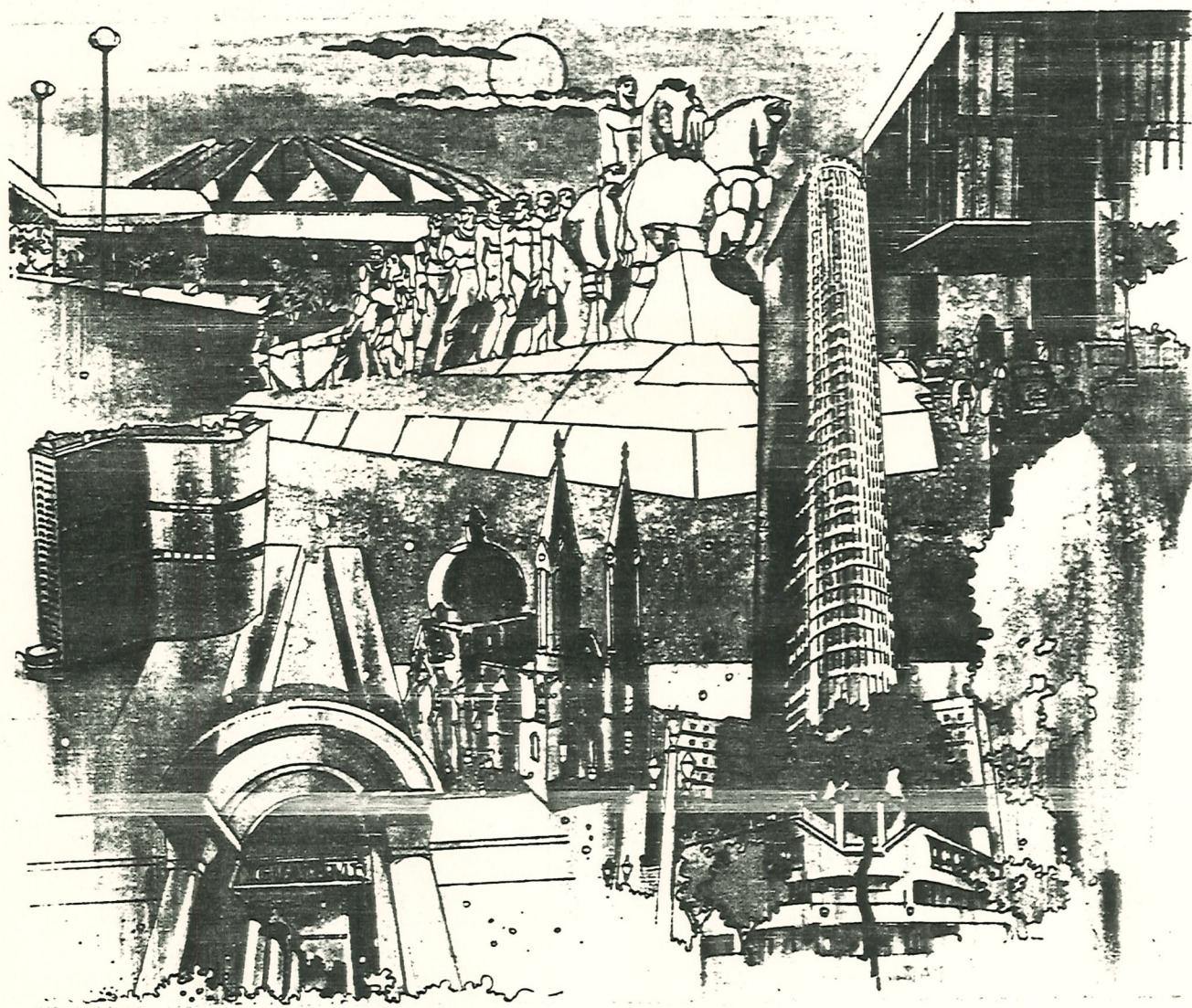


Anais do XV Congresso Paulista de Odontologia

(Resumo da Matéria Científica)



XV Congresso Paulista de Odontologia

XXV Congresso Brasileiro de Odontologia

XXIX Seminário Odontológico Latino-Americano

III Congresso Universitário Paulista de Odontologia

25 a 30 de Janeiro de 1992 - São Paulo - SP

Palácio das Convenções do Parque Anhembi - Maksoud Plaza

Promotora



SYSNO 0944964
PROD 000714

AFERVO EESC

A

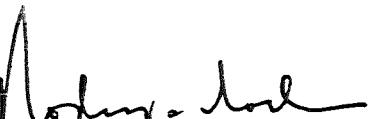
Associação Paulista

de Cirurgiões Dentistas

CERTIFICA QUE, O TEMA LIVRE
"DESENVOLVIMENTO DE UMA LIGA EXPERIMENTAL DE NIQUEL-CROMO",
COM DURACAO DE 30 MINUTOS, FOI APRESENTADO POR:
BEZZON, OSVALDO LUIZ,
MATTOS, MARIA DA GLORIA CHIARELLO DE,
PANZERI, HEITOR,
ROLLO, JOAO MANOEL DOMINGOS DE ALMEIDA.

XV Congresso Paulista de Odontologia
XXV Congresso Brasileiro de Odontologia
XXIX Seminário Odontológico Latino-Americano
III Congresso Universitário Paulista de Odontologia

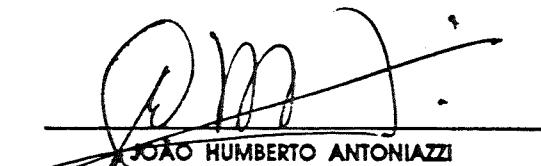
25 a 30 de Janeiro
de 1992 - S. Paulo-SP
Palácio das
Convenções do
Parque Anhembi
Maksoud Plaza


RODNEY GARCIA ROCHA

Secretário Geral


MARCO ANTONIO BOTTINO

Coordenador da Comissão Científica


JOÃO HUMBERTO ANTONIAZZI

Presidente


RAPHAEL BALDACCI FILHO

Presidente da A. P. C. D.



Apesar dos relatos na literatura mostrarem um alto sucesso na endodontia, é comum nós nos deparamos com dentes apresentando alteração de cor caesada, principalmente, por trauma, necrose pulpar ou endodontia inadequada.

Esta segunda parte da apresentação tem como objetivo mostrar:

- A principal causa da alteração de cor em dentes não vitais (hemorragia no interior da câmara pulpar).
- Seleção dos casos a serem clareados
- O(s) agente(s) clareador mais utilizado na atualidade
- As técnicas utilizadas no clareamento não vital:
 - técnica mediata
 - técnica imediata
- Fatores relacionados com a reabsorção dentinária externa:
 - calor
 - trauma
- A técnica restauradora
- Prognóstico dos dentes não vitais após clareamento dental
- Casos clínicos

TL 26

MÁRCIA VIEIRA MARCONDES GUIMARÃES
Guaratinguetá - SP

Colaboradora da Disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP

Preparo dos Espaços Edéntulos Previamente ao Tratamento por Próteses Parciais Fixas e Removíveis

A literatura odontológica periodônica e protética é rica em artigos que enfatizam a importância do diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde periodontal nos elementos remanescentes, especialmente nos suportes de próteses parciais fixas e removíveis.

Assim, uma avaliação periodontal, tratamento e manutenção através do profissional e/ou paciente tornou-se rotina especialmente nos últimos anos nos tratamentos protéticos.

Lamentavelmente ainda são pouco divulgados e aplicados princípios e técnicas aplicáveis à situações quando o volume e forma das cristas edéntulas não são compatíveis com a colocação de pontes nas próteses parciais fixas ou selas nas próteses parciais removíveis.

Salienta-se que as condições apresentadas pelas cristas alveolares e espaços edéntulos podem ser decisivas para o êxito do tratamento proposto.

Deste modo o valor funcional, fonético, estético, de saúde e conforto podem ser parcial ou totalmente comprometidos quando existem condições adversas para a substituição dos elementos naturais perdidos.

As cristas edéntulas freqüentemente necessitam de procedimentos de regularização, diminuição ou aumento de volume, além de alterações de forma.

Grande número de casos existem em que as condições presentes impedem a correta transmissão de forças aos tecidos de suporte e impossibilitam a correta colocação de dentes e o estabelecimento de oclusão satisfatória, que é o objetivo primordial das próteses parciais.

O objetivo do presente trabalho é mostrar a utilização de técnicas cirúrgicas que possibilitem estabelecer as melhores condições das cristas edéntulas para receber próteses parciais que sejam passíveis de manutenção pelo paciente e apresentam

o maior valor no que respeita à qualidade de função mastigatória, estética, fonética, de saúde e conforto preservando as estruturas remanescentes de suporte e deste modo tenham maior longevidade.

TL 27

RUDINEY JEFERSON DARUGE*, PAULO CESAR HADDAD
Campinas - SP

Uso de Miniplaca em Trauma Facial

Muito progresso tem se feito no tratamento de fraturas faciais. Atualmente é muito grande a indicação e aplicação de placas para a contenção das fraturas do esqueleto facial. No presente trabalho demonstramos a experiência de 3 anos do H.M.C.P. com a utilização de miniplacas de titânio e aço inox em fraturas do complexo óbito zigomático.

Grande parte dos traumas faciais provocam fraturas orbitárias, que passam, em muitos casos, desapercebidas pelos colegas que lidam com traumatologia, desenvolvendo sequelas pós-traumáticas de ordem estética e funcional.

As complicações estéticas, nestes casos são desenvolvidas pela assimetria facial que possui um grande componente no corpo do osso molar, porém são as sequelas funcionais as mais severas, tais como limitação de abertura bucal com o bloqueio do movimento do processo coronóide da mandíbula pelo osso malar e diplopia, com o desnivelamento do globo ocular em direção ao seio maxilar.

Durante esta apresentação forneceremos subsídios para o correto diagnóstico e tratamento das fraturas orbitárias.

TL 28

ANTONIO MOUCACHEN*, ROSA HELENA MOUCACHEN DE SANT'ANNA
São Paulo - SP

** Pósgraduação em Periodontia pela USP*

Quimioterapia: Seu Uso nos Tratamentos Cirúrgicos e não Cirúrgicos em Periodontopatias

Um dos objetivos nos tratamentos das Periodontopatias é produzir um aceitável envolvimento biológico, que poderia controlar às respostas inflamatórias. Estudos indicam que a preparação da raiz com instrumentação pode ser o mais importante ingrediente na equação do sucesso.

Alguns pacientes requerem uma adicional assistência no controle da inflamação. Produtos quimioterapicos têm sido sugeridos para complementação dos tratamentos, quer na forma de bochechos quer na forma sistêmica administrando antibióticos. Entretanto, têm sido acentuado que a dose e o tratamento periódico pela administração sistêmica de antibiótico são limitadas, devido o risco de efeitos colaterais, influência sobre a flora intestinal e a emergência de resistência microbiana. Para superar estes problemas, aplicações sub-gengivais de agentes antibacterianos, nas bolsas periodontais, tem sido estudado e interessantes resultados terapêuticos tem sido observados.

Experiência clínica sugere que o uso local sub-gengival de agentes antibacterianos, antes, durante e após tratamentos das periodontopatias, traz resultados satisfatórios nos pós-operatórios e na manutenção do tratamento. Estudos observam que estes cuidados têm contribuído para evitar endocardites bacterianas.

TL 29

WALDIR ANTONIO JORGE*, MARCELO MELO SOARES, RICARDO MARTINS
São Paulo - SP

** Mestre e Doutor Livre Docente pela Faculdade de Odontologia da USP*

Atendimentos de Urgência aos Traumatizados Faciais

Serão abordados os seguintes tópicos:
Manutenção da vida do traumatizado;
Manutenção das vias aéreas superiores;
Condutas nas paradas cardio respiratórias originários dos traumas faciais.
Traqueostomia;
Condutas nas aspirações e deglutições de corpos estranhos nas vias aéreas e digestivas;
Hemostasia dos grandes vasos faciais;
Combate ao choque hipovolêmico;
Prevenção das consolidações viciosas dos esqueleto ósseo facial nos traumas faciais.

TL 30

ROSEHELENE MAROTTA ARAÚJO*, JOSÉ BENEDICTO DE MELLO, MARIA FILOMENA ROCHA LIMA HUTALA
São José dos Campos - SP

** Professor Assistente Doutor da Disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP*

Restauração Amálgama X Restauração Resina Composta Posterior

Recentemente tem havido um marcante aumento na utilização de resinas compostas em dentes posteriores por causa da crescente demanda para uma Odontologia estética. Porém as restaurações de amálgama, apesar da inconveniência da cor, ainda são utilizadas com bastante frequência, devido as propriedades mecânicas, facilidade de realização, custo acessível, e, principalmente por ser até os dias atuais o único material capaz de promover o vedamento marginal, devido a deposição de produtos de corrosão na interface dente/restauração. A finalidade deste tema será de discutir as maiores diferenças entre os dois materiais. Antes do clínico substituir o amálgama por resina composta posterior, as maiores diferenças entre os dois materiais precisam ser consideradas. O contraste das informações ajudará na escolha de qual material poderia ser melhor indicado para uma dada situação clínica. Pretende-se também mostrar os resultados de um trabalho onde foi feito a comparação do grau de infiltração marginal em cavidades classe II convencionais restauradas com a combinação do 1) amálgama Dispersalloy e os adesivos dentinários Scotchbond 2 e ARMD; 2) Resinas compostas P50/ Scotchbond 2 e Adaptic II P ARMD; 3) Amálgama Dispersalloy na região cervical e resina composta P50 ou Adaptic II P na oclusal.

TL 31

OSVALDO LUIZ BEZZON*, MARIA DA GLÓRIA CHIARELLO DE MATTOS, HEITOR PANZERI, JOÃO MANUEL DOMINGOS D'ALMEIDA

Ribeirão Preto - SP

* Doutor em Odontologia (Área de Reabilitação Oral)

Desenvolvimento de uma Liga Experimental de Níquel-Cromo

As ligas de níquel-cromo para restaurações metal-cerâmicas originaram-se de modificações das ligas de cobalto-cromo preconizadas para a prótese parcial removível.

A adição do níquel, substituindo parte ou todo o cobalto, reduziu a contração de fundição e aumentou a ductilidade das ligas resultantes.

De um modo geral, as ligas de níquel-cromo, são constituídas por uma matriz — solução sólida de níquel e cromo — onde estão dissolvidos elementos em menores proporções que, todavia, são responsáveis por ações metalúrgicas distintas e acabam por desempenhar um papel até mais importante que os constituintes básicos.

Neste trabalho, com o propósito de contribuir para o estudo das ligas de níquel-cromo, os autores apresentam uma discussão sistemática da complexidade que envolve a obtenção de uma liga experimental de níquel-cromo, que contém nióbio, manganês e berflio como elementos de liga e destacam o seu potencial para a utilização clínica.

TL 32

MARIO SERGIO LIMBERTE

São Paulo - SP

Membro da American Academy of Cosmetic Dentistry

Clareamento Dental Doméstico

O Clareamento dental doméstico é uma técnica que se destina a clarear dentes vitais que estejam com sua cor ligeiramente alterada.

O escurecimento dos dentes que é uma característica de envelhecimento, pode ser melhorado antes de se executar uma prótese para que o paciente tenha um sorriso mais jovem.

A técnica é simples e econômica consumindo pouco tempo e equipamento do consultório.

Para sua utilização deve-se confeccionar uma goteira onde será utilizada a subsfância clareadora que é o peróxido de carbamida a 10%.

TL 33

JOSÉ RICARDO PENTEADO ARANHA

São Paulo - SP

Professor Titular de Cadeira de Materiais Dentários da Faculdade Zona Leste

Adesivos Dentinários

- Conceituaremos adesão, mostrando um breve histórico da adesão na odontologia.

- Classificar os adesivos dentinários; mostrando o modo de ação de cada um dos tipos. Chamando a atenção para a ação do adesivo frente ao "Smear Layer".

- Procuraremos explicar o que é o "Smear Layer", suas vantagens e desvantagens. Abordaremos ainda qual a atitude frente a ele.

- Salientaremos a importância da utilização dele associado ao Ionômero de Vidro no melhoramen-

to do vedamento marginal das restaurações de resina composta.

E, por fim mostraremos a técnica ideal de confecções das restaurações de resinas compostas para não prejudicarmos o vedamento marginal conseguido com os adesivos.

TL 34 E 36

PAULO TONE, SAMARA CATELLANI

Odontologia 2000

Estética

1) Incrustação em Resina Composta

Considerações clínicas, Indicações e Contra-indicações, Preparo e moldagem, Cimentação, Materiais usados para proteção pulpar, Prevenção da sensibilidade da dentina, acabamento.

2) Lâminas de Porcelana e Resina Composta

Histórico, Vantagens e desvantagens, Indicações e Contra-indicações, Longevidade da lâmina de porcelana, Preparo e moldagem, Impressão e provisório, Cimentação, Ataque ácido, Esmalte e lâmina de porcelana, Ácidos usados, Porcelana versus resina.

3) Incrustações, Corôas e Lâminas por Computador (CAD-CAM)

4) Colagem de Fragmentos Dentais

Considerações clínicas em casos efetuados há mais de dezenove anos.

TL 35

LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CHINEL-LATO*, JOSÉ HUMBERTO DAMANTE

Bauru - SP

* Prof. Assistente Doutor do Depto. Estomatologia da Fac. Odontologia de Bauru-USP

Halitose - Diagnóstico e Tratamento

As anormalidades do hálito são denominadas halitoses ou mau hálito. Muitos pacientes sofrem deste problema, porém o desconhecem e acabam sofrendo discriminação. Entretanto, muitos profissionais cirurgiões-dentistas também não sabem como se conduzir frente aos casos, tanto quanto suas causas e seu tratamento.

No presente trabalho são abordadas as causas bucais e não bucais da halitose, os métodos semiológicos para detecção do hálito anormal e os tratamentos indicados para cada caso, de acordo com sua etiologia.

Será dado ênfase principalmente ao exame semiológico das causas bucais da halitose, pois estas podem ser tratadas no consultório odontológico. Com relação às causas não bucais, serão mostrados os métodos semiológicos e o encaminhamento do paciente aos profissionais médicos, de acordo com a etiologia detectada.

TL 37

IGOR PROKOPOWITSCH*, JOSÉ MARIA PEREIRA SAMPAIO, ANTONIO CARLOS BOMBANA

São Paulo - SP

* Prof. Assistente de Endodontia da FOUSP

Tratamento Endodôntico das Fraturas Radiculares

As fraturas radiculares constituem 7% dos casos de traumatismo dentais, tendo predominância para os incisivos centrais superiores e incidência maior entre os 11 e 20 anos de idade. Esses traumatismos ocorrem com maior freqüência em decorrência à prática desportiva, acidentes automobilísticos ou traumas oriundos de corpos estranhos que atingem os dentes superiores. O diagnóstico deste tipo de lesão radicular, baseia-se no exame clínico e radiográfico. Ao exame clínico observa-se uma mobilidade dental anormal a qual, fica na dependência da posição da linha e fratura e na presença ou não de luxação ou fratura do processo ósseo alveolar. Ao exame radiográfico apurado, podemos visualizar o posicionamento do traço de fratura radicular, principalmente se o trauma provocar uma separação dos fragmentos radiculares. Porém, se o feixe principal de RX não incidir paralelamente a linha de fratura, ou se a fratura ocorre em direção oblíqua ou ainda, se não houve separação dos fragmentos fraturados, o exame radiográfico pode ser prejudicado, principalmente quando tivermos uma angulação vertical mais ou menos de 15° a 20° em relação à fratura. O tratamento a ser imposto fica na dependência de dois fatores: posição da linha de fratura e presença ou ausência de vitalidade do polpar. Na dependência desses fatores, o tratamento deste tipo de lesão radicular pode restringir-se a uma contenção rígida por no mínimo 120 dias até uma complementação cirúrgica após o tratamento endodôntico.

TL 38

MÁRCIA PINTO ALVES MAYER*, MIRIAM GUTMAN SCHMIDT, MARIA REGINA LORENZETTI SIMIONATTO FLÁVIO ZELANTE

São Paulo - SP

* Responsável pelo Setor Odontológico da APAE - São Paulo

Análise das Condições Periodontais, Índice de Placa e Maloclusões em Pacientes Portadores de Síndrome de Down, com Idade Entre 6 e 14 anos

A maior suscetibilidade de pacientes portadores de síndrome de Down à doença periodontal é relatada na literatura. Em geral estes estudos revelam a instalação precoce da doença, freqüentemente envolvendo a dentição decídua, com rápida progressão e perda óssea.

O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de doenças periodontais em pacientes portadores de síndrome de Down, e correlacioná-la com a presença de maloclusões, níveis de higiene oral, e grau de deficiência mental.

Foram examinadas clinicamente 99 crianças, com idade entre 6 e 14 anos, quanto ao índice de placa de Loe e Silness, CPITN e a classificação de Angle. Os resultados mostraram uma alta prevalência de gengivite, associada a uma higiene bucal deficiente e alta prevalência de maloclusões. Por outro lado, a prevalência de bolsas periodontais foi menor do que a citada na literatura internacional.

TL 39

JÚLIO CESAR ELIAS*, MARCOS TADEU FERREIRA, PAULO ANTONIO PARRILI TREDEZINE