

# ANAIS



**XLVIII** *Jornada Odontológica Franciscana - JOF*

**"Empreendedorismo, tecnologia  
e humanização  
no atendimento odontológico"**

**24 a 28 de outubro**

**Câmpus Bragança Paulista**

**XLVIII JORNADA ODONTOLÓGICA  
FRANCISCANA**

**- 2022 -**



WU 3 Jornada Odontológica Franciscana (48. : 2022 : Bragança  
J71a Paulista [SP])  
Anais [Recurso eletrônico] : empreendedorismo, tecnologia e  
humanização no atendimento odontológico / organizadores :  
Alexandre Augusto Albigiante Palazzi ... [et al.]. -- Bragança  
Paulista : USF, 2022.  
34 p. ; 439 Kb

Modo de acesso: Word Wide Web:

<https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/252/263014493120791.pdf>

ISBN 978-65-88963-06-7

1. Odontologia - Congressos. 2. Universidade São Francisco. I. Palazzi, Alexandre Augusto Albigiante. II. Rovai, Emanuel da Silva. III. Silva, Luís Eduardo Teixeira da. IV. IV. Haddad Filho, Miguel Simão. V. Ramos, Nathalia de Carvalho. VI. Zago, Patrícia Maria Wiziack. VII. Título.

*Frei Gilberto Gonçalves Garcia, OFM*

Reitor da Universidade São Francisco

*Patrícia Teixeira Costa*

Diretora do Campus Bragança Paulista

*Dilnei Lorenzi*

Pró-Reitora de Ensino, Pesquisa e Extensão

*Silvia Cristina Mazeti Torres*

Coordenadora do Curso de Odontologia

## COMISSÃO ORGANIZADORA

### PRESIDENTE

*Alexandre Augusto Albigiante Palazzi*

### COMISSÃO CIENTÍFICA

*Emanuel da Silva Rovai*

*Luís Eduardo Teixeira da Silva*

*Miguel Simão Haddad Filho*

*Nathalia de Carvalho Ramos*

*Patrícia Maria Wiziack Zago*

### COMISSÃO ACADÊMICA

*Amanda Beatriz Ferreira*

*Joice Camila Chaves Losano*

*Matheus Ferreira de Lima*

*Matheus de Moraes Assis*

*Josilaine de Fátima Brandão*

*Lucas Matheus Leonardi*

*Wellington da Silva Timoteo*

*Isabela Pianho Barbieri*

*Caroline Souza e Silva*

*Andressa Camargo Bueno*

*Bruna Leticia dos Santos*

*Benedito*

*Leonardo Gonzaga de Lima  
Vargas*

*Karolayne Larissa Russi*

*Maria Camila Lambert de Melo*

*Ana Beatriz Inacio Pereira*

*Mariana de Mattos Cassab*

*Náthaly Gonçalves de Paula*

*Tamara Leilane de Lima Camargo  
Ribeiro*

*João Vitor Gomes*

*Jessica Benachio Alcântara dos  
Santos*

*Laís Fischer da Silva*

*Yasmin Cândido Julioti Pertinhez  
Campos*

**COMISSÃO DO PROJETO ODONTOLOGIA CIDADÃ**

*Lúcia Aparecida Frederighi Leme*

*Valdinéia Aparecida Tognetti*

**COMISSÃO SOCIAL, DIVULGAÇÃO E DE PATROCÍNIO**

*Eduardo de Azevedo Mangini*

*Luis Eduardo Teixeira da Silva*

*Miguel Simão Haddad Filho*

**COMISSÃO AVALIADORA DE PAINÉIS**

*Alessandra Pereira de Andrade*

*Camila Lopes Crescente*

*Christyan Hiroshi Iida*

*Fernanda Cristina Nogueira Rodrigues*

*Fernanda Maria Sabella*

*Jéssica Dias Santos*

*Nathália de Carvalho Ramos*

*Silvia Cristina Mazeti Torres*

**COMISSÃO DE APOIO E LOGÍSTICA**

*Elisângela Cadoni*

**NÚCLEO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA – EVENTOS**

*Natalie Gabrielle Leite de Souza*

*Junia Michele Oliveira Silva Assunção*

**PROFESSORES HOMENAGEADOS**

*Eduardo de Azevedo Mangini*

*Miguel Simão Haddad Filho*

*Lúcia Aparecida Frederighi Leme*

**FUNCIONÁRIO HOMENAGEADO**

*Benedito Aparecido Cardoso*

## PALAVRA DA PRESIDENTE

É com grande orgulho que apresentamos os Anais da XLVIII Jornada Odontológica Franciscana, já aproveitando para agradecer a participação de todos.

Esse ano o tema central é “Empreendedorismo, Tecnologia e Humanização no atendimento Odontológico”. A comissão organizadora, científica e acadêmica, se dedicou em organizar um evento espetacular que com certeza marcará mais uma vez, esse momento tão importante na história do curso de odontologia da Universidade São Francisco.

Esta Jornada foi preparada pensando não apenas nos acadêmicos, mas também nos ex-alunos da nossa universidade e profissionais da cidade de Bragança Paulista e região, se atualizarem e aprofundarem no conhecimento. Aliás essa deve ser uma rotina na vida profissional de todo cirurgião dentista. Com o avanço rápido da tecnologia devemos estar a todo momento nos capacitando e nos reciclando, para que possamos tratar de nossos pacientes de uma forma plena.

A Jornada Odontológica Franciscana, representa a cada ano letivo, momento único de muito trabalho e dedicação das comissões. Suas atividades constituem ocasião de atualização e aprofundamento científico, oportunidade de encontro e troca entre profissionais de diferentes gerações, fonte de inspiração e motivação para estudantes e professores, indicador inquestionável da qualidade e da vitalidade do nosso Curso de Odontologia.

A população Bragantina também foi e tem sido beneficiada pela realização da jornada odontológica, através do Projeto Odontologia Cidadã, que leva orientações em saúde bucal para instituições sociais importantes do município de Bragança Paulista.

A realização do Encontro Regional de Saúde Bucal também demonstra a preocupação da Universidade com o bem-estar social através da discussão e articulação de novas estratégias em saúde pública com a presença de autoridades nacionais, estaduais e regionais discutindo Redes

de Atenção em Saúde e as experiências exitosas realizadas pelos programas de saúde bucal dos municípios da região Bragantina.

Queridos alunos e colegas, dediquem esses dias ao aprimoramento científico através das palestras presenciais, hands on e workshop que foram especialmente escolhidos e preparados com assuntos atuais, de grande relevância na Odontologia moderna. Aprendam, discutam, mas também desfrutem destes momentos com seus amigos e colegas que vocês ainda não conhecem. Semeiem a amizade e propaguem o conhecimento!

Alexandre Augusto Albigiante Palazzi



***Resumos dos Painéis***  
***- Trabalhos Originais -***

## COMORBIDADES TRATADAS COM MEDICAÇÕES ANTIRREABSORPTIVAS E SEUS FATORES PARA DESENVOLVIMENTO DE OSTEONECROSE INDUZIDA

Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Leticia Fornel Barbosa<sup>2</sup>; Levi Saulo Rodrigues de Jesus<sup>2</sup>; Patricia Maria Wiziack Zago<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Cirurgião-dentista aluno egresso do curso de Odontologia da USF

<sup>3</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A osteonecrose maxilar induzida por medicamentos (ONMIM) representa uma condição adversa de grande morbidade relacionada ao uso de medicações chamadas antirreabsortivas. Muitos usuários dessas medicações desconhecem a possibilidade de tal efeito adverso, o que os impede na integração de um plano de tratamento odontológico na tentativa de se limitarem fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da doença, como a presença de cárie avançada e doença periodontal. Avaliar o conhecimento de pacientes usuários de medicações antirreabsortivas do serviço público de saúde da cidade de Bragança Paulista, SP, sobre o risco de osteonecrose induzida. Foi aplicado um questionário contendo questões fechadas e abertas a pacientes usuários das dependências do Centro Integrado de Oncologia do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, da Universidade São Francisco (USF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do serviço público de saúde da cidade de Bragança Paulista, SP que apresentem enfermidades ósseas e/ou oncológicas, sobre o seu conhecimento a respeito da Osteonecrose Maxilar Induzida por Medicamentos e das medicações relacionadas à morbidade. Ao todo, 35 pacientes usuários de medicações antirreabsortivas foram entrevistados no Centro Integrado de Oncologia (COI-HUSF) e nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Bragança Paulista. A maioria era do gênero feminino (62,85%) maiores de 50 anos de idade. Os medicamentos mais utilizados pela população nas Unidades Básicas de Saúde são os inibidores do Fator de Necrose Tumoral (71,41%), como adalimumabe (51,42%), golimumabe (8,57%), etanercepte (5,71%) e certolizumabe (5,71%). Inibidores da ação de osteoclastos (bisfosfonatos) são utilizados por 22,85% dos usuários, sendo alendronato (17,14%) e risendronato (5,71%). De todos os pacientes entrevistados apenas 11,42% já ouviram falar sobre a osteonecrose maxilar associada ao uso de antirreabsortivos, apesar de a maioria deles (74,28%) ter sido submetido à consulta odontológica em menos de 1 ano. Os resultados do presente estudo alertam sobre o baixo nível de conhecimento dos pacientes usuários das medicações antirreabsortivas, sobre o risco de osteonecrose induzida.

CEP-USF CAAE: 40305120.7.0000.5514.

## **COMPARATIVO DA CAPACIDADE DE CORTE E RESISTÊNCIA DOS INSTRUMENTOS WAVE ONE GOLD® E TRUNATOMY® NO PREPARO EM ENDODONTIA.**

**Beatriz Corina de Godoi<sup>1</sup>; Miguel Simão Haddad Filho<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A endodontia é a especialidade da odontologia que mais se beneficiou com o avanço tecnológico e científico, de sorte a proporcionar tratamentos mais seguros, rápidos e previsíveis. A maior evolução que se deu após a padronização dos instrumentos automatizados de níquel titânio que representaram importantes vantagens a exemplo de melhor modelagem, principalmente nos canais curvos e diminuição significativa do tempo de trabalho. O presente estudo propõe avaliar comparativamente a capacidade de corte e resistência de duas sequências de instrumentos, considerando a diferença de peso após o preparo do canal radicular simulado em blocos de resina acrílica transparente com ângulo de curvatura padronizados em 45°. Os recursos foram submetidos ao máximo de dez ciclos de esterilização e uso. Os blocos foram pesados em balança digital de máxima precisão antes e após o preparo seguido da verificação de perda de peso no tocante a capacidade de corte dos instrumentos mediante interferência de múltiplos usos e autoclavagem, já a análise da resistência pode ser constatada mediante quantidade de blocos utilizados para cada protocolo, até o limite máximo de dez blocos por grupo ressalvado ocorrência de fratura. Pode-se concluir que o sistema Trunatomy® foi mais efetivo no quesito resistência considerando sua atuação nos dez blocos pretendidos, diferente do protocolo Proglider® mais Wave One Gold Primary® onde houve fratura no quinto uso. Quanto a capacidade de corte apresentou ligeira vantagem do instrumento Wave One Gold Primary® (média de 5 blocos = 3,45434g) em relação ao Trunatomy® (média de 5 blocos = 3,45536g), porém estatisticamente não significativa. Apesar de indicações, cinemática, manufatura e conicidades distintas, apresentaram o mesmo comportamento na capacidade de corte e grande diferença na capacidade de resistência.

## **IMPACTO DO USO DE ENXAGUANTE BUCAL À BASE DE CLOREXIDINA SOBRE A MICROBIOTA BUCAL EM PACIENTES SAUDÁVEIS**

**Karolayne Larissa Russi<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>; Raquel Girardello<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da USF

A microbiota da cavidade bucal é constituída por centenas de espécies bacterianas e fúngicas, que apresentam um importante papel de proteção contra processos

inflamatórios e infecciosos. O uso de antibióticos e antissépticos por dentistas é um dos fatores que levam às elevadas taxas de resistência bacteriana observadas atualmente, além de causar disbiose à microbiota bucal. Este estudo teve o objetivo de avaliar o impacto do uso de enxaguante bucal à base de clorexidina 0,12% sobre a microbiota bucal em indivíduos saudáveis. Foi desenvolvido um questionário via Google Formulários para avaliar o uso de antissépticos pela população. As 5 marcas mais citadas no questionário foram testadas in vitro quanto à sua atividade antimicrobiana. Foram obtidas 612 respostas ao questionário e 75,8% afirmou fazer o uso de antissépticos, dos quais 4,7% relatam que usam por indicação do cirurgião-dentista. Dentre as marcas comerciais mais utilizadas, Listerine® foi a escolhida por 58% por participantes. Surpreendentemente, 7% dos participantes utilizam Periogard®, a base de clorexidina 0,12%, diariamente. Os antissépticos de maior eficácia in vitro foram Periogard®, seguido de Colgate Plax®, Oral- B® e Sanifil®. Os resultados in vitro mostram que o antisséptico bucal a base de clorexidina é capaz de selecionar microrganismos do gênero *Micrococcus* spp., resultado de uma disbiose da microbiota. Os resultados chamam atenção para a necessidade de maior discussão quanto ao uso de enxaguantes bucais entre os dentistas e na população. Além disso, a falta de necessidade de prescrição para a compra desse tipo de antisséptico é um grande problema e o apelo publicitário pode ser um grande atraso no desenvolvimento de consciência na população, quando à importância na manutenção e equilíbrio da microbiota bucal.

CEP – USF CAAE: 10490719.4.0000.5514

***Resumos dos Painéis***  
***- Revisão de Literatura -***

## **MATERIAS E MÉTODOS DE RECONSTRUÇÃO DE SOALHO DE ÓRBITA**

**Carlos Augusto das Neves<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Professor do curso de Odontologia da USF

As fraturas de assoalho orbitário são frequentes após o trauma de face, causando comumente com diplopia, hipooftalmia e enoftalmia, e por isso reconhecimento e diagnóstico precoces são importantes no tratamento desta condição. A alteração da relação conteúdo/continente, ou seja, a relação entre globo ocular, musculatura e gordura orbital e o volume da órbita, é considerada como mecanismo principal na produção de enoftalmia e diplopia. A cirurgia para reconstruir o soalho tem como objetivo a restituição desta relação conteúdo/continente por meio de sustentabilidade anatômica e funcional, evitando a recidiva da herniação de conteúdo orbital, conseguindo restaurar o movimento ocular e o volume orbital, além da devolução da aparência estética da face. Caso não seja aplicado o tratamento adequado, complicações podem advir, como restrição de movimento ocular por aprisionamento de gordura intraorbital ou músculos extraoculares em fragmentos de fratura ou material de reconstrução, diplopia, distopia orbitária, aparência inestética e enoftalmia. A reconstrução do assoalho orbital pode ser realizada com utilização de diversos tipos de materiais, dentre eles os autólogos, como cartilagens e enxertos ósseos retirados de variados locais anatômicos, ou ainda, mais comumente o uso de telas de materiais de Fixação Interna Rígida, como Titânio ou ainda telas reabsorvíveis. Ainda não há consenso definitivo sobre qual deve ser o material utilizado para a reconstrução dessas fraturas, e este trabalho visa uma discussão sobre este assunto por meio de uma revisão de literatura.

## **FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR APÓS EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR**

**Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>; Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; David Roberto de Moraes Pinto<sup>1</sup>; Adriano Marcelo Júnior<sup>1</sup>; Kauê Passareli Becker Silva<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor do curso de Odontologia da USF

A exodontia de terceiro molar inferior é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns na odontologia, porém pode causar consigo diversas complicações transoperatórias e pós-operatórias, como, trismo, dor, hemorragia, parestesia do NAI, edema, infecção e fratura mandibular. Sendo que, são consideradas uma das complicações mais graves que envolve extração do terceiro molar inferior, possuindo dois tipos, derivadas do pós-operatório em casos que foi realizado osteotomia extensa, e transoperatória, devido excesso de força exercida na região, considerando-a uma fratura iatrogênica. As fraturas

iatrogênicas têm baixa incidência, cerca de 0,5% quando comparamos o índice de fratura pós-operatória com percentual de maior ocorrência, as quais ocorrem durante as primeiras 4 semanas após exodontia. De acordo com Pell & Gregory foi demonstrado que o estágio que ocorre mais fratura é classe II grau C com inclinação mesioangulado, parcialmente dentro do ramo mandibular e superfície está entre o plano oclusal e linha cervical do 2º molar. Segundo Winter a posição mesioangulado com relação ao estágio II e III nas profundidades B e C também gera um grau de dificuldade acentuado, foi observado que 85% das fraturas P.O foram no sexo masculino, por motivos de força muscular ser de grande intensidade, favorecendo tração excessiva. Já na iatrogênica temos o sexo feminino mais acometido devido sua menor densidade óssea. Em casos onde é preciso realizar grandes osteotomias, pode-se utilizar fixação funcionalmente estável com a técnica de Champy, como uma maneira de dissipação de força e aumento de rigidez estrutural, fixando na linha oblíqua externa em sua zona neutra, podendo realizar em ambulatório ou em centro cirúrgico. Casos de fraturas o paciente irá ser atendido em ambiente hospitalar, podendo realizar manobras de BMM como parafusos de bloqueio ou barra de Erich devolvendo oclusão para posteriormente ser reduzida e fixada com técnica de Champy. Objetivo: Revisão da literatura demonstrando a importância da classificação de Pell & Gregory e Winter no planejamento de exodontia. Conclusão: Etiologia da fratura pode ser o cirurgião, devendo ter um planejamento prévio para adotar técnicas corretas evitando iatrogenia.

## **CISTO DENTÍGERO CARACTERÍSTICAS E SEMELHANÇA RADIOGRÁFICA COM OUTRAS PATOLOGIAS**

**Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>; João Vitor Gomes<sup>1</sup>; Lais Fischer da Silva<sup>1</sup>; Guilherme Aurelio Duarte Pires<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Albicante Palazzi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

O cisto dentígero (CD) é o tipo mais comum de cisto odontogênico, sendo um cisto de desenvolvimento, é associado a coroa de um dente impactado. Observa-se que esta lesão tem sua maior ocorrência em pessoas do sexo masculino, entre a primeira e terceira década de vida. Tem uma certa frequência em dentes mandibulares que estão inclusos, sendo em sua maioria terceiro molar unilateral, sendo casos de terceiros molares bilaterais associados com síndromes, salvo raríssimos casos bilaterais não sindrômicos. Seu desenvolvimento é folicular, ocorrendo com o acúmulo de fluido entre o epitélio e a coroa do dente incluso. A ausência de sintomatologia contribui sua evolução, podendo gerar assimetria facial devida expansão do osso afetado. As características radiográficas são de uma imagem radiolúcida unilocular, margens bem

definidas e frequentemente presença de parte esclerótica, associada a coroa de um dente incluso. O diagnóstico é obtido pelo exame histopatológico, por uma biópsia excisional ou incisiva dependendo de seu tamanho e extensão. Dentre as opções de diagnóstico diferencial encontra-se o ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênico, fibroma ameloblástico e fibro-odontoma ameloblástico. Assim, sendo de suma importância ser analisado pelo histopatológico. Seu tratamento principal é a enucleação seguida pela remoção do dente associado a lesão. Quando são cistos de grandes dimensões pode-se fazer uma marsupialização após a enucleação, previamente ao tratamento definitivo. Assim evitando maiores prejuízos as estruturas ósseas e adjacentes e evitando infecções. Em geral o cisto dentífero apresenta bom prognóstico, sendo raras suas recidivas. O objetivo deste trabalho é dissertar uma revisão de literatura, das características do cisto dentífero, suas similaridades com outras lesões invasivas, e a grande importância de um correto diagnóstico. Concluiu-se que em frente sua frequência, torna-se indispensável o conhecimento do cirurgião-dentista das características clínico-radiográficas do cisto dentífero. Sendo de suma importância o conhecimento das alterações patológicas que acomete a cavidade oral, para que sejam feito o correto diagnóstico e o correto tratamento.

## **EFETIVIDADE DA FOTOBIMODULAÇÃO EM MANIFESTAÇÕES DE MUCOSITE ORAL**

**Tamara Leilane de Lima Camargo Ribeiro<sup>1</sup>; Laís Fischer da Silva<sup>1</sup>; João Vitor Gomes<sup>1</sup>; Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Albighante Palazzi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

Com o avanço das tecnologias e a constante evolução do conhecimento científico, tornou-se possível introduzir tecnologias baseadas em luz nas práticas clínicas odontológicas. Através de tal aplicação, é possível acompanhar sua interação com o sistema biológico e as respostas ao tratamento com essa estratégia terapêutica, que pode ser aplicada isoladamente ou associada a outro mecanismo em uma terapia convencional. A mucosite oral induzida por quimioterapia ou radioterapia é uma das patologias que pode ter como estratégia terapêutica a aplicabilidade de laser de baixa intensidade. Ela caracteriza-se pela inflamação da cavidade oral, apresentando esbranquiçamento da mucosa, com edema intra e extracelular, com áreas eritematosas, camadas superficiais destacadas, com leito avermelhado e recoberto por pseudomebrana serofibrinosa, dor (queimação local), ulceração e, em alguns casos, presença de disfagias. Sua presença em cavidade interfere em funções orais básicas e ainda pode ter uma maior predisposição a infecção fúngica, viral e bacteriana, sendo



porta de entrada para infecções oportunistas. A mucosite oral é classificada em escalas, de 0-4 graus; Grau 0: indica ausência da doença; Grau I: presença de úlcera indolor, eritema ou sensibilidade leve, grau II: presença de eritema doloroso, grau III: existência de úlceras que interferem na capacidade do paciente em ingerir alimentos sólidos, grau IV: sintomas tão severos que o paciente requer suporte enteral ou parenteral, que interferem no estado nutricional e na qualidade de vida, podendo até mesmo limitar ou interromper a terapia. A laserterapia de baixa potência visa eliminar a dor e o desconforto local a partir da primeira aplicação, além de promover analgesia local, ação anti-inflamatória e cicatricial, manutenção da integridade da mucosa, melhora na reparação tecidual e maior conforto geral ao paciente. O objetivo do trabalho é salientar, de acordo com revisão de literatura baseada em evidência científica, a necessidade de utilização e introdução do uso da laserterapia em protocolos terapêuticos para pacientes oncológicos acometidos por mucosite oral induzida por quimioterapia ou radioterapia, uma vez que tal mecanismo terapêutico traz diversos benefícios e proporciona uma melhora significativa na qualidade de vida destes pacientes.

## **RESINAS COMPOSTAS COM A TECNOLOGIA GIOMER®: VANTAGENS E DESVANTAGENS – REVISÃO DE LITERATURA**

**Lucas Matheus Leonardi<sup>1</sup>; Erika Michele dos Santos Araujo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professora curso de Odontologia da USF

No mercado odontológico há uma grande variedade de materiais restauradores diretos, porém as resinas compostas são as mais conceituadas por suas propriedades estéticas e funcionais. Diante disso, novas tecnologias vêm sendo estudadas, como alguns materiais bioativos, que combinem as propriedades das resinas compostas e dos cimentos de ionômero de vidro, sendo conhecidos como giomers. Os giomers são materiais compostos por partículas de S-PRG (Surface Pre-Reacted Glass), ou seja, partículas de vidro pré reagidas de alumíniofluoroborossilicato. Essas partículas estão incorporadas a matriz orgânica de bis-GMA e TEGDMA. Esses materiais têm a capacidade de liberação e recarga de fluoretos presentes na cavidade bucal, no entanto apresentam algumas desvantagens como a sorção de água. O objetivo foi realizar uma revisão de literatura acerca das resinas compostas com a tecnologia giomer, abordando as suas vantagens e desvantagens. Foi realizada uma pesquisa usando o banco de dados PubMed utilizando a palavra-chave: giomer. Um total de 157 artigos foram inicialmente encontrados. Logo após foi aplicado um filtro de pesquisa dos últimos 5 anos e sobraram 74 artigos, desses 17 foram selecionados utilizados como critérios de inclusão: artigos de texto completo, escritos em inglês e português. Os demais não se encaixaram e foram excluídos. Em suma, a tecnologia S-PRG incorporada as resinas compostas é um método

interessante para a prática clínica, por liberar diversos íons funcionais ao meio bucal, porém podem apresentar como desvantagem a sorção de água e uma descoloração significativa quando comparados com materiais nanohíbridos convencionais, logo torna-se o produto não indicado em casos estéticos.

## **TRATAMENTO LASER TERAPÊUTICO NAS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**Yasmin Cândido Julioti Pertinhez Campos<sup>1</sup>; Carlos Augusto Das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor do Curso de Odontologia da USF

Pacientes em tratamentos oncológicos (TO), como radioterapia e quimioterapia é comum o desenvolvimento de complicações orais, incluindo mucosite, infecções fúngicas, bacterianas ou virais. Esses distúrbios na cavidade oral (CO) ocorrem, pois os TO não são capazes de destruir as células tumorais sem lesar as células normais, mesmo atuando de forma diferente todos tem potencial para causar manifestações na CO. Sendo assim, é de extrema importância a participação do cirurgião dentista junto à equipe multiprofissional em todas as etapas do TO. O laser tem como objetivo proporcionar um trans- operatório mais confortável ao paciente oncológico e manter sua capacidade de alimentação, assim evitando o uso de sondas alimentares e garantindo melhor recuperação. Cada paciente possui o seu protocolo individualizado de acordo com a localização do tumor e a evolução do caso, sendo que este sempre se inicia com a limpeza da CO com Clorexidina 0,12% e logo após a Laserterapia. O laser possui duas opções: INFRAVERMELHO e VERMELHO cada um com sua devida indicação. Para uma cicatrização superficial e prevenção de lesões o uso do Vermelho é indicado, sendo prevenção em modo varredura e cicatrização pontual. Em lesões mais profundas o infravermelho irá proporcionar efeito anti-inflamatório e analgésico, sendo seu uso pontual. O sucesso das aplicações de laser é visto em questão de dias, tanto o regresso das lesões já estabelecidas, quanto o não aparecimento de novas. A laserterapia em pacientes oncológicos proporciona que a passagem pelo tratamento TO seja mais suportável, impede a queda imunológica mantendo possível a alimentação do paciente e é um tratamento extremamente necessário que não pode ser negligenciado.

## **TRATAMENTO CIRÚRGICO EM FRATURA DE MANDÍBULA ATRÓFICA**

**Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>; Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Maria Carolina D. de Almeida<sup>1</sup>; Thaís Juliane de Lira Vasquez<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professores do Curso de Odontologia da USF

Fratura de mandíbula atrófica tem característica principal de acometer pacientes idosos em virtude do osso mais compacto, friável e perda dentária precoce, ocorrendo uma remodelação tornando-o mais delgado e frágil, mais suscetível à fratura. No paciente senil as mudanças anatômicas e fisiológicas são inerentes, trazendo fatores negativos, dentre eles a reparação óssea. No entanto quando ocorre uma fratura, o suprimento sanguíneo desta área é diminuído devido a idade e desordens sistêmicas. Diante da atrofia mandibular temos a classificação de Luhr, demonstrando as classes de atrofia e pressupõe a complexidade para redução e prognóstico desfavorável. A redução de suprimento sanguíneo e falta de estrutura óssea de ancoragem não permite utilizar fixação funcionalmente estável de carga compartilhada, por ser mais frágil. Somente utiliza fixação com placas Load Bearing, preferencialmente com sistema locking, com parafusos bicorticais. Pode-se utilizar parafusos Lag-Screw para simplificação da fratura, reaproximando os cotos, para posteriormente utilizar a fixação. Durante a intervenção cirúrgica deve-se evitar a remoção excessiva de periósteo, devido a manutenção do suprimento sanguíneo sendo necessário para a reparação do fragmento ósseo, por cicatrização harvesiana. Os acessos cirúrgicos vão ser dependentes da extensão da fratura acometida, podendo ser extra-oral sendo o mais indicado para minimizar contaminação, no entanto temos como eleição o submandibular bilateral com extensão submentual para as fraturas bilaterais, acesso de Risdon para os casos de fraturas unilaterais em ângulo, corpo e parassinfise e o submentoriano para fraturas de sínfise. Nestes casos é muito comum lesão a estruturas nobres como NAI e o nervo mentoniano, com a reabsorção estas estruturas ficam mais próximas da superfície, diminuindo possíveis livres áreas para fixação. Objetivo: dissertar uma revisão com as características relacionadas à fratura de mandíbula atrófica por meios de classificação e meios de fixação. Conclusão: A fixação rígida com sistema Load Bearing com parafuso locking é considerado o padrão ouro para o tratamento, o prognóstico é previsível e favorável diante das consolidações ósseas.

## **NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS (NOACS): CONCEITOS GERAIS E CONSIDERAÇÕES PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

**Maria Camila Lambert de Melo<sup>1</sup>; Natalia Mendonça Imad<sup>1</sup>; Valdineia Maria Tognetti<sup>2</sup>; Patricia Maria Wiziack Zago<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professora curso de Odontologia da USF

Os Novos Anticoagulantes Orais (NOACS) como o etexilato de dabigatrana, rivaroxabana, edoxabana e apixabana, são muito utilizados atualmente para prevenção de eventos de tromboembolismo venoso, acidente vascular cerebral, embolia sistêmica, tratamento de trombose venosa profunda entre outras. Esses fármacos atuam como inibidores diretos da trombina e do fator X ativado, sendo mais vantajosos do que seu antagonista, a varfarina. Nesse sentido, torna-se essencial que o cirurgião-dentista tenha o conhecimento sobre os efeitos dessa classe medicamentosa, bem como os riscos e possíveis interações farmacológicas associadas aos pacientes usuários que serão submetidos ao tratamento odontológico. Assim, a presente revisão de literatura objetivou apresentar conceitos farmacológicos e implicações para o tratamento odontológico de pacientes usuários de NOACS. Artigos científicos datados de 2010 a 2022 foram pesquisados na base de dados do SciELO, Pubmed e Google acadêmico utilizando-se os seguintes descritores: “novos anticoagulantes orais”, “tratamento odontológico”, “NOACS” e “Odontologia”. Os NOACS são mais vantajosos, eficazes e seguros anticoagulantes orais do que a varfarina, que requer monitorização do tempo de sangramento do paciente de maneira constante. A maioria dos estudos avaliados indicaram que a ocorrência de hemorragias trans e pós-operatórias em pacientes submetidos a exodontias sob utilização de NOACS foi menor comparativamente aos usuários de varfarina. No entanto, outros estudos indicaram resultados semelhantes para eventos de sangramento durante a realização de procedimentos cirúrgicos para pacientes usuários de uma dessas duas medicações. Um relato de caso indicou a ocorrência de hemorragia após 7 dias da exodontia em paciente usuário de NOAC. Procedimentos cirúrgicos odontológicos minimamente invasivos podem ser realizados com segurança em meio ambulatorio sem interromper o tratamento anticoagulante. Nos demais casos, é relevante que o tratamento seja realizado juntamente com uma equipe multidisciplinar entre o médico e o dentista para definir a conduta para o caso.

## **UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PIEZOELÉTRICO NA ENXERTIA ÓSSEA E SEUS BENEFÍCIOS**

**Thais Juliane de Lira Vasquez<sup>1</sup>; Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>, Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor do curso de Odontologia da USF

Este trabalho científico é uma revisão de literatura dos benefícios da utilização do sistema piezoelétrico nos procedimentos de enxerto ósseo. A falta de osso nos rebordos alveolares pode decorrer de traumas, ausência dentária congênita, patologias, cirurgias

traumáticas, infecções, além de ser consequência de doenças periodontais, razões fisiológicas e prótese inadequada. Em situações em que estes defeitos ósseos não são capazes de regeneração completa, se faz necessário a realização de enxerto ósseo. O uso de instrumentos para sua realização pode influenciar diretamente na obtenção de bons resultados, sendo o dispositivo piezoelétrico, também conhecido como "eletrificação de pressão", um conceito promissor para enxertia óssea, principalmente durante sua colheita. Este tem como objetivo realizar cortes atraumáticos de osso por meio de vibrações ultrassônicas, tendo como características o corte seletivo, maior segurança ao preservar nervos, vasos e mucosa, além de que o seu efeito de irrigação pressurizada e cavitação permite um campo operatório limpo e boa homeostasia. Com isso, os benefícios para enxerto ósseo são: a facilidade na colheita do enxerto autógeno intra e extra-oral, uma vez que suas inserções em vários ângulos permitirão acesso às áreas de difícil visualização e alcance em comparação com brocas e micro-serras cirúrgicas, permite maior sensibilidade e controle do operador, que o viabiliza perceber a transição do osso cortical para esponjoso, proporcionando cortes mais precisos e limpos de até 1 cm de profundidade com ótimas dimensões e tamanho ideal. Em vista disso, conclui-se que o dispositivo é uma ferramenta valiosa e seus benefícios têm acrescentado bons resultados aos procedimentos de enxerto ósseo.

## **TRAUMAS E SEQUELAS NA ODONTOPEDIATRIA**

**Carlos Antônio Falcão Junior<sup>1</sup>; Wellington Silva Timoteo<sup>1</sup>; Valdinéia Maria Tognetti<sup>2</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

Os traumatismos em dentes decíduos são comuns de acontecer, podendo assim comprometer o elemento decíduo afetado, e também o permanente em formação. Traumas podem ocorrer ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, se fazendo assim importante o diagnóstico correto, tratamento e acompanhamento. Os traumatismos são variáveis quanto a faixa etária, e gênero, porém tendo semelhança entre o fator etiológico e os elementos mais afetados. O tratamento deste trauma deve ser feito logo em seguida do trauma e depois com acompanhamento observando assim as possíveis sequelas na dentição. Dentre as sequelas, podemos destacar o descolamento coronário, necrose pulpar, obliteração do canal pulpar e a absorção radicular. A abordagem para tratamento desses pacientes as vezes pode ser um pouco complicada devido a faixa etária, e também do condicionamento profissional. A prevenção na maior parte dos casos é bem limitada, indo de encontro com os cuidados gerais, tendo atenção enquanto a criança faz sua alimentação, quando começar a andar de bicicleta, patins, esportes de contato físico, entre outros. Por estes motivos, devemos

sempre estar preparados para atender tais urgências, proporcionando assim uma boa saúde bucal para nossos pacientes.

## **MONITORIZAÇÃO DO NERVO FACIAL DURANTE PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA BMF**

**Thiago Dorini Sanfins<sup>1</sup>; Beatriz Garcia Coutinho<sup>1</sup>; Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

O Nervo Facial – VII par craniano – ocupa função e estética importante na face, sendo o responsável pelo controle motor da mesma. Somado a dificuldade cirúrgica encontrada por aderências e variações anatômicas bem como a preocupação com a função neural, surgem técnicas neurofisiológicas para monitorização do mesmo. A Monitorização Neuro-fisiológica Intra-operatória (MNI) é um exame diagnóstico e de acompanhamento durante o trans-operatório, que tem como finalidade identificar lesões aos nervos durante cirurgias. Nas cirurgias maxilofaciais são de grande importância na monitorização do N. Facial, principalmente evitando possíveis sequelas e possibilitando muitas vezes a reversão de possíveis lesões. Para tanto, é recomendada a monitorização para cirurgias em que haja a necessidade de manipulação do nervo facial, principalmente para acessos que possibilitem o tratamento de fraturas faciais. A literatura também recomendada a monitorização para treinamento de residentes. A técnica é realizada após a anestesia do paciente, em que eletrodos são colocados nos músculos da área monitorada e estes são capazes de captar estímulos. O acompanhamento é feito por um programa de computador durante o período trans-operatório e caso haja proximidade ou contato com o nervo, ocorre uma captação desses estímulos e um alarme é acionado. O objetivo do estudo é realizar uma revisão literária acerca da monitorização do nervo facial durante procedimentos de cirurgia BMF. Conclui-se que a monitorização do nervo facial é um avanço recente e se mostra como uma ferramenta nas cirurgias relacionadas aos segmentos mandibulares, permitindo o mapeamento, estimulação e identificação do nervo e seus ramos, evitando assim lesões durante o ato cirúrgico.

## **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)**

**Maria Carolina Deuza de Almeida<sup>1</sup>; Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), se caracteriza por obstrução parcial (hipopneia) ou completa (apneia) das vias aéreas superiores (VAS), durante o sono, se tornando assim, um problema de saúde pública pela alta prevalência. Para o diagnóstico da SAOS o paciente é submetido a uma avaliação e a exames de imagem, que possibilitam a avaliação da face e do espaço aéreo, sendo eles a tomografia computadorizada, telerradiografia e a polissonografia. Os pacientes apresentam sintomas como sonolência excessiva diurna, ronco, comprometimento das funções cognitivas, declínio de memória, queda de saturação, e por apresentar essa base fisiológica hipoxêmica pode resultar em desenvolvimento secundário de doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, transtornos de ansiedade, distúrbios metabólicos e acidente vascular cerebral. Durante o sono, ocorre a diminuição das atividades motoras, gerando hipotonicidade dos músculos da faringe, podendo ocasionar distúrbios respiratórios, por colapso e obstrução das VAS. A cirurgia ortognática apresenta papel de destaque para o tratamento da SAOS, e tem como objetivo diminuir a resistência das VAS, com o avanço da musculatura da língua e da região supra-hióidea, bem como o avanço da maxila leva ao reposicionamento do véu palatino, e dos músculos velofaríngeo. Essas técnicas cirúrgicas proporcionam um aumento do espaço aéreo retrolingual e retropalatal melhorando, portanto, a permeabilidade da faringe, e sendo eficaz para o tratamento SAOS. Objetivo: Dissertar através de uma pesquisa bibliográfica a eficácia do tratamento cirúrgico para SAOS. Conclusão: A cirurgia ortognática é um tratamento eficiente e apresenta bons resultados a longo prazo.

## **CIRURGIA DE SISTRUNK PARA EXÉRESE DE CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO**

**Leonardo Gonzaga de Lima Vargas<sup>1</sup>; Thiago Dorini Sanfins<sup>1</sup>; Gustavo Lucas de Lima<sup>1</sup>; João Antonio Freato da Silva<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Albigiante Palazzi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

O cisto do ducto tireoglossa é uma patologia benigna congênita de desenvolvimento embrionário da glândula tireoide muito comum no pescoço. Sendo acometido 7% da população. A tireoide primitiva se origina de um divertículo localizado na base da língua onde localiza-se o forame ceco. À medida que o embrião cresce, essa estrutura se desloca caudalmente na região de pescoço até se unir com estruturas do quinto arco

branquial. Seguindo sua trajetória até sua posição final. Este trajeto permanece no paciente formando o ducto tireoglosso. O embrião em sua quinta ou oitava semana de gestação, oblitera este canal assim deixando um remanescente. A falha de obliteração do ducto gera o cisto do ducto tireoglosso. Sua apresentação é como um tumor indolor, de tamanho variável, com a movimentação da língua durante deglutição e elevação ao palato ele se move, alta taxa de recidiva e grande tendência de infecção que geralmente são recorrentes e podem formar processos fistulosos. Pode se localizar sublingual, supra hioideo ou infra hioideo, sendo o sublingual e o supra hioideo tratados com o cirurgião bucomaxilofacial e o infra hioideo com o cirurgião de cabeça e pescoço. O diagnóstico é feito por ultrassonografia em conjunto com a punção aspirativa com agulha fina para determinação de possível malignidade, podendo ocorrer em 1% dos pacientes. O tratamento de eleição é cirúrgico pela técnica de Sistrunk tendo 1% de recidiva. Sendo que excisão por outras técnicas, representa 50% de recidiva. A técnica de Sistrunk é a técnica de escolha, na qual todo o cisto é removido com a parte central do osso hioideo e um segmento muscular adjacente evitando recidivas. O objetivo deste trabalho é dissertar uma revisão de literatura, das características do cisto do ducto tireoglosso e a sua remoção cirúrgica pela técnica de Sistrunk. Concluiu-se que a técnica de Sistrunk para tratamento do cisto do ducto tireoglosso é mais efetivo que outros tratamentos menos invasivos, sendo observado por este método 1% de recidiva contra 50% dos outros métodos.

## **POTENCIAL RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTITE E A DOENÇA DE ALZHEIMER**

**Nicole Fornari Sígolo<sup>1</sup>; Patricia Maria Wiziack Zago<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista egressa do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A doença de Alzheimer (DA) é uma forma de demência de grande prevalência na população idosa. Apesar dos avanços no entendimento de sua patogênese a sua etiologia permanece ainda controversa e dessa forma, não há disponível nenhum tratamento efetivo para sua prevenção ou interrupção. No entanto, há uma busca para se desvendar possíveis fatores de risco associados ao desenvolvimento e progressão de DA. Nesse sentido é importante ressaltar que DA está associada a um processo inflamatório/infeccioso neuronal/não-neuronal assim como a periodontite caracteriza-se por uma inflamação crônica e, portanto, uma ligação de ocorrência entre as duas doenças pode ser justificada. Estudos têm demonstrado cada vez mais essa relação direta. Além disso, a relação entre doença periodontal e DA foi passível de ser descoberta através de um patógeno-chave, o *Porphyromonas Gingivalis* (Pg), que foi encontrado no cérebro de pacientes com DA e também com grande prevalência em pacientes com DA grave. Ressalta-se que Pg também foi relacionado com a indução de certa imunossupressão nos indivíduos. A ativação de citocinas pró-inflamatórias da



micróglia e contribuição da progressão da DA foi descrita como possível de ser desencadeada pelo patógeno *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Verifica-se, portanto, que, como uma inflamação local crônica, a periodontite afeta patologias de origem sistêmica e assim como pode estar relacionada ao desenvolvimento e progressão da DA. Porém, mais estudos pré-clínicos e clínicos são necessários para o estabelecimento dessa relação.

## **O USO DE ANTIBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA PERIODONTITE**

**Josilaine de Fátima Brandão<sup>1</sup>; Stefanny Gerez de Moura Garcia<sup>1</sup>; Valdineia Maria Tognetti<sup>2</sup>; Patricia Maria Wiziack Zago<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A utilização de antimicrobianos sistêmicos como complementares ao desbridamento mecânico no tratamento de periodontites pode contribuir significativamente com um bom prognóstico terapêutico e ainda a substituição de uma possível terapia cirúrgica. Os principais antimicrobianos empregados são aqueles dos grupos das penicilinas, macrolídeos, quinolonas, nitroimidazólicos e tetraciclina, no entanto, diferentes protocolos têm sido propostos, mas a indicação de cada um desses bem como sua efetividade ainda permanece controversos. Assim, o objetivo da presente revisão de literatura foi apresentar as diferentes classes antimicrobianas e estudos que verificaram sua efetividade para o tratamento de periodontites. Artigos científicos datados de 2010 a 2022 foram pesquisados nos bancos de dados do SciELO, Google acadêmico e PubMed a partir dos seguintes descritores: “Antibiotics and periodontal disease”, “antibiotics for periodontics”, “periodontal treatment” and “systemic periodontal treatment. A maioria dos estudos demonstrou benefícios da utilização de antibióticos sistêmicos associada ao desbridamento mecânico para a redução da profundidade de sondagem, principalmente daquelas maiores do que 6 mm, ganho do nível de inserção e diminuição do sangramento a sondagem, quando comparados à terapia mecânica isoladamente. Dentre os fármacos mais estudados têm-se as associações de Amoxicilina com Metronidazol, Metronidazol isolado, Azitromicina e claritromicina. Os regimes antibióticos variaram de 7 a 14 dias, com melhores resultados quando o tempo de 14 dias para a associação Amoxicilina e metronidazol, 3 dias para a azitromicina e de 3 a 7 dias para claritromicina. A utilização de terapia antimicrobiana sistêmica adjuvante ao desbridamento mecânico tem se mostrado bastante vantajosa para o tratamento de periodontites, no entanto, ainda é questionável qual o fármaco mais indicado bem como a sua posologia e nesse sentido mais estudos clínicos controlados são necessários nessa temática.

## **IMPLANTES ZIGOMÁTICOS EM MAXILAS ATRÓFICAS**

**Wellington da Silva Timoteo<sup>1</sup>; Carlos Antonio Falcão Junior<sup>1</sup>; Tiburtino Jose de Lima Neto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A ausência de suporte ósseo suficiente é um dos obstáculos mais comuns associados à instalação de implantes osseointegráveis. Diversas abordagens foram desenvolvidas para gerenciar essa situação, como os procedimentos de aumento ósseo. No entanto, apesar de proporcionarem altas taxas de sucesso, os procedimentos de aumento ósseo envolvem uma maior quantidade de cirurgias, e no caso de uso de enxerto autógeno, morbidade no local de doação. Os implantes zigomáticos foram desenvolvidos como uma alternativa para possibilitar a instalação de implantes osseointegráveis em pacientes com grandes defeitos na maxila ou severa atrofia. O objetivo do trabalho será a realização de uma revisão de literatura sobre implantes zigomáticos em maxilas atróficas. As pesquisas foram realizadas no banco de dados científicos PubMed utilizando as seguintes palavras-chave: implantes (implants), zigomático (zygomatic), maxila (maxilla). Foram incluídos estudos clínicos, relatos de caso, estudos laboratoriais e revisões de literatura, publicados no idioma inglês ou português, entre os anos de 2016 e 2021, com texto completo disponível. Não foram incluídas pesquisas publicadas em idiomas, metodologias ou períodos diferentes dos selecionados ou com texto completo indisponível. De acordo com os critérios estabelecidos foram selecionados um total de 25 artigos para compor a presente revisão. Será realizada a análise dos artigos e a coleta dos dados pertinentes à pesquisa. Concluiu-se que o uso de implantes zigomáticos na reabilitação de maxilas atróficas com próteses fixas pode ser considerado uma alternativa eficaz e previsível, com baixa taxa de complicações e taxas de sobrevivência e sucesso similares às dos implantes convencionais. Como vantagem, os implantes zigomáticos oferecem menor morbidade e um tratamento mais célere, podendo ser instalados em protocolo protético de carga imediata.

## **USO DA BOLA DE BICHAT E MEMBRANA DE PRF NO TRATAMENTO DAS OSTEONECROSES INDUZIDAS NOS MAXILARES**

**Thiago Dorini Sanfins<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

Casos em que se tem a falha no tratamento conservador das osteonecroses induzidas nos maxilares exigem técnicas cirúrgicas que promovam a regeneração óssea como forma de tratamento e prevenção de complicações. A técnica deve ser realizada após o preparo pré-operatório do paciente com orientação de higiene oral e bochechos com clorexidina bem como antibioticoterapia sistêmica para o tratamento de possíveis infecções. Após a terapia inicial, deve-se prescrever ao paciente uma associação entre tocoferol e pentoxifilina, ambos em uso contínuo por reduzirem as alterações sépticas crônicas progressivas que ocorrem nas osteonecroses. Realiza-se então anestesia local, incisão sobre o rebordo alveolar e descolamento do retalho mucoperiosteal - evidenciando a destruição óssea. A literatura recomenda para a remoção do sequestro ósseo o uso de piezocirurgico para o debridamento ultrassônico local (por ser minimamente invasivo, capaz de aumentar precocemente as proteínas ósseas morfogenéticas e possuir ação bactericida pelos movimentos ultrassônicos). Realiza-se então a remoção de uma porção da bola de bichat, a qual deverá recobrir o enxerto de PRF. Em seguida reposiciona-se o retalho e segue-se com a síntese dos tecidos. Hotaru et al. (2015) estudaram um grupo de 10 pacientes em estágio II e III, com defeitos até 62mm x 18mm, onde o corpo adiposo da bochecha foi utilizado como forma de tratamento havendo cura de 9 pacientes com apenas 1 exposição óssea ocorrida devido a uma ressecção incompleta do osso afetado. O objetivo do estudo é realizar uma revisão literária acerca do tratamento das osteonecroses induzidas dos maxilares com o uso do corpo adiposo da bochecha e membrana de PRF. Concluindo-se que o corpo adiposo da bochecha, pela sua característica de rico suprimento sanguíneo, fácil acesso e capacidade de atuar como barreira protetora já foi demonstrado, com sucesso no tratamento das osteonecroses. Somado a isso a membrana de PRF contribui para acelerar a cicatrização e regeneração tecidual e óssea bem como reduzir o desconforto e dor pós operatória.

## **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

**Isadora Marylin Costa<sup>1</sup>; Joao Vitor Gomes<sup>1</sup>; Laisa Samantha<sup>1</sup>; Lais Fischer<sup>1</sup>; Lucia Leme<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professora curso de Odontologia da USF

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares. A possibilidade de associação de HAS e DM é da ordem de 50%. Ambas apresentam vários aspectos em comum como etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, complicações que podem ser evitadas, tratamento não medicamentoso com mudanças de hábitos,

difícil adesão ao tratamento, necessidade de controle rigoroso, acompanhamento multidisciplinar e fácil diagnóstico na população. Sabe-se da estreita associação dessas comorbidades com a saúde bucal, como por exemplo, em casos de pacientes com DM que apresentam dificuldade na cicatrização e a diminuição da circulação sanguínea gengival. O objetivo deste trabalho é alertar os cirurgiões dentistas quanto a necessidade da avaliação dos parâmetros glicêmicos e cardiovasculares dos pacientes, através da revisão da literatura de artigos científicos disponíveis no PubMed e Scielo. O cirurgião dentista precisa estar atento quanto aos sinais e sintomas e preparados para atender os pacientes com estas enfermidades. É necessário estar ciente sobre o estado de saúde e dos medicamentos utilizados, avaliando as possíveis interações, individualizando o atendimento. Realizar uma anamnese completa, além de instituir a prática de aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em todas as consultas, visto que essa conduta clínica não é realizada rotineiramente, e muitos pacientes são assintomáticos. Além da solicitação de alguns exames laboratoriais, como hemograma, glicemia em jejum e coagulograma, visando um planejamento terapêutico adequado. Em caso de DM, medidas como: consultas rápidas no período da manhã. Pacientes portadores de HAS e DM apresentam riscos de doença periodontal, condições que representam um grande problema de saúde pública. Condutas clínicas preventivas e profiláticas são necessárias para um cuidado adequado, associadas a orientação de higiene bucal.

## **AMELOBLASTOMA ADENÓIDE, NOVA ENTIDADE NA 5ª EDIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO DA OMS**

**Matheus de Moraes Assis<sup>1</sup>; Guilherme Rostirolla<sup>1</sup>; Douglas Baruchi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

Os tumores odontogênicos são lesões que abrangem diversas variantes histológicas e comportamentos clínico-radiográficos. O ameloblastoma é considerado, diante a recente revisão e reclassificação dos tumores e cistos odontogênicos, realizada em 2022 pela Organização Mundial da Saúde, como uma neoplasia odontogênica epitelial. Esta atualização também trouxe nova rotulação do que seria o Ameloblastoma Adenóide. Diante o constante avanço dos métodos auxiliares de diagnóstico e da medicina histopatológica, este trabalho surge na intenção de revisar e atualizar conteúdos referentes ao Ameloblastoma Adenóide. Para elaboração deste trabalho a pesquisa foi realizada em artigos pelo sistema PubMed e SCIELO, onde foram usados os termos “Adenoid ameloblastoma” visando obter dados atualizados quanto ao seu diagnóstico, formas de tratamento e prognóstico. O Ameloblastoma Adenóide é uma variante extremamente rara, localmente agressivo, com pico de incidência na 4ª década, discreta predileção masculina e propensão a aparecer na mandíbula. Apresenta crescimento

expansivo, indolor, com afastamento dental e das tábuas ósseas. Possui alto poder recidivante. Radiograficamente, exibe aspecto radiolúcido unilocular com limites bem definidos. Histologicamente, os critérios são descritos como um tipo de Ameloblastoma, com estruturas parecidas a ductos e arquitetura cribriforme, células claras, depósitos dentinóides e queratinização de células fantasmas. O tratamento deve ser escolhido criteriosamente, entretanto geralmente é cirúrgico podendo variar entre enucleação e ressecção em bloco. Desse modo, o objetivo é explorar na literatura características clínicas, radiográficas e histopatológicas desta entidade adicionada aos tumores odontogênicos. Além disso, há discussões referentes à nomenclatura e sua classificação, pois existem muitas coisas a serem elucidadas referente a este tipo de Ameloblastoma, portanto, é importante que essa entidade seja clínica e histologicamente estudada e documentada.

## **INTERAÇÃO ENTRE O SISTEMA IMUNE E A MICROBIOTA BUCAL NA PERI-IMPLANTITE E PERDA DE IMPLANTE**

**Karolayne Larissa Russi<sup>1</sup>; Carlos Henrique Alves<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Palazzi<sup>2</sup>; Raquel Girardello<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da USF

Nas últimas décadas a reabilitação orto-estética-funcional teve significativos avanços com o advento da implantodontia. Apesar do sucesso das cirurgias de implantodontia, existe um percentual de falhas, principalmente devido a infecções locais, por meio da proliferação bacteriana, presença de fungos e formação de biofilme, originando peri-implantites. Nesse sentido, diversos estudos tem sido conduzidos desde então, buscando responder a numerosos questionamentos. Este estudo tem por objetivo discutir a interação entre a microbiota oral e a resposta do hospedeiro com o desenvolvimento de peri-implantite. Foi realizada uma busca de artigos no banco no NCBI, visando o entendimento existente até o momento sobre o tema, usando os termos: “peri-implantitis”; “oral microbiome”; and “immune host response”. Peri-implantite foi associada com uma diversidade de espécies bacterianas, sendo *Porphiromonas gingivalis*, *Treponema denticola* and *Tannerella forsythi* descritos em maior proporção em pacientes com peri-implantite. Em paralelo, o dano ao tecido do peri-implantite causa uma resposta inflamatória mediada por ativação de células do sistema imune inato como macrófagos, células dendríticas e neutrófilos. Concluindo, a ativação do Sistema imune do hospedeiro pode levar ao desequilíbrio da microbiota bucal que, por sua vez, leva a ativação de citocinas, quimiocinas, prostaglandinas e enzimas proteolíticas. Esses processos biológicos podem ser responsáveis por perda óssea e consequente perda do implante.

## MANEJO DO PACIENTE COM FISSURA OROFACIAL

**Felipe Henrique Rech Payor<sup>1</sup>; Isabelle Queren Ferreira Silva<sup>1</sup>; Carlos Augusto das Neves<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

A fissura é uma fenda congênita que envolve o lábio superior, alvéolo ou palato, a sua prevalência é estimada na proporção de meninos afetados são 3:2 comparado com as meninas, a fissura transforaminal é 2 vezes com mais frequência no sexo masculino, enquanto isoladas de palato ocorrem mais no sexo feminino. O lado mais comumente causal é o esquerdo quando é unilateral. A mesma pode atingir desde uma região pequena até grande expressividade, podendo ir do entalhe do vermelhão do lábio até estender para cavidade nasal, rompendo assoalho. Podemos também ter fissuras ocultas, que ocorrem em submucosa, geralmente o paciente nem sabe deste acontecimento, ocasionando uma falta de continuidade na musculatura do palato mole, é detectado ausência da espinha nasal posterior e com teste de dicção, forma um sulco na linha media causada pela descontinuidade muscular. A embriologia da face, do 2arco branquial começa a partir da 5 semana fetal, iniciando com o crescimento dos processos laterais e nasais mediais que circundam a cavidade nasal, logo após temos os processos maxilares. A intervenção cirúrgica das fissuras não possui uma época ou estágio específico para realizar. É de anuência do cirurgião avaliar e estar atento com o andamento e crescimento da progressão e saber quando intervir, assegurando nas necessidades funcionais e estética do paciente. Os tratamentos variam de acordo com a idade e baseadas nas necessidades individuais, portanto nem todos os casos deve-se intervir nas primeiras semanas de vida, pois em alguns o aumento do grau de crescimento seja favorável, por questões de crescimento cefalométrico e outras funcionabilidades. Na queiloplastia primaria, permite inspeção do paciente de 10-12 semanas de vida antes da intervenção cirúrgica, tem como finalidade examinar e avaliar se pode comprometer o tratamento. Caso houver necessidade de uma segunda abordagem queiloplastica só é possível após a remodelação inicial e maturidade da cicatriz anterior, recomenda-se após 5 anos de idade. A palatoplasia deve ser realizada entre os 9-18 meses de idade, sendo assim deve-se atentar as delimitações do crescimento facial, a maior parte das crianças necessitara de uma reconstrução do palato, pois nessa idade tem início do desenvolvimento da fala, que pode se retardar se caso não for feita. Objetivo: trazer breve conhecimento de intervenções e ciência de quando é possível constatar. Conclusão :tratamento complexo, interdisciplinar que demanda de longo prazo de acompanhamento.

***Resumos dos Painéis***  
***- Relato de Caso Clínico -***

## **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RECIDIVA DE AMELOBLASTOMA EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Matheus de Moraes Assis<sup>1</sup>; Eduardo de Azevedo Mangini<sup>2</sup>; Marcelo Vilhena da Silva<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

O ameloblastoma faz parte do grupo dos tumores odontogênicos benignos mais comum, representa estatisticamente o segundo tipo de tumor odontogênico atrás do odontoma. Sua origem histológica se dá através do epitélio odontogênico, teoricamente dos remanescentes da lâmina dentária. A faixa etária predominante ocorre na terceira década e depois na sétima década na mesma proporção, não possui predileção por sexo, e alguns estudos mostram uma maior frequência em pacientes melanodermas e xantodermas. O crescimento é lento, localmente invasivo, muitas vezes assintomático. Acomete preferencialmente região de ângulo e corpo mandibular, e menos prevalente na maxila. Radiograficamente a lesão exibe característica radiotransparente unilocular ou multilocular. O tratamento de escolha é cirúrgico, podendo variar entre a enucleação e a ressecção segmentar. Este trabalho tem como objetivo dissertar caso clínico de paciente do sexo masculino de 36 anos de idade, melanoderma, que apresentou uma recidiva de ameloblastoma após 12 anos na região do mento. O tratamento proposto foi de remoção cirúrgica por meio de enucleação e osteotomia periférica.

CEP – USF CAAE: 62960022.7.0000.5514

## **REMOÇÃO CIRÚRGICA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO - MESIODENS: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

**Wellinton da Silveira Cabral<sup>1</sup>; Matheus de Moraes Assis<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Albigante Palazzi<sup>2</sup>; Valdineia Maria Tognetti<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

Existem várias alterações de desenvolvimento que podem acometer a dentição em seres humanos, entre elas está a hiperdontia, condição na qual ocorre a formação de um número de dentes superior ao habitual, sendo estes chamados de supranumerários. Sua origem histológica é a lâmina dental e tem etiologia hereditária. Acomete



preferencialmente o sexo masculino e tem predileção nos pacientes melanodermas. A região mais acometida é a de incisivos centrais superiores, chamados, neste caso, de mesiodens. Estes dentes podem irromper na cavidade bucal, ou permanecer inclusos, e sua descoberta geralmente é dada através de exames radiográficos de rotina. Estes dentes tendem a causar complicações bucais sendo necessária, na maioria das vezes, sua remoção cirúrgica.

CEP – USF CAAE: 63401222.2.0000.5514

## **SEPULTAMENTO RADICULAR EM PACIENTE ONCOLÓGICO COM OSTEORRADIONECROSE: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Luiza Fernandes Pellini<sup>1</sup>; Matheus de Moraes Assis<sup>1</sup>; Alexandre Augusto Albicante Palazzi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia da USF

<sup>2</sup> Professor curso de Odontologia da USF

O tratamento radioterápico possui efeitos adversos que afetam diretamente a cavidade oral. Dentre as consequências mais preocupantes está a osteonecrose induzida por radiação. Nesse caso, a exodontia é um procedimento contraindicado, de modo que o sepultamento radicular se torna o tratamento de escolha, visando evitar uma iatrogenia. O sepultamento radicular é uma técnica endodôntica consolidada e empregada em diversos casos, sobretudo em pacientes oncológicos com lesão de cabeça e pescoço que estejam passando ou passaram por radioterapia. Para o sepultamento radicular, existem diversos materiais que podem ser usados, como medicação intracanal e obturação dos sistemas de canais radiculares. Nesse contexto, a escolha do material deve ser mais cautelosa, para evitar uma reação inflamatória. O caso relatado neste artigo trata de um paciente do sexo masculino de 69 anos, com histórico de neoplasia na região de palato. Ele manifestou ter duas lesões de osteorradionecrose na região bucal, e foi vista a necessidade de extrair duas raízes residuais, porém, como o prognóstico não era favorável, optou-se por fazer o sepultamento radicular.

CEP – USF CAAE: 63942522.1.0000.5514

