestésico sem adrenalina. Não foi observada diferença significativa nos níveis de pressão sanguínea dos três grupos. Mostrou-se que a resposta cardiovascular à anestesia local em pacientes transplantados é determinada pela solução anestésica. E soluções sem adrenalina devem ser preferivelmente indicadas para anestesia local em pacientes transplantados.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Anestesia local; Adrenalina; Cardiopatias.

PINTO A.; GLICK M. Management of patients with thyroid disease: oral health considerations. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 133, n. 7, p. 849-858, July 2002.

Os hormônios produzidos pela glândula tireóide desempenham um importante papel na regulação do crescimento e no desenvolvimento de funções metabólicas. E problemas na tireóide são incluídos num grupo de condições que podem afetar o tratamento dental. Pacientes com hipotireoidismo apresentam susceptibilidade aumentada para ter infecções e pacientes com hipertireoidismo podem apresentar susceptibilidade aumentada para desenvolver processos de cárie, doença periodontal, osteoporose mandibular e maxilar, erupção dental acelerada e síndrome da boca ardente. Além disso, alguns efeitos colaterais podem ser observados como consequência dos medicamentos administrados para se obter o controle hormonal. Pacientes com hipertireoidismo tem grau de ansiedade aumentado, e devido a isso, um estresse pode levar o paciente a uma crise tireotóxica (como por exemplo, em uma cirurgia). Nesses casos, algumas modificações no procedimento do tratamento, podem ser necessárias. A anestesia com adrenalina, por exemplo, é contra indicada. Para tratar esses pacientes é necessário conhecer as condições patológicas, sinais e sintomas causados pela doença, pois o cirurgião dentista também pode desempenhar o papel de diagnosticar a doença em pacientes que são portadores de tal, mas que ainda não têm conhecimento do fato. Procurar reduzir o estresse causado pelos procedimentos, conhecer os efeitos colaterais das drogas e estar atento para o aparecimento de sinais e sintomas de toxicidade hormonal estão entre as requisitos que os cirurgiões dentistas devem ter perante um paciente durante o tratamento.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Distúrbios; Glândula tireóide; Saúde bucal.

MOJON, P. Oral health and respiratory infection. **J Can Dent Assoc**, Montreal, v. 68, n. 6, p. 340-345, June 2002.

A cavidade oral tem sido considerada como um potente reservatório de patógenos respiratórios. Os mecanismos de infecção do trato respiratório pode ser através da aspiração, pelo pulmão, de patógenos orais capazes de causar pneumonias, através da colonização da placa dental por patógenos respiratórios seguida pela aspiração destes ou também pela facilitação, por patógenos periodontais, de se colonizar as vias aéreas superiores. Muitas bactérias anaeróbicas têm sido isoladas em pulmões infectados. Em pacientes com doenças inflamatórias crônicas, sob tratamento, é freqüente a colonização da placa bacteriana por patógenos pulmonares. Notavelmente, a reação do processo inflamatório que leva à destruição do tecido conjuntivo é observada tanto na doença periodontal quanto no enfisema pulmonar. Essa reação semelhante pode explicar a associação entre doenças periodontais e doenças pulmonares crônicas obstrutivas, consideradas como o quarto fator que mais causa morte nos EUA. Os achados mostram a necessidade de melhorar o padrão de higiene oral em pacientes que apresentam maior risco de desenvolverem doenças respiratórias.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Doenças periodontais; Pneumonia; Aspiração; Epidemiologia.

KLASSEN, J. T.; KRASKO, B. M. The dental health status of dialysis patients. *J Can Dent Assoc*, Montreal, v. 68, n. 1, p. 34-38, Jan. 2002.

O número de pacientes com problemas renais vem crescendo anualmente. O tratamento dentário para estes pacientes pode ser complexo, pois estes são mais predispostos a desenvolverem doenças periodontais, necrose pulpar, anormalidades no esmalte, perda prematura dos dentes e xerostomia. Por isso a importância de se conhecer tal condição do paciente quando este estiver sob tratamento. Um questionário e um exame oral não invasivo foram realizados em pacientes que sofrem algum tipo de diálise por possuir falha renal. A história médica, assim como a história de presença de outras doenças sistêmicas foram também avaliadas. Através desta análise, observou-se que a mobilidade dentária é elevada nestes tipos de pacientes, assim como uma maior prevalência de fraturas, erosão e atrição dentária. Observou-se também maior incidência de gengivite e presença de placa bacteriana. A maioria dos dentistas destes pacientes não sabia que eles tinham problemas renais, mas estes devem se preocupar em saber se o paciente está sob esta condição, visto que algumas precauções devem ser tomadas mediante um tratamento de um paciente com falha renal. A maioria dos pacientes que sofrem diálise também é hipertensa, sendo assim, deve ter cuidado em escolher um anestésico com quantidade reduzida de vasoconstrictor. Além disso, esses pacientes também podem apresentar falha na agregação plaquetária e dificuldades na recuperação de procedimentos mais invasivos, como cirurgias.

Autor (a) do resumo: Guilherme Ferreira Bibiano Silva.

Unitermos: Doenças crônicas; Doença renal; Efeitos colaterais.

BAISHI, T. J.; WOLFINGER, G. J. Dental implants in the diabetic patient: a retrospective study. **Implant Dent**, Baltimore, v. 8, n. 4, p. 355-359, June/Dec. 1999.

Com a evolução dos implantes dentários e o crescente interesse da população por tal recurso cirúrgico, observou-se a importância de verificar se os pacientes diabéticos estariam aptos para receber implantes e se estes desenvolveriam uma osteointegração satisfatória. A diabetes mellitus é uma síndrome complexa que a cavidade oral se associa a xerostomia, aumento de níveis salivares de glicose, com aumento de incidência de cárie. Realizou-se uma pesquisa em 34 pessoas (17 mulheres e 17 homens) que receberam 227 implantes do Sistema de Implantes Branemark, com idades entre 34 e 79 anos. Todos os pacientes receberam antibióticoterapia de largo espectro durante 10 dias antes da cirurgia e aconselhamento para manterem um controle da doença. Dentre abril de 1987 e maio de 1998, observou-se sucesso de osteointegração em 214 implantes (94,3%). Dos trezes mal sucedidos, um foi devido a bruxismo, ou seja, sobrecarga da prótese, três que tiveram insucesso foram feitos com carga imediata e o restante teve-se uma osteointegração insatisfatória. Concluiu-se que o uso de implantes dentários em diabéticos pode ser utilizado, porém estes pacientes devem estar com a doença sob controle e submeterem a tratamento com antibióticos de largo espectro, diminuindo a porcentagem de insucessos.

Autor (a) do resumo: Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Implantes dentários; Diabetes mellitus.

BONI, R.C.; ALMEIDA, R.C.; DEGAN, V.V. Utilização do método de esclarecimento para remoção de hábito de sucção de chupetas e/ou mamadeiras. **J Orthop Orthodon Pediatric Dent**, St. Louis, v. 34, n. 2, p. 11-16, Dec. 2000.

O trabalho teve como objetivo demonstrar um método de remoção do hábito de sucção de chupetas e/ou mamadeira, através do Método de Esclarecimento. Foi analisadas 30 crianças de 4 a 6 anos, de ambos os sexos, da região de Limeira, onde foi realizado um questionário para os pais no início e após 45 dias da eliminação do hábito. A análise foi feita através de uma avaliação cefalométrica, tomando como parâmetro o ângulo interincisivos, o trespasse vertical e o trespasse horizontal, verificou-se alteração estatística significativa para todas as medidas (9,1° no ângulo interincisivos, 2mm no trespasse vertical e 0,6mm no trespasse horizontal). Observou-se que houve uma diminuição e até um fechamento da mordida aberta anterior através do Método de Esclarecimento. Por tanto, conclui-se que o hábito de sucção de chupetas e/ou mamadeiras pode ser removido sem o uso de aparelhos ortodônticos.

Autor (a) do resumo: Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Hábitos; Cuidado do lactente; Mordida aberta

SCHWARTZ-ARAD, D. et al., A. Smoking and complications of endosseous dental implants. *J Periodontol.*, Indianápolis, v. 73, n. 2, p. 153-157, Feb. 2002.

Com aumento de cirurgias para colocação de implantes dentários, observou-se a necessidade de estudos mais profundos, quando relacionados a pacientes fumantes, visto a comprovação da sua influência no aumento de acúmulo de placa, elevação da incidência de gengivite e periodontite, aumento da taxa de perda dentária e aumento de reabsorção de rebordo alveolar. Neste estudo comparou-se a incidência de complicações e taxa de sobrevivência dos implantes dentários entre fumantes e não fumantes. Foram fixados 959 implantes em 261 pessoas durante 1995 a 1998. Os pacientes foram divididos em três grupos: não fumantes, fumantes leves (até 10 cigarros por dia), fumantes pesados (mais de 10 cigarros por dia); entre os fumantes obteve-se 2 subgrupos de acordo com a duração de que o paciente fuma. As complicações foram classificadas como: menor (exposição espontânea do implante), maior (exposição espontânea do implante com necessidade de intervenção cirúrgica) e perda do implante. Complicações menores e maiores foram em maior porcentagem em fumantes (46%) do que em não fumantes (31%). Em relação a casos de implantes imediatos e implantes de demora (pelo menos três meses após extração dos dentes), relatou-se um maior número de complicações entre fumantes (47%) comparado aos não fumantes (34%) quando imediato. Conclui-se que uma relação entre complicações dos implantes e fumantes, devido a uma alta incidência de complicações encontrada no grupo fumante, especialmente os que receberam implantes com alto revestimento dos parafusos. Então, com a redução ou limitação dos hábitos de fumo haverá uma diminuição das complicações dos implantes dentários.

Autor (a) do resumo: Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Implantes dentários; Fumantes; Reabsorção óssea.

FUKAYAMA, H.; SUZUKI, N.; UMINO, M. Comparison of topical anesthesia of 20% benzocaine and 60% lidocaine gel. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, Saint Louis, n. 2, v. 94, p. 157-161, Aug. 2002.

O objetivo desse estudo foi determinar a eficácia de 2 anestésicos tópicos muito usado pelos dentistas. Utilizaram-se 20 homens voluntários que receberam na mucosa dos ápices dos incisivos superiores por 20 minutos com benzocaina 20% ou sem aplicação de nada, como controle. A segunda parte da experiência foi feita com o uso de lidocaina 60% na forma de gel. Três métodos de estimulação foram dados, mensurou-se o grau de dor e a expressão visual após cada estimulação. Quando analisada a benzocaina 20% não observou-se alteração significativa quanto a percepção de dor quando medido pelo grau de dor e a expressão visual após os três métodos de estimulação. Já a lidocaina 60% foi significativa a redução da percepção de dor de acordo com as medidas. Pode se concluir que a lidocaina 60% gel é mais eficiente anestésico tópico antes das anestésias infiltrativas.

Autor (a) do resumo : Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Anestesia dentária; Dor; Lidocaina.

CEBALLOS, L. et. al Bonding to Er-YAG-laser treated dentin. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 2, p. 119-127, Feb. 2002

O laser de irradiação Er-YAG tem sido testado para promover propriedades adesivas da dentina. A hipótese do estudo é que a adesão da dentina é afetada pelo condicionamento com laser Er-YAG. A dentina superficial e profunda de molares humanos foram divididos em grupos: a) ataque ácido com H₃PO₄ 35%; b) irradiado com laser Er-YAG (KaVo), de 2Hz e 180mJ, com refrigeração a água; c) aplicação de ácido e laser. Single Bond (3M ESPE) e Z100 (3M ESPE) foram utilizados para preparar as superfícies. Os espécimes foram testados ao cisalhamento de fratura. As interfaces foram desmineralizadas com EDTA e analisados por microscópio eletrônico de transmissão. O grupo que sofreu somente o ataque ácido obteve um valor de força de cisalhamento significativamente maior do que aqueles condicionados só com laser ou com a combinação do ataque ácido e do laser. O laser Er-YAG criou uma camada modificada por laser que obteve efeitos adversos de adesão a dentina, então não constitui uma alternativa de força de adesão quando comparada ao ataque ácido convencional.

Autor (a) do resumo : Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Ataque ácido dentário/ultraestrutura; Força de cisalhamento.

NICOLAU, P. et al. Fixadores para próteses removíveis: quais, como e quando utilizar? **Rev Amelo**, Coimbra, v. 7, n. 2, p. 18-22, jun./ago. 2000.

Na literatura há divergência entre o uso ou não desses materiais, existem autores que não concordam com sua utilização, pois poderia alterar no controle neuromuscular e aumentar a reabsorção do rebordo, porém o objetivo do artigo seria esclarecer aos profissionais sobre a existência desses materiais e como utilizá-los. Estes produtos aumentam a retenção devida a propriedades adesivas e coesivas da película da saliva existente entre a base da prótese e a mucosa. Existem dois tipos de fixadores, os sintéticos e a base de gomas vegetais (goma de acácia e de Karaya, que não existe no mercado), sendo as gomas menos eficientes e desaconselháveis pelas reações alérgicas e efeitos secundários (dor epigástrica, náuseas e vômitos). Apresenta-se na forma de pó, líquido, cremes e almofadas (não recomendadas, pois só “camuflam” o desajuste da prótese e aumentam a reabsorção óssea). O pó é espalhado em toda superfície umedecida da prótese, o líquido é colocado no centro em uma gota e o creme é colocado em pequenos pontos distante de 0,5cm um do outro, ou em pequenas tiras. A remoção do produto é feita com escovação vigorosa com água morna, nos tecidos de suporte deve-se fazer uma compressa com água quente, evitando a formação de manchas ou pigmentos e aderência de placa bacteriana.

Autor (a) do resumo : Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Prótese parcial removível; Fixadores; Reabsorção óssea.

SOUZA, A. P.; LINE, S. R. P. The biology of matrix metalloproteinases. **Rev Fac Odontol Bauru**, Bauru, v. 10, n. 1, p. 1-6, jan./mar. 2002.

As metaloproteínas da matriz são uma importante família das endopeptidases dependente de zinco, que mediam a degradação da matriz extracelular. Essas enzimas têm sua aplicação nos processos patológicos orais como as destruições do tecido periodontal, invasão tumoral e das disfunções temporomandibulares. Neste trabalho realizou-se uma revisão dos aspectos gerais da metaloproteínase da matriz, e discuti as regras das enzimas na fisiologia normal e patológica, com ênfase no envolvimento oral.

Autor (a) do resumo : Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Metaloproteínas da matriz; Mucosa bucal; Doenças periodontais

TESTORI, T. et al. Immediate loading of osseointegrated implants: a case report and histologic after 4 months of occlusal loading. **Int J Periodont Rest Dent**, Chicago, v. 21, n. 5, p. 451-459, Oct. 2001.

O crescente número de relatos clínicos mostra que as cargas imediatas de implantes podem ser uma opção de tratamento, entretanto, estes estudos demonstram resultados de curto e médio prazo e sendo baseados somente em observações radiográficas e mobilidade clínica. Outros métodos são necessários para detectar a possível presença de interposição de um fino tecido fibroso que poderia diminuir o tempo de vida dos implantes e proporcionar a mobilidade dos implantes. A evolução histológica foi avaliada em dois implantes imediatos Osseointegrados retirados após 4 meses de função em um paciente. Ele recebeu um total de 12 implantes na mandíbula, dos quais 6 receberam carga imediata e 6 foram deixados submergidos. A osseointegração foi observada tanto clinicamente quanto histologicamente nos 2 implantes retirados que receberam carga imediata. A osteogênese e a remodelação óssea na superfície do Osseointegrado não foi observada nos implantes de carga imediata, como foi mostrado na evolução histomorfométrica, o qual revelou um alto nível de contato osso-implante de 75% a 85%. Apesar do sucesso, em relação a osseointegração dos implantes de carga imediata, há necessidade de estudos clínicos de longo tempo e histológicos antes de introduzir um protocolo de carga imediata como um procedimento de rotina.

Autor (a) do resumo : Jefferson Tomio Sanada.

Unitermos: Implantes dentários; Carga imediata; Histologia.

PRINCEL, J. R. et al. Maxillomandibular advancement surgery for obstructive sleep apnea syndrome. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 33 n. 11, p. 1489-1497, Nov.2002.

A síndrome da apnea obstrutiva do sono é uma desordem que exige tratamento médico, a qual afeta 18 milhões de pessoas nos EUA, sendo mais comum em homens. Como consequência, o paciente, que não consegue repousar, apresenta os seguintes sintomas: hipersonolência, perda de memória, irritabilidade, baixo desempenho sexual e dificuldade de se concentrar. A apnea obstrutiva do sono tende a piorar progressivamente com a idade e também com o ganho de peso, podendo resultar em hipertensão, enfarte do miocárdio e outros problemas. Um desses exames é a polissonografia, em que o sono do paciente é acompanhado, e pode-se verificar a gravidade da apnea de acordo com o tempo que o paciente fica sem receber novo fluxo de oxigênio. Nesse período, a taxa de oxihemoglobina no sangue do paciente pode cair muito. A apnea é confirmada quando o bloqueio da passagem do ar dura pelo menos 10 segundos. A cirurgia maxilomandibular avançada é uma das formas de tratamento que pode ser aplicada em alguns casos de apnea, e se propõe a ampliar e estabilizar a área de passagem do ar na velofaringe. A cirurgia maxilomandibular pode atuar numa área específica ou numa região. Ainda assim, pode ser considerada uma das técnicas cirúrgicas mais seguras para o tratamento da apnea, pois é feita sem usar a faringe como via de acesso, oferecendo, assim, menos riscos de um edema pós-operatório bem como de provocar disfunções faríngeas. O diagnóstico, a seleção e aplicação do tratamento da apnea obstrutiva do sono são tarefas que devem envolver uma equipe multidisciplinar, incluindo o trabalho conjunto do dentista e do médico fisiatra. O dentista que se interessar em atuar junto a casos de apnea deve ter conhecimentos básicos de fisiologia e medicina do sono.

Autor (a) do resumo : Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Apnea; Sono; Cirurgia bucal.

ZAIN, R. B. et al. Oral mucosal lesions associated with betel quid, areca nut and tobacco chewing habits: consensus from a workshop held in Kuala Lumpur, Malaysia, November 25-27, 1996. **J Oral Pathol Med**, Munksgaard, v. 28, n. 1, p. 1-4, Jan. 1999.

Um workshop realizado em Kuala em 1996 propôs uma nova entidade clínica: a “betel quid liquenóide”. Essa seria uma lesão liquenóide associada ao uso habitual do betel quid. Quid é definido como uma substância ou mistura de substâncias usualmente colocadas na boca ou mascaradas e deixadas em contato com a mucosa, contendo um ou mais os ingredientes básicos do tabaco e/ou da noz de areca em matéria prima ou manufaturada. “Betel quid” seria um tipo específico de “quid” contendo betel, uma planta comum na Índia, cujos frutos ou folhas são mascarados com finalidade digestiva. O uso dessas substâncias já é muito popular em alguns países. O que preocupa os estudiosos é a relação que as lesões liquenóides associadas ao quid podem ter com lesões malignas, pré malignas, ou com condições cancerizáveis. Um fator positivo é que tais lesões podem regredir com a diminuição da frequência, duração ou mudança do lugar de depósito do quid.; e pode ocorrer completa regressão da lesão quando o hábito do quid é abandonado. Assim sendo, essas substâncias podem ser consideradas agentes etiológicos das lesões liquenóides. É importância que se diferencie tais lesões de uma lesão de líquen plano.

Autor (a) do resumo: Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Lesão liquenóide; Tabaco.

PRAETZEL, et al. Cárie oculta em dentes deciduos : relato de caso clínico. **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 10, nov/dez. 1999.

A doença cárie há séculos acomete o ser humano, e tem sido alvo de diversas teorias e discussões. Já na era medieval não só os adultos como também as crianças já eram afetados por essa doença nos mais diferentes graus. Os estudos feitos em torno desse assunto mostraram que a doença é causada por bactérias, as quais tem preferência por colonizar determinadas áreas dos dentes, as quais apresentam características anatômicas que favorecem o acúmulo de detritos alimentares, dos quais as bactérias se utilizam: as fissuras. Atualmente sabe-se que embora esse sítio seja o predileto das bactérias, não é na profundidade dos mesmos que a cárie se desenvolve, mas sim nas paredes laterais, próximas à entrada, onde é possível a higienização e a atuação de fluoretos. O dente decíduo apresenta maior complexidade anatômica, especialmente o segundo molar o que poderia favorecer o desenvolvimento da doença cárie. De acordo com fatores inerentes ao hospedeiro, tais como dieta, uso de flúor, e higienização, o padrão de ocorrência e a localização das lesões de cárie pode ser diferente. Nas últimas décadas os clínicos e a comunidade científica tem relatado a ocorrência de lesões oclusais imperceptíveis ao exame visual, e com evidente manifestação quando da execução da radiografia bitewing. Esse tipo de lesão cariiosa é conhecida como cárie oculta. Acredita-se que a ocorrência desse tipo de lesão deva-se à difusão de carboidratos da dieta através da estrutura do esmalte, os quais serviriam de substrato para a sobrevivência bacteriana nesse local; ou ainda ao fato do esmalte dentário ser mais resistente que a dentina ao ataque cariogênico; ou ainda a ação do flúor, remineralizando apenas as áreas mais superficiais do dente. Diante dessas lesões, ressalta-se a importância do exame radiográfico para um diagnóstico mais apurado e tratamento adequado, como também mostrou um caso clínico de cárie oculta no dente 75 de paciente com 5 anos de idade.

Autor (a) do resumo: Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Dente decíduo; Cárie dentária.

CRUSOE-REBELLO, I. R. M.; ARAÚJO, T. M.; LISBOA, J. A. A. Anquilose em dentes decíduos, **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 501-505, nov./dez. 2001.

A anquilose dentoalveolar é uma anomalia de irrupção dentária que consiste na união direta entre a raiz do dente e o osso, resultante da fusão do cemento ou dentina com o alvéolo. Pode ocorrer durante qualquer etapa do processo de esfoliação do dente. Diversos fatores etiológicos são considerados pela literatura, tais como: trauma oclusal, pressão de dentes adjacentes por falta de espaço, reimplante dentário, ausência do sucessor, infecção pulpar periapical, tratamento endodôntico, fatores genéticos, defeitos congênitos da membrana periodontal e distúrbios metabólicos locais. O tratamento depende do grau de anquilose, demonstrado pelo grau de infra-oclusão em que o dente está, devido à perda da mobilidade natural. O protocolo a ser seguido pode ser o seguinte: primeiro é necessário radiografia periapical da região para verificar se está presente o dente sucessor permanente. Se este estiver presente, deve ser avaliada a sua posição em relação ao eixo de irrupção. Quando a unidade sucessora estiver em estágio precoce de desenvolvimento, deve-se manter em altura a coroa clínica do dente decíduo de modo a restabelecer contatos adjacentes e antagonistas. A exodontia deve ser realizada quando o sucessor estiver próximo ao estágio normal de irrupção. Se o dente permanente ainda for demorar para irromper, o caso deve ser acompanhado e, se necessário, podem ser feitos aumentos sucessivos da coroa clínica do dente decíduo, fazendo com que ele atue como mantenedor de espaço, até que seja extraído. Quando o dente permanente estiver ausente, o predecessor anquilosado deve ser extraído e seu espaço preservado com mantenedores, a fim de que ocorra crescimento alveolar vertical e transversal que propicie futuras terapias protéticas ou implante. Nos poucos casos em que a anquilose ocorre num dente permanente, indica-se a terapia de luxação, tentando gerar formação de novo ligamento periodontal, embora nem sempre os resultados sejam positivos.

Autor (a) do resumo: Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Anquilose; Dente decíduo; Oclusão dentária.

CASATI, M. Z. Tratamento de retrações gengivais pela técnica de retalho semilunar posicionado coronariamente. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 172-175, maio/jun. 2001.

As próteses metalo-cerâmicas apesar de sua ampla indicação deixam a desejar em alguns pontos tais como: bordo metálico visível, zona de sombreamento na região cervical, pouca condução de luz devido à capa de bloqueio formada pelo metal, sobre contorno cervical e falhas na união entre metal e porcelana, ocasionando patologias do periodonto. A chegada de restaurações em porcelana como a In Ceram oferece boas perspectivas clínicas de não causar os mesmos problemas que as restaurações convencionais. Nessas restaurações o coping metálico é substituído pela coifa, que é um coping obtido com aplicação de suspensão de óxido de alumínio em grãos finíssimos, proporcionando alta biocompatibilidade e estabilidade suficiente. Além disso, esse material possui elevada resistência podendo ser empregado em próteses fixas anteriores ou posteriores de até três elementos. A seguir, será descrito um caso clínico de restauração com In Ceram. Em seguida foram confeccionadas provisórias com as quais ele ficou por seis meses para que pudesse ser verificada estética, fonética e relações intermaxilares. Feitos os ajustes necessários, iniciou-se a confecção das coroas definitivas superiores que seriam em In Ceram. A restauração In Ceram deve se apoiar na região cervical e incisal em quantidade uniforme e ideal, pois coroas desse tipo têm tolerância mais baixa a defeitos e erros no preparo que coroas convencionais, havendo riscos maiores de fraturas e propagação das fraturas. Após a prova desses elementos, os mesmos receberam aplicação de porcelana. Nova prova foi realizada na boca dos pacientes e, só então, foi dado o acabamento. Para coroas normais podem ser usados cimentos ionoméricos ou o Panavia 21. O resultado foi satisfatório, resolvendo o problema o problema funcional e estético do paciente e também facilitando a higienização da cavidade oral. Sendo assim, podemos concluir que In Ceram é uma importante alternativa para restauração de coroas, e por isso deve ser usada em nível clínico.

Autor (a) do resumo : Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Coroas; Ligas metalo-cerâmicas; Resistência de união.

DIAS, G. R. dos S. et al. Infiltração marginal em dentes decíduos restaurados com cimento de ionômero de vidro modificado por resina utilizando-se a técnica convencional ou um sistema adesivo. **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 10, p. 442-443, 1999.

O CIV é um material que foi desenvolvido na década de 70, apresentando algumas inovadoras propriedades favoráveis (como a adesão à dentina e esmalte e a liberação de fluoreto), mas com algumas características desfavoráveis, como a infiltração marginal marginal elevada, que é um dos maiores problemas na clínica odontológica. Sabendo-se que um CIV muito usado atualmente é o modificado por resina (possui 4,5% - 6% de resina), um estudo da faculdade de Odontologia da USP avaliou in vitro o grau de infiltração marginal com Vitremer em restaurações classe V, seguindo-se as recomendações do fabricante ou realizando-se o condicionamento com ácido fosfórico a 10% e aplicação de um sistema adesivo de quarta geração previamente a inserção do material restaurador. Foram selecionados 20 dentes decíduos anteriores, livres de cárie ou restaurações, esfoliados naturalmente. Armazenados em solução fisiológica à temperatura ambiente até o momento da realização do experimento. Após realizados preparos classe V em cada um dos dentes, o procedimento restaurador foi realizado de forma diferente para cada um dos dois grupos em que os dentes foram divididos. Em um grupo, seguiram-se as recomendações do fabricante, e no outro grupo realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico 10% e a aplicação de um adesivo de quarta geração. Após as restaurações os espécimes foram submetidos a um processo de ciclagem térmica, corados com azul de metileno, seccionados e analisados quanto ao grau de infiltração marginal na interface dente/restauração. Observou-se que os dois tipos de tratamento permitiram algum grau de penetração do traçador, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles.

Autor (a) do resumo : Jhanni Melissa de Jesus.

Unitermos: Cimento de ionômero de vidro; Infiltração dentária;

Adesivos dentinários.

PET INFORMA v. 15 n. 1/2 jan./dez. 2002

NICODEMO, D. ; NARESSI, W. G. O perfil do aluno de odontologia: do ingresso à sua graduação. **Rev Odonto Ciência**, São Paulo, v. 17, n. 36, p. 135-139, abr/jun. 2002.

Entre os profissionais da área de saúde e educação existe, atualmente, um interesse em que a postura dos profissionais não seja apenas tecnicista, mas que o homem seja tratado em sua íntegra. Isso implica em alterações curriculares, bem como na estrutura dos atuais cursos de odontologia. Entretanto, antes de colocar em prática tais mudanças, é importante conhecer qual o perfil do odontólogo, o que ele pretende e quais suas expectativas com relação ao curso, quais as suas inclinações. Trabalhos realizados nesse sentido anteriormente, mostraram que o aluno de odontologia é interessado nas áreas investigadora, realista e empreendedora. Outros trabalhos mostraram ainda que eles têm preferência pela manipulação de objetos e instrumentos, e que valoriza dinheiro, poder e “status”, sendo pouco habilidoso nas relações humanas. Visando conhecer o perfil do aluno e assim melhorar as relações docente/discente para melhor aproveitamento do curso, foi realizada uma pesquisa no campus da UNESP em São José dos Campos. Os resultados mostraram que a maioria dos alunos escolheu a profissão pela possibilidade de realização profissional e contribuição para a sociedade. Para os alunos o perfil de um bom cirurgião dentista é alguém com bom conhecimento técnico-científico, com habilidade manual e que se relacione bem com o paciente. O estudo concluiu que os alunos apresentam interesse por aspectos humanísticos, e que é importante que se continue investindo na sensibilidade social e pessoal desses futuros profissionais, a fim de que sejam formados profissionais com uma visão holística. Para isso é importante a atuação de disciplinas específicas, mas também que as disciplinas mais ligadas à técnica não sejam ministrada de forma desarticulada desses princípios.

Autor (a) do resumo: Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus.

Unitermos: Lasers; Cárie dentária; Irradiação.

FRIEDLANDER, A. H. et al. Bipolar I disorder: psychopathology, medical management and dental implications. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 133, n. 9, p.1209-1217, Sept. 2002.

O transtorno bipolar é uma doença caracterizada por oscilações de humores extremos. Esse distúrbio já foi chamado de doença maniaco-depressiva. A mania é acompanhada por euforia, sentimento de grandeza, sensação de que os pensamentos estão passando muito rapidamente e ausência de introspecção. A depressão se caracteriza por tristeza ou perda de interesse pelas atividades diárias. A imprevisível alteração de humor que aflige a pessoa pode prejudicar suas funções sociais e sua qualidade de vida. As fases depressivas estão associadas ao abuso de determinadas substâncias e risco de suicídio. A prevalência de doença dentária nesses pacientes é alta, uma vez que em meio a tantas alterações psicológicas eles têm uma pobre higiene bucal. Além disso, esses pacientes fazem uso de medicamentos atropínicos, e por isso sofrem de xerostomia. Educação preventiva, prescrição de saliva artificial e uso de agentes anti-cárie estão indicados no tratamento odontológico dos pacientes acometidos por desordem bipolar. O cirurgião dentista deve também ter um cuidado especial na hora de receitar a esses pacientes antibióticos, analgésicos e sedativos, a fim de evitar interações medicamentosas indesejáveis com os medicamentos psiquiátricos.

Autor (a) do resumo : Jhanni Melissa de Jesus.

Unitermos: Transtorno bipolar.

ARTZI, Z.; TAL, H.; DAYAN, D. Porous bovine bone mineral in healing of human extraction sockets. Part 1: histomorphometric evaluation at 9 months. **J Periodontol**, v. 71, n. 6, p. 1015-1023, Feb. 2001.

As necessidades estéticas e funcionais cada vez mais exigidas pela sociedade refletem numa maior expectativas relacionadas ao emprego de técnicas conservadoras. Poucas semanas seguidas das extrações dentárias são suficientes para a redução do volume do rebordo alveolar, principalmente na região anterior da maxila, minimizando as possibilidades de sucessos dos implantes. O alvéolo pós-extração possui características específicas de cicatrização. Para a preservação de sua altura e inserção do implante, técnicas de regeneração tecidual guiada (GTR) podem ser empregadas, além de outras técnicas como enxerto autógeno e substitutos ósseos (alogenicos, xenogenicos ou aloplásticos), que tem sido utilizados freqüentemente. Muitos estudos comprovam efeitos dos diferentes matérias, além dos benefícios que cada um pode levar. Neste estudo foi avaliado a diferenciação celular no alvéolo, submetido à inserção de osso bovino medular inorgânico em grânulos. Após meses obteve-se a biópsia para inserção do pino de implante. Essa avaliação mostrou que o material em partículas é apropriado biologicamente, além de prover suporte para a neoformação local, minimizando as possibilidades de reabsorção e perda da altura do rebordo alveolar. Porém, devem ser empregados estudos histoquímicos para analisar a o mecanismo de absorção do material.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Regeneração óssea; Aumento do rebordo alveolar;
Transplante ósseo; Implantes dentários; Extração dentária.

KAWAI, K.; TAKAOKA, T. Inhibition of bacterial and glucan adherence to various light-cured fluoride-releasing restorative materials. *J Dent*, Guildford, v. 29, n. 2, p. 119-122, Feb. 2001.

O objetivo deste estudo foi investigar a adesão do biofilme em vários materiais com propriedades liberadoras de flúor e fotopolimerizáveis. Foram utilizados três ionômeros de vidro modificados por resina (IVMR): Fuji II LC, Photac-Fil Aplicap e Vitremer e dois compômeros: Variglass VLC e Dyract. O controle aplicado foi à resina composta Tetric. Foram produzidos espécimes em forma de disco, obtidos com uma máquina de corte. Na seqüência foram polidos com uma lixa 600 e adicionados em meio de cultura com *Streptococcus sobrinus*, caracterizado pelo seu poder cariogênico. A quantidade de microrganismos aderidos foi medida durante os períodos de 3, 8 e 24 horas. Nos dois primeiros períodos não houve diferenças estatisticamente significantes entre todos os grupos. Porém, após 24 horas verificou-se que todos os IVMRs e o Dyract apresentaram valores inferiores de adesão bacteriana e glucano comparados aos demais produtos, o que levou a crer na superioridade dos IVMRs quanto a esta propriedade.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Placa dentária; Glucano; Compômeros; Cimento de ionômero de Vidro.

VALIMAA, H. et al. Salivary defence factors in herpes simplex virus infection. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 6, p. 416-421, June 2002.

Para testar a hipótese de que a saliva pode contribuir para uma redução da infecção pelo vírus Herpes simples (VHS) durante a transmissão ou levar a reativações menos frequentes, analisou-se a saliva com relação a fatores de defesa, conteúdo de Imunoglobulinas (Ig) e à capacidade de interferir na infecção do VHS. Os níveis de Ig G anti-VHS do soro ou da saliva não se relacionaram no controle do herpes labial recorrente e foram significativamente maiores nesses indivíduos em comparação a indivíduos assintomáticos soropositivos para VHS. Embora não encontradas diferenças nos níveis ou taxas de fatores de defesa entre os grupos, a atividade de neutralização salivar teve relação com a concentração de lactoferrina e hipotiocianato no grupo soropositivo assintomático. Os resultados sugerem que a saliva contém fatores além das Ig anti-VHS que neutralizam o VHS e podem indiretamente contribuir para o controle do Herpes labial recorrente.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Saliva; Defesa nata; VHS.

YOSHIYAMA, M. et al. Bonding of self-etch and total-etch adhesives to carious dentin. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 8, p. 556-560, Aug. 2002.

A dentina cariada apresenta-se parcialmente desmineralizada contendo cristais nos túbulos, o que pode permitir um condicionamento mais profundo da dentina intertubular, mas evita a formação dos tags de resina durante a adesão. Para testar a hipótese que os adesivos resinosos irão provocar menores forças de adesão à dentina infectada e contaminada comparada com a dentina normal, foram realizadas microtração de um adesivo monocomponente após o ataque ácido total e de um sistema autocondicionante a dentina sadia, contaminada e infectada, correlacionando esses resultados com observações ultra-estruturais. A força de adesão de ambos os adesivos a dentina saia foram significativamente superiores ($p < 0.05$) do que aqueles empregados na dentina afetada, que por sua vez foram significativamente maiores ($p < 0.05$) do que os empregados na dentina infectada. Para ambos os adesivos a camada híbrida na dentina contaminada foi mais fina, mas mais porosa do que na dentina sadia. As forças de adesão reduzidas podem ser devido a menor resistência à tração da dentina contaminada. Clinicamente isso não deve ser caracterizado como problema, uma vez que essas lesões estão normalmente circundadas por dentina normal ou esmalte.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Adesivos dentinários; Dentina; Resistência adesiva; Microtração.

LI, Y.; WANG, W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 8, p. 561-566, Aug. 2002.

Muitos estudos transversais relatam que cáries nos dentes decíduos estão correlacionadas com cáries nos dentes permanentes. Esse estudo de oito anos objetivou determinar se as cáries nos dentes decíduos podem predispor cáries na dentição permanente do mesmo indivíduo, e se isso ocorre, qual é o grau de precisão. Um total de 362 crianças chinesas com 3 a 5 anos de idade em 1992 foram novamente examinadas em 2000. O estudo encontrou que há associações estatisticamente significante entre a prevalência de cáries nas dentições decídua e permanente ($p < 0.01$). Crianças que tinham lesões de cáries nos dentes decíduos eram 3 vezes mais propensas a desenvolver cárie nos seus dentes permanente ($p < 0.001$) Cáries nos molares decíduos indicaram a mais alta possibilidade de desenvolvimento de lesões nos dentes permanentes. Este estudo demonstra que a quantidade de cáries nos dentes decíduos pode indicar o risco para desenvolvimento de cáries nos dentes permanentes.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Cárie dentária; Dente decíduo; Dentição permanente.

PASHLEY, E. L. et al. Effects of one versus two applications of an unfilled, all-in-one adhesive on dentine bonding. **J Dent**, Guildford, v. 30, n. 2/3, p. 83-90, Feb./Mar. 2002.

O objetivo deste estudo foi avaliar se há ou não diferenças entre a resistência adesiva do adesivo Prompt L-Pop empregado em dentina coronal de terceiros molares humanos. No grupo I foi preparado o sistema adesivo e aplicado durante 15s, fotopolimerizado por 10s. No grupo II após a fotopolimerização, o adesivo foi re-aplicado e fotopolimerizado, da mesma forma. Os espécimes foram cortados para o teste de microtração. Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significante entre os dois grupos ($p < 0,001$). O emprego de apenas uma camada resultou em um contato direto entre o mecanismo para avaliação da nanoinfiltração, mostrando depósitos de prata na camada híbrida, principalmente no grupo II, porém, também presentes na interface do primeiro grupo, foi observado esse característica. A aplicação de uma segunda camada pode assegurar que toda a superfície dentária exposta com o preparo esteja coberta pelo adesivo empregado.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Adesivos dentinários.

HUANG, C. et al. The influence of hygroscopic expansion of resin-based restorative materials on artificial gap reduction. **J Adhes Dent**, London, v. 4, n. 1, p. 61-72, Spring 2002.

Este estudo comparou o efeito da absorção de água nas margens de dois ionômeros de vidro modificados por resina, dois “giomers”, dois compômeros e duas resinas compostas num período de 12 semanas. Após esse período, foi demonstrada expansão suficiente para fraturar 40% das margens de vidro que envolvia o material, imerso em água deionizada. Os cimentos ionoméricos modificados por resina demonstraram redução da fenda durante as primeiras semanas, os compômeros mostrou uma absorção mais lenta e similar à resina composta. Os resultados permitiu concluir que a absorção de água é mais significativa e rápida nos cimentos de ionômero de vidro modificados por resina, seguido pelos compômeros, considerando que os compósitos são relativamente estáveis. Os “giomers” mostraram uma expansão considerável, devendo ser evitado o seu emprego em preparos que envolvam esmalte sem suporte dentinário.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Cimentos de ionômero de vidro; Resinas compostas.

HENDESON, K. A.; MALTHERS, I. P.; Environmental monitoring of nitrous oxide during dental anesthesia. **Br Dent J**, London, v. 188, n. 11, p. 617-619, June 2000.

O objetivo desse estudo foi avaliar os níveis de concentração de óxido nítrico no atendimento odontológico. Através de um espectro fotômetro infravermelho foram obtidos os dados das concentrações do gás. Os resultados mostraram concordância com as normas internacionais, porém, em curtos períodos foram detectados uma elevada taxa de concentração do gás, que pode significar risco. Isso demonstra que há necessidade de um controle mais rigoroso do controle da exposição do mesmo. Esse controle pode beneficiar não só o paciente, reduzindo possibilidades dos efeitos causados pela exposição exagerada, como a hipóxia, mas também na manutenção de um ambiente de trabalho mais seguro. A exposição crônica a equipe profissional diretamente relacionada pode levar a alterações indesejáveis como a impotência sexual. A procura por elementos que permitam maior confiabilidade e o emprego de métodos que analisem as concentrações podem ser alternativas interessantes para o controle da eficácia e segurança na utilização do óxido nítrico para fins médico-odontológicos.

Autor (a) do Resumo: José Gustavo Ribeiro Rodrigues.

Unitermos: Sedação; Óxido nítrico.

JOHANSSON, J. K.; KLAY, S. W. Survival of In-ceram crowns in a private practice: a prospective clinical trial. **J Prosthet Dent**, Chapell Hill, v. 83, n. 2, p. 216-222, Feb. 2000.

Devido a estudos que indicaram alto índice de falhas em coroas de porcelana do tipo In-ceram, este estudo prospectivo teve como objetivo avaliar um total de 408 coroas em 107 pacientes que foram acompanhados por um período de tempo de 1 a 86 meses. Após feitos os controles iniciais para eventuais ajustes, a cada ano eram marcadas 3 datas de revisão das coroas. E após 3 anos de análises pode-se observar um total de 96% de coroas satisfatórias, sendo que as que falharam tiveram como principais motivos, fraturas de núcleo (0,6%) ou da própria porcelana (0,3%). Outras tiveram de ser removidas por fatores estéticos (0,3%) , endodônticos, ou por razões protéticas. As coroas anteriores tiveram uma durabilidade maior (98% de sucesso), em comparação com as de pré-molares e molares (94%). O estudo chegou que a sobrevivência de coroas In-ceram é alta. E os principais motivos de falhas são: quebra de núcleos, de porcelana, ou remoção por outros fatores.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: In-ceram; Coroas.

SUFAN, W. et al. Repair of facial nerve with alginate sponge without suturing: an experimental study in cats **Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg**, Oslo, v. 36, n. 3, p. 135-140, May 2002.

As injúrias do nervo facial têm sido estudadas por mais de 100 anos. Elas são usualmente provocadas por acidentes operatórios. Quando há dificuldade em fazer-se a sutura do nervo diretamente, um transplante de tecido (enxerto), ou um nervo sintético é utilizado como condúite regenerativo sendo suturado aos cotos nervosos. Este estudo propõe a utilização de esponjas de alginato, que é um material biocompatível e reabsorvível, sem sutura para o reparo de lesões do facial. Para a realização da pesquisa utilizou-se de 7 gatos adultos que tiveram lesões (secção de 5 mm) provocadas no nervo facial de um dos lados do rosto, servindo o outro lado como grupo controle. Desses 7 gatos, 5 receberam a esponja de alginato, que não foi suturada aos cotos nervosos, e outros 2 nenhum tipo de tratamento. Após 12 semanas observou-se o retorno dos reflexos de movimentação pálpebra inferior e superior dos 5 gatos que foram tratados e nenhuma melhora nos outros 2. Então após 16 semanas os animais foram sacrificados e foram feitos cortes histológicos nos quais pode-se perceber o reparo do nervo seccionado com leve fibrosamento e a ausência de fragmentos de alginato.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Defeitos do nervo facial; Reparo sem sutura; Regeneração de nervos periféricos.

FERREIRA, J. T. L.; TELLES, C. S. Evaluation of the reliability of computadorized profile cephalometric analysis. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 201-204, jan./mar. 2002.

A utilização do computador como instrumento de auxílio na avaliação de casos e procedimentos na área da saúde não é novidade, e vantagens de seu emprego têm, cada vez mais, se tornado aparente. Número crescente de ortodontistas tem adquirido sistema computadorizado para análises cefalométricas. Por isso este trabalho teve o o propósito de avaliar a confiabilidade entre 2 métodos utilizados na elaboração do cefalograma de perfil: o computadorizado e o manual. Foram selecionadas 50 radiografias de perfil no arquivo do Curso de Pós- Graduação em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UFRJ. Boa qualidade do material foi única condição indispensável nessa seleção. Os resultados foram submetidos ao coeficiente de correlação intraclass e semelhança confiável foi observada entre os dados cefalométricos obtidos a partir dos métodos empregados. Porém, não foi possível recomendar a utilização da cefalometria computadorizada como absolutamente confiável na clínica.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Cefalometria; Computador; Confiabilidade.

BRANDÃO, A. C. et al. Histomorphometric analysis of rat alveolar wound healing with Hydroxyapatite alone or associated to BMPs. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p.147-154, jan./mar. 2002.

Diferentes materiais e técnicas têm sido propostos como o objetivo de otimizar o reparo alveolar e atenuar a perda óssea em altura e espessura que normalmente seguem as extrações dentais. O objetivo era de estudar, por meio de análise histológica e histométrica, o potencial osseoindutivo de ma combinação de hidroxiapatita com proteínas ósseas morfogenéticas (HA/BMPs) implantadas em alvéolos dentais de ratos. Foram utilizadas 45 ratos Wistar, adultos, machos, separados em grupos de três grupos de 15 animais: controle (não tratados), implantados com hidroxiapatita pura (HA) e implantados com hidroxiapatita acrescida com BMPs. Cinco animais de cada grupo foram sacrificados nos períodos de 7, 21 e 42 dias após a exodontia e implantação do material. Após dissecação, fixação, descalcificação e secções semi-seriadas as peças forma coradas pelo método de hematoxilina-eosina e submetidas à análise histológica e histométrica. Os materiais implantados produziram atraso n acronologia do reparo alveolar em comparação aos animais controle, avaliado pela porcentagem de tecido ósseo formado nos alvéolos. O tratamento com HA/BMPs esteve associado com a menor porcentagem de formação óssea no período de 21 dias, embora tenha produzido níveis próximos do controle aos 42 dias. Os materiais parecem não trazer benefícios à formação óssea no período normal de reparação alveolar e associação HA/BMPs não apresentou propriedades osseoindutoras nas condições em que foi enxertada ou tendo como veículo a hidroxiapatita em formato granular.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Reparo alveolar; Hidroxiapatita; BMP.

TALLENTS, R. H. et al. Prevalence of missing posterior teeth and intraarticular temporomandibular disorders. **J Prosthet Dent**, Chapel Hill, v. 87, n. 1, p. 45-50, Jan. 2002.

A associação entre perda de dentes posteriores da mandíbula e o desenvolvimento de desordens temporomandibulares intraarticulares ainda não é totalmente clara. Neste estudo foram avaliados 82 pacientes assintomáticos e 263 com sintomas de DCM, sendo que todos os pacientes com sintomas queixavam-se de dor que se exacerbava com a função mastigatória. O número de dentes posteriores perdidos excetuando-se os terceiros molares era anotado e os pacientes foram submetidos a uma ressonância magnética para detectar a presença de deslocamento de disco. Os pacientes foram divididos em 4 grupos: 1) assintomáticos, com resultado de ressonância normal, 2) assintomáticos com deslocamento de disco, 3) sintomáticos com ressonância normal e 4) sintomáticos com deslocamento de disco. Foi encontrada uma correlação positiva entre a perda de dentes posteriores e a presença de deslocamento do disco, porém não há achados literários que comprovem que a reposição desses elementos perdidos possa prevenir o desenvolvimento de desordens temporomandibulares. No entanto a perda desses dentes pode acelerar o aparecimento de uma doença articular degenerativa.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Transtornos da articulação temporomandibular; Articulação temporomandibular.

SAHIWAL, G. H.; WOODY, R. D. Macro design morphology of ebdoeous dental implants. **J Prosthet Dent**, Chapell Hill, v. 87, n. 5, p. 543-552, May 2002.

Este estudo teve como propósito identificar e documentar os desenhos de implantes selecionados para ajudar os clínicos na identificação radiográfica. Para isso mais de 50 fabricantes de implante foram contatados para informar a respeito do desenho dos implantes de 3,75mm (diâmetro) x 10mm (comprimento). 44 implantes foram separados em superfície tratada e não tratada e cônico e não cônicos. Os implantes eram examinados visualmente e feitas medições em circunferência e comprimento nas porções coronal, no meio do corpo e na apical. Um série de tabelas foi então elaborada descrevendo todos os implantes e suas respectivas medições nessas 3 porções.

Os resultados desse estudo visam dar ao clínico um conhecimento básico a respeito do desenho de cada um dos implantes estudados e dessa forma auxiliar na sua identificação radiográfica.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Implantes dentários; Identificação radiográfica.

AQUILINO, S. A.; CAPLAN, D. J. Relationship between crown placement and the survival of endodontically treated teeth. **J Prosthet Dent**, Chapell Hill, v. 87, n. 3, p. 256-254, Mar. 2002.

Este estudo teve como propósito testar a hipótese de colocação de uma coroa em associação com dentes tratados endodonticamente, nos quais houve controle das fases de abertura, tratamento do canal e restauração. Os pacientes eram todos da Universidade de Iowa e de todos os selecionados, somente 203 se enquadraram nos perfis citados anteriormente. A análise visual e radiográfica do dente mostrou que os dentes tratados endodonticamente que logo em seguida receberam uma coroa tiveram uma porcentagem de sobrevivência até 6 vezes maior que os que foram tratados endodonticamente e não receberam coroas. Esse estudo apesar das limitações estatísticas apresenta um dado importante a ser ponderado no planejamento de todo tratamento odontológico a ser desenvolvido, mostrando a importância do reforço dos dentes tratados endodonticamente, devido a sua conhecida fragilidade, perante os esforços mastigatórios.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Dente não vital; Coroas.

ERICSSON, I.; NILNER, K. Early functional loading Branemark Dental Implants. **Int J Periodontol Rest Dent**, London, v. 22, n. 1, p. 9-19, Feb. 2002.

Este estudo discutiu os protocolos de colocação de implantes de um e dois estágios e também os micromovimentos críticos que podem comprometer a interface dente-osso durante o processo de osteointegração. Segundo a literatura sustenta a hipótese de que a união das fixações logo após a colocação dos implantes diminui consideravelmente a micromovimentação, facilitando o processo de cicatrização óssea, levando a um conseqüente diminuição do tempo de tratamento. Finalmente, deve-se ressaltar a avaliação da qualidade óssea e sua influência na estabilidade inicial do implante. As informações obtidas via literatura e por meio de nossos casos clínicos nos leva a concluir que a decisão de carregar os implantes imediatamente é tão eficiente e segura quanto o sistema de protocolo tradicional, principalmente quando se utiliza o sistema de união dos implantes logo após a sua fixação, reduzindo assim a micromovimentação e auxiliando o processo de cicatrização óssea e conseqüente osteointegração.

Autor (a) do resumo: Leonardo Henrique Vadenal Panza.

Unitermos: Implantes dentários; Carga imediata; Protocolos.

KUNZE, B. J. C.; PILATTI, G. L.; GOIRIS, F. A. J. A doença periodontal como fator de risco para doenças cardíacas coronarianas. **Rev Assoc Bras Odontol**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 105-108, abr./maio 2002.

Este trabalho tem como objetivo avaliar, através de revisão de literatura, a participação da doença periodontal na etiopatogenia das doenças cardíacas coronarianas(D.C.C.). Há muito tempo, relaciona-se a doença periodontal com diversas alterações sistêmicas, porém, recentemente, ela foi relacionada como fator de risco para o aparecimento de arteriosclerose e outras D.C.C.. As semelhanças entre a patogenia vascular bacteriana e o curso da aterogênese levaram alguns estudiosos a sugerir que além das influências genéticas e comportamentais, as infecções podem contribuir na patogenia das alterações cardiovasculares. Alguns estudos demonstraram altos níveis de prostaglandinas, principalmente E₂, e citocinas como IL-1 e TNF- α , tanto no processo inflamatório da doença periodontal quanto na aterogênese e trombo-embolia ligado à infecção. Esses mediadores induzem a agregação plaquetária e trombose. Juntamente com fatores já conhecidos, tais como: fumo, estresse, hipertensão, dieta e etc, pode-se incluir a doença periodontal como fator de risco para a arteriosclerose e D.C.C..

Autor (a) do resumo: Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Doenças periodontais; Fatores de risco; Doença cardíaca coronariana.

DOMINGUES, L. A. et al. A influência da intensidade da luz sobre o manchamento da resina. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 79-82, abr./jun. 2002.

Os autores analisaram a influência da intensidade da luz dos aparelhos fotopolimerizadores utilizados em odontologia sobre a resistência ao manchamento de resinas quando essas são submetidas à soluções pigmentantes comumente encontradas na dieta. Foram utilizados aparelhos fotopolimerizadores das seguintes marcas comerciais, Heliomat II, Optilux e Curing Light XL 1500, que apresentavam as intensidades de 100, 750 e 600 mW/cm², respectivamente. Foram confeccionadas 10 amostras para cada grupo corante, utilizando a resina composta da marca comercial Herculite XRV, cor A1, para esmalte. As amostras ficaram imersas 15 dias em água, Coca-Cola, café e chá e, então, foram avaliados em espectrofotômetro com comprimento de onda de 460 nm. Os resultados demonstraram que: a Coca-Cola não pigmentou a resina; o Café e chá pigmentaram a resina e a intensidade de luz teve influência no manchamento; os espécimes polimerizados pelo Optilux ofereceram a maior resistência ao manchamento, seguidos do Heliomat II e Curing Light XL 1500.

Autor (a) do resumo: Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Fotopolimerização; Manchamento da resina; Tinturas.

SOARES, J. C. et al. Aplicação tópica de flúor-efeito sobre a porcelana dental. **Rev Assoc Bras Odontol**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 278-282, abr./maio 2000.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a ação de métodos tópicos de aplicação de flúor, gel de flúor fosfato acidulado e neutro sobre a porcelana dental em função do tempo. Foram utilizadas duas marcas comerciais de porcelanas de alta fusão, *Vita VMK-68* e *Ivoclar IPS Classic*, em conjunto com dois géis de flúor tópico, fosfato acidulado a 1,23% NUPRO-DENTSPLY e flúor neutro a 2% NUPRO-DENTSPLY. Foram confeccionadas 70 amostras, sendo essas pesadas em balança analítica e analisadas em rugosímetro. Posteriormente foram imersas em grupos de 5 no flúor neutro e acidulado nos períodos de 4 minutos, 60 minutos e 24 horas. Em seguida foram lavadas, secas em estufa e reavaliadas. Os resultados demonstraram que o flúor fosfato acidulado proporcionou significativo aumento na rugosidade superficial e perda de massa em ambas as porcelanas e em todos os intervalos de tempo analisados; o fator tempo produziu efeito cumulativo para o flúor acidulado. O flúor neutro não produziu efeito sobre a porcelana dental, sendo portanto, uma alternativa viável na aplicação tópica de flúor como método preventivo da cárie dental em pacientes portadores de prótese metalo-cerâmica.

Autor (a) do resumo: Marcelo Lúpion Poleti.

Unitermos: Porcelana dentária; Fluoretos tópicos; Rugosidade de superfície; Prevenção.

ALI, D. A. et al. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 133, n. 6, p. 734-736, June 2002.

Doenças do refluxo gastroesofágico, ou GERD, é uma condição relativamente comum, em que o ácido estomacal pode ser refluído através do esôfago até a cavidade oral, podendo resultar na erosão do esmalte. Sintomas tais como, eructação, sensação de sabor azedo e ardência na cavidade bucal, usualmente, alertam o paciente para a condição. Em refluxo gastroesofágico silencioso, contudo, esses sintomas não ocorrem, e a erosão do esmalte de dentição posterior pode ser a primeira indicação da GERD. A erosão do esmalte pode ter um significado clínico importante na GERD silenciosa que permite o cirurgião-dentista realizar um diagnóstico inicial da doença. Referência para clínico geral ou gastroenterologista é necessário para definir o diagnóstico, contudo, a experiência do cirurgião-dentista é essencial na distinção entre o diagnóstico diferencial, tais como, bulimia, atrição e abrasão. O tratamento bem sucedido desta condição médica é necessário antes de se iniciar a reabilitação dental.

Autor (a) do resumo: Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Erosão de dente; Doença do refluxo gastroesofágico.

MOLITERMO, L. F. Prevenir é melhor do que traumatizar. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 164-168, maio/jun. 2000.

As injúrias orofaciais poderiam ser evitadas ou minimizadas, durante as competições, se os atletas afetados estivessem usando um apetrecho muito eficaz: o protetor bucal. A utilização desta peça simples, disponível no mercado a baixo custo e em diversas formas, é extremamente eficiente no combate a diversos traumas. Os protetores absorvem e distribuem as forças agressoras, amortecendo os impactos. Além de funcionarem como um escudo, mantêm os tecidos moles separados do dentes, prevenindo a laceração dos lábios durante os golpes. Evitam, ainda, o contato violento dos dentes nas arcadas antagonistas que poderiam fraturá-los e prejudicar as estruturas de sustentação, minimizando até a possibilidade de o usuário engolir os fragmentos dentais. É função do cirurgião-dentista avaliar os riscos individuais de cada paciente e determinar a indicação do protetor bucal. Além de ser confeccionado em um material elástico, o protetor bucal deverá preencher outros requisitos: cobrir todos os dentes de um arco dental, apresentar forma e contorno adequados para favorecer o conforto e o diálogo, ser de fácil limpeza, adaptar-se às estruturas, oferecer proteção efetiva ao atleta e não interferir na respiração. São apresentados em 3 formas: de estoque, menos indicado; termoplástico, adaptado na boca; feitos sob medida, mais indicado.

Autor (a) do resumo: Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Traumatismos dentários; Protetores bucais

TREVILATTO, P. C.; SALLUM, A.W.; LINE, S.R. P. Diagnóstico molecular da doença periodontal. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 100- 103, mar./abr. 2001.

O cigarro, o estresse psicossocial e certos polimorfismos gênicos são exemplos de fatores que aumentam o risco a periodontite, tornando os indivíduos mais suscetíveis a progressão ou ao agravamento da doença. Polimorfismos em genes de mediadores pró-inflamatórios das Interleucinas-1, alfa e beta, que caracterizam a resposta do hospedeiro, tem sido alvo de estudos recentes que objetivam diagnosticar precocemente mecanismos destrutivos da doença. Estudos têm demonstrado que a presença de genótipos variantes, chamados de genótipos positivos para a IL-1, resultantes de polimorfismos, aumentam as chances de morbidade dental em 2,7 vezes, e em efeito combinado com o fumo pode resultar num risco de até 7,7 vezes maior de perda dental. Portanto, a busca de marcadores genéticos que permitam a detecção de indivíduos com maior probabilidade de desenvolver a doença é fundamental para prevenção da instalação do processo destrutivo ou para a instauração de terapêutica individualizada e preservação adequada de pacientes nos quais sinais clínicos da doença já se manifestaram.

Autor (a) do resumo : Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Periodontite; Polimorfismos; Suscetibilidade à doença.

SUN, J. L. et al. Relationship between vitamin D receptor gene polymorphism and periodontitis. **J Periodontol Res**, Chicago, v. 37, n. 4, p. 263-267, Aug. 2002.

Estudos recentes têm demonstrado que polimorfismo do gene receptor da vitamina D (VDR) tem efeito regulatório na densidade mineral óssea e turnover ósseo. O gene VDR também tem sido indicado como um gene candidato para a suscetibilidade da osteoporose. O objetivo deste trabalho foi avaliar se genótipos VDR podem estar associados com perda óssea alveolar de pacientes com periodontite, e se o gene VDR é candidato de suscetibilidade para periodontite. Foram selecionados 24 pacientes com periodontite adulta, 37 com periodontite de início precoce e 39 casos controle. Amostras individuais de sangue venoso e DNA foram obtidas. Genótipos do VDRtaqI foram determinados por PCR. A frequência de genótipo Tt foi significativamente maior em pacientes com periodontite de início precoce (24,3%), enquanto em pacientes com periodontite adulta (4,2%), e grupo controle (5,1%). A frequência do alelo t foi também significativamente maior em pacientes com periodontite de início precoce. Não foram encontradas diferenças estatísticas na distribuição de genótipos VDRtaqI entre pacientes com periodontite adulta e grupo controle. Portanto, o estudo sugere que o genótipo Tt pode ser considerado fator de risco para a suscetibilidade da periodontite de início precoce, assim como o alelo t do gene VDRtaqI pode aumentar o risco do indivíduo desenvolver a doença.

Autor (a) do resumo : Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Polimorfismo; Periodontite; Suscetibilidade à doença; Gene VDR.

CAMPOS, I.; PIMENTA, L. A. F. Substituição de restaurações após o clareamento dental caseiro. **Rev Assoc Bras Odontol**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 273-277, abr./mai. 2000.

O objetivo deste trabalho é discutir, através de uma revisão de literatura, quando substituir com segurança as restaurações de compósito após o clareamento caseiro com peróxido de carbamida a 10%. De acordo com a bibliografia estudada pôde-se concluir que restaurações de resina composta, que necessitam ser trocadas por motivos estéticos, não devem ser substituídas imediatamente após o término do clareamento caseiro, o que pode ocasionar aumento da microinfiltração e menores valores de resistência ao cisalhamento, tração, além de alterações na morfologia dos "tags". Além disso, devem ser aguardados 21 dias para a troca com segurança dessas restaurações, sejam as mesmas localizadas em esmalte ou dentina/cimento.

Autor (a) do resumo : Marcelo Lupion Poleti.

Unitermos: Clareamento de dente; Peróxido de carbamida; Compósitos.

TORTAMANO, A. et al. Avaliação da resistência à tração de agentes cimentantes para bráquetes ortodônticos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 259-263, jul./ago. 2002.

A postura profissional é muito relevante para uma boa introdução do paciente ao tratamento; porém, apesar de todos esforços, existem restrições nas aplicações anestésicas que, muitas vezes independem do profissional. A Técnica Anestésica Subperiosteal Eletrônica (TASA) propõe a aplicação anestésica com injetores automatizados programados em velocidades bem mais baixas que as possíveis com a seringa manual, o tradicional *carpule*, e, utilizando doses substancialmente menores, oferece aos profissionais a possibilidade de terem um melhor desempenho na prevenção de efeitos colaterais. Estipulada a dose média usual de 0,6 ml ($\frac{1}{3}$ de tubete) e a velocidade de aplicação em 0,3 ml/min., esta técnica é indicada para as situações de trabalho envolvendo todos os dentes da maxila e os da mandíbula com exceção dos molares inferiores. Durante 30 meses, foram realizadas aproximadamente 2500 aplicações subperiosteas para o atendimento clínico de rotina. Verificou-se que na velocidade de aplicação de 0,3 ml/min. a resposta sintomatológica foi inédita, com ausência total de dor durante a aplicação subperiosteal e nenhum efeito adverso no pós-operatório. Essa ausência de dor pode ser atribuída ao equilíbrio entre as velocidades de deposição do líquido anestésico e de sua absorção integral pelo osso.

Autor (a) do resumo: Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Ortodontia; Resinas compostas; Cimentos dentários.

JORGENSEN, M. G.; CARROL, W. B. Incidence of tooth sensitivity after home whitening treatment. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 133, n. 8, p. 1076-1082, Aug. 2002.

Através de experiência clínica e aplicação da psicanálise à odontologia, tentou-se demonstrar como a psicanálise vai se inserindo na técnica de tratamento da criança. Deve-se iniciar a consulta infantil com uma anamnese completa, obtendo informações objetivas e subjetivas, estando atento ao grau de ansiedade ou tranquilidade da criança. Enquanto o profissional conversa com a mãe, são oferecidos à criança lápis e um desenho para pintar. Ao expressar-se na pintura, a criança vai adquirindo confiança no ambiente. Após a anamnese, a criança irá se sentar na cadeira para o exame da cavidade oral. Se a criança é pequena e está cansada, o exame deve ser adiado para um segundo contato. Como os pais anseiam, já numa primeira consulta, pelo início de uma manobra mais técnica, podem ser realizadas prevenção e aplicação de flúor. A técnica da mão na boca é considerada uma agressividade absurda, independente da idade da criança. Além disso, impedir a entrada da mãe na sala pode trazer para a criança não preparada angústia e desamparo. O objetivo do estudo e aplicação da psicanálise à odontologia é permitir ao adulto, que esta criança virá a ser, uma relação tranqüila com os tratamentos a que se submeterá durante sua vida.

Autor (a) do resumo: Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Tratamento clareador; Sensibilidade da dentina; Retração gengival.

KUGEL, G. et al. Disinfection and communication practices: a survey of U.S. dental laboratories. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 131, n. 6, p. 786-792, June 2000.

A necessidade da desinfecção de modelos é crucial para a prevenção da transmissão de doenças infecciosas. O presente estudo verificou o quanto os consultórios e o pessoal auxiliar está preparado e quanto há de informação sobre esses assuntos nos Estados Unidos, e também saber se técnicos de laboratório se previnem quanto a infecção. Para isso 400 laboratórios foram selecionados e questionários foram enviados. Foram utilizadas 16 questões abertas realizadas por entrevistadores treinados via telefone, por 10 a 15 minutos. Os resultados encontrados foram que 57% das moldagens são feitas com polivinil e 27% de polieter. Apenas 44% dos que responderam disseram que sabiam que os modelos recebidos já haviam previamente sido desinfetados. Vinte e três por cento dos responsáveis pelos laboratórios não sabiam o método de desinfecção utilizados, e 47% não sabiam do tempo necessário para a desinfecção. Quarenta e cinco por cento declararam que receberam instruções inadequadas sobre essa desinfecção. Os resultados indicaram uma significativa e problemática falta de comunicacões entre dentista e técnicos de laboratórios. Essa falha de comunicação entre profissionais, além da falta de treinamento dos técnicos de laboratório em técnicas de desinfecção, pode ter um efeito direto nos resultados protéticos alcançados na clínica geral.

Autor (a) do resumo: Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Desinfecção de modelos; Equipe auxiliar; Moldagem.

WARREN, J. J. et al. Dental caries prevalence and dental care utilization among the very old. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 131, n. 11, p. 1571-1579, Nov. 2000.

A sucção é um reflexo inato, estando presente desde a vida intra-uterina. Ela satisfaz, além da nutrição, necessidades afetivas. A criança pode atingir a plenitude alimentar, mas a necessidade de sucção persiste e, na ânsia de obter satisfação, começa a sugar dedos, chupetas ou objetos. Essa sucção não nutritiva pode se transformar em hábito nocivo. Os hábitos de sucção de dedo ou chupeta podem promover uma alteração do sistema estomatognático (mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, entre outros), e a extensão das alterações na região orofacial depende da frequência, duração e intensidade com que este hábito é praticado, bem como do desenvolvimento osteogênico, da hereditariedade, das características oclusais, do desenvolvimento dento-facial e do estado de saúde geral da criança. Os métodos terapêuticos para eliminação desses hábitos são: abordagem psicológica (desviar a atenção da criança para outras atividades, apelar para o orgulho e para a força de vontade, recompensar a criança pelo esforço para deixar o hábito) ou uso de aparatos (aparelhos ortodônticos como “lembrete”). É importante o trabalho conjunto de dentistas, médicos, psicólogos e fonoaudiólogos, conscientizando a criança e a família de que esses hábitos podem estar ligados a fatores psicoafetivos e que o aleitamento materno previne a sua instalação.

Autor (a) do resumo : Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Odontologia geriátrica; Cárie radicular; Pacientes idosos.

ANDREASEN, J. O. et al. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part I. Surgical procedures and standardized techniques for monitoring healing. **Eur J Orthodon**, London, v. 12, n. 1, p. 3-13, Feb. 1990.

O transplante autógeno dentário tem sido cogitado como uma filosofia para o tratamento de problemas ortodônticos. Por sua técnica sensível, poucos tem estudado e demonstrado resultados com uma amostra considerável. Nesse estudo foram acompanhados 370 transplantes de pré-molares por um período de 13 anos, e avaliou-se condição pulpar e periodontal. O sucesso do tratamento depende de fatores como o grau de formação radicular do dente transplantado que deve ser de três a quatro quartos de raiz formada e o principal fator de sucesso pareceu ser a abertura do forame apical. Com forames bem abertos o grau de reestabelecimento de vascularização e inervação pulpar foi de aproximadamente 90%, enquanto que em dentes com formação do forame apical completa esse índice caiu em demasia. A técnica cirúrgica se caracteriza pela utilização de brocas com refrigeração direta e a conformação da área receptora ampla foram fatores que diminuíram insucessos, como anquilose desses dentes. A indicação para esse tipo de tratamento, além de restabelecer agenesias com dentes naturais é de que esse tratamento pode ser realizado ainda na adolescência o que seria contraproducente no uso de implantes.

Autor (a) do resumo : Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Transplante autógeno; Agenesia; Ortodontia.

GARCIA, A. R.; MADEIRA, M. C. Ruídos articulares e o tratamento das desordens temporomandibulares. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 109-115, mar./abr. 1999.

O ruído articular é uma importante característica para o diagnóstico de DTMs, e pode ser classificado em estalidos, estalos e crepitação. O estalido é o primeiro sinal de desequilíbrio biomecânico da ATM, com incidência de 36% nas mulheres e 24% nos homens. A hiperatividade muscular parece ser um dos fatores importantes na origem dos ruídos articulares. A falta de coordenação entre o feixe superior do pterigóide lateral e os músculos responsáveis pelo fechamento como o masseter, temporal e pterigóideo medial, faz com que o côndilo ultrapasse a borda posterior do disco, produzindo estalidos no início e no final da elevação mandibular, além dessa sobrecarga interferir na difusão do líquido sinovial, produzindo colamento do disco ao osso temporal. Foi utilizado no trabalho uma amostra de 34 pacientes com desordens temporomandibulares. Desses 70,58% apresentavam ruídos articulares, porém a queixa principal de 73,52% dos pacientes foi de dor na ATM. Dos pacientes que apresentavam ruídos 54,16% apresentavam estalidos, 25% estalos e 20,83% apresentaram crepitação. Após o tratamento das patologias articular e/ou muscular 54,16% apresentaram-se livres dos ruídos, enquanto 45,83% apresentaram manutenção nos ruídos. Os ruídos articulares foram mais comuns nas patologias articulares do que nas patologias musculares numa proporção de 3:1. Os ruídos articulares, persistentes em 45,83 % dos pacientes foi o principal fator de insucesso do tratamento não cirúrgico das DTMs.

Autor (a) do resumo: Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Ruídos articulares; Doenças da articulação temporomandibular.

COCHRANE, S. M.; CLARK, J. R.; HUNT, N. P. Late developing supranumerary teeth in the mandible. **Br J Orthodon**, London, v. 24, n. 4, p. 293-296, Nov. 1997.

Embora as anomalias de número e forma manifestem-se com frequência, os casos apresentados pelo artigo demonstram formação tardia de pré-molares e um deles ilustra o seu desenvolvimento em local incomum. O primeiro paciente tinha 11 anos de idade, foi tratado ortodonticamente com toda documentação realizada, e já na fase final do tratamento começou-se a observar um atraso na irrupção do segundo molar inferior do lado direito, comparando-se com seu contralateral. Foi realizada então uma radiografia panorâmica (14 anos) e notou-se a presença de dentes supranumerários bilaterais (com morfologia de pré-molares) na mandíbula entre os primeiros e segundos molares. Com uma investigação radiográfica, verificou-se que estavam por palatino. Foi extraído o supranumerário que atrapalhava a irrupção do segundo molar e acompanhado o supra do outro lado. Outro paciente, cujo tratamento ortodôntico iniciou-se aos 9 anos, quando chegou-se ao final deste, a criança tinha 14 anos e, ao exame radiográfico observou-se a presença de um pré-molar localizado entre as raízes do 1º e 2º pré-molares inferiores esquerdo e outro entre o 2º pré-molar e o primeiro molar inferior esquerdo. Ambos os casos clínicos apresentados chamam a atenção por mostrarem dentes supranumerários na região de pré-molares e uma época em que o tratamento ortodôntico pode já ter iniciado. Não é uma rotina procurar por dentes supranumerários durante o tratamento ortodôntico, mas a possibilidade de existirem pode levar a interferência no desenvolvimento da oclusão e mecânica ortodôntica.

Autor (a) do resumo : Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Dentes supranumerários; Tratamento ortodôntico.

MATIAS, R. S. et al. Interpretações radiográficas nas dentições decídua e mista: imagens da normalidade. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 70-73, jan./fev. 1999.

A imagem radiográfica e sua interpretação são consideradas fatores essenciais para se alcançar um diagnóstico e determinar um planejamento terapêutico. Particularmente em crianças, nas quais o processo de crescimento e desenvolvimento é dinâmico, a leitura e interpretação radiográfica são dificultadas pela exuberância de imagens, pela presença concomitante de dentes decíduos e permanentes que, pela sobreposição, podem confundir o observador. Foram examinados 100 pacientes, por dois anos e seis meses. Foram escolhidas radiografias representativas de cada região da boca, e organizadas de acordo com a idade dos pacientes. Através das radiografias ilustradas no trabalho pode se ter um importante referencial das condições radiográficas padrão de acordo com idade e sexo do paciente. Deve ser salientado, entretanto, que muitos são os fatores que podem afetar a cronologia e seqüência de erupção, tais como genéticos, nutricionais ambientais e relacionados ao sexo da criança. Deve se enfatizar também que a cronologia de erupção pode ser amplamente variável, sem futuras conseqüências a oclusão do paciente, enquanto a seqüência de erupção deve ser cuidadosamente observada, sendo sua alteração de prognóstico sombrio para o futuro estabelecimento oclusal na dentição permanente.

Autor (a) do resumo: Rodrigo Maschietto Forti.

Unitermos: Dentição decídua; Dentadura mista; Anatomia radiográfica.

TREVILATTO, P. C.; SALLUM, A. W.; LINE, S. R. P. Diagnóstico molecular da doença periodontal, *J Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 100-103, mar./abr. 2001.

A doença periodontal constitui doença inflamatória crônica em resposta à presença de bactérias, as quais ativam mecanismos inflamatórios que acabam por destruir colágeno e osso dos tecidos de suporte periodontal. Embora as bactérias sejam essenciais para a iniciação da periodontite, a quantidade e os tipos de bactérias não são suficientes para explicar diferenças na progressão e severidade da doença periodontal. O cigarro, o estresse psicológico e certos polimorfismos gênicos são exemplos de fatores que aumentam o risco à doença periodontal, tornando os indivíduos mais suscetíveis à progressão ou ao agravamento da periodontite. Nas doenças inflamatórias crônicas, há fatores modificadores que não causam a doença, mas amplificam alguns mecanismos que tornam a doença mais severa. Esses fatores são geneticamente determinados e constituem a resposta do hospedeiro. Aspectos da resposta inflamatória do hospedeiro à infecção bacteriana, que são elementos chave do início e progressão da periodontite, podem ser geneticamente determinados, portanto, alterações em nível gênico, que resultam em modificação da resposta via mediadores, merecem ser estudadas, o que foi feito nessa revisão. Os primeiros marcadores genéticos da doença periodontal a serem descritos foram IL-1 e TNF- α . As interleucinas são chave no processo inflamatório, pois modulam a síntese e degradação de componentes da matrix celular e do osso que são os tecidos periodontais. A presença de polimorfismo gênico da IL-1 aumenta a chance de morbidade dental em 2,7 vezes e num efeito combinado com fumo o risco é de até 7,7 vezes. O desafio é diagnosticar pacientes com resposta desfavorável à um ataque microbiano e assim traçar um plano de tratamento diferenciado para ele.

Autor(a) do resumo: Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Periodontite; Polimorfismo; Suscetibilidade à doença.

DAVID, V. A. et al. Remnant amount and cleanup for 3 adhesive after debracketing, **Am J Orthodon Dentofac Orthop**, Saint Louis, v. 121, n. 3, p. 201-206, Mar. 2002

A remoção de adesivo remanescente da superfície do esmalte após remoção dos brackets ortodônticos constitui um fator importante para os clínicos. A proposta deste estudo foi comparar, peso, área de superfície e tempo limpeza de remanescentes de adesivo de uma resina, Transbond (TB), um ionômero de vidro modificado por resina, Fuji ORTHO LC colado ao esmalte tanto condicionado (FOC) como não condicionado (FONC); e uma resina que liberava flúor, Advance (ADV), colado em esmalte não condicionado. 2 métodos qualitativos para marcar adesivo remanescente comparado com quantidade de peso e área usada. 40 incisivos humanos extraídos foram pesados, colados os brackets, removidos os brackets, pesados e fotografados. As áreas foram medidas pelas fotografias com um digitalizador sônico.

Autor (a) do resumo: Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Adesivos; Remoção de braquetes.

KHANDWALA, A. et al. 5% amlexanox oral paste: a new treatment for recurrent minor aphthous ulcers, **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, v. 83, n. 2, p. 231-238, Feb. 1997.

Pasta oral a 5% de amlexanox (aphthasol) foi estudada em 4 veículos-controlados, randomizados e duplo cego, grupo paralelo, multicentro, estudos clínicos envolvendo 1335 sujeitos que tinham 1 a 3 aftas com menos de 48 horas de vida. Os sujeitos submetidos a este estudo passaram diretamente por 4 eventos de úlcera aftosa por dia antes dela sarar ou pela duração desse estudo, o que ocorresse primeiro. O tamanho da úlcera foi medido por um investigador e a dor avaliada pelo relato subjetivo; a determinação primária foi a porcentagem de sujeitos que sararam completamente e completa resolução da dor. O veículo teve efeito marginal como o esperado de um material de cobertura, mas estatisticamente insignificante comparando com o grupo controle (sem nenhum tratamento). Entretanto esse estudo mostrou claramente que a amlexanox a 5% acelerou a resolução da dor e cura a úlcera aftosa.

Autor (a) do resumo: Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: 5% amlexanox pasta oral; Cicatrização; Afta menor.

BASDRA, E. K., KIOKPASOGLU, M. N., KOMPOSCH, G., Congenital tooth and malocclusions: a genetic link? **Eur J Orthodon**, London, v. 23, n. 2, p. 145-151, Apr. 2001.

O objetivo do presente estudo foi investigar ligações entre diferentes maloclusões como classe III e classe II divisão 1, e anomalias dentárias congênitas. 200 pacientes classe III e 215 classe II divisão 1 foram examinados pela presença de qualquer uma das seguintes anomalias: hipodontia dos incisivos superiores, impacção do canino superior, transposição, dentes supranumerários e agenesia dentária. A taxa de ocorrência das anomalias foi depois calculada para cada tipo e foi comparada a estatística. O resultado revelou nenhuma diferença estatística nas taxas de ocorrência de agenesia de incisivos lateral superior, lateral superior com forma alterada, caninos impactados e dentes supranumerários entre maloclusão classe III e classe II divisão 1. Quando a taxa de ocorrência de todas as anomalias dentárias congênitas foram comparadas com as duas maloclusões, classe III mostrou taxa de ocorrência significativamente maior. Comparação com publicações em população geral mostrou taxa de ocorrência similar. Anomalias dentárias congênitas podem representar outro critério para estudo de moloclusão com respeito para sua origem e desenvolvimento

Autor (a) do resumo : Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Anormalidades dentárias ; Maloclusão de Angel classe II;
Maloclusão de Angel Classe III

RIBEIRO, A; PORTELA, M.; SOUZA, I. P. Relação entre biofilme, atividade de cárie e a gengivite em crianças HIV positivas. **Pesqui Odontol Bras**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 144-150, abr./jun. 2002.

Observa-se uma constante experiência de cáries e gengivite da população pesquisada (crianças HIV+), sobretudo devido ao uso prolongado de medicamentos líquidos açucarados, dieta rica em carboidratos e repetidas internações. A cavidade bucal é particularmente susceptível à infecção por possuir numerosos microorganismos que proliferam em situação de imunossupressão. O objetivo do presente estudo foi avaliar se a qualidade e quantidade de biofilme representavam um fator importante na atividade da doença cárie e gengivite neste grupo em especial. Após o exame clínico por um único examinador da quantidade e qualidade do biofilme, da cárie e gengivite de 56 crianças de 0 a 14 anos, todos pacientes comprovadamente com HIV+, os exames foram somente clínico sem uso de exame radiográfico, foi avaliada a quantidade de biofilme visível na superfície dos dentes e registrada de acordo com o índice proposto por Ribeiro (2000). O biofilme era classificado como fino quando só era visível após secagem e o espesso era o que era facilmente identificado e estava aderido fortemente à superfície dental. O exame da condição gengival foi feito com sonda de periodontal estéril com o objetivo de verificar presença de inflamação e sangramento espontâneo ou provocado. O exame da atividade cárie foi realizado com sonda e espelho clínico após higienização pelo profissional com escova e dentífrico fluoretado do paciente. Obteve-se o resultado de 7 (12,5%) crianças que não apresentavam biofilme e também uma elevada prevalência de crianças apresentando a cárie de 43 crianças. A correlação foi tanto de qualidade do biofilme quanto de quantidade. Correlacionando-se o índice de biofilme e o estado gengival é possível correlacionar a qualidade do biofilme e a média de superfícies gengivais com sangramento provocado. E quanto mais espesso o biofilme nas superfícies dentais maior o número de superfícies cariadas.

Autor (a) do resumo: Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Síndrome de imunodeficiência adquirida; Placa dentária; Cárie dentária; Gengivite.

PROCÓPIO, A. S. F. et al. Ressecção completa do arco zigomático na fase de crescimento - estudo experimental em ratos. **Pesqui Odontol Bras**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 175-179, abr./jun. 2002.

A importância do arco zigomático no desenvolvimento facial tem sido analisada e estudada por vários autores. A literatura tem mostrado algumas divergências em trabalhos experimentais realizados em animais, alguns autores que após ressecções parciais, relatam não terem encontrado alterações significativas no desenvolvimento facial. Outros autores afirmam que após ressecção uni - bilateral do arco zigomático em ratos recém nascidos, mostram resultados que levaram à uma simetria facial e alterações no comprimento ântero-posterior da face. Foram avaliados por meio de mensuração cefalométrica, os resultados decorrentes da ressecção unilateral total do arco zigomático em ratos Wistar. As ressecções foram realizadas com 30 dias e os animais foram sacrificados 60 dias após a cirurgia. O crânio e as hemimandíbulas foram submetidos a exames radiográficos nos sentidos axial e em norma lateral respectivamente, as imagens radiográficas foram digitalizadas e com o uso de um programa específico foram realizadas as seguintes mensurações e comparados com o lado oposto, que não sofreu cirurgia, distância entre: bula timpânica e raiz mesial do 1º molar superior (BT-RM), bula timpânica e forame infra-orbital (BT-FO), forame infra-orbitário e ponto incisal (FO-PI), os pontos de maior concavidade na fossa temporal (sentido antero-posterior) (FIA-FIP), bula timpânica e ponto de maior concavidade na região anterior da fossa temporal (BT-FIA), bula timpânica e ponto de maior concavidade na região posterior da fossa temporal (BT-FIP). Só foram encontradas diferenças nas mensurações relacionadas à fossa temporal as outras comparações não mostraram diferença estatisticamente significativa.

Autor (a) do resumo : Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Zigoma; Desenvolvimento maxilofacial; Radiografia;
Medidas.

OILO, G. Bond strength testing: what does it mean? **Int Dent J**, Bristol, v. 43, n. 5, p. 492-498, Oct. 1993.

Força adesiva é a força por unidade de área requerida para quebrar uma união adesiva, com uma falha ocorrendo em uma interface adesiva ou perto dela. O propósito de separar uma união adesiva é tentar estabelecer um valor que mostre o quanto forte era essa adesão. Três fatores principais têm influência significativa nos resultados independente do produto: o método do teste, a qualidade do substrato e as condições de armazenamento dos espécimes prévias ao teste. Os testes de tração e de cisalhamento são os métodos mais usados. No primeiro, o adesivo é quebrado pela força trabalhando perpendicularmente à superfície dentária, enquanto que no segundo, a força atua paralelamente a ela. Outro importante fator é a própria dentina. Sua qualidade e estrutura exposta variam com o tipo e idade do dente, tamanho e número das aberturas dos túbulos e o tratamento da superfície. O complexo ambiente bucal é impossível de ser simulado em laboratório, apenas testes clínicos podem dar uma resposta adequada. Entretanto, tempos longos de armazenamento em água no laboratório e termociclagem podem dar alguma indicação de qual adesivo irá ter maior longevidade. A variação nos resultados obtidos por diferentes pesquisadores é grande, sendo necessária a padronização dos métodos de teste para a obtenção de valores comparáveis que possam ser usados como guia para os usuários e para posteriores melhoras no adesivo.

Autor (a) do resumo :Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Resistência à tração; Dentina.

TALLENTS, R.H. et al., Prevalence of missing posterior teeth and intraarticular temporomandibular disorders. **J Prosthet Dent**, Chapell Hill, v. 87, n. 1, p. 45-50, Jan. 2002.

A associação entre perda de dentes posteriores da mandíbula e o desenvolvimento de desordens temporomandibulares intraarticulares ainda não é totalmente clara. Neste estudo foram avaliados 82 pacientes assintomáticos e 263 com sintomas de DCM, sendo que todos os pacientes com sintomas queixavam-se de dor que se exacerbava com a função mastigatória. O número de dentes posteriores perdidos excetuando-se os terceiros molares era anotado e os pacientes foram submetidos a uma ressonância magnética para detectar a presença de deslocamento de disco. Os pacientes foram divididos em 4 grupos: 1) assintomáticos, com resultado de ressonância normal, 2) assintomáticos com deslocamento de disco, 3) sintomáticos com ressonância normal e 4) sintomáticos com deslocamento de disco. Foi encontrada uma correlação positiva entre a perda de dentes posteriores e a presença de deslocamento do disco, porém não há achados literários que comprovem que a reposição desses elementos perdidos possa prevenir o desenvolvimento de desordens temporomandibulares. No entanto a perda desses dentes pode acelerar o aparecimento de uma doença articular degenerativa.

Autor (a) do resumo : Thiago Chon Leon Lau.

Unitermos: Transtornos da articulação temporomandibular; Perda de dentes

FONG, C. D.; DAVIS, M. J. Partial pulpotomy for immature permanent teeth, its present and future. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 24, n. 1, p. 29-32, Jan./Feb. 2002.

Exposições pulpares por traumas ou cáries em um dente permanente imaturo, ou recém-erupcionado, representam um desafio clínico significativo quando da tentativa de se manter a vitalidade pulpar. Tratamentos endodônticos definitivos em um dente imaturo podem provocar alterações na deposição de dentina, tornando suas raízes mais frágeis e quebradiças. Nesses casos, torna-se apropriado o uso de técnicas que preservem ao máximo o tecido pulpar vital remanescente, o que permite a continuação fisiológica de deposição de dentina e desenvolvimento radicular. As técnicas disponíveis incluem o capeamento pulpar direto, a pulpotomia completa e a pulpotomia parcial. A pulpotomia parcial, também chamada de curetagem pulpar, remove apenas a porção de tecido afetado e hiperêmico quando da ocorrência de uma exposição pulpar, sendo considerada um estágio intermediário entre o capeamento pulpar e a pulpotomia completa. Assim sendo, passa a ser a técnica de escolha para tratamento de exposição pulpar em dentes permanentes prematuros. Novos estudos e desenvolvimento de agentes biocompatíveis são indicados para se avaliar a aplicabilidade dessa técnica em dentes recém-erupcionados comparados com dentes já adultos.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Pulpotomia/métodos, Dente decíduo.

MAZZONETTO, R.; SPAGNOLI, D. B. Artroscopia para o tratamento dos desarranjos internos da articulação temporomandibular. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 337-342, set./out. 2001

A artroscopia da ATM pode ser dividida em duas categorias: diagnóstica e operativa. A artroscopia diagnóstica nada mais é do que a direta visualização dos tecidos articulares e é usada para diagnosticar mudanças patológicas nas articulações. Outra indicação ocorre quando se necessita de biópsia de uma lesão ou doença. Já artroscopia operativa é intervencional e empregada para tratar anormalidades articulares. Esse procedimento é indicado para tratamento de desarranjos internos, sinovites, doenças degenerativas da articulação, casos de hipomobilidade resultando em subluxação ou deslocamento. A terapia conservadora sempre deve proceder a intervenção cirúrgica, normalmente um a dois meses antes, onde a ação da fisioterapia, das placas oclusais e da terapia medicamentosa é fundamental no plano de tratamento geral, devendo ser mantida por até seis meses após a intervenção cirúrgica como parte do programa de reabilitação. Dentre os procedimentos mais comuns durante uma artroscopia da ATM, podemos citar a lavagem, a remoção das adesões, a mobilização do disco, a abrasão e a discectomia. Os resultados clínicos são altamente satisfatórios, estando a porcentagem de sucesso em torno de 79% até 93%, alcançado clinicamente através da diminuição da dor e do aumento da abertura bucal. Um grande número de estudos mostra que a artroscopia é uma modalidade clínica segura e efetiva, com uma mínima invasividade, e que as complicações pós-operatórias são raras.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Articulação temporomandibular; Artroscopia; Cirurgia bucal

PARAJARA, F.; LEAL, K. Simplicidade contra a cárie. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 9-20, jan./fev. 2002.

O Tratamento Restaurador Atraumático, do inglês "Atraumatic Restorative Treatment", é uma técnica de intervenção pouco invasiva usada para recuperar dentes atingidos pela cárie, na qual o dentista remove a parte cariada do dente usando apenas instrumentos manuais, sem anestesia. Ela pode ser aplicada em crianças e em portadores de necessidades especiais. Para a restauração da cavidade, aplica-se o cimento de ionômero de vidro, um material que pode paralisar ou, pelo menos, diminuir a progressão da lesão cariada, visto que o número de bactérias tende a cair pela falta de nutrientes nas cavidades seladas. A técnica requer profissionais qualificados e hábeis que prescrevam corretamente o tratamento e ainda manipulem e coloquem o material adequadamente. Essa técnica obtém mais sucesso quando empregada na restauração de cavidades classe I, do que na restauração de cavidades classe II. Por outro lado, o ART atende a todas as normas de biossegurança, precisa de um pequeno número de instrumentos, pode ser feito sem anestesia local e ainda preserva a parte sadia do dente. O correto diagnóstico inicial da doença é fundamental para se alcançar bons resultados com o ART. A técnica pode ser usada nos seguintes casos: no tratamento de lesões cariosas que envolvem dentina, em cavidades acessíveis por instrumentos manuais e no selamento de fossas, cicatriculas e fissuras. Qualquer sinal de dor do paciente permite saber qual o momento de parar de retirar o tecido doente. Alguns parâmetros ajudam a identificar se a quantidade de material removido é suficiente. De forma geral, não deve haver mais tecido amolecido e, portanto, a dentina deve estar mais endurecida, mais clara e menos molhada, quase chegando ao aspecto seco.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Restauração dentária permanente; Cárie dentária; Cimentos de ionômeros de vidro.

YARED, F. N. F. G. et al. Estomatite cremosa ou “sapinho”: avaliação da influência da limpeza bucal no lactente antes da erupção dentária. **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 103-110, mar./abr. 2001.

O sapinho (candidíase pseudomenbranosa ou estomatite cremosa) é uma doença dermatológica de origem micótica, causada pela *Candida albicans*, sendo a infecção mais freqüente na cavidade bucal de recém-nascidos e crianças nos primeiros meses de vida. Os principais fatores predisponentes são: nascimentos prematuros, permanência na UTI Neonatal, a não observância dos princípios de biossegurança no ambiente hospitalar, uso excessivo de antibióticos de largo espectro e partos normais em que a mãe apresenta vulvovaginite blastomicética. As manifestações clínicas observadas principalmente a partir da segunda semana são: aspecto de pseudomembranas de cor branco-amarelada ou acinzentada, cremosas, de superfícies lisas e brilhantes, consistência amolecida, localizando-se em qualquer área da mucosa bucal. A remoção destas formações pode provocar o aparecimento de uma superfície eritematosa e dolorida. O objetivo desse estudo foi observar a prevalência de “sapinho” entre os lactentes, a faixa etária e o gênero mais acometidos, bem como verificar se a prática de limpeza da boca dos lactentes, antes da erupção dos primeiros dentes, influencia na prevalência de candidíase oral. A amostra foi constituída de 730 bebês, na faixa etária de 0 a 300 dias. Os resultados apontaram que a prevalência de candidíase na cavidade bucal de lactentes foi de 12,09%, sem diferença estatística entre os gêneros, sendo que os mais acometidos estavam na faixa etária de 0 a 30 dias. Com relação à prática da limpeza da cavidade bucal dos lactentes desde o nascimento, antes da erupção dos dentes decíduos, não foi observada qualquer influência ao ser relacionada com a aquisição de candidíase.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Prevalência; Candidíase bucal; Bebês.

FRIEDLANDER, A. H. The physiology, medical management and oral implications of menopause. *J Am Dent Assoc*, Chicago, v. 133, n. 1, p. 73-81, Jan. 2002.

O pico da função ovariana ocorre antes dos 30 anos de idade e, então, declina gradualmente. A transição para a menopausa (climatério), definida como os meses e anos ao redor do último período menstrual, é precipitada por quantidades reduzidas de folículos funcionantes, uma redução conseqüente no nível de estrogênio e uma inabilidade para responder aos hormônios pituitarianos. Mudanças fisiológicas observadas em mulheres pós-menopausa são: sensação de calor, sudorese noturna e ressecamento vaginal. Além disso, a privação de estrogênio associada com fatores relacionados a idade aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio e AVC), osteoporose, doença de Alzheimer e doenças orais. Os achados clínicos bucais mais comuns incluem: redução do fluxo salivar, maior risco a cáries, disestesia, alterações do paladar, gengivite atrófica, periodontite e osteoporose maxilar, o que torna a maxila imprópria para tratamentos protéticos convencionais e implantes dentários. A terapia de reposição hormonal geralmente é prescrita, a curto prazo, para aliviar os desconfortáveis sintomas associados com deficiência de estrogênio e, a longo prazo, para prevenir algumas doenças crônicas comuns em mulheres pós-menopausa. Assim, os dentistas devem considerar a fase estressante da vida dessas pacientes, ser conscientes das doenças sistêmicas e bucais mais prevalentes nesse grupo, bem como orientar as mulheres que não estão sob tratamento com ginecologista para uma avaliação, a fim de determinar uma apropriada terapia de reposição hormonal, o que traria benefícios tanto sistêmicos como orais.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Menopausa; Patologia bucal; Terapia de reposição de estrógenos.

ALI, D. A. et al. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J Am Dent Assoc*, Chicago, v. 133, n. 6, p. 734-737, June 2002.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é definida como o relaxamento muscular involuntário do esfíncter esofágico superior, que permite que o ácido do refluxo se mova através do esôfago até a cavidade oral. A DRGE silenciosa refere-se ao refluxo gástrico sem sintomas tais como vômito, gosto azedo inexplicável ou azia, em que a erosão do esmalte e sensibilidade dos dentes posteriores podem ser os primeiros sinais observados. Foi relatado o caso de um homem de 30 anos que procurou por tratamento com a queixa principal de coloração amarelada dos seus dentes e bordas incisais lascadas. Ao exame clínico, observou-se erosão das superfícies oclusais dos dentes posteriores e superfícies palatinas dos dentes anteriores superiores, com conseqüente diminuição da dimensão vertical de oclusão. Indicou-se ao paciente um gastroenterologista, o qual confirmou o diagnóstico de DRGE silenciosa. Após o tratamento desse problema, determinou-se um plano de tratamento para reabilitação dentária. Os dentistas, portanto, têm um papel importante no diagnóstico da DRGE silenciosa, sendo essencial o diagnóstico diferencial com bulimia, atrição e abrasão. É importante que se resolva a condição médica ativa antes do início do tratamento dentário. Após a intervenção médica com sucesso, a terapia dentária é necessária para restaurar a forma e função dentária.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Refluxo gastroesofágico; Erosão de dente; Reabilitação bucal.

TAANI, D. Q. Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. *Quintessence Int*, Carol Stream, v. 33, n. 3, p. 495-498, Mar. 2002.

Avaliar a higiene bucal, condição gengival e cárie dentária em crianças entre 12 e 15 anos de grupos socioeconômicos diferentes, representados por aquelas que estudam em escolas públicas (674) e em escolas privadas (347). O exame foi realizado com as crianças sentadas em uma cadeira dentro da sala de aula, ao lado de uma janela e com uma luz artificial direcionada para a sua boca. Proporções significativamente maiores de crianças que estudam em escolas públicas apresentaram sangramento durante a escovação e cálculo. Os índices gengival e de placa foram maiores em crianças de escolas públicas, mas a diferença não foi estatisticamente significativa entre os dois grupos. Além disso, essas crianças apresentaram mais dentes e superfícies cariadas, ausentes ou restauradas, embora não houvesse diferença estatisticamente significativa com as que estudam em escolas privadas. Entretanto, crianças de escolas particulares tiveram significativamente mais dentes e superfícies ausentes ou restauradas. Portanto, os achados para higiene bucal, condição gengival e cárie dentária foram piores, mas não significativamente piores, entre as crianças pobres do que entre as ricas. Assim, a educação sobre saúde bucal deve ser recomendada para ambos os grupos socioeconômicos.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Cárie dentária;. Higiene bucal; Classe social; Gengiva.

SEM medo do motorzinho. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 78, p. 70-71, ago. 2002.

A empresa Clorovale Diamantes está lançando no mercado uma nova linha de brocas odontológicas com ponta recoberta por diamante sintético. A maior novidade é uma broca que funciona por vibração a partir de ondas de ultra-som. Ela é adaptável aos aparelhos de ultra-som, usados para tratamentos de periodontia, quase não emite ruídos e reduz a dor, dispensando o uso de anestesia na maioria dos tratamentos. Dentistas que já testaram o produto concluíram que em mais de 70% dos casos o tratamento é indolor. Isso acontece porque essa broca atinge a cavidade dentária pela vibração, sem esmagar a dentina, região onde ficam os filamentos nervosos que dão a sensibilidade ao dente. Uma outra novidade que também está sendo colocada no mercado é uma broca de rotação convencional com ponta de diamante-CVD, o mesmo diamante que reveste as brocas dos aparelhos de ultra-som. Esta broca sofre um desgaste mínimo com o uso e tem vida útil superior à das brocas tradicionais. Além disso, sua fabricação não utiliza metais ou outros resíduos danosos ao ambiente e nem ao paciente, uma vez que as matérias primas (hidrogênio, principalmente) são biocompatíveis. As pontas de broca da Clorovale custam entre R\$ 30 (por rotação) e R\$ 80,00 (ultra-som) e são bem mais caras do que as de diamante convencional (R\$ 3,00). Mas, segundo os sócios da empresa, o custo-benefício compensa, já que elas são pelo menos 30 vezes mais duráveis.

Autor(a) do resumo: Vivien Thiemy Sakai.

Unitermos: Rotação; Vibração; Instrumentos odontológicos.

SEMINÁRIOS

Tratamento Restaurador Atraumático: um tratamento definitivo?

Autores (as): Camila Garcez Santos
Alexandre Grando de Oliveira

Orientadores(as): Linda Wang
Daniela Gigo Cefaly

O tratamento restaurador atraumático (ART) consiste na remoção de tecido cariado com instrumentos manuais e no selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Essa técnica é considerada atraumática, pois geralmente não requer anestesia e remove apenas tecido dentário irreversivelmente comprometido. Pesquisas iniciadas na África com Frencken et al na década de 80, quando os CIV presentes no mercado sofreram nitidas modificações. Sua utilização é devido ao seu poder anticariogênico pela liberação e recarga de ions flúor, capacidade de selamento e adesão aos tecidos dentários. O ART é utilizado em comunidades carentes, países subdesenvolvidos, bairros pobres de países desenvolvidos, sendo considerado um tratamento definitivo assim como o amálgama. A taxa de sucesso do ART de uma face após três anos é de aproximadamente 80% de acordo com Frencken et al, e suas vantagens e limitações ainda estão sendo aperfeiçoadas. Por isso o ART já é testado e usado em vários locais do mundo e aprovado pela Organização Mundial de Saúde como mais uma ferramenta na área de Saúde Coletiva.

Dentifrícios: como o cirurgião-dentista deve prescrever?

Autores (as): Camila Garcez Santos
Jhanni Melissa Ribeiro de Jesus

Orientador(a): Profa. Ms. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

A implementação e disseminação de dentifrícios fluoretados a partir da década de 70, coincide com evidências da redução da cárie dentária, independente da fluoretação da água de abastecimento público. Atualmente uma grande gama de dentifrícios encontra-se disponível no mercado nacional. Entretanto os profissionais não sabem como prescrevê-los segundo as necessidades de cada paciente. O objetivo deste estudo foi de ressaltar e esclarecer as propriedades dos componentes utilizados nos dentifrícios e suas respectivas funções. A composição básica inclui: abrasivo, umectante, detergente, flavorizante, preventivo/terapêutico, conservante e água. O agente anticárie utilizado é o flúor, em diferentes formas (NaF, Na₂PO₃, MFP, SnF₂). O agente umectante mantém úmido o conteúdo, detergente auxilia na remoção dos debris, aglutinante dá consistência e previne a separação da fase sólida e líquida, agentes terapêuticos antiplaca (triclosan, cloreto de cetilpiridíneo, óleos e essências), antitártaro (zinco e pirofosfato), anti-sensibilidade dentinária (nitrato de potássio, cloreto de estrôncio), clareadores dentais (peróxidos e outras substâncias). O conhecimento dos componentes e suas respectivas ações permite, que o cirurgião-dentista adote critérios de seleção na prescrição do dentifrício adequado, para paciente adequado durante o período adequado. Conclui-se que a prescrição de dentifrício é de responsabilidade do profissional, podendo colaborar e muito na saúde bucal do paciente.

A escolha das escovas dentais: o que levar em consideração

Autores(as): Camila Garcez Santos
Guilherme Ferreira Bibiano Silva

Orientadores(as): Profa. Dra. Nilce Emy Tomita
Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos

O controle mecânico da placa é uma das maneiras mais eficientes de se prevenir a ocorrência de doenças periodontais e cáries, pois promove a desorganização da placa bacteriana, evitando que microorganismos patogênicos promovam a instalação da doença. Para esse fim, milhares de anos atrás, já eram utilizados objetos para higiene dental, como palitos, gravetos e até o próprio dedo. Posteriormente foram surgindo as escovas dentais, que no início tinham as cerdas confeccionadas com pêlos de animais e depois com cerdas sintéticas. Hoje, as escovas manuais podem ter cerdas sintéticas ou naturais, e as elétricas, somente sintéticas. Onde não são comercializadas, podem ser feitas também escovas alternativas, como por exemplo, com gravetos e esponjas. No mercado há uma grande variedade de escovas, porém para escolhê-las, deve-se levar em conta: como a anatomia e psicomotricidade do paciente, dureza das cerdas e condição sócio-econômica. Para pacientes com dificuldades motoras, pode-se recomendar o uso de escovas elétricas. Para indicação das escovas manuais, deve-se adequar o tamanho da cabeça da escova à abertura bucal e disposição dental do paciente, as cerdas devem ser macias, podem estar todas niveladas e preferencialmente de nylon. Entretanto, observa-se que as escovas existentes muitas vezes não têm um controle de qualidade adequado, apresentando disparidade entre o número de cerdas por tufo e em alturas diferentes, falta de paralelismo destas e acabamento irregular. Pois isso, ao indicar uma escova dental, o cirurgião dentista deve estar ciente da qualidade do produto por ele aconselhado. Além disso, deve-se salientar a importância do armazenamento adequado da escova, sempre limpa e sem resíduos, onde possa secar com rapidez e onde não tenha contato com outras escovas. É por meio de uma boa educação sanitária que o dentista irá conseguir promover um melhor estado de saúde bucal em seu paciente.

O papel do cirurgião dentista frente ao abuso infantil

Autores(as): Jhanni Melissa de Jesus
Bruno Alberto Vidotti

Orientador(a): Roberto Abdo

O abuso infantil, seja através de maus tratos, ou de negligência, ou de abuso sexual, constitui-se em sério problema mundial que atinge todos os seguimentos da sociedade. É dever de todo o cidadão denunciar casos de que tome conhecimento, a fim de livrar crianças desse tipo de problema. O cirurgião dentista que lida com crianças em seu consultório pode ser capaz de identificar uma criança que esteja sofrendo abuso através de sinais clínicos associados ao comportamento da mesma e do acompanhante. Sendo assim, é muito importante que o profissional conheça quais são os sinais clínicos mais comuns, saiba reconhecer comportamentos suspeitos, e esteja ciente de qual seu papel legal frente aos casos de abuso infantil dos quais ele suspeite entre seus pacientes. Machucados em lugares em que não há proeminências ósseas (que são os locais mais comuns de serem atingidos numa queda), queimaduras com formato bem delimitado (que podem indicar queimaduras provocadas de forma proposital com objetos como o cigarro) são alguns sinais que devem despertar atenção do cirurgião dentista. Além disso, o comportamento da criança pode denunciar que ela está sofrendo ameaças ou algum tipo de abuso. Crianças que demonstram medo de adultos e que não querem voltar para casa após o tratamento devem ser observadas com cuidado. O cirurgião dentista deve entender que como cidadão e também como profissional da saúde ele tem uma séria responsabilidade junto às crianças que atende em seu consultório. A lei afirma que omitir um caso de abuso ou negligência contra crianças é crime. Sendo assim, o cirurgião dentista deve estar atento, e pronto a denunciar às autoridades responsáveis os casos de que tome conhecimento. Assim fazendo, o profissional não apenas estará cumprindo um papel legal, mas também livrando uma criança de sofrimentos que poderiam trazer graves conseqüências à sua vida adulta e até mesmo salvando sua vida.

Prótese de fala: interação fono-odonto em prol dos pacientes fissurados

Autores(as): Jhanni Melissa de Jesus
Jose Gustavo R. Rodrigues

Orientadores (as): C.D.Homero Carneiro Aferra
Dra. Maria Inês Pegoraro-Krook

A prótese de fala é um dos recursos que podem ser utilizados no tratamento de pacientes portadores de fissura lábio-palatal. Existem vários tipos, mas de forma geral, consiste numa prótese normal com um prolongamento em direção ao palato. É composta de três partes: A porção anterior, que recompõe os dentes e rebordos ausentes, o tailpiece, que eleva ligeiramente o palato mole, e o bulbo, que tem a função obturadora. Há casos em que a cirurgia sozinha não consegue restabelecer o fechamento da região do palato, para os quais a prótese de fala pode ser o único recurso para permitir que o paciente possa falar, deglutir e se comunicar melhor. A prótese de fala também tem sido usada como um método preventivo, nas crianças que ainda não passaram por todas as cirurgias necessárias. Ela impede que a criança crie hábitos deletérios para falar e deglutir, os quais poderiam dificultar a adaptação à nova forma do palato após a cirurgia. É imprescindível que a indicação da prótese de fala seja feita por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, dentistas e fonoaudiólogos. A confecção, instalação e, principalmente, a adaptação da prótese de fala deve ser feita por um trabalho conjunto de dentistas e fonoaudiólogos.

O cirurgião-dentista e os pacientes geriátricos

Autores (as): Vivien Thiemy Sakai
Jefferson Tomio Sanada

Orientadores (as): Luciana Reis de Azevedo
João Adolfo Costa Hanemann

A Odontogeriatría é o ramo da odontologia que previne e atende as necessidades dos idosos. No Brasil, o crescente aumento da população idosa, observado através de dados estatísticos, culminou com o seu reconhecimento como uma nova especialidade odontológica em 2001. Um dos pontos mais críticos no atendimento de pacientes idosos é a correta visualização do indivíduo como um todo. Assim, antes que qualquer procedimento clínico seja executado, obrigatoriamente deve ser realizado um minucioso exame clínico, que compreende a anamnese, com especial atenção à história médica, e o exame físico extra e intrabucal. Os efeitos adversos mais comuns dos medicamentos são: hipossalivação (responsável por dificuldades de mastigação e deglutição, sensação de ardência bucal, aumento da susceptibilidade à cárie e à doença periodontal, queilite angular, úlceras bucais e problemas na retenção de prótese totais), mudanças na sensação do olfato e paladar, anorexia, candidose, hiperplasias gengivais, disfagia e risco aumentado de hemorragias pós-cirúrgicas. Algumas alterações patológicas na cavidade bucal de idosos são: candidose, hiperplasia fibrosa inflamatória, hiperplasia papilar, queilite actínica, carcinoma espinocelular. Assim sendo, fica clara a importância do cirurgião dentista na detecção das lesões bucais mais frequentes nessa população, bem como na promoção de saúde, a qual deve estar focada na prevenção de cáries, doença periodontal e câncer bucal. Sobre o tratamento odontológico propriamente dito, julgamos como a parte mais simples do processo, já que, uma vez identificados os diversos fatores específicos aos idosos, o tratamento discorre com a normalidade de um atendimento em pacientes de meia-idade.

Diagnóstico e tratamento de pacientes com desordens sangüíneas

Autores(as): Vivien Thiemy Sakai
Diego Guilherme Dias Rabello

Orientadores(as): Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Jr.
Prof. Dr. Osny Ferreira Jr.

Embora o número exato de pacientes de risco para problemas de sangramento no consultório dentário não seja conhecido, pacientes com hemostasia alterada não são incomuns, representando um desafio ao dentista que os trata. Um entendimento dos mecanismos de hemostasia e dos sinais e sintomas dos defeitos hemostáticos específicos é útil na avaliação do paciente com coagulopatia, tais como trombocitopenia, hemofilia e doença de von Willebrand. O tratamento odontológico desses pacientes tem gerado grande discussão na literatura, principalmente com relação à padronização das condutas cirúrgicas. Uma anamnese e exame físico minuciosos são fundamentais para se realizar o tratamento com segurança, devendo o cirurgião dentista orientar o paciente a procurar um médico diante de suspeitas de comprometimentos sistêmicos. Além disso, o profissional deve saber quando solicitar um exame de sangue, interpretá-lo corretamente e, a partir daí, adotar medidas preventivas para o tratamento. Assim, é de fundamental importância reforçar as habilidades diagnósticas utilizadas na avaliação de pacientes com coagulopatias, discutir as desordens de sangramento encontradas mais freqüentemente na prática odontológica e delinear técnicas e modificações de tratamento para ser considerado seguro e efetivo.

Estética em reabilitação oral sem metal

Autores(as): Leonardo H. Vadenal Panza
Guilherme Ferreira Bibiano Silva

Orientador(a): Juliano M. Scolari

Com a busca incessant pela estética tanto por parte dos apcientes como dos profissinais da área odontológica, cada vez mais ganham espaço as restaurações livres de metal (“metal-free”), que apresenta vários sistemas para confecção como IPS Empresse 2, In-Ceram, Procera, entre outros. Esse seminário teve como objetivo abordar os principais sistemnas disponíveis atualmente no mercado, bem como suas indicações e propriedades mecânicas, visando dar ao aluno uma noção básica de como indicar um ou outro tipo de restauração protética, bem como mostrar em detalhes a técnica de execução, desde o preparo do remanescente dental até a cimentação definitiva da peça protética. Dando um enfoque contemporâneo sobre os prós e contras de cada sistema descrito comparando-os principalmente às tradicionais próteses metalo-cerâmicas.

Protocolo de atendimento cirúrgico – HRAC

Autores(as): Alexandre Grando de Oliveira
José Gustavo R. Rodrigues

Orientador(a): Dra. Lucimara T. das Neves

A classificação das fissuras lábio palatais são de extrema importância para permitir o diálogo eficiente entre os profissionais. A classificação de Spina empregada pelo HRAC-USP é também amplamente utilizada em outros centros de estudo desse tipo de má formação. Sua incidência no Brasil gira entre 1 a cada 650 nascimentos, porém, estudos tem verificado um aumento na sua incidência nos últimos anos. A etiologia relaciona tanto casos com influência genética, como a atuação de fatores ambientais durante a formação embrionária. Para o atendimento desses pacientes, o HRAC possui um protocolo que visa a sistematização e organização dos casos. Quando o paciente chega ao hospital é avaliado por uma equipe multidisciplinar composta por ortodontista, cirurgião plástico e fonoaudiólogo que traçam a conduta terapêutica a ser empregada (avaliando fatores como o tipo de fissuras a expectativa da família e a condição geo-sócio-econômica) e dão as orientações iniciais. Para execução dos procedimentos cirúrgicos são necessários alguns requisitos como uma condição oral, sistêmica e psicológica adequadas. Para isso, os profissionais que atendem o paciente em seu município de origem podem trabalhar de maneira a agilizar o atendimento no hospital. Isso inclui o controle da cárie dental, o emprego de dietas controladas que permita uma nutrição adequada.

Aspectos patológicos e cirúrgicos dos tumores mandibulares tratados com ressecção**Autores(as):** José Gustavo Ribeiro Rodrigues
Leonardo H. Vadenal Panza**Orientador(a):** Prof. Dr. Eduardo Sant'Ana

Neoplasias são neoformações de tecido anormal, esse crescimento pode ser tanto de origem epitelial quanto conjuntiva. Dependendo do comprometimento, podem ser classificadas como benignas (presença de cápsula e crescimento lento) ou malignas (de crescimento acelerado, infiltrativas, de difícil delimitação). Esta, por sua vez pode exigir intervenções mais drásticas, para aumentar a margem de segurança. Alguns exemplos deste tipo de patologia que estão relacionados a cavidade oral e que podem indicar uma ressecção de mandíbula estão entre os ameloblastomas unicístico, multicístico e maligno, otumor odontogênico epitelial calcificante, mixomas osteossarcoma e odontolameloblastoma.

Periodontite crônica e sua relação com MMP-1: aspectos biomoleculares

Autores(as): José Gustavo Ribeiro Rodrigues
Marcelo Lupion Poleti

Orientadores(as): Esther R. Takamori
Prof. Dr. Jose Mauro Granjeiro

O polimorfismo da região promotora de metaloproteinases (MMPs) vem sendo amplamente discutido na literatura e relacionado a incidência de doença periodontal. Entende-se por polimorfismo qualquer variação da seqüência de DNA comum entre indivíduos de uma população. A região promotora é aquela capaz de realizar o controle gênico para a referência da seqüência de DNA necessária para o início de uma transcrição, regulando a taxa em que essa transcrição ocorre. As MMPs é uma família de endopeptidases responsáveis pela degradação da matriz extracelular. Alguns trabalhos relacionam esse polimorfismo com um aumento da incidência de doença periodontal. Isso pode permitir que futuramente a classificação de um paciente quanto ao risco de desenvolver esse tipo de patologia num simples exame de sangue, capaz de identificar esse polimorfismo. Com esse recurso, podem ser empregadas atitudes preventivas, beneficiando vários paciente.

Abordagem clínica das más oclusões na dentição decídua

Autores(as): Elizandra Paccola Moretto
Rodrigo Maschietto Forti

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Aparecida de A. M. Machado

Na dentadura decídua as principais más oclusões são mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e as más oclusões de Angle (classes I, II e III). A ação persistente das forças musculares provenientes dos hábitos bucais deletérios provocam alterações nos arcos dentários da criança em crescimento e resultam principalmente em mordida aberta anterior e/ou mordida cruzada posterior. Os principais hábitos deletérios são: sucção digital ou de chupeta, que são desenvolvidos pela criança para nutrir uma carência emocional e aliviar as tensões (nesse caso ocorre pressionamento do palato como polegar, razão pela qual ele fica ogival, e os incisivos superiores são empurrados para vestibular pelo dedo ou chupeta) e causa mordida aberta anterior; posicionamento lingual atípico, que ocorre na deglutição atípica, quando a língua é usada como vedamento da região anterior e pressiona os dentes causando mordida aberta anterior; e respiração bucal que se deve a má postura, adenóides e amígdalas hipertróficas, entre outros, obstruindo a passagem do ar, o paciente fica com a língua no soalho da boca e não faz pressão sobre o palato, não estimulando seu crescimento transversal, assim ela favorece a mordida cruzada posterior e a pressão da língua sobre os incisivos inferiores facilita a mordida aberta anterior. O tratamento dessas más oclusões resultante dos hábitos deletérios pode ser feito tanto com aparelhos móveis quanto fixos e ele deve ser executado para evitar que ocorra má oclusão também na dentição decídua.

Tratamento odontológico em pacientes geriátricos

Autores(as): Elizandra Paccola Moretto
Leonardo H. Vadenal Panza

Orientadores(as): Stella de Noronha C. Mendes
Prof. Dr. Wellington C. Bonachela

Com o aumento da expectativa de vida da população, os avanços na medicina e a evolução do tratamento odontológico, principalmente na área da prevenção, cada vez mais aumenta o número de idosos nos nossos consultórios. Essa população apresenta características especiais que devem ser respeitadas para um correto atendimento, como por exemplo: dificuldades de locomoção, deficiências visuais e auditivas, entre outras. Além disso, o envelhecimento geralmente vem acompanhado de doenças típicas, cuja medicação provoca vários efeitos colaterais, tais como: xerostomia, hemorragias, eritema multiforme, candidíase, hiperplasia gengival, reação liquenóide, estomatite ulcerativa vesicular e alterações no paladar. O mais comum deles é a xerostomia que é consequência de muitos medicamentos. Ela é causada por distúrbios nas glândulas salivares que podem ser temporários ou permanentes e provoca alterações químicas e sensoriais (gustativas e olfativas) e prejudica a mastigação, fala e deglutição. Portanto, é necessário enfatizar a importância da saúde geral do paciente idoso na hora de fazer nosso planejamento e considerar os fatores: idade, estado de saúde do paciente, sua expectativa de vida e acesso financeiro e físico à higiene bucal.

LED: Uma nova opção para polimerização de materiais resinosos

Autores (as): Marcelo Lupion Poleti
Jefferson Tomio Sanada

Orientadores (as): Prof. Dr. Eduardo Batista Franco
Lawrence Gonzaga Lopes

Com a evolução das resinas compostas, houve também o desenvolvimento de novos tipos de luzes que ativam a polimerização, o mais usado na atualidade é a luz halógena, que possui uma intensidade de luz entre 400 a 500 nm, ativando a canforaquinona, assim transformando o monômero em polímero. Há no mercado outros tipos de aparelhos fotopolimerizadores como, de arco plasma, laser de argônio e LED (light emitting diodo). Este possui varias vantagens como: trabalha em baixa intensidade de luz, que leva a uma redução no nível de calor; a luz emitida está entre 450 a 490 nm, bem próximo do necessário para ativação da reação de polimerização; não depende de filtros e lâmpadas; é fabricado em aparelhos pequenos e sua durabilidade é maior que 100.000 horas de uso clínico. Um dos maiores inconvenientes demonstrados pela literatura, seria o tempo de ativação através da luz, para a efetiva polimerização, pois trabalhos demonstram que em restaurações diretas de resina composta necessitamos de 40-60 segundos de ativação pela luz e de 120 segundos para cimentação de peças protéticas com uso de cimentos resinosos, ou seja, com esses aparelhos observamos a necessidade de um maior tempo para trabalho em nossa rotina clínica. Mas o LED na atualidade é mais uma opção para fotopolimerização possuindo suas vantagens e desvantagens mas, demonstram-se comprovadamente eficazes.

Utilização de implantes no planejamento de tratamento integrado: periodontia, prótese e ortodontia

Autores (as): Thiago Chon Leon Lau
Jefferson Tomio Sanada

Orientador (a): Prof. Dr. Paulo Martins Ferreira

A ortodontia tem se integrado cada vez mais com as outras especialidades, tornando os tratamentos mais completos e integrados, considerando as novas tendências da odontologia, ou seja, realizando um tratamento multidisciplinar. Dentre desses avanços, a interação Ortodontia-Implantodontia, em casos de ancoragem em implantes para movimentação ortodôntica, vem se destacando e demonstrando bons resultados. A literatura demonstra varias vantagens quando empregado este tipo de tratamento, principalmente quando necessitamos de pilares para movimentação e não possuímos, e com esse tratamento conseguimos tanto a ancoragem, como a possibilidade de reabilitação oral desse paciente. Com isso, a necessidade de um bom planejamento protético, cirúrgico, periodontal e ortodôntico realizado em conjunto, avaliando as possibilidades para cada caso é essencial para um bom resultado do tratamento.

Odonto & fono: quando é possível trabalhar juntos?

Autores (as): Alexandre Grando de Oliveira
Diego Guilherme Dias de Rabello

Orientador (a): Prof. Dr. ^a Katia Flores Genaro

Numa evolução contínua da área, fica cada vez mais evidenciada a relação de proximidade entre a odontologia e a fonoaudiologia para um tratamento mais completo e mais eficiente do paciente, principalmente no que se refere à motricidade oral, uma das áreas de atuação comuns a tais profissões. Além de diagnosticar e avaliar os problemas relacionados à motricidade cabe prevenir e fazer o tratamento de distúrbios miofuncionais orais. Com grande conhecimento do Sistema Respiratório, Sistema Nervoso e Sistema Digestivo ambos atuam na correção do problema, alterando a função do sistema estomatognático, e contando ainda com atuação de agentes de saúde de outras áreas, como o Otorrino, o Psicólogo e o Fisioterapeuta. Os dentistas e os otorrinos alteram ainda a forma, quando se faz necessário. As funções do sistema estomatognático, como a sucção, a amamentação, a respiração, a mastigação e a deglutição se mostram necessários no processo de desenvolvimento e crescimento normal não só dos maxilares e complexo crânio-facial, mas do indivíduo, e as alterações destas funções, como os hábitos deletérios, que podem trazer sérios problemas ao paciente. Entre os principais hábitos que são discutidos, mostrando a os problemas provocados e a atuação do dentista e do fonoaudiólogo em conjunto, estão a sucção digital, a respiração bucal, a deglutição atípica e os hábitos posturais que devem ser diagnosticados e tratados em parceria para sucesso da tarapeutica.

Higiene bucal: o que é necessário saber?

Autores (as): Ana Carolina Magalhães
Bruno Alberto Vidotti

Orientadores (as): Daniela Rios
Profa. Dra. Nilce Tomita
Profa. Dr. Adriana C. P. Sant'ana

Pelas discussões em reuniões do PET, constatou-se que os alunos de 2º, 3º e 4º ano exerciam suas atividades nas clínicas da faculdade sem terem tido orientações sobre técnicas de controle mecânico da placa, através da escovação, fio dental e profilaxia profissional. É consolidado na literatura o importante papel do controle mecânico na desorganização da placa bacteriana. Juntamente com o controle químico, contribui de sobremaneira para diminuir a incidência de cárie e doença periodontal. As técnicas de escovação mais conhecidas e abordadas foram a Técnica de Fones ou Circular, Técnica de Stilmann Modificada e de Bass. O fio dental deve ser utilizado antes da escovação e introduzido lentamente nos espaços interproximais com movimentos vestibulo-linguais e vice-versa. Há de se frisar também a importância da motivação do paciente, diferente para criança, jovem e adulto. Em casos especiais, como dentes em erupção e infra-oclusão, é recomendado usar a escova em movimento vestibulo-lingual para higienizar a face oclusal, assim como o uso de escova unitufo. Estas também são indicadas para higienização de espaços interproximais mais amplos assim como as escovas interproximais. Indica-se as últimas também na limpeza de pânticos de prótese fixa e espaço entre o braquete e o arco em pacientes ortodônticos. Por fim, ressalta-se a importância do conhecimento pleno do Cirurgião-Dentista dos métodos de controle mecânico da placa para ensiná-los corretamente ao interessado, o paciente, principal responsável pelo quadro de reversão ou manutenção de uma boa saúde bucal.

Atendimento odontológico do bebê portador de fissura lábio-palatal

Autores (as): Bruno Alberto Vidotti
Rodrigo Maschietto Forti

Orientador (a): Prof^a Lucimara Teixeira das Neves

No Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais (HRACF-Centrinho) há um protocolo de atendimento ao bebe portador de fissura lábio-palatal. Nele é passado à mãe do bebê cuidados que ela tem que ter com relação à amamentação, hábitos da criança, higiene bucal, transmissibilidade da doença cárie. Na amamentação alertar a mãe com relação à introdução precoce do açúcar, e com relação à posição da criança na amamentação. A má posição pode levar à presença de leite no interior do ouvido, podendo acarretar otite no bebê. O bico da mamadeira não pode ser de silicone. O Centrinho não preconiza o uso de placa acrílica para vedamento do palato, para que haja a sucção necessária para a amamentação. O bebê, mesmo com a fissura de palato, é capaz de promover a sucção sem a placa, que além do mais se constitui como um nicho de retenção para o *S. mutans*, podendo promover. Deve-se alertar os pais da permissividade com relação à dieta que pode advir devido à condição de fissura do bebê, que às vezes faz com que os pais tratem o bebê com muito “mimo”, o que prejudica sua educação. Com relação à higiene, no bebê sem dente, usar gaze ou fralda umedecida em água filtrada fervida ou soro, uma vez ao dia. Deve-se enfatizar que a área da fissura também deve ser limpa. Em bebê com dente, a partir de 1 ano de idade, pasta de dente na quantidade de 1/3 de grão de arroz uma vez ao dia (durante a noite). Em bebês a partir de 2 anos, 1/3 de grão de arroz todas as escovações do dia. Deve-se destacar a importância dos alunos da FOB-USP saberem os protocolos de atendimento de fissurados, pois estão em íntimo contato com o maior centro de tratamento de fissuras, o Centrinho.

Estresse X lesões bucais

Autores (as): Guilherme Ferreira Bibiano Silva
Ana Carolina Magalhães

Orientador (a): Profa. Dra. Isabel

O estresse é uma condição a qual todas as pessoas estão expostas no dia-a-dia. Este pode ser causado tanto por experiências boas quanto ruins do cotidiano. Mediante a situação de estresse, o organismo libera maiores quantidades de cortisona pela glândula adrenal para tentar minimizar os efeitos dessa condição para o organismo. Porém, quanto o indivíduo está sob uma condição crônica de estresse, os níveis constantemente elevados de cortisona no sangue pode acarretar algumas alterações, tanto psicológicas quanto físicas, prejudiciais à saúde. O indivíduo pode se tornar imunodeprimido, ficando mais vulnerável ao aparecimento de determinadas doenças devido a incapacidade de combater efetivamente algumas infecções. É favorecida também a ocorrência de doenças autoimunes. Dentre essas morbidades, aparecem também manifestações na cavidade oral, como o líquen plano, lúpus eritematoso, lesões leucoplásicas e aftas. Visto que estas alterações são decorrentes de uma condição sistêmica, o tratamento das mesmas não deve se restringir a intervenções orais localizadas somente na lesão, deve-se abranger todo o estado de saúde geral do indivíduo para tentar controlar a condição que predispõe o indivíduo ao aparecimento daquelas lesões. Um possível aconselhamento ou encaminhamento a outros profissionais deve ser analisado e realizado quando julgado necessário.

Radiografia digital em odontologia

Autores (as): Leonardo Henrique Vadenal Panza
Thiago Chon Leon Lau

Orientador (a): Profa. Dra. Ana Lucia Álvares Capelozza

A radiografia digital em Odontologia deixou de ser uma promessa tecnológica e vem tornando-se cada vez mais comum nos grandes centros de radiologia do Brasil e do mundo. O presente seminário teve por objetivo mostrar os diferentes sistemas de radiografia digital existentes atualmente no mercado como o CCS (charged coupled device e opPSP (photostimulable phosphor plates), descrevendo seu sistema de funcionamento, bem como suas indicações, vantagens e desvantagens comparados entre si e como sistema convencional de radiografia analógicas. O enfoque principal mostrou as facilidades de cada aparelho e suas principais vantagens como a facilidade de armazenamento em arquivo das fichas de cada paciente, embora ainda não seja este método reconhecido com valor legal do tratamento devido aos vários programas de manipulação de imagens existentes atualmente no mercado. As informações pesquisadas nos permitem concluir que o sistema de radiografias digitais têm grande futuro dentro da odontologia principalmente quando o preço dos aparelhos tornar-se mais acessível aos clínicos odontológicos

A odontologia no programa de saúde da família

Autores (as): Diego Guilherme Dias de Rabello
Marcelo Lupion Poleti

Orientador (a): Prof^ª Dr^ª Nilce Emy Tomita

Considerando as necessidades de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos, melhoria dos índices de saúde bucal, houve a inclusão das ações de saúde bucal, equipe de saúde bucal (ESB), dentro das estratégias do programa de saúde da família (PSF), através da Portaria de 28 dezembro de 2000. O plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica busca melhorar as condições de saúde bucal da população; orientar as práticas de saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; assim como, avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF. As equipes de saúde da família deverão executar integralmente atenção básica, dentre elas ações de saúde bucal em sua área adscrita. Já ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no território municipal ou no município sede, conforme o plano diretor de regionalização do SUS. Portanto, a melhor estratégia para organização e acompanhamento das ações de atenção básica nos sistemas locais de saúde. Isto porque os investimentos em Saúde da Família têm demonstrado um impacto mais efetivo e significativo na organização da atenção básica, sobretudo naqueles municípios em que os Agentes Comunitários de Saúde ou as Equipes de Saúde da Família abrangem grande parte das áreas com indicadores de saúde considerados críticos.

Dor orofacial e trigger points diagnóstico e tratamento

Autores (as): Thiago Chon Leon Lau
Diego Guilherme Dias de Rabello

Orientadores (as): Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti
Prof. Renato de Oliveira Ferreira Silva
Prof. Rafael dos Santos e Silva

As dores são a maioria das reclamações das pessoas que procuram médicos e dentistas, sendo as dores na região da cabeça e pescoço uma das mais frequentes. Entre as dores na região de cabeça e pescoço encontram-se as dores orofaciais e mais especificamente as dores miofasciais. Essa última é um dor de difícil diagnóstico e tratamento e uma situação das dores miofasciais é a presença de trigger points, ou seja, pontos gatilho para dor localizada ou referenciada. Esses pontos se localizam em fibras musculares retesadas e tem uma média de 1mm de diâmetro, podendo se latente ou ativo o que diferencia os dois é o fato de o ativo apresentar dor espontânea e ao toque enquanto o latente somente ao toque. O tratamento é multidisciplinar com uso, por exemplo, de infiltrações, spray congelante, alongamento, fisioterapia e etc.

MONOGRAFIAS

Análise de etiologia e risco à cárie aplicada a programas preventivos odontológicos

Autor(a): Alexandre Grando de Oliveira.

Orientador(a): Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Atta

O tratamento Odontológico tradicionalmente é lembrado pela população leiga como uma ação localizada necessária para aliviar a dor. Esta definição simplista desconsidera a atuação muito mais ampla dessa profissão da Saúde que, buscando interagir com outras áreas, visa a melhora na qualidade de vida. Focalizando a saúde bucal, os Cirurgiões Dentistas têm um importante trabalho no restabelecimento da saúde geral. Sob esse aspecto, a cárie dentária deveria ser tratada integralmente, aliando conceitos básicos e práticos não somente da Odontologia. A doença cárie é considerada tradicionalmente como multifatorial, mas, diferente de outras doenças crônicas, são conhecidos profundamente os fatores locais que iniciam e progridem os processos. No entanto, o conhecimento não específico e generalizado da população a respeito dessa enfermidade contrasta com o fato dos cirurgiões dentistas serem responsáveis pela saúde de indivíduos com sinais localizados de doença e que necessitam de tratamentos específicos. Neste contexto, é importante discutir aspectos da etiologia da doença cárie que possibilitariam definir com maior praticidade clínica o conceito de risco e a efetividade de tratamentos e programas preventivos no controle de placa dentro de uma filosofia de Odontologia preventiva, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde bucal e processos de educação continuada de higiene bucal, objetivando melhoria na qualidade de vida. Conhecendo a etiologia e o que significa o risco à doença cárie, é possível escolher medidas preventivas para um indivíduo ou população e, integrando aspectos psicológicos, econômicos e sociais, realizar um tratamento holístico envolvendo a Odontologia.

Odontologia em bebês: as 8 estratégias preventivas**Autor(a):** Ana Carolina Magalhães**Orientadores(as):** Profa Dra Maria Aparecida de Andrade Moreira
Machado
Daniela Rios

A Odontologia para Bebês foi estabelecida com o objetivo de promover precocemente o atendimento preventivo, e quando necessário o curativo. Apesar da atenção a esta faixa etária (0-36 meses) estar em evidência, percebe-se ainda uma grande prevalência de doenças bucais (em especial, a cárie), uma vez que, quando os procedimentos educativos - preventivos são instalados, ocorrem tardiamente e isoladamente, quando os hábitos inadequados já estão instalados. A proposta deste trabalho foi instituir estratégias preventivas, a fim de proporcionar aos profissionais um guia prático de como gerar e manter a saúde bucal na primeira infância. O aconselhamento odontológico à gestante, o seu atendimento, a postergação da transmissibilidade da cárie, o controle da dieta do bebê, a importância da execução da higiene bucal, o uso racional do flúor, uma correta amamentação e o atendimento odontológico ao bebê, são as oito principais estratégias que devem atuar em conjunto para o alcance do sucesso da prevenção, com bebês se transformando em adultos com plena saúde bucal.

Biologia Molecular: princípios e aplicações das técnicas de PCR e RT-PCR em Odontologia

Autor(a): Vivien Thiemi Sakai

Orientadores(as): Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos
Profª. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado

Vários fatores significantes contribuem para a expansão na transformação da assistência médica. Avanços científicos e tecnológicos fornecem base para desenvolver fundamentalmente novas estratégias de intervenção diagnóstica e de tratamento. Um força propulsora significativa tem sido a crença de que as bases moleculares de doenças humanas podem ser entendidas, que essas doenças podem ser diagnosticadas e tratadas efetivamente, se não inteiramente prevenidas. A expectativa para a assistência médica está mudando daquela de um suporte paliativo para a prevenção. A análise de ácidos nucleicos na reação em cadeia da polimerase (PCR), descrita pela primeira vez em 1985, baseia-se na possibilidade de amplificação exponencial de fragmentos específicos de DNA, com a criação de milhões de cópias que servirão como matéria-prima para diferentes tipos de análises. A PCR pode ser precedida por uma reação de transcrição reversa para a obtenção de cDNA a partir de RNA (RT-PCR), representando, por exemplo, uma possibilidade de análise de expressão gênica em células ou tecidos. As técnicas de PCR e RT-PCR têm sido utilizadas em pesquisas odontológicas como ferramentas auxiliares para nortear não só o diagnóstico como também o tratamento e prevenção de doenças (cárie, doença periodontal, lesões endodônticas, hepatite C e câncer), uma vez que se mostram vantajosas em comparação a outras técnicas tradicionais pela sua alta especificidade, sensibilidade e rapidez. O objetivo do presente trabalho é de apresentar detalhes da PCR e da RT-PCR, bem como trabalhos da literatura em que ambas foram utilizadas.

ÍNDICES

ÍNDICE DE AUTORES DE RESUMOS

| | | |
|----------------------------------|-------|---------|
| Alexandre Grando de Oliveira | ..... | 3-10 |
| Ana Carolina Magalhães | ..... | 11-18 |
| Bruno Alberto Vidotti | ..... | 19-26 |
| Camila Garcez Santos | ..... | 27-34 |
| Diego Guilherme Dias Rabello | ..... | 35-42 |
| Elizandra Paccola Moretto | ..... | 43-50 |
| Guilherme Ferreira Bibiano Silva | ..... | 51-58 |
| Jeferson Tomio Sanada | ..... | 59-66 |
| Jhanni Melissa de Jesus | ..... | 67-74 |
| José Gustavo R. Rodrigues | ..... | 75-82 |
| Leonardo Henrique Vadenal Panza | ..... | 83-90 |
| Marcelo Lupion Poleti | ..... | 91-98 |
| Rodrigo Maschietto Forti | ..... | 99-106 |
| Thiago Chon Leon Lau | ..... | 107-114 |
| Vivien Thiemy Sakai | ..... | 115-122 |

ÍNDICE DE AUTORES DE ARTIGOS

| | | |
|------------------------|-------|---------------|
| ADDY, M. | ..... | 39 |
| ALI, D.A. | ..... | 54, 94,120 |
| ANDRADE JÚNIOR, A. | ..... | 13 |
| ANDREASEN, J. O. | ..... | 103 |
| AQUILINO, S. A. | ..... | 89 |
| ARROW, P. | ..... | 4 |
| ARTZI, Z. | ..... | 75 |
| BAISHI, T. J | ..... | 59 |
| BASDRA, E. K. | ..... | 110 |
| BONI, R.C | ..... | 60 |
| BORTOLUZZI, M. C. | ..... | 16 |
| BRANDÃO, A. C. | ..... | 86 |
| BRYAN, R.A.E. | ..... | 51 |
| BUISCH, Y. A. P. | ..... | 5 |
| CAMPOS, I. | ..... | 98 |
| CARDENAS-DUQUE, L. M. | ..... | 48 |
| CARTWRIGHT, R. | ..... | 19 |
| CASATI, M. Z. | ..... | 71 |
| CASTRO, M. E. | ..... | 32 |
| CEBALLOS, L. | ..... | 63 |
| CILLO, M. T. N. P. | ..... | 34 |
| COCHRANE, S. M. | ..... | 105 |
| CRUSOE-REBELLO. I.R.M. | ..... | 70 |
| CRUZ, G. D. | ..... | 20 |
| DALBEN, G. S. | ..... | 12 |
| DAVID, V. A. | ..... | 108 |
| DIAS, G. R. Dos S. | ..... | 72 |
| DOMINGUES, L. A. | ..... | 92 |
| DONALDSON, M. | ..... | 18 |

| | |
|--------------------|--------|
| ERICSSON, I. | 90 |
| FERREIRA, B. | 6 |
| FERREIRA, J. T. L. | 85 |
| FERREIRA, R. A. | 7 |
| FONG, C.D. | 115 |
| FRIEDLANDER, A. H. | 74, 10 |
| FUKAYAMA, H. | 62 |
| FUKUI, T. | 45 |
| GARCIA, A. G. | 11 |
| GARCIA, A. R. | 104 |
| GAVISH, A. | 44 |
| GREGUI, S. L. A. | 14 |
| HARRIS, R. J. | 37 |
| HENDESON, K.A. | 82 |
| HOCHMAN, M. N. | 28 |
| HORIUCHI, M. | 47 |
| HUANG, C. | 81 |
| HUNTER, M. L. | 17 |
| JACKS, M. E. | 10 |
| JOHANSSON, J. K. | 83 |
| JORGENSEN, M. G. | 100 |
| KAWAI, K. | 76 |
| KHANDWALA, A. | 109 |
| KIM, S. H. | 46 |
| KLASSEN, J.T. | 58 |
| KUGEL, G. | 101 |
| KUNZE, B. J. C. | 91 |
| LANGE, B. | 50 |
| LI, Y. | 79 |
| MARCHIORO, E. M. | 15 |
| MARTIN, G. C. | 23 |
| MATIAS, R. S. | 106 |
| MAZZONETTO, R. | 116 |
| MEECHAN, J.G. | 55 |
| MELGAÇO, C. A. | 3 |
| MODESTO, A. | 33 |
| MOJON, P. | 57 |

| | |
|---------------------|--------|
| MOLITERMO, L. F. | 95 |
| MONFRIN, R. C. P. | 26 |
| NETO, L. C. | 30 |
| NICODEMO, D. | 73 |
| NICOLAU, P. | 64 |
| OFFENBACHER, S. | 36 |
| OILO, G. | 113 |
| OILO, G. | 113 |
| OLIVEIRA, F. M. O. | 27 |
| PARAJARA, F. | 117 |
| PASHLEY, E.L. | 80 |
| PINTO, A. | 56 |
| POMARICO, I. | 29 |
| PRAETZEL | 69 |
| PRINCEL, J. R. | 67 |
| RANALLI, D.N. | 52 |
| RAWLINSON, A. | 24 |
| RAYA, S. | 8 |
| RETIEF, D. H. | 41 |
| RIBEIRO, A. | 111 |
| RINK, L. | 42 |
| RUPRECHT, A. | 43 |
| SAHIWAL, G. H. | 88 |
| SAIKUMAR, P. | 35 |
| SARMENT, D. P. | 49 |
| SAXE, S. R. | 21 |
| SCHWARTZ-ARAD, D. | 61 |
| SIMONETTI, F. A. A. | 31 |
| SINDET-PEDERSEN, S | 38 |
| SOARES, J. C. | 93 |
| SOUZA, A. P. | 65 |
| SUFAN, W. | 84 |
| SUN, J.L. | 97 |
| TAANI, D. Q. | 121 |
| TALLENTS, R.H. | 87,114 |
| TAN, E. K. | 22 |

| | |
|--------------------|---------|
| TAYLOR, G. W. | 53 |
| TESTORI, T. | 66 |
| TORABINEJAD, M. | 40 |
| TORTAMANO, A. | 99 |
| TREVILATTO, P. C. | 96, 107 |
| VALIMAA, H. | 77 |
| VILLALOB, A. S. F. | 112 |
| VILLALOBOS, O. J. | 9 |
| VOLPATO, M. R. | 25 |
| WARREN, J. J. | 102 |
| YARED, F. N. F. G. | 118 |
| YOSHIYAMA, M. | 78 |
| ZAIN, R. B. | 68 |

ÍNDICE DE AUTORES DE SEMINÁRIOS

| | | |
|----------------------------------|-------|--------------------|
| Alexandre Grando de Oliveira | ..... | 125, 133, 140 |
| Ana Carolina Magalhães | ..... | 141, 143 |
| Bruno Alberto Vidotti | ..... | 128, 141, 142 |
| Camila Garcez Santos | ..... | 125, 126, 127 |
| Diego Guilherme Dias de Rabello | ..... | 131, 140, 145 |
| Elizandra Paccola Moretto | ..... | 136, 137 |
| Guilherme Ferreira Bibiano Silva | ..... | 127, 132, 143 |
| Jefferson Tomio Sanada | ..... | 130, 138, 139 |
| Jhanni Melissa de Jesus | ..... | 126, 128, 129 |
| José Gustavo R. Rodrigues | ..... | 129, 133, 134, 135 |
| Leonardo Henrique Vadenal Panza | ..... | 132, 134, 137, 144 |
| Marcelo Lupion Poleti | ..... | 135, 138, 145 |
| Rodrigo Forti | ..... | 136, 142 |
| Thiago Chon Leon Lau | ..... | 139, 144 |
| Vivien Thiemy Sakai | ..... | 130, 131 |

ÍNDICE DE AUTORES DE MONOGRAFIAS

| | | |
|------------------------------|-------|-----|
| Alexandre Grando de Oliveira | ..... | 149 |
| Ana Carolina Magalhães | ..... | 150 |
| Vivien Thiemy Sakai | ..... | 151 |

ÍNDICE DE ASSUNTOS

A

| | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------|
| Abrasividade | ----- | 13 |
| Abrasão dentária | ----- | 48 |
| Adesivos | ----- | 108 |
| Adesivos dentinários | ----- | 42, 62, 72, 78, 80 |
| Aerossol | ----- | 10 |
| Afta vulgar | ----- | 109 |
| Agenesia | ----- | 103 |
| Aleitamento materno | ----- | 12 |
| Aloe vera | ----- | 9 |
| Amálgama dentário | ----- | 21 |
| Anestesia/métodos | ----- | 28 |
| Anestesia dentária | ----- | 62 |
| Anestésicos locais | ----- | 25 |
| Anormalidades dentárias | ----- | 12, 110 |
| Anquilose | ----- | 70 |
| Anticorpos presentes em hepatite C | ----- | 16 |
| Antissépticos bucais | ----- | 24, 26 |
| Antígeno de núcleo celular | ----- | 47 |
| Apnéia | ----- | 19, 67 |
| Arco zigomático | ----- | 112 |
| Apoptose | ----- | 35 |
| Aparelho quadri-hélice | ----- | 46 |
| Armazenagem de medicamentos | ----- | 25 |

| | | |
|--|-------|----|
| Ataque ácido dentário/ ultraestrutura | ----- | 63 |
| Atendimento odontológico | ----- | 32 |
| Aumento do rebordo alveolar | ----- | 75 |
| Avulsão dentária | ----- | 18 |

B

| | | |
|--------------------------------|-------|----|
| Bruxismo | ----- | 22 |
| Bebês prematuros de baixo peso | ----- | 36 |
| Bebidas ácidas | ----- | 17 |
| Betel quid | ----- | 68 |
| Braquetes ortodônticos | ----- | 45 |

C

| | | |
|------------------------------|-------|---|
| Candidíase bucal | ----- | 118 |
| Capeamento da polpa dentária | ----- | 48 |
| Carcinógenos | ----- | 20 |
| Cárie dentária | ----- | 5, 29, 69, 73, 79, 111, 117, 121 |
| Carga imediata | ----- | 66 |
| Cimento de ionômero de vidro | ----- | 72, 76, 81 |
| Cirurgia bucal | ----- | 6, 7, 8, 67, 117 |
| Cisalhamento | ----- | 41 |
| Cisto de retenção | ----- | 43 |
| Clareamento de dente | ----- | 98 |
| Classe III | ----- | 45 |
| Clorexidina | ----- | 24 |

| | | |
|------------------------------------|-------|------------|
| Clostridium botulinum | ----- | 22 |
| Compômero | ----- | 76 |
| Comportamento | ----- | 32 |
| Compósitos | ----- | 98 |
| Concentração de íons de hidrogênio | ----- | 25 |
| Consultórios odontológicos | ----- | 34 |
| Coroas | ----- | 30, 71, 83 |
| Criança | ----- | 32 |
| Cuidados do lactente | ----- | 60 |
| Custo | ----- | 5 |

D

| | | |
|-------------------------------------|-------|----------------------------|
| Dente decíduo | ----- | 69, 79 |
| Dentição permanente | ----- | 79 |
| Dente não vital | ----- | 69, 70, 89 |
| Dentifrícios | ----- | 13 |
| Dentina | ----- | 78 |
| Desenvolvimento maxilofacial | ----- | 112 |
| Diabetes mellitus | ----- | 14, 59 |
| Direitos civis | ----- | 31 |
| Doença cardíaca coronariana | ----- | 91 |
| Doença de Alzheimer | ----- | 21 |
| Doenças periodontais | ----- | 3, 14, 36, 49, 65, 91, 107 |
| Doenças periodontais/ epidemiologia | ----- | 53 |
| Doença do refluxo gastroesofágico | ----- | 54, 94, 120 |
| Dor | ----- | 62 |
| Dor miofascial | ----- | 44 |

E

| | | |
|-------------------------|-------|----|
| Educação em odontologia | ----- | 20 |
|-------------------------|-------|----|

| | | |
|--------------------|-------|--------|
| Endodontia | ----- | 40 |
| Enxágüe bucal | ----- | 9 |
| Erosão de dente | ----- | 94 |
| Erosão dentária | ----- | 17 |
| Escovação dentária | ----- | 13 |
| Estética dentária | ----- | 49 |
| Esplinte | ----- | 44 |
| Exodontia | ----- | 11, 15 |
| Extração dentária | ----- | 75 |

F

| | | |
|-----------------------|-------|-----|
| Fatores de risco | ----- | 91 |
| Fissura palatina | ----- | 12 |
| Fixadores | ----- | 64 |
| Fluoretos tópicos | ----- | 93 |
| Força de adesão | ----- | 113 |
| Força de cisalhamento | ----- | 63 |
| Fotopolimerização | ----- | 92 |
| Fumantes | ----- | 61 |

G

| | | |
|-----------|-------|----|
| Gene VDR | ----- | 97 |
| Gengivite | ----- | 47 |
| Glucano | ----- | 76 |
| Guid | ----- | 68 |

H

| | | |
|--------------------|-------|---------|
| Hábitos | ----- | 60 |
| Hipersensibilidade | ----- | 40 |
| Higiene bucal | ----- | 4-5, 50 |

| | | |
|-------------|-------|----|
| Hepacivirus | ----- | 16 |
| Histologia | ----- | 66 |

I

| | | |
|--------------------------|-------|---------------|
| Implantes dentários | ----- | 59, 61, 75 |
| Imunidade | ----- | 77 |
| Imunologia | ----- | 42 |
| Incisivo | ----- | 15 |
| Índice de placa dentária | ----- | 9 |
| Infiltração dentária | ----- | 72 |
| Inflamação gengival | ----- | 9 |
| Irradiação | ----- | 73 |

L

| | | |
|------------------------|-------|----|
| Lábio fissurado | ----- | 12 |
| Lasers | ----- | 73 |
| Lesão liquenóide | ----- | 68 |
| Leucoplasia bucal | ----- | 23 |
| Lidocaina | ----- | 62 |
| Ligas metalo-cerâmicas | ----- | 71 |
| Liner Bond II | ----- | 48 |
| Liquen plano | ----- | 16 |

M

| | | |
|---|-------|----------------|
| Maloclusão | ----- | 33, 45, 110 |
| Maloclusão de Angel Classe II | ----- | 110 |
| Maloclusão de Angel Classe III | ----- | 110 |
| Manchamento de resina | ----- | 92 |
| Materiais restauradores do canal radicular | ----- | 40 |
| Metaloproteinases da | ----- | 65 |

| | | |
|---------------------------|-------|--------|
| matriz | | |
| Microtração | ----- | 78 |
| Mineral trióxido agregado | ----- | 41 |
| Mordida aberta | ----- | 60 |
| Mucosa bucal | ----- | 65 |
| Mercúrio | ----- | 21 |
| Microbiologia | ----- | 24, 26 |
| Molar | ----- | 29 |
| Músculo masseter | ----- | 22 |
| Matriz dérmica acelular | ----- | 38 |

N

| | | |
|-------------------------|-------|--------|
| Nervo alveolar inferior | ----- | 28 |
| Neoplasias bucais | ----- | 20, 23 |
| Nutrição | ----- | 42 |

O

| | | |
|------------------------|-------|--------------------|
| Oclusão dentária | ----- | 70 |
| Odontologia | ----- | 27, 31 |
| Odontologia geriátrica | ----- | 102 |
| Odontologia hospitalar | ----- | 6-7, 18 |
| Odontopediatria | ----- | 15, 29, 33, 45 |
| Ortodontia | ----- | 15, 45, 99, 103 |
| Ortodontia preventiva | ----- | 46 |
| Osso | ----- | 75 |
| Óxido nítrico | ----- | 82 |

P

| | | |
|--------------------------------------|-------|---------------|
| Periodontite | ----- | 96, 97 |
| Peróxido de carbamida | ----- | 98 |
| Placa dentária | ----- | 13,76, 111 |
| Polimorfismos | ----- | 96, 97 |
| Porcelana dentária | ----- | 93 |
| Portadores de necessidades especiais | ----- | 34 |
| Prevenção | ----- | 93 |
| Programa preventivo | ----- | 4, 5 |
| Protolágeno tipo I | ----- | 47 |
| Prótese dentária | ----- | 49 |
| Prótese fixa | ----- | 30 |
| Prótese parcial removível | ----- | 64 |
| Protetores bucais | ----- | 95 |
| Protocolos | ----- | 90 |
| Pulpotomia/métodos | ----- | 115 |

R

| | | |
|--------------------------|-------|---------|
| Raspagem ultra-sônica | ----- | 10 |
| Reabilitação bucal | ----- | 30 |
| Reabsorção óssea | ----- | 61,64 |
| Regeneração óssea | ----- | 75 |
| Remoção de brackets | ----- | 108 |
| Resina Composta | ----- | 81 |
| Resistência adesiva | ----- | 78 |
| Resistência de união | ----- | 41, 71 |
| Respiração | ----- | 19 |
| Responsabilidade legal | ----- | 31 |
| Retração Gengival | ----- | 37, 100 |
| Rugosidade de superfície | ----- | 93 |

S

| | | |
|---|-------|---------------|
| Saliva | ----- | 77, 26 |
| Sedação | ----- | 34, 82 |
| Seio maxilar | ----- | 43 |
| Selante | ----- | 4 167 |
| Sensibilidade da dentina | ----- | 10 |
| Síndrome de imunodeficiência adquirida | ----- | 29, 111 |
| Sono | ----- | 19, 67 |
| Sucção de dedo | ----- | 33 |
| Suco de laranja | ----- | 17 |
| Sugador de alta potência | ----- | 10 |
| Suscetibilidade à doença | ----- | 96-97, 107 |

T

| | | |
|---|-------|----------------|
| Tabaco | ----- | 23, 68 |
| Tétano | ----- | 27 |
| Tinturas | ----- | 92 |
| Transplante ósseo | ----- | 38, 75 |
| Transtorno bipolar | ----- | 75 |
| Transtornos da articulação temporomandibular | ----- | 44, 87, 114 |
| Traumatismos dentários | ----- | 18, 95 |
| Traumatologia bucomaxilofacial | ----- | 6-8 |
| Trismo | ----- | 11, 27 |

U

| | | |
|----------------|-------|----|
| Ultraestrutura | ----- | 63 |
|----------------|-------|----|

V

| | | |
|-----|-------|----|
| VHS | ----- | 77 |
|-----|-------|----|