

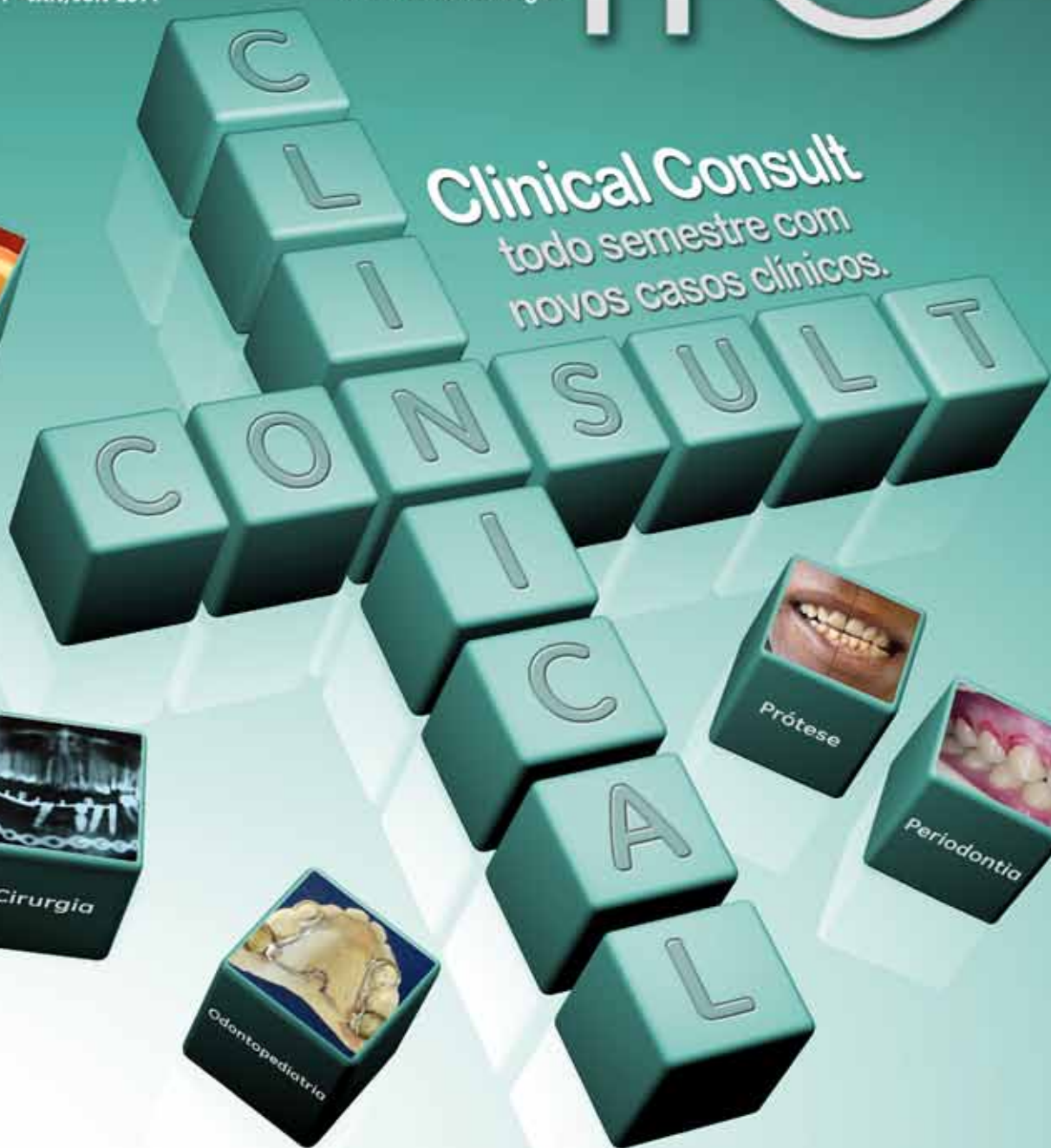
O CANAL DO DENTISTA

# revistaff

ANO V - Nº 9 - JAN/JUN 2011

www.fundecto.org.br

**Clinical Consult**  
todo semestre com  
novos casos clínicos.



Publicação semestral da fio - fundecto - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia  
Entidade conveniada à Faculdade de Odontologia da USP - Venda proibida.

**ENCARTE ESPECIAL: CATÁLOGO DE CURSOS 2011 ▶ 1º SEMESTRE**

**"Clinical Consult"**  
todo semestre  
com novos  
casos clínicos.



**Quer continuar  
recebendo a  
revista ffo?**

**Entre no site**

**[www.fundecto.org.br](http://www.fundecto.org.br)**

**e faça seu cadastro.**



**fundecto**

Fundação para o Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico da Odontologia

**[www.fundecto.org.br](http://www.fundecto.org.br)**

# editorial



É com imenso prazer que apresentamos mais uma edição da Revista ffo-fundecto, que tem como maior objetivo abrir as portas da nossa casa e mostrar para você, Cirurgião-Dentista, nosso empenho e dedicação na construção de cursos de educação continuada, e, por acreditar que a formação com qualidade é nossa grande contribuição para o engrandecimento da classe odontológica, estamos lançando uma novidade para você.

A partir de agora a Revista ffo-fundecto vem acompanhada do "Clinical Consult", uma coletânea de artigos, casos clínicos e orientações para contruir com seu crescimento profissional e facilitar seu dia a dia. Em cada edição da Revista você encontrará informações das mais diversas especialidades

e áreas da Odontologia. O primeiro "Clinical Consult" já está disponível, veja e coleciono.

Para formar um profissional preparado para enfrentar o mercado, disponibilizamos o que há de melhor e mais moderno em educação continuada. Assim, estruturamos cursos que aliam pesquisa de ponta, tecnologia e prática clínica.

Venha nos conhecer e aproveite que o primeiro semestre de 2011 está repleto de cursos. Temos as especializações, agora também com a modalidade mensal, cursos de extensão universitária, hands-on e workshops. Veja anexo à revista o catálogo de cursos e confira os detalhes em nosso site [www.fundecto.org.br](http://www.fundecto.org.br)

Esperamos você aqui na ffo-fundecto e desejamos a todos uma ótima leitura.

  
Prof. Dr. João Batista de Paiva  
Presidente ffo-fundecto

## índice



**4 Especial: Dia do Dentista.**

**6 Diferencial: Veja as vantagens de fazer cursos na ffo-fundecto.**

**Agenda: Datas de seleção para especialização.**

**8 Artigo: Cirurgia.**

**10 Artigo: Dentística.**

**12 Artigo: Odontopediatria.**

**14 Artigo: Periodontia.**

**16 Artigo: Prótese.**

**18 Artigo: Prescrição de medicamentos: novas orientações.**



**ffo-fundecto**  
Conveniada à Faculdade de Odontologia da USP

**DIRETOR PRESIDENTE**  
Prof. Dr. João Batista de Paiva

**DIRETOR VICE PRESIDENTE**  
Prof. Dr. Leonardo Eloy Rodrigues Filho

**DIRETOR TESOUREIRO**  
Prof. Dr. Rodolfo Francisco H. Melani

**DIRETOR SECRETÁRIO**  
Prof.ª. Dr.ª. Miriam Lacalle Turbino

**DIRETOR VOGAL**  
Prof. Dr. Atlas Edson Moleros Nakamae

**CONSELHO CURADOR**  
Presidente:  
Prof. Dr. Giorgio De Micheli  
Membros:  
Prof. Dr. Abílio A. Maranhão de Moura  
Prof. Dr. Carlos Gil  
Prof. Dr. Edgard Crosato  
Prof. Dr. Jose Rino Neto  
Prof. Dr. Igor Studart Medeiros  
Prof. Dr. Michel Nicolau Youssef  
Prof. Dr. Reinaldo Brito e Dias  
Prof. Dr. Waldyr Antonio Jorge

**COMISSÃO DE CURSOS**  
Presidente:  
Prof. Dr. José Rino Neto  
Membros:  
Prof. Dr. Edgard Crosato  
Prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira  
Prof. Dr. Glauco Fioranelli Vieira  
Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz  
Prof. Dr. Paulo Eduardo Capel Cardoso  
Prof.ª. Dr.ª. Regina Tamaki

**COORDENAÇÃO DEPARTAMENTO DE MARKETING**  
Leticia Bezinelli - [lebezinelli@hotmail.com](mailto:lebezinelli@hotmail.com)  
Zilson Magalhães - [drzilson@gmail.com](mailto:drzilson@gmail.com)

**PROJETO GRÁFICO**  
Pingo No I - Publicidade e Propaganda  
[comercial@pingonoi.com](http://comercial@pingonoi.com)  
[www.pingonoi.com](http://www.pingonoi.com)

**JORNALISTA RESPONSÁVEL**  
Priscila Gonçalves Biella - MTB 52367

**TIRAGEM DESTA EDIÇÃO**  
45.000 exemplares

## Programa de Parcerias

Dep. Marketing/ fotos: Arq. Fundecto

A ffo-fundecto foi instituída por professores da Universidade de São Paulo (USP) há mais de 25 anos e desde então vem se especializando em difundir o conhecimento na área odontológica. O foco sempre foi o Cirurgião-Dentista, por isso os cursos unem pesquisa de ponta e prática clínica, com o objetivo de formar um profissional completo.

E como a ffo-fundecto quer sempre mais para o Cirurgião-Dentista, foi desenvolvido um exclusivo Programa de Parcerias, que apresenta aos Cirurgiões-

Dentistas as inovações do mercado odontológico. Assim, só aqui na Fundação você tem a oportunidade de conhecer e entrar em contato com o que existe de melhor e mais moderno no mercado, manipular materiais de última geração e ainda manusear os mais novos equipamentos. Tudo isso durante o seu curso!

Mas a ffo-fundecto não pára por aí. Desenvolvemos, junto com nossos parceiros, algumas atividades exclusivas, saiba algumas das ações que aconteceram somente na fundação no segundo semestre de 2010:

*Entre os dias 13 a 17 de setembro aconteceu a SEMANA VOVO NA FUNDECTO, na qual houve exposição de produtos, com destaque para o MERON, um ionômero de vidro, que é disponibilizado para todos os cursos da ffo, além de distribuição de brindes e descontos imperdíveis para alunos e professores da Fundação. Confira:*



Presidente da ffo-fundecto, Prof. Dr. João Batista de Paiva prestigia o evento.



*Aconteceu nos dias 04 a 08 de outubro a SEMANA HERAEUS KULZER na FUNDECTO. Os Cirurgiões-Dentistas conheceram a Charisma Opal e outros produtos da Heraeus Kulzer, que é uma importante parceira da ffo-fundecto e, que ao longo de todo o ano disponibilizou materiais de última geração, incluindo o fotopolimerizador Translux Power Blue. Foram oferecidas também promoções exclusivas e realizados sorteios diários.*

# Dia do Dentista

## MMO, Oral B e ffo-fundecto

25 de Outubro é o dia do Cirurgião-Dentista e claro que não poderíamos deixar de comemorar. Assim, a ffo-fundecto, ORAL B e a MMO prepararam para professores e alunos atividades especiais, com café da manhã, brindes e promoções.

Veja o que aconteceu:



**NÃO PERCAM AS ATIVIDADES QUE ESTÃO PROGRAMADAS PARA 2011**

**► TEREMOS GRANDES NOVIDADES!!!**



# diferencial

Saiba porque a fundecto apresenta o melhor custo-benefício do mercado.

- 01 **Corpo docente altamente qualificado**
- 02 **Diversos materiais e equipamentos fornecidos pela fundação para utilização no curso**
- 03 **Certificado de especialista emitido pela Universidade de São Paulo**
- 04 **Novas tecnologias obtidas através de parcerias com as maiores empresas do mercado**
- 05 **Cursos semanais, quinzenais e mensais, além de workshops que ocorrem durante todo o semestre**
- 06 **Salas de aula e clínicas com ar condicionado e modernos recursos multimídia**
- 07 **Estacionamento sem custo para o aluno**
- 08 **Comodidade e conforto: sala de estudo e espaços de convivência**
- 09 **Convênios com hotéis**
- 10 **Programa de descontos exclusivo**



Call Center: 0800-771-7001  
callcenter@fundecto.com.br  
segunda a sexta das 08h às 18h



Fachada do Hotel Howard Johnson  
Faria Lima Inn, em São Paulo

**Descontos exclusivos. Consulte!**

## agenda

### PRÓXIMAS TURMAS DE ESPECIALIZAÇÃO

Especialização	Seleção	Especialização	Seleção
<b>SEMANAIS</b>		<b>QUINZENAIS</b>	
Cirurgia	Mai/2012	Odontologia do Trabalho	04/02/11
Cirurgia	Jun/2012	Saúde Coletiva	11/02/11
Dentística	18/08/11	<b>MENSAIS</b>	
Endodontia	08/06/11	Dentística	Mai/2012
Implantodontia	Mar/2012	Endodontia	Jul/2012
Odontologia Legal	10/02/11	Odontopediatria	05/03/11
Odontopediatria	30/06/11	Prótese	Mar/2012
Ortodontia	Abr/2012	Radiologia	Mar/2012
Pacientes Especiais	05/08/11		
Periodontia	04/06/11		
Prótese	21/06/11		
Radiologia	08/06/11		



Não deixe de atualizar seu cadastro para continuar recebendo as próximas edições!  
[www.fundecto.org.br](http://www.fundecto.org.br)

A Revista FFO inaugura o caderno especial "*Clinical Consult*". Esta edição apresenta 05 casos clínicos selecionados por professores dos cursos de especialização da ffo fundecto e as novas orientações sobre prescrição de antibióticos. O objetivo é proporcionar mais uma fonte de referência e pesquisa a você, cirurgião-dentista.

100  
anos  
ANOS

29 de jan. a 01 de fev. de 2011

Local: EXPO CENTER NORTE | SÃO PAULO  
Avenidas D e E / Ruas 1000 e 2000

Cidade: São Paulo - SP  
Site: [www.ciosp.com.br](http://www.ciosp.com.br)

**VENHA NOS VISITAR!!!**



PARTICIPE DE PALESTRAS  
COM CERTIFICADO

29º CIOSP  
CONGRESSO INTERNACIONAL  
DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO

UMA PARCERIA DE SUCESSO



Johnson & Johnson



## Tratamento de fratura mandibular por projétil de arma de fogo.

### Introdução

A criminalidade está muito presente nas grandes cidades brasileiras e devido a isto é comum nos hospitais pacientes receberem atendimentos com ferimentos por projéteis de armas de fogo (PAF). O Cirurgião-Dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, componente ativo do corpo clínico dos grandes hospitais, deve ter conhecimento apurado do tratamento deste tipo de trauma, que apresenta algumas peculiaridades, para evitar graves seqüelas que poderão acometer as vítimas. Na face o osso mandibular é o mais atingido pelos projéteis, causando com uma alta frequência fraturas cominutivas destruindo grandes segmentos ósseos comprometendo também as estruturas dentais. Neste trabalho relatamos um caso clínico de ferimento por PAF acometendo a mandíbula, mostrando todas as etapas desde a osteossíntese até a reabilitação protética.

### Caso Clínico

Paciente S.M.B de 56 anos vítima de ferimento por PAF deu entrada no hospital com fratura mandibular bilateral (fig 1), foi atendida pela equipe de Cirurgia geral seguindo o protocolo do ATLS. Após a estabilização dos sinais vitais da paciente a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial realizou o tratamento da fratura mandibular. No primeiro tempo cirúrgico foi realizada a osteossíntese com placas e parafusos (fig 2), no segundo foi feito um enxerto ósseo autógeno com osso da crista ilíaca (fig 3). Após a integração do enxerto a equipe de implantodontia realizou os implantes e a prótese da paciente (fig 4).

### Discussão

Nas lesões causadas por projéteis na região de cabeça e pescoço poderá haver injurias em estruturas vitais sendo a perda da permeabilidade da via aérea a principal causa de morte do paciente, portanto é necessário que o atendimento inicial seja realizado pelo cirurgião geral que irá aplicar o protocolo do

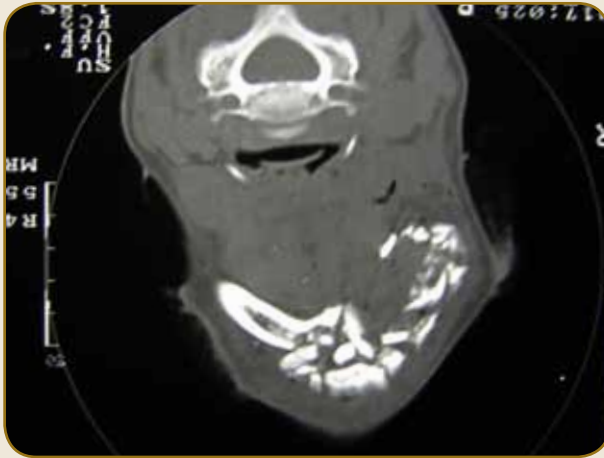
ATLS, ficando a abordagem das fraturas faciais como a da mandíbula para um segundo momento. Ainda é controverso se o melhor tratamento para os ferimentos por PAF em mandíbula deve ser conservador com Bloqueio Intermaxilares por longos períodos ou cirúrgico com a realização de osteossíntese.

Os sistemas de fixação interna estão sendo muito utilizado por apresentarem vantagens como baixo índice de infecção, boa estabilidade dos cotos ósseos, ausência de bloqueio Intermaxilar no pós-operatório e por proporcionar um bom contorno facial.

No caso clínico apresentado, no primeiro tempo cirúrgico, foram utilizadas placas do sistema 2.0 para a fixação dos fragmentos ósseos restaurando a anatomia, em seguida para dar estabilidade e contorno mandibular foi instalada uma placa do sistema 2.4 locking. Além da fixação foi realizada uma limpeza cirúrgica para a remoção de fragmentos ósseos inviáveis e tecidos moles necrosados.

No segundo tempo cirúrgico, após a reparação total dos tecidos moles, para recuperar a grande perda de estrutura óssea optamos pela realização de um enxerto autógeno com osso da crista ilíaca que é uma área doadora de osso medular e cortical com capacidade osteoindutora, osteocondutora e osteogênica proporcionando volume ósseo satisfatório para a instalação de implantes osseointegrados que foram realizados seis meses depois e após o período de integração dos implantes uma prótese fixa foi confeccionada para a reabilitação neuro-oclusal e funcional da paciente.

A utilização de placas e parafusos para realizar a osteossíntese em fraturas mandibulares por PAF está indicada e proporciona um pós-operatório satisfatório.



1



4



2



3

### Referências Bibliográficas

Jorge WA e colaboradores, Odontologia Hospitalar, Med Book 2010 1ª. Edição

Moraes HHA, Carvalho RWS, Rocha NS, Vasconcelos BCE, Vasconcelos RJH. Tratamento imediato de fratura de mandíbula por projétil de arma de fogo. Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 58, n. 3, p.399-403, jul./set. 2010

Pereira CCS, et al. Fratura mandibular por projétil de arma de fogo. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.6, n.3, p. 39 - 46, julho/setembro 2006

Peterson LJ, Ellis EE, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3. ed. Mosby: Saint Louis; 2000.

Silva JJ, et al. Lesão por arma de fogo em terço inferior de face de criança: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial v.4, n.3, p. 163 - 168, jul/ set - 2004

Xavier LR, Macedo EB, Padilha WWN, Quintanilha LELP. Incidência e tratamento inicial das fraturas mandibulares por arma de fogo na cidade do Rio de Janeiro. Rev Fac Odontol Bauru. 2000;8(1/2):31-5



## Estética Anterior – Relato de caso clínico com sistema Ips Empress 2.

### Introdução

Atualmente existem vários materiais odontológicos diretos e indiretos capazes de resolver problemas de ordem estética dental. Dentro das alternativas nos casos de restaurações indiretas têm-se os sistemas metal-free (1).

As cerâmicas são muito utilizadas na Odontologia por possuírem propriedades ópticas que possibilitam imitar cor e translucidez dos elementos dentais naturais (2). As cerâmicas convencionais compreendem uma cerâmica vítrea, com excelente estética, biocompatibilidade, resistência ao desgaste, quimicamente estável, e lisura superficial. No entanto apresentam-se frágeis, ao estresse mecânico podendo criar micro trincas e conseqüente fraturas (3).

Na década de 90 foi introduzido o sistema IPS Empress (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein). Este sistema é constituído de cerâmica reforçada por leucita o que lhe confere menor contração da subestrutura, do que as porcelanas convencionais permitindo condicionamento da superfície. Nos anos seguintes foi lançado o sistema IPS Empress 2 (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein), à base de dissilicato de lítio, aumentando sobremaneira a dureza e a resistência à fratura (350MPa). Sua indicação é para coroas unitárias, facetas e prótese fixa de até três elementos. A contra-indicação é para pacientes com hábitos parafuncionais, distância interoclusal reduzida, dentes com descoloração considerável, reposição de segundo pré-molar e molares, dentes pilares com acentuada inclinação e próteses fixas com dentes com mobilidade excessiva. (3)

Atualmente existe um novo sistema cerâmico denominado de IPS e.max de dissilicato de lítio, que segundo o fabricante confere boa estética, é o mais resistente sistema cerâmico (400MPa).

Este artigo apresenta um relato clínico de um caso com comprometimento estético nos dentes anteriores e que foi resolvido mediante colocação de coroas do sistema Empress 2, que proporcionou excelente resultado estético.

### Relato do Caso do caso clínico

Paciente do gênero feminino, de 25 anos, procurou a clínica do Curso de Especialização em Dentística da FFO - FUNDECTO – FOU SP - pois apresentava incisivos centrais superiores com múltiplas restaurações de resina composta e fraturas nos ângulos incisais mesiais, o que a deixava muito insatisfeita. Os remanescentes dentais apresentavam-se frágeis. As restaurações vestibulares com manchamento, adaptação e anatomia insatisfatórias. As faces palatinas estavam desgastadas. A paciente possuía sorriso gengival, dentes com alta translucidez e sulco gengival raso.

Neste caso, restaurações diretas estavam contra indicadas, pois, havia um importante comprometimento estético e pouca estrutura remanescente. Pelo sorriso gengival destacado e sulco gengival raso, também foi descartada a possibilidade de restaurações metalocerâmicas. Além do que, o sulco gengival possuía menos de 1mm de profundidade e a gengiva marginal livre apresentava transparência, o que não favorecia ao mascaramento de um término metálico. As coroas ocas de porcelana também, neste caso foram descartadas devido ao grande trespasse vertical. Este fator requer maior resistência mecânica da restauração. Isso pode ser visualizado na figura 3c, onde se pode observar a oclusão ocorrendo no terço cervical da face palatina.

Radiograficamente os elementos 11 e 21, sugeriam imagem de tratamentos endodônticos adequados. Foi, então, planejado duas coroas totais, com o sistema Empress 2 (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein).

Dois detalhes críticos foram valorizados, um foi o desgaste da face palatina. Por ela ser côncava, deve-se ter cuidado para que a espessura não fique demasiada, resultando em preparo não adequado e o outro detalhe é na região incisivo vestibular, especialmente quando a estética é fundamental na transparência incisal (2). Em um



Figura 1- caso inicial - vista vestibular e palatina



Figura 2 - Preenchimento com resina composta - vista vestibular e palatina

tratamento reabilitador na região anterior, é fundamental a atenção com a guia anterior. Os dentes anteriores, além da estética, protegem os dentes posteriores durante os movimentos mandibulares, de protrusão e lateralidade (4). Foi necessário preenchimentos com resina composta direta nos elementos dentais. Os preparos protéticos apresentaram as seguintes características: chanfro largo com aproximadamente 1,5mm de espessura e redução oclusal de 2mm. A linha de término foi estendida a 0,5mm no interior do sulco gengival, para favorecer a estética. Para a moldagem foi utilizada silicone de adição e afastamento gengival. Coras provisórias, prova dos copings e conseqüente aplicação da porcelana de recobrimento, foram os passos subseqüentes. Neste caso foi realizada a cimentação adesiva, ou seja, união químico-mecânica. Neste tipo de cimentação, onde um cimento adesivo é associado a um sistema adesivo estima-se criar uma resistência à tensão que varia entre 30 e 40MPa, o que é aproximadamente cinco vezes maior do que a cimentação por união mecânica (2).

O resultado final foi à constatação da adequada indicação com relevante estética e satisfação da paciente.

### Conclusão

Nesta situação clínica o Sistema Empress2 foi o que ofereceu melhor indicação devido à sua maior resistência mecânica, translucidez adequada e compatível com a dentição jovem da paciente.

### Referências Bibliográficas

- 1- Della Bona A, Shen C. Anusavice KJ. Work of adhesion of resin on treated Lithia disilicate-based ceramic. Dent Mater 2004 May;20(4):338-44.
- 2- Russo EMA, Youssef MN, Vieira GF, Turbino M, Oda M, Carvalho RCR & cols. Dentística: restaurações indiretas. São Paulo; Santos, 2010 154p.
- 3- Clavijo VGR, Souza NC, Andrade MF, Susin AH. Sistema IPS Empress 2: Recuperação Estética em Dentes Anteriores. Clínica-International Journal of Brazilian Dentistry, São José 2006 Jul-Set 2(3):218-24.
- 4- Chaves R, Ueta A, Gaspari N. Reparo Estético e Funcional de coroa anterior sem metal com laminado cerâmico: Relato de caso clínico. Clínica-International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis, 2010 out/dez.6 (4):443-49.

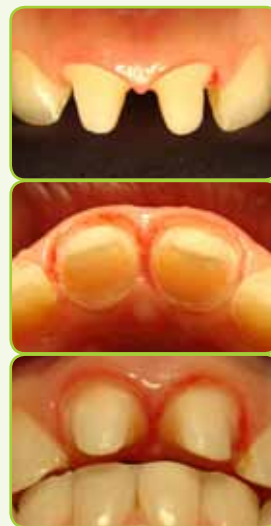


Figura 3  
Preparo dentário  
vista vestibular,  
incisal  
e em oclusão.



Figura 4  
Aspecto final, após a  
cimentação das coroas  
vista vestibular,  
palatina  
e lateral.

**Cristiane P Balvedi Umakoshi<sup>1</sup>, Claudia Panico Mauad<sup>1</sup>,  
José Carlos Petorossi Imparato<sup>2</sup>, Adriana de Oliveira Lira Ortega<sup>2</sup>**

1. Alunas do curso de especialização mensal em odontopediatria  
2. Professores do curso de especialização mensal em odontopediatria

Equipe do curso mensal de  
especialização em odontopediatria



## Resolução de manutenção de espaço, estética e atresia de maxila com um único aparelho fixo.

Um dos desafios restauradores em Odontopediatria é a reabilitação estética anterior de criança que teve perdas precoces múltiplas como consequência de lesões de cáries extensas. A utilização de um aparelho mantenedor de espaço estético pode ser indicada para repor os dentes perdidos. Outros benefícios advindos dessa terapêutica também devem ser considerados, como o restabelecimento da função mastigatória, desenvolvimento da fala e impedimento da interposição da língua.

Além da perda precoce, a palatoversão dos dentes superiores é outra condição relativamente comum de ser encontrada na clínica odontopediátrica e a opção profissional por aparelhos removíveis expansores é muito freqüente nesses casos. No entanto, apesar da facilidade da técnica para o profissional, a cooperação da criança no uso de aparelhos removíveis é discutível e apenas uma pequena parcela delas faz uso de forma adequada.

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico solucionado com um aparelho fixo único que incorporou as funções de expansão do arco, manutenção de espaço e recuperação da estética. GHNS, sexo masculino, 4 anos de idade, respirador bucal, compareceu à clínica da fofundecto. O exame clínico revelou manchas brancas ativas além de perda total das coroas dos 4 incisivos superiores, e parcial dos caninos e primeiros molares, o que comprometia o sorriso e o bem estar psicológico da criança (Fig 1). O exame da oclusão revelou atresia do arco com conseqüente mordida topo a topo posterior (Fig 2). O tratamento proposto visou a paralisação do processo ativo das manchas brancas, reabilitação dos caninos e primeiros molares, exodontia dos incisivos centrais e tratamento endodôntico dos incisivos laterais seguidos pelo sepultamento das raízes. Visto que a criança era pequena, pouco cooperativa e necessitava ao mesmo tempo de recuperação da estética e expansão da maxila, foi desenhado um aparelho fixo, preso em bandas nos segundos molares decíduos e dentes de estoques anteriores (Fig 3). A estética anterior e a expansão do

arco podem ser conseguidas com sucesso por um único aparelho fixo em criança pequena e pouco cooperativa (Fig 4 e 5).

### Referências Bibliográficas

1. Lobb WK, Ismail AI, Andrews CL, Spracklin T. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1994 Jul;106(1):70-5.
2. 1994 Jul;106(1):70-5.
3. Mandall NA, Vine S, Hulland R, Worthington HV. Community Dent Health. 2006 Jun;23(2):69-74
4. Ortega AOL, Verrastro AP, Bonecker M. Ortodontia Preventiva e Interceptativa em Odontopediatria. In Lubiana NF, Moysés SJ, Groisman S. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva. Porto Alegre, Artmed/Panamericana Ed Ltda, 2007
5. Vig KW, Fields HW. Pediatr Clin North Am. 2000 Oct;47(5):1085-123



Fig 1 - aspecto facial inicial



Fig 4 - aspecto intra oral final



Fig 2 - aspecto intra oral inicial



Fig 5 - aspecto facial final



Fig 3 - vista oclusal do aparelho



## Condutas odontológicas em criança com doença de Kawasaki.

As crianças com necessidades especiais também devem ser assistidas pelo Odontopediatra que deverá ter o conhecimento necessário para avaliar o risco das diversas complicações sistêmicas, neurológicas e comportamentais. Frente às condições adversas, o profissional precisa elaborar estratégias de tratamento que sejam adequadas às particularidades da doença. O caso clínico em questão é de uma criança com doença de Kawasaki, encaminhada para a clínica do curso de especialização em Odontopediatria da ffo-fundectó.

A doença de Kawasaki (DK) é considerada rara, de causa desconhecida, caracterizada por uma vasculite sistêmica aguda, acometendo principalmente crianças na faixa dos dois aos cinco anos de idade. O distúrbio pode evoluir para aneurisma, principalmente das artérias coronárias, causando complicações cardíacas. Alguns dos principais sintomas são febre alta contínua com duração de quatro a cinco dias; erupções e manchas vermelhas na pele, no tronco, na garganta, nos olhos e na mucosa de revestimento da boca e dos órgãos genitais; inchaço da língua e dos gânglios linfáticos. C.B.R.B., 4 anos de idade, gênero masculino, compareceu a clínica do curso de especialização em Odontopediatria da ffo-fundectó. O paciente foi diagnosticado com DK após episódio de manchas e erupções cutâneas pelo corpo e febre alta contínua. O cuidador descreveu histórico de hipertensão arterial controlada com uso de anti-hipertensivos e a criança monitorada periodicamente por médico cardiologista responsável. Antes do atendimento odontológico, foi investigada a história médica atual, e a aferição da pressão arterial que revelou paciente sem quadro de hipertensão. Do ponto de vista bucal, os exames físico e radiográfico revelaram a presença de várias lesões de cárie sem envolvimento pulpar, porém sem doença periodontal associada e má oclusão de classe III. O tratamento instituído visou inicialmente a adequação do meio bucal com posterior restauração dos elementos comprometidos para eliminação de fatores complicadores da saúde oral e sistêmica. Concomitante aos procedimentos curativos foi realizada a orientação de higiene bucal e dieta alimentar

para a cuidadora e inclusão da criança em protocolo de prevenção com retornos trimestrais. Além disso, o plano de tratamento também prevê resolução da oclusopatia. A criança com DK controlada necessita de cuidados odontológicos preventivos e o Odontopediatra pode seguir o mesmo protocolo de atendimento odontológico usado em crianças normorreativas, no entanto deve estar atento aos parâmetros da pressão arterial infantil.

### Referências Bibliográficas

- Salas Salguero J, Gómez-Pastrana Durán D, Salido Peracaula C, Ruiz-Berdejo Iznardi C, Ortiz Tardío J, Refractory Kawasaki disease with coronary aneurysms treated with infliximab, *An Pediatr (Barc)*. 2010 Jul 31. Epub ahead of print.
- Yeung RS., Kawasaki disease: update on pathogenesis, *Curr Opin Rheumatol*. 2010 Sep;22(5):551-60.
- Ortega AOL, Ciamponi AL. A Criança com Necessidades Especiais. In Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos da Odontologia – Odontopediatria. São Paulo, Ed Santos, 2009.
4. Ortega AOL, Verrastro AP, Bonecker M. Ortodontia Preventiva e Interceptativa em Odontopediatria. In Lubiana NF, Moysés SJ, Groisman S. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva. Porto Alegre, Artmed/Panamericana Ed Ltda, 2007
5. Vig KW, Fields HW. *Pediatr Clin North Am*. 2000 Oct;47(5):1085-123



Fig 1 – Aspecto facial do paciente



Fig2 – Aspecto intra oral



## Correção cirúrgica do sorriso gengival.

### Etiologia:

Ainda que o sorriso gengival possa ser resultante de diferentes fatores, é comum que seja resultado de uma combinação dos mesmos. A correta determinação da etiologia da exposição excessiva de gengiva é o principal fator a ser considerado para a escolha do tratamento adequado (Robbins, 1999, Monaco et al., 2004; Jorgensen, Nowzari, 2001).

### Planejamento:

O planejamento da correção de margens gengivais deve incluir uma documentação abrangente, constando de fotografias da face, do sorriso pleno em vista frontal e em ângulo de 45° (bilateralmente), radiografias periapicais e eventualmente panorâmica, modelos de estudo e, ainda, parâmetros clínicos como medidas de profundidade clínica de sondagem (PCS), da distância da margem gengival até a união esmalte-cimento (MG-UEC), do comprimento das coroas clínicas dos dentes (da incisal até a margem gengival), e a medida das incisais até a linha do lábio superior durante o sorriso. Estas medidas podem ser transferidas para o modelo de estudo, preferencialmente utilizando-se da mesma sonda milimetrada usada no exame do paciente.

Ainda que não seja obrigatório recomenda-se fazer encerramento em modelo de gesso e “máscaras” – ou facetas de estudo – em resina, as quais serão colocadas sobre os dentes e fotografadas nas diversas posições, possibilitando ao paciente visualizar e discutir as alterações em seu sorriso.

### Procedimento Cirúrgico periodontal:

A escolha da técnica cirúrgica para a correção do sorriso gengival irá depender da etiologia da discrepância. Para o sorriso gengival provocado por erupção passiva alterada cabe verificar em primeiro lugar a posição da união esmalte-cimento e, por conseguinte o tamanho da coroa anatômica. Se, na análise do modelo e da máscara em resina se verificar que o reposicionamento da margem gengival na altura da UEC não será suficiente para produzir um sorriso agradável, deve-se considerar a possibilidade de fazer um deslocamento mais apical, expondo parcialmente as raízes dentais, as quais serão posteriormente recobertas por restaurações ou facetas. Esta mesma consideração é válida para casos de crescimento vertical excessivo da maxila, tanto quando o paciente não quer se submeter à cirurgia ortognática, quanto posterior à mesma, para complementação do caso, e também para os casos de sorriso gengival com

encurtamento da coroa anatômica por desgastes excessivos da borda incisal e conseqüente extrusão dental.

Nos casos de linha de sorriso alta, mesmo com a intenção de correção da projeção da maxila por meio de cirurgia ortognática, deve-se antes verificar o tamanho da coroa anatômica e clínica dos dentes anteriores superiores. A cirurgia periodontal deverá ser realizada previamente à ortognática nos casos onde houver hiperplasia gengival, ou ainda quando houver também presente a erupção passiva alterada. O estabelecimento da coroa anatômica real previamente à cirurgia de redução da maxila irá favorecer o planejamento desta, eliminando o risco de sobrecorreção.

A sondagem trans-sulcular – feita com o paciente anestesiado, por meio da inserção de agulha anestésica ou, preferencialmente, da sonda milimetrada no sulco gengival, transfixando-a até se atingir a crista óssea marginal – possibilita avaliar a medida do espaço biológico (Levine e McGuire, 1997; Jardini et al., 1997).

Se a distância entre a união esmalte-cimento e a crista óssea marginal for superior a 2 mm, e havendo faixa de gengiva inserida larga, a gengivectomia pode ser uma técnica com boa previsibilidade, sendo de eleição em casos de hiperplasia gengival.

A técnica a retalho, ainda que pareça mais elaborada a princípio, tem se mostrado mais simples e com pós-operatório mais favorável. Deve-se calcular que, uma vez excisada a margem gengival, deverá restar uma quantidade razoável de gengiva inserida, de no mínimo 2 a 3 mm. Quando a previsão for de margem remanescente inferior a esta medida deve-se optar por retalho deslocado apicalmente.

Na técnica a retalho, a incisão primária é feita seguindo o desenho pré-planejado, com bisturi tipo Bard-Parker e lâmina 11 ou 15-C, inclinado em direção à crista óssea marginal. Não estender, neste momento, a incisão até as papilas interdentais, terminando-a no ângulo vestibulo-proximal. A incisão secundária é intra-sulcular, e o tecido marginal excisado é removido por meio de curetas.

Ao ser definida a nova posição da margem gengival, deve-se fazer a avaliação do espaço biológico. Esta é feita por meio de sonda milimetrada, medindo-se a distância da nova margem gengival até a crista óssea marginal. Se a distância avaliada neste momento cirúrgico for igual ou superior a 3mm não haverá necessidade de remoção de tecido ósseo.

Neste caso faz-se a raspagem e alisamento da superfície radicular, deixando cerca de 1 a 1,5 mm próxima crista óssea sem alisar, para a reinserção das fibras conjuntivas. Caso as papilas interdentais fiquem muito volumosas e destoem do novo contorno gengival, uma gengivoplastia ou o afilamento das papilas por meio de retalho irá corrigir o problema.

Se a distância entre a UEC e a margem óssea for inferior a 2,5mm será necessário o recontorno ósseo, e somente neste momento se deverá estender a incisão até as papilas interproximais, somente por vestibular. O retalho, de espessura total (muco-periósteo) deverá ser rebatido o suficiente para expor a margem óssea, sem atingir a união muco-gengival. A ostectomia nestes casos costuma ser da ordem de 1 a 2 mm, feita preferencialmente com cinzéis, esculpindo o osso no mesmo contorno em arcos dado à gengiva. Deve-se evitar ao máximo interferir no septo ósseo interproximal, para não perder altura da papila. O controle da quantidade óssea a ser removida é feito usando como referência a nova margem gengival antes do rebatimento do retalho e calculando-se 2,5 a 3 mm apical a esta. Com a sonda milimetrada mede-se a distância da incisal até a nova margem gengival, e a esta medida se somam os 2,5 a 3 mm. Após o rebatimento do retalho, usa-se como referência esta medida total a partir da borda incisal. Feita a ostectomia, deve-se fazer o alisamento da superfície radicular da mesma forma descrita anteriormente, e finalmente a sutura das papilas. Esta é feita, preferencialmente, em colchoeiro, com fio de sutura 5-0 ou 6-0, em náilon.

É esperado edema discreto nos primeiros dias, o qual deve ceder por completo cerca de 10 dias de pós-operatório. A remodelação e a maturação completa do tecido conjuntivo levam entre 60 e 90 dias. Por este motivo, havendo necessidade de complementação das coroas por meio de restaurações cervicais, recomenda-se aguardar a completa maturação tecidual antes de se confeccionar o trabalho restaurador definitivo.

É interessante observar que, especialmente em casos de erupção passiva alterada, o resultado do tratamento cirúrgico periodontal conforme descrito no texto é imediato, trazendo satisfação ao paciente e aumentando sua auto-estima e confiança ao sorrir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ahmad I. Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1998;10:813-22.

Burke J. *The day the universe changed.* Little, Brown and Company, New York; 1995.

Chichet G, Pinault A. *Aesthetics of anterior fixed prosthodontics.* Quintessence Pub. Co.; Chicago; 1994

Coslet J, Vanarsdal RL, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan*

1977; 70:24-28.

Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000, 1996; 11: 18-28.

Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1961; 32(3):261-7.

Jardini MAN; Pustiglioni FE, Tristão GC. Estudo biométrico do espaço biológico em humanos por meio de sondagem transluscular. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.

Jorgensen, MG e Nowzari, H. Aesthetic crown lengthening. *Periodontology* 2000, 2001; 27: 45-58.

Levine RA, McGuire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compendium Contin Educ Dent* 1997; 18: 757-762.

Maynard JG, Wilson RDK. Physiologic dimensions of the periodontium significant to restorative dentistry. *J Periodontol* 1979; 50(4):261-7.

Monaco A, Streni O, Marci MC, Marzo G, Gatto R, Giannoni M. Gummy smile: clinical parameters useful for diagnosis and therapeutical approach. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29:19-25.

Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1999;11:265-72.

Sivers JE, Johnson GK. Periodontal and restorative considerations for crown lengthening. *Quintessence Int* 1985; 16(12):833-6.



Paciente jovem (19 anos), sexo masculino. Foi encaminhado pela ortodontista para aumento da coroa clínica do dente 12, com diagnóstico de microdontia, a fim de se proceder à

reconstrução por meio de resina composta buscando-se obter as mesmas dimensões do dente contralateral (Figura 7A).

Decidiu-se por aguardar a conclusão do tratamento ortodôntico a fim de se fazer uma análise mais detalhada do caso. A avaliação fotográfica revela discrepâncias gengivais entre incisivos centrais, além daquela entre os incisivos laterais, e exposição excessiva de gengiva no sorriso pleno. O sorriso gengival revelou-se uma queixa do paciente, que não havia sido relatada pelo mesmo pois acreditava ser um problema sem solução (Figura 7-B).

O exame radiográfico revela condições ósseas compatíveis com saúde, e permite observar o tamanho das coroas anatômicas (Figura 7-C). Foi feito o planejamento cirúrgico em modelo de estudo (Figura 7-D), conforme descrito anteriormente, e as alterações previstas foram discutidas com o paciente previamente à cirurgia.

A Figura 7-E demonstra o desenho da incisão primária, seguindo o planejamento em modelo de estudo. Neste caso também foi necessária a remodelação da crista óssea marginal, a fim de se restabelecer a distância do espaço biológico. A Figura 7-F mostra o pós-operatório imediato, quando se verifica a real anatomia dos dentes e a alteração significativa no sorriso, mais compatível com o de um adulto jovem. O pós-operatório de 21 dias pode ser visto nas Figuras 7-G e 7-H.



## Orientações para os Cirurgiões Dentistas e Paciente na Confecção e Instalação de Próteses.

As condições de confecção e instalação de próteses mostram que as expectativas tanto por parte do CD quanto do Paciente carregam uma influência no sucesso da terapêutica.

Argumentos de ambas as partes no momento de ajustes levam a um desgaste da relação mostrando nos casos em disputas judiciais que os desacordos geralmente se tornam mais de natureza interpessoais do que técnicas de confecção da prótese.

Este roteiro serve como auxiliar nos cuidados de cada etapa do planejamento e diagnóstico, execução e finalização da parte técnica de confecção, ainda na instalação e manutenção das próteses. Serve tanto para o dentista quanto ao paciente entenderem que a instalação é apenas a finalização da construção técnica da prótese e que a partir daí ajustes são sempre necessários para o perfeito uso e recuperação da fala, mastigação, trituração e deglutição. Lembrando ainda que em casos mais complexos a fonoaudiologia e fisioterapia servirão de suporte para o sucesso da terapêutica.

### Fase de planejamento e diagnóstico:

Na construção de reabilitações com próteses existem fatores básicos que devem ser observados para o diagnóstico correto do plano oclusal. A relação entre a curva de Spee e a língua é um destes fatores e a Dimensão Vertical é outro. Se estas duas avaliações não forem bem examinadas e percebidas haverá dificuldades de ajustes de guias de protrusiva e lateralidade, fazendo com que esforços sejam necessários para a efetividade da mastigação e do descanso muscular no caso de Dimensão Vertical e sobrecarga pontual no caso da curva de Spee (Figura 1).

Os movimentos que devem ser analisados nesta fase objetivamente são os de protrusiva e lateralidade, sendo que se, em algum destes movimentos, houver bloqueio é sinal evidente de que alguma interferência existe ou existiu, fazendo com que o paciente tenha uma

resposta proprioceptiva automática impossibilitando este movimento. Assim deve-se optar por uma avaliação mais cuidadosa da oclusão antes de começar os trabalhos de prótese.

Exercícios de fisioterapia simples promovem uma reorganização, ou pelo menos mostram ao paciente, as dificuldades iniciais do tratamento. Este exercício simples requer do paciente um espelho plano que visualize o rosto onde será demarcada uma reta que o paciente posicionará na linha mediana. Com intervalos de 15 a 20 minutos deverá o paciente exercer os seguintes movimentos, mantendo sempre a orientação da linha mediana:

1. **Abertura e fechamento lento (Figura 2);**
2. **Protrusiva (Figura 3);**
3. **Lateralidade direita (Figura 4)e**
4. **Lateralidade esquerda (Figura 5).**

Mantendo movimentos suaves e com parada ao final dele, esta parada no caso dos movimentos laterais e protrusiva devem para em topo.

### Fase de confecção:

Mensagens fundamentais devem ser esperadas em cada fase protética. O exame clínico inicial deve ser continuado e anotado cada comentário do paciente na ficha para avaliarmos as condições pré-instalação, isto é, gastar tempo de ouvir.

No caso das próteses totais a relação entre os rebordos superior e inferior mostram já na relação intermaxilar possíveis problemas que haverá na montagem de dentes (Figura 6). No caso de prótese removível retrações e giroversões dificultarão o posicionamento dos grampos, além do rebordo muito absorvido ou com reabsorvido em demasia na região posterior de extremidades livre proporcionará uma movimentação da sela excessiva, instabilizando a prótese (Figura 7).

No caso dos elementos fixos, os protótipos (provisórios) são fundamentais para mostrar se o preparo está adequado ou não em função de sua retenção no preparo e, se mesmo assim, não houver retenção existe a possibilidade de problemas oclusais. Ainda sendo importantíssima a visualização por transparência ou com espessímetro do espaço para o trabalho não interferir na oclusão e ainda haver espaço para o material estético (Figura 8).

### Instalação da prótese:

A ansiedade e expectativa tanto do paciente quanto do CD podem acelerar o processo que deve ser lento e com muito cuidado, enfim este é o momento inicial do trabalho do CD.

Nos casos de prótese totais e removíveis o primordial é o conforto do paciente em usar a prótese, isto quer dizer que enquanto a prótese não estiver assentada completamente nos tecidos e confortáveis, a mastigação não será levada em consideração, e quanto menos tempo o CD gastar nas fases preliminares de construção, mais tempo levará para a estabilidade e equilíbrio das

próteses. Após estarem assentadas e confortáveis é que passaremos ao ajuste de mastigação.

Já no caso das próteses fixas as diferenças entre um material plástico do protótipo e rígido da restauração causam certo desconforto que com os ajustes, se necessário, diminuirão com o tempo.

A estética é outro problema facilmente explicado pela psicologia, onde o que imaginamos nem sempre é onde chegamos. Pensando desta forma é fundamental que o paciente não crie expectativas nos familiares de uma mudança muito radical, pois se houver nem o paciente aceitará, ou então os comentários dos amigos e parente acabarão por influenciar no resultado. A melhor prótese é aquela imperceptível, assim o segredo, é ninguém saber da instalação de prótese. Por outro lado alguns pacientes queixam-se da indiferença dos familiares a respeito das mudanças feitas na estética e feições.

Retornos são comuns em reabilitações e a alta do paciente será dada no momento que o paciente não percebe a prótese falando, mastigando e deglutindo (Figura 9).



Figura 1 – Dimensão vertical e curva de Spee



Figura 2 – Espelho com abertura e fechamento



Figura 3 - Protrusiva

Figura 4 - Lateralidade direita



Figura 5 - Lateralidade esquerda



Figura 6 - Relação de reborços



Figura 7 - Extremidade livre reabsorvida



Figura 8 - Protótipo



Figura 9 - Sorriso com prótese

## Prescrição de medicamentos: novas orientações.

A norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicada no Diário Oficial da União, RDC 44 de 26/10/2010 e que entrou em vigor em 28 de novembro do mesmo ano restringe a venda de 93 substâncias antimicrobianas, que abrangem todos os antibióticos com registro no país, com exceção dos que são de uso exclusivo no ambiente hospitalar. O objetivo, segundo a Anvisa, é ampliar o controle sobre esses produtos e contribuir para a redução da resistência bacteriana na população.

As receitas já eram necessárias anteriormente, mas em apenas uma via, sem a necessidade de retenção nos estabelecimentos. Veja a seguir as principais mudanças e um exemplo de prescrição:

- O medicamento só pode ser entregue com a apresentação da receita médica ou odontológica em duas vias.
- Uma via será arquivada na farmácia e a outra devolvida ao consumidor com carimbo do farmacêutico, que comprova o atendimento.
- A movimentação das receitas será cadastrada no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).
- As receitas passam a ter validade de 10 dias a partir da data de emissão.
- As embalagens e bulas dos medicamentos também serão alteradas. Elas devem trazer na caixa a inscrição "Venda sob prescrição médica - Só pode ser vendido com retenção da receita".
- As mudanças nas embalagens devem ser feitas em até 180 dias.

- A Anvisa recomenda que os médicos e dentistas entreguem as receitas escritas de forma legível e sem rasuras.

Fonte: CFO, ANVISA.

2.ª Via  
1.ª Via

 **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO DA ODONTOLOGIA**

Para .....  
(Nome completo do paciente)

Uso interno

Amoxicilina 500 mg ----- 21 cápsulas.

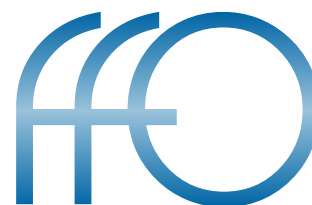
Tomar 1 cápsula via oral de 8 em 8 horas por 7 dias.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Carimbo e assinatura  
(Nome completo do profissional e número de inscrição no conselho)

Av. Valdemar Ferreira, 475 - CEP 05501-000 - Butantã - São Paulo/SP  
www.fundecto.org.br - Telefones: 3819-6110/3816-2084

# parceiros



Seja mais um parceiro da ffo-fundecto.  
Entre em contato conosco!

Leticia Bezinelli e Zilson Magalhães  
do Depto. de Marketing da FUNDECTO





fundectó

Fundação para o Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico da Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227  
Cidade Universitária  
São Paulo | SP | CEP 05508-000  
Tel.: 11 3819-6110  
3819-6350 | 3819-6116 | 3814-1114

Sede: Av. Valdemar Ferreira, 475 | Butantã  
São Paulo | SP | CEP 05501-000  
Tel/Fax: 11 3816-2084  
E-mail: fundectó@fundectó.com.br