

45º Aniversario

FOR UNR

**Jornada
Internacional**

Resumen trabajos expuestos.

Pilares Protéticos Personalizados.

Paulo Odair Tessare Junior *; Maria Leticia Britto Machado**; Antônio Sérgio Fava***¹

Nos últimos anos dentro da Implantodontia tem-se presenciado inúmeros avanços quanto às técnicas cirúrgicas, tratamentos de superfície dos implantes, biomateriais, entre outras, mas nada se desenvolveu tanto como a prótese sobre implante. Se no início da osseointegração se contava apenas com os pilares standard como solução protética para todos os casos, hoje existem pilares específicos para melhor satisfazer o profissional e o paciente. Dentro deste avanço encontram-se os pilares personalizados que é uma solução protética prática e barata na obtenção de resultados estéticos de alta qualidade quando comparados com os pilares similares pré-fabricados. Esta técnica consiste na obtenção de pilares (abutments) cerâmicos através da fundição de pilares do tipo UCLA plástico que posteriormente serão encerados, fundidos e, por fim, receberão a aplicação do fundo opaco e da cerâmica de acabamento da cor adequada. Esta técnica é indicada para otimizar a estética do trabalho naqueles casos onde se nota uma faixa cinza na gengiva inserida do paciente provocada justamente por causa da cinta metálica sub-gengival dos pilares convencionais, além de ser um pilar ideal para posteriormente receber uma coroa do tipo metal-free (Procera®, All-ceramã, dentre outras).

¹ * Pós graduado Lato Sensu em Implantodontia, Professor voluntário em Implantodontia na FOUNICASTELO e FUNDECTO-USP(1998-2001), Mestrando em Ciências da Saúde - essencialsaude@yahoo.com.br

** Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOUASP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário - Argentina - leticiabrittomachado@globo.com

*** Doutor em Medicina pela UNIFESP e docente do curso de Pós graduação do Hospital Heliópolis.

EFEITOS DA RADIOTERAPIA SOBRE A SENSIBILIDADE PULPAR EM PACIENTES COM NEOPLASIAS MALIGNAS

Guilherme José Martins Braga* Apresentador: Profa. Dra. Maria Leticia Borges Britto**;
Profa. Dra. Addah Regina da Silva Freire***²

O Carcinoma Epidermóide é o tipo de câncer mais comum quando ocorre na boca, orofaringe e laringe. O tratamento consiste basicamente em cirurgia de remoção do tumor. A radioterapia é uma modalidade auxiliar no tratamento, que traz seqüelas para a cavidade bucal. Ocorrem mudanças na saliva, em diminuição de quantidade e alteração das características, que facilitam o aparecimento de novas colônias bacterianas. Outro efeito local são alterações na microcirculação, ficando bastante reduzida e deformada. O pior efeito, porém, é o desenvolvimento da Osteoradionecrose, que aparece como conseqüência do osso contaminado, sem capacidade de reparo ou cicatrização. A intervenção odontológica vem reduzir este risco, eliminando qualquer via de infecção, principalmente a doença periodontal e as lesões periapicais, utilizando protocolos especiais que incluem as exodontias indicadas. O objetivo do trabalho foi avaliar o comprometimento pulpar, através de testes de sensibilidade pela variação térmica que utiliza o gás refrigerante tetrafluoroetano, associado à avaliação clínica. Os pacientes foram examinados antes, durante, imediatamente após e 40 dias após o fim da radioterapia. Os resultados mostraram que alguns dentes deixaram de responder ao teste durante o período de tratamento radioterápico, voltando à normalidade algumas semanas após o fim da radioterapia. Além disso, cerca de 12% dos dentes examinados necrosaram. Entende-se que a radioterapia afeta diretamente a microcirculação pulpar, geralmente com conseqüências danosas ao tecido.

² *Especialista em Endodontia de FOBUSP e Mestrando em Endodontia pela SLM - guilherme@guilherme.odo.br

**Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOU SP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário - Argentina - leticiabrittomachado@globo.com

***Especialista e Mestre em Radiologia e Doutora em Patologia pela Unicamp - addah@uol.com.br.

O USO DE MTA EM DENTES IMATUROS QUE SOFRERAM TRAUMATISMO DENTÁRIO

Maria Leticia Britto *; Michelle Bernardes Fonseca**³

O Agregado de Trióxido Mineral mais comumente conhecido como MTA, lançado recentemente no mercado odontológico tem sido indicado por suas consideráveis propriedades físico-químicas e biológicas em diversas situações clínicas - biocompatível, indutor de dentinogênese, cementogênese e osteogênese, hidrofílico, radiopaco, ação antimicrobiana e promover selamento marginal adequado prevenindo infiltrações. Tem sido utilizados em pulpotomias, capeamentos pulpares diretos, apicificações e apicigêneses, perfurações radiculares e de furca, fraturas radiculares, retrobturações. Diante do exposto o presente trabalho tem por objetivo observar seu efeito sobre dentes traumatizados com rizogênese incompleta, para ajudar no fechamento apical. Sabe-se que quando um dente é traumatizado, muitas vezes rompe com o suprimento sanguíneo levando a mortificação da polpa do elemento dental antes da complementação da rizogênese, ou seja, a formação dentinária cessa e o crescimento da raiz é interrompido. Com isto o canal permanece amplo, o ápice radicular aberto e parede dentinária mais fina - frágil e muitas vezes a raiz se encontra curta. Torna-se necessário o fechamento apical induzido - a apicificação. O mesmo fato pode ocorrer com dentes que permanecem com polpa viva, mas estão com a polpa coronária exposta. Esta tem que ser protegida para 'poder "continuar com a apicigênese. A apicificação é conseguida através da criação de um meio alcalino no interior do sistema de canais radiculares, propiciando a formação de uma barreira apical de tecido mineralizado mesmo após a polpa ter perdido a vitalidade. Para a criação do meio ambiente adequado para formação dessa barreira é fundamental o esvaziamento e a instrumentação dos canais para remoção de resíduos e bactérias, seguidos da colocação de um material indutor de mineralização. Numerosos procedimentos e materiais têm sido recomendados para se induzir a apicificação e a apicigênese em dentes imaturos. Dentre esses podemos citar o MTA também tem sido empregado com sucesso como tampão apical nos casos de rizogênese incompleta, e, como medicação também utilizada nas pulpotomias de dentes imaturos pois "ajuda" na indução do fechamento apical sem, contudo, promover a instalação de uma reação inflamatória. O MTA pode ser uma alternativa do fechamento apical no caso de dentes traumatizados.

³ * Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOU SP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário - Argentina - leticiabrittomachado@globob.com

** Especialista em Endodontia pelo HGeSP, Professora estagiária da cadeira de Endodontia na FOUNICSUL - essencialsaude@yahoo.com.br

CLAREAMENTO DENTAL POR ATIVAÇÃO DE GEL A BASE DE PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO A 35% ATRAVÉS DE SISTEMA HÍBRIDO.(LASER/LED)

Michelle Bernardes Fonseca*; Maria Leticia Britto Machado**; Apresentador: Paulo Odair Tessare Junior***⁴

O paciente insatisfeito com a cor de seus dentes procurou o Cirurgião dentista para uma consulta e possível resolução. Após o exame clínico e anamnese foi decidido pelo clareamento dental - técnica de clareamento em consultório dentário somente uma sessão.

O aparelho utilizado foi o Whitening Laser da DMC constituído de uma matriz de emissores tipo LED (que gera luz azul com comprimento de onda em 470nm) e um diodo laser infravermelho de 0,5W de potência (que gera luz com comprimento de onda em 830 nm). A luz composta gerada é fria, e o laser utilizado possui também a função terapêutica, diminuindo a ocorrência de hipersensibilidade. Os dentes anteriores foram isolados por barreira gengival da DMC para evitar danos da ação do produto nos tecidos moles. O clareamento, também conhecido por branqueamento dental foi realizado ao mesmo tempo tanto da arcada superior quanto inferior, com 3 aplicações de 3min de luz, com mais 2 min de descanso entre cada uma delas. A cada sessão se faz a troca do gel e a sessão é repetida por mais duas vezes, totalizando 09 aplicações de luz de 3min cada. A cor do dente final é comparada novamente na escala de cor observada antes do clareamento também para comparação de quantos tons conseguiu clarear.

⁴ * Especialista em Endodontia pelo HGeSP, Professora estagiária da cadeira de Endodontia na FOUNICSUL - essencialsaude@yahoo.com.br

** Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOUSP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário - Argentina - leticiabrittomachado@qlobo.com

*** Pós-graduado Lato Sensu em Implantodontia, Professor voluntário da cadeira de Implantodontia na FOUNICASTELO e FUNDECTO-USP (1998-2001), Mestrando em Ciências da Saúde - essencialsaude@yahoo.com.br

CASO CLÍNICO: TRAUMATISMO FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA RAIZ

Maria Leticia Britto Machado *; Ana Lúcia Franco Ricardo **⁵

Os traumatismos dentários também conhecidos como alvéolo-dentários são lesões produzidas nos tecidos duros e ou de sustentação do órgão dental provenientes de qualquer trauma, golpe, pancada que incidem direta ou indiretamente sobre eles. Como pode se perceber além do impacto que o traumatismo pode ocasionar e o desconforto momentâneo também estão relacionados de uma maneira direta ou indiretamente, como as luxações extrusivas principalmente quando acompanhadas de traumatismos concomitantes, no caso fratura radicular.

Caso clínico:

Paciente E.N. de 9 anos de idade

Trauma: tombo da rede

Diagnóstico clínico provável: luxação extrusiva com fratura do terço médio da raiz no dente 11;

Tratamento imediato: exame clínico com reposicionamento do dente no alvéolo e contenção semi-rígida do dente 13 ao 23;

Tratamento mediato: 15 dias - remoção da contenção. Novo exame clínico: presença de fístula no dente 11, seguida de teste de vitalidade no dente 21, onde foi diagnosticada polpa mortificada, diante disto foi iniciado o tratamento endodôntico dos dentes 11 e 21, com trocas periódicas de medicação intracanal a base de iodofórmio. Foi confeccionado um protetor bucal para evitar maiores injúrias. Após 6 meses foi realizado a obturação dos canais radiculares e os mesmos continuam sob preservação onde estaremos avaliando clinicamente e radiograficamente os sinais e sintomas. O caso está em preservação até os dias de hoje 2004.

⁵ * Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOU SP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário - Argentina - leticiabrittomachado@ globo.com

** Especialista em endodontia pela ABESP, Mestre em endodontia pela São Leopoldo Mandic, Profa Assistente do curso de especialização em Endodontia pela FOUNICSUL - anaricardo@ uol.com.br

CASO CLÍNICO: USO DO LASER DE ALTA INTENSIDADE EM LESÃO PERSISTENTE

Ana Lúcia Franco Ricardo *; Maria Leticia Britto Machado**⁶

O objetivo do tratamento endodôntico em canais com polpas mortificadas tem sido o preparo e desinfecção do sistema de canais radiculares. Muitas vezes estes dentes apresentam lesões periapicais onde se instalam bactérias dando origem as infecções bacterianas, onde o tratamento endodôntico visa a eliminação desta e a prevenção das reinfecções. Contudo algumas vezes se faz necessário o retratamento destes canais seguido de cirurgia paraendodôntica devido a reinstalação da infecção, as quais são denominadas lesões refratárias. A proervação destas ocorrem para se constatar a cura e com isto se obter o sucesso do tratamento que pode não ocorrer apesar de tantas tentativas. Diante disto novas terapêuticas devem ser utilizadas afim de sanar o problema.

Caso Clínico: lesão persistente que se submeteu ao tratamento, retratamento e cirurgia paraendodôntica e ainda assim houve o aparecimento de imagem radiolúcida no periápice evidenciada radiograficamente e com presença de fístula e dor.

Tratamento: - coleta do material da lesão com cone de papel absorvente pelo método Möller (1966)

- aplicação do laser de alta intensidade (Nd:YAP) pela fístula, seguindo o trajeto fistuloso até a lesão. Foram feitas três aplicações com três disparos, contendo cada um (300 mJ de energia e ciclo de 30 Hz)

- nova coleta do material foi realizada
- material foi colocado em meio de cultura e enviado ao laboratório para análise da resistência das bactérias.

Resultado: houve redução do número de bactérias
desaparecimento da fístula e da dor após 7 dias

Proervação clínica e radiográfica periódicas.

⁶ * Especialista em endodontia pela ABESP, Mestre em endodontia pela São Leopoldo Mandic, Profa Assistente do curso de especialização em Endodontia pela FOUNICSUL – anaricardo@uol.com.br

** Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOUUSP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário – Argentina – leticiabrittomachado@globob.com

CASO CLÍNICO: IODOFÓRMIO - MEDICAÇÃO INTRA CANAL EM LESÕES REFRACTÁRIAS

Ana Lúcia Franco Ricardo *; Maria Leticia Britto Machado**⁷

Quando se realiza terapia endodôntica, em casos de necrose pulpar, o preparo químico-cirúrgico do canal radicular é uma das maneiras de combate à infecção endodôntica. Bactérias alojadas em regiões de difícil acesso podem na maioria das vezes não ser afetada pela ação mecânica dos instrumentos (limas, instrumentos rotatórios) e ou das substâncias químicas da irrigação. Se nenhuma medicação intracanal for utilizada, observa-se que bactérias sobrevivem ao preparo e proliferam no canal, no período entre as sessões. Tendo como base essas afirmativas, pode-se salientar a importância da medicação intracanal como medida auxiliar importante para o combate à infecção.

Caso Clínico:

Paciente - 29 anos de idade

Diagnóstico clínico provável: Lesão endo-pério, radiografia periapical apresentando imagem radiolúcida envolvendo ligamento periodontal e região apical do dente 12. Tratamento imediato: avaliação da bolsa periodontal – com sonda milimetrada, seguida de teste de vitalidade no dente em questão, onde foi diagnosticada polpa mortificada, mas neste primeiro momento foi imediato o início do tratamento periodontal. Tratamento mediato: primeira semana – Início do tratamento endodôntico, seguido de cirurgia de acesso, preparo químico cirúrgico, colocação da medicação intra-canal - iodofórmio e carbovax, e, selamento provisório com ionomero de vidro. Trocas periódicas da medicação intracanal - iodofórmio, foram realizadas respectivamente, 30, 45,60 e 60 dias . Frente a nova avaliação clínica periodontal, endodôntica e radiográfica foi realizado a obturação do canal radicular e o mesmo continuou sob preservação onde se avaliou clinicamente e radiograficamente os sinais e sintomas.

⁷ *Especialista em endodontia pela ABESP, Mestre em endodontia pela São Leopoldo Mandic, Profa Assistente do curso de especialização em Endodontia pela FOUNICSUL – anaricardo@uol.com.br

**Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOUSP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário – Argentina – leticiabrittomachado@globocom

TRAUMATISMO DENTAL NO TERÇO CERVICAL RADICULAR COM A MANUTENÇÃO DA COROA CLÍNICA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Guilherme José Martins Braga*; Profa. Dra. Maria Leticia Borges Britto**⁸

O traumatismo dentário tem recebido maior preocupação, devido à baixa porcentagem de sucesso. Independente do tipo de trauma, o tratamento endodôntico só será realizado após completo exame clínico e radiográfico do caso. Os problemas pós-trauma se agravam quando o dente é deixado **sem tratamento** e num controle posterior, se apresenta com necrose, reabsorção, verificada principalmente nos reimplantes e fraturas do terço médio das raízes (Andreasen, 1984).

Frente tudo isto, percebe-se se está diante de um tratamento que merece cuidados especiais. O objetivo deste tratamento foi conseguir através de manobras simples e de rotina na prática clínica um melhor prognóstico, tentando trazer um melhor resultado positivo, para poder se ampliar a margem de sucesso.

Relato de um caso clínico de um traumatismo dental na raiz – terço cervical -após o retratamento endodôntico do incisivo central superior. O tratamento seguiu a seguinte seqüência imediatamente após o trauma: contenção semi-rígida, tratamento endodôntico com trocas de iodofórmio como medicação intracanal e obturação após 3 meses com a colocação de um pino intraradicular. Foi realizado controle até 18 meses.

⁸ *Especialista em Endodontia de FOBUSP e Mestrando em Endodontia pela SLM – guilherme@guilherme.odo.br

**Especialista, Mestre e Doutora em Endodontia pela FOUASP, Titular da Cadeira de Endodontia na FOUNICSUL, Professora Do Curso de especialização em endodontia em Rosário – Argentina – leticiabrittomachado@globo.com