

---

# IJD. International Journal of Dentistry

ISSN: 1806-146X



[www.ufpe.br/ijd](http://www.ufpe.br/ijd)

[ijd@ufpe.br](mailto:ijd@ufpe.br)

---

**Editora Científica / Editor-in-Chief**

Renata Cimões, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

**Editor Associado / Associate Editor**

Arnaldo França Caldas Jr, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil

**Corpo Editorial / Editorial Board**

Adair Luiz Stefanello Busato, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil

Alexandre Henrique Susin, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Menezes Aguiar, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Cassiano Kuchenbecker Rösing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cláudio Heliomar Vicente da Silva, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Cláudio Mendes Pannuti, Universidade de São Paulo

Eduardo Gomes Seabra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Eduardo Saba-Chujfi, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Brasil

Érica Del Peloso Ribeiro, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Estela Santos Gusmão, Faculdade de Odontologia Universidade de Pernambuco, Camaragibe, PE, Brasil, Brasil

Geraldo Bosco Lindoso Couto, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Helson José de Paiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jair Carneiro Leão, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil

Jesus Djalma Pécora, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

José Guilherme Ferrer Pompeu, Universidade Federal do Piauí, Brasil

José Roberto Cortelli, Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil, Brasil

Jurema Freire Lisboa de Castro, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil

Lúcia Carneiro de Souza Betarice, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil

Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, Universidade Norte do Paraná, Brasil

Maria Leticia Borges Britto, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil, Brasil

Mônica Andrade Lotufo, Universidade Ibirapuera e Universidade Guarulhos, São Paulo, SP, Brasil

Nilce Emy Tomita, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Brasil

Paulo Sávio A. Goes, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, PE, Brasil, Brasil

Pedro Antônio González Hernandez, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil, Brasil

Roberto Vianna, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Rosenês Lima dos Santos, Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Sandro Bittencourt, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil, Brasil

Sigmar de Mello Rode, UNESP, Brasil

Simone Alves Sousa, Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Túlio Pessoa de Araújo, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

Vinícius Pedrazzi, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

Wilton Wilney Nascimento Padilha, Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Consultores Ad Hoc / Editorial Review Board Ad Hoc**

Alan Roger Santos-Silva, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Brasil

Alessandro Leite Cavalcanti, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil

Alexandra Mussolino de Queiroz, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP

Ana Carolina Magalhães, Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil

Ana Cláudia da Silva Araújo, UFPE, Brasil

Ana Flávia Granville-Garcia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil

Andréa Silvia Walter de Aguiar, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil, Brasil

Aurora Karla de Lacerda Vidal, Universidade de Pernambuco, Brasil

Celso Augusto Lemos-Júnior, Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, SP, Brasil, Brasil

Catia Maria Fonseca Guerra, UFPE E UPE

Cláudia Maria Coêlho Alves, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, Brasil, Brasil

Daniela Prócida Raggio, FOU SP, Brasil

Danyel Elias da Cruz Perez, Universidade Federal de Pernambuco  
Elaine Judite de Amorim Carvalho, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil  
Etenildo Dantas Cabral, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, Brasil  
Fabiana Gouveia Straioto, Universidade do Oeste Paulista, Brasil  
Fabiano Carlos Marson, Faculdade Ingá, Brasil  
Fabio Barbosa Souza, UFPE, Brasil  
Flávia Moraes Ramos-Perez, UFPE, Brasil  
Fernanda Ferreira Lopes, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil  
Gustavo Pina Godoy, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil  
Heitor Marques Honório, Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, Bauru, SP, Brasil, Brasil  
Jorge Abel Flores, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil  
Jose Siebra Moreira Neto, Universidade Federal do Ceará, Brasil  
José Thadeu Pinheiro, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil  
Luiz Alcino Monteiro Gueiros, UFPE, Recife, PE, Brasil, Brasil  
Luiz Otávio Alves Camargo, UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil, Brasil  
Marcelo Rocha Marques, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil  
Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos, UFPE  
Maria Vieira de Lima Saintrain, Universidade de Fortaleza, Brasil  
Marília Afonso Rabelo Buzalaf, Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, SP, Brasil  
Mário Alexandre Coelho Sinhoreti, Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, Brasil  
Martha Alayde Alcantara Salim, FAESA E UNIGRANRIO -RJ, Brasil  
Mauro Pedrine Santamaria, FOP-UNICAMP, Brasil  
Miriam Ardiqó Westphal, Universidade Federal do Amazonas, Brasil  
Natanael Barbosa Santos, Universidade Federal de Alagoas, Brasil  
Paulo Fonseca Menezes Filho, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil  
Paulo Nelson-Filho, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil  
Regina Guenka Palma-Dibb, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP, Brasil  
Ricardo Eugênio Varela Ayres de Melo, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil  
Roberto Prado, Uerj / Unigranrio / ABO\_RJ, Brasil  
Sara Grinfeld, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil  
Sérgio Adriane Bezerra Moura, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli, Faculdade de Odontologia do Recife, Recife, PE, Brasil, Brasil  
Sheila Cavalca Cortelli, Unitau, Taubaté, SP, Brasil, Brasil  
Silvia Masae de Araujo Michida, Uningá (Maringá/PR)  
Soraia de Fatima Carvalho Souza, Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
Tibério César Uchôa Matheus, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

#### **Consultores Internacionais / International Consultant**

Andrea Reis da Costa Scollard, Baton Rouge Community College, Estados Unidos da América do Norte  
Attila Horvath, UCL Eastman Dental Institute, London, England, Reino Unido  
Benjamin Briseño, Johannes Gutenberg University of Mainz, Alemanha  
Crispian Scully, Eastman Dental Institute, Reino Unido  
Inmacula Tomás-Carmona, Special Needs. School of Medicine and Dentistry. Santiago de Compostela University, Espanha  
Juliano Buseti, University College of London, Eastman Dental Institute, Reino Unido  
Morgana Eli Vianna, UCL - Eastman Dental Institute, Reino Unido



## IV CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DE CARUARU

V ENCONTRO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DO NORDESTE  
V ENCONTRO ESTADUAL DOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL  
II ENCONTRO DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA E EM SAÚDE BUCAL DO AGRESTE

## PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL COM RESPONSABILIDADE SOCIAL: Um desafio à Odontologia

Inscrições: 14.03 a 27.05.2011

Realização: 02 a 04.06.2011



[www.ascses.edu.br/congressoodonto2011](http://www.ascses.edu.br/congressoodonto2011)

**ANAIS DO IV CONGRESSO DE  
ODONTOLOGIA DE CARUARU - ASCES  
– 02 a 04 de junho de 2011**

**APRESENTAÇÃO**

A faculdade ASCES estará promovendo nos dias : 2,3 e 4 de junho de 2011, o V CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DE CARUARU, V ENCONTRO DE COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE, V ENCONTRO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DO NORDESTE, E II ENCONTRO DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA E EM SAÚDE BUCAL DO AGRESTE”. Obedecendo ao tema oficial: “PROMOÇÃO DE SAÚDE BCAL COM RESPONSABILIDADE SOCIAL: UM DESAFIO À ODONTOLOGIA, estamos preparando com carinho, uma cuidadosa programação científica com cursos, simpósios, painéis, mesas clínicas e conferências. Será com certeza, um grande encontro científico. Não apenas pelo alto nível dos ministradores que estarão conosco, trocando experiências, demonstrando e aplicando novas técnicas e matérias, num verdadeiro intercâmbio científico-cultural, mas, principalmente, pela sua presença, sem a qual nada disso será possível. Venha, junte-se a nós e participe de tudo isso, curta o maior e melhor São João do país, reveja os amigos e faça novas amizades desfrutando da beleza e hospitalidade caruaruense. Nosso sucesso depende de vocês, estamos lhe esperando.

Prof. Dierson Leal  
Presidente do Congresso

**ORGANIZAÇÃO**

**Presidente de Honra:**  
Prof. Paulo Muniz Lopes

**Presidente Executivo:**  
Prof. Dierson Leal

**Vice-Presidente:**

Prof. Leógenes Santiago Maia  
**Assessor da Presidência:**

Prof. Rogério Zimmermann

**Secretário Geral:**

Prof. Rônio Galindo

**Tesoureiro:**

Prof. João Manoel da Silva

**Comissão Científica – Coordenação.**

Prof. Etenildo Dantas

Prof. Marconi Maciel

Prof. Rômulo Souza

**Coordenação do Encontro de  
Coordenadores de Saúde Bucal**

Profª. Maria do Carmo Andrade

Prof. Petrônio de Lima Martelli

**Coordenador do Encontro de Técnicos em  
Saúde Bucal**

Prof. Lúcio Azevedo

**Coordenador do Encontro de Técnicos em  
Prótese Dental**

Prof. Roberto Sérgio de Vasconcelos

**Comissão Social**

Profª. Angélica Falcão Leite

Profª. Renata Cruz Cabral

**Assessora de Eventos – ASCES**

Sra. Juliana Ribeiro

**Comissão de Logística**

Prof. Daniel Saturnino

Sra. Juliana Ribeiro

Sra. Ana Barbosa (Assessora de  
Administração – ASCES)

Sr. Mário Melo (Assessor de  
Informática-ASCES)

**Comissão de Publicidade, Marketing e  
Propaganda**

Ibrain Pereira ( Assessor de Marketing  
–ASCES)

Diana Bezerra (Assessor de  
Comunicação –ASCES)

Nono Período de Odontologia –2011.1  
Diretório Acadêmico de Odontologia

**Comissão de Apoio Acadêmico**

Prof. Cleves Medeiros de Freitas

Profª. Danielle Lago

Prof. Ildelfonso Cavalcanti

Profª. Maria Cristina Andrade

Profª. Rossana Leal

Prof. Uoston Holder

Profª. Valdenice Menezes

Prof. Wamberto Maciel

**AP-23- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO DE CASO**

José Marcelo de Vasconcelos, Nathalya Vaz Cavalcante, Wandson Sinésio de França Silva, Petrónio José de Lima Martelli  
[petroniocarla@uol.com.br](mailto:petroniocarla@uol.com.br)

**Resumo:** Unidades de Pronto Atendimento – UPAs são estruturas assistenciais subdivididas em três categorias, implementadas através da Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. São serviços de urgência 24 horas encarregados de atender pacientes de média complexidade, baseando-se na classificação de risco, resolubilidade, estabilização e encaminhamento referencial. A saúde bucal, que é um dos serviços integrados às UPAs do tipo III, preenche a lacuna vazia deixada pelos horários de funcionamento das Unidades de Saúde Familiar – USF. As UPAs atendem a uma demanda espontânea de pacientes agudos ou crônicos com ou sem risco. Isso vale para todos os serviços oferecidos. No tocante à saúde bucal, os serviços de urgência que são oferecidos e que requerem acompanhamento temporário ou permanente são referenciados às USF, garantindo um fluxo coordenado sem distorcer o que é preconizado pelo SUS. Seguindo o modelo de emprego das unidades de média complexidade em alguns estados, Pernambuco viabilizou a construção de quatorze UPAs do tipo III, distribuídas de forma estratégica. Entretanto nenhuma delas oferece serviço de saúde bucal. As opiniões de especialistas que têm acompanhado a evolução aplicabilidade dessas unidades ajudam a identificar os desafios enfrentados, tanto pelas UPAs, quando pela integralidade da saúde bucal nesse âmbito. **Objetivos:** Analisar a Implantação de urgências em saúde bucal no interior de UPAs implantadas no Estado de Pernambuco e ponderar sobre opiniões de especialistas, referente às UPAs. **Metodologia:** Através de análise de documentos oficiais como portarias; literatura especializada da Fundação Oswaldo Cruz, especificamente na edição nº 83 da RADIS; Dados secundários do DATASUS, especificamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Periódicos CAPES, especificamente na busca por assuntos da área de saúde e biológicas, utilizando as palavras-chave “UPA” e “Unidade de Pronto Atendimento” em busca periódicos e busca base; Biblioteca Virtual em Saúde, especificamente em pesquisa na BVS, utilizando as palavras-chave “UPA” e “Unidade Básica de Saúde”, ampliando busca em todos os índices e todas as fontes, sob o método integrado. **Resultados:** A produção acadêmica não dispõe de informações e não destaca as UPAs em seu banco de dados. **Conclusão:** A academia no Brasil não consegue acompanhar a implantação de novas ofertas assistenciais no SUS como são as UPAs. Sugerindo maior agilidade na pesquisa de novos modelos assistenciais introduzidos no país.

**Descritores:** Pronto atendimento.

**AP-10 - A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO NO DIAGNÓSTICO DE DENTES ECTÓPICOS: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Saulo Lôbo Chateaubriand do Nascimento, Andréa dos Anjos Pontual, Maria Luiza dos Anjos Pontual,

Marco Antônio Gomes Frazão, Flávia Maria de Moraes Ramos Perez.

[saulo.chateaubriand@hotmail.com](mailto:saulo.chateaubriand@hotmail.com).

**Introdução:** A presença de dentes ectópicos é mais frequente na mandíbula e em pacientes do gênero feminino, sendo os incisivos, caninos e pré-molares os dentes mais frequentemente envolvidos. A etiologia da erupção ectópica ainda é incerta e muitas teorias são sugeridas, incluindo traumas, infecções, tumores, aglomerações e anormalidades do desenvolvimento. Em muitos casos a etiologia não pode ser identificada. Presumivelmente, o fator etiológico está relacionado com o tipo de dente e seu meio anatômico próximo. O desenvolvimento dentário é resultante de uma série de interações complexas, de várias etapas, entre o epitélio oral e tecido mesenquimal subjacente, portanto, interações teciduais anormais, durante o desenvolvimento dos dentes, podem resultar potencialmente em erupção de dentes ectópicos. Diversos locais podem ser sítios para erupção de dentes ectópicos, como a cavidade nasal, o seio maxilar, o processo coronóide da mandíbula e o palato duro. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito por meio de exame radiográfico de rotina. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de dois casos clínicos de dentes ectópicos, nos quais a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) teve papel fundamental no diagnóstico. **Relato do Caso:** O primeiro caso refere-se a um paciente do gênero feminino, 28 anos de idade, que compareceu à uma clínica particular de Radiologia para realização de radiografia panorâmica de rotina. A imagem radiográfica revelava a presença de terceiro molar ectópico bilateral, aparentemente localizado nos seios maxilares. No exame extra-oral não foi observado nenhum sinal ou sintoma. Entretanto, no exame intra-oral foi constatado que ambos os terceiros molares da maxila estavam ausentes. Para uma melhor avaliação, foi realizada uma TCFC, onde por meio dos cortes coronais, axiais e sagital foi possível definir sua exata localização. A vista coronal da TCFC mostrou a posição invertida do terceiro molar esquerdo dentro do seio maxilar. A vista axial mostrou que ambos os dentes estão localizados na parede posterior do seio maxilar, o terceiro molar direito com a coroa posicionada em direção à parede lateral do seio, e seu ápice em direção à parede medial. E, por fim, a vista sagital da TCFC revelou microdontia de ambos os dentes. O segundo caso refere-se a um paciente do gênero feminino, 45 anos de idade, que compareceu à clínica de Radiologia para realização de TCFC para colocação de implantes dentários. Foi possível observar ausência de todos os dentes da maxila, com exceção do dente 28 que apresentava-se incluso. Pela avaliação dos cortes axiais, coronal e sagital foi possível concluir que o mesmo encontrava-se no interior do seio maxilar esquerdo. O corte coronal mostrava que o mesmo estava em posição invertida, localizado na parede medial do seio maxilar. Já nos cortes axial e sagital, observa-se que o mesmo está posicionado na parede posterior do seio maxilar. **Conclusão:** Diante dos relatos, pode-se concluir que a tomografia computadorizada de feixe cônico apresenta alta acurácia no diagnóstico de dentes ectópicos e este exame deve ser sempre o de escolha para esses casos, pois além de fornecer imagens reais, sem distorção, e com alta precisão, está associado a menor dose de radiação quando comparada com a tomografia computadorizada médica.

**Descritores:** tomografia computadorizada de feixe cônico, erupção ectópica de dente, radiografia panorâmica, seio maxilar

**AP-16 - AMÁLGAMA ADESIVO: EMPREGO DE AGENTE DE UNIÃO INTERMEDIÁRIO RESINOSO**

**Celio Antonio de Souza Filho ;Carlos Henrique Oliveira Braga;Silvana Freitas de Souza Leão;Paulo Fonseca Menezes Filho ;Claudio Heliomar Vicente da Silva;**

[celiosouzafilho@hotmail.com](mailto:celiosouzafilho@hotmail.com)

**Introdução:** O amálgama dentário de uso secular indicado para restaurações posteriores por boa resistência, boa relação custo-benefício, podendo ser utilizado em áreas de grandes esforços mastigatórios. Antes do advento dos sistemas adesivos a dentística restauradora recorria a preparos geométricos, com maior profundidade e/ou com retenções adicionais para manter as restaurações em posição. Entretanto essa conduta levava ao desgaste de muita estrutura dental sadia e apresenta a desvantagem da falta de aderência a superfície dental, tornando o elemento dental mais vulnerável à microinfiltração marginal e a sensibilidade pós-operatória pela falta de adesividade aos tecidos dentais. A tendência atual da Dentística é a utilização do amálgama associado aos materiais adesivos em seus procedimentos, pois a união química e/ou mecânica do material restaurador com a superfície cavitária aumenta a resistência da estrutura dental, além de evitar a perda desnecessária de estrutura dental sadia. Estas Tais restaurações estão indicadas nas seguintes situações clínicas: promover retenção de amálgama em cavidades extensas, com altura gengivo-oclusal reduzida, em substituição às retenções adicionais (pins, pinos intradentários ou canaletas); Reparar pequenas fraturas em restaurações complexas de amálgama, sem presença de cáries secundárias, reduzindo o tempo clínico, custo e possíveis danos ao tecido pulpar; Proporcionar maior retenção às restaurações, especialmente em casos de grandes reconstruções de dentes vitais em pacientes jovens e de dentes tratados endodonticamente, para reforço da estrutura dental remanescente; tratar dentes com Síndrome de Dente Gretado; Restaurar lesões cáries em dentes decíduos, sem restrição ao número de faces afetadas; Executar preparos autoretentivos, possibilitando preparos não retentivos convencionais. As restaurações de amálgama adesivo podem proporcionar algumas vantagens sobre as restaurações com amálgama convencional, tais como: Reforço da estrutura dental enfraquecida, devido à união química dos adesivos com os tecidos dentais; Preparo conservador da estrutura dental; Redução da microinfiltração marginal, diminuindo a recidiva de cárie; Selamento dos túbulos dentinários, e consequentemente diminuição da movimentação do fluido dentro desses túbulos, reduzindo a sensibilidade pós-operatória; Melhor adaptação marginal e redução de cáries secundárias; Retenção equivalente à oferecida pelos pinos intradentários, com custo relativamente inferior e eliminando possíveis riscos com perfurações periodontais ou pulpares; Evita tatuagens na dentina, por produtos de corrosão do amálgama. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de restauração em amálgama adesivo com a utilização de cimento resinoso como agente de união intermediário, realizado na Clínica de Dentística 2 do Curso de Odontologia da UFPE. **Metodologia:** Associando os dados descritos na literatura com a situação clínica apresentada, foi gerado um protocolo clínico restaurador para o emprego do amálgama adesivo com uso de cimento resinoso como agente de união. A técnica de restauração define-se com a aplicação do sistema adesivo no interior da cavidade, seguido do pincelamento do cimento resinoso e condensação imediata do amálgama. O agente resinoso além de conter bisGMA ou UDMA possuem monômeros adesivos conhecidos como 10-MDP ou monômero adesivo 4-META, os quais se unem muito bem aos óxidos do metal, garantindo uma boa adesividade. Estes

materiais fosfanados, tal como o 10-MDP reagem bem com o cálcio dos dentes enquanto as terminações anidro do adesivo 4-META se hidrolisam para diácidos e reagem com os grupos hidroxila da dentina. Dessa maneira, também apresentam adesão às estruturas dentárias. Por essas qualidades, o cimento resinoso adesivo é o material de primeira escolha para a realização da técnica do amálgama adesivo. **Resultados:** Verificou-se que tão importante quanto o protocolo clínico, é o conhecimento do profissional nos conceitos das restaurações de amálgama adesivo e dos seus benefícios. Evidenciou-se um resultado clínico satisfatório com adequado respeito aos conceitos biológicos. **Conclusão:** O emprego de amálgama adesivo com agente intermediário de união é uma técnica prática e rápida de ser executada.

**Descritores:** Amálgama dentário; cimento resinoso; adesão dentária.

#### **AP-05 - ANÁLISE CEFALOMÉTRICA x TOMOGRAFIA, NOVOS RECURSOS TECNOLÓGICOS EM EXAMES COMPLEMENTARES NA ORTODONTIA**

**Marília Katarina Piancó de Oliveira Barbosa;SOUZA, Samara Laís Costa;FONTES, Mariana Leite; , Cleves Medeiros de Freitas.**

[marilia\\_pianco\\_bia@hotmail.com](mailto:marilia_pianco_bia@hotmail.com)

**Introdução:** A cefalometria, como qualquer exame complementar, auxilia o profissional no estabelecimento do plano de tratamento, em conjunto com outros dados como a anamnese, análise facial e dos modelos. Recentemente foi introduzida na odontologia a tomografia volumétrica computadorizada. Este tipo de exame permite a visualização das estruturas anatômicas em três dimensões, fornecendo muito mais detalhes e informações. A tomografia é uma ferramenta de diagnóstico essencial para os casos de dentes inclusos, pois fornece a localização precisa deste elemento e dos dentes e estruturas adjacentes. Permite um planejamento mais seguro e preciso com relação à movimentação ortodôntica, além de fornecer importantes informações da condição radicular. **Objetivo:** Avaliar os novos recursos tecnológicos na ortodontia oferecidos pela análise cefalométrica e tomografia computadorizada, comparando a importância e a função desses exames complementares no tratamento ortodôntico. **Métodos:** As informações presentes nesse trabalho foram pesquisadas em livros da Faculdade Asces e periódicos publicados entre 1998 e 2009, encontrados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. **Desenvolvimento:** Durante muito tempo, a ortodontia utilizou a telerradiografia em norma lateral como exame principal no diagnóstico ortodôntico, baseada em valores normativos obtidos nas análises cefalométricas existentes, que ditavam o plano de tratamento a ser seguido. Com os avanços na área de diagnóstico desenvolveu-se a consciência das limitações da cefalometria, determinando aos ortodontistas uma utilização mais racional desse método de análise na elaboração do diagnóstico. Várias são as análises cefalométricas disponíveis com o intuito de auxiliar o diagnóstico ortodôntico, porém, estas devem ser usadas com parcimônia, por dois motivos: não levam em conta as características individuais dos pacientes, utilizando médias para a definição do diagnóstico ortodôntico, e possuem erros intrínsecos do método. Estudos utilizando telerradiografias em norma lateral provaram que a identificação dos pontos cefalométricos das diversas análises existentes é a maior fonte dos erros. Porém, a cefalometria se faz de grande importância no plano de tratamento do paciente, pois permite avaliar longitudinalmente, o crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares, diagnosticar anomalias e alterações

encontradas nas regiões do crânio, analisar o paciente em diversas fases do tratamento, além de salvaguardar o ortodontista no aspecto profissional, servindo como documentação legal. Também empregada no planejamento de casos que necessitam de cirurgia ortognática e usada em pesquisas científicas para a análise das mais variadas estruturas e medidas. A tomografia volumétrica computadorizada permite um planejamento mais seguro e preciso com relação à movimentação ortodôntica, além de fornecer importantes informações da condição radicular, disponibiliza meios para diagnósticos mais precisos e com grande confiabilidade, principalmente por possibilitar a obtenção das estruturas em três dimensões. **Conclusão:** Foi visto que atualmente a análise cefalométrica, apesar de algumas limitações, apresenta grande importância no tratamento ortodôntico, sendo indispensável para a determinação de cada tipo facial, assim como a tomografia também exerce função muito importante como um exame complementar no diagnóstico e tratamento da ortodontia. Sendo assim, os dois exames apresentam vantagens específicas, bem como indicações precisas.

**Descritores:** cefalometria; tomografia; ortodontia

#### **AP-11- AVALIAÇÃO DA VARIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE EM PESSOAS ASSISTIDAS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2010**

**Paulo Rosa dos Santos Júnior; Adeane Loureiro de Almeida; Antônio Carlos de Souza Neto**

**Introdução:** Apesar do declínio nos níveis de cárie dentária nas últimas décadas, a mesma ainda é uma das doenças infecciosas com maior prevalência nas populações. O Código de Risco de Cárie (COD) é um dos índices existentes para realizar levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Esse é o índice escolhido pelo Ministério da Saúde para ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, a fim de medir e comparar a experiência de cárie dentária na população brasileira. O COD é dividido em risco de cárie 1, 2 e 3, sendo: a) COD 1: ausência de cárie; b) COD 2: presença de até 3 dentes cariados sem sintomatologia dolorosa; c) COD 3: presença de dente cariado com sintomatologia dolorosa ou presença de mais de 3 dentes cariados. **Objetivos:** Este trabalho objetiva comparar possíveis mudanças nos números totais de cada de risco de cárie entre os dados obtidos nos anos de 2005 e 2010, avaliar a relação entre a idade e o código de risco, além de analisar a possível variação entre os códigos, de maneira individual, que cada usuário avaliado na pesquisa possa ter sofrido após 5 anos. **Metodologia:** Os dados foram obtidos através de 132 prontuários de Levantamento de Necessidade em Saúde Bucal, referentes a 43 famílias, realizados nos anos de 2005 e 2010, presentes numa Unidade de Saúde da Família. Para avaliar a relação entre idade e código, os indivíduos da pesquisa foram divididos em quatro grupos: A (0 a 14 anos), B (15 a 19 anos), C (20 a 60 anos) e D (acima de 60 anos). A variação individual entre os códigos foi dividida em dois grupos: Variação positiva e Variação negativa. Sendo as variações de COD 1 para COD 2, de COD 1 para COD 3 e de COD 2 para COD 3 consideradas negativas. No entanto, as variações de COD 2 para COD 1, de COD 3 para COD 2 e COD 3 para COD 1 são consideradas variações positivas do Código de Risco. Os casos em que as variações não ocorreram foram divididos em dois grupos: Permanência positiva e Permanência negativa. Sendo os representantes do grupo da Permanência positiva os que permaneceram com COD 1 e da Permanência negativa os que permaneceram com COD 2 ou COD 3. **Resultados:** Os

resultados constataram um aumento na porcentagem de COD 1 (de 45,5% para 57,6%) e diminuição dos CODs 2 e 3 (de 40,9% para 39,4% e 13,6% para 3%, respectivamente), a prevalência de COD 1 nos grupos A (69,7%), B (56,25%) e C (55,9%) e de COD 2 no D (60%), além de uma variação positiva nos códigos (34,1% da população estudada passou para um menor risco e somente 12,9% aumentou o mesmo). **Conclusão:** No presente estudo, evidenciou-se uma melhora significativa na saúde bucal da população assistida por essa Unidade de Saúde.

#### **Descritores**

Estudos Populacionais em Saúde Pública; Avaliação em Saúde; Epidemiologia; Cárie Dentária; Risco; e Distribuição por Idade.

#### **AP-03 - AVALIAÇÃO DO GRAU DE DISFUNÇÃO CRÂNIOMANDIBULAR EM TELEOPERADORES**

**Lorena do Nascimento Paes Barreto; Amanda Regina Silva de Melo; Renan Macedo Cutrim Tavares; Andrele Nayara C. L. de Almeida; Carla Cabral dos Santos Accioly Lins**

[lori\\_barreto@hotmail.com](mailto:lori_barreto@hotmail.com)

**Objetivo:** Este trabalho se propôs a avaliar o grau de disfunção crâniomandibular (DCM) em atendentes de telemarketing. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, em que a amostra teve a participação de 80 indivíduos, sendo 40 teleoperadores e 40 não operadores. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 0259.0.172.000-09). Os voluntários deram o seu consentimento assinando o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados aplicando-se um questionário indexado que avalia a DCM através do Índice Anamnésico proposto por Fonseca (1992), constituído de dez perguntas: onde se atribui 10 pontos para respostas afirmativas, 5 pontos para respostas esporádicas e 0 para respostas negativas, totalizando, assim, valores de zero a cem. Classificando os pesquisados em : não portador de DCM, portador de DCM leve, portador de DCM moderada e portador de DCM severa. Os dados foram submetidos à análise estatística utilizando-se os testes: Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher desde que as condições do teste Qui-quadrado não foram verificadas, e o teste t-Student para variâncias iguais, com nível de significância em ambos de 5%. **Resultado:** A amostra foi constituída por 90% de indivíduos do gênero feminino e por 10% do gênero masculino, com média de idade de 34,6 anos, mínimo de 21 e máximo de 49 anos. Em relação ao Índice Anamnésico os percentuais de pesquisados sem DCM e com DCM severa foram correspondentemente mais elevados no grupo dos não operadores do que no grupo dos teleoperadores (40,0% x 27,5% sem DCM e 7,5% x 2,5% com DCM severa), apresentando o grupo de teleoperadores percentuais mais elevados para DCM leve e moderada (40,0% x 35% DCM leve e 30% x 17,5% DCM moderada), entretanto não se comprova diferença significativa entre os grupos ( $p = 0,37$ ). Quando observadas às estatísticas da pontuação do índice DCM segundo o grupo, destacou-se que a média foi 2,63 mais elevada no grupo de teleoperadores do que no grupo dos não operadores (33,28 x 30,65), entretanto não se comprova diferença significativa entre os grupos em relação à média da pontuação obtida no índice DCM ( $p = 0,58$ ). **Conclusão:** Diante da metodologia proposta e dos resultados obtidos, verificamos que ocorreu a presença de DCM em ambos os grupos pesquisados, não sendo a profissão de

teleoperador condição essencial para o desenvolvimento da disfunção crânio-mandibular.

**Descritores:** Dor orofacial; Articulação Temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular.

#### **AP-04 - AVALIAÇÃO GONIOMÉTRICA EM INDIVÍDUOS LARINGECTOMIZADOS ATENDIDOS NO HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO (HCP): UM ESTUDO DE CASO CONTROLE**

**Thais Myrian Aragão Melo; Jabson Herber Profiro De Oliveira; Hilton Justino Da Silva**

[thaismaragao@hotmail.com](mailto:thaismaragao@hotmail.com)

**Introdução:** A literatura científica e os índices epidemiológicos descrevem o câncer de laringe como sendo um dos cânceres mais comuns na região de cabeça e pescoço, com seqüelas físicas e psicossociais aos indivíduos por ele acometidos. Dentre as formas de tratamento, existe a laringectomia total, que ocorre quando o câncer encontra-se em um estágio avançado. Com esse procedimento, ocorrem alterações não só anatômicas, mas também mudanças fisiológicas, funcionais (como na mastigação e na postura da coluna cervical). É relatado que o osso hióide funciona com um dos eixos do corpo, assim, a laringectomia pode vir a trazer mudanças também com relação ao perfil oclusal, bem como desempenho do sistema estomatognático. É de fundamental importância entender os efeitos e as seqüelas da laringectomia total no corpo do indivíduo e no seu cotidiano, para se tentar estabelecer conexões entre as alterações ocorridas na mastigação e na postura cervical com o objetivo de diminuir os impedimentos funcionais e emocionais na vida desses pacientes. Acredita-se que com a laringectomia total ocorra uma inclinação, rotação e anteriorização da cabeça. **Objetivo:** Observar a amplitude de movimento cervical em indivíduos não submetidos à laringectomia total. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada no serviço de Fonoaudiologia (SEFON) do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Câncer de Pernambuco (DCCP - HCP). Participaram da pesquisa 13 indivíduos (6 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), com idades de 40 a 70 anos (mediana = 50). Os voluntários foram parentes consanguíneos de laringectomizados totais e com mesma realidade social-econômica. A ADM (amplitude de movimento) do segmento cervical da coluna vertebral, avaliada através de medidas angulares, foi avaliada de forma ativa (realizada pelo indivíduo até seu limite de movimento) e passiva (realizada pelo avaliador, até onde perceber ter alcançado o limite de movimento), através do teste goniométrico. Os movimentos cervicais avaliados foram flexão/extensão, rotação e inclinação para o lado direito e esquerdo. Os dados foram expressos através da estatística descritiva. **Resultados:** Os resultados foram: em flexão ativa (22°) e passiva (26°); em extensão ativa (40°) e passiva (44°); em inclinação direita ativa (28°) e passiva (30°); em inclinação esquerda (28°) e passiva (30°); em rotação direita ativa (42°) e passiva (46°); em rotação esquerda ativa (52°) e passiva (56°). **Conclusão:** Os resultados, estudados através da mediana dos valores goniométricos, revelaram uma variação na amplitude ativa/passiva que foi de 2 a no máximo 4. Também que os valores de inclinação (direita e esquerda) foram semelhantes. Porém, os valores de rotação esquerda foram maiores que os valores da rotação direita.

**Descritores:** laringectomia, neoplasias de cabeça e pescoço, curvatura da coluna vertebral

#### **AP-12 - CÂNCER BUCAL E OS FATORES CARCINÓGENOS**

**ALMEIDA, Larissa Fernandes da Silva; OLIVEIRA, Ianne Maraysa Josefa Santos; OLIVEIRA, Valdério Ambrósio de; SANTOS, Emelle Patrícia Fonsêca dos; SILVA, Uoston Holder da.**

[nanne\\_yasa@hotmail.com](mailto:nanne_yasa@hotmail.com)

O câncer bucal é considerado problema de saúde pública e no Brasil sua incidência é bastante elevada, tendo etiologia incerta e multifatorial. Portanto, o cirurgião-dentista precisa conhecer os fatores de risco mais importantes para orientar de maneira segura a conduta terapêutica e o diagnóstico de seus pacientes. Os carcinógenos correspondem aos agentes causadores do câncer. Podendo ser físicos, químicos e biológicos, onde esses fatores têm uma maior tendência a se desenvolver em pacientes que se enquadrem dentro do grupo de risco. O câncer de boca está entre os 10 cânceres mais frequentes, apresentando a maior taxa de mortalidade no segmento cabeça e pescoço. Evidências epidemiológicas mostram os fatores de risco para esta doença, podendo ser facilmente detectados durante a anamnese e geralmente estão ligados ao estilo de vida do indivíduo, como a exposição ao sol, tabagismo, alcoolismo, entre outros. Infecções pelo Epstein-Barr (EB) também é um fator de risco desta neoplasia. Fundamentalmente, quanto ao diagnóstico precoce, deve-se buscar identificar e estimular indivíduos de alto risco (homens com mais de 40 anos, sobretudo se tabagistas e/ou etilistas) a se submeterem a exames periódicos anuais. Dentro dos conhecimentos, é de suma importância o estudo da Semiologia, na qual se realize o Exame Clínico na busca dos sinais e sintomas, com o objetivo de construir o diagnóstico clínico e, como consequência, deduzir o prognóstico, bem como a terapêutica adequada. Caso não seja possível uma conclusão diagnóstica, devem-se aplicar conhecimentos nas requisições de exames complementares. **Objetivo:** Mostrar quais são os mais comuns carcinógenos orais e o grupo de risco das pessoas com tendências a desenvolver câncer bucal, sugerindo que o diagnóstico precoce e a orientação à população são os fatores principais para evitar que o desenvolvimento das neoplasias seja exacerbado. **Metodologia:** Esta pesquisa foi realizada a partir de periódicos disponíveis na forma eletrônica nas bibliotecas virtuais em saúde: SciELO, BIREME, LILACS e ScienceDirect utilizando os descritores: Câncer Bucal; Neoplasias Bucais; Diagnóstico Bucal; Saúde Bucal. Foram usados como critérios de exclusão artigos de anos inferiores ao ano 2000, sendo utilizados artigos em língua portuguesa e inglesa. **Conclusão:** Concluímos que ações para prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença precisam ser otimizados. O conhecimento sobre os fatores e grupos de risco é de extrema importância para a população, pois se faz necessário orientar, prevenir ou então diagnosticar precocemente o câncer bucal. Cada dia se estuda e se conhecem mais manifestações bucais ocasionadas por fatores cancerígenos, sendo seu conteúdo de tal importância para o cirurgião-dentista.

**Descritores:** Câncer Bucal; Neoplasias Bucais; Diagnóstico Bucal; Saúde Bucal.

#### **AP-13 - CANDIDÍASE ORAL ASSOCIADA A DESNUTRIÇÃO: RELATO DE CASO**

**SIQUEIRA, Maria Juliety de; SOUZA, Itana Raquel Soares de; ANDRADE, Marillya Lins de Lara; SILVA, Uoston Holder da; FARIA, Danielle Lago Bruno.**

[Juliety\\_siqueira@hotmail.com](mailto:Juliety_siqueira@hotmail.com)

**Introdução:** A candidíase oral é uma infecção fúngica causada pelo *Candida Albicans*, porém outros membros do gênero *Candida* podem estar envolvidos. Esta infecção está relacionada a diversos fatores predisponentes como imunodeficiência, que ocorre em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e desnutridos, por exemplo, gravidez, terapia antibiótica sistêmica, xerostomia, higiene bucal deficiente, entre outros. Ocorre mais comumente em indivíduos imunodeficientes, entretanto pessoas saudáveis podem apresentar candidose bucal. Clinicamente manifesta-se de diversas formas, sendo difícil seu diagnóstico em alguns casos. O tipo mais comum de candidose é a pseudomembranosa, que se apresenta sob a forma de placas esbranquiçadas destacáveis. Porém outras formas podem ocorrer como a atrófica, onde estão presentes máculas vermelhas e sensação de queimação, a hiperplásica, na qual existem placas não destacáveis à raspagem e a angular, que ocorre no ângulo da boca sob a forma de lesões fissuradas. O tratamento da candidíase consiste na eliminação dos fatores predisponentes juntamente com a utilização de antifúngicos tópicos e sistêmicos. **Objetivo:** demonstrar a ocorrência de candidíase oral associada à desnutrição, enfocando as características clínicas, fatores etiológicos e formas de tratamento. **Estudo de Caso:** Realizou-se uma análise de um caso clínico de candidíase oral relacionada com desnutrição em uma paciente atendida no CEO de Estomatologia da Faculdade ASCES, através do acompanhamento de seu histórico clínico. Paciente MLS, 79 anos, leucoderma compareceu ao CEO de Estomatologia da Faculdade ASCES e foi diagnosticada como portadora de candidíase oral pseudomembranosa. Foram solicitados os exames de rotina, além do teste ELISA para HIV, por ser esta lesão de grande ocorrência em pacientes aidéticos. A paciente relatou não realizar uma alimentação adequada, sendo orientada a seguir uma dieta alimentar preconizada pelo CEO, além da prescrição de suplementos vitamínicos e de sais minerais com o objetivo de elevar sua defesa imunológica. Além disso, a paciente passou a fazer uso de um antifúngico local por 30 dias. Após o resultado do exame teste ELISA para HIV, foi descartada a hipótese de AIDS, sendo constatado que o fator determinante para a candidíase foi a desnutrição. Ao longo das consultas houve regressão da lesão e a paciente foi orientada a continuar com a dieta e medicação. Foi observado que com a utilização das medicações e cumprimento da dieta houve regressão da lesão pelo aumento da imunidade. Assim, constatou-se que a deficiência de nutrientes, por gerar um quadro de imunodepressão, pôde levar a ocorrência da candidíase bucal. **Conclusão:** A partir desse estudo de caso avaliou-se que pode existir relação entre a desnutrição e a candidíase oral. O tratamento com dieta adequada, aliada ao uso de suplementos vitamínicos e de sais minerais, associado com antifúngico local possibilitou a remissão da lesão e a elevação do sistema imunológico da paciente.

**“Descritores:”** Candidíase Oral; Tratamento; Desnutrição; Imunossupressão.

#### **AP-14 - COMPLICAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO INFANTIL**

**SILVA, Juliana Rafaelle Couto ;CAVALCANTI, Laysa Cordeiro; SILVA, Katijane de Lima; Menezes, Valdenice Aparecida de.**

[Juliana.rafaelle@hotmail.com](mailto:Juliana.rafaelle@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de neoplasias malignas. Pacientes infantis com neoplasias malignas podem apresentar complicações orais como produto do próprio curso clínico da doença ou como efeitos colaterais do tratamento oncológico.

**OBJETIVO:** O objetivo do presente trabalho é relatar as complicações bucais mais frequentes associadas ao tratamento do câncer em crianças. **METODOLOGIA:** A pesquisa bibliográfica foi realizada nas fontes de dados: Google acadêmico, Medline e Lilacs, onde os descritores utilizados para a busca de artigos foram: crianças, complicações bucais, radioterapia, quimioterapia. Dentre as publicações foram selecionados os artigos escritos em língua portuguesa, publicadas do período de 2002 a 2010. **REVISÃO DE LITERATURA:** Durante o tratamento antineoplásico, as alterações na cavidade bucal alcançam maior gravidade, pois tanto o tratamento com a radioterapia quanto a quimioterapia não diferenciam as células neoplásicas das células normais. A natureza das complicações orais depende de fatores como o tipo de câncer, localização, idade do paciente, dose da quimioterapia, profilaxia empregada contra os agentes patogênicos da microbiota bucal, condição bucal pré-existente e estado bucal durante o tratamento. As complicações bucais mais frequentes associadas ao tratamento oncológico são: mucosite, xerostomia, infecções fúngicas, bacterianas e virais, além de alterações periodontais, alterações no paladar, alterações na formação dentária, cárie de radiação e osteorradionecrose. A prevenção de doenças bucais em crianças, sob o ponto de vista oncológico é importante, visto que as lesões bucais decorrentes desse tratamento agravam consideravelmente a condição clínica e o risco de infecção. O tratamento das complicações bucais resultantes da terapia oncológica é constituído por medidas preventivas e corretivas, devendo elas ser executadas logo após o diagnóstico da doença. Assim durante as fases agudas da doença, imunossupressão e internação hospitalar as crianças devem ser atendidas por cirurgiões dentistas especializados em conjunto com a equipe oncológica pediátrica. **CONCLUSÃO:** As complicações bucais decorrentes do tratamento do câncer em crianças influenciam negativamente na condição clínica das mesmas. A fim de minimizar esses efeitos, é importante que a equipe que atende esses menores conte com a presença do cirurgião dentista para um acompanhamento e monitoramento da condição bucal.

**DESCRIPTORES:** Crianças, complicações bucais, radioterapia, quimioterapia

#### **AP-15 - CONDIÇÃO PERIODONTAL EM PACIENTES PORTADORES DE HIV: REVISÃO DE LITERATURA**

**SANTOS, Ângela de Souza; DONATO, Lucio Flávio Azevedo; SANTIAGO, Leógenes Maia.**

[angelasantos1707@hotmail.com](mailto:angelasantos1707@hotmail.com)

**Introdução** A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode acarretar alteração na condição de saúde bucal. Indivíduos HIV positivos apresentam maior prevalência de doença periodontal e de lesões na mucosa bucal. As manifestações orais podem ser o primeiro sinal clínico da infecção pelo HIV. Embora a microbiota subgengival da doença periodontal no paciente portador de HIV/Aids seja semelhante àquela encontrada no indivíduo soronegativo, ela pode ser acrescida de alguns

microrganismos oportunistas. **Objetivo** Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão literária sobre a condição periodontal em pacientes portadores de HIV relacionando suas características clínicas e microbiota. **Metodologia** Para realização do presente estudo foram realizadas consultas em livros e artigos disponíveis na biblioteca da Faculdade ASCES, além da base de dados Bireme, Lilacs e Scielo no período de 2005 a 2010. **Desenvolvimento** A ocorrência de gengivite e periodontite em pacientes HIV positivo apresentam ocorrências relativamente freqüente e tem importante relação com a contagem de CD4+ < 200. À medida que o número de células CD4+ diminui, o sistema imunológico torna-se incapaz de conter as infecções causadas pelo HIV. Essa incapacidade permite a maior disseminação e multiplicação do vírus, com aumento da viremia. Entre as manifestações encontradas mais freqüentemente estão às infecções por fungos, como a *Candida albicans*, por vírus as gengivites e as periodontites necrosantes, a leucoplasia pilosa, entre outras. A evolução clínica da periodontite crônica é mais rápida em pacientes portadores de HIV/Aids em comparação a pacientes soronegativos. As bolsas periodontais servem como reservatórios para microrganismos oportunistas, que causam patologias. Outro fator relevante é a maior concentração de citocinas inflamatórias, como a interleucina 1 –  $\beta$  (IL 1-  $\beta$ ) e o fator necrosante tumoral-  $\alpha$  (FNT –  $\alpha$ ), no fluido do sulco gengival de sítios com doença periodontal ativa de pacientes com HIV/Aids em relação a pacientes soronegativo. A periodontite crônica progride mais rapidamente em indivíduos portadores de HIV, principalmente naqueles que não estão recebendo terapia anti-viral e/ou antimicrobiana. As formas mais severas das doenças gengivais e periodontais necrosantes estão associadas com severa imunossupressão. Nos pacientes com HIV, a periodontite necrosante tem como característica a perda de tecido mole como consequência da ulceração e necrose. A exposição, a destruição ou o sequestro ósseo podem ser vistos, levando a perdas dentais. A destruição de tecido pode ultrapassar a linha mucogengival, e a dor pode estar presente. A presença de patógenos atípicos, como *Candida spp.*, na microflora subgengival de pacientes soropositivos pode estar relacionada com a rápida evolução da periodontite. Outra possível causa da destruição periodontal pode ser o aumento da atividade da doença periodontal em razão do aumento do nível de citocinas inflamatórias no fluido do sulco gengival. No paciente HIV positivo as doenças periodontais são classificadas em: eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante (GUN) e periodontite ulcerativa necrosante (PUN). Eritema linear é uma linha vermelha que aparece na margem gengival que se estende por diversos dentes. Esse eritema não é associado ao acúmulo de placa. GUN ocorre destruição e necrose dos tecidos gengivais, iniciando-se sempre pela papila. PUN manifesta-se por uma destruição rápida do periodonto com perda da gengiva e do osso alveolar, acompanhada de dor. **Conclusão** A incidência das doenças gengivais e periodontais necrosantes esta relacionada ao grau de imunossupressão do paciente. O diagnóstico precoce fornece oportunidade para uma intervenção efetiva contra a infecção pelo HIV e infecções oportunistas e assume papel de destaque no estudo de suas características clínicas e microbiológica.

Palavras-chaves: HIV, gengivite, periodontite.

#### **AP-34 - CRITÉRIOS PARA SUBSTITUIÇÃO, REPARO OU MANUTENÇÃO DAS RESTAURAÇÕES**

Suzanne Ivila Santos da Rocha; Izabelle Granja Muniz Gomes; Daene Patrícia Tenório Salvador da

Costa; Cláudio Heliomar Vicente da Silva; Paulo Fonseca Menezes Filho.

[suzanne\\_ivila@hotmail.com](mailto:suzanne_ivila@hotmail.com)

**Introdução:** Atualmente, mesmo com a evolução dos materiais restauradores disponíveis, a ocorrência de falhas nas restaurações, seja de amálgama, resina composta ou ionômero de vidro, ainda é um fato comum. Dentre as mais freqüentes podemos citar a presença de cárie secundária, fraturas das restaurações, má adaptação marginal, forma anatômica deficiente e alterações na coloração. No entanto, a cada troca há um significativo aumento do preparo cavitário, acarretando na perda de estrutura dentária muitas vezes sadia. Sabendo que o objetivo da Dentística é remover, quando inevitável, apenas a estrutura dentária irreversivelmente infectada, o ciclo repetitivo restaurador é um procedimento biologicamente falho. **Objetivo:** Frente a tais considerações, o objetivo deste trabalho é evidenciar os critérios que podem ser utilizados para indicar a substituição, reparo ou manutenção das restaurações, evitando a consideração de parâmetros subjetivos por parte dos profissionais para definição dessa decisão clínica, o que poderia levar à diminuição da longevidade do elemento dentário. **Método:** Os critérios de avaliação da qualidade das restaurações e sua abordagem serão estabelecidos baseados na literatura atual e demonstrados com os casos clínicos realizados na disciplina de Dentística 2 do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. **Resultados:** O reparo em restaurações pode ser indicado quando não há presença de cárie secundária e de sensibilidade espontânea, sendo a porção defeituosa da restauração localizada, ou seja, não atingindo a superfície da mesma em sua totalidade. Diversos estudos afirmam ainda que o material de escolha para realizar tais reparos deve ser a resina composta, independentemente se a restauração for de amálgama, cimento de ionômero de vidro ou resina composta. Falhas caracterizadas exclusivamente por alterações na coloração do material e anatomia deficiente podem ser facilmente solucionadas por meio de acabamento e polimento. Por outro lado, quando na presença de cárie secundária, fraturas profundas e/ou extensas, além de sintomas como sensibilidade extrema e/ou espontânea deve ser indicada a substituição total da restauração pré-existente. **Conclusão:** Para definição da correta conduta terapêutica acerca de uma restauração defeituosa, se faz necessário um diagnóstico fiel, baseado em características clínicas e radiográficas. Além disso, é importante conhecer a causa da falha clínica, para não se optar por um tratamento que produza novamente o insucesso. Sabe-se que, equívocos nas avaliações clínicas levam a substituições de restaurações desnecessárias, diminuindo a longevidade das mesmas e a sobrevida do elemento dentário envolvido, sendo indispensável o seguimento de critérios de avaliação que nos conduzam para a realização de um tratamento conservador, seguro e eficiente.

**Descritores:** Falha de restauração dentária; Restauração dentária permanente; Resinas compostas.

#### **AP-31 - DENS IN DENT RADICULAR: RELATO DE CASO RARO UTILIZANDO A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO PARA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

Thiago Nascimento Lisboa; Julia Petruccelli Rosar, Andréa dos Anjos Pontual; Maria Luiza dos Anjos Pontual; Flávia Maria Moraes Ramos-Perez.

[thiagolisboa1@hotmail.com](mailto:thiagolisboa1@hotmail.com)

**Introdução:** Dente invaginado ou *dens in dent* é uma alteração do desenvolvimento, que resulta do aprofundamento ou invaginação da superfície do esmalte antes que a calcificação seja completada. Embora a etiologia do *dens in dent* seja controversa, alguns autores sugerem como possível causa uma pressão tecidual anormal, infecções, fatores genéticos e trauma. Pode ocorrer em qualquer dente permanente, mas os mais afetados são os incisivos laterais superiores, seguido dos incisivos centrais superiores; sendo raro em dentes mandibulares posteriores. Seu diagnóstico pode ser feito por meio do exame radiográfico até mesmo antes da sua erupção, sendo importante para a prevenção de cárie, infecção e da perda prematura do dente. Devido a sua forma variada e complexa, esta anomalia pode causar dificuldades no diagnóstico e plano de tratamento. O dente invaginado coronário pode ser classificado em três tipos principais: o tipo I mostra uma invaginação limitada à coroa; no tipo II a invaginação estende-se abaixo da junção cimento-esmalte e termina em fundo cego que pode ou não ter comunicação com a polpa; já o tipo III estende-se através da raiz e perfura a área apical ou lateral radicular, sem que haja qualquer comunicação imediata com a polpa. O dente invaginado radicular é raro e acredita-se que surja secundariamente a uma proliferação da bainha de Hertwig radicular com a formação de uma linha de esmalte que se estende ao longo da superfície do dente. Em vez de protuberâncias na superfície o esmalte alterado forma uma superfície de invaginação em direção a papila dental, radiograficamente os dentes afetados mostram um alargamento da raiz. **Objetivo:** Diante das dificuldades que esse caso representou para o diagnóstico, este trabalho tem como objetivo apresentar um caso raro de *dens in dent*, que foi elucidado após a realização de uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). **Relato do Caso:** Paciente do gênero feminino, 16 anos de idade, foi encaminhada a uma Clínica de Radiologia particular para realização de radiografia panorâmica para planejamento de tratamento ortodôntico. A imagem radiográfica panorâmica revelou uma alteração morfológica na porção radicular do primeiro pré-molar inferior direito e a presença de discreta lesão radiolúcida periapical. A radiografia periapical revelou que essa má formação se estendia desde o terço cervical até o ápice, com provável envolvimento da câmara pulpar e dos canais radiculares, além da presença de uma lesão periapical difusa sem margens escleróticas. A fim de esclarecer e estabelecer um diagnóstico conclusivo, a paciente foi submetida à TCFC, e nos cortes coronal e sagital, foi possível visualizar a lesão de densidade heterogênea, similar ao esmalte, dentina e polpa, adjacente à face lingual da raiz e se projetando para o interior da câmara pulpar, sem causar expansão cortical vestibular ou lingual. **Resultado:** Nas técnicas radiográficas convencionais nem sempre é possível determinar com precisão a relação entre a porção invaginada do dente com a câmara pulpar e/ou com os canais radiculares. No caso relatado, a imagem tomográfica torna possível observar um alargamento da raiz, uma invaginação dilatada limitada pelo esmalte, com a abertura desta situada ao longo da porção lateral da raiz, o que leva a considerar esse caso como do tipo dente invaginado radicular. **Conclusão:** Conclui-se que a TCFC é fundamental para o diagnóstico de alterações morfológicas nos dentes, além de fornecer informações precisas a respeito de extensões de lesões periapicais.

**Descritores:** dens in dent, dentre invaginado, pré-molar, alteração do desenvolvimento

## AP-18 - DESTRUIÇÃO DE LÁBIO SUPERIOR POR MIÍASES

**Iracema Thayane Magalhães de Moraes Veras; Janaina Freitas de Andrade; Shirlene Paula Tavares Pontes; Adriana Carla Barbosa Firmo; Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo.**

**Introdução:** O termo *miíase* significa mosca (origem na palavra grega *myia*) e consiste na invasão de tecidos vivos por larvas de dípteros. As péssimas condições de higiene associada a ferimentos e secreções, contribuem significativamente para que as moscas depositem seus ovos e se desenvolvam. As manifestações clínicas variam, pois dependem da espécie da mosca e da região do corpo afetada. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é considerar que embora a ocorrência da *miíase* de lábio seja rara nas intervenções odontológicas, o seu conhecimento também é importante para a eventualidade do cirurgião-dentista se deparar na prática clínica de um possível caso dessa infestação. **Revisão de literatura:** As larvas dos muscódeos são vermiformes, ápodas, com região cefálica reduzida e as peças bucais transformadas em dois ganchos. De acordo com a invasão tecidual, as *miíases* são classificadas em: obrigatórias, facultativas e pseudomiíases. Nas obrigatórias (*biontófoga* ou *primária*), as larvas de dípteros se desenvolvem naturalmente sobre ou dentro de vertebrados, alimentando-se de tecidos vivos. Dentre suas espécies, encontram-se: *Cochliomya homini vorax* e *Dermatobia hominis*. As facultativas (*necrobiontófagas secundárias*) são aquelas nas quais as larvas de dípteros se desenvolvem em matéria orgânica em decomposição, atuando como saprófagas, mas podem, no entanto, acometer os tecidos necrosados em um hospedeiro vivo. Os gêneros mais comuns são: *Phaenicia*, *Musca*, *Lucilia* e *Fannia*. As pseudomiíases (acidental) ocorrem por ingestão de ovo e/ou larvas de dípteros presentes em alimentos contaminados. As manifestações clínicas das *miíases* configuram desde quadros benignos até a morte. A literatura descreve alguns sinais e sintomas clínicos como mialgia, febre, odor acentuado, desconforto local, inflamação dos tecidos circundantes, ulcerações, necrose tecidual e até envolvimento ósseo. Além do exame visual clínico, exploração cirúrgica e exame histopatológico, a movimentação das larvas contribui para o diagnóstico da *miíase*. Os sintomas das *miíases* cavitárias incluem: tumefação do nariz, epistaxes, tosse, dores da nasofaringe, cefaléia e formigamentos. No tratamento da *miíase* deve-se utilizar gaze embebida com éter, retirada das larvas com uma pinça de dissecação, debridamento dos tecidos desvitalizados e reconstrução tecidual. **Materiais e métodos:** Paciente do gênero masculino, melanoderma, 67 anos de idade, apresentando lesão localizada na região de lábio superior. O paciente queixava-se de desconforto devido a lesão há 4 meses. Ao exame clínico, apresentava destruição de lábio superior com tecidos necrosados nesta região, prurido, odor fétido e edema. Após a aplicação de anestesia local, constatou-se a presença de dezenas de larvas no lábio superior com invasões dos ossos maxilares, nasais, assoalho da órbita. O tratamento foi realizado impregnando-se gazes com éter, para auxiliar a saída das larvas e posterior retirada das mesmas. Foi realizado o debridamento dos tecidos desvitalizados, limpeza e curativos. **Resultados:** O pós-operatório transcorreu dentro dos padrões da normalidade. **Conclusões:** *Miíases* de lábio, ainda que raras, devem ser consideradas pelos cirurgiões-dentistas, pois quando diagnosticadas corretamente, podem ser facilmente tratadas, apresentando um prognóstico favorável.

**Descritores:** *Miíase*. Dípteros/parasitologia. Lábio/lesões.

#### AP-35 - DIAGNÓSTICO DE LESÕES DE CÁRIE EM DENTES ANTERIORES

Thiago Oliveira de Moraes e Silva; Maria Fernanda Muniz Araújo; Ana Marly Araújo Maia ; Cláudio Heliomar Vicente da Silva.

[thiago90.pe@gmail.com](mailto:thiago90.pe@gmail.com)

**Introdução:** O diagnóstico de cárie dentária proximal ainda representa um desafio na clínica odontológica. A principal dificuldade no diagnóstico precoce dessas lesões se deve a sua localização, usualmente abaixo do ponto de contato, o que dificulta e/ou impede o adequado exame clínico. **Objetivo:** Devido à importância de se estabelecer a detecção precoce das lesões cáries proximais para interceptar o processo com medidas preventivas, objetivamos explorar os métodos de diagnóstico de cárie incluindo desde os mais simples e de baixo custo mais utilizados no contexto atual da realidade odontológica, explorando vantagens e desvantagens.

**Método:** Visto a grande literatura discutida quanto à detecção de lesões cáries proximais, artigos de revisão foram tomados como base para o levantamento dos métodos de detecção, focando os processos mais usuais e simples, inclusive utilizados nas clínicas da disciplina de Dentística 2 da Universidade Federal de Pernambuco. Dentre os métodos mais utilizados, discutiremos a inspeção visual, o exame tátil com sonda, as radiografias interproximais, e em um contexto mais sofisticado, a transiluminação, que além das fibras óticas (FOTI), pode ser realizada com LEDs (Ponteira de Diagnóstico SDI).

**Resultados:** O método de inspeção visual oferece bons resultados, no entanto, para superfícies proximais ele deve ser precedido de separação temporária em regiões suspeitas. Associado ao método visual, mais comumente utilizado, tem-se a subjetividade do diagnóstico, sendo imprescindível o conhecimento das diferentes características do tecido cariado, de acordo com o grau de atividade da lesão. O exame tátil nas lesões proximais não está indicado, a não ser que a cavitação seja visualizada após a separação, sendo preciso assim avaliar a condição de atividade e extensão da lesão. Se necessário, esse exame deve dar preferência ao uso da sonda (OMS), que devido a sua ponta rombóide, evita a formação de cavitações adicionais. As radiografias interproximais (bite-wing), de extrema importância para complementar e aumentar a eficiência da inspeção visual pode resultar em falsos positivo e negativo, pois a perda mineral apenas é detectada quando acima de 30%. Por fim, a transiluminação representa o uso de luz proveniente de um dispositivo óptico para distinguir tecido dental hígido e desmineralizado, providenciando uma resolução melhor da profundidade da lesão cáries, visto as propriedades ópticas de transparência do esmalte dental enquanto sadio, e evidenciando áreas escurecidas na imagem ao transiluminar o tecido desmineralizado. Associados aos métodos ópticos, tem-se a vantagem de capturar e armazenar as imagens digitalmente. **Conclusão:** O método diagnóstico constatado como o principal, mais utilizado e ainda confiável para detecção de lesões cáries em dentes anteriores foi a inspeção visual. Os exames táteis e as radiografias interproximais atuam prioritariamente como auxiliar no diagnóstico das lesões por aumentarem a eficiência do exame visual. Ao passo que a evolução da tecnologia com métodos de transiluminação mais acessíveis pode vir a ser um excelente mecanismo de detecção dessas lesões.

**Descritores:** Cárie Dentária, Diagnóstico, Transiluminação.

#### AP-36 - DOENÇA PERIODONTAL E SUA RELAÇÃO COM O PARTO PREMATURO

ALMEIDA, Larissa Fernandes da Silva;\*OLIVEIRA, Ianne Maraysa Josefa Santos;SANTIAGO, Leógenes Maia.

[fernandes.lari@hotmail.com](mailto:fernandes.lari@hotmail.com)

A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória destrutiva da gengiva e do osso alveolar. É provocada, principalmente, por produtos de bactérias anaeróbias gram-negativas. A gestante apresenta algumas alterações fisiológicas. As principais alterações orais atribuíveis à gravidez são relacionados ao aumento da vascularização, da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e as respostas exacerbadas dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais, associadas a elevações do nível de estrogênio e progesterona durante o período da gravidez. Estudos têm apontado possíveis relações de risco existentes entre doenças bucais, principalmente a doença periodontal e complicações gestacionais, como parto prematuro, nascimento de recém-nascidos de baixo peso e pré-eclâmpsia. As explicações para tais hipóteses baseiam-se no fato de a doença periodontal ser de origem infecciosa, o que poderia provocar aumento de citocinas inflamatórias no sangue materno. Por outro lado, o fato de a doença periodontal ainda não ser comprovadamente um fator de risco para as complicações obstétricas não diminui a importância da manutenção da saúde bucal das gestantes, que devem apresentar condições orais que propiciem adequada alimentação, sem dor e sangramento, e assim manter seu aporte nutricional adequado. **Objetivo:** Verificar se a doença periodontal em gestantes está associada com a condição dos recém-nascidos, de baixo peso e com o parto prematuro, sugerindo que a doença periodontal em gestantes seria um fator de risco clinicamente significante para o parto prematuro. **Metodologia:** Esta pesquisa foi realizada a partir de periódicos disponíveis na forma eletrônica nas bibliotecas virtuais em saúde: SciELO, BIREME, LILACS e ScienceDirect utilizando os descritores: periodontite, parto prematuro e Gravidez. Foram usados como critérios de exclusão artigos de anos inferiores ao ano 2000, sendo utilizados artigos em língua portuguesa e inglesa. **Conclusão:** As grávidas constituem um grupo de pacientes que requerem atenção especial e cuidados específicos no que diz respeito ao tratamento dentário durante a gravidez. É de fundamental importância a orientação a respeito das consequências do acúmulo de placa, orientando a correta higienização, avaliação do controle de placa, raspagem e alisamento radicular, quando necessário, e polimento dentário. As consultas devem ser curtas, evitar radiografias e prescrição de medicamentos. Embora o tratamento periodontal mecânico não-cirúrgico no segundo trimestre da gravidez seja seguro e efetivo na redução dos sinais clínicos de doença periodontal materna. Outros estudos com metodologias que apontem relação de causa e efeito direta são necessários para indicar as evidências científicas que suportem a relação de risco entre a doença periodontal e a incidência de parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer.

**Descritores:** Periodontia; Periodontite; Parto prematuro; Gravidez.

#### AP-38 - EROSÃO ÁCIDA: DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Douglas Farias de Albuquerque Rego; Priscila Lima de Carvalho; Ana Marly Araújo Maia; Paulo Fonseca Menezes Filho; Claudio Vicente Heliomar da Silva

[douglas.farias91@gmail.com](mailto:douglas.farias91@gmail.com)

**Introdução:** Erosão dentária é definida como a perda crônica e de natureza ácida não-bacteriana da porção dura superficial do dente (esmalte, dentina ou cimento), acometendo principalmente o esmalte dentário. Devida à baixa incidência cariogênica em muitos países hoje, a patologia em questão está em crescente ascensão em relação ao seu estudo, já que suas causas se estendem a uma complexa natureza multifatorial. A erosão ácida está fortemente ligada ao consumo de bebidas e alimentos ácidos. Estes desmineralizam e causam dissolução da superfície do dente, tornando-o mais susceptível à abrasão, especialmente, pela ação da escovação dentária. A evolução do desgaste pode resultar em hipersensibilidade dentinária, perda da forma e da cor do dente, indicando a necessidade de tratamento restaurador com uso de compósitos e tecnologia adesiva. Não é somente o que é consumido que causa erosão ácida, mas também a maneira como isto ocorre. Manter ou reter alimentos e bebidas ácidas na boca prolonga a exposição dos dentes ao ácido, aumentando assim o risco de erosão. O hábito de beber uma bebida ácida "bochechando", por exemplo, pode aumentar seu contato com o dente ou dentes, aumentando, de novo, o risco de erosão. Assim também, os ácidos de origem gástrica também podem, por refluxo, causar danos aos dentes. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é evidenciar os cuidados a serem adotados pelo profissional no diagnóstico e tratamento da erosão ácida. **Método:** A partir da revisão literária de artigos relacionados à erosão ácida e com auxílio clínico de casos encontrados na clínica da disciplina de Dentística 2 do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, foi possível detectar diferentes formas de apresentação da doença e suas relações com os fatores intrínsecos e extrínsecos que levam ao desenvolvimento patológico de tal anomalia crônica. **Resultado:** Diagnosticaram-se alguns tipos de lesões de erosão ácida e seus fatores causadores, como: o tipo clínico dos indivíduos com erosão ácida devido a fatores extrínsecos que são definidos como os ácidos consumidos através de: dieta, medicamentos e ambientais. No caso de pacientes que são expostos aos ácidos extrínsecos, os mesmos apresentam uma maior erosão nas superfícies vestibulares dos dentes anteriores da maxila. Já no tipo clínico de pacientes expostos a fatores intrínsecos que caracterizado basicamente o ácido gástrico que chega à cavidade bucal através de problemas gástricos como: refluxo/regurgitações e/ou vômitos, os indivíduos expostos aos ácidos intrínsecos apresentam maior dano na face palatina dos dentes, devido ao contato direto dos ácidos gástricos (os quais possuem pH de aproximadamente 2, sendo potencialmente erosivos) na face dental supracitada. **Conclusão:** Com o apoio da anamnese previamente feita ao exame físico, aliado ao conhecimento científico, o profissional desenvolve a habilidade de facilmente identificar os aspectos clínicos da erosão ácida, indicando e executando o seu tratamento.

Descritores: Erosão Ácida; Diagnóstico Diferencial

#### AP-24 - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PATOLOGIAS BUCAIS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS

Amanda Galindo Florêncio; Anna Rebeca de Barros Lins Silva Palmeira ; José Paulo da Silva Filho ; Uoston Holder da Silva .

[amanda.g.florencio@hotmail.com](mailto:amanda.g.florencio@hotmail.com)

**Introdução:** Estudos epidemiológicos mostrando a frequência de lesões do complexo Buco-

Maxilo-Facial são de grande importância para o Cirurgião-Dentista. Para a saúde pública, esses estudos possuem grande importância, pois, facilitam o conhecimento das lesões bucais em relação à sua prevalência, incidência e evolução do curso da doença. **Objetivo:** realizar um levantamento epidemiológico das lesões bucais; bem como verificar quais as lesões bucais mais frequentemente acometidas, a influência do gênero, idade, localização, sintomatologia; assim como o tipo de biópsia realizado. **Metodologia:** tratou-se de um estudo transversal retrospectivo descritivo, que visou avaliar o perfil epidemiológico das lesões bucais do arquivo do Centro de Anatomia de Patologia Oral (CEAPO) da Faculdade ASCES. O presente trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade ASCES, o qual foi aprovado sob o número 043/10. Foram incluídos todos os laudos anatomopatológicos referentes ao período de 1999 a 2009 que estão arquivados no CEAPO, sendo excluídos os laudos que não estavam completamente preenchidos. Os laudos anatomopatológicos foram analisados em relação às seguintes variáveis: gênero, idade, localização, sintomatologia, tipo de biópsia e resultado anatomopatológico. Para realização do banco de dados, foi utilizada uma ficha para coleta de dados. As lesões foram agrupadas utilizando como base a classificação proposta por Happonen et al.<sup>(5)</sup> citada por Cruz et al.<sup>(3)</sup>, que separava as lesões em dez grupos: 1: Hiperplasias e lesões reativas dos tecidos moles bucais; 2: Neoplasias benignas dos tecidos moles; 3: Cistos odontogênicos, não odontogênicos e pseudocistos; 4: Periapicopatias; 5: Pericoronarite e tecido folicular dentário; 6: Neoplasias odontogênicas benignas; 7: Lesões ósseas bucais (neoplasias ósseas benignas, lesões ósseas inflamatórias, hiperplasias ósseas); 8: Lesões de glândula salivar (lesões inflamatórias, císticas ou neoplásicas benignas); 9: Lesões cancerizáveis e malignas; 10: Outras. Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de distribuições absolutas e percentuais e técnica de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de homogeneidade de proporções entre as categorias das principais variáveis realizado com margem de erro utilizada 5,0%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e para os cálculos estatísticos foi utilizado o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15. **Resultados:** foram 938 laudos analisados, onde a faixa etária mais frequente foi entre 40 a 59 anos, o sexo feminino foi mais prevalente com 65,2%, a maioria (88,7%) não apresentou sintomatologia, 90,5% das biópsias foram do tipo excisional e as localizações mais frequentes foram: lábio inferior (15,7%), mucosa jugal (11,9%) e língua (9,6%). Entre os grupos das lesões mais frequentes estavam o grupo das hiperplasias e lesões reativas dos tecidos moles bucais (35,0%). **Conclusões:** as lesões mais frequentemente acometidas na cavidade bucal são as pertencentes ao grupo de hiperplasias e lesões reativas dos tecidos moles bucais. A faixa etária mais acometida foi entre 40-59 anos, sendo o sexo feminino mais afetado. A maioria dos pacientes não relatou sintomatologia dolorosa e o tipo de biópsia mais comumente realizado foi excisional, sendo o lábio inferior a localização mais frequente.

Descritores: Epidemiologia; Patologia Bucal; Fatores Epidemiológicos.

#### AP-39 - EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Sebastião Wilson de Alencar Callou; Maria Luiza Vieira da Silva; Nivaldo Oliveira Silva; Samara de Souza Ribeiro; Petrônio José de Lima Martelli.

**Objetivo:** O presente trabalho buscou analisar a evolução da implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no estado de Pernambuco durante o período de dezembro de 2000 a dezembro de 2010, tão como identificar o número de municípios que oferecem o serviço e a parcela populacional por ela coberta. **Método:** Os dados analisados foram obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica, disponível no site do Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). **Resultados:** Em dezembro de 2001 o estado de Pernambuco apresentava 1032 ESF distribuídos em 170 municípios dos 185 que compõem o estado obtendo cobertura populacional de 3.527.373 habitantes (44,05%), e nesses apenas 132 Equipes de Saúde Bucal implantadas, sendo, 112 ESB modalidade tipo I em que estão presentes o cirurgião dentista e o auxiliar em saúde bucal e 20 modalidade tipo II que apresenta o cirurgião dentista e o técnico em saúde bucal, distribuídos em 39 municípios, obtendo-se uma proporção de ESF/ESB de 7,81/1, número muito aquém do necessário, porém justificado pela recente implantação dessas equipes no serviço público, pois, embora o programa de saúde da família tenha sido implantado no ano de 1994, apenas em 2000 a saúde bucal foi incluída na atenção básica, e somente em 2001 os incentivos foram liberados para financiamento das instalações e manutenção. Nos dez anos houve crescimento homogêneo e progressivo chegando a 237 equipes em 2002, 310 em 2003, 486 em 2004, 721 em 2005, 892 em 2006, 970 em 2007, 1144 em 2008, 1251 em 2009 e finalmente alcançando em dezembro de 2010 o número de 1314 equipes, sendo 1266 modalidade tipo I e 48 modalidade tipo II em 181 municípios distribuídos em 1881, tendo cobertura em saúde bucal a 6.218.178 (70,55%) da população de Pernambuco e proporção ESF/ESB de 1,43/1, crescimento explicado pelo aumento nos incentivos à saúde bucal, principalmente pela criação do programa Brasil Sorridente em 2005. **Conclusão:** É notório que a inclusão das equipes de saúde bucal nas estratégias de saúde da família apresenta crescimento progressivo, com média 132,4 novas equipes instaladas por ano, tendo em 2005 o maior número de implantações (n=235) e em 2010 o menor número (n=63). Contudo o percentual da população coberta pelo serviço, (70,55%) e a disparidade com o número de ESF ainda mostra a necessidade de implantações de novas equipes para que se obtenha uma saúde bucal que realmente exerça a universalidade dentro do sistema único de saúde.

**Descritores:** Serviços de saúde bucal, Odontologia em saúde pública, Sistema único de saúde.

#### **AP-02 - FACETAS ESTÉTICAS DIRETAS EM DENTES ANTERIORES COM LESÕES DE CÁRIES AMPLAS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Adriano Ventura Milfont ;Marllus Vinícius Bezerra Oliveira da Silva ;Silvana Freitas Souza Leão ;Alexandre Nascimento ;Adolfo José Cabral .

[adrianomilf@gmail.com](mailto:adrianomilf@gmail.com)

**Introdução:** A perda da estrutura dentária em dentes anteriores superiores pode causar problemas estético-funcionais, como alterações fonéticas, deficiência mastigatória, alterações de posicionamento do dente na arcada dentária, o que resulta em má-oclusão e desenvolvimento de hábitos parafuncionais, associados, principalmente, a problemas psicológicos por deficiência

na estética; podendo interferir na personalidade e comportamento do indivíduo. Reconstruir dentes permanentes anteriores superiores severamente destruídos por lesões de cáries é um desafio para a dentística. É necessário que o profissional avalie a quantidade e qualidade de estrutura dentária remanescente antes de iniciar o tratamento, pois estes são fatores determinantes para a escolha e execução de técnicas escolhidas. A literatura tem mostrado diversos recursos para reconstrução coronária, como: coroas metálicas fundidas, coroas estéticas indiretas em resina acrílica, restaurações com a utilização de pinos em dentes tratados endodonticamente, restaurações diretas de resinas compostas com a confecção de facetas estéticas diretas. A tendência em conservar ao máximo as estruturas dentais sadias, tornou-se palavra de ordem na odontologia. Com isso, a execução de facetas diretas por meio de técnicas adesivas e de compósitos, tornou-se popular. Neste contexto, este artigo descreve a reconstrução de elementos dentários anteriores superiores por meio da utilização de resinas compostas do tipo micro híbrida e microparticulada e confecção de facetas estéticas diretas através de um relato de caso clínico utilizando todo o protocolo baseado na sequência do uso de brocas esféricas, pontas diamantadas tronco cônicas e demais brocas para posterior acabamento e polimento. Assim como discos sequenciais para o acabamento e tiras de lixa para remoção de excessos nas faces proximais. Podemos observar suas vantagens, como: menor tempo utilizado durante o tratamento pela dispensa de etapas laboratoriais e fácil manipulação das resinas compostas; dispensa de dentes provisórios e moldagem, proporcionando mais conforto ao paciente; e sobretudo, a possibilidade de excelentes resultados estéticos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico realizado na Clínica de Dentística 3 da Universidade Federal de Pernambuco sobre Facetas estéticas diretas realizada em dentes anteriores com lesões de cáries amplas. **Métodos:** Associando os dados descritos na revisão da literatura, tornou-se possível detalhar os primeiros passos para o atendimento clínico e planejamento das facetas estéticas, ressaltando-se a necessidade de conservar a estrutura dentária, mantendo-se a sua forma, contorno, textura e função na arcada dentária. **Resultados:** Os resultados favorecem o emprego de facetas diretas por propiciar recuperação estética de forma conservadora, fácil manuseio e baixo custo quando comparados com outros procedimentos invasivos para reconstrução coronária. **Conclusão:** A reconstrução de dentes permanentes anteriores com severa destruição coronária por lesão cáries pode ser realizada com sucesso, por ser uma técnica viável, através da inserção de resinas compostas e confecções de facetas diretas, apresentando boas vantagens e assim permitindo o restabelecimento da forma, função e estética.

**Descritores:** Resinas compostas, facetas estéticas, lesões cáries extensas.

#### **AP-37 - FATORES DETERMINANTES DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA DURANTE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: REVISÃO DE LITERATURA**

Glissia Gisselle Alves;Etenildo Dantas Cabral.

[glissia@hotmail.com](mailto:glissia@hotmail.com)

**Introdução:** A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais de caráter subjetivo, onde cada indivíduo utiliza a palavra de acordo com o aprendizado frente as suas experiências prévias. Dependendo de sua intensidade, a dor pode causar impacto na vida diária dos indivíduos acometidos e na sociedade. Este trabalho é de suma

importância especialmente em odontologia onde significativa parcela da população relata sentir dor durante visita ao cirurgião-dentista. **Objetivo:** Este trabalho visa identificar os fatores que a literatura científica tem condições de estabelecer como sendo determinantes de experiência dolorosa por parte do paciente durante o atendimento odontológico. **Metodologia:** Para o levantamento bibliográfico, foram feitas consultas às seguintes bases de dados científicos disponíveis na Internet: LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, BBO e Portal de Evidências, diretamente por meio de seus domínios ou através do sistema BIREME; ainda o portal PERIÓDICOS da CAPES e o sistema PUBMED. Nessas consultas foram utilizados os descritores: *pain, dental pain, dental fear e dental anxiety* (ou seus homólogos em português), sozinhos ou associados às palavras *dentist, treatment e management* (ou suas homólogas em português). Foram utilizados os artigos encontrados que tenham sido escritos em português ou em inglês e publicados entre 1990 e 2010. **Revisão:** Diante da literatura consultada, pode-se afirmar que a dor tem sido percebida por número significativo de indivíduos quando de seus tratamentos odontológicos, e sua intensidade, na maioria das vezes, não é leve. Essa dor está mais associada a procedimentos invasivos e a anestesia local é razoavelmente encontrada entre os procedimentos mais dolorosos. No entanto, os dados disponíveis são insuficientes para estabelecer exatamente quais os procedimentos invasivos mais dolorosos e o quanto que a anestesia contribui para a dor associada a esses procedimentos. A relação positiva entre ansiedade e dor relativas ao tratamento odontológico, somadas ao fato de os procedimentos relatados na literatura como maiores geradores de ansiedade serem as injeções anestésicas e as cirurgias orais menores, reforça a possibilidade de a anestesia estar entre os procedimentos mais dolorosos. Apesar de muitos autores afirmarem que vários fatores relacionados ao paciente, além do procedimento em si, influenciam na percepção da dor, poucos estudos analisaram diretamente esses fatores, a exceção da ansiedade, que foi razoavelmente estudada, existindo evidências científicas suficientes para indicá-la como fator determinante da percepção de dor durante o tratamento odontológico. Os dados disponíveis na literatura sugerem que os sociodemográficos do paciente não são fatores determinantes da dor do paciente odontológico. Apesar das várias técnicas disponíveis aos dentistas indicando o que fazer para evitar a dor do tratamento odontológico, pouco se tem na literatura sobre o que ele faz de fato na prática diária e quais os fatores que podem estar interferindo em seu *modus operandi*. O que a literatura atual tem mais em condições de afirmar é com relação ao atendimento de crianças, onde estudos mostram que os dentistas são indiferentes à história ou perfil de dor da criança, negam a dor referida pela criança e desacreditam que as informações delas sejam válidas, de modo que tendem a não usar métodos disponíveis de controle da dor. **Conclusão:** A ansiedade odontológica do paciente é a variável mais bem definida na literatura como determinante da percepção de dor do paciente durante seu atendimento odontológico e a sensação dolorosa está muito relacionada ao procedimento da anestesia local. Existem indícios de que a atitude do dentista seja determinante da referida sensação. **DESCRIPTORES:** dor, dor de dente, medo odontológico, ansiedade odontológica.

#### AP-01 - INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO DA HIPERSENSIBILIDADE CERVICAL COM LASERS DE ER:YAG E ND:YAG SOBRE A FORÇA DE UNIÃO RESINA-DENTINA – REVISÃO DE LITERATURA

Roseane Freire de Castro; Diogo Pereira Crateus;  
Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota; Hílcia  
Mezzalira Teixeira; Alexandre Batista Lopes do  
Nascimento.

[rosefreirecastro@gmail.com](mailto:rosefreirecastro@gmail.com)

**Introdução:** A hipersensibilidade cervical é uma patologia dental crônica caracterizada por uma sintomatologia dolorosa rápida, aguda e localizada recorrente entre adultos e idosos. Esse evento clínico odontológico surge em decorrência da exposição dentinária e de seus processos odontobásticos submetidos a agentes irritantes. Entre os principais fatores etiológicos estão a abrasão, a abfração ou a erosão associados a condições predisponentes como problemas oclusais, traumas de escovação, xerostomia, doenças periodontais, entre outros. A introdução dos lasers de alta potência tem apresentado resultados relevantes no tratamento da hipersensibilidade cervical, através da fusão da porção superficial da dentina, formando o "melting": expressão em inglês usada para definir a dentina derretida e posteriormente solidificada, responsável pela obliteração dos túbulos dentinários anteriormente expostos ao meio bucal. Entretanto não há estudos suficientes que definam o nível de comprometimento da adesividade em áreas irradiadas com esses lasers. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura abordando a força de união resina-dentina quando empregados os lasers de alta potência de Er:YAG (érbio:ítrio-alumínio-granada) e Nd:YAG (neodímio:ítrio-alumínio-granada) para produção do "melting" dentinário e o sistema adesivo durante o tratamento da hipersensibilidade cervical. **Métodos:** O levantamento bibliográfico desta revisão foi realizado através de busca às bases de dados LILACS e PUBMED/MEDLINE, em que foram utilizadas as associações das palavras: "Laser Therapy" e "Dentin Sensitivity". A seleção foi feita, primeiramente, a partir dos resumos e, posteriormente, os textos completos foram então analisados. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos sete anos; artigos que avaliaram os efeitos da terapia a laser no tratamento da hipersensibilidade cervical. **Resultados:** Foram selecionadas nove referências onde há dois relatos de casos clínicos avaliando os efeitos dos lasers de GaAlAs e Er:YAG no tratamento da hipersensibilidade dentinária; duas revisões de literatura abordando sobre a união dos materiais resinosos no tratamento da hipersensibilidade dentinária; três artigos relatam a efetividade de materiais dentários frente à utilização do laser de Er:YAG; dois artigos realizaram estudos clínicos sobre a eficiência e os benefícios dos lasers de AsGaAl e Nd:YAG na terapia de hipersensibilidade cervical. Todos os trabalhos relataram os aspectos clínicos, etiológicos e funcionais da patologia, bem como os princípios da laserterapia no que concerne ao tratamento da hipersensibilidade cervical. A literatura evidencia a utilização dos lasers de Er:YAG e Nd:YAG no processo de dessensibilização, através da fusão dentinária, de modo que o procedimento restaurador é visto como uma consideração estética. Há consenso referente aos benefícios promovidos pela ação dos lasers de alta intensidade mediante a sua capacidade de obliteração dos túbulos presentes na região dentinária. No entanto, há escassez de estudos que abordem a interferência do laser de Nd:YAG na resistência de união adesiva na dentina irradiada, aspecto controverso frente a ampla existência de estudos sobre lasers de baixa potência no tratamento da hipersensibilidade cervical. As pesquisas também consideram os corretos parâmetros e a definição de um protocolo de irradiação específico, aspectos relevantes na aplicação do laser para a obtenção dos efeitos desejáveis e prevenção de danos pulpares. **Conclusão:** Embora existam poucos artigos publicados abordando o uso dos lasers de alta potência no

tratamento da hipersensibilidade cervical, há um consenso na literatura acerca da eficácia desta técnica na terapêutica aqui investigada. Entretanto não há estudos suficientes sobre as implicações do uso desta tecnologia na adesividade de sistemas restauradores estéticos.

**Descritores:** Terapia a laser; Sensibilidade da dentina; Falha de restauração dentária.

#### **AP-08 - LUXAÇÃO LATERAL NA DENTIÇÃO DECÍDUA: UM RELATO DE CASO**

Leógenes Maia Santiago Filho; Sarah Rachel Cavalcanti Bezerra Melo; Marconi Eduardo Souza Maciel Santos; Angélica Leite Falcão; Renata Cruz Cabral.

[sarahrcbm@hotmail.com](mailto:sarahrcbm@hotmail.com)

**Introdução:** Os traumas em dentes decíduos constituem acidentes comuns na primeira infância e podem ocasionar danos funcionais e estéticos, promovendo um grande impacto emocional e psicológico, tanto na criança como nos pais. O traumatismo dentoalveolar pode envolver três estruturas básicas: dentes, ligamento periodontal, processo alveolar e tecido moles adjacente. A gravidade do dano, as estruturas envolvidas e a habilidade e agilidade do profissional frente à uma situação de emergência, irão definir o sucesso do tratamento. A etiologia mais comum de ocorrer em casos de traumas na infância são as quedas. Foi visto também que o manejo dos traumas na dentição decídua é diferente daquele na dentição permanente, pois há uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma e o germe do dente permanente sucessor. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso de uma criança no CEO III da Faculdade de Odontologia de Caruaru. **Relato de caso:** Paciente, D. J. S. sexo masculino, 4 anos de idade, raça branca, natural de Pesqueira/PE, compareceu ao CEO III da Faculdade de Odontologia de Caruaru, com histórico de queda em ambiente domiciliar, havendo danos visíveis no terço médio e inferior da face. No aspecto psicológico, tanto o paciente como os pais apresentavam-se extremamente nervosos e apreensivos com o ocorrido. Observamos a necessidade de lançar mão de procedimentos de urgência. Primeiramente, procurou-se condicionar a criança e explicar aos pais o que iria ser realizado. O paciente foi removido para o bloco cirúrgico do referido CEO, onde lá procedemos com contenção física, pois o mesmo apresentava-se extremamente inquieto, devido ao trauma. Em seguida, limpamos a área com soro para remover resquícios da queda e coágulos de sangue, para assim, propiciar um diagnóstico mais preciso e o tratamento que seria proposto. Após isso, observou-se laceração do lábio inferior interna e externamente, sangramento e luxação lateral dos elementos 52, 51 e 61, além de uma ligeira expansão da parede alveolar vestibular. Primeiramente, realizou-se compressão da parede alveolar vestibular, de modo que reduzisse a expansão da mesma. Como os elementos envolvidos apresentavam extrema mobilidade, optou-se por removê-los. Com relação à mucosa interna e pele do lábio inferior, realizou-se a coaptação de ambas as áreas. Foi prescrito Ibuprofeno (50 mg/ gota), de oito em oito horas, durante o período de cinco dias. Em seguida, o paciente foi liberado e remarcado para remoção da sutura. Para que não haja a migração dos elementos superiores remanescentes para a área relativa aos elementos perdidos, será confeccionado um mantenedor de espaço com os próprios elementos removidos. **Conclusão:** A rapidez e eficácia dos procedimentos acima descritos contribuíram para um prognóstico positivo para a manutenção fisiológica da futura dentição permanente do mesmo.

**Descritores:** Traumas; Dentição decídua; Urgência

#### **AP-19 - Nova técnica para realização de biópsia incisional em lesões de tecidos moles da cavidade bucal: descrição de técnica.**

Airton Vieira Leite Segundo; Adrielly Oliveira Barbosa; Emerson Carvalho de Andrade; Ilberto Cândido de Souza

**INTRODUÇÃO** - Biópsia é um procedimentos de elucidação diagnóstica através da remoção de tecido vivo para estudo macro e microscópico. Ela não só permite assegurar quase sempre o diagnóstico de uma lesão, mas também quando se refere a câncer, indica o grau de diferenciação, tipo histológico, infiltração e margens cirúrgicas. Quando o quadro clínico de uma lesão pode simular várias doenças, é a biópsia geralmente que elucida o diagnóstico. Portanto a biópsia é um exame complementar, subsidiário, que auxilia o clínico em suas observações, na qual é realizada a remoção de um fragmento de tecido vivo da lesão e assim observá-lo ao microscópio. Compreende a biópsia excisional, onde toda a lesão é removida, e a biópsia incisional, onde apenas um fragmento da lesão é removido para diagnóstico e posterior tratamento. Basicamente, a biópsia incisional está indicada nas lesões tumorais onde há necessidade de confirmação diagnóstica para eleição do tratamento a ser realizado. Essa pode ser realizada de forma convencional, utilizando lâmina de bisturi, ou utilizando uma pinça específica, chamada saca-bocado, de custo elevado e difícil acesso. **METODOLOGIA** - O presente trabalho descreve, com particularidades, uma simplificação da técnica de biópsia incisional que tem como vantagem baixo custo, rapidez e qualidade do material removido. É descrito o procedimento de anestesia local, retirada de material e hemostasia, bem como instrumental utilizado, que consta basicamente de alveolótomo. Também, são apresentados casos em que foi utilizada a nova técnica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** - A técnica apresentada, ainda não descrita na literatura, apresenta bons resultados na realização de biópsias incisórias de lesões de tecidos moles da cavidade bucal.

**DESCRITORES:** Biópsia, boca, técnicas de diagnóstico por cirurgia.

#### **AP-21 - OSTEOTOMIA LE FORT I NA ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE BASE DE CRÂNIO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Pedro Henrique de Souza Lopes; Airton Vieira Leite Segundo; Belmino Carlos do Amaral Torres; Ilberto Cândido de Souza; Emerson Filipe de Carvalho Nogueira.

[lopes.pedrohenrique@hotmail.com](mailto:lopes.pedrohenrique@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** O acesso cirúrgico para o tratamento das patologias envolvendo a base do crânio tem sido um desafio na história da Neurocirurgia, haja vista que essa região anatômica é cercada por estruturas anatômicas nobres e essenciais à vida. O acesso frontal através de craniotomia ou lateral através osteotomia dos ossos da face envolve retração excessiva dos tecidos e maior risco de lesão vascular e nervosa, podendo acarretar em déficit permanente à motricidade facial. A osteotomia Le Fort I é o resultado de décadas de aperfeiçoamento da Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, que culminou numa osteotomia versátil, segura e satisfatória, frequentemente utilizada no tratamento de deformidades dento-faciais (cirurgia

ortognática), podendo, também, ser utilizada como via de acesso para o tratamento de lesões localizadas na base do crânio e coluna cervical anterior. Suas vantagens são proporcionar visão frontal ao clivus, não possuir incisões cutâneas e apresentar menor risco de lesão vascular ou nervosa. Inicialmente, Cheever realizou a osteotomia unilateral com mobilização de uma maxila para acessar um tumor na nasofaringe. Um segundo paciente foi operado e desta vez foram mobilizadas ambas as maxilas, em técnica semelhante à utilizada hoje. Cheever especulou corretamente que a vitalidade do segmento dentoalveolar era mantida pelas artérias palatinas posteriores, palato mole e uma porção da mucosa vestibular. No final da década de 70, Bell realizou estudos de microcirculação óssea, demonstrando a possibilidade de mobilizar a maxila sem comprometer a vascularização e a reparação óssea, dando as bases biológicas para a realização do procedimento. O Carcinoma Epidermóide (CE) representa uma neoplasia maligna que tem origem nas células do epitélio, podendo então acometer as mucosas que revestem internamente os seios paranasais. Diagnóstico do CE de seio esfenoidal é baseado no exame clínico e imaginológico (tomografia computadorizada e ressonância magnética), os quais revelam informações quanto à extensão da lesão e ao comprometimento de estruturas craniofaciais nobres. **OBJETIVO:** O presente trabalho descreve, com particularidades, a utilização da osteotomia Le Fort I na abordagem cirúrgica no caso de um paciente com CE de seio esfenoidal envolvendo a região do clivo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além da utilização em correções de deformidades dentofaciais, a osteotomia Le Fort I tem sua indicação como via de acesso neurocirúrgico no tratamento de lesões localizadas no clivo, no seio esfenoidal e na fossa pituitária. Como vantagens desse acesso, pode-se citar a visão direta do clivo, cicatrização tecidual rápida, menor trauma cirúrgico, além de bom resultado estético. A interação interdisciplinar das equipes de Neurocirurgia e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial tem-se mostrado eficaz no tratamento de casos selecionados de patologias da base do crânio, com menor morbimortalidade e excelentes resultados cirúrgicos.

**Descritores:** Carcinoma; Cirurgia; Crânio.

#### **AP-28 - PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA: REVISÃO DE LITERATURA**

**COUTO, Andressa E. F.; FREITAS, Cleves Medeiros.**

[andressa.fcouto@hotmail.com](mailto:andressa.fcouto@hotmail.com)

**Introdução:** A fissura labiopalatal resulta de má formação congênita decorrente de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários, sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. Pacientes fissurados, rotineiramente necessitam de tratamento ortodôntico extenso e prolongado. O tratamento ortodôntico pode ser necessário desde o nascimento até a fase adulta, sendo necessário acompanhamento precoce, através de uma equipe multiprofissional. **Objetivo:** Esta revisão visa orientar o profissional a ter uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, para que obtenha sucesso no planejamento ortodôntico frente a pacientes que possuam fissura lábiopalatina. **Metodologia:** Foram utilizados como critério de inclusão artigos cujos descritores aparecem as palavras ortodontia, fissura palatina, mordida cruzada, enxertos, cirurgia ortognática todos em língua portuguesa usando a biblioteca virtual em saúde, artigos de acesso livre. Artigos em outras línguas foram excluídos deste trabalho, foi também pesquisado em livro

de ortodontia. **Desenvolvimento:** O tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas pode ser necessário em qualquer um ou em todos os quatro estágios de crescimento faciais separados: (1) na infância, antes do reparo cirúrgico do lábio onde seja necessária intervenção ortodôntica para reposicionar os segmentos e trazer a pré-maxila protruída de volta para o arco através de uma tira de elástico leve ao longo do segmento anterior por meio de um aparelho fixado nos segmentos, este para problemas menos severos, ou por meio de um aparelho colocado nos maxilares mantidos em posição por pinos para problemas mais severos, para se obter um bom reparo cirúrgico do lábio. (2) Durante o fim da dentição decídua e o começo da mista, onde muitos dos problemas ortodônticos não resultam da fissura em si, mas dos efeitos de sua correção cirúrgica, tendo estes pacientes tendências à mordida cruzada lateral e anterior, porém é necessária a cirurgia corretiva por razões estéticas e funcionais (fala). O tratamento ortodôntico nesta fase se dará para corrigir a posição dos incisivos preparando o paciente para receber o enxerto de osso alveolar o que estabiliza a área de fissura criando um ambiente saudável para os dentes permanentes, onde o melhor momento para a colocação deste é entre 7 e 10 anos. (3) Início da dentição permanente, nesta fase é provável o desenvolvimento da mordida cruzada posterior, isto torna necessário o tratamento ortodôntico fixo após a formação de osso através do enxerto na fissura alveolar, onde o principal objetivo do aparelho ortodôntico é fechar os espaços originados de ausência dentária. (4) Final da adolescência, após o término do crescimento facial, o paciente poderá apresentar novamente mordida cruzada anterior-posterior devido ao crescimento mandibular continuado e/ou o crescimento maxilar deficiente após o término da fase ativa do tratamento ortodôntico, a cirurgia ortognática será utilizada para corrigir os maxilares após o tratamento do paciente, por volta dos 18 anos. Devido a atual melhora da cirurgia de fissuras labial/palatina viabilizadas pelo enxerto ósseo entre os 7 e 10 anos, torna-se menos frequentes o crescimento deficiente dos maxilares, diminuindo o número de pacientes com fissuras que necessitam de cirurgia ortognática por causa de problemas com crescimento maxilar. **Conclusão:** É importante para o fissurado um acompanhamento precoce, o cirurgião-dentista que irá atendê-lo deve estar ciente da necessidade de uma intervenção multiprofissional, contendo profissionais das áreas médicas, odontológicas e outras. Devendo o tratamento ser criterioso desde o nascimento até a fase adulta, nesta revisão foi proposto um planejamento que sirva de base para o tratamento ortodôntico de paciente fissurados, onde mostra de maneira sucinta como deve ser a intervenção nas devidas fases de crescimento da face, para que se possa chegar ao sucesso no tratamento do paciente.

**Descritores:** ortodontia, fissura palatina, mordida cruzada, enxertos, cirurgia ortognática

#### **AP-20 - PROCEDIMENTO RESTAURADOR EM PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE C – ESTUDO DE CASO**

Roseane Freire de Castro; Diogo Pereira Crateus; Kassia Lanuza Pimentel; Paulo Fonseca Menezes Filho; Claudio Heliomar Vicente da Silva.

[rosefreirecastro@hotmail.com](mailto:rosefreirecastro@hotmail.com)

**Introdução:** As hepatites virais são doenças inflamatórias provocadas por diversos agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, e que apresentam

características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes peculiaridades. No Brasil, existem cinco vírus hepatotrópicos, responsáveis pelas hepatites A, B, C, D e E. No contexto epidemiológico brasileiro, as hepatites virais vêm assumindo papel de destaque, com o aumento do número de casos ao longo dos anos. A Organização Mundial da Saúde estima que existam, no mundo, cerca de 170 milhões de portadores da hepatite C. Um elevado percentual de portadores crônicos dessa doença não apresenta sintomas e a infecção persistente pode resultar em cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular. Em especial, o vírus da hepatite C é RNA da família Flaviviridae, com período de incubação de 15 a 150 dias; em geral, 50 dias. Acredita-se que, em média, 80% dos casos evoluam para a cronicidade e que um quarto ou um terço possam evoluir para formas histológicas graves ou cirrose, em um período de 20 anos, caso não haja intervenção terapêutica. O restante evolui para formas mais lentas e, talvez, nunca resulte em hepatopatia grave. A infecção pelo VHC já é a maior responsável por cirrose e transplante hepático no mundo ocidental. A transmissão da hepatite C dar-se, essencialmente, por contato direto com sangue e hemoderivados contaminados com o VHC, colocando sob máximo risco os usuários de drogas - injetáveis, inaláveis, pipadas, os politransfundidos, as pessoas submetidas a hemodiálise e os indivíduos que tenham sofrido acidente com material perfuro cortante contaminado. A possibilidade de transmissão sexual do VHC é pouco frequente – menos de 1% em parceiros estáveis – e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a coexistência de alguma DST – inclusive HIV – constitui um importante facilitador dessa transmissão. No tratamento odontológico destes pacientes a avaliação da condição clínica e hematológica devem ser consideradas, face às limitações fisiopatológicas apresentadas pelo paciente. **Objetivos:** O presente trabalho teve como objetivo evidenciar a conduta clínica adotada para o tratamento restaurador de um paciente portador de hepatite C, a partir de relato de caso clínico realizado na disciplina de Dentística 2 do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). **Métodos:** Associando os dados descritos na literatura com a situação clínica apresentada foi possível detalhar os passos principais para o atendimento clínico odontológico de um paciente portador do vírus da hepatite, evidenciados nos cuidados pré-operatórios quanto aos exames complementares solicitados (hemograma completo, plaquetometria, tempo de protrombina, Índice Internacional Normalizado e tempo de tromboplastina parcial). O procedimento restaurador obedeceu ao protocolo preconizado na literatura buscando, assim, garantir a eficiência estética e funcional esperado no tratamento, obedecendo a normas de biossegurança comuns aos atendimentos odontológicos e buscando prevenir injúrias aos tecidos moles. **Resultados:** O tratamento foi realizado promovendo a saúde bucal do paciente, o qual ficou satisfeito. **Conclusão:** Diante dos relatos expostos na literatura, evidencia-se a importância do conhecimento profissional a cerca das hepatites virais e da conduta adequada a ser adotada para o tratamento de um paciente portador do vírus da hepatite C, viabilizando a promoção da saúde bucal.

**Descritores:** Restauração Dentária Permanente; Hepatite; Hepatite C.

**AP-22 - RECONSTRUÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES COM ANCORAGEM INTRARRADICULAR**

**Priscila Barros Terto; Janaina Freitas de Andrade Ana Marly Araújo Maia; Paulo Fonseca Menezes Filho; Claudio Heliomar Vicente da Silva.**

[priscilaterto@gmail.com](mailto:priscilaterto@gmail.com)

**Introdução:** Devido à evolução da odontologia restauradora, têm sido propostas novas técnicas para se restaurar dentes extensamente destruídos e tratados endodonticamente. Os avanços da adesividade permitiram que nos casos de perda coronária extensa, apresentando envolvimento endodôntico, o emprego de resinas compostas associado aos pinos intra-canais fosse considerado uma boa conduta terapêutica na reconstrução de dentes anteriores fraturados. Nesses casos, deve-se levar em consideração o uso de técnicas de ancoragem no interior do conduto radicular com uso de pinos intracanaís, os quais têm a função principal de auxiliar na retenção do material restaurador e distribuir as tensões impostas, particularmente nos dentes anteriores que recebem mais frequentemente forças oblíquas e/ou horizontais ou de cisalhamento, dissipando-as assim, ao longo do remanescente coronário e da raiz, prevenindo a ocorrência de fraturas. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de reconstrução estética de dentes anteriores extensamente destruídos realizado na Clínica da Disciplina de Dentística 2 do Curso de Odontologia da UFPE. **Método:** Associando os dados descritos na literatura com a situação clínica apresentada, foram empregados pinos confeccionados a partir de fio ortodôntico para viabilizar a restauração dos incisivos centrais e incisivos laterais inferiores da paciente. O fio ortodôntico foi selecionado de acordo com o diâmetro dos canais radiculares em questão, sendo confeccionados quatro pinos em forma de cabo de guarda-chuva com o auxílio de alicates de corte e 139. Foram então cimentados com cimento adesivo resinoso de dupla ativação de presa. A composição destes cimentos resinosos de dupla ativação (duais), os quais associam fotoativação e ativação química, proporciona propriedades físicas e mecânicas superiores aos demais materiais para cimentação. O preenchimento coronário foi realizado com resina composta opaca recobrimo os pinos e para devolver a forma dos dentes foi utilizada resina de corpo e resina para esmalte. **Resultados:** Observou-se a devolução da forma e função perdida pelos elementos dentários, com reabilitação estética dos dentes em questão, propiciando a satisfação da paciente com tratamento realizado. **Conclusão:** A técnica de ancoragem, através de fio de aço dobrado em forma de cabo de guarda chuva, foi considerada oportuna e mais adequada pela possibilidade de criar uma forma de retenção adicional e direcionar as forças oclusais ao longo eixo do dente, considerando, também, a atresia dos canais radiculares apresentados pela paciente, bem como o baixo custo de todo o processo. A resina composta foi o material de escolha, pois além do seu benefício estético, promoveu maior resistência à fratura, evidenciando um prognóstico positivo para o caso.

**Descritores:** Pinos dentários; Restauração Dentária Permanente; Dente.

**AP-32 - HIPOPLASIA DO ESMALTE DENTÁRIO RELACIONADA À FLUOROSE DENTÁRIA: RELATO DE CASO**

**Everaldo Pinheiro de Andrade Lima; Alexandre Bezerra da Silva; Gilberto Cunha de Souza Filho; João Geraldo Carvalho Fernandes; Priscilla Cristina Assis de Araújo.**

[everaldopinheiro@hotmail.com](mailto:everaldopinheiro@hotmail.com)

**Introdução:** É uma patologia que acomete o germe dentário durante o seu desenvolvimento, resultando da formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte, associada a fatores genéticos e ambientais. Os ameloblastos dos germes dentários em desenvolvimento são muito sensíveis a fatores externos e muitos deles podem levar a anormalidades no desenvolvimento do esmalte dentário, sendo o único tecido do corpo que não sofre remodelação após o início da sua formação. Portanto, o esmalte final representa um registro de todas as agressões recebidas durante o desenvolvimento dos dentes. **Desenvolvimento:** A ingestão em quantidades excessivas de flúor pode resultar em significativos defeitos do esmalte dentário, conhecidos como fluorose dentária, um tipo da hipoplasia do esmalte. A gravidade da fluorose dentária depende da quantidade de flúor consumida durante os períodos críticos do desenvolvimento dentário sendo associados à fluorose mais grave. Além da dosagem de flúor, outros fatores interferem na severidade da doença: baixo peso corporal, taxa de crescimento esquelético e períodos de remodelamento ósseo constituem as fases de maior absorção do flúor; estado nutricional, altitude e alterações da atividade renal e da homeostase do cálcio também são fatores relevantes. Nesse sentido, a doença é mais freqüente em dentes de mineralização tardia (dentição permanente) em crianças de baixo peso ou precário estado nutricional ou insuficiência renal crônica, sendo as faixas etárias da primeira e segunda infância consideradas as de maior risco à ingestão do flúor sistêmico e, conseqüentemente, seus efeitos maléficos. Os defeitos do esmalte causados pelo flúor parecem ser originados da retenção de proteínas amelogeninas na estrutura do esmalte, levando à formação do esmalte hipomineralizado, dessa forma as alterações criam uma hipomaturação permanente do esmalte na qual há um aumento da porosidade em uma superfície externa e também na camada subjacente de forma que a estrutura do esmalte altera a reflexão da luz e cria áreas com aparência branco-giz. Sendo assim, o ponto crítico para a fluorose dentária clinicamente significativa é durante o segundo e terceiro anos de vida, quando os dentes são formados e a superfície dentária alterada aparece como área com esmalte branco, opaca e sem brilho, que apresentam zonas de pigmentação amarela ou marrom-escura. A verdadeira hipoplasia do esmalte é incomum, mas pode ocorrer como fossetas profundas, irregulares e acastanhadas. Em razão de outros fatores resultarem em um quadro semelhante de dano clínico ao esmalte, um diagnóstico definitivo requer que os defeitos sejam bilaterais e simetricamente distribuídos, e deve ser encontrada evidência no consumo excessivo de flúor no esmalte e em outros tecidos. **Conclusão:** Este trabalho tem o intuito de, através de um relato de caso, mostrar a forma de tratamento da fluorose dentária que, por microabrasão, acarreta em um aumento significativo e permanente na correção da pigmentação marrom ou amarela da superfície dentária.

**Descritores:** Esmalte Dentário, Hipoplasia do Esmalte Dentário, Fluorose Dentária.

#### **AP-25 - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA ADESIVO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO**

Karen Richers Alencar Braz;Brena Stephanie Athayde Machado;Daene Patrícia Tenório Salvador da Costa;Paulo Fonseca Menezes Filho;Cláudio Heliomar Vicente da Silva;Universidade Federal de Pernambuco.

[brenastephanie@gmail.com](mailto:brenastephanie@gmail.com)

**Introdução:** O amálgama é o material restaurador mais utilizado em restaurações posteriores diretas, principalmente devido ao seu baixo custo operacional associado a uma técnica menos sensível. Ainda apresenta propriedades como alta resistência, excelentes propriedades físicas e mecânicas, capacidade seladora das margens, insolubilidade em fluidos orais e fácil manipulação. Contudo, a restauração de amálgama possui certas desvantagens, como falta de estética e de adesividade aos tecidos mineralizados do elemento dentário (esmalte e dentina), o que obriga o profissional a utilizar retenções mecânicas na forma de pinos, sulcos, canaletas ou orifícios para pins, removendo estrutura dentária sadia e podendo levar a um enfraquecimento do dente. Visando uma redução dessa característica desfavorável, a técnica do amálgama adesivo tem ganhado popularidade e obtido sucesso entre os profissionais, podendo ser realizada com adesivos dentinários, agentes cimentantes resinosos ou cimento de ionômero de vidro como agentes intermediários de união. Os cimentos de ionômero de vidro proporcionam maior biocompatibilidade, liberação de flúor, bem como adesão química, por oxidação, ao amálgama. Estes fatores somados com o baixo custo do amálgama e praticidade na realização da técnica favorecem o uso do cimentos de ionômero de vidro e aplicabilidade da técnica no atendimento dentro do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de acabamento e polimento de restauração de amálgama adesivo, com cimento de ionômero de vidro, realizado na Clínica de Dentística 2 do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). **Método:** O paciente G. F., se apresentou na clínica de Dentística 2 com uma restauração de amálgama na face ocluso-distal do elemento dentário 46 fraturada na face distal. Após a remoção da restauração e tecido cariado subjacente, foi realizado o isolamento absoluto e profilaxia para aplicação do cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado. No momento em que o mesmo iniciou sua reação de presa, perdendo o brilho, foi realizada a inserção, condensação, brunidura e escultura do amálgama. Após 48 horas, foi realizado o acabamento e polimento com brocas multilaminadas, pontas e taças de borracha abrasivas e pasta de pedrapomes e água, de modo a devolver ao dente sua anatomia e obter uma superfície lisa e brilhante. **Resultados:** verificou-se facilidade de execução da técnica empregada com a devolução da forma e função do elemento dentário e satisfação do paciente. **Conclusão:** O CIV como agente intermediário de união permite a adesão química à dentina e à liga metálica do amálgama, contribuindo para o selamento marginal e, conseqüentemente, para a manutenção da longevidade da restauração.

**Descritores:** Amálgama dentário; Cimentos de ionômero de vidro; Adesividade.

#### **AP-30 - RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS EM DENTES ANTERIORES**

Luana Patrícia Freire de MENEZES;Rilton Emanuel Cavalcante FERREIRA;Daene Patrícia Tenório Salvador da COSTA;Paulo Fonseca MENEZES FILHO;Cláudio Heliomar VICENTE DA SILVA.

[luanapatricia87@hotmail.com](mailto:luanapatricia87@hotmail.com)

**Introdução:** Atualmente a Odontologia vive a era da promoção da saúde e humanização, na qual a estética participa de forma muito importante nesta construção, no instante em que a população desperta sua preocupação com a beleza. O comprometimento da estética do sorriso deve-se a inúmeras causas como: fraturas coronárias,

diastemas, lesões cáries ou alteração de cor. As resinas compostas são o material de escolha para restauração em dentes anteriores por suas características estéticas e adesivas que possibilitam a mimetismo de cor com o remanescente dentário pela grande variedade de cores e diminuição da ocorrência de infiltrações por cárie, além da preservação da estrutura dentária e facilidade de polimento. Em regras gerais, em restaurações de dentes anteriores devem ser observadas, com atenção, as propriedades ópticas relacionadas ao grau de opacidade, translucidez e transparência do elemento dentário a ser restaurado que deve ser buscado, em reprodução, com as resinas compostas a serem empregadas. Os compósitos para dentina apresentam baixa translucidez e alta saturação sendo a principal responsável pelo matiz e croma básicos do dente, enquanto as resinas compostas para esmalte mimetizam um tecido altamente translúcido e pouco saturado sendo o principal responsável pelo valor nos dentes naturais. A propriedade óptica dos compósitos como fluorescência, também deve ser considerada para que, conjuntamente com o conhecimento das suas propriedades mecânicas, possa ser realizada uma restauração que permita estética e função adequadas.

**Objetivo:** relatar um caso clínico de restauração de dentes anteriores realizado na Clínica da Disciplina de Dentística 2 do Curso de Odontologia da UFPE, apresentando um protocolo clínico acessível a prática clínica generalista.

**Metodologia:** Associando os dados descritos na literatura com a situação clínica apresentada, foi gerado um protocolo clínico restaurador, para dentes anteriores, com o emprego de resinas compostas. A técnica de restauração define-se, em sua essência, na seleção da cor, aplicação do sistema adesivo e inserção incremental da resina composta, sob um dente limpo, seco e isento de contaminação, intercalando estas etapas com detalhes clínicos que permitem a obtenção de um contexto biológico e estético de excelência. O mascaramento da linha de união entre o dente e a restauração foi conseguido com auxílio do emprego de bisel (ponta diamantada de granulação grossa em forma de chama ou ponta de lápis, aplicada em angulação de 45° com o ângulo cavo superficial da cavidade); bem como com a aplicação de opacificador (resina opaca) sobre o mesmo. O acabamento e polimento foi realizado após tempo mínimo de 24 horas da realização da restauração, com a finalidade promover a expansão higroscópica da resina e compensar sua contração de polimerização durante a exposição à luz LED (Radiacal – SDI) com a inserção dos incrementos.

**Resultados:** Verificou-se que tão importante quanto o protocolo clínico, é o conhecimento do profissional nos conceitos das resinas compostas e técnica adesiva. Evidenciou-se um resultado clínico satisfatório com adequado respeito aos conceitos biológicos.

**Conclusão:** O emprego de resinas compostas para restauração de dentes anteriores propicia resultados estéticos satisfatórios e adequados ao paciente, permitindo a devolução da forma e função perdidas pelo elemento dentário dentro de conceitos biológicos adequados.

**Descritores:** Restauração dentária permanente; Resinas compostas; Estética.

#### AP-29 - AGENESIA DENTÁRIA: RELATO DE CASO

Samara de Souza Ribeiro; Sebastião Wilson de Alencar Callou; Renata Lúcia Cabral; Rossana Barbosa Leal.

A agenesia dentária pode ser definida pela diminuição numérica dos elementos dentários, caracterizando-se pela ausência de um ou mais dentes. **Objetivo:** Este trabalho buscou elucidar aspectos da agenesia dentária,

como definição, classificação, etiologia, e apresentar um relato de caso. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, apresentou-se a clínica de Odontopediatria da Faculdade ASCES/PE, com queixa principal de não erupção dos elementos permanentes após extração dos dentes deciduos. Ao exame clínico extra-oral não foi verificado nenhuma anormalidade, quanto à simetria, distúrbios temporomandibulares, nem apresentou linfonodos palpáveis. No exame intra-oral foi observada a ausência de doze dentes permanentes, incluindo os oito pré-molares e os quatro incisivos inferiores, caracterizando oligodontia, que é a ausência de seis ou mais elementos. Através da radiografia panorâmica foi possível constatar a agenesia dos elementos citados. Durante a anamnese, destacou-se como possível causa da ausência de elementos o relato da presença de desnutrição da mãe durante o período gestacional e do paciente durante a primeira infância. No entanto, foi requisitada avaliação médica a fim de excluir a presença de síndromes. Foi necessário realizar quatro radiografias interproximais e uma radiografia periapical para complemento de diagnóstico de cáries. **Resultados:** No plano de tratamento foram contempladas restaurações nos elementos 55, 75 e 84; Exodontias dos elementos que apresentavam rizólise avançada, a saber, 54, 72 e 74. Além de planejamento reabilitador com ortodontia para promover alinhamento e nivelamento dos elementos dentários presentes e prótese parcial removível para devolver a capacidade mastigatória, fonética e restabelecimento estético, sendo esta adaptada para não interferir no crescimento ósseo do paciente. O acompanhamento ao paciente se dará em consultas mensais onde será realizada manutenção do aparelho ortodôntico, verificando seus resultados, e vistorias na prótese adequando-a ao crescimento do paciente. **Conclusão:** O tratamento reabilitador com ortodontia e prótese parcial removível adaptada para não interferir no crescimento ósseo é de vital importância para manter saudável as funções mastigatórias e fonéticas no indivíduo que apresenta agenesia dentária, principalmente quando a ausência é de um número de dentes considerável como no caso apresentado. Além disso, o tratamento proposto também atendeu as perspectivas estéticas presentes no perfil psicológico de um indivíduo na faixa etária em questão, que é baseada em grupos sociais fora da família. Ao final do crescimento e maturação óssea o paciente estará apto a receber uma reabilitação oral definitiva, seja por meio do uso de prótese parcial removível convencional ou através de implantes osseointegrados.

**Descritores:** Agenesia, desenvolvimento da dentição.

#### AP-26 - DISPLASIA ECTODÉRMICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO EM PACIENTE INFANTIL

Anna Rebeca de Barros Lins Silva Palmeira ; Amanda Galindo Florêncio ; Angélica Falcão Leite Bezerra .

annarebecalins@hotmail.com

**Objetivo:** relatar um caso de uma paciente infantil portadora da síndrome displasia ectodérmica hereditária que foi atendida na Clínica de Odontopediatria da Faculdade ASCES, apresentando a etiologia, o diagnóstico e o tratamento odontológico indicado para pacientes portadores da síndrome, ressaltando sua importância. **Metodologia:** o estudo observacional foi do tipo relato de caso, realizado de forma descritiva, visto que se trata de um caso raro na população. **Resultados/Relato de Caso:** L. B. S., paciente do sexo feminino com 5 anos de idade, melanoderma, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Faculdade ASCES queixando-se da falta dos dentes inferiores. Ao exame físico, observou-se que a paciente apresentava

cabelos escassos, claros e finos; sombrancelhas com alopecia; pele fina e seca; nariz em sela; lábios evertidos; perda da dimensão vertical; timidez. No exame anamnético, a paciente não relatou histórico de doenças sistêmicas ou síndromes na família, como também não relatou doenças sistêmicas na mesma. Ao exame intraoral, pode-se verificar a presença dos elementos dentários 51, 53, 54, 55, 61, 63, 64, 75, 85 e a ausência dos elementos 52, 62, 65, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83 e 84; além de leve xerostomia. Foi requisitada radiografia panorâmica, onde pode ser observado que além dos elementos decíduos que já tinham sido erupcionados, a paciente só apresentava os germes dentários dos elementos 16, 11, 21, 26, 36 e 46. Com base nestes dados, foi planejado um tratamento, onde a primeira consulta consistiu de condicionamento da criança para diminuir sua timidez, profilaxia, preenchimento do odontograma, exames radiográficos e instrução de higiene oral. Na segunda consulta, foi realizada moldagem superior e inferior com alginato e moldeiras de estoque infantil, registro oclusal com cera 7 e vazamento dos modelos com gesso tipo IV. Deu-se início, pois, a fase laboratorial, onde os modelos foram montados em articulador tipo charneira, visto que se tratava de paciente infantil, confecção da base de prova inferior com resina acrílica autopolimerizável, confecção do plano de cera e montagem dos dentes. Como as dentais do município de Caruaru não possuíam dentes de estoque infantil, foram utilizados dentes de tamanho 3M, por se tratarem dos menores do mercado, com a cor 60, por ser a cor mais clara do mercado. Para que o tamanho ideal dos dentes fossem atingidos, alguns desgastes foram realizados. Foi marcada uma terceira consulta para que provássemos a prótese, porém a paciente não compareceu. Tentaram-se vários contatos com os responsáveis da paciente, mas não se obteve retorno. **Conclusão:** a displasia ectodérmica hereditária trata-se de uma síndrome transmitida como um caráter recessivo ligado ao cromossomo X onde desordens heterogêneas envolvem os tecidos de origem ectodérmica. Através da observação do atraso na erupção dentária somada à apresentação de características clínicas, é requisitada uma radiografia panorâmica para o diagnóstico. O diagnóstico definitivo é fechado requisitando biópsia da pele, onde o DNA será analisado. O tratamento odontológico é realizado utilizando próteses parciais ou completas removíveis; tratamento ortodôntico; alterações estéticas dos dentes presentes em resina composta e implantes ósseo-integrados no final da adolescência. A reabilitação oral nos pacientes portadores da síndrome é de suma importância, visto que haverá uma melhoria da função, estética e fonação, promovendo o desenvolvimento físico, emocional e social do paciente. Nos pacientes infantis a reabilitação oral com próteses também deve ser executada, alertando que as próteses devem ser trocadas constantemente de acordo com o crescimento da criança. A reabilitação oral é fundamental para o desenvolvimento psicológico da criança, bem como uma melhoria na qualidade de vida da mesma.

**Descritores:** Displasia Ectodérmica; Anodontia; Odontopediatria.

**AP-33 - NEOPLASIAS BENIGNAS DOS TECIDOS MOLES ORAIS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 10 ANOS**

Amanda Galindo Florêncio ;Anna Rebeca de Barros Lins Silva Palmeira ;José Paulo da Silva Filho ;Uoston Holder da Silva .

[amanda.g.florencio@hotmail.com](mailto:amanda.g.florencio@hotmail.com)

**Introdução:** estudos epidemiológicos mostrando a frequência de lesões do complexo Buco-Maxilo-Facial são de grande importância para o Cirurgião-Dentista. Para a saúde pública, esses estudos possuem grande importância, pois, facilitam o conhecimento das lesões bucais em relação à sua prevalência, incidência e evolução do curso da doença. **Objetivo:** realizar um levantamento epidemiológico das neoplasias benignas dos tecidos moles orais diagnosticadas no Centro de Anatomia Patológica Oral da Faculdade ASCES. **Metodologia:** o Centro de Anatomia Patológica Oral – CEAPO, pertencente à Faculdade ASCES de Caruaru-PE, recebe peças cirúrgicas demandadas pelos mais diversos serviços odontológicos do estado de Pernambuco, incluindo hospitais, centro de especialidades, clínicas públicas e privadas, etc. Foram analisados 938 laudos histopatológicos, referentes ao período de 1999 a 2009. Para tal, esta pesquisa foi submetida previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade ASCES (CEP-ASCES), a qual foi aprovada sob numeração 043/10. Para análise das lesões e construção de um perfil epidemiológico, algumas variáveis presentes nos laudos foram destacadas, como: diagnóstico histopatológico, sexo, faixa etária, sintomatologia, tipo de biópsia e localização da lesão. Todos os laudos que não apresentaram alguma dessas variáveis citadas foram excluídos desta pesquisa. Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de distribuições absolutas e percentuais e técnica de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de homogeneidade de proporções entre as categorias das principais variáveis realizado com margem de erro utilizada 5,0%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e os cálculos estatísticos foram feitos no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15. **Resultados:** as neoplasias benignas dos tecidos moles orais esteve presente em 180 dos 938 laudos analisados, atingindo um índice de 19,2% de acometimento. A neoplasia mais diagnosticada foi o fibroma, seguido pelo papiloma e lipoma. Prevaleceu no sexo feminino e na faixa etária de 40 a 59 anos. O tipo de biópsia mais realizado foi de forma excisional, a localização mais freqüente das lesões foi a mucosa jugal e a sintomatologia foi ausente na maioria dos casos. **Conclusão:** as neoplasias benignas dos tecidos moles orais é uma doença de considerável incidência na população. Apesar de serem neoplasias de fácil diagnóstico, ainda ocupam uma posição de destaque atingindo predominantemente mulheres com idade entre 40 a 59 anos, sendo o fibroma mais diagnosticado. É necessário, pois, uma maior preocupação com essas lesões, visto que a sintomatologia é ausente na maioria dos casos. O tratamento consiste na remoção cirúrgica de forma excisional para realização de biópsia.

**Descritores:** Neoplasias Bucais; Fibroma; Epidemiologia; Diagnóstico.

**AP-09 - ATIVIDADE DE EXTRATOS METANÓLICOS DE SHINOPSIS BRASILIENSIS ENGL. SOBRE LINHAGENS DE CANDIDA ISOLADAS DE PACIENTES DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO (FOP)-UPE**

Vanessa das Dores da Silva, NATÁLIA, Antonio Marcos SARAIVA, Maria Nelly Caetano PISCOTTANO, Eliana LIRA.

[vanessa-odonto@hotmail.com](mailto:vanessa-odonto@hotmail.com)

**Objetivo:** O aumento da resistência aos antibióticos e a dificuldade de tratamento das infecções microbianas, principalmente a *Candida albicans* tem levado a pesquisas com compostos com potencial antifúngico

extraídos das plantas, que são uma fonte inesgotável de novas moléculas, podendo assim constituir uma alternativa ao tratamento micótico. Sendo assim, o presente estudo objetiva avaliar a atividade antifúngica do extrato metanólico de *Schinopsis brasiliensis* sobre cepas de Cândidas isoladas de pacientes da clínica da faculdade de odontologia de Pernambuco (FOP)-UPE e deste modo contribuir com a busca de novas alternativas terapêuticas antifúngicas. **Metodologia:** As linhagens fúngicas utilizadas nesse trabalho são isolados clínicos de próteses dentárias (uma cepa de *C. apis*, uma *C. glabrata*, três *C. dubliniensis*, quatorze *C. albicans*) que fazem parte da Coleção do Laboratório de Microbiologia da FOP/UPE. As folhas de *S. brasiliensis* Engl., inicialmente foram coletadas, secadas, trituradas e pesadas. Primeiramente, fez-se extração com n-hexano, e após este processo foram feitas extrações em metanol para obtenção do extrato metanólico. Os extratos foram filtrados e levados à secura no rota-evaporador e subseqüentemente pesados e calculados seus rendimentos. A partir de cada cultivo de 24 h a 30°C, foram preparadas suspensões com cerca de  $10^6$  UFC.mL<sup>-1</sup>, soro fisiológico estéril. Os inóculos foram realizados com swab de algodão estéril em placas de Petri contendo 20 ml de Ágar Sabouraud procedendo subseqüentemente à perfuração dos poços (perfurador de 6 mm de diâmetro) e aplicando o extrato seco metanólico das folhas de *S. brasiliensis* (BFM) com pipeta automática (100 µl por poço), nas concentrações de 100, 50, 25 e 12,5 mg.mL<sup>-1</sup> e o antifúngico controle (Cetoconazol 50µg. .mL<sup>-1</sup>). Após incubação à 30 °C ± 1 por 24 horas, foram medidos os diâmetros dos halos de inibição e seus resultados avaliados conforme seguinte parâmetro: halos < 9 mm, inativo; 9-12 mm, pouco ativo; 13-18 mm, ativo; > 18 mm, muito ativo. **Resultados:** Os halos de inibição de BFM, nas concentrações de 10, 5, 2,5 e 1,25 mg/poço, frente às cepas de *C. albicans* obtiveram média de halos de 20, 17, 13 e 11 mm, para as cepas de *C. dubliniensis* média de 19, 18, 15 e 13 mm, para as únicas cepas de *C. apis* e *C. glabrata* obtivemos halos de inibição de 22, 20, 16 e 11 mm e 21, 19, 14 e 12 mm, respectivamente. Frente ao antifúngico padrão obtivemos halos de inibição da ordem de 16, 25, 39 e 22 mm frente, respectivamente, as cepas de *C. albicans*, *C. dubliniensis*, *C. glabrata* e *C. apis*. Com os resultados obtidos, observamos bons halos de inibição nas concentrações intermediária, considerados ativos, e ótimos halos de inibição na maior concentração, considerado muito ativo. **Conclusão:** O extrato metanólico de *S. brasiliensis* mostrou-se ser uma boa fonte para pesquisa de compostos potencialmente ativos, em particular, com ação antifúngica, sendo necessária a continuidade dos estudos que objetive o isolamento dos compostos com potencial antimicrobiano.

**Descritores:** Extratos metanólicos, *Schinopsis brasiliensis*, Cândida.

#### AP-27 - SELEÇÃO DE COR DE RESINA PARA PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

Sara J. Lopes Souza, Natália Evangelista Barros, Ana Marly Araújo Maia, Claudio Heliomar Vicente da Silva

[sarah\\_jc4@hotmail.com](mailto:sarah_jc4@hotmail.com)

Os avanços dos materiais restauradores, principalmente com as resinas e os sistemas adesivos, permitiram oferecer um excelente potencial estético com longevidade aceitável. Neste contexto, a escolha da cor das resinas por parte do profissional continua um desafio clínico, e deve ser feita com muito cuidado e atenção, uma vez que este fator é considerado o elemento estético principal de uma restauração e deve visar devolver a anatomia do elemento dentário para que este possa desenvolver suas

funções com normalidade. **Objetivo:** Estabelecer um protocolo clínico baseado em artigos científicos de como deve ser a conduta do profissional na escolha da cor para uma restauração estética permanente. **Metodologia:** Os dados pesquisados na literatura, com sugestões clínicas baseadas no conceito de estratificação natural para o melhor resultado estético, serão tabelados sequencialmente de acordo com a descrição para facilitar a compreensão. Dentre os passos (P), ressaltamos: P1 – Para a escolha da cor, os dentes devem ser limpos, e permanecer úmidos; P2 – É necessário o uso de luz natural, portanto a luz do refletor deve ser afastada ou desligada; P3 – A visão deve estar relaxada e sem interferência de cores fortes, após fadiga visual recomenda-se a observação à distância de um objeto verde ou azul. P4 – Deve ser feita antes do isolamento absoluto; P5: Analisar o dente segundo as características ópticas da dentina e do esmalte separadamente, logo: (a) seleção da saturação da dentina na área cervical, onde o esmalte é mais delgado; (b) seleção da cor e translucidez do esmalte; P6: Selecionar duas opções de resina e fotopolimerizar um pequeno incremento junto ao dente para guiar a escolha; P7: Preparo de um mapa cromático simplificado visual ou por meio de fotografia intra-oral, podendo inclusive pedir a opinião do próprio paciente para chegar à conclusão da melhor escolha. **Resultados:** Verificou-se que tão importante quanto o protocolo clínico, é o conhecimento do profissional nos conceitos das resinas, como a matiz, o croma e o valor. Ressaltando que primeiro, deve ser escolhida a Matiz que é a cor básica de um dente; depois selecionar a intensidade da cor, que é chamada de Croma, observando o grau de translucidez do dente; e posteriormente selecionar o Valor que é a medida de brilho do dente. **Conclusão:** O conhecimento da policromaticidade dos dentes, bem como das características do kit de resina utilizado, permite uma manipulação criativa e artística, com base nos comportamentos mecânicos e ópticos, resultando em uma potencialização da eficiência da restauração com maior naturalidade e função.

**Descritores:** Restauração dentária permanente, Resinas compostas.

#### AP-07 - SIALOMETAPLASIA NECROSANTE: ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA O CORRETO DIAGNÓSTICO

Priscila Barros Terto; José Divaldo Prado; Flávia Maria de Moraes Ramos-Perez; Danyel Elias da Cruz Perez.

[priscilaterto@gmail.com](mailto:priscilaterto@gmail.com)

**Introdução:** Sialometaplasia necrosante (SMN) é uma condição inflamatória autolimitante rara, que envolve principalmente as glândulas salivares menores do palato duro, a etiologia da SMN permanece desconhecida, todavia fatores como tabagismo, etilismo, trauma, anestésicos odontológicos ou mesmo infecção tenham sido sugeridos. Embora haja divergências, o infarto das glândulas salivares menores parece ser a causa mais provável. A lesão apresenta-se inicialmente como um aumento de volume não-ulcerado, evoluindo com perda de tecido necrótico com consequente formação de uma úlcera crateriforme, de bordas hiperemiadas e tamanho variando de 1 cm a mais de 5 cm de diâmetro. Os homens são mais afetados que as mulheres na proporção de 2:1 e a faixa etária média de maior acometimento é de 46 anos de idade. As características clínicas e histopatológicas dessa condição podem mimetizar uma neoplasia maligna, como o carcinoma espinocelular. No entanto, a maior evidência de sua natureza benigna é a evolução espontânea para a cura, geralmente entre 5 e 6 semanas, além da ausência de recidivas. **Objetivo:**

Descrever as características clínico-patológicas e imunoistoquímicas de um caso de SMN. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos de idade, gênero masculino, procurou uma Clínica Odontológica particular devido a uma lesão ulcerada no palato duro com cerca de dois meses de evolução. Durante a anamnese, o paciente relatou ser fumante crônico. O exame intra-bucal revelou lesão ulcerada, levemente dolorosa, localizada na linha média do palato duro, medindo cerca de 2,0 cm de extensão. A lesão apresentava bordas elevadas e estava recoberta por uma membrana fibrino-purulenta, dando um aspecto amarelado à superfície da úlcera. As principais hipóteses de diagnóstico foram carcinoma espinocelular, sialometaplasia necrosante e doença infecciosa granulomatosa. Sob anestesia local, foi realizada biópsia incisiva e o espécime enviado para análise anatomopatológica. O exame histopatológico mostrou ninhos de células escamosas, aparentemente produto de metaplasia escamosa de ductos das glândulas salivares menores, visto que alguns mostravam lúmen residual revestido por células cúbicas. Nenhuma atipia celular foi observada. As células luminais foram positivas para citoqueratina (CK) 7, CK18 e CK19, enquanto as células periféricas destes ninhos escamosos foram fortemente positivas para actina músculo específico, sendo compatível com células mioepiteliais, confirmando que a arquitetura das glândulas salivares menores estava preservada. O diagnóstico final foi de sialometaplasia necrosante. Após dois meses foi observada regressão completa da lesão, permanecendo sem evidência de recidiva após 2 anos de seguimento. **Conclusão:** O diagnóstico de SMN envolve um exame clínico acurado, sempre associado a um exame histopatológico detalhado, visto que outras lesões importantes devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, como o carcinoma espinocelular. Além disso, a imunoistoquímica pode ser uma ferramenta útil na distinção entre SMN e carcinoma espinocelular.

**Descritores:** diagnóstico diferencial, imunoistoquímica, sialometaplasia necrosante.

#### AP-06 -SISTEMAS ADESIVOS AUTOCONDICIONANTES

Mário Filipe Verçosa de Melo Silva;Uila Ramos da Silva;Daene Patrícia Tenório Salvador da Costa;Paulo Fonseca Menezes Filho;Cláudio Heliomar Vicente da Silva.

[mfvms@hotmail.com](mailto:mfvms@hotmail.com)

**Introdução:** Os sistemas adesivos vêm sofrendo modificações em suas formulações e nas suas formas de apresentação na tentativa de suprir as deficiências inerentes à técnica, como longo tempo clínico, microinfiltração marginal, sensibilidade pós-operatória, degradação hidrolítica e posterior falha das restaurações. Assim, essa evolução almeja por um sistema que concilie a preservação de biocompatibilidade com um bom condicionamento ácido dos substratos dentários que permita uma exposição da matriz dentinária suficiente para receber o agente hidrofóbico conferindo uma adequada resistência de união. Desta forma, os adesivos autocondicionantes ganham espaço no mercado odontológico, pois oferecem redução do tempo clínico e da sensibilidade da técnica propondo, ainda, uma maior biocompatibilidade. Entretanto, são necessários estudos que comprovem a qualidade de união desse sistema à dentina. **Objetivos:** Avaliar a aplicabilidade dos adesivos autocondicionantes, bem como sua eficácia, analisando as vantagens e desvantagens ao comparar com os adesivos convencionais. **Método:** Foram pesquisados nas bases Scielo, Bireme e Pubmed, estudos com o

descritor adesivos dentinários e selecionados os que apresentaram resultados para adesivos autocondicionantes. **Resultados:** Os estudos encontrados demonstraram que o condicionamento ácido prévio na técnica dos adesivos convencionais, enxágüe e a posterior secagem da superfície, promove um colapso das fibras de colágeno da dentina, resultando na dor pós-operatória. O condicionamento com adesivos autocondicionantes ocorre com o *primer* (monômero resinoso acidificado) que desmineraliza a dentina, sendo neutralizado posteriormente. Esses sistemas podem ser classificados quanto ao número de passos, sendo de passo único ou de múltiplos passos. Os de único passo, trazem o *primer* e o *bond* (agente hidrofóbico) juntos, assim a camada híbrida formada não consegue expor completamente a matriz dentinária porque o monômero é neutralizado antes. Então, a apresentação do *primer* e do *bond* em frascos separados, permitiu melhor exposição da matriz e formação de uma camada híbrida com *microtags* mais pronunciados. Em contrapartida, alguns autores discordam quanto à capacidade de selamento marginal destes produtos. No que diz respeito ao nível de agressividade aos tecidos dentais (pH), o tipo de solvente (água, etanol ou acetona) e a presença de partículas nanométricas, foi encontrado que esses fatores influenciam diretamente na resistência de união do adesivo aos substratos dentários. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o tipo de sistema adesivo influencia na resistência à tração das resinas compostas e que os sistemas autocondicionantes apresentaram maior resistência à tração que os adesivos convencionais. Quanto às partículas de carga os autores concordam na possibilidade de melhoras mecânicas em adesivos autocondicionantes. Diante das inovações, o cirurgião-dentista dispõe de alternativas, a depender da situação clínica, na qual o sistema adesivo a ser eleito atenda a necessidade do paciente. Ainda são necessários estudos para que um adesivo corresponda integralmente às necessidades clínicas. Se por um lado há um ganho em propriedade mecânicas, de outro há prejuízo biológico. No entanto, os avanços atingidos remetem à proximidade deste objetivo.

**Descritores:** Adesivos dentinários; Desmineralização; Camada de esfregaço; Tensão Superficial.

