

P 037- FATORES RELACIONADOS À EXTRUSÃO DE DENTES SEM ANTAGONISTAS

COSME, D.C.* ; RIVALDO, E.G.; RÖSING; C.K.; FRASCA, L.C.F.
rosarivaldo@via-rs.net

Objetivo: verificar os fatores relacionados à extrusão de dentes sem antagonistas. Materiais e métodos: foram avaliados 16 pacientes (80 dentes) com diversas perdas dentárias e diferentes graus de extrusão dos antagonistas. Os pacientes foram submetidos a exame de presença e grau de extrusão clinicamente e por modelos de estudo, nível ósseo radiográfico (distância entre a junção amelocementária e a crista óssea alveolar), e questionário envolvendo história de tratamento periodontal e tempo decorrido pós-exodontia. Resultados: o grupo dentário com maior prevalência de extrusão foi o dos molares superiores (31,25%). Dos dentes sem antagonistas, somente 43,75% não se apresentava extruído, 60% das extrusões caracterizavam-se por erupção ativa, 20% por crescimento periodontal e 20% por combinação de ambas. 83,75% dos dentes antagonistas aos extruídos foram extraídos há mais de 10 anos. A quantidade de extrusão em 97,77% dos casos não excedeu 3 mm. Os coeficientes de correlação de Spearman entre nível ósseo radiográfico (NOR) e extrusão demonstram-se estatisticamente significativos ($p < 0,05$). A correlação entre NOR e extrusão variou de 0,21 a 0,28; entre NOR e história de tratamento periodontal variou entre 0,08 e 0,24 e entre NOR e erupção ativa atingiu 0,34. Conclusão: existe associação entre experiência anterior de doença periodontal e extrusão de dentes sem antagonistas, embora os coeficientes de correlação não sejam elevados, o que demonstra que a presença de doença periodontal pode ser um facilitador do processo de extrusão, entretanto sem causa necessária para tal.

P 039- APICOTOMIA: POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSERVADOR PARA CANINOS SUPERIORES RETIDOS.

AZAMBUJA, H.V.*; MUNARETTO, J. C.; PONZONI, D.; PURICELLI, E.
hva08@yahoo.com.br

Dente retido é aquele que chegou ao momento fisiológico de sua erupção apresenta algum impedimento para realizá-lo. A essa condição fisiopatológica denomina-se retenção dentária. A retenção dentária pode estar associada a fatores locais ou gerais. Os terceiros molares são os dentes mais frequentemente retidos, seguidos pelos caninos superiores. Os caninos superiores retidos podem receber um tratamento radical ou conservador. Puricelli (1937) propõe a apicotomia como possibilidade para tratamento conservador de caninos superiores retidos. Esta técnica consiste na realização de uma fratura cirúrgica no ápice radicular de caninos superiores anquilosados e/ou retidos em sua porção apical ou terço médio, seguido de tração ortodôntica. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir a técnica cirúrgica aliada ao tratamento ortodôntico.

P 041- PERICORONARITE: COMO PROCEDER.

PIN, L.F. S.; ANTUNES, T.V.B.*; CARDOSO, R. G.; HASAN, N.H.M.; CORREA, M.B.; ZAMBRANO, C.B.B. (tgovba@yahoo.com.br)

"A pericoronarite representa clinicamente uma inflamação dos tecidos moles à volta da coroa de um dente parcialmente impactado causado pela flora oral normal" (Peterson 2000). Na maioria dos pacientes, as bactérias e as defesas do organismo mantêm um delicado equilíbrio. Se as defesas do hospedeiro forem comprometidas (stress, resfriado, infecção respiratória) pode ocorrer infecção. Trauma causado pelo terceiro molar superior também podem ocorrer, edemaciando a mucosa de um terceiro molar inferior parcialmente irrompido. A pericoronarite pode apresentar-se como uma infecção leve até uma infecção importante que exige hospitalização. Assim, o tratamento varia do mais conservador, para reduzir a população bacteriana no opérculo tratada por limpeza mecânica e substância irrigantes, ao tratamento com administração de antibióticos quando além de dor e edema, há aumento de volume na face, trismo e temperatura. Conclui-se que este trabalho tem como objetivo orientar o CD sobre a conduta a ser empregada frente os episódios de pericoronarite, visto que o profissional deve estar apto a realizar o diagnóstico e o tratamento, evitando que se instale uma infecção mais séria dos espaços fasciais.

P 038- HALITOSE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E UM PROJETO DE PESQUISA

MAURENTE, D. H.*; CAMINHA, D. I.; BREW, M.; SOUZA, F. L.
diegocaminha@bol.com.br

Este trabalho é uma revisão bibliográfica que servirá como base para uma pesquisa que será realizada no Ambulatório da Faculdade de Odontologia da ULBRA – Canoas, será feito teste de hálito nos pacientes. A halitose não é doença, e sim uma alteração fisiológica que muda o odor do hálito. Em 90% dos casos, tem origem na boca. A saburra lingual e a baixa produção de saliva levam à fermentação dos alimentos e à liberação de gases à base de enxofre que provocam o mau cheiro. Levam ao problema: Estresse: provoca uma liberação excessiva de adrenalina, que inibe a glândula salivar; Hábitos alimentares: comidas pastosas estimulam pouco as glândulas salivares, o que reduz a produção de saliva; Saliva: a baixa produção de saliva prejudica a limpeza fisiológica da boca e favorece o acúmulo de células mortas, bacterianas e restos de alimentos, o que predisponem à formação da saburra. Causas: Dentes cariados: quando a cárie atinge o nervo, inflama e aumenta a concentração de bactérias na boca. Estômago: raros casos têm a ver com o estômago; Intestino: prisão de ventre provoca a absorção de toxinas fecais pela corrente sanguínea, que são liberadas pela boca e pelo nariz quando exalamos o ar expirado. Causas endógenas: alimentos que contêm substâncias malcheirosas que entram na corrente sanguínea, vão para o pulmão e são exaladas pelo nariz e pela boca. Bebidas alcoólicas em excesso também provocam halitose. Prevenção e tratamento: limpar a língua, beber muita água para ajudar na higienização da boca e estimular a produção de saliva, escovar os dentes, passar fio dental e evitar alimentos que provocam mau cheiro. Hoje sabemos que o mau hálito, na grande maioria das vezes, não se constitui em um problema de saúde, e sim numa simples alteração fisiológica que termina por alterar o odor do hálito, que ao adquirir um odor ruim, torna-se um grande obstáculo ao estabelecimento de relações sociais

P 040- TERCEIROS MOLARES RETIDOS: CLASSIFICAÇÃO QUANTO A ANGULAÇÃO

SCARTON, F., COSTA, R. da. ; PATIAS, T.B.; DALLA VECCHIA, F.; LEMES, C. H. Jfernandascarton@bol.com.br

Considera-se dente retido todo o elemento dentário que permanece no interior dos tecidos, ainda que tenha atingido a época normal de erupção. O dente pode estar retido e também impactado em outro elemento dentário. O objetivo deste trabalho é de classificar os terceiros molares inferiores retidos quanto à angulação do seu longo eixo em relação ao longo eixo do segundo molar, baseado no exame radiográfico periapical, que é a técnica de eleição por fornecer detalhadamente o local adequado, uma vez que a radiografia panorâmica mostra uma imagem mais exata da anatomia total da região. Este sistema de classificação foi primeiramente descrito por Winter (1926) e posteriormente modificada por Marzola et al (1968): a) Posição Mesioangular: quando inclinado com a coroa para mesial, é a maior prevalência e menos difícil de ser removido; b) Posição Vertical: quando se situa paralelo ao segundo molar, sendo a segunda maior frequência e terceira em grau de dificuldade cirúrgica; c) Posição Horizontal: é menos frequente, mas considerada de difícil remoção; d) Posição Distoangular: inclinado com a coroa para distal, não são frequentes, mas de alto grau de dificuldade na remoção; e) Posição Vestibular ou Labial: quando sua face oclusal está dirigida para labial; f) Posição Lingual: a sua face oclusal está voltada para lingual; g) Posição Invertida: inclinado, porém com a coroa voltada para a borda mandibular. Portanto, de acordo com a posição do terceiro molar inferior retido em relação ao longo eixo do segundo molar, o profissional pode planejar o procedimento cirúrgico de forma ordenada e mesmo prever possíveis transtornos no trans-operatório, lembrando que o principal fator determinante da dificuldade na remoção é a facilidade ou não de acesso ao dente retido.

P 042- UTILIZAÇÃO DE SOLUÇÃO DE CARNOY EM TRATAMENTO DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO BILATERAL EM MANDÍBULA.

SMIDT R.; SCHNEIDER L. E.; LIMA P.V.P.; BERTON D. A.*
berton@terra.com.br

O Ceratocisto Odontogênico é uma forma distinta de cisto de desenvolvimento que necessita de considerações especiais devido à ausência de sinais clínicos evidentes, porém comportamento agressivo, ocasionando severas perdas ósseas e tratamento dificultado devido ao alto índice de recidiva. Um paciente jovem, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Independência/ULBRA, com extenso aumento de volume bilateral na região mandibular. Após o diagnóstico de ceratocisto odontogênico bilateral optou-se pela remoção total das lesões através de enucleação/curetagem e aplicação da Solução de Carnoy, para reduzir o potencial de recidiva da lesão. O presente trabalho objetiva contribuir nas evidências clínicas da casuística de pacientes afetados por essa patologia, apresentando conseqüente debilidade estética e funcional enfatizando protocolos de tratamento para esta patologia.