



22 a 26 de outubro de 2007

**“Prof. Joaquim Gilberto de Oliveira”
PROJETO ODONTOLOGIA CIDADÃ**

ANAIS

XXXIV JOF

JORNADA ODONTOLÓGICA
FRANCISCANA
"Prof. Dr. Joaquim Gilberto de Oliveira"

PROJETO ODONTOLOGIA CIDADÃ

V ENCONTRO DE EX ALUNOS



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

WU 3 Jornada Odontológica Franciscana (34. : 2007 : Bragança
J71r Paulista)
Resumos : Prof. Dr. Joaquim Gilberto de Oliveira. --
Bragança Paulista : Editora Universitária São Francisco,
2007.
69 p.

1. Odontologia. 2. Anais. 3. Universidade São Francisco.

PALAVRA DO COORDENADOR

Saudações aos congressistas, aos professores justamente homenageados, aos conferencistas que colaboram com este evento e a toda comunidade que dele participa em sua 34ª edição. Aos alunos participantes, meus parabéns, pois souberam reconhecer desde cedo a importância da atualização de conhecimentos. Mais do que isto, a diversificação deste conhecimento através do contato com os diferentes pontos de vista de nossos palestrantes, convidados de prestigiadas organizações de ensino. Observo mais uma vez nosso saguão repleto de painéis e exposições científicas que expressam uma pequena parte do maravilhoso trabalho articulado entre o corpo docente e os acadêmicos, mais valorizados pela presença de participantes visitantes a este encontro.

Tudo é um prêmio ao esforço e à dedicação de toda a Comissão Organizadora, conferindo ao nosso espaço o caráter pleno de Universidade.

Acompanhando esta Universidade e o Curso de Odontologia desde o ano de 2004, não poderia deixar de mencionar, que o vi novamente crescer no cenário da Odontologia. Crescer no conceito de seus acadêmicos no exame nacional de cursos do MEC, enormemente se compararmos a anos anteriores, crescer na avaliação institucional de seu corpo docente, superior à média da própria Universidade, crescer nas suas ações de cidadania e feiras de saúde, crescer no atendimento de mais de 26.000 procedimentos clínicos por ano, crescer de um curso considerado “fechado” nos anos de 2002 e 2003, para o Curso de Odontologia privado com o maior número de alunos no Estado de São Paulo, e isto não é mera coincidência, parabéns à comunidade acadêmica que o compõe em todas as suas instâncias.

Prof. Evandro Franco da Rocha

Coordenador do curso de Odontologia

PALAVRA DO PRESIDENTE

Falar em futuro das profissões, principalmente de Odontologia, implica falar em troca de conhecimentos.

Os desenvolvimentos tecnológicos recentes como a informatização e robotização dos meios de produção, acentuam a importância do aperfeiçoamento e especialização dos conhecimentos adquiridos.

Em Odontologia o esforço para obter-se conhecimento deve ser uma rotina para o profissional que almeja sucesso e prestígio com seu trabalho. Este processo crescente de intelectualização irá realizar uma seleção natural dos profissionais mais bem capacitados em relação com profissionais “estagnados”.

A busca pela qualidade dos serviços prestados deverá ser perseguida como uma passagem obrigatória para se obter permanência no mercado de trabalho atual.

Em relação ao lado social do profissional de odontologia vale salientar o fato de que qualquer pessoa, independente de cor, credo, opção sexual ou nível sócio econômico, deve ter acesso ao bem estar físico e mental, onde a saúde bucal e o sorriso são de extrema importância para tal realização. A humanização é uma obrigação não só para o cirurgião-dentista como para qualquer profissão.

Em face das dificuldades enfrentadas na atualidade pela Odontologia, o profissional que apresenta diferenciação de conhecimentos, conseguirá exercer sua profissão, obtendo satisfação pessoal e reconhecimento de seu trabalho.

A JORNADA ODONTOLÓGICA da USF, objetiva oferecer para os alunos do Curso de graduação de sua Universidade como de outras, profissionais da odontologia e de áreas afins, conhecimentos atualizados e de qualidade superior, além de incentivar o cunho produtivo-científico de seus participantes.

Nós, os organizadores da XXXIV JORNADA ODONTOLÓGICA da USF, procurando manter e superar o sucesso de eventos anteriores, temos a certeza que o encontro científico será de grande valia para todos os seus participantes!

Prof. Maurício Duarte Teixeira

Presidente da “XXXIV - JOF”

PALAVRA DA COMISSÃO CIENTÍFICA

O tema desse ano da XXXIV JOF: “O PROJETO ODONTOLOGIA CIDADÃ”, faz com que reflitamos sobre a importância em promover a integração da Universidade com a sociedade como um todo, pois é necessário que além do atendimento odontológico para a população, deve-se traçar um perfil das necessidades da cidade em relação a saúde bucal.

Isso servirá de incentivo para as próximas Jornadas onde os trabalhos devem estar relacionados ao desenvolvimento clínico e também aos problemas observados na população, através de levantamentos e pesquisas dentro da Universidade de Bragança Paulista.

Pois uma Universidade tem como pontos fortes o ensino, iniciação científica e observar os problemas existentes na comunidade em geral, tanto em prevenir os problemas odontológicos como da saúde como um todo.

Pois a formação do cidadão da Universidade São Francisco facilitará o aluno no início da profissão a enfrentar o dia a dia em seus consultórios com competência, dinamismo e espírito de fraternidade.

.....“planejar e definir com antecedência objetivos será essencial em qualquer atividade. ...pois os momentos mais especiais de nossas vidas ocorrem de repente, sem avisar, em um piscar de olhos. Muitas vezes não percebemos esses instantes. (Tostão, folha de São Paulo)

Prof. Ms José Ricardo Scanavini

Comissão Científica da “XXXIV - JOF”

COMISSÃO ORGANIZADORA

Maurício Teixeira Duarte, Luis Fernando Ferrari Bellasalma e Luis Alexandre Thomás

COMISSÃO ACADÊMICA DE RECEPÇÃO

Andréia Godoy Sant'Ana, Heloisa M. S. de Andrade, Analy Ferraz Vicentini, Priscila dos Santos Alves, Daniela Sanches V. Ribeiro Chaves, Mariana Amadio, Débora Mesetti Kuroishi, Tatiane da Silva Guedes

COMISSÃO DE PATROCÍNIO

Wagner Marques, Airton A. Nóbrega e acadêmicos, José Augusto M. Garcia, André Luís Vieira

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Mauricio Conti

COMISSÃO CIENTÍFICA

José Ricardo Scanavini, Miguel Simão Haddad e Marcos V. Ferrari

COMISSÃO JULGADORA / PAINÉIS

Denise lasbech Zaiac, Cíntia Bové Binolti, Ronald Del Nero, Altamiro Yutaka Fujino, Karina Andréa Novaes Olivieri, Maria de Fátima M. Claro, Clóvis Bandeira Antonio Ruy. Chaves, Álvaro Yukio Ueta

COMISSÃO JULGADORA / TEMAS LIVRES

Maria Betania de Oliveira Garcia, Wladimir Aparecido Risso, Luis Fernando Ferrari Bellasalma, Reynaldo Machado de Sá, Vagner Marques, Renato Gomes Antoniazzi

COMISSÃO SOCIAL

Nelsa A. Ishimoto, Eduardo Mangini e acadêmicos, Juliano Lustosa, Verena Maia, Vivian Maia, Lucas Pizzolotto, Ana Laura, José Augusto M. Garcia, Thiago Correa

COMISSÃO DO PROJETO ODONTOLOGIA CIDADÃ

Silvia C. Mazetti, Cristiane Bonucci Ribeiro Zanesco e acadêmicos, Ronaldo D. Jorge, Carolina A. Pereira, Natália P. Bitencourt, Thais H. Alves dos Santos, Emanuele do Nascimento, Tatiana Cristina Costalonga, Andréa Borges Rodrigues.

COMISSÃO ACADÊMICA DE APOIO

André Rittner, Yuossef Mourad, Tatiana da Silva Guedes, Jussara Nobíle, Magali N. Lacerda, Danielle Campos de Moura, Izaura Gomes de Lima

COMISSÃO ACADÊMICA DE APOIO E LOGÍSTICA

Marli Aparecida de Oliveira e Colaboradores da Clínica Escola de Odontologia

COMISSÃO DO VII ENCONTRO DE EX-ALUNOS

Rafael Adalgisio Nogueira, José Marcio Issa

COMISSÃO ACADÊMICA

Alessa Donizete Abrão; Anita Oliveira Scanavini; Daniele Benediti Bragion; Dimerson Ferreira Gustavo Miorelli; Gustavo Girondi Sibebe Maria Porto; Poliana Pinto Teixeira; Vanessa Thiemi Kunitake.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã 08:00 - 12:00	Projeto Odontologia Cidadã	Apresentação Painéis e Temas Livres Projeto Odontologia Cidadã	Apresentação Painéis e Temas Livres Projeto Odontologia Cidadã E.E.P.S.G. Dr.Silvio Carvalho Pinto Júnior WORKSHOP ENDODONTIA*** Remoção de retentor intra-radicular (fundido) VLADIMIR A. RISSO/NELSA A. ISHIMOTO MIGUEL S. HADDAD FILHO/RONALD DEL NERO	Apresentação Painéis e Temas Livres	
Tarde 14:00 - 18:00	PERIODONTIA Cirurgia plástica periodontal e manipulação de tecidos moles em Implantodontia PAULO SÉRGIO GOMES HENRIQUES Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas	CIRURGIADIagnóstico e tratamento das dores orofaciais GUILHERME CONTATORE BIERRENBACH DE CASTRO JOSÉ TADEU TESSAROLLI DE SIQUEIRA	ODONTOPEDIATRIA Técnicas de mínima intervenção em Odontopediatria JOSÉ CARLOS IMPARATO Universidade de São Paulo - Universidade Camilo Castelo Branco - Centro Universitário Hermínio Ometo	PRÓTESE Como aplicar a oclusão na clínica odontológica diária MARCELO LUCCHESI TEIXEIRA Centro de pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic	CIRURGIAS IMPLANTOLÓGICAS EDUARDO DE AZEVEDO MANGINI E EQUIPE DA USF COM TRANSMISSÃO SIMULTÂNEA PARA O ANFITEATRO ENCERRAMENTO
Noite 19:30 - 22:30	ABERTURA OFICIAL	ENDODONTIA Tecnologia aplicada à clínica endodôntica JOSÉ LUIZ LAGE-MARQUES Unitau - Universidade de São Paulo	DENTÍSTICA Soluções restauradoras com resinas compostas AMÉRICO FIORANELLI VIEIRA	ESTOMATOLOGIA Tratamento cirúrgico de lesões bucais RODRIGO ALVITUS	



PAINÉIS

JOF 001**RANULA**

Anita Oliveira Scanavini *
 Alessa Donizete Abrão *
 Letícia Maria Teles *
 Mauricio Teixeira Duarte **
 Silvia Cristina Mozeti Torres **
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A ranula é um cisto verdadeiro que se forma pela retenção de saliva no ducto ou corpo das glândulas submandibular e sublingual provocando um aumento de volume no assoalho bucal. Caso esse aumento for detectado em outra região da cavidade oral, atingindo outras glândulas, e denominado mucocele. Essa alteração é causada por traumas, acidental ou cirúrgico, ou ainda por obstrução do ducto, da glândula submandibular ou sublingual, por cálculo salivar ou sialólitos. (porções de sais de cálcio) Apresenta-se como uma bolha em assoalho bucal, flutuante e unilateral, de cor branco azulado, podendo aumentar e diminuir de tamanho dependendo do dia e se aumentar muito pode até desviar a língua para cima e nitidamente perceptível a palpação. Em sua histopatologia é observado um fluido muco seroso espesso, circundado por tecido de granulação. Pode ser confundida com neoplasia de glândulas salivares, neoplasias mesenquimais benignas e cistos dermóides. O tratamento pode ser cirúrgico ou a marsupialização. Relato Clínico Paciente jovem 10 anos, sexo feminino, compareceu a clínica de estomatologia da Universidade São Francisco, com um aumento no assoalho de boca, do lado esquerdo, que apareceu há um mês e esse bolha é indolor e branda a palpação, a paciente relata também, fazer massagem há 15 dias sem sucesso. O diagnóstico foi clínico, e o tratamento foi a marsupialização, e não houve recidiva.

JOF 002**O ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO E A PREVISIBILIDADE**

Thiago Correa e Silva *
 Hilton Riquieri **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF
 ** Especialista - EAP/ACDC

Este trabalho aborda, de forma objetiva, o enceramento como ferramenta de diagnóstico nas reabilitações protéticas de alta complexidade, ajudando o Profissional no esclarecimento, junto ao paciente, das alternativas e possibilidades do planejamento ora proposto, oferecendo uma previsibilidade mínima a todos os envolvidos no tratamento, o Cirurgião-Dentista, o Técnico em Prótese e, em especial, o paciente.

JOF 003**APLICAÇÃO CLÍNICA DAS PROTEÍNAS DERIVADAS DA MATRIZ DO ESMALTE EM PERIODONTIA**

Gustavo Brunherotto *
 Décio Augusto Martins *
 Maximiliano Corradini **
 Paulo Sérgio Gomes Henriques***

* Professor Assistente São Leopoldo Mandic;
 ** Professor Assistente - ACDC;
 *** Prof. Titular da Leopoldo Mandic;

Este estudo é uma revisão da literatura sobre procedimentos reconstrutivos do periodonto. A ênfase será para os derivados da matriz do órgão do esmalte (Emdogain®) e sua possível aplicação clínica em Periodontia. Desde os estudos sobre regeneração tecidual guiada, muito se evoluiu sobre o uso de biomateriais com objetivos de recuperar a inserção clínica perdida. As pesquisas mais contemporâneas são fundamentadas na embriogênese dental, onde a formação do colágeno é oriunda das células do esmalte,

ou seja, cimento, ligamento periodontal e osso alveolar de suporte podem ter sua origem a partir das amelogeninas do esmalte. A partir disto, ensaios utilizando proteínas animais derivadas da matriz do esmalte, repercutiram em promissores resultados clínicos. O Emdogain® aplicado em defeitos periodontais infra-ósseos pode elevar o potencial de ganho de inserção periodontal e é relatado neste trabalho com ênfase aos seus aspectos histológicos, da técnica cirúrgica e de resultados radiográficos e clínicos.

JOF 004

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA PRESENÇA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEUS FATORES DE RISCO DA POPULAÇÃO NA MELHOR

Natalia Peres Bitencourt *
Francisco Camilo Toniolo **
Miguel Simão Haddad Filho **
Marcia Toshie Tamura **
Wagner Marques **
Douglas de Almeida Ribeiro ***
Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A hipertensão arterial sistêmica refere-se uma tensão excessiva exercida pelo sangue sobre as paredes arteriais, resultando na elevação da pressão arterial. Atualmente considera-se uma pressão arterial normal sistólica menor de 120 mm Hg e diastólica menor do que 80 mm Hg. Considera-se a PA sistólica entre 120 a 139 mm Hg ou PA diastólica entre 80 a 89 mm Hg como pré-hipertensão. O objetivo deste trabalho foi analisar estatisticamente as respostas obtidas em uma população de 97 pessoas da melhor idade, a fim de avaliar a presença da hipertensão e dos fatores de riscos da hipertensão arterial sistêmica nesta população alvo. Os resultados obtidos indicam que 46 pacientes entrevistados eram hipertensos. Dentre os fatores de risco imutáveis 55 pessoas tinham história de hipertensão na família. Dentre os fatores de riscos mutáveis 40 pessoas eram fumantes, 31 usam dieta rica em sal, 44 consomem gordura saturada, 55 consomem bebidas alcoólicas, 37 não fazem exercícios regularmente e 63 são obesos. Conclui-se que há uma necessidade urgente de se incrementar as campanhas de prevenção quanto os fatores de risco da hipertensão e levando em consideração os resultados obtidos, bem como de campanhas para diagnosticar de modo precoce a hipertensão arterial sistêmica.

JOF 005

CONTRIBUIÇÃO PARA O GRAU DE CONHECIMENTO DO CANCER BUCAL PELA POPULAÇÃO NA MELHOR IDADE

Rubia Fernanda de Lima Galzo *
Carlos Augusto de Melo Ferreira *
Larissa Fernandes de Castro *
Francisco Camilo Toniolo **
Luiz Alexandre Thomaz **
Miguel Simão Haddad Filho ***
Marcia Toshie Tamura ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF

O Carcinoma epidermóide ou espino-celular é o câncer bucal mais comum. Os estudos epidemiológicos mundiais mostram que esta doença é mais freqüente no gênero masculino, em pessoas com mais de cinquenta anos. Além do papel fundamental na detecção precoce desse tumor pelo cirurgião-dentista, é igualmente importante em todas as faixas etárias, ações educacionais preventivas sobre este tipo de câncer, pois estas ações conjugadas evitariam o desenvolvimento da doença e sua disseminação dada principalmente por via linfática (metástases). Desta forma a prevenção e o diagnóstico precoce estão diretamente ligados a fatores como formação e informação dos profissionais da saúde, sistema amplo de educação da população em geral. O objetivo deste trabalho foi verificar o grau de conhecimento da população através de uma análise estatística das respostas obtidas por questionário aplicado a 100

peças da melhor idade sobre o câncer bucal. Os resultados obtidos indicam que há necessidade de se incrementar programas educacionais sobre câncer bucal para a população

JOF 006

FACETAS EM PORCELANA: SOLUÇÃO E EXCELÊNCIA ESTÉTICA PARA DENTES ANTERIORES

Lucas Pizzolotto *

Verena Maia *

Airton Alves da Nobrega **

Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF

As facetas em porcelana feldspática há muito tempo ocupam lugar de destaque entre os sistemas cerâmicos indicados para facetas laminadas devido suas propriedades físicas e ópticas. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente, sexo feminino, que procurou serviço do curso de odontologia da universidade São Francisco com os dentes 11, 21, 22 e 12 apresentando restaurações em resina composta deficientes nas faces vestibular, prejudicando a estética e a harmonia do seu sorriso. O exame radiográfico mostrou tratamento endodôntico satisfatório nesses dentes. No planejamento optou-se pelo clareamento interno dos dentes 11,12 e 21, facilitando o posterior preparo e construção das facetas laminadas. Importante salientar que uma faceta tem em média 0,6mm de espessura e de acordo com a translucidez da porcelana, dentes extremamente escurecidos gerariam trabalhos restauradores insatisfatórios. As facetas em porcelana feldspática foram realizadas alcançando o objetivo proposto.

JOF 007

EMPREGO DE AGENTES CLAREADORES: INTERNO E EXTERNO NO CLAREAMENTO DE DENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Alessa Donizete Abrao *

Marco Antonio Domingues Alves *

Antonio Ruy Chaves Filho **

Reynaldo Machado de Sa ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF

Atualmente, existem técnicas de clareamento que podem ser empregadas em dentes vitais e não-vitais baseando-se na aplicação de agentes químicos, como o peróxido de carbamida e o peróxido de hidrogênio. Esses agentes por uma reação de oxidação, removem pigmentos orgânicos dos dentes. Cada vez mais, obtém-se sucesso no tratamento de clareamento em dentes tratados endodonticamente, pois as técnicas atuais são mais eficazes e seguras. Isso pode ser comprovado pela análise do seguinte caso: o paciente apresentando os dentes 11 e 12 com alterações de cor devido tratamento endodôntico mal realizado, onde o material restaurador foi o causador do escurecimento. Depois de verificada a etiologia da alteração de cor, decidiu-se fazer o clareamento utilizando a técnica indireta. O material clareador utilizado dentro da câmara pulpar, por quatro sessões foi o peróxido de hidrogênio a 35% e perborato de sódio, formando uma pasta. Nas quatro sessões clínicas realizadas não permitiu alcançar a cor natural. Por esta razão, foi necessário o uso do clareamento externo com o Whiteness HP (FGM), peróxido de hidrogênio a 35%, foto ativado com aparelho fotopolimerizador, em 3 etapas de 15 minutos cada uma. O resultado obtido foi favorável atendendo as expectativas iniciais

JOF 008

DOENÇA PERIODONTAL COMO FATOR DE RISCO PARA PARTO PREMATURO E RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

Maximiliano Corradini *
Paulo Sérgio Gomes Henriques**

* Professor Assistente - ACDC;

** Prof. Titular da Leopoldo Mandic;

Este estudo é uma revisão da literatura, no contemporâneo pensamento da periodontia médica, abordando a influência da doença periodontal em partos prematuros e bebês de baixo peso. Assunto rotineiro na área médica, a prematuridade dos bebês, leva ao aumento da mortalidade infantil, com conseqüentes influências a sociedade, necessitando de uma discussão mais aprofundada. Conhecer os fatores de risco a prematuridade tem sido o enfoque de ginecologistas e obstetras ao redor do mundo. Mais atualmente a periodontia tem dado sua contribuição, elucidando os aspectos inflamatórios / infecciosos das doenças periodontais que podem ter influência sobre estes partos. Isso poderá estabelecer futuras estratégias de prevenção às gestantes, o que talvez leve a incluir consultas odontológicas rotineiras a estas mulheres.

JOF 009

CAVIDADES CONSERVADORAS PARA RESINA COMPOSTA

Israel Victor de Oliveira *
Michele Lílian Pereira *
Rita de Cássia Pereira *
Keity da Gama Resende *
Marli Helena de Moares *
Renato Gomes Antoniazzi **

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

**Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O presente trabalho tem como objetivo apresentar de forma didática e sucinta os preparos conservadores, ou microcavidades para resina composta, que cumprem seu papel na Era da Odontologia Adesiva, com sua base em Buonocore (1955), tendo como alvo a preservação máxima de estrutura dentária sadia e não mais a extensão preventiva, classicamente idealizada por Black. São apresentados os passos laboratoriais para a confecção das cavidades Tipo Túnel, Slot Vertical e Slot Horizontal, com suas respectivas características, vantagens e indicações. A cavidade Tipo Túnel, a mais conservadora, é indicada para lesões de cárie com abordagem oclusal, sem envolver a crista marginal, em cáries incipientes e cáries amplas nas faces proximais de pré-molares e molares. Caracteriza-se pela comunicação da oclusal com a superfície proximal, sendo realizada com a broca esférica inclinada no sentido da lesão. A cavidade Slot Vertical, com apenas uma face envolvida é também indicada para cáries proximais, mas há o rompimento da crista marginal, que é uma estrutura dentária de reforço. Além da curva reversa de Hollenback, esse preparo possui retenções adicionais nas paredes vestibular e lingual, realizadas com a broca nº 699. Com menor tempo de preparo que as anteriores, a Slot Horizontal preserva a superfície oclusal e a crista marginal e tem sua parede axial acompanhando a configuração da face envolvida (mesial ou distal). Com recortador de margem gengival e enxada monoangulada realizamos seu acabamento, preservando o arredondamento de seus ângulos internos.

JOF 010**ANTIMICROBIANOS LOCAIS**

Decio Augusto Martins*
 Gustavo Brunhoreto *
 Maximiliano Corradini **
 Paulo Sérgio Gomes Henriques***

* Professor Assistente - São Leopoldo Mandic

** Professor Assistente – ACDC;

*** Prof. Titular da Leopoldo Mandic;

A terapia antimicrobiana há anos é utilizada como um suplemento na terapia periodontal. Um dos recentes avanços mais promissores na terapia periodontal foi o desenvolvimento de sistemas de liberação lenta e contínua para a administração do antimicrobiano diretamente na bolsa periodontal. Estes sistemas de liberação local é à base de clorexidina, tetraciclina, doxiciclina, minociclina e outros agentes antimicrobianos. A administração local do antimicrobiano supera algumas desvantagens da administração sistêmica por não levar a resistência bacteriana, dentre outros efeitos adversos. O uso de antimicrobianos locais de liberação lenta tem indicação e modo de utilização específico na terapia periodontal

JOF 011**PLANEJAMENTO EM PPR**

Andréia Borges*
 Danielle Campos *
 Tatiana Costalonga *
 Altamiro Yutaka Fujino **
 Hiroshi Furukawa **
 Neif Donizete Abrão **
 Karina Andréa Novaes Olivieri ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A Prótese Parcial Removível em virtude de sua ampla indicação ainda merece atenção na odontologia , mesmo que essa apresente algumas limitações .Para uma boa execução da PPR é necessário um bom planejamento que respeite as estruturas de suporte, onde diminua as diferenças de resiliência das estruturas de suporte. Alguns aspectos devem ser salientados para execução do planejamento, modelos de estudo bem articulados, um delineamento criterioso, onde o equador protético é evidenciado , trajetória de única inserção e confecção de planos- guias. O objetivo desse trabalho é mostrar a importância de um bom planejamento respeitando os princípios biológicos e mecânico, distribuindo assim os elementos da prótese parcial removível restabelecendo as funções perdidas, tendo maior probabilidade de sucesso em seu tratamento e satisfação do paciente.

JOF 012**A INFLUÊNCIA DA RESPIRAÇÃO BUCAL NAS ALTERAÇÕES FACIAIS E OCLUSAIS**

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Verena Pereira Maia *
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A respiração bucal é freqüente, podendo ser combinada com a respiração nasal em diferentes graus. Existem algumas alterações que ocorrem nas estruturas do sistema respiratório, que resultam na obstrução das vias aéreas, sendo fator de aparecimento da respiração bucal. Muitos dos problemas oclusais e das alterações no crescimento e desenvolvimento craniofacial são recorrentes da respiração bucal. Embora seja difícil identificar o nível mínimo de respiração bucal que induzirá às deformidades dentofaciais, é evidente

que quanto mais cedo se instalar a respiração bucal, maiores serão as alterações de desenvolvimento dentofaciais, devido ao osso jovem ser facilmente moldável. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura, e relatar as alterações na oclusão, e as características da face do respirador bucal, tais como suas etiologias.

JOF 013

RESTAURAÇÕES POSTERIORES EM RESINA COMPOSTA MÉTODOS DE RECONSTRUÇÃO DO CONTATO PROXIMAL

Anita Oliveira Scanavini *
 Letícia Maria Teles *
 Mauro Pizzolotto *
 Antonio Ruy Chaves Filho **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Devido ao aumento no emprego das resinas compostas em dentes posteriores passou a haver uma maior dificuldade no restabelecimento do ponto de contato proximal, pois a resina não sendo condensável, determinava a falta de material na região proximal e como consequência, falha na restauração. A partir dessa dificuldade surgiram alguns métodos alternativos para o restabelecimento dos contatos interproximais, são eles: Contact Pro e Light Tip, que se apresentam como instrumentos plásticos, têm sua superfície convexa, reproduzindo uma superfície curva no sentido cérvico-oclusal e uma abertura central que possibilita a inserção e a manutenção de um pequeno incremento de resina composta após a polimerização, que manterá o contato proximal. É um instrumento translúcido, e por ter essa característica permite e direciona a passagem do feixe de luz do fotopolimerizador até a porção mais cervical do preparo. Também possui duas ponteiros ergonômicos para reproduzir as faces mesial e distal. É utilizado após a polimerização de uma primeira porção de resina. A resina é posicionada na parte central do instrumento onde existe uma abertura. Posteriormente a resina é levada para o preparo, pressionada contra a matriz e o dente vizinho. Permanecendo nessa posição até o final da polimerização. A resina tipo Flow é utilizada para preencher as ranhuras deixadas pelo Contact Pro, evitando assim, a incorporação de bolhas de ar.

JOF 014

TIPOS DE APARELHOS INTRA-BUCAIS PARA DISTALIZAÇÃO DE MOLARES SUPERIORES

Dayana Carvalho de Pádua *
 Karen Rosa da Silva *
 Marcos Valério Ferrari **
 Cristiane Bonucce Ribeiro Zanesco **
 José Ricardo Scanavini ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Os aparelhos convencionais de distalização de molares (aparelhos extra-bucais) trazem para o paciente um incômodo social muito grande. Esse problema pode ser amenizado pela indicação, quando adequado, de aparelhos intrabucais que promovem a distalização de molares sem comprometimento estético. Esses aparelhos são bem sucedidos atualmente devido ao grande desenvolvimento das ligas metálicas, como as ligas de níquel-titânio e titânio-molebidênio, que são ligas que apresentam memória elástica, podendo estar ativadas continuamente. Nessa modalidade temos alguns tipos de aparelhos que fazem uso de molas de níquel-titânio como: os aparelhos Distal-Jet, Jones-Jig e as próprias molas de níquel-titânio; e com as ligas de titânio-molebidênio: os aparelhos Pêndulo e Pend-X.

JOF 015

ESTUDO COMPARATIVO IN VITRO DA ADAPTAÇÃO DOS NÚCLEOS METÁLICOS FUNDIDOS ATRAVÉS DA TÉCNICA DE MOLDAGEM E MODELAGEM

Debora Molin Sila Fujino *
 Roberta Cristina Domingues Paes *
 Altamiro Yutaka Fujino **
 Marcia Toshie Tamura **
 Hiroshi Furukawa **
 Neif Donizete Abrão **
 Karina Andrea Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Frequentemente existem situações clínicas relacionadas com a quantidade de perda de estrutura coronária do dente que causam dúvidas ao cirurgião dentista quanto à forma correta e segura de se restaurar esses dentes. Mesmo com a evolução dos materiais restauradores, os núcleos metálicos fundidos continuam a ser a forma mais simples de reconstrução dos dentes com pouco remanescente coronário. O objetivo desta pesquisa foi avaliar através de exames radiográficos qual das duas técnicas, apresentava melhor resultado de adaptação final. Através dos resultados obtidos pode-se concluir que a técnica de modelagem apresentou melhor adaptação.

JOF 016

AVALIAÇÃO EM MODELOS DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS POSIÇÕES INTER MAXILARES DE RC E MIH EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

Carina de Cássia Andrade *
 Marina Scorza Motta *
 Karina Andrea Novaes Olivieri **
 Hiroshi Furukawa ***
 Altamiro Yutaka Fujino ***
 Neif Donizete Abrão ***
 Márcia Toshie Tamura***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Avaliação da discrepância oclusal entre MIH e RC 1-Introdução Este estudo será desenvolvido com o objetivo de realizar uma avaliação na discrepância entre as posições inter-maxilares MIH e RC, em indivíduos pertencentes a um grupo de controle, sem sintomatologia de dor e sem disfunção da articulação temporomandibular. Tendo em mãos esses valores, uma investigação dos mesmos proporcionará o conhecimento do quanto está relacionadas às discrepâncias com pacientes assintomáticos, ou seja, sem dores ou disfunções na articulação temporomandibular. Este estudo tem como orientação de pesquisa a avaliação de dados qualitativos a partir de inferências no campo amostral de 30 indivíduos alunos da disciplina Oclusão, do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco. A avaliação clínica será realizada em indivíduos de ambos os sexos, dentados sem presença de sintomatologia de dor e disfunção temporomandibular, com finalidade de mensurar a presença da discrepância entre as posições de relação cêntrica e máxima intercuspidação habitual em modelos de estudos montados em articulador. 2- Metodologia Este estudo será desenvolvido de acordo com as etapas abaixo: 1ª - será feito à moldagem com alginato dos pacientes para obtenção dos modelos superior e inferior. 2ª - transporte dos modelos para articuladores semi ajustáveis (ASA) Bio-Art em posição de relação central. Esse registro inter-maxilar na posição de RC será obtida com auxílio do Jig de Lucia e cera utilidade para manipulação mandibular. O modelo superior será transportado através do arco facial e o modelo inferior através do registro da mordida em cera. 3ª - traçar uma linha no longo eixo do dente pré-molar superior, na face vestibular, estendendo essa linha até o dente antagonista correspondente no modelo inferior, tanto do lado direito como do esquerdo da face. 4ª - deslizar os modelos de RC para MIH (intercuspidando-o), e faz um novo traçado no pré-molar inferior. 5ª - mede-se a distância que ficou entre as linhas demarcadas do modelo inferior, a fim de se obter a discrepância em valores numéricos das posições de RC e MIH. 3-Resultado De uma amostra

de 30 pacientes assintomáticos, sete pacientes apresentaram coincidência entre relação central e máxima intercuspidação habitual; cinco pacientes apresentaram discrepância oclusal na hemi arcada esquerda e RC coincidindo com MIH na hemi arcada direita; 18 pacientes apresentaram discrepância oclusal em ambos lados. 4-Conclusão Ao analisar os resultados obtidos ao longo da pesquisa pode-se concluir mesmo que pacientes não possuam sintomatologia considerável, estes apresentam na maioria dos casos discrepância entre RC e MIH.

JOF 017

PAPILOMA EM MUCOSA BUCAL: APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Carolina André Pereira *
Natália Peres Bitencourt *
Roberta Navi *
Sílvia Cristina Mazeti Torres **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O papiloma é uma neoplasia epitelial benigna de crescimento lento e progressivo na qual ocorre proliferação do epitélio escamoso estratificado, sendo bastante comum na boca, de aspecto exofítico, geralmente pediculado, papilar ou verrucoso e sendo seu desenvolvimento relacionado ao HPV, especialmente os subtipos 6 e 11. O HPV se manifesta mais comumente na mucosa bucal sob as formas de verruga vulgar, papiloma escamoso, condiloma acuminado e hiperplasia epitelial focal. O HPV pode ser transmitido através do contato direto com a pele ou a mucosa, após traumatismos menores localizados (durante as relações sexuais ou após uma pequena abrasão sobre a pele ou mucosa). As manifestações bucais associadas ao HPV podem ser tratadas por meio de remoção cirúrgica, crioterapia, eletrocauterização, vaporização a laser de CO₂, agentes citolíticos ou através da terapia imunológica. No entanto, as chances de recorrência são elevadas, principalmente em indivíduos infectados pelo HIV. O aspecto clínico é caracterizado por uma pápula de coloração rósea, brando a palpação, indolor. Geralmente são únicos, de pequenas dimensões e apresentam múltiplas projeções teciduais diminutas de aspecto digitiformes ou verrucóides, tornando-a parecida com uma couve-flor. Situa-se, na maioria das vezes, na região da úvula, palato, língua, lábios. Pode ocorrer em qualquer idade, sendo a 3^o e 5^o década a faixa mais freqüente, sem predileção por sexo. Este trabalho tem como finalidade apresentar casos clínicos de pacientes portadores de lesões em mucosa bucal com diagnóstico final, obtido através de biópsia excisional, de papiloma. Serão discutidos os aspectos clínicos, os exames complementares para diagnóstico, as alterações histológicas observadas, o tratamento para essa patologia e a relação do papilomavírus humano com as lesões papilomatosas, relacionando esse fator com a carcinogênese e as doenças sexualmente transmissíveis.

JOF 018

DISPLASIA FIBROSA: CASO CLÍNICO

Thais Helena Alves dos Santos *
Carolina André Pereira *
Fabiana Alves Ferreira *
Luiz Gabriel Signorelli **
Wagner Marques ***
Luís Alexandre Thomaz ****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Graduado - Universidade São Francisco;

*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

**** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente APS, sexo feminino, 30 anos, parda, compareceu à clínica de Odontologia da USF com uma grande lesão na região de vestíbulo bucal superior e palato, cujo diagnóstico final foi de displasia fibrosa monostótica. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso, as características clínicas e radiográficas dessa patologia, assim como seus aspectos histológicos, tratamento e prognóstico. A displasia fibrosa é uma lesão fibro-óssea benigna na qual o osso normal é substituído por tecido fibroso e afeta mais jovens e adultos, ocorrendo mais em mulheres. Pode envolver um osso (monostótica) ou múltiplos ossos (poliostótica). Às características clínicas são: crescimento lento, indolor, consistência pétrea, mucosa e pele com aspectos normais causando deformidade e aumento de volume do osso, assimetria facial se torna evidente e os

dentes são afastados pela expansão óssea. O aspecto radiográfico varia com o estágio evolutivo do processo e pode ser dividido em três fases distintas: lesão radiolúcida, mista e radiopaca. Histologicamente há uma proliferação de fibroblastos em estroma compacto de fibras colágenas entrelaçadas e trabéculas ósseas sem um padrão definido de orientação lembrando a forma de letra C. O diagnóstico é obtido por biópsia, juntamente com informações clínicas e material radiográfico do caso. O tratamento é essencialmente cirúrgico e o prognóstico varia muito em função dos distúrbios sistêmicos e dos danos anatomofuncionais ocorridos. No pós-operatório do caso relatado não houve intercorrências, e a paciente retornou para retirada dos pontos em X dias, apresentando resultados satisfatórios na estética facial.

JOF 019

TÉCNICA DE RETALHO PERIODONTAL COM FINALIDADE DE INSTRUMENTAÇÃO RADICULAR

Pâmela Gaspari Ferracini *
 Vanessa Oliveira Costa *
 Deborah de Freitas *
 Tatiane Guedes *
 Jose Eduardo Bacci *
 Luis Fernando Ferrari Bellasalma **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente Rubens Farinasso, 59 anos, apresentou-se à Clínica Odontológica da USF com bolsas periodontais nos dentes 23 e 25 evidenciadas por sondagem. O caso foi avaliado quando optamos pela técnica cirúrgica do retalho de Widman modificado e cunhas proximais, para acessarmos as superfícies das raízes dentárias subgingivais facilitando assim a raspagem e aplainamento destas, buscando com isso a diminuição das bolsas periodontais. Técnica cirúrgica do retalho de Widman modificado: • A incisão inicial é feita de 0,5 a 1mm da margem gengival e paralela ao eixo longitudinal do dente. • Após o rebatimento cuidadoso dos retalhos, é feita a segunda incisão intra-sulcular ate a crista óssea alveolar. • A terceira incisão é feita no sentido horizontal e próximo à superfície da crista óssea, separando deste modo o colar do tecido mole das superfícies radicular e osso alveolar. • Remoção do tecido de reação de granulação com uma cureta. Após curetagem, os retalhos são cuidadosamente ajustados para proteger o osso alveolar e suturados. Outra técnica cirúrgica utilizada foi a de cunha interproximal, para reduzir a profundidade das bolsas: incisão vestibular e palatina formando um triângulo, incisão sulcular proximal, incisão no rebordo soltando o tecido do mesmo, • remoção do tecido em forma de cunha, sutura.

JOF 020

TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Mariana Amádio *
 Ana Laura Coser Bridi *
 Eliana Pannunzio **
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **
 Maria de Fátima Martins Claro ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A realização do tratamento odontológico ideal muitas vezes torna-se difícil, especialmente na criança que não coopera. Ainda assim, as lesões de cárie precisam ser tratadas de modo eficaz permitindo que o dente decíduo cumpra o seu ciclo biológico. O tratamento restaurador atraumático (ART), consiste na remoção de estrutura cariada, usando apenas instrumentos manuais, e restauração da cavidade preparada com um material adesivo, desenvolvido para essa finalidade, o cimento de ionômero de vidro (CIV). O CIV, foi escolhido por se aderir à estrutura dental e continuar tendo efeitos preventivos pela liberação de fluoretos. Por ser uma técnica manual de remoção do tecido dental cariado, não exige infra-estrutura voltada ao atendimento odontológico, equipamentos elétricos e, sofisticados sistemas restauradores. O objetivo deste trabalho é explicar o tratamento restaurador atraumático, suas aplicações, e vantagens.

JOF 021

AS ALTERAÇÕES NA SALIVA EM PACIENTES COM CÂNCER

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Mariana Amádio *
 Ana Laura Coser Bridi *
 Eliana Pannunzio **
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **
 Maria de Fátima Martins Claro ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O câncer de boca é o sétimo mais freqüente e o nono em mortalidade em ambos os sexos no Brasil. O câncer de boca inclui o câncer de lábio, mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e soalho bucal. As alterações na saliva podem ser identificadas em pacientes com câncer que ainda não começaram a fazer o tratamento ou até mesmo em pacientes que não sabem que possuem a doença. Portanto a saliva pode ser usada como fonte de diagnóstico. Embora a quimioterapia e a radioterapia reproduzam resultados satisfatórios em termos terapêuticos, podem originar alterações na saliva e na mucosa. Esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura, e relatar as alterações da saliva em paciente com câncer, antes e depois do tratamento quimioterápico e radioterápico.

JOF 022

EFEITOS NOCIVOS DOS HÁBITOS DE SUÇÃO NA FORMAÇÃO DA DENTIÇÃO PERMANENTE

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Mariana Amádio *
 Ana Laura Coser Bridi *
 Eliana Pannunzio **
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **
 Maria de Fátima Martins Claro ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A sucção está presente nos primeiros anos de vida da criança, e tem papel importante na harmonia funcional dos músculos que atuam na cavidade bucal. Esses hábitos não sendo tratados no seu tempo exato e de forma correta são fatores etiológicos muito comuns na determinação das maloclusões, e que devido a essas conseqüências causam problemas bucais em geral, como má posição da língua, deglutição atípica e respiração bucal. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as alterações funcionais do sistema estomatognático que ocorrem nos hábitos de sucção, e causam uma desarmonia no equilíbrio das forças naturais que atuam na cavidade bucal, ocasionando os diversos problemas oclusais a serem abordados.

JOF 023**CONDUTA DIFERENCIADA PARA PACIENTES ESPECIAIS**

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Mariana Amádio *
 Ana Laura Coser Bridi *
 Eliana Pannunzio **
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **
 Maria de Fátima Martins Claro ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Os Pacientes portadores de deficiências neuropsicomotoras, possuem particularidades comportamentais e sistêmicas de interesse odontológico. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso d uma paciente S.T.L.P., do sexo feminino, portadora de Síndrome de Down, que procurou a Clínica Odontológica da Universidade São Francisco, acompanhada de sua avó, com queixa principal de dor no dente no ato da mastigação. A paciente possuía o dente 83 fusionado, causando um apinhamento nos incisivos inferiores, sendo este, indicado para exodontia. Na conduta odontológica, foi necessário fazer uma adaptação da paciente com o ambiente da clinica, e tratá-la com cuidados especiais, devido sua agitação e suas limitações especiais.

JOF 024**DEGLUTIÇÃO ATÍPICA**

Vivian Pereira Maia *
 Gabriela Depentor Gesuatto *
 Mariana Amádio *
 Ana Laura Coser Bridi *
 Eliana Pannunzio **
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **
 Maria de Fátima Martins Claro ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A Deglutição é um ato neuromuscular de grande complexidade que se inicia na vida fetal. É uma ação automática comandada pelo tronco cerebral. O objetivo da deglutição é de transportar o bolo alimentar (saliva, líquidos e alimentos) para o estômago e realizar a limpeza do trato respiratório. Assim, na deglutição normal infantil a língua estará empurrando os rebordos das gengivas e os lábios. Com o amadurecimento do sistema neuromuscular e a irrupção dos molares superiores e inferiores, começa o aprendizado da mastigação e a criança começa então a adquirir o padrão de deglutição normal. Este trabalho tem como objetivo analisar as causas e os aspectos da deglutição atípica que é uma forma inadequada da língua e outros músculos que participam do ato de deglutir, durante a fase oral, realizar essa função.

JOF 025**Melanoplastia**

Laura Luisa Pulito de Aguiar *
 Fabiana Alves Ferreira *
 Cleciano Souza Arcanjo *
 Érica do Carmo Henrique *
 Mauricio Teixeira Duarte **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A presença da melanina, sob diversas formas, no tecido gengival de pacientes melanodermos, não é, de maneira alguma, sinal de patologia, apenas uma variação de normalidade. A melanoplastia consiste na remoção dessa camada quaretanizada do epitélio onde esta a melanina.

JOF 026

LESÕES CANCERIZÁVEIS NA ODONTOLOGIA

Verena Pereira Maia *
 Juliano Maciel Lustosa Pinto *
 Lucas Pizzolotto *
 Silvia Cristina Mazeti Torres **
 Maurício Teixeira Duarte **
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O câncer de boca ocupa uma posição de destaque entre os tumores malignos do organismo devido a sua alta incidência. O diagnóstico precoce do câncer bucal é feito pelo cirurgião dentista, e depende do conhecimento do mesmo sobre os fatores de risco para o câncer bucal bem como sobre as lesões cancerizáveis. As lesões cancerizáveis são alterações que indicam maior risco de transformação maligna em uma região. Sua presença pode ocasionalmente preceder o desenvolvimento do câncer. Dentre as lesões cancerizáveis, as que merecem maior destaque são: leucoplasia, líquen plano, nevos, estomatite nicotínica e queilite actínica. É muito importante que a população tenha conhecimento mínimo sobre lesões bucais que podem evoluir para o câncer. Este trabalho tem como objetivo apresentar conceitos e principais características clínicas dessas lesões, com o propósito de informar a população sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal.

JOF 027

NEUROFIBROMA PLEXIFORME SOLITÁRIO – RELATO DE CASO

Verena Pereira Maia *
 Juliano Maciel Lustosa Pinto *
 Vivian Pereira Maia *
 Silvia Cristina Mazeti Torres **
 Maurício Teixeira Duarte **
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O neurofibroma é o tipo mais comum de neoplasma de nervos periféricos, que se origina de uma mistura de tipos celulares, incluindo as células de Schwann e fibroblastos perineurais. Os neurofibromas podem originar-se como tumores solitários ou ser um componente da neurofibromatose. Neurofibromatose do tipo 1, também conhecida como neurofibromatose de Von Recklinghausen ou periférica, é uma doença autossômica dominante caracterizada por múltiplos neurofibromas, neurofibromas plexiformes, que podem evoluir para o tumor maligno da bainha de nervos periféricos, gliomas de nervo óptico e outros astrocitomas, lesões melânicas, como manchas café com leite, sardas axilares e inguinais e hamartomas da íris. Os neurofibromas plexiformes são praticamente patognomônicos da doença e ocorrem em um quarto a um terço dos pacientes. Na cabeça e pescoço, localizam-se preferencialmente na divisão orbitária do trigêmeo. Neurofibromas plexiformes podem desenvolver-se já no primeiro ou segundo ano de vida como um crescimento subcutâneo com margens mal definidas, e podem causar deformidades grosseiras mais tardiamente, afetando extensas áreas do corpo. Casos de Neurofibromas plexiformes solitários não relacionados a neurofibromatose do tipo 1 são raros. O trabalho consiste no relato de um caso clínico de neurofibroma plexiforme solitário localizado em rebordo alveolar inferior.

JOF 028**PRÓTESE SOBRE IMPLANTES**

Marcelo Augusto Alves da Fonseca Silva *
Regiane Arraes Amado *
Karina Andréa Novaes Olivieri **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

É cada vez mais comum a procura de próteses sobre implantes, no dia-a-dia clínico, pelos pacientes, tornando esta modalidade terapêutica muito corriqueira e popular. Dentre os objetivos das reabilitações implanto-suportadas, destaca a funcionalidade, uma vez que o rebordo alveolar que recebe a instalação de um implante responde bem aos estímulos, ou melhor, transmite as forças oclusais diretamente ao osso, e consequentemente preserva o mesmo, e quanto à estética e satisfação, não apenas do profissional cirurgião dentista, como também do paciente. O conceito de osseointegração foi desenvolvido por Branemark e posteriormente ganhou adeptos em várias partes do mundo, aumentando muito as pesquisas nessa área totalmente desconhecida, porém com um futuro muito promissor. Este trabalho trata-se de um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, que se queixava em relação à prótese removível inferior que possuía, tanto esteticamente quanto no que diz respeito ao desconforto gerado por este tipo de prótese. Foi proposto então a instalação de 2 implantes na região posterior da mandíbula, com o intuito de restabelecer os elementos 46 e 47. Devido ao rebordo alveolar extremamente reabsorvido e as limitações anatômicas da região, a inserção dos implantes não permitiu que se confeccionasse as próteses unidas e parafusadas, porém através de um enceramento de diagnóstico, em conjunto com o técnico em prótese dentária, foi proposto a confecção da infra-estrutura unida e fresada para receber os copings unitários correspondente de cada elemento, e devido a grande reabsorção, foi proposto também a aplicação de gengiva em cerâmica na infra-estrutura, afim de melhorar a estética e suprir a necessidade almejada por parte da paciente

JOF 029**A IMPORTÂNCIA DO AFASTAMENTO GENGIVAL EM REABILITAÇÕES BUCAIS PROTÉTICAS**

André Henrique Ferfaglia Possebon *
Sandro Godoi Lomba *
Karina Andrea Novaes Olivieri **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O sucesso final de uma restauração protética será igual a soma dos sucessos conseguidos a cada passo operatório. Sua qualidade está na dependência, antes de tudo, de sua integração biológica com o periodonto. Com a recente evolução dos materiais de moldagem, técnicas mais simplificadas de afastamento gengival podem ser utilizadas. Porém, apesar dessas evoluções, nenhum dos materiais de moldagem, conseguem deslocar espontaneamente os tecidos gengivais. A localização dos limites cervicais dos preparos coronários dos dentes que recebem próteses fixas deve seguir normas que possuem o espaço biológico e a borda da gengiva marginal como referencial. O afastamento gengival deve atender a dois pré-requisitos: causar o menor dano possível ao periodonto e ser reversível. Os métodos para obtenção do afastamento podem ser classificados em mecânicos, mecânicos-químicos e cirúrgicos. O método mecânico consiste na confecção de dispositivos que afastam o tecido gengival por pressão, podendo servir como recipientes para o material de moldagem (ex.: anel de cobre e casquetes de resina acrílica). Os meios mecânicos-químicos utilizam fios embebidos em drogas adstringentes, cauterizadoras ou vaso-constritoras que desidratam e afastam a gengiva do término dos preparos. Entre os meios cirúrgicos podemos citar a eletrocirurgia, a curetagem com instrumentos rotatórios, o uso de laser e cirurgias de aumento de coroa, gengivoplastia, cunhas interproximais. Este trabalho se propõe a uma revisão da literatura sobre os diferentes tipos de afastamento gengival, os possíveis danos causados ao periodonto, indicações e contra-indicações, bem como as vantagens e desvantagens desses métodos, a fim de facilitar a escolha da técnica mais adequada a situação clínica presente.

JOF 030

RESTAURAÇÃO ESTÉTICA REFORÇADA COM PINO INTRARRADICULAR DE FIBRA DE VIDRO APÓS TRATAMENTO ENDODONTICO

Andre Luis Vieira *
Aguinaldo Scarpari *
Pâmela Gaspari Ferracini *
Renato Gomes Antoniazzi **
Nelza A. Ishimoto **
Miguel Haddad Filho **
Deborah de Freitas ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente procurou a clinica de odontologia da Usf para realização de um tratamento odontologico.Durante a anamnese, exame clinico e radiologico detectamos carie ampla no dente 13.No exame clinico foi detectado,carie de grande extensão com agressão a polpa.O dente nao apresentava sintomatologia dolorosa e nem vitalidadeaos testes termicos(gás refrigerante)e a gengiva da região apresentava aspecto de normalidade.Como plano de tratamento, realizou a endodontia do dente 13, seguido de restauração estetica com pino intrarradicular, já que o dente apresenta mais de 3mm de estrutura coronaria remanescente.O tratamento endodontico foi todo realizado em 2 sessões.O pino de fibra de vidro foi cimentado com cimento de ionomero de vidro e reconstruido com resina composta Z350(3m).

JOF 031

PRÓTESE SOBRE IMPLANTES - INFRA-ESTRUTURA PARAFUSADA E COROAS CIMENTADAS

Marcelo Augusto Alves da Fonseca Silva *
Regiane Arraes Amado *
Neif Donizete Abrão **
Márcia Tamura **
Altamiro Yutaka Fujino**
Hiroshi Furukawa **
Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Especialista - EAP-APCD;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF

Atualmente é cada vez mais comum a procura de próteses sobre implantes no dia-a-dia clínico pelos pacientes, tornando esta modalidade terapêutica muito corriqueira. Dentre os objetivos das reabilitações implanto-suportadas, destaca-se a funcionalidade, uma vez que o rebordo alveolar que recebe a instalação de um implante responde bem aos estímulos, ou melhor, transmite as forças oclusais diretamente ao osso, e conseqüentemente preserva o mesmo, e quanto à estética e satisfação, não apenas do profissional cirurgião dentista, como também do paciente. O objetivo desse trabalho foi relatar a instalação de implantes e próteses de uma paciente que se queixava em relação à prótese removível inferior que possuía, tanto esteticamente quanto no que diz respeito ao desconforto. Foi proposto então a instalação de 2 implantes na região posterior da mandíbula, com o intuito de restabelecer os dentes 46 e 47 ausentes. Devido ao rebordo alveolar extremamente reabsorvido e as limitações anatômicas da região, a inserção dos implantes não permitiu que se confeccionasse as próteses unidas e parafusadas, porém através de um enceramento de diagnóstico, em conjunto com o técnico em prótese dentária, foi proposto a confecção da infra-estrutura unida e fresada para receber os copings unitários correspondente de cada elemento, e devido a grande reabsorção, foi proposto também a aplicação de gengiva em cerâmica na infra-estrutura, a fim de melhorar a estética e suprir a necessidade almejada por parte da paciente. O tratamento foi concluído com sucesso.

JOF 032

RESTAURAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES UTILIZANDO A TÉCNICA DA MURALHA

Adriana Siriani *
Tatilla Quirino *
Airton Alves da Nobrega **
Antonio Ruy Chaves Filho***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da US

Fraturas em dentes anteriores trazem um comprometimento estético com conseqüências sociais e psicológicas. Os pacientes que sofrem traumas e tem a sua estética alterada subitamente anseiam por um tratamento rápido com resultado estético. Muitas vezes não é possível utilizar a técnica de colagem de fragmento dentário, sendo necessário a aplicação de outras técnicas que possam satisfazer o paciente utilizando resinas compostas na técnica direta. Uma das técnicas direta é a técnica da muralha, que consiste na utilização de uma matriz de silicone que nos dá um perfeito contorno anatômico da estrutura dental através da moldagem da reconstrução do fragmento em cera no modelo de gesso. Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clinico de um paciente com fraturas nos dentes anteriores por utilização de piercing lingual, a qual optamos pela técnica da muralha. Relato de caso: Paciente procurou a clinica de Dentística Restauradora da USF, tendo como queixa três dentes fraturados, durante o exame clinico intra-bucal foi verificado a presença de um piercing lingual, onde foi percebido uma parafunção de interpor o piercing entre os dentes Para um planejamento adequado, realizou-se moldagem da arcada superior e inferior para obtenção dos modelos iniciais. Após a avaliação dos modelos iniciais foi realizado o enceramento de diagnóstico, para restabelecer, em cera, o contorno dentário adequado. Sobre o modelo com o enceramento de diagnostico foi adaptado silicone de condensação para obtenção de uma muralha, que é transferida para a boca do paciente realizando a fidelidade da adaptação. Com a muralha em posição temos um anteparo das faces palatinas e incisais, desta forma inicia-se a restauração por incrementos com resina composta. Após a reconstrução das faces palatinas e incisais com a utilização da muralha é concluída a restauração das faces proximais e vestibulares. O resultado final obtido com a utilização da muralha de silicone para restauração dos dentes fraturados foi satisfatório estética e funcionalmente. Conclusão: A técnica da muralha por ser uma técnica relativamente rápida e com grande resultado estético-funcional, é a técnica mais adequada para múltiplas fraturas de dentes anteriores em que se deseja obter um resultado

JOF 033

OVERDENTURE SOBRE IMPLANTE

Robinson Novaes da Silva *
Mauro Pizzolotto *
Altamiro Fujino **
Hiroshi Furukawa **
Márcia Tamura **
Neif Donizete Abrão **
Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Introdução: O conceito de overdenture (sobredentadura) estabelece que ela é uma prótese total que obtém suporte em um ou mais dentes, os quais são completamente envolvidos sob sua superfície basal. Sua finalidade é a conservação do osso alveolar, através da manutenção das raízes dentárias, assim como da propriocepção dos ligamentos periodontais que atuam como um sinal contra a sobrecarga do sistema mastigatório. Além de minimizar a reabsorção óssea alveolar, a utilização das raízes como suporte podem contribuir para melhorar a retenção e estabilidade de próteses extensas, servindo também como um modo de transição menos traumática para uma prótese total. Metodologia : Trata-se de um estudo bibliográfico cuja trajetória apoiou-se nas leituras metodológicas exploratórias e seletivas do material de pesquisa. Resultados: Verificou-se que o uso de overdenture auxilia na estabilização da prótese, diminui a reabsorção óssea não comprometendo assim o sistema mastigatório, sendo um benefício para pessoas cuja prótese não pára na boca. Conclusão : As próteses retidas por implantes osseointegrados, também chamadas

overdentures, são hoje, a opção mais previsível e satisfatória, provendo um alto grau de retenção e de estabilidade.

JOF 034

LIGADURAS VASCULARES EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

Leandro Lauriti *
Wagner Marques **
Clóvis Bandeira **

* Especialista - EAP-APCD;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Inúmeras vezes em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, se faz necessário a ligadura de vasos sangüíneos, em decorrência de hemorragias após traumatismos, com o intuito de interromper a perda de sangue que pode levar a um choque hipovolêmico, ou previamente durante um procedimento cirúrgico para prevenção de um sangramento mais intenso. A prática de ligadura vascular prévia é muito utilizada em cirurgia, não ocasionando nenhum déficit na irrigação sangüínea. As numerosas e amplas anastomoses faciais com as artérias contralaterais e com outras, promovem um suprimento sangüíneo adequado para as regiões envolvidas. Para a realização de um procedimento cirúrgico, sempre deve ser avaliado uma área de possível acidente vascular, podendo ser utilizado desse meio para evitar essa ocorrência. É também necessária uma análise das bases anatômicas para a ligadura dos vasos na região facial. Além da perda de sangue no trans-operatório, a ligadura prévia é também importante para impedir um ressangramento no pós-operatório, o que faria com que o paciente se submetesse a um procedimento cirúrgico adicional. Este trabalho tem o objetivo de demonstrar as possíveis ligaduras vasculares na região facial, que podem ser realizadas previamente aos tratamentos cirúrgicos bucomaxilofaciais.

JOF 035

HEMANGIOMA

Lívia Altero Longo *
Letícia Savaris *
Reynaldo Machado de Sá **
Antonio Ruy Chaves Filho ***
Luis Alexandre Tomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Considerado por alguns autores como neoplasia de origem vascular (Tommasi, 2000) e por outros (Neville, 2005) como anomalia de desenvolvimento (hamartoma), os hemangiomas geralmente são detectados na infância, e podem ser classificados em dois tipos: Cavernosos: são os maiores, geralmente congênitos e abrangendo áreas mais extensas, podendo acometer tecido ósseo (intra-ósseo). Apresenta grandes espaços vasculares delimitados por células endoteliais. Capilar: São os mais comuns no sexo feminino, geralmente de origem traumática (adquiridos), de pequenas dimensões iniciando-se com uma área avermelhada. Apresentando proliferação de grande número de vasos sanguíneos (capilares). Clinicamente representado por lesões de manchas ou bolhas de conteúdo sanguíneo de coloração azul/vermelho/arroxado, de tamanho variado, onde durante a manobra de semiotécnica de diascopia desaparecem momentaneamente. A principal importância desse trabalho é demonstrar os cuidados primordiais em uma paciente portadora de Hemangioma Caveroso, acometendo região de lábio inferior mucosa jugal, assoalho de boca, ventre e dorso de língua, palato mole, do lado esquerdo. Dentre eles destacamos a anestesia e o risco de perfuração com instrumentais perfuro-cortantes durante o tratamento odontológico de rotina.

JOF 036**TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA CORREÇÃO ESTÉTICA**

Heloisa Morais Singh de Andrade *
 Airton Alves da Nóbrega **
 Luis Fernando Ferrari Bellasalma ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 **Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente com 25 anos, sexo masculino, procurou a clinica da Universidade São Francisco para tratamento dentário. Depois de realizado plano de tratamento foi proposto redução de diastema presente entre os incisivos centrais. Para tal correção estética foi necessário realizar cirurgia reconstrutiva (Frenotomia) com a finalidade de mudar a inserção do freio labial para posição mais apical e esvaziamento papilar para otimizar o sucesso do tratamento restaurador. Como houve sucesso pós-operatório, o paciente foi submetido ao fechamento do diastema com aumento dos incisivos centrais e reconstrução da face mesial de cada dente. Após o término do trabalho obtivemos sucesso do procedimento estético e grande satisfação do paciente no qual nota-se agora um sorriso saudável e harmonioso.

JOF 037**TRATAMENTO DE HEMANGIOMA COM ETAMOLIN**

Willian Dias Tamburi dos Santos *
 Robinson Novaes da Silva *
 Paula Fernanda Marconde *
 Mauricio Teixeira Duarte **
 Silvia Torres **
 Luis Alexandre Tomaz ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente com Hemangioma capilar, na região de lábio inferior e fundo de sulco na região de canino inferior, o tratamento proposto ao caso foi a esclerose química da lesão usando etamolin, o pós-operatório foi bem satisfatório com regressão total das lesão.

JOF 038**RESTAURAÇÕES INDIRETAS EM DENTES POSTERIORES COM RESINA COMPOSTA LABORATORIAL**

Willian Dias Tamburi dos Santos *
 Robinson Novaes da Silva *
 Reynaldo Machado de Sá **
 Antonio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Dente tratado endodonticamente, com grande destruição da coroa inviabilizando uma restauração direta foi proposto o preparo tipo overlay, com restauração indireta usando cerômero por se tratar de um dente posterior. Preparo cavitário obedeceu aos princípios inerentes aos preparos estéticos com desgaste maior das cúspides de trabalho, no mínimo 2,0 mm ,caixa oclusal e proximais com ângulos internos arredondados, profundidade da caixa oclusal de no mínimo 2 mm conferindo resitência à restauração. Na moldagem foi usada uma silicone de adição e para a cimentação da restauração o cimento Unicem (3M ESPE) autocondicionante que dispensa o condicionamento ácido da estrutura dentária e aplicação de adesivo. A su perfície interna da restauração foi limpa com ácido fosfórico a 37%, lavada, seca e aplicado o agente silano para uma melhor ligação commo cimento resinoso

JOF 039

CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS RELEVANTES AO PREPARO CERVICAL DOS CANAIS RADICULARES DE MOLARES INFERIORES

Raquel Cristina de Moraes Del Nero *
 Juliana Mosca *
 Ronald Del Nero Filho **
 Nelsa Akemi Ishimoto **
 Miguel Simão Haddad Filho **
 Vladimir Aparecido Risso ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O preparo das paredes mesiais das câmaras pulpares, entrada de canais e terço cervicais dos canais radiculares dos molares, tem sido preconizado no sentido de melhorar seu preparo vencendo e retificando curvaturas pelo melhor acesso ao forame proporcionando melhor divergência durante a ressecção dentinária, importante na desinfecção e modelagem para a obturação. Importante ressaltar que nas raízes mesiais dos molares a presença da concavidade cervical interna à furca determina menor espessura dentinária e um grande convite à perfuração, pelas brocas do preparo cervical, visto que os canais estão muito próximos deste detalhe anatômico de difícil visualização radiográfica que detecta apenas o perfil volumoso da raiz. Para minimizar a feitura de perfuração nesta área, como medida de segurança sugere-se: Maior divergência da parede mesial removendo-se totalmente sua convexidade com preparo das entradas dos canais para os ângulos pulpares MV e ML. Preparo das entradas dos canais com limas 08, 10, 15, e 20 nos seus 6 a 8 mm cervicais de profundidade removendo seus cotovelos em direção aos ângulos cavitários MV e ML com irrigação de solução EDTA. Uso de brocas de Gates 1 e 2 com desgaste nas direções dos ângulos cavitários MV e ML. Remoção de detritos com limas 08 e 10 com irrigação de solução de EDTA. Obtém-se desta forma uma maior segurança na divergência cervical distanciando da concavidade radicular interna à furca. Com maior facilidade seguem-se odontometria e preparo dos canais qualquer seja a técnica empregada com maior ou menor tempo.

JOF 040

DISPLASIA FIBROSA: APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Thais Helena Alves dos Santos *
 Carolina André Pereira *
 Fabiana Alves Ferreira *
 Luis Gabriel Signorelli **
 Wagner Marques ***
 Luis Alexandre Thomaz ****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Graduado - Universidade São Francisco;

*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

**** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente APS, sexo feminino, 30 anos, parda, compareceu à clínica de Odontologia da USF com uma grande lesão na região de vestibulo bucal superior e palato, cujo diagnóstico final foi de displasia fibrosa monostótica. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso, as características clínicas e radiográficas dessa patologia, assim como seus aspectos histológicos, tratamento e prognóstico. A displasia fibrosa é uma lesão fibro-óssea benigna na qual o osso normal é substituído por tecido fibroso e afeta mais jovens e adultos, ocorrendo mais em mulheres. Pode envolver um osso (monostótica) ou múltiplos ossos (poliostótica). As características clínicas são crescimento lento, indolor, consistência pétreo, mucosa e pele com aspectos normais causando deformidade e aumento de volume do osso, assimetria facial se torna evidente e os dentes são afastados pela expansão óssea. O aspecto radiográfico varia com o estágio evolutivo do processo e pode ser dividido em três fases bem características: lesão radiolúcida, mista e radiopaca. Histologicamente há uma proliferação de fibroblastos em estroma compacto de fibras colágenas entrelaçadas e trabéculas ósseas sem um padrão definido de orientação lembrando a forma de letra C. O diagnóstico é obtido por biópsia, juntamente com informações clínicas e material radiográfico do caso. O tratamento é essencialmente cirúrgico, de âmbito do cirurgião bucomaxilofacial e o prognóstico varia muito em função dos distúrbios sistêmicos e dos danos anatomofuncionais ocorridos. No pós-operatório do caso

relatado não houve intercorrências, e a paciente retornou para retirada dos pontos em X dias, apresentando resultados satisfatórios na estética facial.

JOF 041

CIRURGIA PARA REMOÇÃO DE IMPLANTE NO SEIO MAXILAR - RELATO DE CASO

Andréa Borges Rodrigues *
Joelma Vilas Boas Pereira Lopes *
Clóvis Bandeira **
Wagner Marques **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Inúmeros procedimentos odontológicos são passíveis da ocorrência de acidentes e complicações. Na implantodontia, uma das possibilidades que deveremos considerar é a penetração do implante no seio maxilar, devido à íntima relação dessa estrutura anatômica com o rebordo alveolar remanescente, principalmente na região de segundo pré-molar e molares. Essa proximidade dependerá sobretudo da atrofia do rebordo alveolar, e da pneumatização na direção inferior do seio maxilar. São ocorrências graves, pois necessitam de um tratamento adequado que evite um processo infeccioso, além de um procedimento cirúrgico para a remoção do implante. Este trabalho tem como objetivo, relatar o atendimento de um paciente em que ocorreu a penetração de um implante no seio maxilar no momento da sua ativação. Para solucionar este caso, foi realizado um acesso de Caldwell-Lucc, que consiste em uma abertura da parede antero-lateral do seio maxilar, para a exposição cirúrgica dessa cavidade. Concluímos que é importante aos profissionais o conhecimento anatômico, para que faça um minucioso planejamento e os cuidados necessários durante a cirurgia, evitando assim esse tipo de ocorrência, e saber solucionar o problema caso aconteça.

JOF 042

FRATURA DE DENTES ANTERIORES E TÉCNICA DE RESTAURAÇÃO COM RESINA COMPOSTA

Rosângela Maria Gouvea *
Renata Sari Precetti *
Reynaldo Machado de Sá**
Antonio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O aparecimento de novos esportes, alguns bastante violentos e o aumento de acidentes automobilísticos, têm gerado numerosos casos de fraturas nos dentes anteriores, principalmente em pessoas na faixa etária de 6 a 15 anos. Cerca de 87% dessas fraturas atinge dentina e, como observaram ZADICK e Cols, os incisivos centrais superiores são os mais propensos ao traumatismo, provavelmente pela sua posição vulnerável e a inadequada proteção dos lábios. O restabelecimento da estética e função de um dente fraturado pode ser conseguido por meio de diversos tipos de restauração e dentre eles, a restauração de resina composta. Caso clínico: Paciente com 10 anos de idade, procurou a clínica odontológica da Universidade São Francisco, com fratura nos dentes 11 e 21 nos terços médios e incisais, respectivamente decorrente de um trauma. Apresentou regular higiene oral e ao exame clínico inicial, verificou-se a vitalidade pulpar. Ao exame radiográfico não houve constatação de lesões periapicais, nem espessamento do ligamentos periodontais. Foi realizado o modelo de estudo inferior e superior. Escultura com cera no modelo restabelecendo o formato e posicionamento original dos dentes. Foi feita moldagem com silicona de condensação pesada, para servir como matriz para a restauração em resina composta. Após seleção da cor, a matriz foi posicionada na região, e a restauração foi executada pela técnica incremental, iniciando pela palatina, Assim devolveu após o término da restauração a anatomia original dos dentes fraturados.

JOF 043**MÉTODOS DE CONTENÇÃO PARA O ATENDIMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

Luciana Dantas Bebber *
 José Fernando Barbosa *
 Marcus Vinicius Pinto *
 Lucia Aparecida Federighi Pereira Leme **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Especialista - Universidade Camilo Castelo Branco;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente Portador de Necessidades Especiais (PPNE) abrange todos os indivíduos que apresentam determinados desvios do padrão de normalidade identificáveis ou não, e que, por isso, necessitam de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida ou indefinidamente. As reações frente ao tratamento odontológico podem variar conforme o grau de deficiência que o paciente apresenta. Para atender os PPNE, o dentista precisa conhecer algumas técnicas que auxiliam na abordagem do paciente e permitem que o exame clínico ou mesmo o tratamento seja realizado, em condições de segurança e eficiência. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura sobre os métodos de contenção, especialmente a com o estabilizador GODOY que é um método que proporciona segurança para o paciente e também para o profissional que o atende, sem a necessidade de utilização de anestesia geral.

JOF 044**INTER- RELAÇÃO PERIODONTIA E ODONTOLOGIA RESTAURADORA**

Regiane Arraes Amado *
 Marcelo Augusto Alves da Fonseca Silva *
 Maurício Teixeira Duarte **
 Renato Gomes Antoniazzi **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A inter-relação destas duas especialidades vêm sendo muito discutida na odontologia atual. O caso clínico apresentado se trata de uma paciente do sexo feminino que apresenta maxila prognata, mordida profunda e hábitos parafuncionais, os quais provocaram desgaste severo em todos os incisivos superiores, causando grande sensibilidade à frio. Foi realizado um planejamento funcional e estético. Para melhorar o perfil de maxila foi realizada um gengivoplastia com osteotomia de canino à canino, com um controle pós-operatório de 60 dias. O condicionamento da gengiva marginal foi estabelecido por facetas provisórias nos elementos 13-22, além do planejamento estético para a confecção de facetas laminadas em cerâmica. Dentro das limitações clínicas, ou seja, um caso clínico que na realidade deveria ser corrigido com cirurgia ortognática, tornou-se bastante satisfatório superando as expectativas não só da paciente como também da equipe por qual a mesma foi atendida

JOF 045**REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PPR**

André Luiz Vieira *
 Aguinaldo do Carmo Scarpari *
 Altamiro Yutaka Fujino **
 Hiroshi Furukawa **
 Márcia Toshie Tamura **
 Neif Donizete Abrão **
 Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A prótese parcial removível é um aparelho protético que visa substituir funcionalmente e esteticamente os dentes naturais ausentes e que podem ser removidos e recolocados na boca sem causar danos em sua estrutura ou na dos dentes pilares. O paciente procurou a clínica de reabilitação bucal da USF queixando-se de perdas de dentes tanto anteriores quanto posteriores. Após um exame físico e radiológico constatou-se a necessidade do uso de prótese parciais removíveis tanto na parte superior quanto na inferior para reabilitação do paciente estética e funcionalmente. Pode-se concluir que quanto bem indicadas e planejadas as PPRs constituem ótimos prognósticos além de atender a parte financeira do paciente.

JOF 046

TRATAMENTO RECONSTRUTIVO ESTÉTICO-OCCLUSAL COM PRÓTESES IMEDIATAS SOBRE IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS

Tatiane da Silva Guedes *
Sulian Caroline Rodrigues Zampa *
Ana Carolina de Oliveira *
José Eduardo Bacci **
Luis Fernando Ferrari Bellasalma

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

Paciente sexo feminino com 49 anos de idade, apresentou-se para tratamento odontológico quando foi constatado doença periodontal generalizada com muitos elementos considerado perdidos. Após estudo do caso e o consentimento da paciente optamos pela realização de exodontias múltiplas (todos os elementos) e implantação de cilindros osseointegrados em ambos os arcos. Como as condições ósseas eram satisfatórias decidimos pela moldagem e confecção de próteses imediata para a paciente que as recebeu em caráter definitivo 3 dias após a cirurgia. O resultado final foi muito bem aceito pela paciente.

JOF 047

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Fabiana Galzo de Oliveira *
Sulian Caroline Rodrigues Zampa *
Maria Carolina Tomé *
Wagner Marques **

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O carcinoma epidermóide (CEC) atinge de 90% a 99% dos cânceres bucais e podem haver grau de diferenciação do tumor, quanto mais suas células embrionárias tende a ser "agressivo", crescimento mais rápido, mais invasivo e mais destrutivo. A localização anatômica geralmente o câncer invade os tecidos e se infiltra em regiões de menor resistência. Tempo da evolução está relacionado com o aspecto da lesão. Lesões endofíticas - ulcerações superficiais, ulcerações infiltrativas e ulcerações destrutiva. Lesões exofíticas - (crescimento vegetativo) em forma de "couve-flor". Os aspectos clínicos são: - Ulceras indolores; - Lesões úlcero-vegetativas; - Lesões leucoplásticas, Eritroplástica ou Leucoeritroplástica; - Nódulos Ulcerados; - Dificuldade ao falar, mastigar e engolir; - Emagrecimento. Principais agentes carcinógenos são: - Tabaco; - Alcoolismo; - Radiação Solar (câncer Lábio); - Fatores nutricionais; - Imuno deficiência; - Vírus. Regiões anatômicas mais afetadas: - Lábio inferior; - Borda de língua; - assoalho bucal. Tratamento: - Radioterapia (lesões iniciais); - Cirurgia.

JOF 048

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN

Andréia Godoy Sant`Ana *
 Analy Ferraz Vicentini *
 Miguel Simão Haddad Filho **
 Airton Alves da Nóbrega **
 Silvia Cristina Mazeti Torres **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A síndrome de Down é uma doença genética que resulta na trissomia do cromossomo 21 extra do grupo G. Esta síndrome carrega algumas alterações sistêmicas e bucais como, candidíase, palato ogival, mandíbula protruída, alteração do pH, macroglossia, necessitando de atendimento diferenciado. A paciente L. S. G., gênero feminino, portadora de síndrome de Down, procurou a Universidade São Francisco para tratamento dentário. Após exame clínico foi verificada presença de lesão cariada em vários elementos dentários. Especificamente no dente 22 havia ausência de coroa e a raiz estava com presença de cárie, a responsável pela paciente relatou possuir uma prótese unitária nesta região, mas havia perdido há alguns meses. Ao exame radiográfico periapical verificou-se que o tratamento endodôntico estava satisfatório. O plano de tratamento proposto para o dente 22 foi a remoção de tecido cariado, cimentação de pino de fibra de vidro com cimento de ionômero de vidro para cimentação, e reconstrução direta da coroa com resina composta. Após término do trabalho obtivemos sucesso do procedimento estético e grande satisfação da paciente, devolvendo a ela um sorriso saudável e harmonioso.

JOF 049

ESTUDO DA BIOATIVIDADE DA CAMADA DE HIDROXIAPATITA FORMADA SOBRE TITÂNIO COMERCIALMENTE PURO, VIA MÉTODO BIOMIMÉTICO

Taís Helena Costa Salles *
 Eliana C. S. Rigo **
 Elíria M. J. A. Pallone ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USP;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Titânio comercialmente puro (Ticp) é utilizado como material de implante em decorrência da sua biocompatibilidade, porém não promove a interação química entre o implante e o tecido. A hidroxiapatita (HA) interage quimicamente com o tecido ósseo. Combinar em um implante a propriedade de bioatividade das cerâmicas de fosfato de cálcio e a boa resistência mecânica dos materiais biotoleráveis é interessante. Neste trabalho pinos de implante dental de Ticp foram recobertos com uma camada de HA via método biomimético, caracterizados por microscopia eletrônica de varredura (MEV), espectroscopia no infravermelho (IV) e imersos posteriormente em solução sintética que simula o plasma sanguíneo (SBF) por períodos de 1 a 4 semanas para avaliar a bioatividade. Materiais e Métodos—Para o recobrimento pinos de Ticp com uma camada de HA, os mesmos foram imersos em solução de silicato de sódio a 37°C e mantidos por 7 dias. Após esse período de incubação, foram lavados em água destilada e deionizada e reimersos em 1,5 SBF a 37°C por 7 dias. Em seguida foram caracterizados por MEV e IV. O ensaio de bioatividade foi realizado em condições que simulam a condição corpórea. Os pinos foram imersos em SBF a 37°C por período de 1 a 4 semanas. Após esses períodos foram novamente caracterizados por MEV e IV para análise da morfologia da camada. Resultados—Após a etapa de recobrimento constatou-se por MEV que nas condições adotadas a camada formada sobre o implante é composta por uma camada densa e sobre essa camada ocorre a formação de glóbulos, característica de uma fase de HA carbonada. Os resultados de IV mostraram a presença de bandas de íons PO₄³⁻, íons CO₃²⁻ e íons OH⁻. Após o ensaio de bioatividade essa camada sofreu alterações e quanto maior foi o período de imersão a camada tornou-se mais densa e homogênea. Conclusões—Nas condições adotadas observou-se a formação de uma camada de HA carbonatada sobre os pinos. Foi possível confirmar que essa camada, após imersão em SBF, apresentou características bioativas e que o tempo de imersão influenciou na morfologia da camada.

JOF 050

REABILITAÇÃO BUCAL COM PRÓTESE PARCIAL FIXA

Karina Faria Rosa *
 Daniela Batista *
 Márcia Toshie Tamura **
 Altamiro Yutaka Fujino **
 Neif Donizete Abrão **
 Hiroshi Furukawa **
 Karina Andrea Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Prótese Fixa é a arte e a ciência de restaurar dentes que se encontram com coroas danificadas, e também dentes ausentes. Ela pode ser feita de diferentes tipos de materiais como o metal fundido, a metalocerâmica e a cerâmica. Este trabalho teve por objetivo relatar um caso clínico de reabilitação protética através da confecção de uma Prótese Parcial Fixa em metalocerâmica. A paciente A.B.G, gênero feminino, procurou a disciplina clínica de Reabilitação Bucal, da Universidade São Francisco, para reabilitação protética. Após feita a anamnese, durante o exame clínico, observou-se a ausência dos dentes 23 e 24. Feita as radiografias periapicais dos dentes pilares, notou-se na radiografia do 22 que o dente canino encontrava-se incluso. Pela idade da paciente e por apresentar doenças sistêmicas, foi contra indicada a cirurgia para remoção deste dente incluso, mesmo este podendo causar alguma lesão, que leve a perda da prótese. Através dos modelos articulados, foi feito o planejamento de uma PPF metalocerâmica de 5 elementos, sendo do dente 22 ao 26 com retentores intrarradiculares nos dentes 22,25 e 26. Para conseguir o sucesso no tratamento com próteses fixas, é necessário, um planejamento adequado, e um diagnostico seguro, além de uma combinação de aspectos como; educação e conscientização do paciente sobre hábitos de higiene, prevenção de novas doenças dentais, tratamento periodontal e considerações sobre oclusão. A prótese fixa reabilita a mastigação do paciente, mantendo a saúde e a integridade dos arcos dentais e restabelecendo o sistema estomatognático, além de contribuir com o conforto e auto-estima do paciente.

JOF 051

PERDA PRECOCE NA DENTIÇÃO DECÍDUA E COLOCAÇÃO DE MANTENEDOR DE ESPAÇO

Karina Faria Rosa *
 Josiane Martin *
 Ruth Cirino de Freitas *
 Maria de Fátima Martins Claro **
 Marcos Valério Ferrari **
 Lúcia Aparecida Federighi Pereira Leme ***
 José Ricardo Scanavini ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Embora os métodos preventivos tenham evoluído na odontologia, nossas crianças ainda são acometidas por lesões de cárie agudas. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso da paciente S.A.E.R , sexo feminino, 7 anos de idade, que juntamente com a sua mãe, procurou a disciplina de Odontopediatria da Universidade São Francisco, com queixa de dor. No exame clínico, observou-se uma grande perda coronária nos dentes 74,75, 84 e 85. Foram realizados curativos endodônticos nos dentes 75 e 85, e como a perda estrutural do dente 74 e 84 eram muito extensas fizemos o planejamento para a exodontia destes. Ao RX os dentes 75 e 85 , apresentavam lesões na região de furca, sendo assim também indicada a exodontia. Planejou-se a confecção de um aparelho mantenedor de espaço, pois os permanentes sucessores ainda encontram-se em estágio de desenvolvimento incompatível com a erupção. A paciente foi novamente motivada e orientada sobre a higiene bucal e agora também do aparelho.

JOF 052

O USO DE MATRIZES E CUNHAS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

Kemelly Luanda Caproni de Almeida *
 Marcio José de Paiva Júnior *
 Rosa Maria de Moraes *
 Daiane Aparecida da Rosa *
 Diego de Barros Mozeli *
 Airton Alves da Nóbrega **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Matrizes são dispositivos metálicos que substituem uma ou mais paredes ausentes em uma cavidade, possibilitando a reconstrução correta do contorno através de uma restauração (Modelli.et.al.). As matrizes para qualquer material restaurador devem ser firmes, inflexíveis e biologicamente aceitáveis. São classificadas em matrizes universais e individuais. Matrizes individuais são tiras metálicas de diferentes larguras e espessuras, utilizadas com auxílio de um porta-matriz. As matrizes individuais são confeccionadas para cada caso em particular, são elas: matriz rebitada, matriz soldada, matriz de Barton, matriz em T (odontopediatria), matriz com sistema de fixação integrado, sistema de matriz seccional e tiras de poliéster (usada em restaurações de resina em dentes anteriores). As cunhas constituem o segundo componente do sistema matriz, podem ser de madeira ou plásticas (reflexivas). As cunhas têm como objetivo impedir o excesso de material restaurador na margem gengival e proporcionar o pré-cunhamento restabelecendo o ponto de contato.

JOF 053

SINDROME DE DOWN: TRATAMENTO DA INCLUSÃO

Rita de Cássia Pereira *
 Michele Lilian Pereira *
 Marli Helena de Moraes *
 Cibele Ribeiro *
 Cândida Maria Costa Baptista**

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Especialista - EAP/ACDC;

*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Ainda é muito grande o preconceito existente na sociedade quanto aos portadores da Síndrome de Down, o que provoca a exclusão desses indivíduos na grande maioria dos serviços de saúde oferecidos a população como consequência desta exclusão são também privados de uma vida comum. Poucos são os profissionais de saúde especializados neste tipo de atendimento, uma vez que o mesmo pressupõe uma formação diferenciada, uma abordagem multidisciplinar, onde o dentista precisará trocar experiências e informações com outros profissionais envolvidos nos cuidados, sobre o paciente, para aprimorar as técnicas de atendimento e tratamento. O despreparo e preconceito da sociedade e consequentemente dos profissionais da área odontológica em relação ao tratamento do paciente com Síndrome de Down, se deparar com estudantes de odontologia com problemas e situações que nem sempre uma boa formação clínica proporciona é uma consequência de falta de oportunidade do acadêmico de entrar em contato com essa realidade durante sua formação. A partir dessa afirmação buscamos nesse trabalho chegar a uma proposta que ajude a sanar essa dificuldade.

JOF 054**PLANO DE TRATAMENTO INTEGRADO: ENDODONTIA E PRÓTESE
FIXA**

Raquel Del Nero *
 Ronald Del Nero Filho **
 Altamiro Fujino **
 Hiroshi Furukawa **
 Márcia Toshie Tamura **
 Neif Donizete Abrão **
 Karina Andrea Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Um dos fatores que influencia no sucesso da reabilitação protética através de retentores intrarradiculares, certamente, é um tratamento endodôntico bem realizado. Quando um diagnóstico apresenta-se duvidoso ou desfavorável em relação a esse tratamento, deve-se realizar o retratamento do(s) canal(is) em questão para que não haja comprometimento da futura prótese fixa. O objetivo desse trabalho foi relatar a sequência clínica de um retratamento endodôntico para posterior reabilitação com uma prótese fixa unitária englobando as seguintes etapas: Moldagem e confecção de provisório; Remoção da coroa por secção ou desgaste; Remoção do retentor intrarradicular por ultrassom preferencialmente ou simultâneo ao impacto; Isolamento absoluto e retratamento endodôntico numa única sessão; Preparo intrarradicular e moldagem para modelo de trabalho; Adaptação e cimentação temporária do provisório intrarradicular; Cimentação do retentor intrarradicular e reembasamento do provisório, preparo coronário e moldagem para modelo de trabalho; Prova do coping metálico; Prova funcional e estética; Glaze e cimentação final da prótese fixa unitária metalocerâmica. Pode-se concluir que o insucesso do tratamento endodôntico determina a necessidade da remoção de peças protéticas para o retratamento, sendo importante a preservação da estrutura radicular para a reabilitação funcional e estética. Shillingburg, H.T. et al. Fundamentos de Prótese

JOF 055**CÁRIE OCULTA**

Danubia de Queiroz Biondi *
 André Luiz Vieira *
 Edmilson Willian Rettuci *
 Airtton Alves da Nóbrega **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

A cárie oculta é assim chamada, pois apresenta a superfície do dente intacta e seu interior dentina destruída ao exame radiográfico podemos ver uma imagem radiolúcida em dentina, esta cárie apresenta somente um pequeno ponto na superfície do esmalte se ampliando em dentina. Provavelmente uma das etapas clínicas mais complicadas para o profissional é o da escultura oclusal (LIEBENBERG⁴, 1996; BARATIERI et al.¹, 1996). Pensando nisso, Mandarino et al.⁶ (1989) desenvolveu uma técnica em que, além da preservação da estrutura dental, seria possível devolver ao dente sua estrutura anatômica original após a remoção do tecido cariado. A técnica consistia em realizar uma moldagem da estrutura dental, prévia ao preparo cavitário obtendo uma matriz com a reprodução negativa da forma anatômica da superfície oclusal. Paciente compareceu na clínica odontológica da Universidade São Francisco para tratamento dentário, com queixa de dor no dente 46, foi feito teste de vitalidade e com a radiografia periapical concluímos que o dente 47 apresentava uma imagem radiolúcida em dentina e com ponto de cárie oclusal, porém apresentava a superfície de esmalte intacta e assim optou-se por fazer uma confecção de matriz conhecida como "Bioplic" na qual é copiada a anatomia original do dente com resina autopolimerizável transparente. Aplicou-se vaselina líquida na superfície oclusal e proximais para isolar e confeccionar a matriz no dente a ser restaurado. Com a matriz pronta foi feito o preparo da cavidade do dente com remoção total da cárie. Restaurou-se com resina composta fotopolimerizável Z350 (3M), antes da última camada foi feito um teste de adaptação da matriz. A matriz já isolada com vaselina líquida adaptada à última camada de resina composta tomando cuidado de não haver extravasamento dos limites cavitários, depois da polimerização inicial foi retirada a matriz e a restauração polimerizada totalmente. A técnica de matriz oclusal para confecção de resinas compostas mostrou-se eficaz no restabelecimento da anatomia oclusal do elemento

dentário submetido a tratamento, com isso, minimizou as etapas de ajuste, acabamento e polimento, reduzindo desgastes realizados em estrutura dentária remanescente provocada por estas. Além disso, o tempo de atendimento clínico foi reduzido se comparado com o tempo gasto na confecção de restaurações convencionais.

JOF 056

PINOS INTRARRADICULARES E AMALGAMAPIN

Sibele Maria Porto *
 Daniele Benediti Bragion *
 Sandra Regina Gomes da Costa *
 Renato Gomes Antoniazzi **
 Alvaro Yukio Ueta **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Para Restaurações de dentes altamente destruídos, sejam eles polpados ou não, devemos considerar alguns fatores para a escolha do amálgama: forma de resistência e retenção, idade do paciente, oclusão, quantidade e qualidade do remanescente dental, estado e prognóstico do elemento dental, estética, tempo de trabalho e custo do tratamento. Os pinos de reforço têm sido largamente utilizados como meio de resistência nas restaurações complexas de amálgama. Existem três tipos de pinos para ancoragem dentinária quanto a maneira de colocação; os cimentados, os friccionados e os rosqueados. Eles podem ser divididos quanto a localização em pinos intra-dentinários e intra-radulares. Apesar da comprovada resistência oferecida pelos pinos, eles oferecem risco de fratura do dente, além de infraquecer a resistência do amálgama e do dente, o que faz com que essas formas de resistência sejam a opção de escolha em casos de restaurações extensivas. Existe também a técnica do Amalgamapin, que consiste na realização de perfurações em dentina, e nestas perfurações é condensado o amálgama. As vantagens desta técnica é que não requer equipamentos especiais, não provoca tensão na dentina, menor tempo de trabalho, menor custo, aumento da resistência da restauração. A técnica tem sido apresentada como uma alternativa em relação as restaurações metálicas fundidas. Apesar do risco de fratura da restauração durante a remoção da matriz, o Amalgamapin tem sido excelente alternativa clínica para restaurações complexas de amálgama.

JOF 057

IMPORTÂNCIA DO AFASTAMENTO GENGIVAL EM REABILITAÇÕES POR PRÓTESES FIXAS

André Henrique Ferfaglia Possebon *
 Sandro Godoi Lomba **
 Altamiro Fujino **
 Hiroshi Furukawa **
 Márcia Toshie Tamura **
 Neif Donizete Abrão **
 Karina Andrea Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O sucesso final de uma restauração protética será igual a soma dos sucessos conseguidos a cada passo operatório. Sua qualidade está na dependência, antes de tudo, de sua integração biológica com o periodonto. A localização dos limites cervicais dos preparos coronários dos dentes que recebem próteses fixas deve seguir normas que possuem o espaço biológico e a borda da gengiva marginal como referencial. Exigências estéticas por parte dos pacientes e a conveniência funcional por parte do cirurgião-dentista, com a necessidade de maior retenção da prótese, fizeram do preparo intrasulcular uma constante nos consultórios. Preparos com limite cervical intrasulcular se tornam mais complicados de serem executados com sucesso pois, fatores como: dificuldade de obtenção da precisão desejada, campo visual reduzido, presença de fluidos gengivais no interior do sulco e a tendência natural de a gengiva marginal justapor-se ao preparo constituem-se em obstáculos que dificultam a correta execução das próteses. O afastamento gengival se torna imperativo nesse tipo de situação, onde encontramos preparos intrasulculares. O afastamento gengival serve para se obter espaço para o material de moldagem. O afastamento gengival deve atender a dois pré-requisitos: causar o menor dano possível ao periodonto e ser

reversível. Os métodos para obtenção do afastamento podem ser classificados em mecânicos, mecânicos-químicos e cirúrgicos. O método mecânico consiste na confecção de dispositivos que afastam o tecido gengival por pressão, podendo servir como recipientes para o material de moldagem (ex.: anel de cobre e casquetes de resina acrílica). Os meios mecânicos-químicos utilizam fios embebidos em drogas adstringentes, cauterizadoras ou vaso-constritoras que desidratam e afastam a gengiva do término dos preparos. Entre os meios cirúrgicos podemos citar a eletrocirurgia, a curetagem com instrumentos rotatórios, o uso de laser e cirurgias de aumento de coroa, gengivoplastia, cunhas interproximais.

JOF 058

FRATURA CORONÁRIA COM INVASÃO DO ESPAÇO BIOLÓGICO

Mariane Almeida Ribeiro *
Carina de Cássia Andrade **
Álvaro Yukio Ueta **
Antônio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Fraturas coronárias com invasão do espaço biológico representam de 4,3 a 10% das fraturas dentais, sendo na maioria das vezes as mais difíceis de serem tratadas, exigindo uma abordagem interdisciplinar. A invasão do espaço biológico nestas fraturas poderá ocorrer em nível coronal, apical, ou no mesmo nível da crista óssea. Quanto mais apical for a invasão, mais difícil a resolução e pior será o prognóstico, no entanto, algumas vezes mesmo em situações extremas, poderá ser possível e fácil sua resolução. Este trabalho é um relato clínico da restauração de uma fratura coronária de um incisivo central superior direito com tratamento endodôntico. Na remoção cirúrgica da coroa clínica ficou constatada a invasão do espaço biológico. Como o paciente apresentava linha de sorriso alta e a fratura localizava-se coronal ao nível da crista óssea optou-se por não realizar cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica que inevitavelmente comprometeria a estética. Desta forma, foi construído núcleo metálico fundido e especial atenção foi dada a coroa provisória no sentido de preservar a saúde gengival. Após 21 dias da remoção da coroa clínica foi moldado o preparo pela técnica do casquete em resina acrílica. A coroa definitiva In Ceram foi cimentada 60 dias após a fratura com a gengiva apresentando-se saudável.

JOF 059

TÉCNICA DE INSERÇÃO INCREMENTAL EM RESINA COMPOSTA

Dimerson Fabio Ferreira *
Gustavo Miorelli Girondi *
Fabio de Moraes Curi *
Tais Helena Costa Salle *
Alvaro Yukio Ueta **
Antonio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Na tentativa de diminuir os efeitos negativos da contração de polimerização das resinas compostas varias técnicas têm sido propostas. A técnica de inserção incremental é desejável para a obtenção de resistência tanto em áreas de esforços mastigatórios quanto nas porções proximais. A aplicação em incremento único é um procedimento difícil de ser realizado e, geralmente, resulta em maior formação de bolhas de ar no interior do material restaurador. Inserir e polimerizar as resinas compostas em camadas reduz o estresse gerado nas paredes cavitárias durante o processo de polimerização. Na técnica incremental, uma contração de polimerização mínima ocorre em cada incremento, pois em pequenos incrementos (1 a 2mm) o volume total da contração da resina composta é menor. O estresse da contração de polimerização em incrementos grandes unindo mais de duas paredes tende a enfraquecer a união nas regiões cavitárias com menor resistência de união (parede pulpar). A técnica de inserção com incrementos dispostos obliquamente apresenta a vantagem da diminuição do escoamento da resina durante a fotopolimerização. Nesta técnica a área de superfície livre é equivalente à área de superfície unida. Dessa forma, se a resina é posicionada em contato com uma pequena área não haverá competição entre duas regiões diferentes, o que proporciona menor formação de fendas na interface adesiva e menor chance do aparecimento de sensibilidade pós-operatória.

JOF 060**AValiaÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO SISTÊMICO
NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE ODONTOLOGIA DA USF**

Carlos Augusto de Melo Ferreira *
 Larissa Fernandes de Castro *
 Ulisses Thiago Silva *
 Rubia Fernanda Lima Galzo *
 Alessandra Gambero **
 Wagner Marques **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O medicamento, desde a sua fabricação até o seu consumo, vem sendo objeto de preocupação e de inúmeras pesquisas realizadas mundialmente. A maior parte desses estudos relaciona-se à prática médica, enfatizando questões sobre reações adversas, aumento e disseminação de resistência bacteriana a antibióticos, padrão de prescrição de medicamentos e influência da propaganda de medicamentos na prescrição. Em odontologia, pouco tem sido analisado sobre a inserção do medicamento na prática clínica. Um dos motivos desta pequena produção científica talvez seja devido ao consenso de que o dentista prescreve pouco e seu arsenal de drogas é restrito. Entretanto, as poucas avaliações disponíveis indicam que o volume de medicamentos e de recursos movimentado por prescrições odontológicas, em verdade, não é tão pequeno assim. O objetivo do presente estudo é conhecer a prevalência de medicamentos prescritos na clínica da odontologia da USF. Foi realizado estudo retrospectivo, de janeiro a dezembro de 2006, através de consulta a 372 prontuários dos pacientes atendidos na clínica de cirurgia, do curso de Odontologia da USF, no município de Bragança Paulista, SP. Os dados obtidos (sexo, idade, número e nome dos medicamentos) foram anotados em fichas específicas e tabulados para serem apresentados na forma de gráficos utilizando a classificação proposta pela ATC (Anatomical Therapeutic Classification), da Organização Mundial de Saúde, para os estudos de utilização de medicamentos. Concluímos que a clínica prescreve medicamentos de uso sistêmico a metade dos pacientes atendidos, sendo que em muitas situações existe a prescrição de mais de um medicamento evidenciando a importância de estudar os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas pelos estudantes de odontologia.

JOF 061**RESTAURAÇÃO ESTÉTICA**

Livia Altero Longo *
 Letícia Savaris *
 Renato Gomes Antoniazzi **
 Antonio Ruy Chaves Filho ***
 José Ricardo Scanavini***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Paciente, 15 anos de idade, após retirada de aparelho ortodôntico foi encaminhada à clínica de dentística para verificar a possibilidade de transformação de seus caninos superiores em incisivos laterais devido a agenesia dos mesmos. Para tanto, realizou-se inicialmente moldagem dos arcos dentários com alginato e obtenção de modelos de estudo. No modelo superior foram esculpidas em cera as transformações dos caninos, posteriormente moldados com silicona densa e obtida uma guia de referência. Posicionada nos dentes anteriores superiores comprovou-se sua justeza de adaptação. Campo operatório isolado, caninos limpos e isentos de placa bacteriana, condicionamento ácido da superfície de esmalte passou-se a realização das restaurações seguindo-se o protocolo clínico da técnica incremental de resinas compostas. Terminadas as inserções e removida a guia de referência passou-se ao acabamento das restaurações com discos de tira de lixa, borrachas abrasivas e pastas diamantadas para polimento. Por apresentar mordida aberta anterior não foram necessários os ajustes nos movimentos excessivos da mandíbula. O Resultado foi satisfatório para a paciente.

JOF 062

NUTRIÇÃO NA INFÂNCIA

Izaura Gomes De Lima *
 Emanuele Nascimento *
 Magali Nunes Lacerda *
 Ronaldo Delfino Jorge *
 Maria De Fátima MartinsClaro **
 Cristiane Bonucci Zanesco **
 Lucia Aparecida F. P. Leme ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O papel da dieta na Odontologia vem sendo ignorada, o que leva a um contínuo declínio da qualidade da saúde bucal de cada paciente que possui uma dieta desequilibrada e leva o profissional a uma frustração mútua no controle da saúde bucal. Os alimentos tem papel relevante local durante a mastigação, devendo considerar os efeitos sistêmicos na absorção dos nutrientes no que se refere a formação e ao desenvolvimento do órgão dental. A má nutrição durante a infância retarda o crescimento e o surto adolescente de crescimento, "o crescimento compensador", ocorre quando é fornecido suficientemente cedo, um regime de nutrição favorável. O crescimento "compensador" nem sempre restaura o individuo ao tamanho que teria sem a má nutrição, e o crescimento "restaurador" não é tão intenso quando ocorre má nutrição severa e prolongada. A má nutrição pode afetar o tamanho das partes, as proporções corpóreas a química do corpo e a qualidade e textura de certos tecidos, tais como o osso e os dentes. A tarefa de mudar os hábitos dietéticos em geral não é fácil nem rápida, principalmente no caso da criança que envolve a comunidade familiar. Este trabalho tem como objetivo em orientar os pais o quanto é importante uma dieta equilibrada na infância, e este é um fator essencial na preservação e na manutenção da vida.

JOF 063

DIREITOS, DEVERES E FERRAMENTAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DA LEI

Marilia Aparecida da Silva *
 Tiago Correia e Silva *
 Eliana Pannunzio **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A documentação odontológica em todas as fases de atuação profissional é de suma importância e está intimamente relacionada com o aspecto clínico-jurídico, podendo a falta ou a falha desta documentação comprometer a sua validade sob o aspecto legal. Tendo em vista o aumento de ações judiciais movidas contra cirurgiões-dentistas, objetivou-se neste trabalho analisar a relação jurídica entre o cirurgião dentista e o seu paciente face ao Código de Defesa do Consumidor, promulgado pela lei 8078/90, que regulamenta toda a relação entre fornecedor (de produtos, bens ou serviços) e o consumidor (destinatário final do bem, produto ou serviço). Para o Código de Defesa de consumidor, o cirurgião-dentista é classificado como prestador de serviços e o paciente é classificado como consumidor. Este trabalho conclui que uma das maiores ferramentas do cirurgião-dentista é o prontuário odontológico, pois não devemos nos esquecer que, em face de uma pendência jurídica com seu paciente que alega que o dentista cometeu erro odontológico, é o dentista que terá que provar que sua conduta estava adequada e que não agiu com culpa.

JOF 064**TÉCNICA DE CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL**

Jaqueline dos Santos Ribeiro *
 Renata Sari Precetti *
 Monise Bacchin Momesso *
 Maurício Teixeira Duarte **
 Luis Fernando Ferrari Bellasalma ***
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Relato de caso clínico: É denominado sorriso gengival um aumento na faixa de gengiva inserida e gengiva marginal em excesso onde está recobrendo o limite amelo- cementário em mais de 2mm. Paciente, J.S.R. 21 anos, sexo feminino, procurou a Universidade São Francisco, com intuito de melhorar esteticamente seu sorriso. No exame clínico foi averiguado que a paciente tinha sorriso gengival na região mediana da face vestibular de cada dente. Portanto foi realizada uma gengivoplastia na região dos dentes 14 a 24. Com a sonda milimetrada mede-se a profundidade do sulco e demarca-se um ponto sangrante com o bisturi de Bard – Karter com lâmina 15 c fez-se a incisão de bisel interno sobre os pontos, refazendo o contorno dos arcos dentários. Foi rebatido retalho total e osteotomia com broca esférica e irrigação de mais ou menos 1mm pela vestibular tal distância corresponde limite amelo-cementário tecido osseo. O retalho foi reposicionado e suturado com fio nylon 6.0. foram realizados pós – operatório de 7,14,28 e 90 dias.

JOF 065**PROBLEMAS BUCAIS NOS IDOSOS ASILADOS**

Leandro José de Melo *
 Débora Helena Okamura *
 Ivan Teixeira Rodrigues *
 Lúcia Helena Marchi Rosa Cavalheiro *
 Cândida Maria Rosa Baptista **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O presente estudo teve como propósito fornecer um padrão referencial do estado de saúde bucal da população de 60 anos ou mais, porque não existem no Brasil dados de prevalência dos principais problemas de odontologia nesse grupo. Concluiu-se que a falta de empenho por parte de profissionais, governo e sociedade contribuiu para que o estado de saúde, não só bucal mas também psicológica, dos idosos viesse a piorar com o passar dos anos. Sendo assim, o tratamento se torna desafiador e exige uma abordagem multidisciplinar com o propósito de restituir a saúde do paciente edentado, reabilitando-o a fim de prevenir deformidades estéticas, funcionais e alterações psicológicas. Portanto, visto que nos dias atuais a evolução de métodos preventivos tem feito da Odontologia Preventiva o mais importante passo para uma boa saúde bucal, é de grande importância e dever dos profissionais da área de odontologia informar e se preciso motivar sobre tal importância.

JOF 066**CAVIDADES CLASSE I, III E V**

Leandro José de Melo *
 Débora Helena Okamura *
 Ivan Teixeira Rodrigues *
 Lúcia Helena Marchi Rosa Cavalheiro *
 Reynaldo Machado de Sá **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

As cavidades são classificadas de acordo com a finalidade, em terapêutica e protéticas. Essas cavidades são classificadas por Black, e assim descritas: Classe I- segundo Black, são cavidades preparadas em regiões de má coalescência de esmalte, cicatrículas e fissuras, na face oclusal de pré-molares e molares, 2/3 oclusais da face vestibular dos molares e na face lingual dos incisivos superiores, ocasionalmente, na face palatina dos molares superiores; Classe III- segundo Black, são cavidades preparada nas faces proximais dos incisivos e caninos, sem remoção do ângulo incisal; Classe V- segundo Black, são cavidades preparadas no terço gengival, não de cicatrículas, das faces vestibular e lingual de todos os dentes. Existem várias outras classificações complementares a de Black. Deve ser seguida uma ordem geral para o preparo de uma cavidade, de acordo com Black, é a seguinte: forma de contorno, forma de resistência, forma de retenção, forma de conveniência, remoção da dentina cariada remanescente, acabamento das paredes de esmalte e limpeza da cavidade. Além da técnica de preparo é importante que o operador tenha uma posição de trabalho adequada e também siga as técnicas de restauração. É importante salientar que as características dos preparos diferem dependendo do material restaurador a ser utilizado, como por exemplo o amalgama de prata e resina composta. Sendo assim, todo procedimento será válido para longevidade de uma restauração.

JOF 067

DENTES ANTERIORES FRATURADOS RECONSTRUIDOS COM RESINA COMPOSTA PELA TÉCNICA DA ESTRATIFICAÇÃO

Maria Carolina Gai Tomé *
 Fabiana Galzo *
 Alvaro Yukio Ueta **
 Antonio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Restauração de Dentes Anteriores Fraturados A perda de estrutura dental por fraturas em decorrência de traumas tem grande incidência na faixa etária que envolve crianças e adolescentes. Devido à localização e posicionamento mais anterior na arcada, são os incisivos os dentes mais atingidos. A dimensão da fratura varia de acordo com envolvimento em somente em esmalte, esmalte e dentina, com e sem exposição pulpar e invasão ou não do espaço biológico. O caso clínico em questão envolve um adolescente de 12 anos, que após acidente com bicicleta, fraturou os dentes 11 e 21 com exposição pulpar e sem invasão do espaço biológico, compareceu na clínica de Estágio em Dentística Restauradora com dentes envolvidos tratados endodonticamente. Feita uma moldagem com alginato, obteve-se um modelo de estudo para enceramento de diagnóstico e confecção de uma guia de silicone para orientar a restauração incremental. Optou-se pelo aproveitamento da entrada da câmara pulpar para maior retenção da restauração sem a necessidade do uso de pinos de fibra. A restauração seguiu o protocolo clínico de isolamento e aplicação de sistema adesivo, com a inserção de resina da região palatal para vestibular, obedecendo as camadas naturais de dentina e esmalte de forma estratificada.

JOF 068

TÉCNICA DE ESCULTURA OCLUSAL COM RESINA COMPOSTA

Jaqueline dos Santos Ribeiro *
 Renata Sari Precetti *
 Monise Bacchin Momesso *
 Álvaro Yukio Ueta **
 Antônio Ruy Chaves Filho ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

As resinas compostas para uso em dentes posteriores tem sido, ao longo das últimas décadas, um dos materiais dentários mais pesquisados. Esse fato se deve a solicitação cada vez maior dos pacientes por uma restauração agradável do ponto de vista estético. A evolução das resinas compostas para dentes posteriores tem possibilitado minimizar algumas deficiências das primeiras formulações, possibilitando atender as necessidades funcionais da mastigação. Aliada a essa evolução das propriedades mecânicas e físicas das resinas houve uma melhora nas opções de cores. Com a introdução no mercado de diferentes graus de

opacidade/translucidez, tornando-se possível confeccionar restaurações com excelente resultado estético, aproximando muito da aparência dos dentes naturais. Paciente M.B.M. 21 anos, compareceu à clínica de Dentística apresentando restauração Classe I deficiente no dente 36. Seguindo o protocolo clínico de isolamento e aplicação do sistema adesivo, foi feita inserção incremental da resina composta nanoparticulada Z 350 cor A2E (3M ESPE), cúspide por cúspide, fazendo a escultura de cada uma individualmente. O polimento final foi feita uma semana depois. O desenvolvimento das resinas compostas atuais permite uma escultura sem escoamento antes da polimerização e a manutenção da lisura e brilho superficial por mais tempo.

JOF 069

CIMENTAÇÃO DE PINO DE FIBRA COM CIMENTO AUTOCONDICIONANTE

Edmilson William Retucci *
 Danubia de Queiroz Biondi *
 Luiz Américo Baptista *
 André Luiz Vieira *
 Luiz Henrique Monezzi da Rocha *
 Renato Gomes Antoniazzi **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Cimentação de Pino de Fibra de Vidro com Cimento Autocondicionante Paciente procurou a clínica para tratamento endodôntico no dente 26 e foi realizado o procedimento endodôntico, seguindo de restauração deste dente. Foi necessária a cimentação de um pino para que pudesse melhorar a resistência desta restauração devido a grande perda de estrutura dentária. Para isso foi feito a desobturação de 2/3 da raiz palatina, em seguida a limpeza do canal usando uma lima de patência com algodão e álcool. Provou-se o pino de fibra de vidro e iniciaram-se os procedimentos para a cimentação, utilizando Relix Unicen (3M). Foi colocada a cápsula primeiramente em um dispositivo próprio para que se rompesse o lacre e unisse o pó com o líquido. Depois levou-se a cápsula para o amálgamador para a mistura do pó com o líquido, durante 15 segundos e encaixou-se a cápsula em um aplicador próprio e com a ponta da cápsula foi preenchido todo o conduto radicular com cimento autocondicionante Unicen (3M), colocou-se o pino de fibra de vidro em posição central acompanhando o longo eixo do dente, fotopolimerizou-se a superfície e aguardou a polimerização completa do conduto, cortou-se o excesso do pino de fibra, em seguida foi feito ataque ácido na superfície dentária, colocação do sistema adesivo e foi feita a restauração com resina Z350(3M). Este novo sistema nos proporciona uma redução do tempo clínico por ser um sistema autocondicionante e ter uma polimerização dual.

JOF 070

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

Alessa Donizeti Abrão *
 Nathália Mello Z. Cardoso *
 Patricia G. Agra *
 Viviane Arraes Amado *
 Wagner Marques **
 Clovis Bandeira **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA A Hiperplasia Fibrosa Inflamatória consiste num aumento generalizado da mucosa e tecido fibroso no rebordo alveolar, por falta de adaptação do bordo de próteses criando um traumatismo local. Nesses casos existe a necessidade de intervenção cirúrgica para remodelação dos rebordos e confecção de novas próteses. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico que apresentou uma lesão de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória de origem traumática provocada por uma falta de adaptação da prótese total inferior, com necessidade de remoção cirúrgica do tecido hiperplásico com ainda associação de um neuroma traumático. Neste caso, o ato cirúrgico foi de precisão minuciosa devido a posição anatômica da lesão, por proximidade ao nervo lingual; havendo necessidade de expô-lo para não correr o risco de lesá-lo. No pós cirúrgico imediato foi feito um aumento da prótese na região lingual de fundo de sulco, utilizando godiva em bastão de baixa fusão e reembasamento total da

prótese inferior com Coe-Confort, para um maior conforto e adaptação para o paciente. A cirurgia foi realizada e o paciente está em acompanhamento, sendo solicitado a troca da prótese total o mais breve possível.

JOF 071

PREPAROS CAVITÁRIOS INLAY E ONLAY PARA RESTAURAÇÕES METÁLICAS E ESTÉTICAS EM DENTES POSTERIORES

Taiomara De Souza Bernardo *
Aline Silveira Batista *
Helena Aparecida Félix *
Antonio Ruy Chaves Filho **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Dentes posteriores com grandes perdas de estrutura dentária nem sempre podem ser restaurados de forma direta com amálgama ou resinas composta. Há a necessidade de se proteger o remanescente dental com restaurações mais extensas sejam metálicas e atualmente, estéticas em porcelana ou resina composta laboratorial. As restaurações indiretas permitem, com maior facilidade, a reprodução do contorno e contatos proximais e uma melhor reprodução dos contatos oclusal. Para tanto, princípios cavitários devem ser seguidos com atenção pelo clínico. Este trabalho tem por objetivo mostrar cada passo dos preparos cavitários indiretos chamando a atenção para as características obtidas pelos desgastes. Modernamente, nossos pacientes têm solicitado a substituição de restaurações metálicas por estéticas. Entretanto, as ligas metálicas ainda têm indicações principalmente naqueles dentes posteriores submetidos a intenso esforço oclusal. Em preparos estéticos a profundidade da caixa oclusal tem que ser no mínimo de 2,0 mm conferindo resistência à porcelana ou à resina composta. O mesmo não se aplica às restaurações metálicas fundidas que apresentam como característica principal o biselamento das faces proximais, tornando-as expulsivas, e permitindo uma melhor adaptação da restauração. No restante, os princípios são os mesmos, a saber ângulos internos arredondados, paredes circundantes tanto da caixa oclusal como proximais expulsivas e, sempre que possível as margens gengivais deverão estar localizadas acima do nível gengival.

JOF 072

SISTEMAS DE ENCAIXES EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Heloisa M. S. Andrade *
Priscila dos Santos Alves *
Altamiro Fujino **
Neif Donizete Abrão **
Márcia Toshie Tamura **
Hiroshi Furukawa **
Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A associação da estrutura metálica de uma prótese parcial removível convencional a grampo a uma prótese parcial fixa através de algum tipo de conexão é denominada prótese parcial removível a encaixe, e consiste na realização de procedimentos laboratoriais específicos na estrutura da prótese parcial fixa durante sua fase de enceramento ou incorporação de componentes pré-fabricadas que permitam a ligação entre a estrutura da prótese parcial removível à estrutura da prótese parcial fixa, proporcionando uma nova performance a este tipo de prótese. As estruturas que promovem a união entre os dois tipos de próteses são as responsáveis pelo desempenho geral do conjunto, uma vez que as duas próteses vão funcionar de maneira conjunta em relação às forças mastigatórias. Este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura analisando alguns dos sistemas de encaixes mais utilizados na prática odontológica.

JOF 073

PRÓTESE METAL FREE – IN-CERAM

Heloisa M. S. Andrade *
 Priscila dos Santos Alves *
 Altamiro Fujino **
 Neif Donizete Abrão **
 Márcia Toshie Tamura **
 Hiroshi Furukawa **
 Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O sistema In-Ceram possibilita confeccionar coroas unitárias (anteriores ou posteriores), próteses parciais fixas anteriores com até 3 elementos, inlays ou onlays e coroas sobre implantes sem a presença da infraestrutura metálica. Além de possuir alta resistência, possui também uma excelente adaptação marginal. A grande vantagem dessa técnica sobre as metalocerâmicas é a ausência de metal, evitando a necessidade de uso do opaco, o que muitas vezes dificulta a obtenção de uma aparência natural da coroa, principalmente no terço cervical. O objetivo desse trabalho foi relatar a confecção de uma prótese fixa do tipo In-ceram em paciente da clínica odontológica da USF. O dente pilar em questão possuía tratamento endodôntico satisfatório, extensa restauração em resina composta reforçada por pino de fibra de vidro, sendo que, algum tempo após sua confecção a mesma fraturou. Optou-se por realizar um preparo para coroa total sobre a estrutura em resina composta/dente e pela instalação de prótese fixa metal-free do tipo in-ceram. Ao final, notou-se ótima estética, além de satisfação do paciente.

JOF 074

UMA CONTRIBUIÇÃO A INFLUÊNCIA DA LECTINA VEGETAL DE CROTALARIA PAULINA E ANIMAL DE BOTHROPS JARARACUSSU SOBRE A ATIVIDADE PROTEOLÍTICA

Maria Betania de Oliveira Garcia *
 Sérgio Marangoni **
 Jopsé Camilo Novello **

* Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular - Unicamp

Introdução: As lectinas constituem um grupo de proteínas que possuem a capacidade de se ligarem, específica e reversivelmente, a determinados carboidratos. Identificadas em vegetais e animais, são também encontradas em venenos ofídicos. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é analisar a influência da lectina de *Crotalaria paulina* e lectina do veneno de serpente *Bothrops jararacussu* sobre a atividade proteolítica da microbiota cariogênica em placa bacteriana supragengival fazendo uso do teste BANA. **Material e Métodos:** Uma colher de dentina (1 mg) foi usada para coleta de 90 amostras: 30 – placa bacteriana supragengival. Estas amostras foram colocadas em 2 mL de uma solução tampão (pH 7.2), sendo agitadas por 30 segundos em 250 mL foram adicionados: A) 250 mL de lectina vegetal de *Crotalaria paulina* 0,12% + 250 mL BANA 1.67 mmol/L + 250 mL de água destilada; B) 250 mL de lectina do veneno de *Bothrops jararacussu* 0,12% + 250 mL BANA 1.67 mmol/L + 250 mL de água destilada; C) 250 mL de lectina vegetal de *Crotalaria paulina* 0,12% + 250 mL BANA 1.67 mmol/L + 250 mL de N-acetil D-galactosamina a 25mM; D) 250 mL de lectina do veneno de *Bothrops jararacussu* 0,12% + 250 mL BANA 1.67 mmol/L + 250 mL de lactose a 0,8 mM. As misturas foram incubadas por 18 horas a 37 °C e a cor foi desenvolvida pela adição de 50 mL de Fast Garnet a 0,1%. A absorvância foi analisada espectrofotometricamente a 510 nm. **Resultados:** Testes estatísticos (t-test) foram realizados para se determinar diferenças significativas entre as absorvâncias dos testes e controles. A absorvância média dos grupos de CrpL [0.375 (± 0.028)] e BJcuL [0.442 (± 0.057)] foi inferior a dos controles [0.860 (±0.056)] [0.753 (± 0.058)] em placa bacteriana supragengival (p < 0.001). **Conclusões:** Conclui-se que a CrpL e BJcuL pode inibir a atividade proteolítica presente em amostras humanas de placa bacteriana supragengival

JOF 075

A SAÚDE COLETIVA NA EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA AOS FUNCIONÁRIOS DA USF – RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO COM O PROJETO BEM VIVER

Luciana Dantas Bebber *
Ronaldo Delfino Jorge *
Patrícia Nascimento Terra Vargas e Vargas *
Maria de Fátima Martins Claro **
Eliana Pannunzio ***
Lúcia A. Federighi P. Leme ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Como estratégia para a qualidade de vida, a atenção em saúde bucal deve atuar voltada aos diferentes grupos sociais. Os programas integrais de saúde coletiva devem implicar-se com os problemas e demandas da clientela, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados ao processo saúde-doença bucal. A educação em saúde bucal supõe considerar a sensibilidade ao próprio corpo, a autonomia no cuidado de si, a possibilidade de compartilhar informações e conhecimentos com outros, partilhar uma experiência. A USF preocupada com esta educação odontológica com seus funcionários permitiu, através do PROJETO BEM VIVER, uma atuação coletiva educacional em todos os setores da instituição. Este trabalho tem como objetivo relatar a ação conjunta de educação odontológica aos funcionários da USF, realizada pelo Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva do Curso de Odontologia em apoio ao PROJETO BEM VIVER. Os dados foram coletados através de um questionário pré-testado e aplicado sobre forma de entrevista individual com 1039 funcionários de diversos setores da USF. Foram analisadas questões relativas às doenças bucais em geral, cárie dentária, doenças periodontais, traumatismo dentário, tratamento durante a gestação e fontes de informação sobre saúde bucal. Concluiu-se que os funcionários da USF possuem um nível razoável de conhecimento sobre saúde bucal, havendo porém necessidade de maior conscientização e mais informações sobre o tema.

JOF 076

BANCO DE DENTES HUMANOS, UMA REALIDADE NA USF À SERVIÇO DO FUTURO NA ODONTOLOGIA

Débora Musetti Kuroishi *
Ruth Cirino de Freitas *
Valdinéia Maria Tognetti **
Maria de Fátima Martins Claro ***
Eliana Pannunzio ****
Lúcia A. Federighi P. Leme ****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Estagiário – USF;
*** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
**** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Muitos dos conhecimentos que a Odontologia tem propiciado para seus pacientes têm origem nas mãos de pesquisadores. Sabe-se que o progresso na qualidade dos materiais odontológicos e o conhecimento de suas propriedades transformam a odontologia empírica em odontologia científica. Em 1997, quando foi formulada a nova Lei de Transplantes Brasileira, (lei nº 9434 de 04/02/1997), os dentes passaram a ser reconhecidos como órgãos. A remoção do órgão dental é ainda um ato comum e requer trato correto quando extraído, obedecendo à legislação vigente. Isso torna seu armazenamento em consultórios ou residências um procedimento ilegal, sendo que o local mais adequado para isto seria um Banco de Dentes Humanos (BDH). Este trabalho tem por objetivo avaliar o grau de conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o Banco de Dentes Humanos, como armazenar dentes extraídos de acordo com a legislação atual, e ao mesmo tempo conscientizar a classe odontológica quanto ao tema. Os dados foram coletados através de um questionário pré-testado e aplicado sobre forma de entrevista individual com 970 cirurgiões dentistas. Concluiu-se que os cirurgiões dentistas têm pouco conhecimento relacionado à legislação atual e de como armazenar os dentes extraídos, manifestando grande interesse na doação dos mesmos, havendo para isso necessidade de maior divulgação à respeito.

JOF 077**RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL**

Priscila Rodrigues Barbosa *
 Maria Cristina Anaruma Dagnone *

* Especialista em Periodontia- EAP/ACDC;

Este estudo é uma revisão da literatura sobre as técnicas cirúrgicas atuais de reconstrução da papila interdental, relatando características anatômicas e histológicas da papila normal e anormal, as possíveis causas da sua perda e as abordagens terapêuticas cirúrgica e não- cirúrgica utilizadas. Os tratamentos cirúrgicos incluem os procedimentos mais utilizados para reconstrução da papila perdida, tanto ao redor de dentes quanto de implantes. Também cita as possíveis terapias não cirúrgicas, tais como ortodontia e odontologia restauradora(prótese e dentisteria). Além disso, enfatiza o diagnóstico, a previsibilidade e dificuldade de resultados.

JOF 078**CANDIDÍASE AGUDA EM PACIENTE ADULTO JOVEM**

Jorge Fernando Carvalho *
 Gabriela Ribeiro *
 Silvia Cristina Torres **
 Maurício Teixeira Duarte **
 Luis Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A candidíase é uma infecção fungica causada pela candida albicans. É uma lesão considerada multiforme. suas principais características clínicas são divididas em aguda e crônica. A forma aguda apresenta-se clinicamente sob a forma pseudomembranosa e eritematosa (atrófica). A forma crônica é dividida em hiperplásica e leucoplásica. O diagnóstico é obtido através d estudo anatomopatológico e o tratamento é realizado à base de antifungicos locais ou sistêmicos. O presente trabalho apresentará um caso clínico de paciente. CASO CLÍNICO: Paciente, sexo masculino, idade 34 anos, branco, 58 Kg, 1,70m, respiração eupneico, estado geral MEG, negando tabagismo e etilismo e relata não possuir nenhuma doença sistêmica. Clinicamente a lesão apresenta fissuras e erosões no dorso da língua e placa branca na região de dorso de língua e mucosa jugal bilateral e palato. A hipótese de diagnóstico inicial foi glossite mediana x candidíase. Foi realizado citologia esfoliativa, que confirmou o diagnóstico de candidíase. Será relatado a evolução do tratamento e a possível relação da lesão com alteração sistêmica.

JOF 079**REVISÃO DE LITERATURA SOBRE OS PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA CLÍNICA DE CIRURGIA**

Aline Nogueira *
 Mila Ap. Alves de Oliveira Rodrigues *
 Mayara Rinaldi Bianchi *
 Mariana Silva Andery Morolli *
 Wagner Marques **
 Alessandra Gambero ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Um efeito adverso refere-se a um efeito não desejado de uma droga e estes podem ser decorrentes de efeitos tóxicos ou efeitos colaterais. Um efeito tóxico é um efeito adverso que surge como consequência da intensificação do mesmo efeito farmacológico responsável pelo efeito terapêutico da droga. Já o efeito colateral refere-se ao efeito adverso que se manifesta através de alguma ação farmacológica distinta daquela que produz o efeito terapêutico. Assim, conhecer os efeitos adversos que podem surgir em decorrência da prescrição de medicamentos na clínica odontológica é de grande importância aos estudantes de Odontologia. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre os possíveis efeitos adversos relacionados/descritos para os medicamentos com maior prevalência de prescrição na clínica cirúrgica do Curso de Odontologia. Dentre os fármacos de uso sistêmico mais prescritos estão: os analgésicos/antipiréticos dipirona e paracetamol, os antiinflamatórios diclofenaco, cetoprofeno, nimesulida e os antibióticos amoxicilina e nistatina. Nossa revisão apontou o fato de que o paracetamol é uma droga relativamente segura, enquanto a dipirona (droga com prescrição proibida em vários países) pode induzir agranulocitose e aplasia medular como descrito em alguns estudos realizados na Holanda e Argentina. Dentre os principais efeitos adversos descritos para os antiinflamatórios prescritos relacionados à gastropatias, como úlcera de estômago e duodeno ou crises de gastrite. Já o antibiótico, principalmente a amoxicilina, está relacionado à ocorrência a processos de hipersensibilidade e efeitos sobre o trato digestório. A nistatina pode ocasionar náusea, vômitos, diarreia e gosto desagradável. Concluímos que os medicamentos de uso sistêmico prescritos na clínica odontológica são passíveis de provocar efeitos adversos e, o conhecimento efeitos pelos estudantes de odontologia pode auxiliar na orientação aos pacientes atendidos e na escolha do medicamento adequado à determinada situação, bem como determinar a melhor medicação a cada paciente, considerando sua saúde geral.

JOF 080

RECONSTRUÇÃO CORONARIA COM FINALIDADE O TRATAMENTO ENDODONTICO EM UM QUADRO DE PULPITE HIPERPLASICA

André Luís Höehr Rittner *
Ronald Del Nero Filho **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Paciente M.D.A.S.R., do sexo masculino, 14 anos de idade, leucoderma, normo reativo, apresentou-se à clínica odontológica da Universidade São Francisco com relatos de dor intermitente no dente 36 e hemorragia recorrente. Ao exame radiográfico grande destruição coronária atingindo a câmara pulpar, rizogênese completa e um leve espessamento do ligamento periodontal. Ao exame clínico, foi constatado uma grande destruição coronária, a polpa do dente encontrava-se num quadro de pulpíte hiperplásica. A pulpíte hiperplásica (polipo pulpar) caracteriza-se pelo crescimento do tecido pulpar para dentro da cavidade cariada. Pode ser epitelizada na sua superfície sendo proveniente de células epiteliais da mucosa bucal. Anestesia ptérigomandibular, isolamento absoluto, desinfecção com hipoclorito de sódio, corte do pedículo com curetas de dentina, remoção do tecido cariado com caneta de baixa rotação e brocas do tipo esféricas de aço comum, o teto da câmara pulpar foi removido e irrigado com hipoclorito, polpotomia e medicação com NDP. As entradas dos canais radiculares foram obliteradas com algodão estéril e gutapercha e reconstrução coronária com resina composta. A reconstrução permite um isolamento absoluto mais eficiente impedindo o retorno de fluidos e secreções para dentro da câmara pulpar, evitando fratura de paredes, melhorando a assepsia da continuidade do tratamento endodôntico concluída a reconstrução, o dente foi selado com cimento de ionômero de vidro. E encaminhado para a sequência de tratamento.

JOF 081

REABILITAÇÃO PROTÉTICA UNITÁRIA SOBRE IMPLANTE OSSEOINTEGRADO

André Luís Höehr Rittner *
Luis Fernando Ferrari Bellasalma **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Paciente M.B., do sexo feminino, 48 anos de idade, leucoderma, normo reativa, apresentou-se à clínica odontológica da Universidade São Francisco com dente provisório do 22 na mão. Ao exame clínico, foi constatado que não havia nenhum remanescente de estrutura coronária. O canal radicular com tratamento endodôntico satisfatório porém as margens das paredes palatinas e vestibulares haviam um desgaste

excessivo comprometendo a resistencia da estrutura dentaria remanescente inviabilizando a reabilitação com protese fixa unitaria. Ao exame radiografico foi possivel verificar uma espessura de rebordo alveolar no sentido vestibulo palatina ideal para a colocação de um implante osseointegrado, tambem foi possivel ter uma medida aproximada do espaço entre o 21 e o 23 de aproximadamente 8mm. Imediatamente após a extração, o alveolo foi preparado para receber implante osseointegrado. Foi utilizado implante tipo master conico da marca conexão HI de 4.3 mm de diametro e 13 mm de comprimento. A sequencia de fresagem utilizada iniciou-se com broca tipo lança até a fresa de 3,7 mm. Implante foi parafusado com 50N de torque. Foi instalado o "parafuso de cobertura" e o retalho muco periostal suturado para cicatrização por primeira intenção. Foi confeccionado um dente provisorio que foi fixado nos dentes vizinhos 21 e 23. A paciente encontra-se aguardando o periodo de cicatrização e osseointegração.



TEMA LIVRE

JOFT 001**CÔNDILO BÍFIDO - RELATO DE CASO CLÍNICO**

Lilian Alves Aparecido *
 Wagner Marques **
 Alan Cruvinel Goulart ***
 Rubens Camino Júnior ****
 João Gualberto de Cerqueira Luz*****
 Celso Maury Abdalla *****

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 **Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 ***Professor Assistente - Fundecto-USP
 **** Professor Assistente - EAP-APCD
 *****Professor Titular - USP / EAP-APCD
 *****Professor Titular - USF

O côndilo bífido é uma alteração rara, geralmente assintomática, descoberto normalmente por meio de exames imaginológicos de rotina. A sua morfologia varia desde a existência de um sulco até a forma de duas cabeças condilares. Não há predileção por raça ou gênero. Sua etiologia ainda não é bem compreendida, contudo algumas hipóteses tentam explicar esta alteração. Certos autores creditam que o seu surgimento esteja relacionado ao trauma, principalmente quando estiverem numa disposição antero-posterior. Entretanto, outros creditam a alterações embriológicas ou pós-natais, que ocorreriam por supressão vascular parcial do côndilo, ou ainda devido à persistência de um septo fibroso na cartilagem, o qual deveria desaparecer após o primeiro ano de vida, explicando nesta hipótese o bifidismo numa disposição médio-lateral. Para o diagnóstico pode-se realizar radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, com o objetivo ainda de eliminar a hipótese de tumor da articulação têmporo-mandibular. Outro recurso útil é a ressonância magnética, que pode evidenciar alterações intra-articulares. O objetivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de um paciente do gênero masculino, de 28 anos de idade, com côndilo bífido do lado esquerdo. Procurou atendimento há um ano devido a um processo infeccioso na região de glândula parótida, sendo diagnosticado o côndilo bífido por meio de exames imaginológicos durante o tratamento. O paciente vem recebendo acompanhamento desde então, do qual concluímos que se enquadra nas descrições da literatura, e sendo descoberto por meio de exames de rotina.

JOFT 002**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FRONTO-ORBITAL - RELATO DE CASO**

Leandro Lauriti *
 Jorge Gobara Júnior *
 Wagner Marques **
 Rubens Camino Júnior ***
 João Gualberto de Cerqueira Luz ****

* Especialista - EAP-APCD;
 **Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 ***Professor Assistente - EAP-APCD
 ****Professor Titular - USP / EAP-APCD

Os traumatismos faciais que envolvem a órbita devem ser criteriosamente diagnosticados e tratados, por ser essa região anatômica uma estrutura complexa, composta de vários ossos individuais, proporcionando geralmente alterações estéticas e funcionais aos indivíduos acometidos por essas lesões. Em situações mais complexas, normalmente há a necessidade de uma integração multidisciplinar com equipes de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, neurocirurgia, oftalmologia, entre outras. Um minucioso planejamento se faz necessário para a execução do tratamento, principalmente por meio de tomografia computadorizada, que é imprescindível para um correto diagnóstico da área lesionada, e posterior decisão da conduta cirúrgica a ser empregada. Este trabalho tem o objetivo de apresentar o tratamento cirúrgico de um paciente portador de traumatismo fronto-orbital, em decorrência de atropelamento, atendido no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya em São Paulo. O criterioso diagnóstico e planejamento do caso, possibilitou o tratamento adequado do caso, não resultando em seqüelas estéticas e funcionais ao mesmo.

JOFT 003**RECONSTRUÇÃO DE MAXILA ATRÓFICA COM ENXERTO DE BANCO DE OSSOS - RELATO DE CASO**

Victor Alencar Bardal *
 Priscila Ariede Petinuci Bardal *
 Wagner Marques **
 Heraldo Lepéra ***
 Rogério José Massao Tamura ***

*Graduado – EAP-APCD

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF

*** Especialista

Um dos grandes desafios da implantodontia atual é a reabilitação da maxila severamente atrófica por meio de implantes osseointegrados. Dentre os fatores de complicação nesses casos estão a dificuldade de instalação de implantes devido a proximidade dos seios maxilares da cavidade nasal. Grande importância além da quantidade óssea reduzida se dá à qualidade do tecido ósseo dessas regiões, tornando-se difícil a execução e o sucesso do tratamento implantodôntico. Frequentemente têm-se encontrado algumas alternativas para a resolução desses casos, como os enxertos autógenos, ou ainda, outros materiais aloplásticos. Mais recentemente foi introduzido no Brasil o Banco de Ossos, em que se realizam esses enxertos com osso homogêneo por meio de transplantes de doadores de órgãos, funcionando por uma legislação vigente, onde se faz o credenciamento do profissional, e o cadastramento e rastreamento entre o doador e o receptor do enxerto. Esse método visa a permitir a realização de reconstruções ósseas de pacientes, e principalmente proporcionar uma menor morbidez nesses indivíduos. Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de enxerto ósseo com a utilização de Banco de Ossos na reconstrução da maxila severamente atrófica com a finalidade implantodôntica. Concluímos que embora possa ser um enorme avanço nos tratamentos dessa natureza, por se tratar de um método novo, mais estudos devem ser realizados demonstrando a sua eficácia, e a sua utilização nesses procedimentos deve ser perfeitamente planejada e cercada dos cuidados legais em vigor.

JOFT 004**DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA X CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO**

Taisa Baratella *
 Ana Amélia Barbieri *
 Raquel Agostini **

*Especialista -Unicamp

**Professor Titular - Unicamp

O Cirurgião Dentista tem um trabalho de grande responsabilidade na sociedade, pois cuida da saúde de seus semelhantes. Em função dessa responsabilidade este tem a obrigação de manter, guardar e atualizar informações pertinentes a seu paciente. Os dados coletados devem ser arquivados e preservados em um prontuário, respeitando as normas éticas e legais, para fins legais, administrativos e clínicos. Esse prontuário deverá conter anamnese, planos de tratamento propostos, fichas clínicas com todos os atos realizados no atendimento do paciente, receitas, atestados (sempre em duas vias, sendo a segunda mantida em consultório), tomadas radiográficas, modelos, além de informações necessárias ao bom andamento do tratamento estabelecendo por parte do CD a garantia de sucesso. Em razão do exposto, vimos à necessidade de salientar a grande importância dos documentos odontológicos, para que no ponto de vista jurídico o Cirurgião Dentista possa prevenir-se de eventuais problemas.

JOFT 005

NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLÂNDULA SALIVARES

Wagner Godoy Rocha - Especialista *
 Jesus Saavedra Lopes Jr - Especialista *
 Plínio Miguel Arcuri *
 Haroldo Arid Soares **
 Silvia Cristina Mazeti Torres ***

* Especialista - Hospital Municipal do Tatuapé
 ** Professor Titular - Hospital Municipal do Tatuapé/UNIMES
 *** Professor Titular - Universidade São Francisco

As neoplasias benignas de glândulas salivares apresentam grande diversidade histológica. Possuem maior incidência nas glândulas parótidas, seguidas pelas submandibulares e glândulas acessórias, notadamente em região de palato. Apresentam-se como nódulo endurecido, liso e indolor com história de crescimento lento. A biópsia é o único método de diagnóstico podendo ser auxiliado pela ultrassonografia e o exame de tomografia computadorizada. O tratamento é eminentemente cirúrgico. Das neoplasias benignas de glândulas salivares a mais comum é o adenoma, podendo ser subdivididos histologicamente (pleomórfico, monomórfico, oxifílico, canalicular, de células basais), seguido do tumor de Warthin, Mioepitelioma. Para ilustração cirúrgica dessas patologias apresentamos casos com técnicas cirúrgicas adequadas para cada região da cabeça e pescoço.

JOFT 006

NEUROFIBROMA PLEXIFORME SOLITÁRIO EM REBORDO ALVEOLAR INFERIOR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Verena Pereira Maia *
 Juliano Maciel Lustosa Pinto *
 Silvia Cristina Mazeti Torres **
 Maurício Teixeira Duarte **
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O neurofibroma é o tipo mais comum de neoplasma de nervos periféricos, que se origina de uma mistura de tipos celulares, incluindo as células de Schwann e fibroblastos perineurais. Os neurofibromas podem originar-se como tumores solitários ou ser um componente da neurofibromatose. Neurofibromatose do tipo 1, também conhecida como neurofibromatose de Von Recklinghausen ou periférica, é uma doença autossômica dominante caracterizada por múltiplos neurofibromas, neurofibromas plexiformes, que podem evoluir para o tumor maligno da bainha de nervos periféricos, gliomas de nervo óptico e outros astrocitomas, lesões melânicas, como manchas café com leite, sardas axilares e inguinais e hamartomas da íris. Os neurofibromas plexiformes são praticamente patognomônicos da doença e ocorrem em um quarto a um terço dos pacientes. Na cabeça e pescoço, localizam-se preferencialmente na divisão orbitária do trigêmeo. Neurofibromas plexiformes podem desenvolver-se já no primeiro ou segundo ano de vida como um crescimento subcutâneo com margens mal definidas, e podem causar deformidades grosseiras mais tardiamente, afetando extensas áreas do corpo. Casos de Neurofibromas plexiformes solitários não relacionados a neurofibromatose do tipo 1 são raros. O trabalho consiste no relato de um caso clínico de neurofibroma plexiforme solitário localizado em rebordo alveolar inferior.

JOFT 007**RECURSOS DE IMAGENS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA REMOÇÃO DE CANINO RETIDO EM MAXILA**

Rogério Bonfante Moraes *
 Ricardo Pimenta D'Avila *
 Gustavo HalaK **
 Vitor Bardal ***
 Wagner Marques****
 João Gualberto de C. Luz*****

* Especialista - APCD Central – SP;
 ** Professor Assistente - Sindicato dos Odontologistas de SP
 *** Graduado EAP-APCD
 **** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 ***** Professor Titular da APCD Central - SP;

Com exceção dos terceiros molares superiores e inferiores, os caninos em maxila são as retenções mais comuns. Os principais fatores etiológicos relacionam-se a cronologia de erupção tardia e a falta de espaço no arco dentário. Complementar ao exame clínico, os exames de imagem são fundamentais no diagnóstico e planejamento destes casos, destacando-se além da tomografia computadorizada as radiografias panorâmica, oclusal e periapical (“Técnica de Clark” de localização). Em geral, sua remoção está indicada quando este se encontra em posição desfavorável ao tracionamento ou quando o tratamento da maloclusão é facilitado pela extração. O acesso cirúrgico dependerá da análise radiográfica para determinar a localização vestibular ou palatina, e este deve prover uma adequada visualização do campo operatório. Frequentemente estes dentes necessitam ser seccionados uma ou mais vezes para eliminar as barreiras físicas à sua remoção, sendo as retenções palatinas de maior complexidade, pelo fato de a curvatura do palato dificultar o eixo de saída. Portanto, a proposta deste trabalho é, através da apresentação de dois casos clínicos, discutir os recursos de imagens e técnicas cirúrgicas para remoção de canino retido em maxila por vestibular e palatino. Concluiu-se que os caninos retidos podem ser tratados adequadamente com um diagnóstico preciso e técnica cirúrgica apurada.

JOFT 008**TÉCNICA DE GENGIOPLASTIA PARA MELHORAR A ESTÉTICA DO SORRISO**

André Vilela Barreto *
 Luis Fernando Ferrari Bellasalma **
 Ronald Del Nero***
 Airton Alves da Nobrega***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor assistente do Curso de Odontologia da USF;

A gengivoplastia se refere ao recontorno plástico de gengiva para produzir uma forma e topografia de superfícies que simulam as características consideradas próprias da saúde gengival. Esta técnica, além de ser uma cirurgia curativa, vêm trazendo excelente resultado estético. Este trabalho têm como objetivo relatar o caso clínico da paciente D.D, 26 anos de idade, sexo feminino que procurou a clínica odontológica da Universidade São Francisco para uma consulta de rotina. Na anamnese pode-se perceber que a paciente possui uma boa higiene oral, mas notou-se uma assimetria no contorno gengival dos incisivos superiores que recomendava a paciente esteticamente. Foi indicada então para o caso a cirurgia de gengivoplastia, onde foi feita a sondagem para confirmar a saúde gengival e demarcada a área a ser feita as incisões. Foi realizada a incisão de bisel interno removendo 1mm de gengiva do órgão dentário 21 e 2 mm de gengiva dos órgãos 11 e 22. Após a remoção das faixas de gengiva, foi realizada uma osteotomia parcial para uma melhor adaptação evitando uma recidiva do tecido gengival. O resultado estético foi excelente e muito bem aceito pela paciente que retornou após três semanas para relatar o caso por completo. Pode-se concluir que esta técnica vem sendo muito procurada devido ao excelente resultado estético obtido.

JOFT 009**TÉCNICA DE DESLOCAMENTO LATERAL DE RETALHO PARA FECHAMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL**

André Vilela Barreto *
 Luis Fernando Ferrari Bellasalma **
 Ronald Del Nero ***
 Maurício Teixeira Duarte ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

As técnicas de cirurgia plástica e reconstrutiva periodonatal são usadas quando as indicações apropriadas para o tratamento são atendidas, e o princípio do tratamento é entendido tanto pelo profissional quanto pelo paciente. Este retalho é um retalho mucogengival concebido para servir de enxerto de tecido mole que mantém um suprimento sanguíneo intacto para o sítio doador. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso da paciente D.C, 29 anos, sexo feminino, que procurou a clínica odontológica da Universidade São Francisco queixando-se de dor. No exame clínico pode-se observar que a paciente tinha uma má higiene oral contendo biofilme e cálculo salivar em todos os dentes inferiores. No órgão dentário 42 pode-se observar uma retração gengival de 7 mm. Foi realizado como tratamento prévio uma raspagem e o caso foi indicado para cirurgia de fechamento da retração gengival do órgão 42. Foi realizado uma incisão relaxante da região de segundo pré-molar inferior direito, feito o descolamento do retalho e posicionado lateralmente fechando assim a recessão gengival. Feita a sutura e a proteção com cimento cirúrgico a paciente retornou após 7 dias para o pós-operatório e o resultado mostrou uma diminuição considerável da recessão gengival. Após 15 dias da cirurgia a paciente retornou e foi concluído o caso com sucesso onde conseguimos um vedamento biológico satisfatório onde o dente ganhou sustentação e uma melhora na estética.

JOFT 010**EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM FISSURAS LÁBIO-PALATINAS**

Ronaldo Delfino Jorge *
 Izaura Gomes De Lima *
 Emanuele Do Nascimento *
 Sílvia Torres **

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor assistente do Curso de Odontologia da USF;

As fissuras do lábio e palato (céu da boca), são uma malformação do terço médio da face, que se devem à falta de fusão dos processos maxilares e palatinos. Estão entre as malformações craniofaciais congênitas mais frequentes, apresentando graus diferentes de severidade e representam 25% do total das alterações desta região, presentes no nascimento. Situam-se entre o 3º e 4º defeito congênito mais frequente e no Brasil estima-se que sua ocorrência seja de 1 para 650 indivíduos nascidos vivos. Seus portadores, além de grave problema estético, apresentam distúrbios funcionais. Desde alimentação até a fonação, que são perfeitamente tratáveis. O objetivo do trabalho é conscientizar e orientar os alunos sobre a grande incidência das Fissuras Lábio-Palatinas no Brasil, alertar sobre a importância do aconselhamento genético a casais que já tenham tido caso de Fissuras Lábio-Palatinas na família, esclarecer sobre a necessidade da boa alimentação e utilização do ácido fólico durante a gestação.

JOFT 011

DIAGNÓSTICO DO HERPES ZOSTER EM MUCOSA BUCAL

Plínio Miguel Arcuri *
 Wagner Godoy Rocha *
 Jesus Saavedra Lopes Jr *
 Haroldo Arid Soares **
 Silvia Cristina Mazeti Torres ***

* Especialista - Hospital Municipal do Tatuapé;
 ** Professor Titular - Hospital Municipal do Tatuapé
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Herpes Zoster é uma reativação do vírus Varicela-Zoster (HHV-3 ou VZV), que perde seu estado de latência, frente a fatores predisponentes como o stress, imunodepressão, senilidade, etilismo, uso de drogas citotóxicas, entre outros. O diagnóstico do Herpes Zoster é eminentemente clínico, suas características são evidenciadas nas primeiras 72 horas. O paciente relata sensação de prurido, queimação, incômodo ou até mesmo dor, após algumas horas a região ficará eritematosa e logo após surgem lesões vesico-bolhosas unilaterais, que se rompem facilmente, dando origem a erosões e úlceras, irregulares, doloridas, de fundo branco-amarelado que geralmente são mais evidentes em mucosas não queratinizadas, seguindo um ramo do feixe nervoso afetado. Ocorre linfadenopatia cervical, cefaléia, febre, mal-estar e irritabilidade. Não há exame complementar específico, podendo haver como hipóteses de diagnóstico outras lesões como pênfigo vulgar, pênfigo foliáceo, eritema multiforme, herpes, entre outros. Seu tratamento é feito com analgésicos, antiinflamatórios, antivirais na fase aguda, devendo haver intervenção nos fatores favorecedores ou predisponentes.

JOFT 012

METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO PARA CISTO ODONTOGÊNICO (DENTÍGERO): RELATO DE CASO CLÍNICO

Haroldo Arid Soares *
 Anna Torrezani **
 Camila F. Santos **
 Silvia Cristina Mazeti Torres ***

* Professor Titular - Hospital Municipal do Tatuapé / UNIMES;
 ** Acadêmico - UNIMES;
 **** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O cisto dentígero talvez seja o cisto odontogênico de desenvolvimento de maior incidência, ficando após o cisto radicular. O cisto dentígero é resultante de uma alteração do epitélio reduzido do esmalte após a formação completa da coroa dental, apresenta-se como cavidade revestida por epitélio contendo fluído em seu interior entre o epitélio e a coroa, estando relacionado com dentes não erupcionados. Acomete tanto a maxila quanto a mandíbula. O cisto dentígero geralmente é assintomático, pode provocar aumento volumétrico na sua evolução. Seu diagnóstico é baseado nos achados clínicos, radiográficos e histopatológico. O tratamento desses cistos é eminentemente cirúrgico. Por este tipo de cisto atingir grandes proporções, se expandindo e destruindo estruturas, é importante seu diagnóstico precoce, favorecendo sobremaneira seu tratamento e prognóstico, permitindo assim uma cirurgia menos mutilante e com mais rápida neoformação óssea. Ademais os cistos dentígeros depois de tratados devem ser preservados com critérios bem definidos. O trabalho apresenta um caso clínico desta patologia, apresentando uma metodologia de diagnóstico em paciente jovem, com finalidade de demonstrar a seqüência correta para elucidação de patologias do complexo maxilo-mandibular.

JOFT 013

NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLÂNDULA SALIVARES

Wagner Godoy Rocha *
 Plínio Miguel Arcuri *
 Jesus Saavedra Lopes Jr *
 Haroldo Arid Soares **
 Sílvia Cristina Mazeti Torres ***

*; Especialista - Hospital Municipal do Tatuapé;
 **; Professor Titular - Hospital Municipal do Tatuapé
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

As neoplasias benignas de glândulas salivares apresentam grande diversidade histológica. Possuem maior incidência nas glândulas parótidas, seguidas pelas submandibulares e glândulas acessórias, notadamente em região de palato. Apresentam-se como nódulo endurecido, liso e indolor com história de crescimento lento. A biópsia é o único método de diagnóstico podendo ser auxiliado pela ultrassonografia e o exame de tomografia computadorizada. O tratamento é eminentemente cirúrgico. Das neoplasias benignas de glândulas salivares a mais comum é o adenoma, podendo ser subdivididos histologicamente (pleomórfico, monomórfico, oxifílico, canalicular, de células basais), seguido do tumor de Warthin, Mioepitelioma. Para ilustração cirúrgica dessas patologias apresentamos casos com técnicas cirúrgicas adequadas para cada região da cabeça e pescoço.

JOFT 014

METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO PARA CISTO ODONTOGÊNICO (DENTÍGERO): RELATO DE CASO CLÍNICO

Haroldo Arid Soares *
 Anna Torrezani **
 Camila F. Santos **
 Sílvia Cristina Mazeti Torres ***

* Professor Titular - Hospital Municipal do Tatuapé / UNIMES;
 ** Acadêmico - UNIMES;
 *** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

O cisto dentígero talvez seja o cisto odontogênico de desenvolvimento de maior incidência, ficando após o cisto radicular. O cisto dentígero é resultante de uma alteração do epitélio reduzido do esmalte após a formação completa da coroa dental, apresenta-se como cavidade revestida por epitélio contendo fluído em seu interior entre o epitélio e a coroa, estando relacionado com dentes não erupcionados. Acomete tanto a maxila quanto a mandíbula. O cisto dentígero geralmente é assintomático, pode provocar aumento volumétrico na sua evolução. Seu diagnóstico é baseado nos achados clínicos, radiográficos e histopatológico. O tratamento desses cistos é eminentemente cirúrgico. Por este tipo de cisto atingir grandes proporções, se expandindo e destruindo estruturas, é importante seu diagnóstico precoce, favorecendo sobremaneira seu tratamento e prognóstico, permitindo assim uma cirurgia menos mutilante e com mais rápida neoformação óssea. Ademais os cistos dentígeros depois de tratados devem ser preservados com critérios bem definidos. O trabalho apresenta um caso clínico desta patologia, apresentando uma metodologia de diagnóstico em paciente jovem, com finalidade de demonstrar a seqüência correta para elucidação de patologias do complexo maxilo-mandibular.

JOFT 015

**ANÁLISE REGIONAL DO MUNICÍPIO DE ATIBAIA - COMPARATIVO
ENTRE 2005 E 2006 DE RISCO À CÁRIE EM CRIANÇAS EM IDADE
ESCOLAR ANÁLISE REGIONAL DO MUNICÍPIO DE ATIBAIA -
COMPARATIVO ENTRE 2005 E 2006 DE RISCO À CÁRIE EM CRIANÇAS
EM IDADE ESCOLAR**

Ronaldo Delfino Jorge *
Izaura Gomes De Lima *
Rosângela Maria Gouvêia *
Nathália Mello Zuconi Cardoso *
Silvia Cristina Mazeti Torres **
José Gustavo Rodrigues Conti ***
Maria Fernanda De Montezuma Tricoli ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Graduado - PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA-SP

Os índices mais utilizados para medir a frequência da cárie dentária em populações são o CPO-D, para dentes permanentes, e o ceo-d, para dentes temporários. A Organização Mundial da Saúde vem estabelecendo, desde os anos 60, padrões para os levantamentos de cárie dentária, a fim de melhorar a validade e a confiabilidade dos dados. Tem havido questionamentos, porém, quanto à validade e à confiabilidade de dados obtidos com essas diferentes padronizações da metodologia, quando são introduzidas mudanças nos critérios utilizados para definir o que é cárie dentária. Este trabalho tem como objetivo a Visualização de risco de cárie e Análise Regional Comparativa do Município de Atibaia do ano de 2005 e 2006. O município foi dividido em oito regiões, foram visitadas escolas da rede municipal de ensino infantil e fundamental. A classificação foi feita seguindo um protocolo no qual separamos por códigos: A: ausência de lesão de cárie, sem placa, B – História de dente restaurado, sem placa, C: uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, D: ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, E – uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda, F – presença de dor e/ou abscesso. Com os resultados levantados na classificação, fizemos a tabulação dos dados separando por nível escolar e risco. Obtivemos então os resultados desse trabalho que serão apresentados posteriormente.

JOFT 016

**HEMORRAGIA RETROBULBAR: UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA NO
TRATAMENTO DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL - RELATO DE
CASO**

Jorge Gobara Júnior *
Leandro Lauriti *
Rogério Bonfante Moraes *
Wagner Marques **
João Gualberto de Cerqueira Luz***
Rubens Camino Júnior ****

* Especialista - EAP-APCD;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular - USP / EAP-APCD

**** Professor Assistente - EAP-APCD

A hemorragia retrobulbar pode acontecer em decorrência de traumatismo facial, cirurgia orbitária e injeções peribulbares ou retrobulbares. Pode ser classificada em dois grupos: hemorragia intraorbital e hemorragia subperiosteal. Os sinais e sintomas são dores, edema periorbitário, hemorragia subconjuntival difusa, diplopia, oftalmoplegia, aumento gradativo de proptose, perda da acuidade visual e até a cegueira. A sua ocorrência no espaço intraorbital pode causar a perda da acuidade visual por compressão do nervo óptico e deficiência do suprimento vascular. O diagnóstico é comprovado por meio de tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética. O tratamento consiste na utilização de medicamentos como a acetazolamida, manitol, esteróides, ou por meio de uma descompressão cirúrgica de urgência do espaço orbitário via cantotomia lateral e cantólise. A descompressão da órbita é o tratamento de escolha para a hemorragia retrobulbar, podendo reverter mecanicamente à neuropatia óptica e a isquemia da retina,

prevenindo ou restaurando a visão, devendo ser instituído o mais rapidamente possível. O objetivo deste trabalho é o de elucidar sobre o diagnóstico e o tratamento deste tipo de complicação, bem como o de apresentar um caso de hemorragia retrobulbar durante o tratamento cirúrgico de fratura naso-órbito-etmoidal. Concluímos que é de grande importância para os profissionais que praticam a especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial o conhecimento dessa complicação, propiciando assim o perfeito diagnóstico e o tratamento adequado para esses casos.

JOFT 017

PERFURAÇÃO DA MEMBRANA SINUSAL DURANTE O PROCEDIMENTO DE ELEVAÇÃO DO SEIO MAXILAR

Juliana Mosca *
 Wagner Marques **
 Evandro Franco da Rocha **
 Antonio Castelo Branco Teixeira ***
 João Gualberto de Cerqueira Luz ***
 Marcelo Yoshimoto ****
 Aziz Constantino *****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Assistente - USP / EAP-APCD
 **** Professor IPEN
 ***** Professor Intra-Look.Abs.WM

A implantodontia é considerada atualmente como o mais eficiente recurso que a odontologia dispõe para a reabilitação funcional e estética das regiões desdentadas posteriores da maxila. O procedimento de elevação do seio maxilar por meio de enxerto no soalho sinusal, surgido há trinta anos, e a técnica aprimorada nos últimos dez anos, permitiram uma alternativa para a utilização de implantes em áreas antes consideradas impossíveis para a realização do tratamento implantodôntico em sua técnica convencional. O advento dessa técnica ampliou os limites da implantodontia na reabilitação oral. As inovações apresentadas nos últimos anos e o emprego de novos materiais para enxerto, permitiram a obtenção de resultados clínicos que comprovam a sua eficácia. No entanto, existem alguns acidentes e complicações que podem comprometer o sucesso da técnica, como a perfuração da membrana sinusal durante o procedimento cirúrgico. Considerando o crescente interesse de profissionais no conhecimento dessa técnica, propusemos a realização de uma revisão da literatura sobre esse acidente operatório, permitindo um esclarecimento da melhor maneira de resolução nesses casos. Concluímos ser necessário o domínio da técnica e o conhecimento anatômico e imaginológico para a sua execução, prevenindo a ocorrência de acidentes e complicações, e permitindo uma decisão mais favorável de solucionar algum problema.

JOFT 018

ALEITAMENTO MATERNO

Emenule Nascimento *
 Izaura Gomes De Lima *
 Magali Nunes Lacerda *
 Ronaldo Delfino Jorge *
 Marcos Valério Ferrari **
 Lucia Leme ***
 José Ricardo Scanavini ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 **Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O aleitamento materno, sem qualquer sombra de dúvida, constitui-se em questão fundamental quando se estuda a saúde infantil e coletiva, em qualquer época ou lugar, significando muito mais do que uma forma de alimentação do lactente, sendo na verdade, um direito ético e biologicamente inquestionável, que deverá estar sempre ao alcance de toda a espécie humana. Lutar para que este direito seja alcançado na sua plenitude, está entre as mais nobres tarefas daqueles que trabalham com e pela criança. Nos primeiros seis meses de vida, a amamentação natural deve ser a forma exclusiva de nutrição. O leite materno é a melhor forma de nutrição, contribuindo para a imunidade contra doenças infecciosas e alérgicas e desempenhando importante papel na saúde e desenvolvimento do bebê, pois contém todos os nutrientes e anticorpos

necessários para o estabelecimento e uma boa saúde. Este trabalho tem como objetivo avaliar a importância do aleitamento materno ajudando na orientação aos pais.

JOFT 019

ODONTOLOGIA NO SÉCULO XXI

Emanuele Nascimento *
Izaura Gomes De Lima *
Patricia Maria Risso *
Karina Faria Rosa *
Ronaldo Delfino Jorge *
Elia Panuzio **

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A saúde bucal é a harmonia e a normalidade, ou seja, a higidez da cavidade bucal. Infelizmente, nos de hoje a saúde bucal ainda não é levada a sério. Para muitos a cavidade bucal é considerada somente como uma máquina mastigatória. Os problemas de saúde bucal são importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. Além da dor, as doenças bucais provocam sofrimentos, constrangimentos psicológicos e privações sociais, ocasionando prejuízos individuais e coletivos. Na década de oitenta, segundo Pinto (1999), havia uma idéia de que a cárie dental era uma doença democrática por manifestar-se igualmente entre pobres e ricos. Hoje, segundo o levantamento do Ministério da Saúde constatou-se que efetivamente os situados nos extratos de mais alta renda possuem menos cáries que os situados na base da pirâmide social e econômica. O objetivo deste trabalho é fazer um levantamento comparativo da situação da saúde bucal no Brasil.

JOFT 020

INTRUSÃO DENTAL TRAUMÁTICA

Ronaldo Delfino Jorge *
Izaura Gomes De Lima *
Marcos Valério Ferrari **
Maria De Fátima Martins Claro **
Lúcia Leme ***
Elia Panuzio ***
José Ricardo Scanavini ***

*Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;

**Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Os traumatismos em dentes decíduos ou permanentes constituem problema grave, podendo ser considerados, verdadeiramente, uma situação de urgência especial, não só pelo problema dentário, mas também pelo desenvolvimento emocional da criança e de seus acompanhantes. A perda ou fratura dos dentes anteriores é o problema dental que provoca maior impacto emocional e constitui uma experiência dramática para todos. A ameaça a sua estética, representada pelo traumatismo, pode ser um fator direto de futuros problemas psicológicos e desvios de comportamento da criança. Entretanto, a condição emocional da criança e de seus acompanhantes, representada por angústia e medo, nem sempre favorece o tratamento imediato. Sabemos que o trauma sofrido por um dente é sempre seguido de hiperemia pulpar cuja extensão, muitas vezes, não pode ser determinada através de métodos de diagnósticos disponíveis, podendo iniciar um processo degenerativo ou uma lesão irreversível até a mortificação pulpar. O profissional, portanto precisa estar preparado não só para manejar o problema do ponto de vista terapêutico, mas também do ponto de vista emocional, transmitindo ao paciente e aos seus familiares, tanto quanto possível, serenidade e segurança, pois a lesão sofrida, associada ao impacto psicológico, torna-o muitas vezes, hipersensível. O dentista procurado para orientação e tratamento após um traumatismo tem por obrigação tratar o paciente da melhor maneira possível ou encaminhá-lo imediatamente a um especialista. A saúde oral do paciente está comprometida e a aparência da criança marcada pelo traumatismo precisa ser restaurada ao normal o mais rápido possível, para melhorar o aspecto diferente em relação às outras crianças. Existem vários tipos de traumatismos, nosso trabalho é um levantamento bibliográfico referente a Intrusão Dental Traumática. Na intrusão, a polpa e todas as estruturas de suporte sofrem um dano máximo, pois o dente, por meio de um impacto axialmente direcionado, é empurrado no interior do processo alveolar. Este tipo de deslocamento dentário não-avulsivo apresenta o pior prognóstico.

JOFT 021**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE OBTURADO COM CONE DE PRATA ALÉM ÁPICE**

Andréia Godoy Sant`Ana *
 Anly Ferraz Vicentini *
 Miguel S. Haddad Filho **
 Nelsa A. Ishimoto **
 Ronald Del Nero Filho **
 Vladimir A. Risso ***
 João Marcelo Ferreira de Medeiros ****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 **** Professor Assistente - UNITAL

O avanço técnico científico possibilita índice de sucesso cada vez mais significativo em endodontia, de tal sorte a permitir um tratamento mais fácil, mais rápido e muito mais seguro. Quanto ao insucesso, sabe-se que quase a totalidade dos casos relaciona-se a fase de obturação, no que diz respeito ao limite de trabalho, repleção ou volume do material obturador, qualidade do produto e efetividade da técnica escolhida. Com vistas a isso, esse trabalho visa apresentar um caso clínico de retratamento endodôntico caracterizado pela presença de cone de prata instalado transpassando o forame e curiosamente ausência de rarefação óssea periapical. Paciente N.A.D., 58 anos procurou o serviço de Endodontia do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco, Já orientado pelo C.D. da necessidade de reintervenção endodôntica previamente ao tratamento protético. O material sólido foi removido as custas de sistema ultrasônico e, posteriormente ao preparo, nova obturação através da técnica da condensação lateral, garantindo assim adequação combinada do sistema endodonto-periodontal. Face as considerações analisadas e discutidas parece-nos válido inferir que o tratamento que propomos a esta condição teve sua resolução.

JOFT 022**PREPARO CAVITÁRIO INLAY/ONLAY PARA RESTAURAÇÕES METÁLICA FUNDIDA**

Helena aparecida Felix *
 Taiomara Bernardo *
 Aline Silveira Batista *
 Antonio Ruy Chaves Filho **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Preparo cavitário Inlay/Onlay é indicado principalmente para dentes extensamente destruídos. Os procedimentos Técnicos deste preparo é complexo e deve seguir uma sequência correta para que essa cavidade venha ter um perfeito desenvolvimento Clínica, nosso intuito neste trabalho é mostrar a técnica de preparo desta cavidade.

JOFT 023**MUCOCELE: APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO**

Rubia Galzo *
 Silvia Cristina Mazeti Torres **
 Luiz Alexandre Thomaz ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A mucoccele é causada por traumatismo mecânico num ducto salivar, o qual resulta em retenção de saliva, recoberta por uma camada tênue de mucosa. Seu aspecto clínico é de uma bolha na face interna do lábio inferior, mucosa jugal, face inferior da língua e soalho (rânula), comum em crianças e adolescentes, com diagnóstico obtido por biopsia, bom prognóstico e tratamento cirúrgico. A partir das características descritas

acima relataremos o caso da paciente A.P.R., 7 anos, que procurou a disciplina de estomatologia do curso de Odontologia da universidade São Francisco apresentando bolha de aproximadamente 6 mm na mucosa do lábio inferior, de cor azul-translúcida, consistência branda, lisa e indolor. Foi adotado como conduta a remoção cirúrgica da lesão, o material foi enviado para estudo anotomo-patológico com diagnóstico final de mucocele em lábio inferior.

JOFT 024

ENXERTO ÓSSEO PARA RECONSTRUÇÃO APÓS REMOÇÃO DE 2º E 3º MOLARES RETIDOS – RELATO DE CASO

Ricardo Pimenta D'ávila *
 Rogério Bonfante Moraes **
 Wagner Marques ***
 Victor Alencar Bardal ***
 João Gualberto de Cerqueira Luz ****

* Especialista – APCD- Central;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Graduado EAP-APCD;

**** Professor Titular do Usp/ EAP-APCD.

A impacção simultânea do segundo e terceiro molar inferior, apresenta uma ocorrência relativamente rara. Quando ocorrem, alguns fatores podem estar ligados a estas retenções, entre eles: retenções mecânicas, alterações do posicionamento do germe dentário, alterações morfológicas dos dentes ou alterações patológicas do periodonto. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de um paciente do gênero feminino, leucoderma, de 27 anos, sem alterações sistêmicas importantes, que apresentava a impacção simultânea do segundo e terceiro molar inferior esquerdo assintomático. A paciente foi encaminhada a clínica de cirurgia do curso de especialização da APCD Central – SP. após um exame clínico de rotina onde notou-se a ausência do segundo molar inferior esquerdo. Uma radiografia panorâmica foi solicitada e verificou-se a impacção do segundo e terceiro molar. O planejamento para o caso constou de enxerto ósseo para reconstrução após remoção dos elementos dentários, pois na região do segundo molar será realizado a colocação de implante futuro. O tipo de enxerto utilizado foi osso autógeno obtido com o uso de coletor, misturado com osso liofilizado bovino. Na literatura verificamos algumas formas de tratamento para esses tipos de ocorrências, como: a remoção somente de um elemento ou até a tentativa de tracionamento dependendo da posição e idade. O caso foi concluído com êxito, o que mostra a importância de um correto planejamento para cada caso.

JOFT 025

DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA DE EMINECTOMIA

Ricardo Pimenta D'ávila *
 Rogério Bonfante Moraes *
 Wagner Marques **
 Victor Alencar Bardal ***
 João Gualberto de Cerqueira Luz ****

* Especialista – APCD- Central;

** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

*** Graduado EAP-APCD;

**** Professor Titular do Usp/ EAP-APCD.

O sistema estomatognático é extremamente complexo, sendo o sistema mastigatório uma unidade funcional responsável primariamente pela mastigação, fala e deglutição. Desempenha ainda um importante papel no paladar e respiração. O sistema é composto por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos, sendo controlados por um intrincado sistema neurológico que regula e coordena todos esses componentes estruturais. Sendo assim, é uma realidade assumir que quanto mais complexo for um sistema, maiores serão as possibilidades de ocorrer um colapso. A articulação temporomandibular possui movimentos básicos de rotação e translação, sendo que os movimentos fundamentais ocorrem pela combinação dos movimentos básicos, geralmente de transrotação. São estes os movimentos de abertura e fechamento da boca, além dos movimentos de protrusão e de lateralidade. Ocorrendo um colapso acarretará em uma

disfunção temporomandibular. Uma das alterações que podem ocorrer na articulação temporomandibular é a luxação, que significa o deslocamento com perda de contato entre as superfícies articulares. No caso de ocorrer com frequência em um indivíduo, estaremos diante de uma luxação recidivante. Uma série de procedimentos tem sido relatados na literatura para o tratamento da luxação recidivante, sendo o procedimento cirúrgico o que possibilita resultados mais consistentes. O objetivo deste trabalho é apresentar os fatores predisponentes e desencadeantes da luxação, bem como demonstrar a técnica cirúrgica de eminectomia no tratamento das luxações recidivantes.

JOFT 026

CARACTERÍSTICAS BUCAIS PREDOMINANTES EM PACIENTES ESPECIAIS COM SÍNDROME DE DOWN

Analy Ferraz Vicentini *
 Andréia Godoy Sant`Ana *
 Criatiane Bonucci Ribeiro Zanesco **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;

Síndrome de Down ou trissomia do cromossomo 21 é um distúrbio genético causado pela presença de um cromossomo 21 extra total ou parcialmente. Os portadores de necessidades especiais com síndrome de Down apresentam manifestações bucais características decorrentes dessa alteração genética. O cirurgião-dentista deve reconhecer as alterações bucais predominantes nessa síndrome como: fissura na região dorsal da língua, protusão mandibular, hipotonicidade muscular, problemas periodontais, candidíase oral, palato ogival, alterações na seqüência de erupção dentária, agenesias e podem apresentar baixa incidência de lesões de cárie. O conhecimento dessas alterações permite ao cirurgião-dentista estabelecer um plano de tratamento adequado e multidisciplinar para esses portadores de necessidades especiais.

JOFT 027

RECONSTRUÇÃO CORONÁRIA DOS INCISIVOS DECÍDUOS

Analy Ferraz Vicentini *
 Andréia Godoy Sant`Ana *
 Lúcia Aparecida F. Leme **
 Eliana Pannuzio **

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

A função e a estética são fatores de grande importância em odontopediatria. A fonética e a deglutição também são dependentes diretamente do fator restauração. Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso do paciente J.N., sexo masculino, 5 anos, que apresentava ausência das coroas dos incisivos superiores decíduos, onde foi realizado reconstrução com resina composta pela técnica incremental. Na 1ª sessão foi realizado a reconstrução do 51 e 61 e na 2ª sessão a reconstrução do 52 e 62.

JOFT 028

PREPARO CERVICAL EM RAIZES MESIAIS DE MOLARES INFERIORES

Raquel Cristina de Moraes Del Nero *
 Sara Renata Ferreira *
 Ronald Del Nero Filho **
 Miguel Simão Haddad Filho **
 Nelsa Akemi Ishimoto **
 Vladimir Aparecido Risso ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

O preparo das paredes mesiais das entradas e terço cervicais dos canais radiculares dos molares, tem sido preconizado no sentido de melhorar seu preparo químico-cirúrgico vencendo e retificando curvaturas pelo

melhor acesso ao forame proporcionando melhor divergência durante as manobras de limagem e alargamento, importante na desinfecção e modelagem para a obturação. A presença de concavidade cervical nas raízes mesiais dos molares inferiores e a concavidade cervical interna à furca determina menor espessura dentinária e um grande convite à perfuração, pelas brocas do preparo cervical, visto que os canais estão muito próximos deste detalhe anatômico de difícil visualização radiográfica que detecta apenas o perfil volumoso da raiz. Para evitar a perfuração nesta área, sugere-se como medida de segurança: Maior divergência da parede mesial removendo-se totalmente sua convexidade com preparo das entradas dos canais para os ângulos pulpares MV e ML. Preparo das entradas dos canais com limas 08, 10, 15, e 20 nos seus 6 a 8 mm cervicais de profundidade removendo seus cotovelos em direção aos ângulos cavitários MV e ML com irrigação de solução EDTA. Uso de brocas de Gates 1 e 2 com desgaste nas direções dos ângulos cavitários MV e ML. Remoção de detritos com limas 08 e 10 com irrigação de solução de EDTA. Obtém-se desta forma uma maior segurança na divergência cervical distanciando da concavidade radicular interna à furca. Com maior facilidade seguem-se odontometria e preparo dos canais qualquer seja a técnica empregada com maior ou menor taper.

JOFT 029

ESTUDO COMPARATIVO DA CAPACIDADE ANESTÉSICA DO EMLA® E ANESTALCON® EM DENTES COM ALTERAÇÃO PULPAR INFLAMATÓRIA IRREVERSÍVEL

Youssef Mourad *
 Andréa Borges Rodrigues *
 Miguel Simão Haddad Filho **
 Vlademir Aparecido Risso ***
 João Marcelo Ferreira de Medeiros ****
 Celso Luiz Caldeira *****

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;
 **** Professor Assistente Doutor UNITAU
 ***** Professor Doutor FOU SP

As particularidades fisiológicas mais a condição de confinamento que envolve o tecido pulpar tornam esta estrutura um sistema altamente complexo e especializado que, quando injuriada, desencadeia uma série de alterações que vai desde a pulpíte instalada em seu formato mais moderado, a hiperemia, até o colapso da fase irreversível. A condição topográfica por si só justifica boa parte do comportamento pulpar, tratando-se de um tecido conjuntivo fartamente vascularizado e enclausurado em paredes anelásticas, desencadeando a maior das pressões corpóreas que, quando inflamada, promove congestionamento circulatório, ocasionando pressão suplementar, alterações neurais tal como degenerações na bainha de mielina mais brotamentos em fibras nervosas. Na fase mais avançada da alteração inflamatória a dor se manifesta espontânea e continuamente, difusa, lancinante, exacerbada com estímulos térmicos, declínio lento quando da aplicação de agentes refrigerantes, intensificada quando da palpação ao nível apical, relato de perda de sono e utilização de medicamentos fracassada. Tais dados indicam que os nociceptores pulpares foram sensibilizados, além da ativação das fibras C, dando conta de se tratar da fase álgica mais extrema e sobretudo maior limitação dos agentes anestésicos, complicação essa mais comum em dentes molares inferiores ocasionado por diversificados mecanismos a exemplo das fibras de nervos aferentes nas proximidades da inflamação alterar seu potencial e diminuir o limiar de excitabilidade, que se estende ao longo do nervo, tornando o anestésico incapaz de impedir totalmente a transmissão do impulso doloroso. Assim, é pertinente indicar e avaliar a eficácia de alternativas que minimizem a dor decorrente da intervenção da exposição pulpar em processo irreversível a exemplo da mistura eutética de anestésicos locais ou EMLA® e o ANESTALCON®, um anestésico oftalmológico a base de cloridrato de proximetacaína a 0,5%. Com vistas ao exposto, esse estudo objetiva verificar a capacidade anestésica do EMLA® e ANESTALCON® previamente à injeção intrapulpar nos casos de pulpíte irreversível. Para tanto, foram selecionados 60 casos de dentes molares inferiores com esse tipo de alteração, divididos em três grupos iguais, a saber: Grupo I – Técnica de complementação anestésica intrapulpar, Grupo II – aplicação do EMLA® previamente à complementação anestésica intrapulpar e Grupo III – utilização do ANESTALCON® também previamente à complementação anestésica intrapulpar. Posteriormente coletou-se a análise da sintomatologia manifestada, através de questionamento mais teste com agente refrigerante tetrafluoroetano, tabulada e submetida a teste estatístico. Pode-se perceber que o ANESTALCON® foi mais efetivo que o EMLA® no que diz respeito à capacidade anestésica.

JOFT 030**UTILIZAÇÃO DA MICROSCOPIA OPERATÓRIA EM ENDODONTIA NA CONFIRMAÇÃO DE FRATURAS RADICULARES**

Andréa Borges Rodrigues *
 Youssef Mourad *
 Miguel Simão Haddad Filho **
 Nelsa Akemi Ishimoto **
 Ronald Del Nero Filho **
 Vlademir Aparecido Risso ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Os recursos de imagem disponíveis, convencional ou radioviográfico, mostram-se limitados quando da investigação de fraturas dentais, especialmente quando da localização na face vestibular e lingual ou palatina, de modo a nos conformarmos com suposições ou especulações daquilo que é provável e não conclusivo no diagnóstico. Essa tão oculta situação clínica é melhor compreendida através da utilização de localizador apical eletrônico que entre outras vantagens promove o reconhecimento de linhas e trinca ou fratura através da percepção da corrente elétrica decorrente do ligamento periodontal daquela região, e mesmo assim em caráter especulativo, aja visto não ilustrar uma confirmação visual do fato. Nesse sentido, este trabalho tem por objetivo apresentar casos de fratura radicular cujo recurso de diagnóstico utilizado foi a microscopia operatória, sendo três dentes com pequenas restaurações classe I e fratura vertical da raiz, três dentes que apresentavam retentores intra-radiculares, um dente que foi submetido á tratamento endodôntico, porém, sem restauração definitiva e um dente fraturado quando do tratamento do canal radicular, onde pode-se concluir que a microscopia operatória é um recurso indispensável quando se deseja verificar sem margem de dúvidas e documentar a presença de fratura radicular desapercibida pelos métodos de diagnóstico por imagem.

JOFT 031**OVERDENTURES**

Tatiane da Silva Guedes *
 Altamiro Yutaka Fujino **
 Hiroshi Furukawa **
 Neif Donizete Abrão **
 Marcia Tamura **
 Karina Andréa Novaes Olivieri ***

* Acadêmico do Curso de Odontologia da USF;
 ** Professor Assistente do Curso de Odontologia da USF;
 *** Professor Titular do Curso de Odontologia da USF;

Uma vez que a perda de dentes causada por doenças e traumas tem sido sempre uma característica da espécie humana, não é de se surpreender que a historia da colocação dos dentes também tenha longa história. A odontologia tem se dedicado muito nos últimos anos em aumentar as opções de tratamento ao paciente sempre proporcionado o melhor, e um dos métodos oferecidos de reabilitação bucal que a overdentures ou sobredentaduras. A reabilitação bucal com overdentures é uma prótese total que obtém suportes em implantes ou sobre raízes residuais, os quais são completamente envolvidos sob sua superfície basal, tendo indicação em pacientes com quantidade e qualidade óssea reduzidas, com situações financeiras e fonética prejudicada. Os tipos de encaixes nas overdentures mas utilizadas são: em barra/clip ou forma de o'rug (botão). O objetivo deste trabalho é mostrar diferentes sistemas de retenção utilizados para as sobredentaduras. Pode se concluir que quando corretamente planejada as sobredentaduras satisfazem a estéticas e funcionalmente seus portadores.



ÍNDICE DE AUTORES

Abdalla C. M. - TL 1
Abrão A. D. - P 1, 7
Abrão N. D. - P 15, 16, 31, 33, 45, 50, 54, 55, 72, 73
Agostini R. - TL 4
Agra P. G. - P 70
Aguiar L. L. P. - P 25
Almeida K. L.C. - P 52
Alves M. A. D. - P 7
Alves P. S. - P 72, 73
Amadio M. - P 20, 21, 22, 23, 24
Amado R. A. - P 28, 31, 44
Amado V. A. - P 70
Andrade C. C.- P 16, 58
Andrade H. M. S. - P 36, 72, 73
Antoniazzi R. G. - P 9, 30, 44, 56, 61, 69
Aparecido L. A. - TL 1
Arcanjo C. S. - P 25
Arcuri P. M. - TL 5, 11, 13
Bacci J. E. - P 19, 46
Ballacon L. F. - P 36
Bandeira C. - P 34, 41, 70
Baptista C. M. R. - P 53, 65
Baptista L. A. - P 69
Baratella T. TL 4
Barbieri A. A. - TL 4
Barbosa J. F. - P 74
Barbosa P. R. - P 80
Bardal P.A. P. - TL 3
Bardal V. A. - TL 3, 7, 23, 24
Barreto A. V. - TL 8, 9
Batista A. S. - P 71; TL 22
Batista D. - P 50
Bebber L. D.- P 43, 74, 76
Bellasalma L. F. F. - P 19, 46, 64, 84; TL 8, 9
Bernardo T. S. - P 71; TL 22
Bianchi M. R. - P 82
Biondi D. Q. - P 55, 69
Bitencourt N. P. - P 17
Bragion D. B. - P 56
Bridi A. L. C. - P 20, 21
Brunhoreto G. - P 3, 10, 11
Caldeira C. L. - P 78
Cardoso N. M. Z. - P 70; TL 15
Carvalho J. F. - P 81
Castro L. F. - P 5, 60
Cavalheiro L. H. M. R. - P 65, 66
Claro M. F. M. - P 20, 21, 22, 23, 24, 51, 76, 77; TL 20

Constantino A. - TL 17
Conti J. G. R. - TL 15
Corradini M. - P 3, 8, 10, 11
Costa S. R. G. - P 56
Costa V. O. - P 19
Curi F. M. - P 59
D"Avila R. P. - TL 7, 23, 24
Dagnone M. C. A. - P 80
Del Nero R. C. M. - P 54, 85; TL 28
Duarte M. T. - P 1, 26, 25, 27, 37, 44, 64, 81; TL 6
Félix H. A. - P 71; TL 22
Ferracini P. G. - P 19, 30
Ferrari M. V. - P 14,51; TL 18, 20
Ferreira C. A. M. - P 5, 60
Ferreira D. F. - P 59
Ferreira F. A. - P 18, 25, 40
Ferreira S. R. - TL 28
Filho A. R. C. - P 7, 13, 32, 35, 38, 42, 58, 59, 61, 67, 68, 71; TL 71
Filho M. S. H. - P 4, 5, 30, 39, 48, 78, 79, 85; TL 21, 28
Filho R. D. N. - P 39,54,79, 83, 85; TL 21, 28
Freitas D. - P 19, 30
Freitas R. C. - P 51, 77
Fujino A. Y. - P 15, 16, 31, 33, 45, 50, 54, 55, 72, 73
Fujino D. M. S. - P 15
Furukawa H. - P 15, 16, 31, 33,45, 50, 54, 55
Galzo F. -P 60
Galzo R. F. L. - P 5, 60; TL 23
Gambero A. - P 60, 82
Garcia M. B. O. - P 75
Gesuatto G. D. - P 12, 20, 21, 22, 23, 24
Gironi G. M. - P 59
Goulart A. C. - TL 1
Gouvea R. M. - P 42; TL 15
Guedes T. S. - P 19, 46
Halak G. - TL 7
Henrique E. C. - P 25
Ishimoto N. A. - P 30, 39, 79, 85; TL 21, 28
Jorge R. D. - P 62, 76; TL 10, 15, 18, 19, 20
Júnior J. G. -TL 2, 16
Júnior R. C. - TL 1, 2
Kuroishi D. M. - P 77
Lacerda M. N. - P 62; TL 18
Lauriti L. - P 34; TL 2, 16
Leme L. A. F. P. - P 6, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 43, 51, 62, 77, 74, 76; TL 18, 20, 27
Lepéra H. - TL 3
Lima I. G. - P 62; TL 10, 15, 18, 19, 20

Lomba S. G. - P 29, 57
Longo L. A. - P 35, 61
Lopes J. V. B. P. - P 41
Lopes Júnior J. S. - TL 5, 11, 13
Luz J. G. C. - TL 7, 16, 23, 24
Magalhães J. C. A. - P 43
Maia Ve. P. - P 6, 12, 26, 27; TL 6
Maia Vi. P. - P 12, 20, 21, 22, 23, 24, 27
Marangoni S. - P 75
Marconde P. F. - P 37
Marques W. - P 4, 18, 34, 40, 41, 47, 60, 70, 82; TL 1, 2, 3, 7, 16, 17, 23, 24
Martin J. - P 51
Martins D. A. - P 3, 10, 11, 62
Medeiros J. M. F. - P 39, 78
Melo L. J. - P 65, 66
Momesso M. B. - P 64, 68
Moraes M. H. - P 9, 53
Moraes R. B. - TL 7, 16, 23, 24
Moraes R. M. - P 52
Morolli M. S. A. - P 82
Mosca J. - P 85; TL 17
Motta M. S. - P 16
Mourad Y. - P 78, 79
Mozeli D. B. - P 52
Nascimento E. - P 62; TL 10, 18, 19
Navi R. - P 17
Nóbrega A. A. - P 6, 32, 36, 48, 52, 55, 82
Novello J. C. - P 75
Okamura D. H. - P 65, 66
Oliveira A. C. - P 46
Oliveira F. G. - P 47
Oliveira I. V. - P 9
Olivieri K. A. N. - P 15, 16, 28, 29, 31, 33, 45, 50, 54, 55, 72, 73
Pádua D. C. - P 14
Paes R. C. D. - P 15
Paiva Júnior M. J. - P 52
Pallone E. M. J. A. - P 49
Pannunzio E. - P 20, 21, 22, 23, 24, 63, 76, 77; TL 19, 20, 27
Pereira C. A. - P 17, 18, 40
Pereira M. L. - P 9, 53
Pereira R. C. - P 9, 53
Pinto J. M. L. - P 26, 26; TL 16
Pinto M. V. - P 74
Pizzolotto L. - P 6, 26
Pizzolotto M. - P 13, 33
Porto S. M. - P 56
Possebon A. H. F. - P 29, 57

Precetti R. S. - P 42, 64, 68
Quirino T. - P 32
Rettuci E. W. - P 55, 69
Ribeiro C. - P 53
Ribeiro D. A. - P 4
Ribeiro G. - P 81
Ribeiro J. S. - P 64, 68
Ribeiro M. A. - P 58
Rigo E. C. S. - P 49
Riquieri H. - P 2
Risso P. M. - TL 19
Risso V. A. - P 39, 78, 79, 85; TL 21, 28
Rittiner A. L. H. - P 83, 84
Rocha E. F. - TL 17
Rocha L. H. M. - P 69
Rocha W. G. - TL 5, 11, 13
Rodrigues A. B. - P 41, 79
Rodrigues I. T. - P 65, 66
Rodrigues M. A. O. - P 82
Rosa D. A. - P 52
Rosa K. F. - P 50, 51; TL 19
Sá R. M. - P 7, 35, 66
Salles T. H. C. - P 49, 59
Sant'Ana A. G. - P 39, 48; TL 21, 26, 27
Santos C. F. - TL 12, 14
Santos T. H. A. - P 18, 40
Santos W. D. T. - P 37, 38
Savaris L. - P 35, 61
Scanavini A.O. - P 1, 13
Scanavini J. R. - P 14, 51, 61; TL 18, 20
Scarpari A. C. - P 30, 45
Signorelli L. G. - P 18, 40
Silva K.R. - P 14
Silva M. A. A. F. - P 28, 31, 44, 63
Silva R. N. - P 33, 37, 38
Silva T. C. - P 2, 63
Silva U. T. - P 60
Siriani A. - P 32
Soares H. A. - TL 5, 11, 12, 13, 14
Tamura M. T. - P4, 5, 15, 16, 31, 33, 45, 50, 54, 55, 72, 73
Tamura R. J. M. - TL 3
Teixeira A. C. B. - TL 17
Teles L.M. - P 1, 13
Thomaz L. A. - P 1, 4, 5, 18, 26, 27, 35, 37, 40, 64, 81; TL 6, 23
Tognetti V. M. - P 77
Tomé M. C. - P 47, 67
Toniolo F. C. - P 4

Torres S. C. M. - P 1, 17, 27, 37, 48, 81; TL 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23
Torrezani A. -TL 12, 14
Tricoli M. F. M. - TL 15
Ueta A. Y. - P 56, 58, 59, 67, 68
Vargas P. N. T. V. - P 76
Vicentini A. F. - P 39, 48; TL 21, 26, 27
Vieira A. L. - P 30, 55, 69
Yoshimoto M. - TL 17
Zampa S. C. R. - P 46, 47
Zanesco C. B. R. - P 14, 62; TL 26