

ANAIS

VII JOGRAN JORNADA ACADÊMICA DE ODONTOLOGIA

24 a 27 de Outubro de 2018
UNIGRAN - Centro Universitário da Grande Dourados
Dourados – Mato Grosso do Sul

24 a 27 de Outubro de 2018
UNIGRAN - Centro Universitário da Grande Dourados
Dourados – Mato Grosso do Sul

COMISSÃO ORGANIZADORA

Comissão Organizadora da VII Jornada Acadêmica de Odontologia da UNIGRAN - JOGRAN
Coordenadora docente da VII JOGRAN: Thaís Sumie Nozu Imada-Pivetta
Coordenadora do curso de Odontologia da UNIGRAN: Camila E. Zeuli
Coordenadora discente do científico da VII JOGRAN: Karina Rodelini
Coordenadora discente geral da VII JOGRAN: Bianca O. Villetti
Vice-coordenadora discente geral da VII JOGRAN: Vitória Rezende
Coordenadora discente do marketing da VII JOGRAN: Giordana O. Villetti
Coordenador discente do secretariado da VII JOGRAN: Letícia F. Reis

Professores avaliadores dos painéis científicos:

Alcides Moreira
Átila Nunes Calumby
Bruno Shinma
Camila E. Zeuli
Diego Rodrigo Paulillo Bazan
Érica Kobayashi Urio
Érika Tiemi Kurimori
Hélio Katsuya Onoda
Márcia Crestani Bin
Monique Sansão Bazan
Nanci Nishiyama Belardin
Paula Tereza Vardasca de Oliveira
Nádia Buchalla Bosco
Raul Sampaio Mei
Tainara Bielecki
Thaís Sumie Nozu Imada-Pivetta

Menções Honrosas:

1º lugar: Áurea Lucia de AMORIM, Thaís Sumie Nozu IMADA-PIVETTA. Síndrome da ardência bucal: avaliação da efetividade do própolis, da capsaicina e de suplemento vitamínico – relatos e série de casos

2º lugar: Cristiane Aparecida Cortez HESPANHOL, Bruno SHINMA, Raul Magnoler Sampaio MEI. Tratamento ortodôntico pré-protético em pacientes com mais de 50 anos- relato de caso

3º lugar: Caroline DURIGO, Nanci BALARDIN. Importância do acolhimento e condicionamento do paciente com transtorno de espectro autista em odontologia

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS MATERIAIS RESTAURADORES ODONTOLÓGICOS SOB AÇÃO DO CALOR NA PRÁTICA FORENSE

TEIXEIRA, Ana Carolina dos Reis¹; MACEDO, Janaína de Souza¹; GOMES, Guido Vieira²; CALUMBY, Átila Nunes²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: Um dos principais campos de estudo nas ciências forense é a identificação, pois lida com o corpo humano e objetiva o estabelecimento da identidade humana (ALBUQUERQUE NETO *et al.*, 2015). A identificação de cadáveres carbonizados, putrefeitos ou esqueletizados, por meio das características odontológicas, pode ser classificada como uma metodologia do tipo comparativa, pois confronta informações obtidas de documentação *ante-mortem* com dados coletados *post-mortem* (COUTINHO *et al.*, 2013). A documentação produzida em virtude dos atendimentos odontológicos geralmente possui finalidade clínica e propicia ao profissional, a qualquer momento, a consulta sobre o estágio em que se encontra o tratamento de seu paciente, bem como a análise dos procedimentos efetuados (SILVA *et al.*, 2008a). As anotações presentes em fichas clínicas sobre os procedimentos efetuados, associados aos materiais restauradores e às particularidades morforradiográficas dos elementos dentários e áreas circundantes, podem permitir uma identificação positiva de vítimas (COUTINHO *et al.*, 2013). **Objetivo:** Este presente trabalho tem como intuito avaliar o comportamento dos materiais odontológicos restauradores sob a ação do calor, em altas temperaturas, e qual a aplicação da odontologia legal na identificação humana de vítimas carbonizadas. **Materiais e Métodos:** O trabalho segue o formato de pesquisa bibliográfica como citado Severino (2007), a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos como artigos e teses. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. **Resultados e Discussão:** Vários métodos são empregados na identificação de restos humanos, sendo a maioria deles baseada na comparação entre dados *ante-mortem* e *post-mortem* disponíveis. Embora a técnica da impressão digital seja considerada a mais precisa, em muitos casos esta não pode ser utilizada, especialmente quando os corpos foram mutilados, decompostos, queimados ou fragmentados. Nestas situações, os métodos empregados pela Odontologia Legal tornam-se extremamente valiosos, uma vez que os dentes e as restaurações são muito resistentes à destruição pelo fogo, preservando numerosas características individuais (MUSSE *et al.*, 2011). A identificação de cadáveres carbonizados, por meio das características odontológicas, pode ser classificada como uma metodologia do tipo comparativa, pois confronta informações obtidas de documentação *ante-mortem* com dados coletados *post-mortem* e, didaticamente dividida em três etapas: exame dos arcos dentários do cadáver, exame da documentação odontológica e conforto odontolegal (COUTINHO *et al.*, 2013). Para que se proceda a identificação odontológica, é necessário que o cirurgião-dentista responsável pelo atendimento daquele indivíduo tenha confeccionado e armazenado corretamente o prontuário odontológico, de modo que as informações contidas possam ser utilizadas pelo perito, que buscará pontos de semelhança entre a documentação fornecida e os dados levantados no cadáver (SCORALICK *et al.*, 2013). A considerável resistência dos dentes e dos materiais restauradores viabiliza a utilização do método odontológico nas identificações *post-mortem*, principalmente nos corpos carbonizados (MUSSE *et al.*, 2011). É importante enfatizar que os dentes ocupa uma posição privilegiada, pois estão protegidos pelos lábios, língua e bochechas, e são constituídos pelos tecidos mais resistentes do corpo, sendo um dos últimos a sofrer danos frente a uma agressão externa, como a que ocorre e, casos de carbonizações. Em relação aos materiais restauradores odontológicos, cada um deles suporta um determinado nível de temperatura, sendo seu comportamento e sua aparência, objeto de diversos estudos descritos na literatura (SCORALICK *et al.*, 2013). A resistência dos dentes e dos materiais restauradores é fator que viabiliza a utilização do método odontológico nas identificações *post-mortem*, principalmente nos corpos carbonizados. Com efeito, a indestrutibilidade é uma característica que confere maior resistência ao dente do que ao próprio osso a altas temperaturas (COUTINHO *et al.*, 2013). **Conclusão:** Diante do exposto os materiais restauradores avaliados apresentam alterações as quais não inviabilizam servir de base para confronto com os registros odontológicos podendo auxiliar no processo de identificação dos corpos que sofreram carbonização. Os dentes e materiais restauradores odontológicos tem alta resistência, inclusive a elevadas temperaturas. São fatores que fazem a cavidade oral apresentar um grande potencial para a identificação. As alterações sofridas poderão servir de base para confronto com os registros odontológicos na identificação humana de corpos que sofreram



UNIGRAN ação do fogo. A preservação da dentição releva-se a melhor evidência para o reconhecimento de vítimas carbonizadas na análise comparativa, sendo incontestável a fundamental importância do odontologista. A identificação humana pelo exame dos arcos dentários é plenamente confiável, acessível e de baixo custo, desde que exista material satisfatório para confronto. O cirurgião-dentista deve apresentar um correto e bem elaborado prontuário odontológico de seus pacientes e para isso é imprescindível que os odontólogos tenham consciência da importância do adequado preenchimento do prontuário odontológico.

Palavras-chave: Odontologia legal; Materiais restauradores odontológicos; Identificação humana; Altas temperaturas.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE NETO, A. D. *et al.* Efeitos das altas temperaturas aos tecidos bucodentais e materiais odontológicos: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 2, n. 2, p. 89-104, 2015.

COUTINHO, C. G. V. *et al.* O papel do odontologista nas perícias criminais. **Revista Faculdade de Odontologia**, v. 18, n. 2, p. 217-23, 2013.

MUSSE, J. O. *et al.* Importância pericial das radiografias panorâmicas e da análise odontológica para identificação humana: relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 2, p. 108-11, 2011.

SCORALICK, R. A. *et al.* Identificação humana por meio de estudo de imagens radiográficas odontológicas: relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 1, p. 67-71, 2013.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico: 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, R. F. *et al.* Utilização de registros odontológicos para identificação humana. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 1, p. 95-99, 2008a.

IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E CONDICIONAMENTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA EM ODONTOLOGIA.

DURIGON, Caroline¹; BALARDIN, Nanci²

¹ Acadêmico do curso de Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados - MS.

² Prof.^a em Odontologia do Trabalho pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic - Campinas/SP.

Introdução: O transtorno de espectro autista – TEA é causado por uma desordem neuropsiquiátricas complexas do cérebro, podendo ser diagnosticada precocemente por um membro da família ou especialistas, antes, durante, ou após o nascimento. Geralmente essas variações presentes acometem crianças com menos de três anos de idade sendo mais comum em meninos do que em meninas, no entanto o sexo feminino tende a ser mais afetado podendo ter um maior comprometimento cognitivo. É de suma importância nos atentarmos a esse distúrbio de desenvolvimento para que a intervenção seja realizada nas crianças antes dos 3 anos, pois com isso a uma melhora no desenvolvimento da criança, na qual pode facilitar a interação do paciente com o cirurgião-dentista. Diagnóstico precoce é fundamental para estimular crianças na comunicação e socialização. **Objetivo:** O objetivo desta revisão foi apresentar as principais características do autismo para o cirurgião-dentista, abordando as diferentes formas de condicionamento odontológico, manejo e atendimento desse paciente. **Material e Métodos:** O estudo foi uma pesquisa bibliográfica que procura explicações a partir de referências teóricas já publicadas e coloca o pesquisador em contato com o que já foi escrito sobre o assunto. Dentro desse contexto, propõe-se enfatizar a importância do acolhimento e condicionamento do paciente com transtorno de espectro autista em odontologia, por meio de um trabalho estruturado e condizente com as normas estabelecidas no meio científico nacional e internacional. Optou-se por esse tipo de pesquisa a fim de apresentar informações valiosas para elevar qualidade da atenção ao paciente autista pela odontologia. **Discussão:** Dentre os indivíduos com algum tipo de alteração comportamental que causam dificuldade para a assistência odontológica estão em posição destacada os autistas. O tratamento odontológico requer uma aproximação cuidadosa, em geral, complicada pela situação de urgência e agravada pelas características do autismo, que torna os pacientes arredios, distantes e com dificuldades de comunicação e entendimento. O atendimento e o acompanhamento de pacientes com necessidades especiais é uma realidade e uma constante nos serviços públicos de saúde. Cabe aos profissionais buscar novas formas de abordagem e condicionamento para realizar o atendimento mais adequado, afinal todo dentista está apto a tratar de uma criança autista, desde que o mesmo se interesse em conhecer o mundo do seu paciente e suas limitações. Muitas vezes para atender esses pacientes no ambiente odontológico e se obter um tratamento de sucesso é necessário contar com vários tipos de técnicas e métodos de intervenções, tendo a conhecimento da existência de diferentes graus de autismo, e da falta de uma abordagem específica para cada tipo de grau, conduzindo o atendimento de forma preventiva e curativa. Existem alguns métodos que podem auxiliar para um atendimento adequado a esses pacientes. Um deles é o método de TEACCH, que possui como principal objetivo, promover a preparação das pessoas dentro do espectro autista a se adaptarem aos contextos ambientais que estão inseridos na qual elabora uma rotina e estabelece uma organização do espaço físico, possibilitando uma autonomia ao paciente autista. O método Son-Rise, onde toda a aprendizagem acontece no contexto de uma interação divertida, amorosa e dinâmica onde o programa é desenvolvido na própria casa do paciente, em um quarto modificado para ser o “quarto de brincar”, na qual esse ambiente pode ser adaptado dentro do consultório odontológico estrategicamente. E temos também o método de ABA que se trata de uma análise aplicada ao comportamento, que busca ensinar habilidades que o paciente autista não possui, visando criar estratégias para melhorar a aprendizagem e desenvolver habilidades, como lavar as mãos ou escovar os dentes. Deve-se levar em consideração que a ajuda psicológica em conjunto ao tratamento odontológico tem ajudado alguns pacientes a encarar as rotinas odontológicas consideradas aversivas reduzindo o nível de medo e ansiedade, geralmente manifestado por indivíduos com história de traumas ou não colaboração com tratamento bucal. O ideal é que o contato do paciente com o dentista comece o quanto antes para que se construa uma relação de confiança e só assim, o autista aceite o tratamento. Para isso, é importante que a família tenha conhecimento da importância de se ter uma boa saúde bucal e dos riscos de não frequentar um Cirurgião-dentista. Em alguns casos, após estabelecer um vínculo e condicionar o paciente, é possível realizar o tratamento odontológico agradáveis, minimizando possíveis traumas. **Conclusão:** Através do presente trabalho, pudemos compreender as características comportamentais dos pacientes portadores de Autismo, foi possível verificar que essa síndrome possui graus, sintomas e formas diferentes de manifestações, ressaltando o diagnóstico precoce do transtorno e opções de tratamento. Considerando todas as características apontadas sobre as dificuldades de abordagem e condicionamento destes indivíduos onde os cirurgiões-dentistas envolvidos tem em atender as necessidades de seus pacientes, deverão buscar informações, estratégias e ações que lhes permitam a realização deste trabalho. O cirurgião-dentista deve

ter paciência e saber das limitações do seu paciente. Cada novo encontro entre o autista e o seu dentista pode ser muito mais produtivo que o anterior, dando sequência e continuidade ao tratamento. Além dos esforços do profissional, é de suma importância o apoio familiar, o sucesso do tratamento depende também da relação harmoniosa e da confiança entre pais/educadores desses pacientes e dos profissionais de Odontologia. A Odontologia vem modificando sua visão sobre o atendimento dos autistas e incluindo a prevenção e a participação dos familiares neste tratamento. Encontrar novas possibilidades de intervenção e acolhimento destes pacientes deve ser uma busca constante de todos que trabalham com o autismo, visando atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e traumáticas.

Palavras-chaves: Autismo, Transtorno autístico, psicologia da criança, odontopediatria.

Referências Bibliográficas:

- AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégia de Acolhimento e Condicionamento do Paciente Autista na Saúde Coletiva. **Tempus Actas de Saúde Coletiva.**, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011.
- BARUFFI, H. **Metodologia da pesquisa:** manual para elaboração de monografia. Dourados (MS): HBedit, 2004.
- HADDAD, A.S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais.** São Paulo: Ed. Santos, 2007. 723p.
- JANKOWSKI, I. S. **A criança autista e a odontopediatria.** Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, p. 23. 2013.
- KATZ, C. R. T.; et al. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontol. clín.-cient.**, v. 8, n. 2, p. 115-121, 2009.
- LEITE, F. H. C. Metodologia Científica. In: LEITE, F. H. C.; SAKAGUTI, S. T. **Metodologia Científica/ Estatística II.** Dourados-MS: UNIGRAN, 2009.
- MAREGA, T. **O ensino de escovação e promoção da saúde bucal em crianças pré-escolares com autismo.** 2008. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.
- PAPIM, Angelo Antonio Puzipe; SANCHES, Kelly Gil. **Autismo e inclusão: levantamento das dificuldades encontradas pelo professor do atendimento educacional especializado em sua prática com crianças com autismo.** 2013. 85 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxílium, Lins - Sp, 2013.
- SANT'ANNA, Luanne França da Costa; BARBOSA, Carla Cristina Neves; BRUM, Sileno Corrêa. **Atenção Saúde Bucal do Paciente Autista.** Editora - Uss, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 67-74, 2017.
- SCHMIDT, C. et al. Intervenção precoce e autismo: um relato sobre o Programa Son-Rise. **Psicologia em Revista: Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 412-429, 2016. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

RECOBRIMENTO RADICULAR UTILIZANDO ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADA A AMELOGENINA (EMDOGAIN®)

COSTA, Denise Farias¹; BAZAN, Diego Rodrigo Paulillo²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: A recessão gengival (RG) é definida, como uma migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, expondo superfícies radiculares (JOLY et al., 2015). Sua etiologia é multifatorial, ou seja, inúmeras causas estão relacionadas à RG (ANJOS et al., 2015). A retração provoca hipersensibilidade dentinária, cárie radicular, dificuldade de higienização, além da alteração da estética (JOLY et al., 2015), que segundo Zucchelli et al. (2014) esta é a principal indicação para procedimentos cirúrgicos de cobertura radicular. Diante dos problemas causados pelas recessões existem diversos procedimentos de enxertia, que podem ser aplicados afim de amenizar a sintomatologia dolorosa e/ou corrigir os defeitos estéticos, porém o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado um dos melhores procedimentos, por possibilitar coloração semelhante aos tecidos adjacentes, melhor suprimento sanguíneo e maior cobertura radicular (SANTOS; QUEIROZ, 2017).

Objetivo: O artigo refere-se à relato de caso clínico de uma RG Classe II de Miller e tem como objetivo demonstrar a eficácia do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, juntamente com o Emdogain®, na regeneração dos tecidos periodontais. **Relato do Caso:** Paciente 24 anos, sexo feminino, procurou atendimento na clínica odontológica da UNIGRAN, queixando-se de comprometimento estético e recessão gengival no dente 41. Após exame clínico e radiográfico, contatamos uma exposição radicular do elemento dentário do tipo Classe II de Miller na superfície vestibular e a presença de um biótipo fino na área. O procedimento sugerido para o recobrimento radicular foi o ETCS associado à amelogenina (Straumann Emdogain®). Previamente a cirurgia a paciente foi medicada 1 hora antes com dexametasona 7,5 mg e amoxicilina 1g. Foi realizado antissepsia extraoral com clorexidina 2% e bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% durante um minuto. A área foi anestesiada utilizando a técnica infiltração e o anestésico de escolha foi a lidocaína 2% com epinefrina (Alphacaína 1.100.000) com complementação por lingual e no palato optamos pela técnica anestésica do nervo palatino maior do lado esquerdo. Verificamos a profundidade de sondagem e realizamos a raspagem e alisamento radicular com cureta minifive número 5-6 (Hu-Friedy®). Como havia pouca espessura tecidual no dente 31 optamos por incluí-lo no procedimento de enxertia visando transformar o biótipo fino do local em um biótipo espesso. Após a raspagem realizamos a incisão intrassulcular dos dentes 41, 31 e tunelização da área se estendendo da distal do 31 à distal do 41 até 3 mm além da junção mucogengival. A tunelização também envolveu a base das papilas até próximo ao seu ápice para aumentar a mobilidade do retalho e favorecer o seu tracionamento passivo para coronal. Os dentes foram condicionados com Prefgel (Straumann PrefGel® 0,6 ml) durante 2 minutos e sobre eles aplicado a amelogenina (Straumann Emdogain® 0,15 ml). Um enxerto de tecido conjuntivo (ETC) foi coletado do palato que se estendeu da distal do dente 25 à mesial do dente 23 utilizando a técnica linear respeitando 3mm da margem gengival dos dentes. O ETC foi modelado para perfeita adaptação no local e a área doadora suturada com fio nylon 6-0 (Ethicon®). Cuidadosamente o ETC foi inserido via sulcular no dente 41 com um auxílio de um fio de sutura, que tracionou o ETC para a posição e acomodado com o auxílio de tunelizadores. A avaliação pós-operatória foi realizada após uma semana e foi possível observar uma cicatrização satisfatória. O controle clínico foi realizado com 30 e 60, 90 dias após a cirurgia e documentada através de fotografias. Como medicação pós-operatória foi receitado Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas, por 7 dias; Nimesulida 100 mg em 12/12 horas e dipirona 500 mg em 6/6 horas por 3 dias e Clorexidina bochecho por 30 dias. A escovação foi suspensa por 30 dias, passando a escovar com a técnica de Stillman por mais 30 dias e somente após 60 dias retornou a técnica de escovação convencional. **Resultado:** A avaliação pós-operatória foi realizada após uma semana e foi possível observar uma cicatrização satisfatória. O controle clínico foi realizado com 30 e 60, 90 dias após a cirurgia e documentada através de fotografias. No último controle, pode-se observar que apesar de ter tido um aumento de espessura gengival, o recobrimento radicular não foi o esperado. O que pode ter resultado neste insucesso foi o local da área doadora e a higienização inadequada da paciente, pois como se pode observar nos controles pós-operatórios, havia presença de biofilme e isto pode prejudicar o sucesso do procedimento. **Conclusão:** Neste trabalho, foi possível demonstrar a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à amelogenina (EMDOGAIN®), muito embora foi executado todos os procedimentos técnicos necessários, para cirurgia desta natureza, o resultado do procedimento cirúrgico não foi o esperado em decorrência de supostos fatores conforme devidamente exposto anteriormente. É de suma importância mencionar que a técnica executada é considerada um dos melhores procedimentos, mas assim como todo procedimento cirúrgico há riscos do resultado não ser uniforme em todos os pacientes.

Palavras-chave: Doenças periodontais; Regeneração; Tecido conjuntivo; Amelogenina.

Referências Bibliográficas:

- ANJOS, D. M. F.; SPERANDIO, M. D.; de PAULA, L. G. F.; OLIVEIRA, R. N.; GABLER, I. G.; FAUSTO, F. Etiologia e tratamento cirúrgico das recessões gengivais. **INPerio**, v. 1, n. 3, p. 547-55, 2016
- JOLY, J. C.; CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C. **Perio-implantodontia estética**. 1. ed. São Paulo: Quitesence, 2015, v. 1
- SANTOS, G. P.; QUEIROZ, A. P. G. Vantagens do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e a proteína derivada da matriz de esmalte no recobrimento radicular. **Revista Pró-univerSUS**, v. 08, n. 1, p. 69-71, 2017
- ZUCHELLI, G.; MOUNSSIF, I.; MAZZOTTI, C.; MONTEBUGNOLI, L.; SANGIORGI, M.; MELE, M.; STEFANINI, M. Does the dimension of the graft patient morbidity and root coverag outcines? A randomized controlled clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 41, n. 7, p. 708-16, 2014.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FENESTRAÇÃO GENGIVAL LINGUAL COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL

SANTOS, Letícia Ferreira¹; BAZAN, Diego R. Paulillo²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: A fenestração gengival é uma exposição de parte da raiz dentária ao ambiente bucal (CHEN, 2009). Mantendo, no entanto a margem gengival preservada, esta exposição radicular facilita o acúmulo de placa ou acarreta uma sensibilidade radicular. Tem maior incidência na mandíbula, em dentes anteriores e raramente afeta dentes maxilares (LINDHE, 2010). **Objetivo:** Este trabalho tem o objetivo de relatar o tratamento de uma fenestração gengival lingual dos incisivos inferiores, no qual foi utilizada a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao Emdogain®. **Relato de caso:** Paciente J.O.P. do gênero masculino, 54 anos, fumante, sem alterações sistêmicas, procurou a clínica Odontológica da Unigran. O paciente fazia uso de prótese parcial removível e durante exame clínico foi possível diagnosticar uma fenestração gengival lingual localizada no dente 43. A provável causa deste defeito mucoso era um conector maior da PPR assentando sobre mucosa lingual do dente envolvido. Damos início ao tratamento cirúrgico de fenestração gengival lingual utilizando enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao Emdogain®. Como medicação pré-operatória utilizamos 2 cápsulas de Amoxicilina 500mg e um comprimido de Dexametasona 4mg 1 hora antes do procedimento. A antisepsia intra oral foi feita com Digluconato de Clorexidina 0,12% por um minuto e extra-oral com Clorexidina 2%. A técnica anestésica empregada na área doadora foi uma anestesia terminal infiltrativa com lidocaína 2% e epinefrina 1:100.000 (Alphacaine® DFL). Tentamos realizar a técnica de tunelização com tunelizadores TKN1 e TKN2 da marca Hu-Friedy® e inserção de um tecido conjuntivo pela área fenestrada, porém devido à dificuldade de acesso, visualização e tamanho da fenestra, ocorreu a laceração da margem gengival lingual do dente. Partimos então para a remoção de toda a borda epitelizada da ferida com uma lâmina 15C (Feather®) e divisão do retalho. O enxerto foi obtido da região do palato, próximo ao rebordo por ele ser desdentado total e colocado em uma gaze umedecida com soro fisiológico, para uma inspeção minuciosa. A raiz foi alisada com cureta mini five e condicionada com Edta 24% (PrefGel®) durante 2 minutos. No intuito de promover uma melhor cicatrização da área devido o paciente ser tabagista, fizemos o uso do Emdogain® que foi aplicado primeiramente sobre a raiz. O enxerto de tecido conjuntivo foi adaptado no leito receptor e estabilizado com fio de sutura 6-0 reabsorvível (Vicryl®). Novamente aplicamos o restante do Emdogain® sobre os tecidos. Como medicação pós-operatória prescrevemos analgésico, anti-inflamatório, antibiótico e bochechos. O paciente foi instruído a não realizar a escovação na área da cirurgia por 15 dias. A área doadora foi suturada apenas para manter o cimento cirúrgico que agiu como um protetor da ferida e a prótese total levemente aliviada na área. Não houve intercorrências no pós-operatório e a remoção dos pontos se deu com 15 dias após a cirurgia. Com sete dias de pós-operatório observaram-se resultados satisfatórios, com cobertura da fenestração gengival e ganho de tecido queratinizado. No acompanhamento de três meses foi possível perceber a formação de um tecido epitelizado no local e uma sondagem de apenas 1mm. Pudemos perceber que no acompanhamento ainda há uma retração na lingual do canino. **Resultados:** Conforme estudos clínicos disponíveis na literatura, a taxa de cobertura radicular chega até 100% e temos uma média de 70-80% que são as mais comuns, isso independente da técnica empregada no caso (LANDIM *et al.*, 2009). Para se fazer adequada escolha da técnica a ser empregada em cada caso, deve-se basear em aspectos como: percentual de sucesso, reprodutibilidade da técnica, ausência de doença e custo (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Um exame clínico cuidadoso e um diagnóstico eficaz se fazem necessários para que a melhor terapia cirúrgica seja empregada, favorecendo resultados em longo prazo. Quando falamos de exposição radicular, lembramos também de sensibilidade dentinária e o recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, tem um efeito favorável sobre a hipersensibilidade do paciente. No caso clínico em questão, o paciente relatou não haver sensibilidade no local após a cirurgia. Do ponto de vista estético o resultado obtido foi favorável, lembrando que o paciente é fumante. A técnica cirúrgica que mais se aproximou do objetivo principal para o recobrimento da fenestração gengival neste caso foi o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao Emdogain® que se propõe a promover um ganho de inserção clínico e histológico, regenerando estruturas periodontais perdidas. Essa técnica é a padrão ouro para pacientes fumantes, pois apresenta uma média de recobrimento completo e porcentagem de recobrimento maior tanto em fumantes quanto para não fumantes (OLIVEIRA, 2012). **Conclusão:** O enxerto de tecido conjuntivo, associado ao uso do Emdogain® para o recobrimento da fenestração gengival lingual, teve um resultado satisfatório, vale ressaltar que o paciente deste caso é fumante e não muito colaborador com a higiene bucal. Contudo houve a cobertura da fenestração gengival e uma boa adaptação do enxerto com uma profundidade de sondagem de apenas 1mm.

Palavras-chave: fenestração, tecido conjuntivo, recessão gengival.



UNIGRAN

Referências bibliográficas

- CHEN, G.; FANG, C. T.; TONG, C. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. *International Endodontic Journal*, v. 42, n. 2, p. 156-164, 2009.
- LANDIM, F. S. *et al.* Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxil-fac. Camaragibe*, v. 9, n. 4, p. 31-38, 2009.
- LINDHE J, LANG NP, KARRING T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 34.
- OLIVEIRA, G. H. C. *et al.* Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. *Rev Odontol Bras Central*, v. 20, n. 52, p. 99-102, 2011.
- OLIVEIRA, B.; SALAZAR, M.; SILVA, C. O. Influência do tabagismo no resultado de recobrimento radicular: uma revisão sistemática. *Rev. Odonto*, v. 20, n. 40, p. 13-21, 2012.

ESTUDO DO USO CLÍNICO SOBRE A PROTEÍNA-2 MORFOGENÉTICA ÓSSEA RECOMBINANTE HUMANA (rhBMP-2) NA REGENERAÇÃO ÓSSEA.

LINO, Taís de Souza¹; CALUMBY, Átila Nunes²

¹Discente do curso de Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados (Unigran).

²Docente do curso Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados (Unigran).

Introdução: O implante para ter seu êxito precisa de uma determinada altura e espessura óssea tanto na maxila quanto na mandíbula, e muitos dos defeitos ósseos causados por traumas ou exodontias, tornam a região do implante desfavorável, com isso, muitos pesquisadores buscam descobrir meios que possibilitem o ganho de altura e espessura óssea nos sítios alvo. Para paciente que perderam altura ou volume ósseo e optam para instalação de implantes, acabam necessitando de enxertos ósseos, assim temos como padrão ouro os enxertos autógenos (FREITAS *et al.*, 2012), porém, diversas pesquisas têm sido direcionadas em relação a Proteína Morfogênica Óssea Humana Recombinante 2 conhecida como rhBMP-2, tornando-a como uma alternativa ao enxerto ósseo autógeno (CARTER *et al.*, 2008). As proteínas morfogenéticas ósseas (BMPs), tendo como principal, a rhBMP-2, são caracterizadas como um potente osteo-indutor (FREITAS *et al.*, 2012). As BMPs são extraídas de um dente ou de um tecido duro, porém, é limitada a sua coleta, ocasionando em pouca aplicação clínica criando assim a rhBMP-2 onde se utiliza genes derivado de *Escherichia coli* ou células de mamíferos para uma vasta aplicação (KIM *et al.*, 2017). Revelando-a para o tratamento de regeneração óssea e de restauração de defeitos maxilares extensos (CARTER *et al.*, 2008). **Objetivo:** Explorar a atuação do rhBMP-2 para tratamento de regeneração óssea, que possua fatores osteo-indutores, células osteoprogenitoras e uma matriz osteocondutora, podendo ser reabsorvido e substituído por tecido ósseo neoformado. **Resultados/ Discussão:** No que se refere à rhBMP-2 no uso clínico, Bispo (2015) esclarece que a concentração e quantidade da rhBMP-2 é dose dependente para uma efetiva manobra de enxertia, sabendo-se que quanto mais o grau de pureza utilizado, melhor será a resposta do leito receptor. No entanto, quando se excede o volume aplicado, pode-se ocasionar um crescimento ósseo exagerado, edema e reabsorção do osso nativo (SILVA *et al.*, 2016; AMARA *et al.*, 2017). Sendo o carreador o meio que permite a fixação do BMP no sítio cirúrgico, pois, conduz uma liberação gradual do material em determinado período de tempo, auxiliando a diferenciação, quimiotaxia e neoformação óssea (BISPO, 2015). Além da questão da dose-dependência que pode ser um fator determinante na efetividade deste tipo de enxertia, Carter *et al.* (2008) e Herford *et al.* (2011) definiram outro índice que pode levar a falha no tratamento, trazendo a questão do foco infeccioso no sítio em que será aplicado o rhBMP-2, pois o foco infeccioso diminui a capacidade da população de células-tronco em responder ao estímulo da proteína. **Conclusão:** Em virtude do que foi mencionado no presente estudo, conclui-se que o rhBMP-2 é um potente regenerador ósseo quando utilizado com o carreador ideal, podendo servir como um substituto ao enxerto autógeno que necessita de uma área doadora (retirada por meio de cirurgia), assim demonstrando nas pesquisas sua eficácia, sendo que na maioria dos testes realizados pelos pesquisadores apresenta apenas a falha se aplicado em local com foco infeccioso ou quando utilizado em dose alta, podendo reverter este resultado que tendo como alternativa o uso em conjunto com o FGF-2 para diminuir a calcificação descontrolada pela BMP-2. Portanto analisados os trabalhos identifica-se um ótimo material para reconstrução de tecido ósseo e utilização clínica, porém todos os testes foram realizados em curto prazo onde seu uso em longo prazo continua sendo desconhecido necessitando de mais pesquisas.

Palavras-chaves: Proteína-2 morfogenética óssea, regeneração óssea, substitutos ósseos, enxerto ósseo e implante.

Referências Bibliográficas:

- AMARA, H. B.; LEE, J-W.; KIM, J-J.; KANG, Y-M.; KANG, E-J.; KOO, K-T. Influence of rhBMP-2 on Guided Bone Regeneration for Placement and Functional Loading of Dental Implants: A Radiographic and Histologic Study in Dogs. **Int. J. Oral Maxillofac. Implants**, v. 32, p. 265-276, 2017.
- BISPO, L. B. O uso da proteína recombinante no aumento ósseo em Implantodontia. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 72, n.1/2, p.30-6, 2015.
- CARTER, T. G.; BRAR, P. C.; TOLAS, A.; BEIRME, O. R. Off-Label Use of Recombinant Human Bone Morphogenetic Protein-2 (rhBMP-2) for Reconstruction of Mandibular Bone Defects in Humans. **J Oral Maxillofac. Surg.**, v. 66, n. 7, p. 1417-1425, 2008.
- FREITAS, R. M.; NETO, R. S.; MARCANTONIO, C.; MACANTONIO, R. A. C.; PEREIRA, L. A. V. D.; JUNIOR, E. M. O uso de rhBMP-2 para aumento ósseo maxilar: relato de caso clínico. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 66, n. 2, p. 110-7, 2012.

**UNIGRAN**

- HERFORD, A. S.; STOFFELLA, E.; TANDON, R. Reconstruction of Mandibular Defects Using Bone Morphogenic Protein: Can Growth Factors Replace the Need for Autologous Bone Grafts? A Systematic Review of the Literature. **Plast. Surg. Int.**, v. 2011, p. 7, 2011.
- KIM, S. -Y.; KIM, Y. -K.; PARK, Y. -H.; PARK, J. -C.; KU, J. -K.; UM, I. -W.; KIM, J. -Y. Evaluation of the Healing Potential of Demineralized Dentin Matrix Fixed with Recombinant Human Bone Morphogenic Protein-2 in Bone Grafts. **J. Materials**, v. 10, n. 9, p. 1049, 2017.
- SANTANA, R. B.; TRACKMAN, P. C. Targeted delivery of rhBMP-2 Improves Bone Formation in Type I Diabetes. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v. 30, n. 3, p. 707-714, 2015.
- SILVA, H. C. L.; JUNIOR, A. P. C.; MORENO, R.; MIRANDA, S. L. Off-label use of rhBMP-2 as bone regeneration strategies in mandibular ameloblastoma unicystic. **J. Einstein**, v. 15, n. 1, p. 95-5, 2017.

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PRÓPOLIS, DA CAPSAICINA E DE SUPLEMENTO VITAMÍNICO– RELATOS E SÉRIE DE CASOS

SILVA, Áurea Lúcia de Amorim 1; IMADA-PIVETTA Thaís Sumie Nozu²

¹ Discente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Da Grande Dourados-MS (UNIGRAN).

² Especialista em Radiologia, Mestre e Doutora em Estomatologia, Docente das Disciplinas de Radiologia, Patologia bucal e Diagnóstico do Centro Universitário Da Grande Dourados-MS (UNIGRAN).

Introdução: A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma disfunção benigna, ainda pouco compreendida, que interfere nas funções orais importantes e na saúde sistêmica, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes. Sua etiologia permanece desconhecida e é descrita como uma patologia complexa que se caracteriza pela queixa da sensação de queimação na língua ou outros locais orais, ou dor crônica, geralmente na ausência de achados clínicos e laboratoriais (GRUSHKA et al., 2002). As propostas de tratamento atual ainda são empíricas e representadas principalmente por terapias paliativas, e não para curar a doença. **Objetivo:** Expressar através de um relato de caso clínico, os conceitos relacionados às manifestações clínicas da SAB e propor ainda, uma terapia alternativa de fácil manejo, baixo custo e com alto potencial de sucesso. **Relato de Caso:** Foram relatados três casos clínicos de SAB em pacientes com queixa de dor e queimação bucal. A conduta consistiu na utilização de terapias medicamentosas díspares. Foi realizada aplicação de creme de capsaicina, própolis e suplemento vitamínico. Paciente 1, sexo feminino, parda, 26 anos, apresentando queixa de dor e queimação, principalmente no terço anterior da língua há aproximadamente 6 meses, declarando, ainda, sofrer de menopausa precoce. Intrabucalmente, não se observou qualquer alteração que justificasse a sintomatologia. Através da escala visual analógica (EVA), foi comensurado a amplitude da dor (número 8 na consulta inicial). Com o diagnóstico clínico compatível com a síndrome de ardência bucal, optou-se pelo tratamento com suplemento vitamínico como abordagem terapêutica. Ingerindo uma drácea por dia, houve remissão total da sintomatologia após um mês de tratamento. Paciente 2, sexo feminino, parda, 58 anos, proferindo queixa de ardência no centro e na borda anterior da língua e sensação de gosto amargo, há aproximadamente 1 ano e de parestesia na mucosa interna do lábio. Afirmando ainda, apresentar-se no período de menopausa. Em exame intraoral, não se observou qualquer alteração que justificasse a sintomatologia. Através da EVA foi avaliada a amplitude da dor (número 6 na consulta inicial). Com o diagnóstico clínico compatível com a síndrome de ardência bucal, optou-se pelo tratamento com creme de capsaicina 0,025% como abordagem terapêutica. Aplicando uma fina camada na língua (área afetada), de 3 a 4 vezes ao dia houve remissão total da sintomatologia após um mês de tratamento. Paciente 3, sexo feminino, parda, 62 anos, apresentando queixa de ardência na mucosa jugal, mucosa interna do lábio, bordas e ápice lingual e sensação de gosto amargo há aproximadamente 3 anos. Relatando ainda, estar no período de menopausa. Intrabucalmente, não se observou qualquer alteração que justificasse a sintomatologia. Através da EVA foi mensurada a amplitude da dor (número 8 na consulta inicial). Com o diagnóstico clínico compatível com a síndrome de ardência bucal, optou-se pelo tratamento com gel de própolis verde brasileira 5% como abordagem terapêutica. Aplicando uma fina camada nas áreas afetadas, de 8 em 8 horas, houve remissão da sintomatologia compatível com o número 2 após um mês de tratamento e remissão total na mucosa interna do lábio. **Resultados:** O acompanhamento clínico de um mês desvelou a remissão da sintomatologia dolorosa. As terapias que obtiveram melhor resultado foram as de suplementação vitamínica e creme de capsaicina 0,025%, com remissão total. Além disso, a utilização do gel de própolis verde brasileira 5%, marcando ineditismo na literatura, alcançou conjuntamente excelentes resultados na remissão dos sintomas obtendo 75%. Demonstrando assim que, mais pesquisas nesse sentido, com estudos randomizados, maior amostragem, maior tempo de preservação, avaliando concentração, tempo de remissão e controle após o tratamento, podem auxiliar na evidência de uma terapia específica de fácil manejo e baixo custo. **Conclusão:** O tratamento de pacientes com SAB apresenta uma variedade de opções medicamentosas. Essa diversidade, entretanto, requer mais estudos a fim de que, se compreenda a sua etiologia visando um diagnóstico específico e indicação terapêutica adequada, com o intuito de estabelecer o padrão-ouro para o tratamento. Dessa forma, esse estudo pode auxiliar no esclarecimento dos mecanismos envolvidos na expressão da SAB além de, propiciar alternativas terapêuticas na mitigação dos sintomas, afetando diretamente o bem-estar, a qualidade de vida e o convívio social do paciente como um todo.

Palavras-chaves: síndrome da ardência bucal; queimação bucal; capsaicina; própolis; suplemento vitamínico.

Referências Bibliográficas:

GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J. B.; GORSKY, M. Burning mouth syndrome. American Family Physician, v. 65, n. 4, p. 615-20, 2002.

REMOÇÃO DA SABURRA LINGUAL PARA PREVENÇÃO DA AMIGDALITE UM TRABALHO MULTIDICPLINAR ODONTOLÓGICO COM RÉPLICA DA OTORRINOLARINGOLOGIA

ALVES, Daniel Adorno¹, IMADA-PIVETTA Thaís Sumie Nozu²

¹ Discente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Da Grande Dourados-MS (UNIGRAN).

² Especialista em Radiologia, Mestre e Doutora em Estomatologia, Docente das Disciplinas de Radiologia, Patologia bucal e Diagnóstico do Centro Universitário Da Grande Dourados-MS (UNIGRAN).

Introdução: A microbiota trivial da cavidade bucal é composta por bactérias: bacilos e cocos, Gran-negativos e Gran-positivos (Marsh; 1999). Sobre a língua há a formação de uma película de cor branca, resultante da concentração de mucina, responsável pela constituição viscosa da saliva, e aglutinação de microrganismos anaeróbicos proteolíticos presentes, células epiteliais descamativas advindas da mucosa bucal, que forma na região posterior da língua sobre o dorso, cujo nome é saburra lingual (SL) (Tárzia; 2002). O anel linfático de Waldeyer é composto pelas tonsilas faríngea, palatina e lingual (Figueiredo, S/D), onde as criptas é composição anatômica das tonsilas palatinas, e abrigam uma composição extremamente semelhante à SL denominadas cáseos, são células epiteliais que descamam da mucosa regional, proteínas salivares e resto proteicos alimentares, que é utilizado como substrato por bactérias, em sua grande maioria anaeróbia proteolíticas, devido à ausência de oxigenação das criptas amigdalianas. No final do processo além da proliferação bacteriana, há formação de um composto de odor fétido, denominado composto sulfurados volátil (CSV), o qual deriva do enxofre, constituindo uma das etiologias da halitose crônica, e da amigdalite bacteriana (Conceição; 2008). As penicilinas são quimioterápicos bacterianos usados como tratamento de primeira escolha na amigdalite em ambiente clínico, com potencial e atividade bactericida de mais alta toxicidade seletiva, sendo atóxica a outras células, considerado um antibiótico de largo espectro. (Tortamano; 1995) A língua pilosa (LP) histopatologicamente, apresenta papilas filiformes alongadas, com a proliferação de microrganismos e fungos. A LP está diretamente ligada à alteração da flora natural da boca, com o uso de antibióticos de amplo espectro e corticosteroides, a prevalência da língua pilosa varia de 0,15 a 11,3% entre as populações, e em sua maioria um problema estético, contudo pode causar náuseas cócegas e variação da cor no dorso lingual, há redução da velocidade normal da descamação, resultando em uma superfície de retenção perfeita para bactérias, fungos, resíduos celulares e material exógeno, resultado do crescimento exacerbado das papilas filiformes, um termo clínico corriqueiramente conhecido (Regezi; 2008). Criptas amigdalianas e fissuras linguais são prováveis agentes retentores de matéria orgânica que podem ser identificados no exame clínico (Douglas; 1998). **Objetivo:** Elaborar um protocolo Preventivo, que reduza SL, minimizando casos de Amgdalite bacteriana de origem exógenas com propósito de reduzir custos e poupar exposição aos antibióticos controlando a seleção bacteriana, por conseguinte minorar quadros de Língua pilosa, fornecendo benefícios ao paciente, profissionais e a farmacologia. **Material e Métodos:** O estudo foi baseado em uma Revisão da Literatura contemporânea, em revistas de instituições nacionais e internacionais de artigos publicados em 1998- 2008. As bases de busca foram livros do acervo bibliográfico do Centro Universitário Da Grande Dourados, e de bancos de dados da Scielo e Bireme as palavras-chaves foram amigdalite, cáseos, língua pilosa. **Discussão:** Segundo Marocchio *et.al.* foram comparadas três métodos distintos de remoção de saburra lingual, o qual os resultados foram obtidos através do peso da amostra de saburra lingual, colocou-se dentro de tubos e pesou-se, o peso do tubo foi retirado através do método de tara, por consequência resultando o peso da SL, a primeira técnica preconizou a utilização do uso da escova de dentes (oral B modelo 30) com movimentos de varredura sobre o dorso lingual em sentido ântero-posterior; na segunda técnica a utilização de um raspador de língua saúde bucal (odontomed, São Paulo, Brasil) a terceira técnica foi utilizado um spray de comercialmente conhecido, associado ao raspador mencionado (Halitus,Campinas,Brazil), a técnica de melhor resultado foi a terceira associação do raspador ao spray para limpeza de língua. Porém, há propriedades no spray que alteram a microbiota oral como o peróxido de hidrogênio com função física e o perborato de sódio, os quais, de acordo Regezi são agentes etiológicos da LP,mostrando eficiência média de remoção de 0,11 gramas de SL, e em sequência a técnica 2 com remoção de 0,8 gramas de em média de SL, devido as propriedades químicas do spray,a técnica conveniente seria o raspador de língua saúde bucal (odontomed, São Paulo, Brasil).(Marocchio;2008),os benefícios desta técnica é a redução do número de caseos amgdalianos de origem exógena, minimizando casos de amigdalite infecciosa, como comprovado de acordo o trabalho “Tipificando e classificando os limpadores linguais disponíveis no mercado brasileiro” o limpador liguual se mostra eficiente como higienizador de acordo o trabalhos realizados com paciente na 3ª idade (Montenegro;2006).O tratamento de primeira escolha para amgdalite é o uso de Penicilinas, precisamente o uso de Amoxicilina, caso não tenha resolução do quadro clínico será alterado o medicamento até que gere impacto na doença,(Weckx;1988)o estudo revela que a prevenção a SL

pode ser pontencialmente relevante no que diz respeito a resistência de bactérias aos antibióticos, o qual tem sido desenvolvida por mutações em genes ou por adquirir genes de resistência de outras bactérias, habitualmente de sua própria espécie, porém, não é via de regra, o que diz respeito em resistência por mutação gera alteração no sítio de ação do antibiótico, logo por resistência ou aquisição de genes cria inativação ou destruição da droga.(Bernad;2004). Sendo assim a prevenção se destaca, gerando inumeros benefícios tornado um ciclo recíproco eliminando um dos agentes etiologicos da LP, que são o uso de antibióticos de largo espectro, e com reflexo positivo no que se refere à resistência aos antibióticos (Regezi; 2008)

Conclusão: com esse relato de caso associado à literatura, conclui-se que o protocolo mais eficiente de remoção da saburra lingual é o raspador de língua saúde bucal (odotomed, São Paulo, Brasil), mesmo comprovado que o limpador de língua associado ao spray foi o método superior aos demais, removendo a maior massa possível de saburra lingual, o raspador isoladamente possui número expressivamente próximo, onde o risco não supera benefício, a limpeza mecânica gera vantagem na redução do quadro de amigdalites, contribuindo para redução da resistência bacteriana e evitando o uso de antibióticos de largo espectro por consequência os quadros de LP.

Palavras-chaves: Língua pilosa, resistência bacteriana, saburra lingual

Referências Bibliográficas:

- MARSH P, *et.al.* MARTIN NV. **Oral Microbiology.** Oxford, 4. ed. p.192, 1999
- CONCEIÇÃO, *et.al.* MAURICIO DUARTE. **Avaliação de um novo enxaguatório na formação de cáseos amigdalianos.** *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(1):61-7
- TÀRZIA, **Halitose: um desafio que tem cura.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. de Publicações Biomédicas Ltda; 2003.
- DOUGLAS, C.R.. **Fisiologia da secreção salivar in Patofisiologia Oral,** vol.2, 19
- FIGUEIREDO, REGINA CLAUDIA. **Rinossinusites e Faringotonsilites na infância.** Grupo editorial Moreira JR. *Revista expressa*, sem data.
- REGEZI, JOSHEP A *et.al.* **patologia ora correlações clinicopatológicas** tradução da 5ª edição 2008. Elsevier Ltda.
- TORTAMANO, N. *et.al* - **Guia Terapêutico Odontológico.** Livraria e Editora Santos, 1995.
- MARCCHIO, LUCIANA SASSA. **Remoção da saburra lingual comparação da eficiência de três técnicas S/D**
- WECKX L.L.M & WECKX, L.Y – **como diagnosticar e tratar amigdalite.** *rev.Med.*,45:27-32, 1998
- BERNARD, L. *et al.* **Comparative analysis and validation of different assays for glycopeptide susceptibility among methicillin-resistant *S. aureus* strains.** *JMicrobiolMeth*, v. 57, p. 231-9, 2004.
- MONTENEGRO, FERNANDO L.B *et.al* **Tipificando e classificando os limpadores linguais disponíveis no mercado brasileiro**

PREVALÊNCIA E IMPACTO DAS ANOMALIAS DENTÁRIAS EM PACIENTES FISSURADOS

DALLAZEN, Janaina Maria Coelho¹; VARGAS, Caio César Souza.¹; DALLAZEN, Giselle Fernanda Coelho¹; ALVES, Daniel Adorno¹; IMADA-PIVETTA, Thaís Sumie Nozu²

¹ Discente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Da Grande Dourados (UNIGRAN).

² Especialista em Radiologia, Mestre e Doutora em Estomatologia, Docente das Disciplinas de Radiologia, Patologia bucal e Diagnostico do Centro Universitário Da Grande Dourados (UNIGRAN).

Introdução: Dentre as malformações craniofaciais, a fissura de lábio (FL), fissura de palato (FP) ou fissura de lábio e palato associadas (FLP) é a anomalia mais frequente na população, (1 a cada 650 nascidos vivos no Brasil) gerando problemas estéticos, funcionais e psicológicos, sendo necessário o trabalho multiprofissional para o melhor desenvolvimento do tratamento, as FLP são malformações desenvolvidas durante o período intrauterino por volta da quarta à décima segunda semana de gestação, onde não há o fechamento das estruturas de lábio e/ou palato. Ainda não possuem uma etiologia específica, são consideradas de origem multifatorial, relacionados a fatores genéticos e ambientais (MASTRANTONIO *et al.*, 2009). A relação homem-mulher para a FL isolada é 1,5:1, e a relação para FL+ FP é 2:1. Porém, as FP são mais comuns em mulheres. Quanto mais grave o defeito, mais predileção pelos homens, quanto mais grave a fenda, maior predileção pelas mulheres. . Cerca de 80% dos casos de FL são unilaterais, destas, 70% são do lado esquerdo, e 20% bilaterais (NEVILLE *et al.*, 2016). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é descrever as alterações dentárias mais frequentes em pacientes acometidos por FLP, onde estas se apresentam sendo mais frequentes em pacientes portadores desta anomalia do que no restante da população, relatar também suas implicações e a importância do diagnóstico precoce para o tratamento odontológico e restituição da função. **Material e Métodos:** Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, realizada entre agosto de 2015 e setembro de 2018 no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos presentes na biblioteca do Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN - Campus de Dourados-MS e por artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do scielo e da birem, a partir das fontes Medline e Lilacs. A busca nos bancos de dados foi realizada a partir das palavras-chaves: anormalidades, alterações dentárias, fissura labiopalatina. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram artigos mais recentes, à abordagem terapêutica multidisciplinar usada no emprego de tratamento de pacientes portadores de fissura labiopalatina, artigos que falavam sobre a prevalência e principais alterações dentárias nestes pacientes. Foram excluídos estudos que relatavam a associação da fissura labiopalatina a pacientes síndrômicos. Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender as principais anomalias dentárias associadas a estes pacientes, o quanto essas anomalias estavam presentes e a importância da intervenção odontológica precoce na vida deles para proporcioná-los uma melhor qualidade de vida. **Discussão:** Os pacientes portadores dessas fissuras podem apresentar anomalias de número, tamanho, forma, desenvolvimento e irrupção, sendo mais frequentes em pacientes portadores de fissura do que no restante da população. Como consequência dessas alterações, virão os problemas com a estética, fonação, mastigação, respiração e deglutição, o que será de extrema importância a intervenção prematura da odontologia na vida deste paciente Hartmann (2015). Entre as anomalias de número de dentes, a agenesia ou ausência congênita de dentes é caracterizada pela não formação de um ou mais elementos dentários e parece ter sua etiopatogenia relacionada a fenômenos hereditários (KAU *et al.*, 2003). Em indivíduos com FLP a mais frequente é do incisivo lateral superior (27,9% - 38,2%), seguida pelo segundo pré-molar superior (4,9% - 20%), e segundo pré-molar inferior (4%) (RIBEIRO *et al.*, 2013). Em pacientes com FLP depois da agenesia, a presença de dentes supranumerários (dentes a mais) na região da fenda foi indicada a segunda alteração dentária mais comum principalmente afetando o incisivo lateral. Foi mais relatado dentes supranumerários na dentição decídua que na permanente (RIBEIRO *et al.*, 2013). A falta de fusão entre os processos nasal e maxilar leva a não fusão dos dois componentes odontogênicos do incisivo lateral. Seu desenvolvimento separado pode originar dois incisivos laterais, um em cada lado da fissura (HOVORAKOVA *et al.*, 2006). Microdontia é a diminuição do tamanho dentário em relação ao arco dentário ou aos dentes adjacentes. O tamanho dentário em indivíduos com FLP encontra-se diminuído em relação aos sem fissura, fato que pode estar associado ao comprometimento do potencial de crescimento nesses indivíduos (HALPERN *et al.*, 2010). Transposição dentária esta se define como sendo uma inversão de posição de dois dentes, ou seja, um intercâmbio posicional dentário. Acontece pelo desenvolvimento ou irrupção de um dente em uma posição que, normalmente, é ocupada por um dente não adjacente, sua prevalência acomete cerca de 0,3 a 0,4% da população, sendo mais prevalente no sexo feminino, e na maxila, com o canino superior sendo o dente mais envolvido (MENDES *et al.*, 2013). Em pacientes com FLP a transposição esteve associada significativamente com agenesia dentária, nestes indivíduos a esta anomalia dentária é duas vezes maior que em indivíduos sem fissura (KUCHLER *et al.*, 2011). Também verificou-se que as alterações dentárias são influenciadas de acordo com a severidade da fissura. As

anomalias dentárias geram não só problemas estéticos como também dificuldades na mastigação, respiração, deglutição e fonação, influenciando na qualidade de vida e segurança emocional do paciente (TING TING WU., *et al* 2009). Alguns estudos sugerem que as cirurgias reparadoras exercem um papel importante na alteração do crescimento e desenvolvimento dos pacientes com FLP, podendo diminuir as dimensões dos arcos dentários resultando em faces retrognáticas e maxilas estreitas. Fatores como a amplitude, quantidade de tecido presente ao nascimento e potencial de crescimento individual influenciam o crescimento e desenvolvimento maxilo-mandibular de indivíduos com fissura. Além disso, a técnica cirúrgica, época da realização das cirurgias e a habilidade do cirurgião são frequentemente relatadas. Sakoda (2014)

Conclusão: A FLP é uma anomalia frequente e neste grupo foi constatada a maior frequência de alterações dentárias, sendo considerado muito importante o diagnóstico precoce dessas alterações e a atuação do cirurgião-dentista para promover a saúde, função e estética desses pacientes proporcionando ao mesmo uma melhor qualidade de vida e melhor vivência no meio social.

Palavras-chaves: Fissuras palatinas, alterações dentárias, fissuras lábio palatinas.

Referências Bibliográficas:

HARTMANN, LUIZA., **Agnesias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: estudo de prevalência.** Santa Cruz do Sul, SP: 2015.

Hovorakova M, Lesot H, Peterková R, Peterka M. Origin of the deciduous upper lateral incisor and its clinical aspects. *J Dent Res.* 2006; 85: 167-71

Kau CH, Hunter ML, Lewis B, Knox J. Tooth agenesis: a report a missing molars in two generations. *Int J Paed Dent.* 2003; 13:342-347.

Kuchler EC, Menezes R, Callahan N, Costa MC, Modesto A, Meira et al. MMP1 and MMP20 contribute to tooth agenesis in humans. *Arch oral Biol.* 2010; 1-6.

MASTRANTONIO S. D. S. *et al.* **Anomalias dentárias em criança com fissura de lábio e palato Dental anomalies in a child with cleft lip and palate.** *Odontologia. Clín. Científ.=Recife= 8 @3B: 273-278= Ful/set.= 2009*

MENDES, PAULA, M, T., *et al.* **Diagnóstico da transposição dentária na ótica da clinica ortodôntica: utilização de tomografia computadorizada com feixe cônico.** Maringá, PR: 2013.

NEVILLE, BRAD. W., *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4ª edição. São Paulo, SP: Elsevier, 2016 (928p.)

RIBEIRO, LUCIANA, L., *et al.*, **Dental Anomalies of the Permanent Lateral Incisors and Prevalence of Hypodontia Outside the Cleft Area in Complete Unilateral Cleft Lip and Palate,** 2013.

SAKODA, KARINE. V. L., **Análise em 3D das alterações dimensionais dos arcos dentários de crianças com fissura labiopalatina.** Bauru, SP: 2014.

TING TING WU *et al.* **The Characteristics and Distribution of Dental Anomalies in Patients with Cleft.** *Chang Gung Med J Vol. 34 No. 3 May-June 2011.*

O USO DO ÔMEGA 3 NO TRATAMENTO DA ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE

MARTINS, Júlia Dombrowski¹; MOREIRA, Alcides².

¹ Acadêmica do curso de Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados UNIGRAN - MS

² Prof. Msc. Dr. em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas UNICAMP - SP

Introdução: A estomatite aftosa recorrente (EAR) é uma doença dolorosa da mucosa oral que afeta 20% da população geral do mundo. Apesar da prevalência, sua causa permanece em grande parte desconhecida. Por conta disso, encontrar um tratamento definitivo tem sido um problema e seu tratamento tem sido em grande parte empírico e focado na administração dos sintomas. (HUDSON, 2014). O controle da doença depende de sua apresentação clínica e inclui drogas imunossupressoras, corticosteróides tópicos e sistêmicos e soluções anestésicas e antimicrobianas. (FRAIHA, 2002). Mas recentemente, estudos tem demonstrado um novo tratamento para esta doença: o ômega 3. Pois além de apresentar efeitos benéficos para os sistemas circulatório e cardíaco, também apresenta um eficiente efeito anti-inflamatório. Por ser uma doença crônica que afeta a cavidade oral, a estomatite aftosa recorrente já foi alvo de pesquisas com a suplementação do ômega 3. Nesses experimentos foram comparados pacientes que ingeriram placebo e paciente que ingeriram ômega 3, apresentando melhoras clínicas e sintomatológicas nos grupos de teste com o ômega 3. Mostrando a eficácia dessa substância no meio odontológico. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivos analisar a efetividade que o ácido graxo ômega 3 pode desempenhar como anti-inflamatório e a possibilidade de seu uso como terapêutica medicamentosa para o tratamento da estomatite aftosa recorrente. **Materiais e métodos:** A metodologia empregada foi a revisão de literatura, onde propôs-se apresentar uma revisão de trabalhos científicos, tanto nacionais como internacionais, que apresentem o uso terapêutico do ômega 3 como tratamento para a estomatite aftosa recorrente, por meio de um trabalho estruturado e condizente de acordos com as normas estabelecidas no meio científico. **Resultados e discussão:** O ômega 3 é um ácido graxo poli-insaturado que apresenta diversos efeitos benéficos para a saúde, entre eles está o efeito anti-inflamatório, que ocorre através da ingestão do ômega 3 que introduz o EPA (ácido eicosapentaenoico) nos fosfolipídios das membranas inibindo o metabolismo do ácido araquidônico por competição pelas mesmas vias enzimáticas (COX e 5-LOX), promovendo a formação de leucotrienos e prostaglandinas da série ímpar, sendo estas substâncias menos inflamatórias. O DHA (ácido docosaenoico) não é um substrato para as enzimas COX e LOX, mas inibe a síntese de ácido graxo ômega 6 diminuindo a liberação de ácido araquidônico da membrana, promovendo uma ação anti-inflamatória (KAYSER *et al.*, 2010). Diversos pesquisadores começaram a estudar a ação anti-inflamatória do ômega 3 em doenças crônicas e inflamatórias, muitas destas estão ligadas à área da odontologia, como é o caso da estomatite aftosa recorrente. A estomatite aftosa recorrente (EAR) é a afecção mais comum da mucosa oral. Apesar das constantes pesquisas e preocupação clínica, sua causa permanece obscura. Possui três formas principais. A mais comum é a EAR menor, com pequenas ulcerações definidas, arredondadas, que são dolorosas e cicatrizam em 10 a 14 dias. Na forma maior são maiores, duram de 6 semanas a mais e frequentemente deixam cicatriz. A terceira forma é a herpetiforme com múltiplas lesões que podem coalescer e duram de 7 a 10 dias. (FRAIHA, 2002). Os pesquisadores El Khoul e El Gendy, que em 2014 fizeram um experimento com paciente portadores de estomatite aftosa recorrente, obtiveram resultados positivos, os paciente submetidos ao experimento receberam a suplementação com 1,5g/dia de ômega 3 por 6 meses, o que resultou na redução significativa do número de úlceras por surto, o nível médio de dor e a duração de episódios de úlcera por mês a partir do terceiro mês. Além disso, outro estudo feito por Nosratzahi e Akar (2011), mostrou que 1g de ômega 3 três vezes ao dia resultou em melhoras significativas para os pacientes portadores das úlceras, houve redução do tamanho das lesões, da dor, da irritabilidade e do número de úlceras por surto. El Khoul e El-Gendy relatam que os resultados anti-inflamatórios do ácido graxo ômega 3 começaram a surgir a partir do terceiro mês de suplementação, e parecem ter tido resultados ainda mais significantes no sexto mês. E as doses utilizadas nestes experimentos foram de 1,5g a 3g por dia. Toda via, são necessários mais estudos para que se possa afirmar com clareza o tempo e a dose necessários para o efeito eficaz – sem efeitos colaterais graves – do ômega 3. **Conclusão:** Com base nos resultados desses estudos, sugere-se que a suplementação com o ácido graxo ômega 3 possa representar uma boa opção de tratamento para a estomatite aftosa recorrente, visto que resultou na melhora de diversas condições, reduzindo lesões, amenizando as dores e proporcionando mais qualidade de vida para os pacientes. Entretanto, mais ensaios clínicos são necessários para avaliar as limitações de seu uso, risco de efeitos colaterais e para estabelecer doses e tempo necessários para resultados mais eficazes.

Palavra-chave: Ômega 3, Afta, Anti-inflamatório.



UNIGRAN

Referências Bibliográficas:

- EL KHOULI, A. M.; EL GENDY, E. A. Efficacy of omega-3 in treatment of recurrent aphthous stomatitis and improvement of quality of life: a randomized, double-blind, placebo-controlled study, **ORAL MEDICINE**, v. 117, n. 2, p. 191-196, 2014.
- FRAIHA, P. M. *et al.*, Estomatite aftosa recorrente: Revisão bibliográfica, **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 68, n. 4, p. 571-578, 2002.
- HUDSON, J. Recurrent Aphthous Stomatitis: Diagnosis and Management in Primary Care, **JPCRR**, v. 1, n. 4, p. 197-200, 2014.
- KAYSER, C. G. R. et al. Benefício da ingestão de ômega 3 e a prevenção de doenças crônico degenerativas - revisão sistemática, **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 4, n. 21, p. 137-149, 2010.
- NOSRATZEHI, T.; AKAR, A. Efficacy of omega-3 in treatment of recurrent aphthous stomatitis: A randomised, double-blind, placebo-controlled study, **The Chinese Journal of Dental Research**, v. 19, n. 3, p. 159-164, 2016.

FISSURAS LABIOPALATINAS E SUA RELAÇÃO COM A ODONTOLOGIA

GONÇALVES, Letícia Esteves¹; URIO, Erica Kobayashi²

¹ Acadêmico do curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Prof^a. Msc. em Ciências da Saúde pela UnB (Universidade de Brasília) e Docente do curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS

Introdução: As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas resultantes de defeitos na fusão dos processos craniofaciais, podendo acometer somente o lábio, o palato ou ambos. A etiologia dessa malformação é multifatorial, ou seja, envolve vários fatores e se caracteriza pela participação de fatores ambientais e genéticos (ROMITTI *et al.*, 2007 *apud* DUTRA *et al.*, 2012). As fissuras mais comuns são no sexo masculino e predominam do lado esquerdo da face, sendo mais frequentes a fissura transforame (CYMROT *et al.*, 2010; SABINO *et al.*, 2012). Essas malformações são estabelecidas precocemente nos primeiros meses de gestação, por volta da 4^o semana até a 12^o semana gestacional. Os pacientes com fissuras labiopalatinas são mais propensos a ter cárie dentária e doenças periodontais, e também são mais susceptíveis a ter alterações dentárias de desenvolvimento como agenesia, dentes supranumerários, microdontias, maloclusões (PEDRO *et al.* 2010). Segundo Corrêa (2010) os distúrbios estéticos e funcionais são ocasionados pelas malformações congênitas como as fissuras labiopalatinas, e podem ser agravados pela extensão da lesão ou pela falta de tratamento precoce e adequado. Esses pacientes podem ter sérios problemas de fala, problemas fonéticos, mastigatórios e auditivos, o que causam uma diminuição na sua qualidade de vida, tendo que ter um acompanhamento de vários profissionais, e além dos distúrbios estéticos que essa malformação causa na face do paciente. É muito importante o cirurgião-dentista ter conhecimento desses tipos de malformações para fazer o correto diagnóstico e o adequado tratamento. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre as fissuras labiopalatinas, informando os cirurgiões-dentistas e mostrando a sua relação com a odontologia, e o que eles podem fazer para ajudar os pacientes com essa malformação, em qual parte do tratamento eles são responsáveis por auxiliar na prevenção da doença cárie, doenças periodontais e outros tipos de problemas bucais. **Materiais e Métodos:** Este estudo se caracterizou por uma revisão de literatura. A metodologia para realizar este trabalho foram artigos obtidos através de dados e de consultas às bases de dados eletrônicos: Bireme, LILACS, BBO, MEDLINE e Pubmed, selecionando artigos, e também foram utilizados livros. O período determinado para a busca bibliográfica foi do ano de 2008 a 2018. **Discussão:** Os relatos que existem de pacientes com fissuras labiopalatinas são desde a época 390 a.C., na China, quando foi relatado o sucesso do fechamento de uma fissura labial (McCARTHY, 1990 *apud* MIACHON; LEME 2014). Desde muito antigamente, existe relatos deste tipo de malformações, mas não era muito estudado o que causava esse tipo de anomalia e não se sabia como fazer o tratamento adequado. Hoje em dia, já se sabe que o tratamento para esses pacientes é multidisciplinar, envolve várias especialidades da saúde, e também acompanhamento do paciente por odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, cirurgião plásticos, pediatras desde o seu nascimento (PEDRO *et al.*, 2010). Os pacientes que são portadores de fissuras labiopalatais têm um maior risco de desenvolver problemas bucais, por conta da região em que a anomalia acomete a cavidade bucal (PEDRO *et al.*, 2010). As anomalias de desenvolvimento mais prevalentes em pacientes com fissuras labiopalatais são agenesias, dentes supranumerários e alterações de forma nas coroas dentárias (PESSOA *et al.*, 2015; PEDRO *et al.*, 2010). De acordo com Mutthineni (2010) as crianças e adolescentes apresentam maior risco para o desenvolvimento de periodontite e lesões cáries, no seu estudo a higiene bucal foi considerada pobre em 75% dos pacientes com fissuras labiopalatinas. Mas segundo Agili *et al.*, (2004) *apud* Dutra *et al.*, (2012) em seus estudos, 35% das crianças com fissuras labiopalatinas tiveram dificuldades de encontrar atendimento com cirurgiões-dentistas. Por isso, é muito importante os cirurgiões-dentistas saber sobre os problemas bucais que esses pacientes com essa malformação são susceptíveis a ter, para saber fazer um diagnóstico correto, e um plano de tratamento adequado para cada caso. **Conclusão:** Conclui-se que os pacientes com fissuras labiopalatinas são pacientes muito susceptíveis a ter problemas bucais e alteração no desenvolvimento dentário, e que é extremamente importante o cirurgião-dentista ter conhecimento sobre esse tipo de malformação, saber fazer o diagnóstico e tratamento desses pacientes, melhorando a sua qualidade de vida e autoestima.

Palavras-chaves: Fissuras Labiopalatinas. Fendas Labiais. Higiene Bucal. Malformações Congênitas.

Referências Bibliográficas:

CORREA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 3^a. Edição. São Paulo: Santos, 2010, p. 783-800.
CYMROT, M. et al. Prevalência dos tipos de fissuras em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico no Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plast**, v. 25, n.4, p. 648-51, 2010.

- DUTRA, D. M. et al. Influência da comunicação entre o portador de fissuras labiopalatinas e o cirurgião-dentista no atendimento odontológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n. 3, p. 393-400, 2012.
- MIACHON, M. D; LEME, P. L. S. Tratamento operatório das fendas labiais. **Rev Col Bras Cir**, v. 41, n. 3, p. 208-215, 2014.
- MUTTHINENI, R.B.; NUTALAPATI, R.; KASAGANI, S. K. Comparison of oral hygiene and periodontal status in patients with clefts of palate and patients with unilateral cleft lip, palate and alveolus. **J Indianonoc Periodontol**, v. 14, n. 4, p. 236-40, 2010.
- PEDRO, R. L. et al. Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato: revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 65-9, 2010.
- PESSOA, E. A. M. et al. Enxertos ósseos alveolares na fissura labiopalatina: protocolos atuais e perspectivas futuras. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n.1, p. 49-55, 2015.
- SABINO, M. F. P. A. et al. Ocorrência de hábitos orais e maloclusões em crianças com fissuras lábio-palatinas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.12, n.2, p. 237- 43, 2012.

TERAPIAS PALIATIVAS DA MUCOSITE ORAL: QUAL O MELHOR TRATAMENTO?

ZAGONEL, Maria Carolina¹; IMADA, Thais Sumie Nozu²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/ MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/ MS.

Introdução: A radioterapia e a quimioterapia são geralmente, os tratamentos antineoplásicos principais. Apesar da sua eficácia, também causam efeitos colaterais, pois além da destruição das células tumorais, há também destruição de células normais. Devido a esse dano às células saudáveis, pode ocorrer o aparecimento de efeitos colaterais sistêmicos (JUNIOR et al., 2010). Entre os efeitos colaterais mais comuns, podemos citar: dermatite, xerostomia, candidíase, alteração do paladar, disfagia, osteorradição e mucosite (CARDOSO et al., 2005). A mucosite oral é uma das sequelas da aplicação de radio e/ou quimioterapia na mucosa bucal. Ela se manifesta com ulcerações dolorosas que dificultam a nutrição e ingestão de líquidos (JUNIOR et al., 2010). Considera-se a complicação aguda mais importante dos tratamentos antineoplásicos, que causa um extremo desconforto para o paciente durante o tratamento oncológico, o que pode levar a interrupção do mesmo e trazer graves consequências sobre a resposta tumoral (JUNIOR et al., 2006). O tratamento da mucosite oral é baseado em manutenção do meio bucal e cuidados curativos das lesões. São usadas diversas soluções de bochechos, como a clorexidina, porém ela está associada com ardência oral e há um estudo recente sobre a utilização de camomila que consegue aliviar os sintomas inflamatórios da mucosite, medicamentos tópicos como anestésicos também são usados, porém eles manifestam alívio curto sobre a lesão. O uso de laserterapia também é indicado para reduzir a duração e a sintomatologia da mucosite (JUNIOR et al., 2010) e os efeitos do laser podem levar a uma aceleração no processo de cicatrização de feridas (NETO; WESTPHALEN, 2013). Portanto, esse trabalho busca avaliar, através de uma revisão de literatura, os resultados desses tratamentos distintos e a elaboração de um modelo de tratamento para a mucosite bucal relacionada às terapias anti-neoplásicas. **Materiais e Métodos:** O estudo será uma pesquisa bibliográfica que procura explicações a partir de referências teóricas já publicadas e coloca o pesquisador em contato com o que já foi escrito sobre o assunto (BARUFF, 2004). Esse tipo de pesquisa exige do pesquisador uma atitude crítica diante dos documentos, artigos científicos, livros e outros materiais pesquisados (LEITE, 2009). **Discussão:** A mucosite oral é o efeito colateral agudo mais importante decorrente do tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço (FERNANDES, 2012). A primeira reação da mucosa bucal à radiação é edema e eritema devido à dilatação vascular da mucosa está intacta apenas com uma ardência local. Posteriormente, a mucosa torna-se desnuda, ulcerada e recoberta com exsudato fibrinoso, além da perda de espessura (FREITAS et al., 2011). Em relação ao tratamento, como as terapias mais utilizadas pode-se citar o bochecho com chá de camomila, que tem um papel importante na redução do grau e no alívio dos principais sinais e sintomas da mucosite, devido sua ação anti-inflamatória (SCHIRMER et al., 2012). Há trabalhos que relatam o uso de bochecho com vitamina E na tentativa de amenizar a intensidade da mucosite, porém somente o uso da vitamina E não é o suficiente para reduzir o grau das lesões de mucosite oral (FERNANDES, 2012). Mas o tratamento com laser de baixa intensidade tem se mostrado mais eficaz em vários estudos, pois atua como anti-inflamatório, analgésico e cicatrizador das lesões de mucosite oral. É uma ferramenta que proporciona maior conforto aos pacientes e maior garantia ao cirurgião-dentista (REOLON et al., 2017). A aplicação do laser de baixa intensidade na mucosa oral é capaz de prevenir a ocorrência de mucosite em pacientes submetidos a oncoterapia cerca de nove vezes mais do que com a ausência do tratamento a laser (FIGUEIREDO et al., 2013). O tratamento não é vinculado apenas ao uso de um único medicamento, mas sim do uso em conjunto de diferentes modalidades de tratamento (TRUCCI et al., 2009). Ainda não há um modelo ideal de tratamento paliativo para mucosite e novas técnicas alternativas como o uso de enxaguatório de camomila e a laserterapia têm sido propostas (RAPOSO et al., 2014). A presença do cirurgião-dentista na equipe oncológica é essencial para que a mucosite não interfira no prognóstico de cura no tratamento do câncer, (JUNIOR et al., 2010) os profissionais desta área que eles devem estar cientes destes distúrbios bucais decorrentes da radioterapia para que possam ajudar os pacientes a obter melhor qualidade de vida durante seu tratamento (FREITAS et al., 2011). **Conclusão:** A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos anti-neoplásicos eficientes, porém provocam efeitos indesejáveis sobre o corpo humano, como exemplo desses efeitos, citamos a mucosite oral. Abrangendo os vários tipos de tratamento, predomina-se o uso de bochechos orais com chá de camomila e aplicação do laser de baixa intensidade para cicatrização das lesões, além de uma boa higiene e manutenção oral. O papel do cirurgião-dentista é essencial na equipe profissional oncológica para conseguir minimizar as complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: "mucosite oral", "enxaguatório de camomila", "laser de baixa intensidade", "camomila mouthwash", "mucositis"

Referências Bibliográficas:

- CARDOSO, M.F.A.; NOVIKOFF, S.; TRESSO, A.; SEGRETTO, R.A.; CERVANTES, O. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol Bras.** v. 38, n. 2, p. 107-115, 2005.
- FERNANDES, Kizzy Santos. **Avaliação da eficácia clínica do uso de laser de baixa potência, vitamina E (alfa-tocoferol) e protocolo farmacológico no manejo da mucosite oral radioinduzida.** 2012. 92f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, UEL, Londrina, 2012.
- FIGUEIREDO, A.L.P.; LINS, L.; CATTONY, A.C.; FALCÃO, A.F.P. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Rev Assoc Med Bras.** v. 59, n. 5, p. 467-474, 2013.
- FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; PEREIRA, M.M.; OLIVEIRA, S.K.M.; SILVA, G.P.E.; HERNÁNDEZ, C.I.V. **Rev. CEFAC.** v. 13, n. 6, p. 1103-1108, 2011.
- JUNIOR, J.N.R.A.; RAITZ, R.; CAVALCANTI, B.N.; TEIXEIRA, V.P. Uso de colutórios na prevenção e tratamento da mucosite oral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 3, n. 8, p. 6-11, 2006.
- JUNIOR, O.R.; BORBA, A.M.; JUNIOR, J.G. Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do cirurgião-dentista - revisão. **Rev. Clin. Pesq. Odontol.** v. 6, n. 4, p. 57-62, 2010.
- NETO, A.E.M.; WESTPHALEN, F.H. Efetividade profilática e terapêutica do laser de baixa intensidade na mucosite bucal em pacientes submetidos ao tratamento do câncer. **RFO.** v. 18, n. 2, p. 246-253, 2013.
- RAPOSO, B.S.; MENEZES, A.C.; ROSMANINHO, É.; ALENCAR, M.J.S. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. **Rev. bras. odontol.** v. 71, n. 1, p. 35-38, 2014.
- REOLON, L.Z.; RIGO, L.; CONTO, F. de.; CÉ, L.C. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. **Rev. Odontol.** v. 46, n. 1, p. 19-27, 2017.
- SCHIRMER, E.M.; FERRARI, A.; TRINDADE, L.C.T. Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. **Rev. Dor.** v. 13, n. 2, p. 141-6, 2012.
- TRUCCI, V.M.; VEECK, E.B.; MOROSOLLI, A.R. Current strategies for the management of oral mucositis induced by radiotherapy or chemotherapy. **Rev. Odonto Ciênc.** v. 24, n. 3, p. 309-314, 2009.

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DA PARACOCIDIOIDOMICOSE BUCAL SINALIZADORA DA DOENÇA SISTÊMICA

GUERRERO, Natália¹; IMADA-PIVETTA, Thaís Sumie Nozu²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: A Paracoccidiodomicose (PCCM) é uma patologia causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, que causa uma micose sistêmica. Ela é a infecção fúngica mais importante da América Latina, sendo o Brasil considerado um grande centro endêmico dessa doença (ARAUJO *et al.*, 2003; AZENHA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2005; TOLENTINO *et al.*, 2010). A infecção acomete na grande maioria o gênero masculino com idade de 40 a 60 anos, atingindo primeiramente os pulmões pelas vias aéreas, ao inalar o fungo e vai se disseminando para outros órgãos, causando lesões secundárias (MACEDO *et al.*, 2016; PALMEIRO *et al.*, 2005). As lesões orais podem ser os primeiros sinais visíveis sinalizadores da doença, podendo ser detectadas pelo paciente e profissional (MARQUES *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2012). Pois apesar dos expressivos avanços que permitiram a melhor compreensão da epidemiologia, patogênese, diagnóstico clínico e laboratorial, a PCCM ainda apresenta no Brasil alta prevalência, altas taxas de mortalidade e letalidade, podendo ser considerada uma doença negligenciada (MOREIRA, 2008). Ao exame intraoral de pacientes que apresentam PCCM bucal, a morfologia oral das lesões são variáveis, mas a predominante é a lesão infiltrativa com uma superfície granular delgada e petéquias hemorrágicas, de evolução lenta, onde a mucosa gengival é a mais afetada (IKUTA *et al.*, 2015; VOLPATO, 2013). Diante de um diagnóstico correto de um paciente através de confirmação da presença do fungo no tecido, seja por identificação a fresco, exame histopatológico ou de cultura, o responsável pelo caso deve preconizar um tratamento correto para o paciente de PCCM, tendo em vista o uso de medicamentos como o itraconazol ou sulfametoxacol + trimetoprim para os casos leves a moderados, e anfotericina B para os casos mais graves (BATISTA *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2015; FRANÇA *et al.*, 2008; MARQUES *et al.*, 2003; VOLPATO, 2013). **Objetivo:** Esta revisão tem como objetivo, enfatizar importância da conduta adequada do cirurgião dentista diante das manifestações orais da PCCM. De modo que possa oferecer o diagnóstico primário e abordagem terapêutica desta doença sistêmica, visando à melhoria do padrão de vida e prognóstico dos pacientes afetados. **Materiais e Métodos:** Propõe-se apresentar uma revisão de literatura enfatizando a importância do cirurgião dentista no diagnóstico primário de pacientes com PCCM. Optou-se por esse tipo de pesquisa a fim de apresentar dados valiosos além de oferecer informações relevantes em relação ao paciente portador de PCCM e suas características e lesões provenientes da doença, para um diagnóstico e tratamento correto aumentando a sobrevida do indivíduo. As bases de dados bibliográficos (Bireme, MEDLINE) servirão como busca de artigos científicos, dissertações e teses. O período determinado para a busca bibliográfica será do ano de 2003 a 2018. As palavras-chave “PCCM bucal” e “Citologia esfoliativa” “Antimicóticos” (ou *Oral paracoccidioidomycosis* e *Fungi* – para publicações na língua inglesa) serão consultadas. Cerca de 20 referências serão utilizadas nesta revisão de literatura. **Discussão:** A PCCM, também popularmente conhecida como “Doença de Lutz-Splendore-Almeida”, é uma doença causada pelo fungo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*, e caracterizada como infecção, sendo uma micose profunda, porque pode afetar diversos tecidos do corpo, sendo o pulmão e o tegumento os principais afetados pelo fungo. Onde a maioria dos casos de PCCM foram relatados na região centro-oeste (42%) por (PANIAGO *et al.*, 2003). Esta patologia é frequentemente encontrada em pessoas do sexo masculino com idade entre 30 a 50 anos de idade, fumantes ou etilistas crônicos, acometendo pessoas que estão em contato frequente com vegetais e terra, geralmente trabalhadores rurais. Em relação aos aspectos intrabucais, os locais mais comuns da lesão foram 30% mucosa oral, 16,6% gengiva e 16,6% lábios. (VIEIRA *et al.*, 2006). descreveram as manifestações orais de 20 pacientes atendidos no Hospital Universitário Júlio Mulher de Cuiabá (MT) a mucosa jugal, rebordo alveolar e o palato foram os locais onde as lesões foram mais encontradas. (IKUTA *et al.*, 2015) em seu clínico realizado com um homem de 60 anos, ao exame intraoral, observaram uma úlcera extensa com bordas irregulares, endurecida e edemaciada. (LOPES, 2016) realizou um estudo clínico de um paciente do sexo masculino com de 53 anos, o mesmo apresentava lesão de aspecto muriforme característico, com ulcerações de coloração amarelada, afetando um sítio na cavidade oral. O diagnóstico precoce da PCCM envolve além do exame físico a realização da anamnese a fim de identificar se o paciente vive em regiões de risco ou pertence a atividades que os deixam susceptíveis a exposição do fungo. Sendo que a intervenção e o procedimento odontológico são de grande importância para a evolução da doença (IKUTA *et al.*, 2015). Logo como método diagnóstico das lesões orais, utiliza-se a citologia esfoliativa. A PCCM pode apresentar sequelas graves ou evoluir para óbito, caso o diagnóstico e tratamentos sejam retardados e mal conduzidos. Assim sendo é preciso que o profissional esteja atento as manifestações bucais, sendo capaz de estabelecer um diagnóstico adequado da mesma e realizando um

trabalho em conjunto com o médico a fim de fornecer um cuidado integral aos pacientes, já que os pacientes buscam o atendimento em virtude das manifestações estomatológicas dessa doença. **Conclusão:** A PCCM pode apresentar-se de forma silenciosa, pois tanto a clínica quanto a radiologia podem ser frustras. Portanto, a presença de lesões cutâneas e mucosas, como na cavidade bucal, são indicativos valiosos para possibilidade de doença pulmonar. Ao exame intraoral de pacientes que apresentam PCCM bucal, a morfologia oral das lesões é variável, mas a predominante é a lesão infiltrativa com uma superfície granular delgada e petéquias hemorrágicas, de evolução lenta, onde a mucosa gengival é a mais afetada. Este estudo mostra a importância do Cirurgião Dentista no diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações bucais. Convém salientar que para isto é necessário que o odontólogo esteja atento a alterações na mucosa bucal, realizando as semiotécnicas apropriadas ou encaminhando o paciente a profissionais que a façam, assim o reconhecimento de tais manifestações poderá propiciar o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, melhor prognóstico dos casos, melhora na qualidade de vida e/ou, ainda, aumento de sobrevida do paciente.

Palavras-chave: "Paracoccidiodomicose bucal", "Citologia esfoliativa", "Antimicóticos", "Fungi, Exfoliative Cytology"

Referências Bibliográficas:

- ALEIXO, R. Q. et al. Manifestações bucais da PCCM: relato de caso. **ClipeOdonto.**, v.8, n.2, . 45-50, 2016.
- ARAUJO, M. S.; SOUSA, S. C. O. M.; CORREIA, D. Avaliação do exame citopatológico como método para diagnosticar a PCCM crônica oral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 36, n. 3, p. 427-430, 2003.
- AZENHA, M. R. et al. A retrospective study of oral manifestations in patients with paracoccidiodomycosis. **Braz Dent J.**, v. 23, n. 6, p. 753-757, 2012.
- BATISTA, V. E. S. de; SILVA, M. M.; MATHEUS, G. A Importância Do Cirurgião Dentista No Diagnóstico De PCCM. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.32, n.2, p. 14-17, jul./dez., 2011.
- BISENELLI, J. C. et al. Manifestações estomatológicas da PCCM. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 67, n. 5, p. 683-687, 2001.
- DIAS, P. C. R. et al. PCCM cutânea: reveladora de doença sistêmica. **Diagn Tratamento.**, v. 20, n. 2, p. 53-5, 2015.
- FRANÇA, D. C. C. et al. Paracoccidiodomycose: Relato de Caso. **Revista Inpeo de Odontologia.**, v. 2, n. 2, p. 1-56, 2008.
- IKUTA, C. R. S. et al. PCCM crônica: características intraorais em um relato de caso clínico. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.**, v. 56, n. 4, p. 246-250, 2015.
- LOPES, A. **PCCM com manifestação oral: apresentação de um caso clínico**, 2016. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/60816/2/Ana%20Lopes%20ARTIGOFINALPARACOCCIDIOICOMICOSECO%20MANIFESTAOORAL.pdf>> Acesso em: 28 mai., 2018.
- MACEDO, M. P. et al. PCCM na Cavidade Bucal- Relato de Caso. **Odonto Clínico-Científica.**, v. 15, n. 1, p. 55-58, 2016.
- MARQUES, S. A. et al. PCCM: frequência, morfologia e patogenese de lesões tegumentares. **Anais Brasileiros de Dermatologia.**, v. 82, n. 4, p. 411-7, 2007.
- MARQUES, S. A. PCCM: Atualização Epidemiológica, Clínica e Terapêutica. **An Bras Dermatol.**, v. 78, n. 2, p. 135-150, 2013.
- MOREIRA, A. P. V. PCCM: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígeno. **Boletim Epidemiológico Paulista.**, v. 5, n. 51, p. 11-24, 2008.
- OLIVEIRA, M. O. et al. PCCM na odontologia- Relato de um Caso. **Saúde.**, v. 31, n. 1-2, p. 10-15, 2005.
- PALMEIRO, M.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S. PCCM - Revisão de literatura. **Scientia Medica.**, v. 15, n. 4, p. 274-278, 2005.
- PANIAGO, A. M. M. et al. PCCM: Estudo Clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 36, n. 4, p. 455-459, 2003.
- RIBEIRO, B. B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Odonto.**, v. 20, n. 39, p. 61-70, 2012.
- TOLENTINO, E. S.; BARBOSA, B. A.; TAVEIRA, L. A. A.; CHINELLATO, L. E. M. Manifestações bucais da PCCM - considerações gerais e relato de caso. **RFO.**, v. 15, n. 1, p. 71-76, 2010.
- VIEIRA, E. M. M.; GALERA, B. B. Manifestações Clínicas Bucalis da PCCM. **Revista de Patologia Tropical.**, v. 35, n. 1, p. 23-30, 2006.
- VOLPATO, M. P. C. F. **Análise Da Ocorrência Da PCCM Com Manifestação Bucal No Estado De Mato Grosso Por Meio Do Georreferenciamento**. 82f. Dissertação de Mestrado (Ciências Odontológicas). Universidade de Cuiabá. Cuiabá, 2013.
- YASUDA, M. A. AS. Et al. Consenso em PCCM. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 39, n. 2, p. 297-310, 2006.

PREVALÊNCIA DAS ANOMALIAS DENTÁRIAS DE NÚMERO

Priscila Cristina Bassi Detomasi¹; Camila Estarópoli Ramos Zeuli².

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/MS.

Introdução: As anomalias dentárias são distúrbios no desenvolvimento ou crescimento das estruturas dentárias, tendo como resultado final um dente diferente do normal. As alterações podem estar relacionadas à forma, tamanho, número, posição ou constituição e/ou função dos dentes. (FREITAS, 2009). O estudo e conhecimento das anomalias dentárias são importantes, uma vez que não prejudicam apenas a estética dos dentes, mas principalmente podendo criar alterações no arco dentário, tanto na maxila quanto mandíbula, bem como originar problemas oclusais que podem vir a interferir no planejamento de diversos tratamentos (MENINI *et al.*, 2012). Das irregularidades odontogênicas, as anomalias dentárias de número destacam-se como as mais frequentes (PINHEIRO; TOSTES; PINHEIRO, 2008), tendo a ausência de um ou mais dentes como a anomalia de desenvolvimento mais comum no ser humano, onde vários termos tem sido usados para definir a ausência congênita de dentes (BORBA *et al.*, 2010), podendo ser classificada como Oligodontia (ausência de mais de seis dentes), Hipodontia ou agenesia (ausência de um a seis dentes) e a ausência total de todos os dentes, chamada de Anodontia (FRANZIN; FERREIRA, 2014). Foi objetivo deste estudo identificar a prevalência das anomalias dentárias de número, bem como os fatores envolvidos no acometimento desta anomalia, por meio de uma revisão bibliográfica. **Materiais e métodos:** O estudo trata-se de uma revisão de literatura, onde foi avaliada a prevalência das anomalias dentárias de números, sendo o foco agenesia e dentes supranumerários. Este estudo teve como critérios de inclusão, artigos, teses que retratem sobre a prevalência de anomalias dentárias de números, publicados a partir de 2010 a 2017. Teve como critério de exclusão, estudos publicados anteriores a 2010, mesmo que verssem sobre o assunto. **Discussão:** O diagnóstico desta anomalia possui variações devido a alterações de número, posicionamento, forma e tamanho dos supranumerários e, em vários casos, é imprescindível a realização de exames complementares (STRINGHINI JUNIOR *et al.*, 2015). A prevalência da hipodontia em relação ao sexo, nas meninas e meninos foi semelhante. Quanto à localização da hipodontia, o arco superior foi mais afetado que o arco inferior estando em concordância com a literatura. Os dentes mais acometidos foram os incisivos laterais e pré-molares simultaneamente ou bilateralmente. Quanto aos dentes supranumerários, em relação ao sexo, a radiografia de uma menina e de quatro meninos apresentavam dentes supranumerários, sendo mais prevalente em meninos. Quanto à localização, a maioria dos dentes supranumerários estava presente no arco superior (PINHEIRO *et al.*, 2008). Os dentes supranumerários mais frequentes foram os quartos molares, seguidos pelos situados entre os pré-molares inferiores e a região anterossuperiora (TORRES *et al.*, 2015). **Conclusão:** Verificou-se que a prevalência da hipodontia em relação ao sexo não teve predileção, porém, foi mais encontrado no arco superior quando comparado com o arco inferior. Houve uma prevalência quanto aos dentes mais acometidos, sendo os incisivos laterais e pré-molares. Em relação à hiperodontia, quando comparado ao sexo mais acometido, sendo prevalente em meninos. O dente supranumerário mais frequente são os quartos molares. Entretanto, a detecção oportuna de anormalidades como a ocorrência de supranumerários favorece a adoção da terapêutica mais indicada. O diagnóstico precoce é um fator de extrema importância, pois pode alterar consideravelmente o prognóstico da dentição afetada e a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: agenesia; dentes; supranumerários; prevalência.

Referências Bibliográficas:

- BORBA G. V. C; BORBA, J. C; JUNIOR PEREIRA, K. F. S; SILVA, P. G. Levantamento da prevalência de agenesias dentais em pacientes com idade entre 7 e 16 anos. **RGO**, v. 58, n. 1, p. 35-39, 2010.
- FERREIRA, R.F., FRANZIN, L.C.S. Agenesia dentária: importância deste conceito pelo Cirurgião- Dentista. **Revista UNINGÁ, Maringá**, V. 19, n. 3, p. 61-65, 2014.
- FREITAS, D. Q; TSUMURAI, R. Y; MACHADO-FILHO, D. N. S. P. Prevalence of dental anomalies of number, size, shape and structure. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, v. 60, n. 4, p. 437-441, 2012.
- PINHEIRO, C. C; TOSTES, M. A; PINHEIRO, A. R. Prevalência de Anomalia Dentária de Número em Pacientes Submetidos a Tratamento Ortodôntico: um Estudo Radiográfico. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr.**, v. 8, n. 1, p. 47-50, 2008.
- MENINE, A. A. S; SILVA, M. C.; WAKI, L. C. V; TAKESHITA, W.M. Estudo radiográfico da prevalência de anomalias dentárias por meio de radiografias panorâmicas em diferentes faixas etárias. **VER. ODONTOL. UNIV. CIV. SÃO PAULO**, v. 24, n. 3, p. 170-7, 2012.
- STRINGHINI JUNIOR, E; STANG, B; OLIVEIRA, L. B. Dentes supranumerários impactados: relato de caso clínico. **Rev assoc paul cir dente**, v. 69, n. 1, p. 89-84, 2015.

TORRES, P. F; SIMPLÍCIO, A. H. M; LUZ, A. R. C. A; LIMA, M. D. M; MOURA, L. F. A. D; MOURA, M. S. Anomalias dentárias de número em pacientes ortodônticos. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 5, p. 380-284, 2015.

TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRÉ-PROTÉTICO EM PACIENTES COM MAIS DE 50 ANOS: RELATO DE CASO

HESPANHOL, Cristiane Aparecida Cortez¹; SHINMA, Bruno²; MEI, Raul Magnoler Sampaio²

¹Discente, Curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados / MS

²Docentes, Curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados / MS

Introdução: De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), vem se observando um constante aumento na expectativa de vida da população brasileira, associado à queda no nível geral de fecundidade e, por consequência ao envelhecimento da população, necessitando assim que as políticas públicas se adaptem a este contingente. A expectativa de vida para a população brasileira, de ambos os sexos, em 2000, era de 70,46 anos ao nascer, sofrendo um aumento de 3,027 anos de 2000 até 2010. Segundo Campostrini (2004), a população idosa tem se deparado com uma sociedade narcisista, que busca a beleza e poder, onde velho acaba sendo destacado apenas como objeto de caridade e compaixão aos próximos, e que o “ser jovem”, tem se tornado essencial. Diante disso, esta população tem buscado cada vez mais a aceitação estética, tanto delas mesmo, como das pessoas próximas. No âmbito da odontologia, essa busca pela estética envolve várias áreas em especial a odontogeriatrics, que vai atuar prevenindo e tratando problemas bucais comuns a esta população, integrando-se com outras especialidades como a prótese, periodontia e também ortodontia que tem crescido em relação a esta integralidade. A população idosa brasileira apresenta-se como maioria edentada e com grande quantidade de problemas periodontais (MALAGUTTI; BERGO; 2010) e, na maioria das vezes, não consideram que possuem problemas bucais, a não ser que estes causem dor ou tenham grande envolvimento estético, subestimando assim outros problemas bucais. A ortodontia se encaixa no contexto do tratamento de grandes problemas estéticos, bem como problemas funcionais a fim de promover uma reabilitação bucal. Para que tal reabilitação seja realizada, torna-se necessário uma correta anamnese, um bom planejamento respeitando alterações fisiológicas e patológicas destes pacientes, sem deixar de se atentar a queixa principal (SOUZA *et al.*,1997). **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é abordar características do tratamento ortodôntico no paciente acima de 50 anos, tomando como base trabalhos presentes na literatura, e também exemplificando tais características através do relato de um caso. **Materiais e métodos:** A paciente foi submetida a um tratamento ortodôntico corretivo com acompanhamento periodontal periódico e controle radiográfico. A avaliação clínica e documental para a realização das movimentações ortodônticas foi utilizada como metodologia. A pesquisa realizada foi um relato de caso, onde foi realizado um tratamento ortodôntico pré-protético por meio de movimentações em áreas específicas, bem como a utilização de elásticos intermaxilares. O tratamento visa à satisfação da paciente, bem como sanar suas queixas principais frente ao mesmo, e as dificuldades que os profissionais encontram mediante a idade da paciente que se submeteu ao protocolo de tratamento. **Resultados e Discussão:** A idade não representa um fator que inviabiliza a realização do tratamento ortodôntico, entretanto, uma anamnese detalhada auxilia no planejamento do tratamento e na realização de uma mecânica simplificada, a fim de atingir o objetivo de cada paciente. O paciente idoso apresenta várias diferenças quando comparado ao jovem, mas, quando o tratamento estiver bem indicado e o paciente esclarecido e motivado, esse paciente se torna um ótimo colaborador e esperam-se resultados bastante satisfatórios. (VALLE-COROTTI *et al.*, 2008). Pacientes com perdas dentárias frequentemente necessitam de um tratamento interdisciplinar, que possibilite a reabilitação das áreas edêntulas. Através das movimentações dentárias é possível corrigir inclinações, distribuir espaços e até mesmo induzir a formação óssea para possibilitar a reabilitação. (MANHÃES *et al.*, 2011). A satisfação no tratamento ortodôntico em pacientes adultos tem uma concepção diferente comparada com a de pacientes infantis e jovens. Não se pode considerar que os resultados alcançados serão acurados, mas diante das condições em que a saúde bucal do paciente adulto geralmente se encontra com pouca implantação óssea, com fragilidade nos ligamentos periodontais, e também por se considerar a dificuldade de uma correta higiene do paciente, os resultados finais são consideráveis, e auxiliam na reabilitação funcional e estética, gerando um aumento na autoestima do paciente, o que diante do presente estudo, atende aos quesitos finais do tratamento ortodôntico. **Conclusão:** A troca de informações e experiências entre as diversas áreas da Odontologia se faz válida para o planejamento e execução do tratamento em pacientes adultos por meio da associação da ortodontia e a reabilitação protética do paciente. Certo que, o tratamento ortodôntico em adultos possui suas peculiaridades tanto anatômicas, físicas, patológicas quanto psicossomáticas. Nesse norte o tratamento ortodôntico em pacientes adultos deve ser o mais rápido possível, abordando o problema presente e mantendo intactas as regiões onde a estabilidade oclusal e periodontal estiverem presentes. O tratamento deve objetivar a

eliminação da queixa principal do paciente e estabelecer a oclusão fisiológica em áreas onde a condição oclusal patológica esteja trazendo danos ao periodonto e aos dentes. Portanto, em face das peculiaridades dos pacientes adultos, em especial com mais de 50 anos, o tratamento deve ser restrito à área do problema, mantendo o equilíbrio das outras áreas oclusais que não necessitam de intervenção.

Palavras-chave: Ortodontia; Reabilitação Pré-Protética; Adultos.

Referências Bibliográficas:

CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. 1 ed. Rio de Janeiro: REVINTER, p. 267, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529_ref_glossario equipetec.pdf> Acesso em: 06 de setembro de 2017.

MANHÃES, J.L.R.C. Importância da abordagem interdisciplinar na reabilitação de pacientes adultos com ausência de dentes. Ver. **Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 65, n. 6, p. 440-444, 2011.

MALAGUTTI, W. BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, p. 400, 2010.

SOUZA et al. Odontologia geriátrica promoção e manutenção de saúde ao alcance do clínico geral. S.I: **Arq. Ciências Saúde Unipar**, p. 59-63, 1997.

VALLE-COROTTI et al. A Ortodontia na atuação odontogeriatrica. Maringá: **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.13. n.2. p. 84-93, 2008.

TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL: RELATO DE CASO

SILVA, Fernanda Alves¹; MEI, Raul Magnoler Sampaio²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: O tratamento ortodôntico apresenta uma influência positiva sobre a estética e função de pacientes comprometidos periodontalmente, pois quando conduzido em um periodonto reduzido saudável, pode aumentar a inserção óssea em movimentos intrusivos, porém, quando realizado em um periodonto doente, o processo de reabsorção óssea é acelerado. (BORTOLUZZI *et al.* 2013). Conforme afirma Maia *et al.* (2011), a movimentação ortodôntica não está contraindicada em dentes com perda de suporte periodontal. Ao contrário, a terapia ortodôntica pode contribuir para a manutenção dos dentes em estado de saúde, desde que na ausência de inflamação. Logo, o elemento-chave no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com doença periodontal é a eliminação, ou redução, do acúmulo de biofilme e da inflamação gengival. Isso implica em grande ênfase nas instruções de higiene oral, no planejamento do aparelho ortodôntico e em revisões periódicas durante todo o tratamento. Os objetivos do presente trabalho consistem em relatar um caso clínico em um paciente adulto com periodonto reduzido tratado ortodonticamente, como também demonstrar a possibilidade de movimentação ortodôntica, além de ressaltar a importância do tratamento, bem como suas limitações, cuidados e modificações nas técnicas descritas. **Materiais e métodos:** O estudo é baseado em relato de caso clínico do tratamento ortodôntico realizado em um paciente que apresenta comprometimento periodontal. Por se tratar de um estudo de caso clínico, envolvendo um paciente, se aplica a elaboração de um termo de livre consentimento e esclarecimento devidamente assinado e a Carta ao Comitê de Ética para liberação da pesquisa e sua publicação dentro dos moldes legais preconizados. O paciente foi submetido a um tratamento ortodôntico corretivo com acompanhamento periodontal periódico e controle radiográfico. Portanto, foram analisadas somente imagens intra-orais, radiografias auxiliares iniciais e finais. **Resultados e discussão:** De acordo com Maia *et al.* (2011), o elemento-chave no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com doença periodontal é a eliminação, ou redução, do acúmulo de biofilme e da inflamação gengival. Isso implica em grande ênfase nas instruções de higiene oral, no planejamento do aparelho ortodôntico e em revisões periódicas durante todo o tratamento. Um aspecto a ser considerado é que deve ocorrer rotineiramente e com mais frequência em menor espaço de tempo a terapia periodontal de suporte, de modo que a doença periodontal não se torne ativa novamente, o que inviabilizaria a continuidade do tratamento ortodôntico. Além disso, o acompanhamento periodontal deve continuar mesmo após o fim da terapia ortodôntica e o tempo para consulta irá variar de indivíduo, de acordo com o risco individual que cada paciente apresenta relacionado à doença periodontal (MACHADO, 2017). Conforme afirma Adabo (2011), o tratamento ortodôntico de pacientes adultos deve, portanto, utilizar uma abordagem direcionada para eliminar a queixa do paciente como descrito no planejamento inicial do caso e estabelecer uma relação oclusal fisiológica, limitando-se às regiões da arcada dentária com algum comprometimento estético ou funcional. Foi realizado um tratamento ortodôntico corretivo em um paciente de 54 anos, gênero masculino, que apresentava doença periodontal, perda óssea vertical e horizontal, além de má oclusão classe II de Angle, giroversão e apinhamentos. O tratamento teve duração de 35 meses por necessitar de uma movimentação mais controlada devido ao risco de reabsorção óssea e radicular e perdas dentárias (BORTOLUZZI *et al.*, 2013). Deve ser dada grande importância ao controle periodontal periódico para manutenção da saúde e ausência de inflamação dos tecidos periodontais durante toda a terapia. Ao fim do tratamento e remoção do aparelho superior e inferior, foram instaladas contenções fixas do 13 ao 23 e do 33 ao 43, apresentando como vantagem maior estabilidade e eficiência pois independe da cooperação do paciente em utilizá-la, e como desvantagem ela pode dificultar a higienização por parte do paciente, podendo causar problemas periodontais como gengivite. **Conclusão:** Pacientes que apresentam comprometimento periodontal, quando submetidos ao tratamento ortodôntico sem uma correta troca de informação entre os profissionais e conduta clínica inadequada, podem apresentar uma acentuada perda óssea, perdas dentárias e interrupção do tratamento. Quando conduzido em um periodonto reduzido com ausência de inflamação, o tratamento ortodôntico pode aumentar a inserção óssea, visto que a movimentação ortodôntica estimula a aposição óssea, melhorar a higienização por parte do paciente, facilitar procedimentos odontológicos além de apresentar uma melhora significativa da estética e função, aprimorando a autoestima e qualidade de vida desse paciente. Foi possível constatar que o tratamento ortodôntico juntamente com a colaboração do paciente, acompanhamento periodontal e ausência de inflamação pode conduzir a resultados satisfatórios sem causar danos irreversíveis para os tecidos periodontais, além de resultar em uma estética mais agradável e melhor função, aprimorando a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Movimentação dentária; Periodontia; Tratamento ortodôntico.

Referências Bibliográficas:

ADABO, M. D. **Abordagem ortodôntica em pacientes adultos**. 35f. Monografia (Especialização em Ortodontia) - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Piracicaba, 2011.

BORTOLUZZI, G. S.; ORTIZ, J. S.; LAZZARETTI, D. N.; SILVA, C. P. C. Mecânica ortodôntica para pacientes comprometidos periodontalmente. *J Oral Invest*, v. 2, n. 1, p. 17-25, 2013.

MACHADO, M, S.; SANTOS, M. O.; BARBOSA, R, F, X.; FERREIRA, A, C, R.; BARBOSA; O, L, C.; BARBOSA, C, C, N. Tratamento ortodôntico em paciente com periodonto reduzido- relato de caso. **BJSCR**, v. 19, n. 2, p. 91-95, 2017.

MAIA, L. P; JÚNIOR, A. B. N.; SOUZA, S. L. S.; PALIOTO, D. B.; JR, M. T.; GRISI, M. F. M. Ortodontia e periodontia- parte II: papel auxiliar da terapia ortodôntica no tratamento periodontal. *Braz J Periodontol*, v. 21, n. 3, p. 46-52, 2011.

PUBLICIDADE E PROPAGANDA EM ODONTOLOGIA NAS REDES SOCIAIS

MENDES, Gesiele Franco ¹; CALUMBY, Átila Nunes ²

¹ Acadêmica do curso de Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados - MS.

² Prof. Esp. em Ortodontia.

Introdução: No cenário atual, dispomos de vários de pesquisa que nos ajudam a obter informações. A internet vem auxiliando muito a odontologia na divulgação de propagandas, principalmente com o uso de websites de vínculo social como o Instagram, Facebook, entre outros. Na odontologia existem normas impostas pelo Código de Ética Odontológica que todos os profissionais envolvidos devem seguir. Porém, quando o tema é publicidade e propaganda na internet, muitos desses profissionais não seguem essas diretrizes. Garbin *et al.* (2010) declarou que no território nacional há leis que devem ser seguidas. O capítulo XVI do CEO de 2012 determina que não deve-se utilizar fotos do tipo “antes e depois” nas propagandas divulgadas. Além disso, determina que não se pode oferecer procedimentos gratuitos, criticar técnicas utilizadas por outros profissionais e divulgar nomes e/ou endereços de pacientes. **Objetivos:** Os objetivos do presente trabalho são: listar anúncios feitos pelas redes sociais escolhidas relacionados à odontologia, analisando os conteúdos disponibilizados por estes, e comparar os websites, verificando quais estão de acordo com o Código de Ética Odontológica. **Material e Métodos/ Relato de Caso:** Para a execução deste trabalho foram selecionadas 100 páginas aleatórias de redes sociais relacionadas à publicidade na odontologia, sendo 50 delas do Facebook e o restante do Instagram. Para a avaliação das páginas coletadas, foi empregado o método estatístico aleatório, seguido por uma análise da porcentagem de amostras que estarão de acordo ou não com o código de ética. Foi realizada uma pesquisa quantitativa com o auxílio de um formulário contendo 9 questões relacionadas às práticas do Código de Ética Odontológica. **Resultados/ Discussão:** No momento, apenas 54% dos cirurgiões dispôs as suas especialidades. Dessa forma, o profissional se destaca em relação aos demais, gerando uma valorização pelos olhos do paciente. O inciso II do artigo 44 do CEO determina que divulgar especialidades que o profissional não possua gera infração. Além disso, é considerado infração, de acordo com a lei 5081/66, o cirurgião-dentista divulgar mais de duas especialidades. Uma informação muito relevante é que não se deve divulgar preços. Sobre esse assunto, a pesquisa mostra que apenas 2% dos websites tiveram divulgações de preços e 7% tinham modalidades de pagamentos. Em um estudo realizado por Miranda, Radicchi e Daruge(2013), foram analisados 384 websites de publicidade para odontologia e cerca de 53,12% continham imagens de “antes e depois”. Já na presente pesquisa, cerca de 62% dos perfis contêm esse modelo de propaganda. Esse tipo de publicidade induz o paciente a pensar que o devido procedimento ficará igual à fotografia, podendo gerar um problema, já que os resultados podem não ser condizentes com os divulgados. **Conclusão:** Conclui-se que a maior parte dos profissionais e clínicas analisadas pelo estudo não seguem as normas impostas pelo Código de Ética Odontológica. A infração que mais chamou a atenção foi a questão do uso de “antes e depois” como propaganda, ou seja, grande parte dos envolvidos fazem o uso dessa prática ilegal. Por outro lado, em relação à divulgação de preços e modalidades de pagamentos, poucos dos anúncios verificados foram incoerentes com o estabelecido pelo CEO. Em suma, a internet está sendo muito utilizada como veículo de publicidade e propaganda. No entanto, é necessário que o cirurgião-dentista responsável busque basear seus anúncios nessas redes sociais de acordo com o código de ética, não só pela possibilidade de ser punido pelas infrações, mas, também, para contribuir para a igualdade entre os profissionais da área.

Palavras-chaves: Análise; perfis odontológicos; questionário; legislação odontológica.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. DECRETO Nº 5081, DE 24 DE AGOSTO DE 1966. **Regula o Exercício da Odontologia**, Brasília, DF, ago de 1966.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução Nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição.
- GARBIN, A. J. I. *et al.* Publicidade em odontologia: avaliação dos aspectos éticos envolvidos. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 58, n. 1, p. 85-89, 2010.
- MIRANDA, G. E.; RADICCHI, R.; DARUGE, E. J. Análise de websites de cirurgiões-dentistas quanto aos aspectos éticos e legais relativos à publicidade e propaganda. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 70, n. 1, p. 80-84, 2013.

O DESAFIO DA SOBREMORDIDA EXAGERADA – REVISÃO DE LITERATURA

AGOSTINI, Jocicleide de Matos Ferreira¹; MEI, Raul Magnoler Sampaio²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: A sobremordida exagerada é caracterizada como uma maloclusão de etiologia multifatorial, onde clinicamente nota-se excessivo trespasse vertical, com incisivos superiores recobrimo exageradamente os incisivos inferiores. Muito se discute atualmente a respeito do tratamento ortodôntico da sobremordida exagerada, tida como uma das mais difíceis de ser corrigida, podendo ser uma causa de insucesso no tratamento ortodôntico. Esta maloclusão tem sua etiologia relacionada a alterações de desenvolvimento na mandíbula e/ou maxila, função de lábios e língua e, dentoalveolares. Tendo sua etiologia íntima relação com o diagnóstico e consequentemente no tratamento ortodôntico de qualidade, sendo então, o diagnóstico o fator de maior relevância nas diretrizes do tratamento, no sucesso e estabilidade do caso. Na correção da sobremordida exagerada, durante o tratamento ortodôntico, ressalta-se a importância de estabelecer uma função normal do aparelho mastigatório, sendo vastamente aceito na literatura que a correção desta maloclusão é mais estável e mais fácil de ser obtida em pacientes que apresentam crescimento esquelético. Essencialmente, existem três mecânicas para corrigir a sobremordida exagerada, a intrusão dentária anterior, extrusão posterior, ou a combinação de ambas mecânicas em casos mais complexos. Dessa forma, destaca-se a grande importância da individualização do tratamento da sobremordida exagerada, de forma a ter resultados satisfatórios quanto à estética facial e oclusão adequada.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi explicar os tipos de tratamentos ortodônticos atuais e comparar as técnicas existentes para o tratamento desta maloclusão. **Material e Métodos:** Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, com uma pesquisa bibliográfica que apresenta teorias a partir de referências já publicadas, confrontando o que já foi escrito sobre o assunto. **Discussão:** O tratamento particularizado da sobremordida exagerada é de grande relevância para que se obtenham resultados positivos em cada caso, de forma a favorecer a estética facial contíguo com uma oclusão adequada. O padrão vertical de crescimento e a inclinação axial dos incisivos são características imprescindíveis numa análise esquelética em casos de sobremordida exagerada, o diagnóstico dessa característica é fundamental, pois determinadas estratégias de tratamento estão contraindicadas em algumas situações. Parecido a outras maloclusões, a sobremordida exagerada, também possui diversas modalidades de tratamento, dentre elas, destaca-se: extrusão dos dentes posteriores, intrusão de dentes anteriores (inferiores e/ou superiores) ou combinação de ambas, tais opções terapêuticas estão intimamente relacionadas com a etiologia. Três variáveis precisam ser consideradas para a indicação da extrusão de dentes posteriores, como uma forma de tratamento da sobremordida exagerada, são elas: diagnóstico facial, diagnóstico cefalométrico e estabilidade. Já a intrusão dos dentes ântero-superiores como medida para a correção desta maloclusão, é mais indicada para casos com excesso vertical de maxila melhorando a estética facial do indivíduo. A correção da sobremordida exagerada por intrusão dos dentes anteriores proporciona vantagens, incluindo o controle simplificado da dimensão vertical e a rotação da mandíbula para frente, o que ajuda na correção de classe II. A intrusão de incisivos foi considerada, durante muitos anos, um movimento complexo e difícil de ser realizado. Além disso, já foi associada, algumas vezes, com reabsorções radiculares e recessões gengivais. Atualmente, a intrusão de incisivos superiores como um recurso único para a correção da sobremordida exagerada tem sido pouco utilizada, pois expor dentes superiores, bem como expor uma pequena faixa de tecido gengival, é estético e rejuvenesce os pacientes. **Conclusão:** Destaca-se a importância do diagnóstico diferencial dessa maloclusão, realizado criteriosamente, com objetivos claros do tratamento inteiramente estabelecidos. Para que resultados satisfatórios, de cada caso sejam atingidos, o tratamento da sobremordida exagerada deve ser individualizado, objetivando favorecer a estética facial compatível com uma oclusão ajustada. Conclui-se que o tratamento deve iniciar o mais cedo possível, recomendando as mecânicas sugeridas para cada caso, de acordo com os tipos faciais, com a altura facial anteroinferior, quantidade de exposição gengival e intensidade da sobremordida.

Palavras-chaves: Sobremordida exagerada; ortodontia; maloclusão.

Referências Bibliográficas:

ABUABARA, A.; LAGO, J. C. F. Treatment of deep bite with bite plate: a case report. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 4, n. 2, p. 61-64, 2007.

AGUIAR, G. A. R. et al. Sobremordida: Relato de caso. **RFAIPE**, v. 7, n. 2, p. 16-23, 2017.

AL-ZUBAIR, N. M. Orthodontic intrusion: A contemporary review. **J Orthod Res**, v. 2, n. 3, p. 118-124, 2014.

CORTES, J. N. et al. O uso de mini-implantes na intrusão de dentes anteriores. **Rev OrtodontiaSPO**, v. 46, n. 5, p. 513-516, 2013.



UNIGRAN

- DUARTE, M. S. O paradigma do protocolo de tratamento da sobremordida exagerada. **Orthodontic Science and Practice**, v. 3, n. 13, p. 454-466, 2011.
- FUZIY, A. et al. Considerações sobre a etiologia, o diagnóstico e tratamento da sobremordida exagerada. **Rev Clín Ortod Dental Press.**, v. 14, n. 3, p. 6-36, 2015.
- LEITE, F. H. C.; BIN, M. C.; SCHMITZ, W. O. **Produção do artigo científico**. Dourados: Seriema, 2011.
- MOURA, L. M. et al. Combinação de duas técnicas ortodônticas “Arco Segmentado” e “Arco Reto” na correção da Mordida Profunda. **Ortodontia SPO**, v. 41 (Esp.), p. 283-8, 2008.
- OLIVEIRA, C. S. B. M. et al. Mecânicas para intrusão dos dentes anteriores. **Rev Clín Ortod Dental Press.**, v. 9, n. 4, p. 72-83, 2010.
- OLIVEIRA, S. R. et al. Correção da maloclusão Classe II com sobremordida exagerada. **Rev Odontol. Sanmarquina**, v. 11, n. 2, p. 83-87, 2008.
- PRIETO, M. G. L. et al. Prieto Straight Wire bracket (PSWb) na correção da mordida profunda – relato de caso do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia (BBO). **Orthodontic Sci. Pract.**, v. 4, n. 16, p. 867-873, 2011.
- RODRIGUES, L. A. et al. Correção da mordida profunda utilizando alinhadores estéticos (Clear-Aligner): relato de caso. **Rev Clín Ortod Dental Press.**, v. 16, n. 3, p. 70-77, 2017.

CÉLULAS-TRONCO PROVENIENTES DE DENTES DECÍDUOS: REALIDADE OU FUTURO?

BELTRAMIN, Miriam Raquel¹; IMADA, Thais Sumie Nozu²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: A perda precoce de dentes ainda é um impasse para a odontologia, não obstante, com novas pesquisas uma proposta de tratamento através do uso de células-tronco vem sendo estudada para que futuramente possam ser utilizadas para melhorar as funções do órgão dental. Essas magníficas células nos mostram alternativas para a reestruturação dentinho-pulpar, a principal fonte são células mesenquimais que estão presentes na polpa de dentes decíduos, todas essas células apresentam capacidade proliferativa e regenerativa dos tecidos humanos sejam eles dentais ou não. Portanto esse trabalho teve como finalidade realizar uma revisão de literatura com o intuito de elucidar as reais aplicabilidades das células-tronco provenientes de dentes decíduos na Odontologia atual.

Materiais e Métodos: O presente estudo detém como método analítico a revisão de literatura embasada em artigos já publicados, pertinentes às atuais tendências das pesquisas com células-tronco na Odontologia, além disso aborda os efeitos satisfatórios da utilização prática de tais células. Para a realização deste estudo foram utilizados artigos já publicados na comunidade científica. A seleção da norma de referência priorizada observou o propósito do tema adotado. Dentro dessas circunstâncias elaborou-se uma revisão de literatura de pesquisa bibliográfica de domínio odontológico enfatizando o tema sobre células-tronco provenientes de dentes decíduos, questionando-se se tal método é uma realidade ou um futuro para a área da Odontologia.

Resultados e Discussão: Constata-se que as células-tronco são um grupo especial de células que apresentam características específicas e aplicações na terapia regenerativa de tecido, e para que seja possível a formação de um tecido novo precisamos das células-tronco, sendo necessário um fator de crescimento para induzi-las e uma matriz como estrutura de suporte. Destaca-se que tais células podem ser encontradas no periodonto e no tecido pulpar, e as células que são encontradas nos tecidos bucais como, por exemplo, nos dentes de leite possuem a mesma capacidade de diferenciação que as células-tronco da medula, o que introduz a Odontologia em um quadro de avanços científicos (JUNIOR; BARBOSA, 2015). Outro importante aspecto destacado sobre a vantagem de se utilizar células-troncos provenientes dos dentes decíduos é que este não consiste em um procedimento invasivo nem contraria a moral e a ética, pois os dentes decíduos sempre são descartados após o processo normal e fisiológico de esfoliação e reabsorção de raízes, sendo um processo fácil e nada invasivo para extração e armazenamento das células-troncos (SOARES et al., 2008). As células que apresentam resultados mais satisfatórios em termos de potencialidade de proliferação e diferenciação seriam as SHED. Como essas magníficas células tem origem na crista neural, demonstram pluripotencialidade similar às células-tronco embrionárias, elevando assim chances de colaborarem no tratamento. Além do mais as SHED são células adultas, que permitem serem encontradas e retiradas de forma minimamente invasiva, reduzindo ao máximo os dilemas éticos (MIURA, 2003). Outra questão que se torna muito importante durante a coleta dos dentes decíduos por características próprias da cavidade oral, é o risco de contaminação das culturas por microrganismos, mediante aos cuidados de manipulação próprios da técnica de cultivo de células. É necessário a atenção aos critérios tais como, a ausência de lesões cáries extensas nos elementos dentários selecionados, controle e manutenção da cadeia asséptica durante o procedimento cirúrgico, impedir que a polpa da unidade retirada entre em contato com os fluidos bucais. Necessitam ser unidades dentárias em estado avançado de rizólise, mas com o epitélio juncional íntegro, para que não ocorra a contaminação prévia do tecido pulpar (MACHADO et al., 2015). **Conclusão:** Analisando a biologia das células-tronco, podemos compreender o porquê pesquisa-las no presente momento é um dos pontos surpreendentes da ciência. Por este caminho tentamos melhor entender sobre a medicina regenerativa, no qual as células-tronco são instigadas a se diferenciar em um tipo específico de célula que esteja sendo requerida para reparar ou substituir uma parte de tecido que esteja lesionado. Numerosos estudos afirmam a eficiência desse tipo de abordagem na regeneração tecidual, sobre tudo, para se ter uma terapia tecidual eficaz e de uso difundido, existe um longo caminho, o que demanda um forte suporte técnico com expressivo apoio as pesquisas e protocolos, para que possamos ter plena segurança na passagem desta rica e nova tecnologia para a área clínica. O método de coleta e de cultura das células-tronco adquiridas de dentes decíduos tem se mostrado relativamente uma técnica simples e rápida. A aplicação clínica dessas células ainda não está indicada para o uso corriqueiro, mas apresenta perspectivas promissoras. Acredita-se portanto que é imprescindível novos experimentos, *in vitro* e *in vivo*, e estudos na parte clínica para comprovar a sua segurança e viabilidade. Contudo essa alternativa é necessária ser divulgada entre cirurgiões-dentistas, para introduzi-los no contexto da terapia celular e, desta maneira motivar e aconselhar de maneira correta seus pacientes e responsáveis a respeito desta fonte extraordinária de células-tronco, uma vez que existe um tempo restrito de obtenção aos dentes decíduos.

Palavras-chave: bioengenharia, células-tronco, dente decíduo, engenharia tecidual.



UNIGRAN

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA JUNIOR, J. C. A.; BARBOSA, J. F. Células-Tronco e odontologia. **Rev UNINGÁ review**. v. 1, n. 1, p. 40-43, 2015
- MACHADO, C. E. S.; DIOGO, J. F.; GARCIA, V.; FERLIN, C. R.; OLIVEIRA, D. T. N.; PRATA, C. A. Células-tronco de origem dental: características e aplicações na medicina e odontologia. **Rev Odontológica de Araçatuba**, v. 36, n. 1, p. 36-40, 2015
- MIURA, MASAKO et al. **SHED: Stem cells in human exfoliated deciduous teeth**. Proc Natl Acad Sci Usa., v100, n.97, p.5807-5812, 2003
- SOARES, A. P.; KNOP, L. A. H.; DE JESUS, A. A.; DE ARAÚJO, T. M.; Células-tronco em Odontologia. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 12, n. 1, p. 33-40, 2008

DESAFIOS PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA NA REALIZAÇÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR

AKIMURA, Sandra Regina Imada¹; SHINMA, Bruno²; MACEDO, Márcia Christino³; PAZOTTI, Giseliene Mendonça⁴; MISSIO, Lourdes⁵; GANASSIN, Fabiane Melo Heinen⁶; FIETZ, Vivian Rahmeier⁷.

¹ Cirurgiã-Dentista. Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

² Cirurgião-Dentista. Docente da UNIGRAN – Centro Universitário da Grande Dourados.

³ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

⁴ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

⁶ Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

⁷ Nutricionista. Doutora em Engenharia de Alimentos. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Introdução: Embora o histórico da atuação da odontologia em ambiente escolar no Brasil tenha iniciado no início do século XX (NARVAI, 2006), a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) a partir da Constituição de 1988, enfatizou a importância de se trabalhar a promoção de saúde em conjunto com ações de prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Desde então foram implantadas políticas que favorecem a interação entre os setores da saúde e educação, como o PSE (Programa Saúde na Escola). No entanto, na prática, o cirurgião-dentista encontra dificuldades e potencialidades a serem exploradas. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar alguns desafios do cirurgião-dentista que atua na promoção de saúde nas escolas fundamentado em uma revisão de literatura. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com enfoque qualitativo através da realização de um texto reflexivo embasado em uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO, Google Acadêmico, Brasil – Ministério da Saúde- Livros, PubMed, Medline e BBO. **Discussão:** Segundo Mott (2008), em 1908 a Associação Odontológica Paulista nomeou uma comissão para inspecionar os dentes das crianças que frequentavam escolas públicas na capital do estado; na década seguinte começaram a funcionar dispensários nas escolas paulistas, destinados ao tratamento odontológico. Em 1929, os cirurgiões-dentistas passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar no estado de São Paulo e em 1952 iniciaram as ações de Odontologia Sanitária, por meio da promoção de saúde, dando origem ao Sistema Incremental (NARVAI, 2006). No entanto, somente com o advento do SUS (1988) e da PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal – BRASIL, 2004) as ações educativas direcionadas a escolares ganharam maior relevância, culminando em 2007 na implantação do PSE (Programa Saúde na Escola) (BRASIL, 2007). O PSE propõe em conjunto com a Estratégia Saúde da Família a articulação e integração entre os setores da saúde e educação básica. Embora a presença do cirurgião-dentista na escola não seja recente, as suas atividades sempre estiveram muito ligadas a um modelo de recuperação da saúde, com pouca ênfase à promoção da saúde. Observa-se dificuldades no planejamento das ações educativas e na real integração intersetorial; para Figueiredo, Machado e Abreu (2010) essas atividades são pontuais, programadas somente para as campanhas e epidemias do momento e não abordam os conteúdos integrados dentro das disciplinas como rotina. Normalmente são realizadas de maneira descontextualizada, pois as diretrizes são voltadas para o contexto nacional, havendo a necessidade de considerar a realidade local de cada escola na priorização das demandas a serem atendidas pelo PSE (CAVALCANTI, LUCENA e LUCENA, 2015). Em muitos casos, os cirurgiões-dentistas também encontram dificuldades na comunicação oral e utilização de dinâmicas que possam auxiliar na compreensão dos conhecimentos. Em parte, devido ao legado histórico da formação da profissão, que valorizava práticas científicas tecnicistas, com pouco enfoque para práticas preventivas e educacionais coletivas (GRANDE, *et al.*, 2016); também pelo pouco preparo pedagógico para o profissional realizar ações educativas e falar para a coletividade, especialmente para um público jovem. Assim, a extensão universitária pode ser considerada um importante recurso, tanto para a formação do futuro profissional, quanto para melhorar o serviço no intuito de alcançar as necessidades da comunidade. A aproximação e (re)significação dos saberes popular e científico é uma importante estratégia para promover mudanças (FADEL, 2013). **Conclusões:** Existem desafios para o cirurgião-dentista trabalhar em ambiente escolar, já que os diferentes contextos e cenários estão por vezes bem distantes da realidade. Faz-se necessária uma aproximação maior entre o profissional e os gestores das escolas, e principalmente na linguagem e interação entre o profissional e os educandos. Os cirurgiões-dentistas têm dificuldades na comunicação e em utilizar metodologias que propiciem reflexões aos estudantes no intuito de promover mudanças para a melhoria da saúde bucal. Para efetivação da promoção da saúde é importante a interação entre os profissionais de saúde, a comunidade acadêmica e as escolas. Neste sentido, destaca-se que

24 a 27 de Outubro de 2018

UNIGRAN - Centro Universitário da Grande Dourados
Dourados – Mato Grosso do Sul



UNIGRAN normalmente os estudantes universitários se apresentam mais abertos na realização de dinâmicas que auxiliem os cirurgiões-dentistas na construção de uma promoção bucal para escolares em uma visão interdisciplinar e intersetorial.

Palavras-chaves: Promoção da saúde no Ambiente escolar; Saúde bucal, Odontologia.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, p. 02. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/decreto/d6286.htm Acesso em 12/09/2018
- _____. Lei nº. 8080/90. **Diário Oficial da União**, n. 182, p. 18055-9, 20 set. 1990, seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php> Acesso em 25/09/2018
- FADEL, CB, BORDIN, D, KUHN, E, MARTINS, LD. O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Interface**; v17, n. 47, p. 937-42, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400017&lng=en&nrm=iso Acesso em 22/09/2018 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.3811>
- FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&lng=en&nrm=iso Acesso em 24/09/2018 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>
- GRANDE, I.; PROCHNOW, R, SAAB, R.; PIZZATTO, E. Desafios na formação do Cirurgião-Dentista para o SUS. **Rev ABENO**. V. 16, n. 2, p. 2-6, 2016. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/256> Acesso em 26/09/2018
- MOTT, M. L., *et al.* Moças e senhoras dentistas: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. **História, Ciências, Saúde**, Mangueiras/RJ, v. 15, p. 97-116, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3861/386138040005/> Acesso em 26/09/2018
- NARVAI, P. C. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. **Rev Saude Publica**; 40(nº Esp.):141-147, 2006

AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DAS DIFERENTES TÉCNICAS DE INSERÇÃO DO IONÔMERO DE VIDRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DIONÍSIO, A. A.¹; BENITES, A. F.¹; GALVÃO, P. T. V. O.²; ONODA, H. K.³

¹Acadêmico do curso de Odontologia no Centro Universitário da Grande Dourados – MS.

² Profa. Dra. em saúde e desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – MS.

³ Prof. Msc. em pós-graduação *latu senso* em Endodontia – MS.

Introdução: Os Cimentos de Ionômero de Vidro (CIV) são materiais restauradores que possuem propriedades físicas e químicas diferentes das resinas compostas. Dentre elas, podemos destacar a alta liberação de flúor nas primeiras vinte e quatro horas após a sua aplicação, excelente adesão à dentina, biocompatibilidade, dentre outras propriedades (SILVA *et al.*, 2014). Em conformidade com Chammas *et al.*, (2009) as porosidades internas nos CIV provocam grande estresse local, bem como são os pontos de iniciação e propagação de trincas, o que pode inclusive resultar em fratura parcial ou total da restauração. A diminuição do número de bolhas incorporadas no material e/ou na interface dente-restauração durante a inserção do CIV na cavidade, aumenta a resistência à fratura das restaurações. **Objetivo:** deste estudo reside em analisar o comportamento do cimento de ionômero de vidro em diferentes técnicas de inserção, baseado em artigos científicos. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na área de Odontologia, a respeito das diferentes técnicas de inserção do cimento de ionômero de vidro, especificando suas vantagens, desvantagens e consequências do seu uso, utilizando 14 artigos científicos datadas de 2008 à 2018 por meio das bases de dados bibliográficos Bireme, LILACS, BBO, MEDLINE e Entrez – Pubmed. **Resultados e Discussão:** As inúmeras indicações do CIV propostas pela literatura, mostra sua extrema importância na rotina odontológica, independente da área específica. Podem ser aplicados desde agentes cimentantes como materiais restauradores definitivos (Silva *et al.*, 2014). No entanto, falhas no momento da sua inserção em cavidades médias a profundas, devido por exemplo ao tempo de trabalho do material extrapolado, ausência de instrumentais mais indicados e falta de predicativos técnicos do operador podem criar e/ou aumentar a porosidade no interior da restauração (Chammas *et al.*, 2009; Da Mata *et al.*, 2010), por meio da presença de bolhas de ar, deixando assim o elemento dental mais susceptível a fratura podendo até perder o dente. Meios alternativos ou métodos simplificados para otimizar a inserção do CIV na cavidade devem ser propostos para que haja uma melhor adaptação no interior da cavidade. Dessa forma em 2016, Gyanani *et al.*, estudaram uso do ultrassom no momento da inserção do CIV e obtiveram excelentes resultados, diminuindo a microinfiltração em cavidades classe II. Em 2010, Raggio *et al.*, avaliou, em um experimento, a dureza Knoop de três cimentos de ionômero de vidro de alta viscosidade, entendendo-se que a seringa pode apresentar qualidades e benefícios na redução de espaços vazios e formação de espaço entre dente e material de enchimento, porém, em seu experimento, não houve diferença entre o uso da seringa Centrix, seringa de baixo custo Injex e espátula número 1, todavia, De Oliveira *et al.* (2018), constituiu um relato de caso onde foram usados para inserção do CIV espátula e seringa de inserção (Centrix), constatando que a seringa reduz a incorporação de bolhas e porosidades na estrutura do material, aumentando suas propriedades mecânicas. **Conclusão:** Conclui-se que métodos de inserção com seringa Centrix mostrou-se superior aos outros métodos por apresentar o menor índice de microinfiltrações e porosidades, no entanto seu alto custo é uma fator negativo à sua acessibilidade e novos instrumentos e métodos devem ser desenvolvidos para facilitar e otimizar a inserção do CIV nas cavidades.

Palavras-chave: Cimentos de Ionômeros de Vidro. Materiais Biocompatíveis. Cavidade Dentária.

Referências Bibliográficas .

CHAMMAS, M. B. *et al.* Resistência à Compressão de Cimentos de Ionômero de Vidro Restauradores Encapsulados. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde.**; v. 11, n. 4, p. 35-38, 2009.

DA MATA, M.; SANTOS-PINTO, L.; ZUANON, A. C. C. Influences of the Insertion Method in Glass Ionomer Cement Porosity. **Micros. Res. Tech.**; v. 0, n. 0, p. 000-000, 2012.

DA SILVA, P. I. P; *et al.* Avaliação da proteção ao cimento de ionômero de vidro por diferentes materiais. **Revista UNINGÁ Review**, v. 19, n. 1, p. 05-09, 2014.

DE OLIVEIRA, B. *et al.* Utilização de cimento de ionômero de vidro com duas técnicas diferentes em restaurações classe V em dentes posteriores: relato de caso. **Ação Odonto**, v. 1, n. 2, p. 56, 2018.

Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acaodonto/article/view/15995/8649>>. Acesso em: 23 Set. 2018.



- UNIGRAN** GYANANI, H. C.; et al. Microleakage in Sub-Gingival Class II Preparations Restored Using Two Different Liners for Open Sandwich Technique Supplemented With or Without Ultrasonic Agitation: An In Vitro Study. **J Clin Diagn Res.**; v. 10, n. 3, p. 70-73, 2016.
- RAGGIO, D. P.; et al. Effect of Insertion Method on Knoop Hardness of High Viscous Glass Ionomer Cements. **Braz Dent J.**; v. 21, n. 5, p. 439-445, 2010.
- SILVA, I. P. et al. Avaliação da Proteção ao Cimento Ionômero de Vidro por Diferentes Materiais. **Revista UNINGÁ Review**, v. 19, n. 1, p. 5-9, 2014.

ESTUDO DAS TÉCNICAS EMPREGADAS PARA O AFASTAMENTO GENGIVAL EM DENTES PREPARADOS PARA PRÓTESE FIXA

CELERI, Daiane Pucci¹; LORENZONI, Fabio Cesar²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: Nos dias atuais dispomos de uma grande variedade de técnicas empregadas para o afastamento gengival, que associadas aos materiais de moldagem ampliaram a exatidão dos detalhes das moldagens, propiciando ao cirurgião-dentista próteses cada vez mais precisas. Entretanto, a boa qualidade dos materiais de moldagem não é requisito exclusivo para o sucesso da reprodução das características clínicas dos preparos cavitários. Sendo assim, a extensão do preparo dentro do sulco gengival, a nitidez término cervical e a saúde do tecido periodontal são condições para se alcançar uma moldagem de qualidade (PEGORARO *et al.*, 2013). O afastamento gengival adequado requer a criação de um espaço físico lateral e vertical entre o término cervical do dente preparado e a margem gengival, permitindo assim o escoamento do material de moldagem para o interior do sulco gengival. Uma vez que o material de moldagem não é capaz de promover o afastamento lateral dos tecidos gengivais, torna-se indispensável empregar um dos três métodos conhecidos para o afastamento gengival: métodos mecânicos, métodos químico-mecânicos e métodos cirúrgicos (PAGANI *et al.*, 2015). Todos os métodos exercem de maneira satisfatória sua função de afastar provisoriamente a margem gengival livre do limite do preparo dentário. Há, porém, que se ressaltar e avaliar as consequências de cada técnica em relação aos danos gerados à saúde gengival e as repercussões locais e sistêmicas geradas pelas soluções hemostáticas. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo levar ao leitor, através de uma revisão da literatura, uma análise comparativa entre os diferentes métodos empregados durante o afastamento gengival em dentes preparados para prótese fixa. **Materiais e métodos:** As bases de dados bibliográficas (Bireme, LILACS, BBO, MEDLINE e Entrez – Pubmed) servirão como busca de artigos científicos, dissertações e teses. O período determinado para a busca bibliográfica será do ano de 2008 a 2018. **Discussão:** Al Hamad *et al.* (2008) notaram que a inserção de fios afastadores embebidos por soluções químicas vasoconstritoras e/ou adstringentes (técnica químico-mecânica) apresenta algumas limitações que estão relacionadas à força aplicada durante a colocação do fio retrator que, quando excessiva, pode provocar injúrias reversíveis ou permanentes ao epitélio juncional ocasionando sangramento gengival, recessões gengivais e desconforto ao paciente. Em estudos recentes, Phatale *et al.* (2017) analisaram novos sistemas de deflexão gengival utilizando pastas adstringentes (Expasy[®] e Magic Foam Cord[®]), “sem fio retrator”, com o intuito de superar as limitações da técnica químico-mecânica. Após um estudo comparativo clínico e histopatológico entre método químico-mecânico e pastas adstringentes, observou-se que a retração com fio provocou danos reversíveis ao epitélio juncional, que necessitou de 8 dias para a completa cicatrização. Enquanto as pastas Expasy[®] e Magic Foam Cord[®] mostraram-se biologicamente compatíveis com os tecidos gengivais, potencialmente menos traumáticas, de fácil e rápida manipulação, não induziram sangramento, efetivas como agentes hemostáticos e proporcionaram maior conforto aos pacientes. Todavia, em um estudo anterior Bennani *et al.* (2012) advertiram que a pressão média gerada pelas pastas adstringentes foi de 143 kPa, significativamente inferior à pressão gerada pelo fio de retração (5396 kPa) sendo insuficiente para promover o correto deslocamento da margem gengival. Finalmente, métodos alternativos como o afastamento puramente mecânico e afastamento cirúrgico também podem ser utilizados dependendo da preferência do operador e da condição clínica do paciente. **Conclusão:** A partir dos aspectos analisados em cada artigo, observou-se que todas as técnicas empregadas durante o afastamento dos tecidos gengivais estavam dentro dos parâmetros biologicamente aceitáveis. Concluiu-se que o método químico-mecânico pode ser usado com frequência desde que haja uma manipulação adequada dos tecidos adjacentes. As pastas adstringentes surgiram como alternativa para retração gengival, porém são recomendados estudos mais amplos envolvendo uma maior variedade de condições.

Palavras-chave: afastamento gengival, espaço biológico e materiais de moldagem.

Referências bibliográficas

AL HAMAD, K. Q.; AZAR, W.Z.; ALWAEI, H. A.; SAID, K.N. A clinical study on the effects of cordless and conventional retraction techniques on the gingival and periodontal health. **J. Clin Periodontol**, v. 35, p.1053-68, sept. 2008.

BENNANI, V.; AARTS, J.M.; HE, L.H. A comparison of pressure generated by cordless gingival displacement techniques. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 107, p. 388-92, 2012.

PAGANI, C.; KAMOZAKI, M. B. B.; FRANCCI, C. E.; RIQUIERI, H.; SAAVEDRA, G. S. F. A. Afastamento gengival: técnicas e materiais. **Revista Prótese News**, v. 2, n. 4, p. 71-87, 2015.

PEGORARO, L. F.; BONFANTE, G.; VALLE, A. L. do.; CONTI, P. C. R.; ARAUJO, C. R. P de. **Prótese Fixa**: bases para o planejamento em reabilitação oral. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

PHATALE, S.; MARAWAR, P.P.; BYAKOD, G.; LAGDIVE, S. B.; KALBURGE, J. Effect of retraction materials on gingival health: a histopathological study. **Journal of Indian Society of Periondontology**, v. 14, n. 1, p. 35-39, jan-mar, 2010.

RESINA BULK FILL NA CIMENTAÇÃO DE PINOS DE FIBRA DE VIDRO: REVISÃO DE LITERATURA
BULK FILL RESIN IN GLASS FIBER POST CEMENTATION: LITERATURE REVIEW

CHAVES, Gabriela Higino¹; GULLICH, Tamires Beatriz Raulino¹; GALVÃO Gabriel²,
Onoda HK³

¹ Discentes, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

³ Docente pós graduação *latu sensu* em Endodontia.

Introdução: O tratamento endodôntico consiste na remoção da polpa dentária que foi agredida ou do processo infeccioso/inflamatório, devolvendo a saúde periapical e a função do elemento dental na arcada. As causas mais comuns para essa inflamação da polpa são fraturas dentais, cáries profundas ou agressão do tipo trauma. Logo após a obturação dos sistemas de canais radiculares e avaliação do remanescente dental, faz-se necessário à utilização de um retentor intrarradicular para aumentar a retenção do compósito fotopolimerizável, seja ele restaurador ou núcleo de preenchimento. De acordo com Cecchin et al. (2011), os dentes tratados endodonticamente são estruturalmente diferentes dos dentes vitais que não sofreram nenhum tipo de trauma ou restauração, pois, eles exigem tratamento restaurador especializado. A perda de dentina, incluindo estruturas anatômicas, como cúspides e o telhado arqueado da câmara da polpa, pode resultar na fratura do tecido dental após a restauração final. Lima et al. (2015) afirmou que o uso de pinos pré-fabricados está cada vez mais comum, sendo amplamente utilizado para facilitar as restaurações dos dentes tratados endodonticamente. Eles permitem fácil instalação e exigem pouco tempo de cadeira clínica comparado aos núcleos personalizados. A inserção desses pinos é baseada na ligação á dentina do canal radicular com sistema adesivo e/ou agentes de cimentação, promovendo uma ótima qualidade de estabilidade e retenção. Portanto, esse trabalho surge da necessidade de conhecer novas alternativas de cimentação do pino de fibra de vidro para alcançar uma maior longevidade e previsibilidade do dente restaurado endodonticamente. **Materiais e Métodos:** O estudo será uma pesquisa bibliográfica que procura explicações a partir de referências teóricas já publicadas e coloca o pesquisador em contato com o que já foi escrito sobre o assunto (BARRUF, 2004). **Discussão:** Os pinos intrarradiculares são extremamente importantes para a restauração de dentes endodonticamente tratados e dentre suas características estão: ser biocompatível, de fácil uso, evitar tensões na raiz, obter união química e mecânica com o material restaurado, baixo custo e estético. Núcleos metálicos fundidos possuem uma grande desvantagem em relação aos pinos de fibra de vidro, necessitando de um número maior de sessões de atendimento, custo elevado, maior desgaste de estrutura dental sadia, dificuldade de remoção quando necessário e para piorar o prognóstico possui alto módulo de elasticidade, não suportando cargas mastigatórias diretas e elevadas e não possuindo uma estética favorável. Segundo Fernandes et al. (2016), com o desenvolvimento tecnológico, foram introduzidos os pinos pré-fabricados que passaram a ser um material de grande escolha do cirurgião dentista, tendo um destaque para os pinos de fibra de vidro que possui inúmeras vantagens sobre os não metálicos, como a sua matriz resinosa e seu módulo de elasticidade semelhante ao da dentina radicular o que evita fraturas futuras, além de permitir a passagem de luz e não manchar a estrutura dental remanescente. Clinicamente, o uso do compósito *Bulk Fill Flow* é uma vantagem na restauração de cavidades profundas, estreitas e com ângulos de difícil acesso, pois deixa o processo mais fácil e rápido. A diminuição do tempo clínico, ao se usarem os compósitos *Bulk Fill*, é inegável, porém, no trabalho desenvolvido que buscou comparar as propriedades físico-mecânicas desse compósito com os nano-híbridos fluidos, foi encontrado que o sucesso de restaurações que utilizam compósito *Bulk Fill*, em locais com alto desgaste na região oclusal, é prejudicado. Entretanto a Resina Bulk Fill vem sendo a opção mais eficaz (BAKAUS et al. 2018), pois o seu uso permite redução do tempo de cadeira clínicas por diminuir o número de incrementos inseridos na cavidade a ser restaurada, uma vez que esse material permite a polimerização efetiva de camadas de até 4 mm (CHARAMBA et al. 2017). **Conclusão:** Podemos concluir que a cimentação de pinos de fibra ainda é um tema muito discutido dentro da literatura, deixando espaços ainda para discussões de técnicas de cimentação, tipo de pino a ser utilizado, tamanho e material do pino. Cimentos resinosos são mais indicados para cimentação dos pinos de fibra de vidro por apresentar melhor retenção e boa distribuição de estresse. Resinas do tipo Bulk Fill, apresentam aspectos clínicos de interesse na rotina do profissional, pois apresentaram benefícios quando comparadas às resinas compostas convencionais e a cimentação de pinos de fibra de vidro com ela, pode ser uma alternativa para situações onde dente tratado endodonticamente necessita de retentor intra-radicular, já que o custo do material é baixo, seu fator de contração é baixo e sua aplicação não exige procedimentos complexos, deixando de lado a técnica incremental.

Palavras-chave: “Cimentos de Resina”, “Pinos de fibra de vidro” e “Resinas Bulk Fill”



UNIGRAN

Referências Bibliográficas

- CECCHIN, D. *et al.* **Influence of Chlorhexidine and Ethanol on the Bond Strength and Durability of the Adhesion of the Fiber Posts to Root Dentin Using a Total Etching Adhesive System.** From Endodontics, Department of Restorative Dentistry, Piracicaba Dental School, State University of Campinas, v. 37, n. 9, set, 2011 Piracicaba, Brazil. p. 1310-15.
- LIMA, J. F. C. *et al.* Influence of irrigation protocols on the bond strength of fiber posts cemented with a self-adhesive luting agent 24 hours after endodontic treatment. **Gen Dent.** v. 63, n. 4, jul./ago. 2015. p. 22-6.
- FERNANDES, J. D.; BECK, H. Vantagens dos pinos de fibra de vidro. **Rev de Odontologia da UBC**, v. 6, n. 1. Jan-jun, 2016.
- CHARAMBA, F.C. *et al.* Resistência de união de compósitos do tipo Bulk Fill: análise in vitro. **Rev Odontol UNESP**, v. 46, n. 2, p. 77-81, mar-abr, 2017.
- BAKAUS, E.T. *et al.* Bond strength values of fiberglass post to flared root canals reinforced with different materials. **Braz oral res**, São Paulo, v. 32, 2018.

PINO DE FIBRA DE VIDRO EM TRATAMENTO REABILITADOR EM DENTES TRATADOS ENDODONTICAMENTE.

VARGAS, Katlilyn, C.¹; LORENZONI, Fabio C.²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: Independente da sua natureza, os pinos intrarradiculares estão indicados quando da realização de restaurações em dentes tratados endodonticamente para auxiliar na retenção do material restaurador (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009). Porém, atualmente, devido as suas propriedades estéticas, módulo de elasticidade semelhante à dentina, fato que gera menor estresse reduz o risco de fratura radicular, a possibilidade de adesão ao substrato dentinário do canal radicular e ao material restaurador, baixo custo e ausência de corrosão, os pinos pré-fabricados de fibra de vidro são os mais indicados em detrimento aos pinos metálico fundidos (TERRY; GELLER, 2014). O núcleo metálico fundido (NMF) tradicional fornece uma melhor adaptação aos canais devido a sua técnica de confecção, entretanto, pode exigir remoção adicional de estrutura dentária sadia para que não ocorra áreas de retenção, o que irá impedir a sua cimentação no interior do canal radicular. Além disso, adaptam-se aos canais cônicos que apresentam formato irregular. Porém, o NMF numa liga com módulo de elasticidade que pode ser 10 vezes maior que o da dentina, (18,6 GPa), e esta incompatibilidade com a transmissão de forças oclusais pode levar a fratura radicular (TERRY; GELLER, 2014). Os pinos pré-fabricados disponibilizam uma alternativa clínica satisfatória aos dentes desvitalizados, proporcionando benefícios à perda da estrutura dental. Além disso, diminui o número de consultas ao cirurgião dentista, com resultados satisfatórios (PEREIRA, 2011). Portanto, os pinos de fibra de vidro não só agregaram longevidade com a técnica anatômica, melhorando sua adaptação nas paredes do canal com a diminuição da linha de cimentação, mas também melhoraram a retenção ao material restaurador e geram uma harmonia estética ideal por apresentarem cor clara e transparência similar à da dentina (CLAVIJO, 2008). Assim o objetivo deste trabalho é buscar na literatura pertinente, embasamento teórico para ressaltar a importância do pino de fibra de vidro no tratamento de dente tratado endodonticamente, atendendo aos critérios biológicos, estético, químicos, mecânicos e funcionais; além de conscientizar os profissionais das vantagens na utilização do pino de fibra mostrando como uma alternativa clinicamente confiável. **Materiais e métodos:** A pesquisa foi realizada com materiais utilizados que foram disponibilizados pela biblioteca do Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, e vias eletrônicas, buscando publicações por meio da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), na BBO – Odontologia (Biblioteca Brasileira de Odontologia) e MEDLINE – PubMed foram considerados como critério de inclusão teses, dissertações, livros e artigos publicados em revistas e periódicos científicos entre os anos de 2008 a 2017. **Discussão:** A reconstrução de dente tratado endodonticamente sempre representou um grande desafio para a odontologia, pois muitas vezes requer a utilização de retentores intrarradiculares para recuperar as estruturas dentárias perdidas. Os pinos intrarradiculares são dispositivos utilizados em situações de grandes destruições coronárias devido à ocorrência de extensas lesões cáries, amplas restaurações, necessidade de tratamento endodôntico associado ou não a elementos protéticos, e fraturas dentárias, trazendo vantagens como distribuições mais homogêneas das cargas mastigatórias que atuam na raiz, periodonto e osso conferindo também a retenção do pino, restauração e remanescente dentário (FRANCO *et al.*, 2009). Com advento dos pinos de fibra de vidro, as opções restauradoras se ampliaram e proporcionaram um melhor aproveitamento do remanescente dentário, tornando o tratamento mais conservador, pois segundo Souza *et al.*, (2011), os pinos de fibra de vidro reduzem o tempo clínico e o risco de fratura radicular, não causam alergia e corrosão, possuem maior facilidade de instalação, oferecendo maior retenção e melhor distribuição de forças. O estudo realizado por Viera *et al.*, (2008), também relata maior rapidez no tratamento realizado com a utilização do pino de fibra de vidro, pois é realizado em sessão única, dispensando a moldagem e a fase laboratorial, além do menor desgaste na estrutura dentária, maior resistência e estética. Apesar de NMF ser o procedimento mais escolhido entre os cirurgiões dentistas, o uso de pino de fibra de vidro tem sido bem aceito pelos profissionais, porém é importante ressaltar que não há um procedimento padrão em todos os casos para a instalação de retentores intrarradiculares devido às diferenças anatômicas entre as raízes e outras considerações clínicas, específicas de cada caso (FERNANDES JUNIOR; BECK, 2016). **Conclusão:** Os pinos de fibra de vidro permitem que o retentor intrarradicular possa ser efetuado em sessão única, além de garantirem uma maior previsibilidade do ponto de vista estético para o tratamento reabilitador final.

Palavras-chave: Pinos de fibra de vidro; Pinos estéticos; Odontologia restauradora;



UNIGRAN

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, R. C. Pinos intrarradiculares pré-fabricados: arte, ciência e técnica. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontologia: arte, ciência e técnica**. São Paulo: Artes Médicas, v. 21, n. 1, p. 441-62, 2009
- TERRY, D. A; GELLER, W. **Odontologia Estética e Restauradora**. São Paulo: Editora Quintessence, v. 2, n. 1, p. 741, 2014.
- PEREIRA, K. N. F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.7, n.2, p. 221-228, 2005.
- CLAVIJO, V. G. R; CALIXTO, L. R; MONSANO, R; KABBACH, W; ANDRADE, M. F. Reabilitação de dentes tratados endodonticamente com pinos anatômicos indiretos de fibra de vidro. **R. Dental Press. Estét.**, Maringá, v. 10, n. 10, p. 20, 2008.
- FRANCO, A. P. G. O; PORTERO, P. P; MARTINS, G. C; CALIXTO, A. L; PEREIRA, S. K; GOMES, J. C; GOMES, O. M. M. Pinos intrarradiculares estéticos – caso clínico. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 2009; v.27, n.1, p. 81-5.
- SOUZA, L. C, BRASIL NETO, A. A, ALVES E SILVA, F. C. F, et al. Resistência de união de pinos de fibra de vidro à dentina em diferentes regiões do canal radicular. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 51-58, 2011.
- VIEIRA, D. VIEIRA, S. M. **Inlay/Onlay Estético**. São Paulo: Santos, v. 58, n. 6, p. 23-29, 2008.

ESTUDO DA INTER-RELAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DAS TERMINAÇÕES

COSTA, L. L¹; LORENZONI, F. C²;

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS.

Introdução: Atualmente existe alta demanda e preferência pela prótese fixa, tanto pela questão estética como pelo maior conforto que favorece aos seus usuários, por ser um elemento fixo e facilitar as funções do sistema estomatognático. Para que este sucesso seja alcançado uma série de fatores estão envolvidos. Diante disso, para a execução destes procedimentos devemos visar não somente a estética como também devemos manter a saúde periodontal dos tecidos que circundam o dente. Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância da localização do término cervical nos preparos dentários com finalidade protética e quais as consequências para o tecido periodontal. **Metodologia:** Para esta revisão de literatura, foi realizada uma busca na base de dados da Bireme, Lilacs, PubMed, no período de 2005 a 2018, com a utilização de um artigo clássico de 1961. Para os autores Pigozzo *et al.* (2009) e Farias *et al.* (2011), o preparo do elemento dental é um dos fatores mais críticos e este deve seguir a anatomia do dente, apresentando quatro etapas: redução das paredes axiais, incisal ou oclusal, término cervical e formas de retenção e resistência. O desgaste dentário é realizado com uma broca tronco cônica diamantada para a redução das paredes e uma broca esférica diamantada pequena para fazer o sulco cervical nas faces vestibular e palatina ou lingual. É consenso entre os autores que existem três localizações de terminos cervicais para preparos protéticos, sendo eles: supragengival, intrasulcular e subgengival. Quando o término está alocado subgengivalmente pode ocorrer à invasão do espaço biológico provocando assim danos ao tecido periodontal, trazendo como consequências, dificuldade na higienização, o acúmulo de biofilme, processos inflamatórios, recessão gengival e perda óssea (PIGOZZO *et al.*, 2009; MORASCHINI *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2016). Segundo Fernandes Junior *et al.* (2009) e Castro *et al.* (2016) são várias as características que a prótese deve apresentar para não acumular biofilme e posteriormente gerar um processo inflamatório, sendo eles o contorno anatômico, contatos interproximais e adaptação das margens cervicais. Sabe-se que a adaptação marginal é a continuidade anatômica e estrutural entre o dente preparado e a coroa protética, devendo haver uma linha de separação, mas esta deve estar justa e sem evidênciação. Algumas pesquisas mostram que para haver saúde periodontal se deve respeitar uma distância biológica mínima de 3 mm entre o término cervical das restaurações protéticas e a crista óssea alveolar, sendo que este espaço é formado pela inserção conjuntiva (1.07 mm), epitélio juncional (0.97 mm) e o epitélio do sulco (0.69 mm). Este espaço é conhecido como espaço biológico o qual é responsável em manter o vedamento biológico, a função, a integridade e o conforto do dente (GARGIULO *et al.*, 1961; MORASCHINI *et al.*, 2014, CARVALHO *et al.*, 2016). A literatura tem mostrado que para realizar uma restauração seja ela direta ou indireta é necessário respeitar a integridade do tecido periodontal, principalmente quando este está subgengival. Portanto quando ocorre a invasão do espaço biológico é necessário realizar o aumento de coroa clínica, que consiste na remoção de tecidos mole e duro, a fim de se obter coroa clínica com margens cervicais íntegras acima da crista óssea alveolar, permitindo melhor adaptação e devolvendo estado de saúde aos tecidos de sustentação, segundo Rissato e Trentin (2012). Para Carvalho *et al.* (2016), pode ser realizado a extrusão ortodôntica que é uma alternativa não cirúrgica, podendo ser realizado em áreas onde a cirurgia pode causar sequelas estéticas ou funcionais, essa técnica consiste em um deslocamento lento do tecido ósseo e gengival. Para Elias *et al.* (2013), conhecer e respeitar as estruturas são fatores preponderantes para o sucesso da reabilitação estética, haja visto que devemos devolver a estética, funcionalidade e ao mesmo tempo manter a saúde periodontal dos tecidos envolvidos. **Conclusão:** É de suma importância essa relação do periodonto com a prótese fixa, tendo em vista que este tecido deve estar perfeitamente saudável e a prótese adaptada corretamente ao término do preparo. Conclui-se então que a localização do término cervical em preparos protéticos influencia na saúde dos tecidos periodontais e que devemos evitar a invasão dessa área nobre conhecida como espaço biológico para não trazer consequências danosas ao periodonto necessitando assim de tratamentos para restabelecer este espaço.

Palavras-chave: Prótese parcial fixa. Término cervical. Espaço biológico.

REMOVEDORES DE CÁRIES QUÍMICOS-MECÂNICOS E SEU EFEITO NA ADESÃO DE MATERIAIS FOTOPOLIMERIZÁVEIS NA DENTINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SANTOS, L. B.¹; GOMES, K. R.¹; ONODA, H., K.²; BAZAN, D. R. P.³

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS. Brasil.

² Docente, pós-graduação *latu sensu* em Endodontia.

³ Docente, curso de Odontologia, Departamento de Periodontia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados / MS. Brasil

Objetivo: realizar uma breve revisão de literatura da ação dos removedores de cáries enzimáticos em relação a adesão do material restaurador fotopolimerizável em cavidades agredidas por cárie em dentes decíduos. **Métodos:** Para a concretização deste estudo foram utilizados 20 artigos entre os anos de 2002 a 2018, pesquisados e adquiridos nas bases de dados bibliográficos (Bireme, LILACS, PubMed) e um livro clássico de odontologia de 2013. A partir desses estudos, propõe-se apresentar uma revisão de literatura da pesquisa bibliográfica na área odontológica evidenciando estudos comparativos dos removedores de cáries químico-mecânicos e seu efeito na adesão de materiais restauradores na dentina. **Discussão:** Na atual filosofia da Odontologia que visa a máxima preservação da estrutura dental e a mínima intervenção de instrumentos rotatórios, é incontestável a importância da ação dos removedores químicos-mecânicos de cárie. Uma vez que os mesmos visam a eliminação do incômodo sonoro, diminuição do uso de anestesia e redução da sintomatologia dolorosa, melhor aceitação ao tratamento odontológico, quando comparados aos métodos convencionais por meio de brocas. Os estudos frente aos tratamentos químicos-mecânicos apresentaram uma grande aceitabilidade embora tenha um maior tempo para a remoção do tecido cariado comparado com a técnica mecânico manual, um dos prováveis fatores pelo maior tempo de escavação do tecido cariado pode estar relacionado a manipulação do material e de espera para ação do produto (DÁLIA, *et. al.*, 2009; SALIBA, *et. al.*, 2009). Neste mesmo ano, Faustino-Silva, *et. al.* (2009) mostraram que a resistência de união do adesivo à dentina de dentes decíduos é menor com o uso de Papacárie® e Carisolv®, dois removedores químicos – mecânicos até o momento, comparado ao método tradicional por brocas, com o uso do sistema autocondicionante através do teste de microtração. Podendo estar relacionado a liberação de oxigênio no processo químico, já que ocorre liberação de bolhas. Já Hamama, *et. al.* (2014) além de comparar os produtos Papacárie® e Carisolv® com o método de brocas, realizou a restauração dividindo em grupos com adesivos autocondicionantes de um passo (Clear Fill S3 Bond) e dois passos (Clear Fill SE Bond), comparando através de teste de resistência microtração avaliando a interface para nanoinfiltração utilizando microscópio eletrônico de varredura. Observou-se que a resistência de união dos adesivos autocondicionantes à dentina hígida foi significativamente maior do que a dentina afetada por cárie residual. Hamama, *et. al.* 2013, afirmam que os testes de microdureza tem auxiliado na avaliação da eficácia de diferentes métodos de remoção do tecido cariado avaliando o nível de mineralização da dentina. Foi possível relatar em alguns estudos (Corrêa, *et. al.*, 2007; Kitsahawong, *et. al.*, 2014) que a microdureza da dentina após a remoção do tecido cariado em dentes decíduos pelo método químico é mais baixa que a dentina hígida, no entanto não possui diferenças entre os métodos químicos. Mostraram que as restaurações do grupo de removedores químico-mecânicos tiveram significativamente mais microinfiltração em restaurações de cimento de ionômero de vidro, do que as do grupo do método manual de brocas. A dureza da dentina do assoalho da cavidade após os removedores químico-mecânicos também foi consideravelmente menor. Análises microscópicas de varredura mostraram superfícies de dentina rugosa e irregulares no grupo químico-mecânico, ao contrário das superfícies lisas observadas no grupo de brocas. Conclui-se que o método químico mecânico foi tão eficaz quanto o método de brocas em termos de completude da remoção de cárie. No entanto nos estudos de Araújo, *et. al.*, (2008) não houve diferença significativa no grau de infiltração marginal das restaurações para as técnicas de remoção de tecido cariado e estudaram a avaliação da infiltração marginal, onde os métodos de remoção do tecido cariado se deram por instrumentos rotatórios (pontas diamantadas) e remoção de cárie com Papacárie®, sendo posteriormente as cavidades restauradas com cimento de ionômero de vidro convencional e cimento de ionômero de vidro modificado por resina, nos dois métodos de escavação. Diante disso, foi comprovado que independente dos materiais restauradores e as técnicas empregadas para a remoção de cárie não foi impedida a infiltração dente/restauração. O cimento ionomérico modificado por resina apresentou melhor desempenho no selamento marginal das restaurações comparado com o convencional. **Conclusão:** De acordo com a literatura revisada, a força de adesão dos materiais restauradores fotopolimerizáveis nos dentes decíduos por meio de métodos químicos-mecânicos de remoção de cárie é inferior ao método tradicional, brocas esféricas carbide ou apenas curetas manuais.

Palavras-Chave: Agentes químicos, Tratamento Dentário Restaurador Sem Trauma, Dentina, Papaína.

Referências Bibliográficas:

ARAÚJO, N. C., *et. al.* Análise da microinfiltração marginal em restaurações de cimentos ionoméricos após a utilização de Papacárie. **Revista Odonto Ciência**; v. 23, n. 2, p. 161-165, 2008.

DÁLIA, R. C. S.; *et. al.* Dentística Ultraconservadora: métodos alternativos de preparos cavitários. **Revista de Odontologia UFPE**; v. 14, n. 2, p. 168-173, 2009.

SILVA, D. D. F., *et. al.* Resistência de união do adesivo à dentina de dentes decíduos submetidos a dois métodos de remoção químico-mecânica da cárie. **Revista de Odontologia UFPE**; v. 14, n. 3, p. 234-238, 2009.

HAMAMA, H. H. H., *et. al.* Chemical, morphological and microhardness changes of dentine after chemomechanical caries removal. **Australian Dental Journal**; v. 58, n. 3, p. 283–292, 2013.

HAMAMA, H. H. H.; YIU, C.; BURROW, M. F. Effect of chemomechanical caries removal on bonding of self-etching adhesives to caries-affected dentin. **The Journal of Adhesive Dentistry**; v. 16; n. 6, p. 507-516, 2014.

KITSAHAWONG, K., *et. al.* Chemomechanical versus drilling methods for caries removal: an in vitro study. **Brazilian Oral Research**; v. 29, n. 1, p. 1-8, 2015.

SALIBA, N. A., *et. al.* Avaliação clínica de três sistemas de remoção minimamente invasivos do tecido cariado. **Revista Odontológica de Araçatuba**; v. 30, n. 1, p. 63-68, 2009.

ESTUDO DA FILOSOFIA E DOS CONCEITOS CONTEMPORÂNEOS EMPREGADOS NO AJUSTE OCLUSAL DE PRÓTESE FIXA SOBRE DENTE NO SETOR POSTERIOR

ZANON, Lucas da Silva ¹

Introdução: O presente trabalho retrata uma revisão de literatura sobre os conceitos empregados em prótese fixa sobre dente no setor posterior. De início abordamos conceitos primordiais que o Cirurgião Dentista deve ter em mente antes de dar início a técnica, tais como: relação cêntrica (RC) e máxima intercuspidação habitual (MIH). O conceito de relação cêntrica, conforme aponta Fonseca (2015, p. 15) “é uma posição de estabilidade dos côndilos, que não se altera, podendo ser reproduzida e serve como posição de referência” Em uma visão mais anatômica, relação cêntrica segundo Okeson (2008) é definida como sendo a posição mais superior do côndilo, onde é possível observar um movimento de rotação. Nessa posição é possível observar o contato de um ou mais pares de dentes antagonísticos posteriores. Para Werber (2003, apud CARDOSO, 2017) máxima intercuspidação habitual representa a posição maxilo mandibular na qual sucede o maior número de contatos interdentes, nessa posição os côndilos não se apresentam em relação cêntrica. Apesar da MIH não coincidir com a RC, a referida posição não é tida como uma posição patológica. **Materiais e Métodos:** Para a realização desse estudo serão empregados artigos já escritos e aceitos pela comunidade científica. Deste modo será apresentado uma revisão de literatura da pesquisa bibliográfica na área de odontologia sobre o ajuste oclusal aplicada em prótese fixa sobre dente no setor posterior. As bases de dados bibliográficos (SciELO, Google Acadêmico e Entrez – Pubmed) servirão como busca de artigos científicos, dissertações e teses. O período determinado para a busca bibliográfica será do ano de 2008 a 2017, no entanto, como se trata de um assunto antigo e que se faz presente na atualidade, o presente estudo também trará bibliografias dos anos anteriores que fundamentam até hoje a técnica do ajuste oclusal. As palavras-chave “Ajuste Oclusal” e “Prótese Fixa” serão consultadas. Cerca de 30 referências serão utilizadas nesta revisão de literatura. **Resultados e Discussão:** A busca pelo conhecimento da técnica do ajuste oclusal é fundamental para os cirurgiões dentistas de diversas áreas. O ajuste oclusal demanda conhecimento e sua aplicação clínica é imprescindível, principalmente no meio protético, a fim de proporcionar ao paciente uma correta harmonia na oclusão, obtendo o que se almeja para um bom prognóstico no tratamento. Ainda nos dias de hoje, existe um receio dos cirurgiões dentistas ao se depararem com a necessidade da realização do ajuste oclusal. O receio se ligado ao medo de causar ao paciente alguma iatrogenia. Entender sobre essa técnica é ao mesmo tempo compreender a função do sistema mastigatório e estabelecer a estabilidade sustentável desse sistema. Sumas (2015) e Fonseca (2015) consentem que para a realização do ajuste oclusal, o profissional em questão deve ser dotado de conhecimento em respeito à técnica, e também a respeito de suas indicações. Esse cuidado se dá, por exemplo, em casos de ajuste oclusal por desgaste seletivo, o qual é uma intervenção irreversível. O assentamento e a preservação de uma oclusão saudável acabam que sendo o foco mais importante no tratamento odontológico. Neste contexto, o ajuste oclusal se apresenta como sendo uma modificação sistemática realizada diretamente na estrutura dental, seja por via de desgaste ou acréscimo, que tem como finalidade a diminuição dos desarranjos nas posições mandibulares normais, resultando em uma oclusão fisiologicamente apropriada e ponderada. No tocante ao preparo do profissional para a realização da técnica, pode-se abrir mão de um modelo de estudo montado em articulador semi ajustável, que atuará como guia para o tratamento, podendo analisar de forma dinâmica a oclusão do paciente em relação cêntrica e máxima intercuspidação habitual. Com a usualidade desse recurso, pode-se ter uma previsibilidade do tratamento e saber de forma clara e prévia quais serão as áreas a serem acrescentadas e ou desgastadas. **Conclusão:** O Ajuste Oclusal realizado pelo Cirurgião Dentista exige um vasto conhecimento das diretrizes e técnicas que sejam corretas a sua confecção, tendo em vista que a má aplicação da mesma poderá acumular com avarias à saúde da estrutura dental, periodontal e com todo o sistema estomatognático do paciente. Portanto, a atualização dos conhecimentos que circundam a técnica deve ser periódica, e a oclusão deve ser dada como reparada somente após o ajuste ser realizado com muito triunfo.

Palavras-chaves: Ajuste oclusal, relação cêntrica, máxima intercuspidação habitual, desgaste seletivo..

Referências Bibliográficas:

- FONSECA, C. T. A. **Aspectos Clínicos do Ajuste Oclusal na Dentição Natural**. 2015, 37 f. Monografia (Pós Graduação)-Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Belo Horizonte.
- OKESON, P. O.; **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro, 2008.
- SUMAS, K. S. R; **Ajuste Oclusal na Ortodontia: uma revisão de literatura**. 2015, 44 f. Monografia (Pós Graduação)-Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte.
- WERBER, A. L. **Fundamentos Neurofisiológicos do Funcionamento do Aparelho Oclusal**. 2017, 25 f. Monografia (Especialização em Prótese Dentária)-Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba.

CORRELAÇÃO ENTRE CEFALEIA E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

ALVES, Maria Rosiane¹; LORENZONI, Fabio Cesar²

¹ Discente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/MS.

² Docente, curso de Odontologia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados/MS.

Introdução: A articulação temporomandibular (ATM) é parte do sistema estomatognático, sendo responsável pela movimentação da mandíbula durante a mastigação, deglutição e conversação. O excesso de uso e a desarmonia de seus constituintes articulares e musculares predispõem ao aparecimento da DTM, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, sendo a cefaleia um dos sintomas mais comuns (MASSENA e FRASSETTO, 2015). DTM é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, ATM e estruturas associadas ou ambas, segundo a American Academy of Orofacial Pain (AAOP). Com etiologia multifatorial, sendo decorrente de fatores anatômicos, neuromusculares, psicológicos e alterações na oclusão; relacionando-se ainda a hábitos parafuncionais, estresse, trauma, fatores emocionais, sistêmicos e hereditários (SANTOS et al., 2012). A cefaleia consiste em qualquer dor localizada no segmento cefálico, considerada um sintoma comum de diversos processos patológicos e que acomete grande parte da população (SANTOS, 2013). A associação entre DTM e cefaleia tem sido relatada com frequência, onde de acordo com a classificação da International Headache Society (IHS) quando relacionada a cefaleia, esta apresenta-se como dor facial associada com distúrbios de crânio, pescoço, desordens da ATM, músculos mastigatórios e outras estruturas crânio-faciais (GOMES et al., 2006; SILVEIRA et al., 2007; MENEZES et al., 2008). Ainda não está bem compreendida a relação entre a DTM e os diferentes tipos de cefaleia, entretanto existem indícios clínicos extremamente sugestivos que aproximam estas duas afecções (GOMES et al., 2006). Assim este trabalho teve por objetivo descrever as disfunções temporomandibulares relacionando-a com a presença de cefaleia, por meio de uma revisão bibliográfica, numa tentativa de demonstrar essa relação. **Materiais e métodos:** Pesquisa de natureza exploratória, em que foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando publicações relacionadas à disfunção temporomandibular e a cefaleia. Foram utilizados artigos já publicados de grande aceitação e respeitabilidade na comunidade científica; considerando artigos, dissertações e teses. Os critérios de inclusão foram publicações que abordaram a temática em questão, selecionadas através da análise de título e resumo, do período de 2008 a 2018, exceto um artigo de 2006 que aborda conceituação dos termos. Os critérios de exclusão foram publicações anteriores ao ano de 2008. **Discussão:** As disfunções temporomandibulares, distúrbios que acometem o sistema mastigatório, especificamente a ATM e músculos da mastigação, relacionadas às cefaleias, prevalentes e potencialmente incapacitantes, estão frequentemente associadas com dores de cabeça e dores musculares no pescoço, estão bem definidas e consubstancialmente relatadas pela revisão da literatura; corroborado por Figueiredo et al. (2009), que demonstraram que as principais queixas reportadas pelos pacientes foram dor articular (45%) e dor muscular (12,5%); sendo os sinais e sintomas mais frequentes o ruído (95%), a dor articular (82,5%) e a ocorrência de cefaleia (77,5%). Segundo os autores, os portadores de DTM foram acometidos de elevada prevalência de sinais e sintomas, capazes de afetar diretamente a qualidade de vida, como a ocorrência de dor, limitação de abertura bucal e dificuldade mastigatória. A queixa principal dos pacientes que procuram o dentista especialista com dor orofacial e DTM é a cefaleia, sendo um dos sintomas mais comuns nos problemas de ATM (PASINATO et al., 2011), entretanto a DTM geralmente contribui para o agravamento da dor de cabeça pré-existente, em que o desconforto e o estresse causam tensão nos músculos mastigatórios, podendo se estender aos músculos do pescoço e ombro (RODRIGUES, 2010). Para o correto entendimento da associação entre cefaleia e DTM e identificação de suas causas são necessários a atuação de uma equipe multidisciplinar, médico cefaliatra (neurologista especializado no tratamento das dores de cabeça), cirurgião-dentista especializado em DTM e dor orofacial, fisioterapeuta especialista em DTM e dor orofacial, psicólogo, otorrinolaringologista, dentre outros. Trata-se de um tema complexo e mais estudos ainda são necessários para que se possa promover a elucidação desse processo patológico e conseqüentemente melhorar a condição de bem-estar e saúde dos pacientes (SANTOS, 2010). **Conclusão:** Existe uma relação muito próxima entre alguns quadros de cefaléia e a DTM, porém essa relação mesmo que não bem compreendida, destaca a dor de cabeça como o sintoma mais comum e a queixa mais relatada pelos portadores da disfunção. Apesar de existirem vários estudos referentes ao tema, há ainda a necessidade de mais pesquisas para determinar com precisão a relação existente entre disfunção temporomandibular e cefaleia. Por fim, vale a pena destacar a fundamental importância da atuação multiprofissional nestes casos, contribuindo para um melhor entendimento do processo patológico, e para a identificação das causas deste distúrbio.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular, Dor de cabeça, Dor facial, Articulação temporomandibular.

**UNIGRAN****Referências Bibliográficas:**

- FIGUEIREDO, V. M. G.; CAVALCANTI, A. L.; FARIAS, A. B. L.; NASCIMENTO, S. R. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. **Acta Scientiarum**, v.31, n.2, p.159-163, 2009.
- GOMES, M. B.; GUIMARÃES, F. C.; NEVES, A. C. Limiar de dor a pressão em pacientes com cefaleia tensional e disfunção temporomandibular. **Cienc. Odontol. Bras.**, v. 9, n. 4, p. 84-91, 2006.
- MASSENA, P.; FRASSETTO, S. S. Aspectos psicológicos associados à disfunção temporomandibular: uma revisão sistemática da literatura. **Aletheia**, Canoas, v. 14, n 47-48, p. 169-182, 2015.
- MENEZES, M. S.; BUSSADORI, S. K.; FERNANDES, K. P. S.; BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. A Correlação entre cefaleia e disfunção temporomandibular. **Fisioter. Pesq.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 183-187, 2008.
- PASINATO, F.; SOUZA, J. A.; CORRÊA, E. C. R.; SILVA, A. M. T. Disfunção têmporo-mandibular e hiper mobilidade articular generalizada: aplicação de critérios diagnósticos. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** v. 77, n. 4, p. 418-425, 2011.
- RODRIGUES, M. F. R. Prevalência da associação entre disfunção temporomandibular e otalgia em pacientes atendidos em ambulatório de otorrinolaringologia. [Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba-SP]. 92f., 2010.
- SANTOS, C. M. T.; PEREIRA, C. U.; TORRES, P. T. R. L.; MATOS, T. H. A.; SILVA, M. F. O.; OLIVEIRA, D. P. Cefaleia e disfunção têmporo-mandibular. **Rev. Bras. Medicina**, v. 70, n.7, p.272-277, 2012.
- SANTOS, M. C. Cefaleia e disfunção temporomandibular: classificação e diagnóstico. **Revista Dentística online**, v. 9, n. 19, p.30-33, 2010.
- SILVEIRA, A. M.; FELTRIN, P. P.; ZANETTI, R. V.; MAUTONI, M. C. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 73, n. 4, p. 528-532, 2007.