

**Profa Dra. Carla Cecília
Alandía-Román**

Editora-chefe

JOFI – Da FACIT para o mundo

Caros leitores,

Estamos de cara nova! A revista *Jornal de Odontologia da FACIT – JOF* tem passado por diversas reformulações que refletem a visão de internacionalização da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT.

O lançamento de uma revista é um grande desafio, mas o desejo de expandir nossos horizontes em prol da ciência e aprimoramento é maior. Assim, é com muita alegria e entusiasmo que lhes apresentamos o **JOFI – *Journal of Orofacial Investigation***, o novo jornal de Odontologia da FACIT.

De periodicidade trimestral, o JOFI publicará textos em português, espanhol e inglês, nas modalidades de artigo original de pesquisa, revisão de literatura e Relato de caso clínico. Todo o processo editorial será controlado e transparente, de modo a que seja reconhecido como um periódico acadêmico de excelência.

Nesta edição, a autora convidada para a seção “Ponto de vista” é a profa. Flávia P. Rodrigues, quem nos apresenta a importância da internacionalização das universidades. Os textos inaugurais da revista também incluem a apresentação de 2 artigos de reporte de caso clínico e os resumos da III Jornada Odontológica do Norte de Tocantins – JONT, evento científico da FACIT, divididos em 3 categorias: resumos de apresentações orais, painéis científicos e mesas demonstrativas.

Em nome da FACIT, gostaria de registrar nosso sincero agradecimento à Profa. Dra. Ana Lúcia Roselino Ribeiro, past editora-chefe do JOF, pelo excelente trabalho desenvolvido e pela imensa ajuda prestada para a criação do JOFI.

Agradecemos também aos autores dos trabalhos publicados nesta edição, por todo empenho e pela produção intelectual disponibilizada aos leitores deste periódico e, convido a todos vocês, caros pesquisadores-leitores, a compartilharem também seus trabalhos conosco.

O JOFI é nosso, da FACIT para o mundo e do mundo para a FACIT!
Boa leitura!

Flávia Pires Rodrigues

Prof^a. Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UNIP-São Paulo; Representante das colaborações internacionais da Universidade de Birmingham (Reino Unido) no Brasil; Treinadora do 'Programa Researcher Connect' do British Council Brasil e Uruguai; Diretora Executiva da Confidence – Professional & Academic Skills

Internacionalização das Universidades – estamos preparados?

A necessidade de Internacionalização das Universidades, não somente as do Brasil, tem crescido ao redor do mundo. Discussões sobre a uniformização de currículos, cargas horárias, modelos pedagógicos, entre outros aspectos, estão deixando tanto os alunos quanto os professores bastante apreensivos. Primeiro, por que há vários obstáculos a serem vencidos para que esses processos ocorram: verbas, pessoal disponível a trabalhar nessas reformulações sem adicionais em salários, diferenças de opiniões e regimentos, mas também o idioma falado em cada país.

Ao pegar o Brasil como um exemplo, temos o cenário de que para um aluno vir estudar no Brasil ele teria que acompanhar o curso todo dado em Português. Sabendo que não é possível, a Universidade que o recebe deveria oferecer aulas gratuitas de Português em tempo e qualidade hábeis para que ele acompanhe as aulas e possa tirar boas notas e acompanhar o curso, ser aprovado, e depois tentar validar o curso na volta para a Universidade de seu país. Isso, já sabemos, não é o que muitas vezes acontece daqui para fora e nem de fora para cá. Nas minhas andanças por aí afora, tenho me deparado com muitos alunos que passam um período fora do país e que não conseguem revalidar seus créditos quando voltam. E, mesmo assim, acordos de colaboração internacional, os chamados Memorandos de Entendimento, continuam a ser assinados. E você sabe como esse processo funciona? Provavelmente, se você é o professor da sala de aula que quer ajudar o aluno que veio de fora a entender o que você diz a ele em sala de aula, ou se você é o pai, professor ou orientador daquele aluno que foi realizar uma experiência fora do país, também não saiba porque quando ele volta ele tem essa dificuldade de validar o que fez.

Esses acordos são realizados pelos escritórios de relações internacionais de cada Universidade. Essas pessoas têm apenas uma preocupação: aumentar o número de alunos que elas vão enviar ou receber, que vai aumentar a visibilidade e a reputação da Universidade, que resultará em maior procura pelos seus cursos e por relações entre os pesquisadores dessas Universidades para aprovação de projetos em agências de fomento. Tudo isso, por fim, refletirá nos 'rankings'

internacionais de Universidades para que elas apareçam bem colocadas a cada ano. No entanto, as dificuldades enfrentadas por ambos os lados, professor e aluno, fica em segundo plano, pois em nenhum momento, na maioria das vezes, esse professor é consultado sobre a possibilidade real de sua disciplina receber esse aluno em sala de aula. Teria ele que dar uma atenção diferenciada? Teria ele que modificar todo o seu plano pedagógico? Teriam os outros alunos que se privarem de falar em seu idioma? Teriam os outros alunos que aprender Inglês para receber essas pessoas? Enfim, teria esse aluno estrangeiro que fazer as mesmas provas? Teria esse aluno que pagar por um curso de Português antes de vir? São muitas as perguntas...e muitas sem respostas...

Eu, particularmente, sou muito a favor desses intercâmbios. Mas sou mais ainda a favor de algo mais estruturado e que tenha impreterivelmente a consulta do professor sobre a sua disciplina. Com o aumento desses intercâmbios, e com as Universidades oferecendo capacitação em língua estrangeira tanto para os alunos da sala quanto para os professores, o idioma não seria mais obstáculo. O Brasil é hoje uma das poucas nações com amplo número de Universidades que não oferece aulas na Universidade na língua inglesa, o que restringe e muito o país para a Internacionalização. A questão é que, concordando você ou não com esse processo, ele já se iniciou há muito tempo...e agora está sim chegando até nós. Quem não estiver preparado, ficará de fora...e não poderá dizer que não foi avisado.

Haja vista, a CAPES já está nos cobrando que tenhamos aulas da pós-graduação na língua inglesa...com o processo da Globalização, cada pessoa pode estudar e morar onde bem entende...e, daqui a pouco, poderá ser até crime de exclusão dizer não a um aluno que quer estudar em nossas Universidades por que ele ou ela não falam Português. A Educação é um Direito...e tudo o que estaria impedindo a Educação de acontecer de forma ampla ficará estampado nos jornais do futuro.

Entendemos, claro, que isso ainda é tabu no Brasil e que o processo será vagaroso. Mas achar que não vai acontecer já é tarde demais. E isso não é culpa de um ou outro partido político...isso é um processo GLOBAL! O sentimento aqui ainda é de desconforto, de invasão, com poucas ressalvas ao avanço tecnológico e cultural do país. As Olimpíadas provaram que podemos sim nos igualar aos 'produtos' de fora. Mas o que foi sempre polêmico aqui não é a PROMOÇÃO, mas a MANUTENÇÃO. Podemos sim abrir as portas das nossas Universidades e salas de aula. Mas sem capacitação de docentes, de alunos que irão e virão, de funcionários, bibliotecas, etc., quem é que vai conseguir manter tudo isso?

Diante do exposto, e do que tenho vivenciado, minha dica é que ‘começamos pelo começo’. Se a sua Universidade ainda não possui um escritório de relações internacionais, que o faça urgentemente. Que nele contenha ao menos uma pessoa com formação em relações internacionais e outra que seja um docente com ampla experiência no exterior, de preferência em mais de um país. Aos poucos, esse departamento deve crescer e carregar pessoas com experiências em agências de fomento, outra em mídia e marketing e outra em economia exterior ou administração. Pronto, você já vai ter um ‘DREAM TEAM’, o time dos sonhos. Essa equipe deverá estruturar tudo o que se relacionar com intercâmbios, colaborações internacionais entre docentes, orientações aos alunos, memorandos de entendimento (lembrar que esses documentos são assinados pelos reitores, sempre). Esse grupo deve convidar pessoas da CAPES, CNPq, FAPs, para comunicar as ações de colaboração internacional disponíveis e promover treinamentos para que os docentes tenham uma consultoria para escrever e submeter projetos para as agências.

Acreditem...só com isso muita coisa já pode acontecer! Façam também comissão de alunos. Tenham um representante discente nesse departamento. E, se você é acadêmico, se prepare...leia sobre o assunto, frequente congressos de Internacionalização (recomendo a FAUBAI, no próximo ano, em Porto Alegre). Ficar parado é sim seu direito...mas se isso o fizer, esse caminhão chamado Internacionalização vai te atropelar. E não estou falando de fazer pós-doc fora do país, somente, pois isso já passou a ser quase que obrigação para a CAPES. Falo aqui de estar preparado para RECEBER quem virá...e, com certeza virá, de Universidades de fora para o Brasil. Boa sorte a todos!

Diagnóstico e abordagem de um corpo estranho na cavidade oral: relato de caso

Diagnosis and management of oral cavity foreign body: a case report

Karen Pintado-Palomino¹, Bruno Veronez¹, Jorge Esquiche Leon¹,
Christiano Oliveira-Santos², Camila Tirapelli¹

¹Department of Dental Material and Prosthodontics, School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto – Brazil

²Department of Morphology, Stomatology and Physiology, School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto – Brazil

Resumo

A zona da cabeça e pescoço é a região do corpo humano onde a incidência de corpos estranhos é geralmente mais elevada do que outras regiões. Este caso clínico relata e discute a abordagem de um corpo estranho (fragmento de uma restauração de amálgama) detectado no corpo da mandíbula durante o exame do paciente.

Palavras-chave: Amalgama dentário; Diagnóstico; Corpos estranhos.

Abstract

The zone of head and neck is the region of the human body where the incidence of foreign bodies is usually higher than other regions. This article presents a clinical case report and discusses the management of a foreign body (fragment of an amalgam restoration) detected in mandible body during patient's examination.

Key Words: Dental amalgam; Diagnosis; Foreign bodies.

INTRODUCTION

Foreign bodies are often encountered in the region of oral cavity by ingesting or introducing by either traumatic injury or iatrogenic procedures and represent a severe public health problem in childhood ¹. When a foreign body is observed in the head and neck region, the principal challenge is to reach a complete diagnosis and consequently build up a treatment plan.

The management in each case can be very particular and depend on various factors such as type of the foreign body, location, surrounding anatomical structures and possible complications

^{1, 2}. Due to this situation, there are no protocols about foreign bodies impacted in oral region. Literature (e.g. clinical case reports) can always help professionals reaching for the best approach for the patients; however, there are little clinical cases reporting the entire process of diagnoses and treatment.

This article reports a clinical case where an oral foreign body with radiographic image suggesting metallic nature was observed in the mandible body during patient's examination. The entire process of the diagnosis, treatment plan, procedures and follow-ups are been described and discussed.

CASE REPORT

A 47-years-old female patient presented to the service of Integrated Clinical Discipline of School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo, with the mainly complaint of mastication difficulty because of lacking teeth. The patient's medical history was negative for systemic alterations. During intraoral examination, it was observed some edentulous areas (corresponding to 28, 37, 45, 46 and 47 teeth). There were no abnormal findings in the periodontal examination.

A discreet and hard salience on the board of the right posterior sublingual region was noted during palpation.

The panoramic radiograph revealed a metal-like radiopacity of approximately 5 mm in diameter located in edentulous region of the right mandibular body (Figure 1). Normal adjacent trabecular bone was noted. To locate the radiopaque material, an occlusal radiography was taken. It revealed that the foreign material was not located in the bone, but rather in soft tissue in the lingual aspect of the mandible, showing an elliptical-shaped radiopacity (Figure 2).



Figure 1. Panoramic radiograph demonstrating a retained metal-like foreign body in right mandible.



Figure 2. Occlusal radiograph showing the lingual position of the foreign body previously detect in panoramic radiograph.

Because clinical and radiographic findings, surgery removal of the foreign body and histopathological examination were planned. The surgery occurred after prophylaxis procedure and anesthesia of the inferior alveolar nerve. The incision was held in crescent-shaped in the medial region of the lingual alveolar bone, about 1 cm below the

alveolar ridge level. The adjacent tissues were incised until the hard consistency and the totally encapsulated foreign body was found and removed. On gross examination, the purple mass was evidenced with a membrane capsule (Figure 3 a), and the metallic foreign body was removed from the tissue capsule (Figure 3 b) that surrounded it.

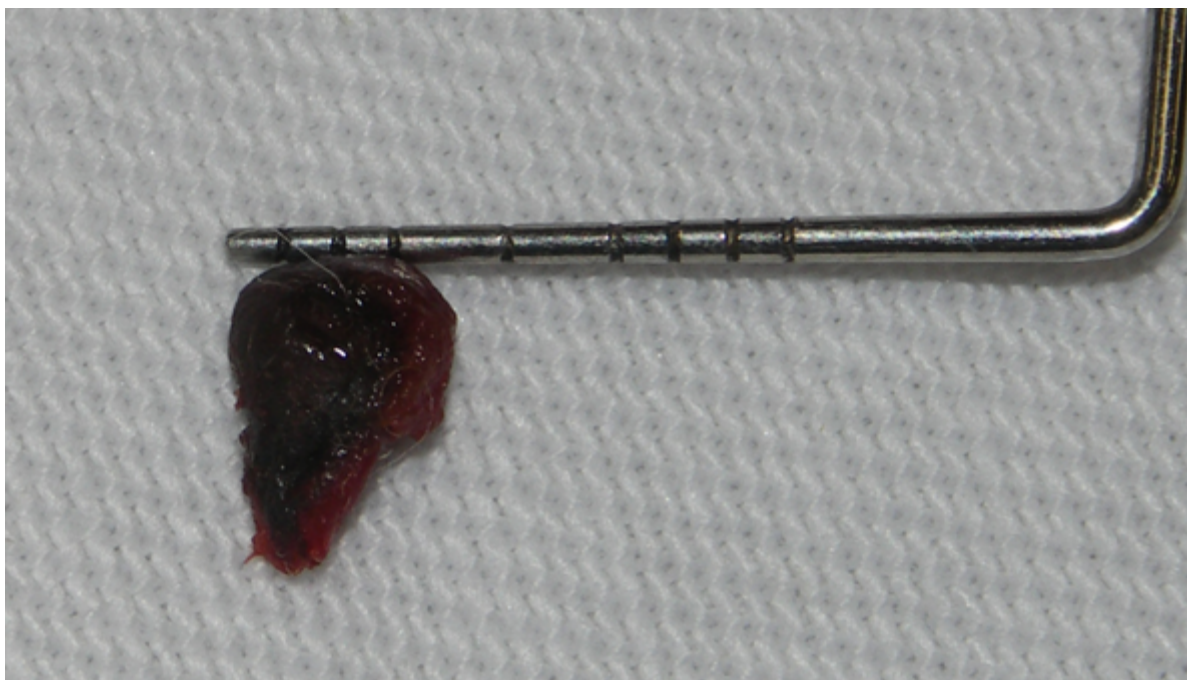


Figure 3. (a) Visual aspect of the entirely encapsulated foreign body just after its removal.



Figure 3. (b) Visual aspect after removing the metallic foreign body from the capsule tissue that was surrounding it.

Histopathological examination showed that the tissue involving the foreign body had amalgam tattoo-like aspect as the amalgam particle, and it was surrounded by a fibrous capsule without eliciting a foreign body reaction at site of implantation. The analysis revealed a fibrous con-

nective tissue with parallel bundles of collagen fibers (Figure 4 a). In addition, it was evidenced the pigment deposition along collagen bundles more intense in the area of intimate contact with the amalgam particle (Figure 4 b).

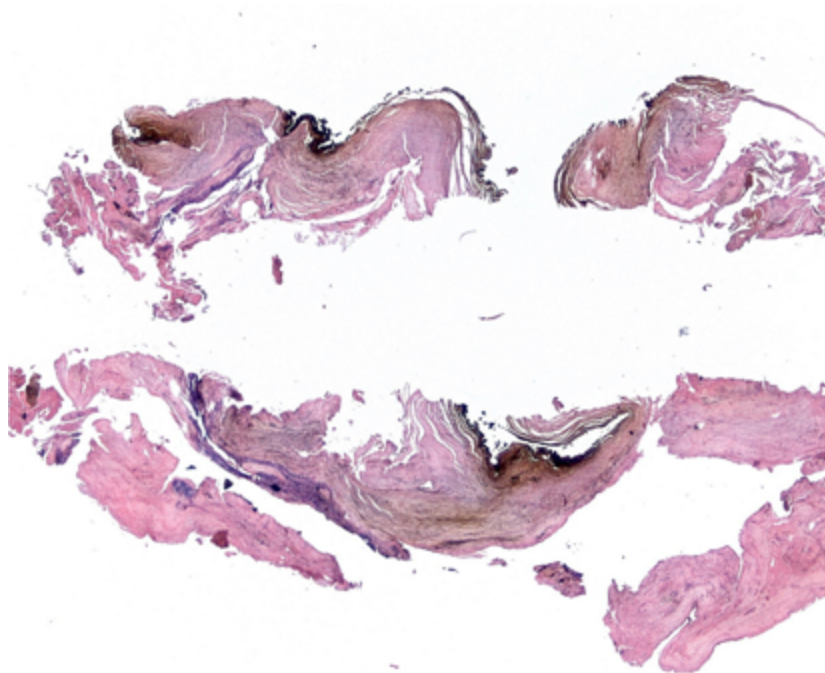


Figure 4. (a) Fibrous connective tissue showing parallel bundles of collagen fibers in which inside focal pigmented areas are visualized (x4, H&E stain).

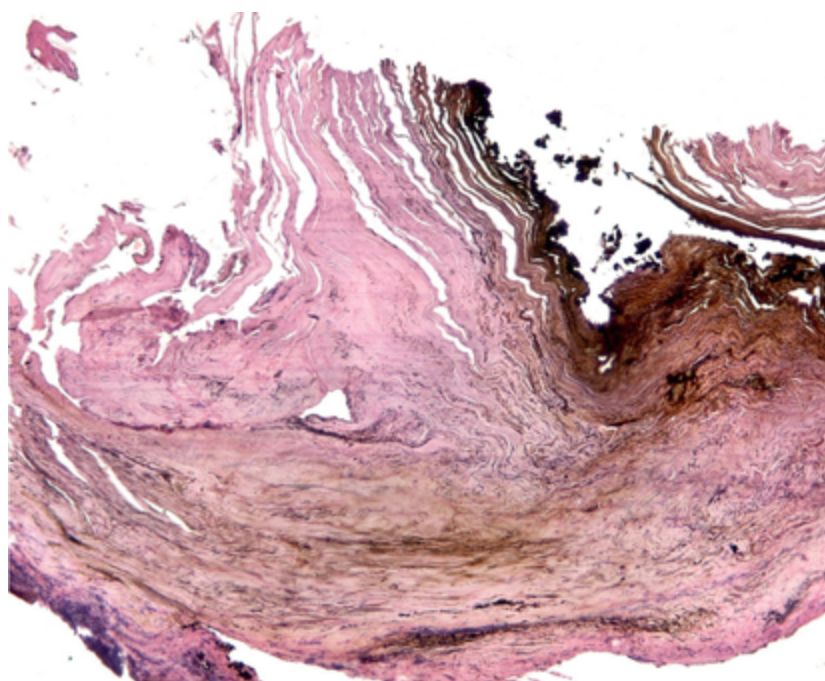


Figure 4. (b) In high-power view, notice the pigment deposition along collagen bundles (x40, H&E stain).

At follow up evaluation, oral mucosa showed satisfactory healing with no evidence of local complications. Patient continued the proposed dental rehabilitation treatment.

DISCUSSION

Literature have reported clinical cases where different objects and materials were found incidentally in oral cavity such as needles, migrated dental implants, amalgam particles in soft and hard tissues, wooden objects, broken instruments, impression materials, etc.²⁻⁷ At times, intramucosal foreign body can mimic tumor-like features^{6,8}; hence, accurate diagnosis is essential.

In our clinical case, the diagnosis and multidisciplinary planning were important for the patient's integrated dental treatment in three points: 1) radiographic diagnosis where the foreign body was – which defined the surgical planning for its removal, 2) planning and surgical removal of the foreign body and 3) histological analysis of tissues that circled the foreign body.

Foreign body treatment rely on its detection and accurate location. If the foreign body is radiopaque, it is usually not difficult to detect on plain radiographs^{9,10}. Due to the relatively large extension of tissues imaged in a panoramic radiograph, it is common to detect foreign bodies in the oral and maxillofacial region with this imaging technique¹¹.

Differential diagnosis of radiopaque findings must be carried out cautiously. The foreign material sometimes may present a particular shape that is readily identifiable on plain radiographs. However, radiological identification of a foreign body may be tricky due to projection geometry and oddly shaped objects. If the material does not produce an image that contrasts with its surroundings, it will not be detected at all.

Imaging plays an important role in detecting and locating foreign bodies, because even if they are known to be present, blind exploration

is not recommended¹². Likewise, postoperative radiographs are recommended to rule out any unintentionally left foreign body⁵. Three-dimensional (3D) examination (e.g. cone beam computed tomography) is considered gold standard for detection of foreign bodies; however, plain film radiography is widely available, low cost, and easy to interpret. Plain radiographs may also help determine the region that should be imaged in a 3D examination, in case a foreign object is detected. When a tomographic examination is not available or recommended, at least two plain radiograph views at right angles are recommended for a better localization of a foreign body.

Therapy of choice for most foreign bodies consist in their removal since they can cause large tissue destruction⁴. However, surgical intervention must be planned carefully because in some cases it may result in significant morbidity¹. Therefore, risks also should be assessed depending on the anatomical location or characteristics of foreign body.

In our case, even when the patient related no pain, we opted for the removal of the foreign body. This decision was taken because the established treatment plan included the installation of a removable partial prosthesis supported in a region that the foreign body was; thus, the prosthetic structure could press the foreign body region and cause pain and/or trauma for the patient after the dental prosthesis installation.

After removal surgery, we observed a dark aspect of the foreign body surrounding tissue compatible with an amalgam tattoo (Figure 3 a and 3 b), since the pigmented oral mucosa commonly occurs by the placement of amalgam particles into soft tissues. However, amalgam tattoo can be sometimes mistaken with melanotic lesions¹³. In our case, the pigmentation was not exogenous. Therefore, we decided to perform a biopsy to rule out another pathology¹⁴.

In the current case, the histopathological examination in amalgam tattoo revealed neither

chronic inflammation nor granulomatous response. In fact, Buchner and Hansen (1980)¹² observed no inflammatory response in 45% of the cases of amalgam tattoo, while 17 % and 38 % of the cases had a macrophage reaction and foreign body-type multinucleated giant cells response, respectively.

On the other hand, inflammatory reaction to amalgam tattoo becomes more severe as mercury content in the tissue increases¹⁵ and amalgam or its components may cause type IV hypersensitivity reactions. Oral lichenoid lesions or lichen-planus-like lesions can be caused by allergy to mercury in amalgam fillings^{16,17}. In this case, no tissue reactions to foreign body was encountered in the patient's oral cavity.

Intraoral foreign body finding can occur

at any dental routine evaluation; therefore, dental clinicians should be aware the importance of clinical and complementary examination in order to obtain an accurate diagnosis for planning and treatment considering the cost-benefit for the patient. In addition, professionals should report to the dental community the management of these clinical cases to help colleagues in this field.

CONCLUSION

Oral cavity is a part of the head and neck region where foreign bodies are present more frequently. Therefore, dental professional team should be prepared to diagnosis and management considering the cost-benefit for the patient.

REFERENCES

1. Passali D, Gregori D, Lorenzoni G, Cocca S, Loglisci M, Passali FM, et al. Foreign body injuries in children: a review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2015;35(4):265-71.
2. Shehata E, Moussa K, Al-Gorashi A. A foreign body in the floor of the mouth. *Saudi Dent J.* 2010;22(3):141-3.
3. Tay AB. Long-standing intranasal foreign body: an incidental finding on dental radiograph: a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90(4):546-9.
4. Ghafoor M, Halsnad M, Grew N. Restoration fragments. *Br Dent J.* 2011;210(12):558-9.
5. Saluja HM, Rudagi BM, Mahindra UR, Gaikwad PT, Dehane VV. Retrieval of foreign body from a postoperative defect in the mandible during the follow-up period: A bizarre occurrence. *Natl J Maxillofac Surg.* 2014;5(1):67-9.
6. Puliyeel D, Balouch A, Ram S, Sedghizadeh PP. Foreign body in the oral cavity mimicking a benign connective tissue tumor. *Case Rep Dent.* 2013;2013:369510.
7. Vinayagam R, Gita B, Chandrasekaran S, Nazer Al. Traumatic impaction of foreign body in the mucobuccal fold of lower anterior region in the oral cavity: A chance finding. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(3):339-41.
8. Tavargeri AK, Rao CB, Thakur S. Foreign body in the mouth and the dilemma in diagnosis: a case report. *J Calif Dent Assoc.* 2010;38(7):512-3.
9. Holmes PJ, Miller JR, Gutta R, Louis PJ. Intraoperative imaging techniques: a guide to retrieval of foreign bodies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100(5):614-8.
10. Kapila BK, Lata J. Unusual foreign bodies: three case reports. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1995;24(3):208-9.
11. Jones JD, Seals RR, Schelb E. Panoramic radiographic examination of edentulous patients. *J Prosthet Dent.* 1985;53(4):535-9.
12. Buchner A, Hansen LS. Amalgam pigmentation (amalgam tattoo) of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 268 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980;49(2):139-47.
13. Vera-Sirera B, Risueño-Mata P, Ricart-Vayá JM, Baquero Ruíz de la Hermosa C, Vera-Sempere F. Clinicopathological and immunohistochemical study of oral amalgam pigmentation. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2012;63(5):376-81.
14. Galletta VC, Artico G, Dal Vecchio AM, Lemos Jr CA, Migliari DA. Extensive amalgam tattoo on the alveolar-gingival mucosa. *An Bras Dermatol.* 2011;86(5):1019-21.

15. Forsell M, Larsson B, Ljungqvist A, Carlmark B, Johansson O. Mercury content in amalgam tattoos of human oral mucosa and its relation to local tissue reactions. Eur J Oral Sci. 1998;106(1):582-7.

16. McParland H, Warnakulasuriya S. Oral lichenoid contact lesions to mercury and dental amalgam--a

review. J Biomed Biotechnol. 2012;2012:589569.

17. Camisa C, Taylor JS, Bernat JR, Helm TN. Contact hypersensitivity to mercury in amalgam restorations may mimic oral lichen planus. Cutis. 1999;63(3):189-92.

Corresponding author:

Professor Camila Tirapelli

Department of Dental Materials and Prosthodontics,
School of Dentistry of Ribeirão Preto - University of São
Paulo.

Av. do Café, s/n, CEP: 14040-904, Ribeirão Preto, SP – Brazil

Phone/Fax: +55 – 16 – 36150479

e-mail: catirapelli@forp.usp.br

Diagnóstico y Tratamiento de Conducto en sesión única de un molar previamente tratado: relato de caso

Diagnosis and one-session root canal treatment of a pretreated molar: a case report

Juan José Roura Martínez¹

¹Curso de Endodoncia Mecanizada , Círculo de Odontólogos del Paraguay,
Asunción - Paraguay

Resumo

La principal causa de fracaso en Endodoncia son los conductos no obturados. En primeros molares superiores se observa en un alto porcentaje (Mayor a 80%) la existencia del “cuarto conducto”, el segundo conducto de la raíz mesiovestibular (MV) de los molares superiores, también conocido como MB2, y, si éste no es debidamente limpiado y modelado, aumentan las posibilidades de fracaso del tratamiento. Este caso clínico relata el tratamiento endodóntico realizado en un primer molar superior previamente tratado y expone las bases científicas que soportan las decisiones tomadas.

Palabras clave: Diagnóstico; Sesión Única; MB2; Limpieza, Modelado.

Abstract

The main cause of failure in Endodontic treatment is the Inadequate filling of the canal. In first upper molars is observed, in a high percentage (greater than 80%), the existence of the “fourth canal”, the second canal of mesiobuccal roots (MB) of the upper molars, also known as MB2, and, if it is poorly cleaned and obturated, it might lead to direct failure. This case report describes the endodontic treatment performed in a previously treated first upper molar and exposes the scientific basis supporting the decisions taken for the case resolution.

Key-words: Diagnosis; Single session ; MB2 ; Cleaning ; Shaping

INTRODUCCIÓN

El éxito del tratamiento endodóntico depende del conocimiento de la anatomía y los procedimientos a realizar según cada caso. Siempre que se trate de un molar superior: ya sea primer o segundo molar, debemos partir de la idea de que tendremos que localizar y tratar 4 conductos. 2 en la raíz mesio-bucal (MB), 1 en la disto-bucal (DB) y 1 en la palatina (P). En casos de retratamiento en los que exista lesión apical en la raíz vestibular, debe hacernos sospechar, como primera causa, en la omisión de un segundo conducto en la raíz

vestibular/bucal.

La diferencia fundamental entre los casos de pulpa viva y pulpa necrosada o casos de retratamiento es la presencia de bacterias (Infección). El principal reto del profesional en casos de dientes con diagnóstico de necrosis pulpar es la completa conformación y limpieza de los conductos radiculares para lograr el consecuente reparo de los tejidos periapicales¹.

Las patologías pulpares e periradiculares son usualmente de naturaleza inflamatoria y de etiología microbiana. Microorganismos y sus productos ejercen un papel significativo en la in-

ducción y principalmente en la perpetuación de tales dolencias²⁻³. El clínico debe conocer como la infección se establece en el lugar a ser tratado para que una terapia adecuada sea instituida. En este artículo se reporta un caso clínico en el que se presenta un primer molar superior izquierdo previamente abierto, y se describe paso-a-paso como fue realizada la terapia para la preparación y obturación del Sistema de Conductos Radiculares.

RELATO DE CASO

Paciente masculino de 13 años de edad fue derivado al consultorio con indicación para tratamiento endodóntico en el primer molar superior izquierdo. La historia clínica refiere que le habían realizado la apertura del diente en un consultorio privado sin haber ingresado a los conductos (Figura 1). El paciente no presentaba síntomas de dolor al momento de realizarle el diagnóstico.



Figura 1. Radiografía periapical inicial

En la radiografía periapical de diagnóstico realizada a la pieza dentaria #26 se observó una zona radiolúcida en la raíz mesial que sugiere una lesión periapical crónica. El diagnóstico fue: Diente previamente tratado, necrosis pulpar con lesión visible radiográficamente y el tratamiento propuesto fue una Necropulpectomía.

Se procedió a la anestesia infiltrativa de la zona utilizando Mepivacaína 2%/Epinefrina

1:100.000. Una vez removida la pasta provisoria y realizado un mejor acceso coronario mediante desgastes compensatorios bajo aislamiento relativo, se prosiguió al aislamiento absoluto de la pieza dentaria.

Se utilizó Hipoclorito de Sodio al 5% para el lavaje y limpieza de la cámara pulpar, luego se neutralizó los conductos MB, MB2, DB y P con limas tipo K #10 y #15 hasta longitud provisoria de trabajo, luego se realizó la ampliación cervical y desgastes anticurvatura con fresas Triple Gates/CP Drill (Helse Dental Technologies, Brasil) y se complementó con lima rotatoria 25.08 Hyflex CM (Colténe/Whaledent, Suiza).

Se realizó medición electrónica de los conductos (Bingo Pro, Forum – Israel) y confirmación radiográfica con los instrumentos a nivel del foramen (Figura 2) dando el resultado siguiente:

MB: 21mm Longitud de Patencia y 20mm la Longitud de Trabajo.

MB2: 19mm Longitud de Patencia y 18mm la Longitud de Trabajo.

DB: 21mm Longitud de Patencia y 20mm la Longitud de Trabajo.

P: 22mm Longitud de Patencia y 21mm la Longitud de Trabajo.

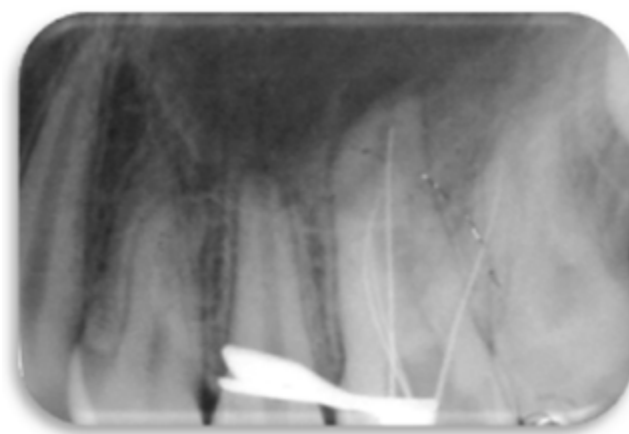


Figura 2. Conductometría radiográfica donde se verifica longitud de trabajo.

Se realizó el Glide Path hasta Flexofile #15 a longitud de patencia para desbridamiento foramen ya que se trataba de un caso con diagnósti-

co de necrosis y hasta Flexofile #20 a Longitud de Trabajo (Longitud de Patencia – 1mm).

Los conductos fueron preparados con un motor Endo Dual (Acteon/Satelec - Francia) que permite utilizar movimientos de rotación continua y de rotación alternada (Reciprocante) con la posibilidad de ajustar completamente los ángulos de giro en sentido horario y antihorario dentro del modo "Reciprocante". La cinemática fue híbrida y se utilizaron sistemas rotatorios de NiTi (CM Wire): las ProDesign Logic (EASY Equipamentos Odontológicos – Brasil) y las Hyflex CM (Colténe/Whaledent, Suiza) primero con movimiento reciprocante (120° CW/30°CCW a 300rpm) y luego rotación continua 300rpm y torque de 1N.cm para la remoción de detritos. Los instrumentos de memoria fueron:

MB: 40.05

MB2: 40.05

DB: 40.05

P: 50.04

Se utilizó una lima tipo K#10 después de la irrigación entre cada instrumento de la secuencia para lograr permeabilidad foraminal.

Luego de la preparación apical con los sistemas rotatorios, se procedió a realizar un limado oscilatorio circunferencial con limas tipo H#35 en los conductos vestibulares y H#40 en el Palatino, acopladas al contrángulo TEP-E10R (NSK – Japón).

La irrigación del sistema de conductos radiculares se realizó con Hipoclorito de Sodio al 5%. Se utilizó presión positiva al inicio del tratamiento; una vez totalmente preparado el tercio apical se utilizó presión negativa, con el Sistema EndoVac (SybronEndo – USA).

Como protocolo final, se utilizó activación ultrasónica en todos los conductos utilizando punta Irrisonic (Helse Dental Technologies – Brasil) a potencia 2 en el Biosonic (Colténe/Whaledent – Suiza) en 3 ciclos de 20 segundos cada uno, renovando la solución irrigadora entre cada ciclo. En el primer ciclo se utilizó Hipoclorito de Sodio al 5%, en el segundo ciclo se utilizó EDTA 17% y en el úl-

timo ciclo nuevamente NaOCl al 5%.

En la obturación se utilizó Cemento de Grossman como sellador y conos de gutapercha M (Meta – Corea) calibrados a #40 en los conductos vestibulares y en el conducto palatino el cono M calibrado a #50. El tratamiento de conducto se realizó en sesión única puesto que el paciente no presentaba sintomatología.

Examen radiográfico final mostró obturación total hasta el límite apical en todos los conductos previamente preparados. (Figura 3)

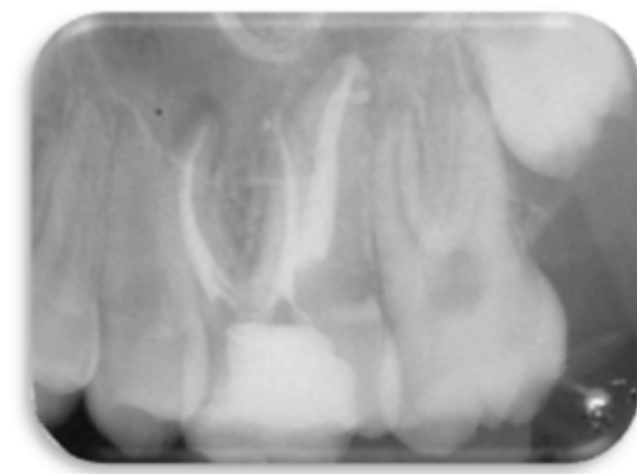


Figura 3. Radiografía final.

DISCUSIÓN

El éxito del tratamiento de conductos en dientes despulpados (necropulpectomías y/o re-tratamientos) dependerá de la asepsia y la máxima reducción de bacterias y sus productos irritantes en el interior del sistema de conductos radiculares. Estudios demostraron que la respuesta de los tejidos periradiculares y el índice de éxito del tratamiento endodóntico en dientes con pulpa necrótica y lesión periradicular visible radiográficamente pueden ser significativamente elevados cuando la infección endodóntica es erradicada ⁴⁻⁵.

Debido a la localización anatómica de la infección endodóntica ésta solo puede ser tratada por medios químicos, físicos y mecánicos, representados por la intervención profesional. El

tratamiento endodóntico presenta tres etapas principales de combate a la infección: el preparo químico-mecánico, la medicación intracanal y la obturación del sistema de conductos radiculares, considerando siempre la restauración de la pieza dentaria⁶.

Durante el preparo químico-mecánico, las limas endodónticas promueven la remoción mecánica de microorganismos, sus productos y restos de tejido orgánico e inorgánico, auxiliadas por una sustancia química que, además de maximizar la remoción de detritos a través de la acción del flujo y reflujo, también puede ejercer un efecto químico significativo, ya que posee acción antimicrobiana y solvente de materia orgánica⁷⁻⁸. La acción mecánica de la instrumentación y la irrigación son suficientes para eliminar una cantidad sustancial de microorganismos y de tejido degenerado del interior del sistema de conductos radiculares⁹⁻¹⁰.

Siqueira Jr. et al¹¹ revelaron que a cada cambio de instrumentos a un calibre mayor dentro de la secuencia, la población bacteriana disminuye significativamente y cuanto más amplio fuera el calibre del preparo, mayor también será la eliminación de bacterias de su interior, lo que fue corroborado en otros estudios in vitro. En este caso clínico se decidió ampliar los conductos vestibulares hasta un instrumento Logic 40.05 y hasta 50.04 el conducto palatino. Esto basado en trabajos publicados en la literatura que muestran el calibre anatómico de los conductos a nivel apical y otros que muestran calibres sugeridos para poder llegar a "tocar" entre el 70 a 90% de las paredes de los conductos para una mayor limpieza y remoción de microorganismos¹²⁻¹³.

Numerosos estudios han demostrado una incidencia de culturas negativas después del preparo químico-mecánico con NaOCl. En estos estudios las concentraciones de NaOCl variaron entre 0,5% a 5%¹⁴⁻¹⁵. En el presente caso clínico se utilizó NaOCl al 2.5% para una mayor acción antimicrobiana, siempre respetando el límite de seguridad colocando el tope de silicona de la aguja para irrigación a 3 mm de la longitud de trabajo.

Una vez ampliados los conductos hasta el calibre apical deseado, se optó por utilizar irrigación con presión negativa (Sistema Endovac, SybronEndo USA), basados en trabajos que muestran la superioridad sobre la irrigación con presión positiva en lo que refiere a calidad de limpieza y seguridad¹⁶⁻¹⁷.

Algunos autores recomiendan la inundación del conducto con NaOCl después del término del preparo y la activación de esta sustancia por medio de aparatos sónicos o ultrasónicos. Estudios clínicos revelaron que al realizar la irrigación ultrasónica (UI) con NaOCl, por medio de un inserto acoplado a la pieza de mano ultrasónica, dan como resultado una limpieza y desinfección más adecuadas¹⁸⁻¹⁹. En este caso clínico se utilizó la técnica de UI con una punta Irrisonic (Helse Dental, Brasil)

El tratamiento efectuado en sesión única presenta algunas ventajas tanto para el profesional como para el paciente: Ahorro de tiempo, previene la recontaminación del conducto entre sesiones caso ocurra pérdida del sellamento coronario. Trope & Bergholtz²⁰ destacaron que el tratamiento endodóntico en varias sesiones frecuentemente conlleva desconfortos adicionales debido a la necesidad de anestesiarse nuevamente al paciente, como también el traumatismo provocado por la colocación del clamp de aislamiento²⁰⁻²¹.

CONCLUSIÓN

La sesión única del tratamiento endodóntico está basada en ciertas condiciones anatómicas, patológicas y de procedimiento. Cuando se toma la decisión de realizar un tratamiento endodóntico de un diente con diagnóstico de necrosis pulpar, se debe considerar el calibre apical de la preparación, los recursos disponibles para modelado y desinfección de conductos y la salud general del paciente. Cuanto mayor sea el diámetro preparado en los conductos, mayor será la limpieza y reducción de carga microbiana.

REFERENCIAS

1. Siqueira Jr JF, Roças IN, Lopes HP. Fundamentação Filosófica do Tratamento Endodôntico. Lopes & Siqueira, editors. Endodontia Biologia e Técnica-4.ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda; 2015. p. 237-264.
2. Kakehashi S, Stanley HR, Fitzgerald RJ. The effects of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1965;20:340-349.
3. Möller AJR, Fabricius L, Dahlén G, et al. Influence on periapical tissues of indigenous oral bacteria and necrotic pulp tissue in monkeys. Scand J Dent Res. 1981;89:475-484.
4. Byström A, Happonen RP, Sjogren U, et al. Healing of periapical lesions of pulpless teeth after endodontic treatment with controlled asepsis. Endod Dent Traumatol. 1987;3:58-63.
5. Ricucci D, Lin LM, Spånberg LS. Wound healing of apical tissues after root canal therapy: a long-term clinical, radiographic, and histopathologic observation study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009;108:609-621.
6. Siqueira JF, Jr. Strategies to treat infected root canals. J Calif Dent Assoc. 2001;29:825-837.
7. Siqueira JF, Jr, Araujo MC, Garcia PF, et al. Histological evaluation of the effectiveness of five instrumentation techniques for cleaning the apical third of root Canals. J Endod. 1997; 23:499-502.
8. Haapasalo M, Shen Y, Qian W, et al. Irrigation in endodontics. Dent Clin North Am. 2010;54:291-312.
9. Baker NA, Eleazer PD, Averbach RE, et al. Scanning electron microscopic study of the efficacy of various irrigation solutions. J Endod. 1975;1:127-135.
10. Ingle JI, Zeldow BJ. An evaluation of mechanical instrumentation and the negative culture in endodontic therapy. J Am Dent Assoc. 1958;57:471-476.
11. Siqueira JF, Jr, Lima KC, Magalhaes FA, et al. Mechanical reduction of the bacterial population in the root canal by three instrumentation techniques. J Endod. 1999;25:332-335.
12. Wu MK, Roris A, Barkis D, Wesselink P. Prevalence and extent of long oval canals in the apical third. OOOOE. 2000;89:739-43.
13. Weiger R, Bartha T, Kalwitzki M, Löst C. A clinical method to determine the optimal apical preparation size. Part I. OOOOE. 2006;102(5):686-91.
14. Siqueira JF, Jr, Guimarães-Pinto T, Rôças IN. Effects of chemomechanical preparation with 2.5% sodium hypochlorite and intracanal medication with calcium hydroxide on cultivable bacteria in infected root canals. J Endod. 2007;33:800-805.
15. Siqueira JF, Jr, Rôças IN, Paiva SS, et al. Bacteriologic investigation of the effects of sodium hypochlorite and chlorhexidine during the endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;104:122-130.
16. Heillborn C, Cohenca N, Capelli A. Irrigação dos Canais Radiculares. In: Eduardo Fregnani, Ruy Hizatugu, editors. Endodontia Uma Visão Contemporânea. São Paulo: Santos Editora; 2012.p. 303-313.
17. Brunson M, Heillborn C, James Johnson D, Cohenca N. Effect of Apical Preparation Size and Preparation Tape on Irrigant Volume Delivered by Using Negative Pressure Irrigation System. JOE. 2010; 36(4): 721-724.)
18. Gutarts R, Nusstein J, Reader A, et al. In vivo debridement efficacy of ultrasonic irrigation following hand-rotary instrumentation in human mandibular molars. J Endod. 2005;31:166-170.
19. Harrison AJ, Chivatxaranakul P, Parashos P, et al. The effect of ultrasonically activated irrigation on reduction of *Enterococcus faecalis* in experimentally infected root canals. Int Endod J. 2010;43:968-977.
20. Trope M, Bergenholtz G. Microbiological basis for endodontic treatment: can a maximal outcome be achieved in one visit?. Endodontic topics. 2002;1:40-53.
21. Hizatugu R, Fregnani E, De-Deus G, Cladeira Brant XM. A Endodontia em Sessão Única sob o Prisma da odontologia Baseada em Evidências. . In: Eduardo Fregnani, Ruy Hizatugu, editors. Endodontia Uma Visão Contemporânea. São Paulo: Santos Editora; 2012.p. 377-387.

Corresponding author:

Dr Juan José Roura Martínez
Curso de Endodoncia Mecanizada, Círculo de Odontólogos
del Paraguay
Rua Gral. Díaz 980 c/ Colon, Asunción – Paraguay
Phone/Fax: +595 – 21 – 493296
e-mail: juanjoroura15@gmail.com

Quantificação do número de dentes por meio de radiografias panorâmicas como uma alternativa para mensuração do perfil epidemiológico

Daiane Landim Borba^{1},
Yamba Carla Lara Pereira¹*

¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína-TO

A análise de situação bucal tem sido usada para compreender os fenômenos que envolvem a qualidade de vida, contribuindo para a tomada de decisão em relação às políticas públicas. Os indicadores da situação de saúde colaboram para a determinação do perfil da comunidade estudada, onde esta proporcionalidade reflete as características das condições de vida da população materializada em levantamentos epidemiológicos. Observa-se uma tendência à polarização na distribuição da informação. Tendo em vista a escassez de dados na literatura em relação à prevalência de cárie dentária ou mesmo perda dental em cidades do interior do Brasil, o objetivo deste trabalho foi avaliar o número de dentes presentes em cavidade oral por meio de radiografia panorâmica em indivíduos do sul do Pará. Compuseram a amostra 906 radiografias panorâmicas digitais, nos quais os sujeitos foram classificados: 1 - por gênero: masculino e feminino, a fim de conhecer o perfil da amostra e 2 - quanto ao número de dentes contados por meio do programa IMAGE J. Foram considerados apenas os dentes irrompidos em pacientes com idade superior a 12 anos. Os dados obtidos foram agrupados para posterior avaliação estatística. A amostra apresentou 496 mulheres com idade média de 27,33 anos e com número médio de dentes de 27,516230 ($\pm 0,1158485$). A amostra masculina apresentou 410 indivíduos, com idade média de 27,9 anos e média de dentes de 27,840470 ($\pm 0,2477724$). A média da idade do grupo estudado é semelhante, enquanto que a média do número de dentes não revelou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Conclui-se também que a média de número de dentes da amostra foi superior à média mínima preconizada nacionalmente (16 dentes).

Aprovação CEP: 54541216.2.0000.0014

Efeito de diferentes soluções irrigadoras na resistência de união de pinos de fibra de vidro à dentina radicular

Brenda Marinho Melo^{1*},
Fernanda de Carvalho Panzeri
Pires-de-Souza²,
Rafaella Tonani²,
Carla Cecília Alandia-Román¹

¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins

²FORP - Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto,
USP, Ribeirão Preto, SP

Introdução e Justificativa: Durante o preparo do canal protético, uma smear layer é produzida, podendo diminuir a penetração dos agentes adesivos no processo de cimentação. É importante avaliar substâncias que, além de propriedades antimicrobianas, possuam capacidade de melhorar a adesão ao substrato dentinário.

Objetivo: Avaliar a influência de soluções irrigadoras previamente à cimentação na resistência de união (RU) de pinos de fibra de vidro à dentina radicular.

Material e método: Trinta caninos superiores foram tratados endodonticamente e separados em 3 grupos (n=10) de acordo com a solução utilizada: Hipoclorito de sódio (NAOCL) 1% (controle), clorexidina (CHX) 2% e agente de ligação cruzada (extrato de semente de uva – GSE) 6.5%. Após cimentação do pino, as raízes dos dentes foram seccionadas transversalmente obtendo-se dois discos (2mm) para cada um dos terços radiculares, os quais foram submetidos ao teste de *push-out* para avaliar a resistência de união do agente cimentante às paredes do canal radicular e os valores analisados estatisticamente segundo 2-way ANOVA, Tukey ($p < 0.05$). O padrão de fratura foi avaliado em todos os espécimes.

Resultados: Quando comparados ao grupo controle, tanto CHX quanto GSE apresentaram valores de RU significativamente maiores ($p < 0.05$) em todos os terços radiculares, sendo que GSE foi superior à CHX ($p < 0.05$) em todos os terços, exceto no apical. Tanto no grupo NAOCL, quando CHX RU foi maior no terço cervical seguida do terço médio e apical. No grupo GSE, o maior valor de RU foi encontrado no terço médio.

Conclusões: O uso de CHX e GSE antes da cimentação adesiva foi capaz de melhorar a RU de pinos de fibra de vidro à dentina radicular.

Instrumento para ensino prático da Endodontia

Evaldo Bezerra de Oliveira^{1},
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Rosemeire Honda¹,
Isabela Antunes Maia¹,
Lázaro Raimundo Coura¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A formação em Odontologia tem se tornado cada vez mais sofisticada e artificial, o que eleva o custo de formação e inviabiliza o desejo de muitos interessados pela profissão. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi criar uma nova metodologia de confecção de modelo para utilização nas práticas laboratoriais de Endodontia. Obteve-se um molde do manequim Pro-new utilizando alginato (Avagel), o qual foi vazado em resina acrílica incolor (VIP). Após a presa da resina, moldou-se a face dos dentes com duplicador protético (hidrocoloide reversível), onde foram posicionados dentes naturais devidamente legalizados e feito o vazamento do modelo com uma mistura de gesso tipo II e maravalha (pó com fragmentos de madeira) numa proporção de 60% e 40%, respectivamente. Essa mistura teve como finalidade conseguir uma imagem radiográfica com as características e semelhanças de um trabeculado ósseo. Para incrementar e dar mais naturalidade, foram fixadas pequenas esferas de cera utilidade no ápice de algumas raízes para simular lesões periapicais crônicas e também fios de náilon, simulando feixes vâsculo-nervosos. Com a confecção deste instrumento de trabalho, foi possível reduzir custo e tornar viável a sua aquisição por todos os alunos. Esta alternativa utilizada em laboratório multidisciplinar da FACIT tem contribuído muito pelo seu custo-benefício e motivado os usuários (alunos) pela naturalidade e semelhança com o real.

Obturação imediata em dente anterior com ápice aberto por meio da técnica do Plug de Mineral Trióxido Agregado MTA

Jandersom Castro dos Santos^{1*},
Fernanda Garcia Tampeline¹

¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins

Por muitos anos, o hidróxido de cálcio foi o material de primeira escolha indicado para o tratamento de dentes com ápice incompletos ou reabsorvidos devido a sua propriedade de induzir a formação de barreira mineralizada na região apical. No entanto, este procedimento requer várias sessões de tratamento e depende do comprometimento do paciente em retornar para trocas do curativo de demora, constituindo uma grande desvantagem relacionada a este tipo de tratamento. O Mineral Trióxido Agregado (MTA) é um bio-material empregado para confecção do 'Pug' apical. Esta técnica tem obtido resultados superiores ao tratamento de apicificação com hidróxido de cálcio devida a maior qualidade de vedação e ainda proporciona a possibilidade de finalizar o tratamento em menor tempo, reduzindo os riscos de fratura coronária e reinfeções com a restauração imediata. O objetivo do presente relato de caso clínico é relatar o emprego do MTA para o tratamento de dentes anteriores com ápice aberto. Neste caso, um incisivo central superior com tratamento endodôntico insatisfatório e lesão perirradicular persistente foi submetido à reintervenção endodôntica. Após o acesso coronário, o canal foi desobturado e reinstrumentado, a fim de reduzir infecção endodôntica, e em seguida, os 4mm apicais foram preenchidos com MTA, confeccionando uma barreira apical ('Plug' apical) a fim de promover vedação e permitir o completo preenchimento com guta percha de forma segura, minimizando o risco de extravasamento da obturação para os tecidos perirradiculares. No caso em questão, o 'plug' apical demonstrou uma melhora considerável na vedação apical, contribuindo para criação de um ambiente favorável à reparação dos tecidos perirradiculares.

A importância da localização do forame radicular na determinação do comprimento real de trabalho: relato de caso clínico

Janderson Castro dos Santos^{1},
Fernanda Garcia Tampeline¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A mensuração do comprimento real de trabalho (CRT) é um passo crucial na terapia endodôntica, e é partindo deste que se procede a limpeza, modelagem e obturação. O método radiográfico é o meio rotineiro utilizado para determinação do CRT, no entanto é um método sujeito a possíveis falhas relacionadas às variações das tomadas radiográficas, sobreposição de imagens e a não reprodução fiel do comprimento real das estruturas anatômicas. Os maiores índices de sucesso da terapia endodôntica foram obtidos quando a obturação se restringia à região da constrição apical, no entanto, utilizando apenas radiografias, nem sempre é possível localizar a posição do forame radicular. O método de mensuração eletrônica (ME) tem sido considerado superior devido à possibilidade de localizar a posição exata do forame radicular, permitindo a determinação do CRT o mais próximo possível da constrição apical. O presente estudo teve o objetivo de relatar a execução do tratamento endodôntico de um canino superior com periodontite apical crônica, no qual as análises radiográficas apresentaram dúvidas sobre o posicionamento do forame. Para solucionar este caso, o tratamento endodôntico foi executado de forma convencional. E previamente ao preparo químico mecânico, a ME do CRT foi procedida em conformidade com o protocolo clínico que embasa a técnica. A confirmação radiográfica revelou que o forame radicular estava cerca de 3 mm aquém do ápice radiográfico, fato que foi confirmado após a obturação. O localizador foraminal eletrônico utilizado foi capaz de determinar a posição exata do forame radicular, permitindo o estabelecimento do CRT adequado prevenindo a sobreinstrumentação e sobreobturação.

A importância do estágio clínico APAE na formação do profissional dentista

Luis Mille Monteiro^{1},
Eliana dos Santos Andrade¹,
Garithuzy Oliveira Macedo¹,
Jane Guimarães Sousa¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

O Estágio é o meio de intervenção mais eficaz para integrar o estudante/dentista em formação inicial na realidade vivida por pacientes com deficiência, permitindo ao aluno desenvolver uma consciência crítica e a capacidade de compreender a situação real e interferir sobre a mesma. Nesse sentido, e devido à grande deficiência nos currículos das Escolas de Odontologia com relação à formação do profissional para atender pessoas deficientes, tanto físicas quanto mentais, os cirurgiões-dentistas não se sentem seguros para o atendimento desse público. Diante disso, a Facit (Faculdade de Ciências do Tocantins), em consonância com as Diretrizes Curriculares Educacionais, inseriu essa área de conhecimento na formação do futuro profissional dentista com a disciplina de Estágio Supervisionado APAE. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a importância da experiência vivida por um acadêmico de Odontologia da faculdade supracitada por meio do Estágio. Com base nessas questões e considerando toda a experiência adquirida com a disciplina retro mencionada, foi possível perceber que houve, por parte do discente, uma consciência crítico-reflexiva no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades voltadas ao atendimento preventivo e educativo para pessoas com diferentes deficiências e limitações.

Levantamento dos resíduos de saúde gerados na Faculdade de Ciências do Tocantins

*Siherly Christina Almeida
Rodrigues^{1*},
Nathalia Oliveira Costa Azevedo¹,
Andressa de Oliveira Gomes¹,
Glenda Sorrana Costa dos
Santos¹,
Lázaro Raimundo Coura¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Yamba Carla Lara Pereira¹,
Amanda Rocha Mortoza¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

O gerenciamento de resíduos de saúde constitui um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implantados com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar a adequada coleta, armazenamento, tratamento, transporte e destino final aos resíduos gerados. Todos os estabelecimentos de saúde que geram resíduos devem estabelecer um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Este documento descreve as ações relativas ao manejo de resíduos e visa cuidado e proteção ao profissional, paciente e ao meio ambiente. O objetivo do presente estudo foi levantar todos os resíduos gerados na Faculdade de Ciências do Tocantins para posterior criação do PGRSS dessa instituição. Para tanto, foi realizado um estudo observacional de todas as atividades práticas. Os resíduos biológicos, químicos, radioativos, perfurocortantes e comuns foram identificados, listados e classificados em grupos de acordo com a RDC nº 306/04 da ANVISA. Os resíduos foram organizados em listas de acordo com o local de geração e a sua classificação. Conclui-se que é de grande importância listar e classificar os resíduos gerados, facilitando a criação do PGRSS.

Avaliação da radiopacidade do cimento Portland acrescido de diferentes radiopacificadores

Yamba Carla Lara Pereira^{2},
Erika Ábia Vieira Costa²,
Wannescla Zinglayara²,
Islan da Silva Paulo²,
Carla Cecilia Alandía-Román¹,
Fernanda de Carvalho Panzeri
Pires-de-Souza³*

¹*FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

²*Centro Universitário
Uninovafapi, Teresina - Piauí*

³*Faculdade de Odontologia de
Ribeirão Preto, FORP – USP,
Ribeirão Preto – São Paulo*

O objetivo do estudo foi avaliar a radiopacidade do cimento Portland cinza (CP) acrescido de diferentes radiopacificadores. Foram avaliadas 4 formulações com 2 radiopacificadores [Óxido de bismuto (Bi_2O_3) e Óxido de zircônio (ZrO_2)] em diferentes concentrações: Grupo 1 (CP+20% Bi_2O_3), Grupo 2 (CP+25% ZrO_2), Grupo 3 (CP+30% ZrO_2) e Grupo 4 (CP+10% Bi_2O_3 + 10% ZrO_2). Foram confeccionados 9 corpos de prova em diferentes espessuras ($n=3$) (1.0, 2.0 e 3.0mm) para cada grupo, os quais foram radiografados junto a uma escala de alumínio que possuía sua espessura variando de 2.0 a 16.0mm. Foram utilizadas radiografias oclusais e aparelho radiográfico digital com quilovoltagem de 70 KV, padronizando o tempo de exposição de 0,30 segundos e distância foco-filme de 30 cm para todos os grupos. As películas foram processadas em dispositivo automático, os valores médios de densidade óptica foram obtidos por meio de leituras com um fotodensitômetro, posteriormente convertidos a valores em milímetros de alumínio (mmAl) e analisados estatisticamente (2-way ANOVA – Tukey). As maiores médias de radiopacidade se apresentaram nas amostras de 2 e 3 mm dos grupos 1, 2 e 3 (9 mmAl), semelhantes estatisticamente ao grupo 4 (7mmAl) ($p>0.05$). Quando analisado cada grupo individualmente, somente o grupo 1 apresentou diferença estatística entre as espessuras de 1 e 3 mm ($p<0.05$) (4mmAL – 9mmAL). Pode-se concluir que ambos os radiopacificadores, nas diferentes proporções utilizadas, foram capazes de proporcionar radiopacidade adequada ao material, conferindo radiopacidade superior a 3 mmAL em todas as espessuras, conforme recomendações da norma nº 57 da ADA e ISO 6876/2001.

Bichectomia

**Anne Vasconcelos Santos Fonseca
Dutra^{1*},
Polyanna Lourenço Cintra
Trevisan¹,
Rufino José Klug¹**

**¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins**

O objetivo deste trabalho é demonstrar o procedimento cirúrgico de Bichectomia e o efeito imediato da intervenção, bem como os cuidados do pós-operatório. Para isso foi realizado um levantamento bibliográfico baseado na literatura especializada, por meio da consulta de artigos científicos, selecionados pela busca em banco de dados (SciELO, Bireme e Google acadêmico). Foi observada que ainda é mínima a quantidade de trabalhos científicos sobre a Bichectomia no Brasil e sua técnica na Odontologia. A Bichectomia é uma intervenção cirúrgica que consiste na retirada total ou parcial da bola de Bichat ou corpo adiposo bucal. Esse procedimento visa a correção estético-funcional da área das bochechas, permitindo a prevenção de lesões nas suas mucosas e melhorando a estética facial. Trata-se de uma técnica descrita em 1980, já consolidada mundialmente no meio científico, mas pouco difundida no Brasil e apta a ser realizada por cirurgiões dentistas. É importante destacar que a Odontologia vem se aliando à estética cada vez mais, não se limitando apenas a dentes e procurando o bem estar físico e estético desejado. A partir da revisão literária, pode-se concluir que a cirurgia de Bichectomia é um procedimento simples de resultados previsíveis, sem complicações muito severas na maioria dos casos.

Experiência de visita à CASAI

Tiago Almeida Costa^{1},
Leonardo Soares Couto¹,
Aline Silva Machado¹,
Naiara Ferreira Costa¹,
Thayná Aparecida Teixeira¹,
Jane Guimarães Sousa¹,
Eliana dos Santos Andrade¹,
Garithuzy Macedo Oliveira
Correa¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A partir de dezembro de 2011, com o Programa Brasil Sorridente Indígena, houve uma ampliação do acesso da população indígena ao atendimento odontológico. Como primeira referência, para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias, existem os Pólos-Base que podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência (UBS). E, para facilitar o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS, existem as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência, como Araguaína. Com a finalidade de promover o intercâmbio entre as culturas, a disciplina de Clínica Odontológica I da Faculdade de Ciências do Tocantins promoveu a visita dos acadêmicos do primeiro período à Casa do Índio. A visita foi agendada previamente com a equipe responsável pela Casa e com os acadêmicos. A equipe nos recebeu e nos informou como se dava o funcionamento e rotina da Casa. Havia cerca de 35 indígenas hospedados e, como a visita ocorreu no Dia do Índio, eles conduziram danças e cantos da etnia Krahô. As professoras responsáveis pela disciplina salientaram a importância de hábitos alimentares e higiene para manter uma boa higiene e saúde bucal. A atividade foi finalizada com a entrega de kits de higiene bucal, organizados e doados pelos acadêmicos, e com as pinturas corporais com tinta natural à base de jenipapo. A visita pode proporcionar a troca de saberes e foi o passo inicial de um trabalho entre os acadêmicos e os indígenas que trará benefícios e aprendizado para todos.

Avaliação do uso do agregado trióxido mineral na técnica de regeneração pulpar: uma revisão de literatura

Érika Ábia Vieira Costa^{1},
Yamba Carla Lara Pereira¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A regeneração pulpar é uma técnica que promete restabelecer a vitalidade pulpar após a necrose. A biocompatibilidade dos materiais frente ao processo de regeneração pulpar é um fator de extrema importância por estimular a formação de um novo tecido. O uso do agregado trióxido mineral (MTA) tem demonstrado altas taxas de sucesso no que diz respeito à indução de osso e cimento, sendo capaz de levar a um reparo histológico da região afetada. Deste modo, tornou-se objetivo deste trabalho avaliar o que a literatura atual evidencia sobre a técnica de regeneração pulpar utilizando o MTA. Foi realizada uma busca na base de dados no site www.ncbi.nih.gov/pubmed com as palavras chaves “MTA” e “pulp regeneration”, além disso, foram utilizados os filtros “cinco anos” e “humanos”. Como resultado, o banco de dados ofereceu 19 artigos, dos quais 9 foram utilizados nesta revisão por seu acesso livre. Com base nessa revisão de literatura, pode-se concluir a ampla utilização contemporânea do MTA seguida de sua eficiência para os casos de regeneração pulpar.

CPOD – Atividade teórica associada à prática

*Pedro Henrique da Luz Pereira
Venâncio^{1*},
Renilde Brito Cavalcante¹,
Ingrid Gabrielle Fragoso Moura¹,
Estefany dos Santos¹,
Carolina Machado da Costa
Pacheco¹,
Nelson Rodrigues Lima¹,
Laís Campos Naves¹,
Garithuzy Macedo Oliveira
Correa¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A epidemiologia serve para subsidiar o planejamento. Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão à infraestrutura de serviços disponíveis. Segundo a atividade programada em plano de ensino, foi ministrada aula dos principais indicadores de saúde bucal e, posteriormente, treinamento do CPO-D em sala de aula. Os acadêmicos foram avisados previamente da atividade e sobre o material que deveriam levar. No dia da atividade, os alunos receberam as fichas de exame para anotação do índice, dividiram-se em duplas, nas quais hora um seria o examinador e o outro examinado e anotador, posteriormente os papéis seriam invertidos. Após a avaliação, foram calculados os índices individuais e por idade, que foram comparados aos índices do Brasil e estipulados pela OMS. A execução da atividade prática associada à teórica pode propiciar uma maior potencialização do aprendizado, além de proporcionar a alguns acadêmicos a percepção da real situação de sua saúde bucal.

Resíduos de amálgama de prata: forma de descarte e risco para o meio ambiente

*Nathalia Oliveira Costa
Azevedo^{1*},
Siherly Christina Almeida
Rodrigues¹,
Thiago Rodrigues Pimenta¹,
Amanda Rocha Mortoza¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

O amálgama dentário é um dos materiais mais utilizados na Odontologia, apesar da alta toxicidade do mercúrio (Hg). O mesmo é um metal pesado, líquido e tóxico, sendo relevante o estudo do manejo desse resíduo químico. Os resíduos que sobram das restaurações de amálgama substituídas por resina são erroneamente descartados na rede de esgoto comum, contaminando o meio ambiente. Após o descarte na rede de esgoto, os resíduos de amálgama são despejados em rios e mares, contaminando a fauna e flora. O objetivo dessa revisão bibliográfica foi informar sobre a forma de descarte adequada do amálgama e alertar que o descarte incorreto contamina o meio ambiente. Todos os estabelecimentos de saúde que geram resíduos devem estabelecer um Plano de Gerenciamento, um documento que descreve as ações relativas ao manejo de resíduos, que corresponde às etapas de segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, que visa cuidado e proteção ao profissional, paciente e meio ambiente. Usualmente, recomenda-se o armazenamento de resíduos de amálgama em recipientes bem tampados contendo água, solução fixadora de radiografias ou glicerina em seu interior. Posteriormente, esses resíduos devem ser encaminhados para laboratórios de recuperação de resíduos químicos ou encaminhados para a reciclagem, evitando o descarte direto no meio ambiente. Conclui-se que é de grande importância ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos para minimizar os riscos ao profissional, ao paciente e ao meio ambiente.

Evolução da doença periodontal: gengivite para periodontite

*Vanessa Honorato Resplandes
Costa^{1*},*

Hebert Diego Limeira Pereira¹,

João Nivaldo Pereira Gois¹,

Thauanny Suyan Costa Cruz¹,

Weslayne da Silva¹,

Evaldo Bezerra de Oliveira¹,

Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹.

¹*FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A gengivite é uma inflamação de gengiva sítio-específica com fator etiológico principal, placa bacteriana ou biofilme, que, se não tratada, pode evoluir para periodontite. Esta se caracteriza por perda do nível de inserção progressiva. O objetivo desse trabalho é informar a evolução da doença periodontal para acadêmicos iniciantes e leigos de forma interativa. Será realizado por meio de mesa demonstrativa, em que serão expostos modelos e manequins adaptados para explicação da evolução da gengivite para periodontite, com detalhes de cada estágio. Ou seja, será demonstrado: acúmulo de placa, sangramento marginal, depósitos de cálculo, recessão, hiperplasia, perda óssea e mobilidade dentária. Espera-se que a nova didática tenha uma boa aceitação e que facilite o ensino-aprendizagem da periodontia e que a nova metodologia possa ser utilizada na instrução de higiene oral de pacientes, uma vez que pode ser replicada aliada a um bom custo-benefício.

Desenvolvimento da oclusão dentária

Paulo Henrique Alvary^{1},
Bruno Miranda¹,
Matheus Carvalho Lacerda¹,
Rossiny Ferreira Rosa¹,
Evaldo Bezerra de Oliveira¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Leandro Silva da Conceição¹.*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A formação dos dentes começa por volta do quarto ao sexto mês de gestação e, aproximadamente, pelo sexto mês de vida, iniciam-se as erupções. Os dentes permanentes aos poucos assumem o lugar dos dentes decíduos. Nem sempre a cronologia seguirá um padrão de erupção, pois o surgimento do dente na arcada é influenciado diretamente por fatores genéticos, ambientais e locais. A erupção dentária faz parte do crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, o indivíduo passa por diversas mudanças, desde bebê, sem dentes e apenas com os roletes gengivais, até o início da adolescência, quando a dentição permanente se completa. O objetivo desse trabalho é criar um modelo expositivo sobre o desenvolvimento da oclusão dentária, com o propósito de elucidar e orientar cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia para um atendimento de excelência na rotina clínica. O material didático será apresentado em forma de mesa demonstrativa, utilizando quadros expositivos com desenhos em relevo, confeccionados em resina acrílica. Portanto, um bom conhecimento sobre o desenvolvimento da oclusão dentária é essencial para profissionais e estudantes de Odontologia, a fim de orientar pacientes odontopediátricos, pais e responsáveis durante a consulta, esclarecendo dúvidas sobre o processo de erupção dentária.

A importância do uso de EPIs na clínica odontológica como controle de infecção cruzada

Rômulo dos Santos Paiva^{1},
Luzia Fabrinny Martins dos
Santos¹,
Kalliny Vitória Cavalcante
Machado¹,
Lucas Castro Andrade Silva¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Viviane da Silva Siqueira¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

Previamente ao atendimento odontológico, é de grande importância que se faça a lavagem das mãos antes do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como jaleco, gorro, luvas, máscara, óculos, avental de chumbo para obtenção de tomadas radiográficas e luvas de borracha para lavagem de instrumentais, com a finalidade de evitar a transmissão de doenças como a AIDS, Hepatites B e C, H1N1, que são passíveis de transmissão no consultório odontológico. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é discutir sobre a biossegurança em um consultório odontológico e demonstrar a forma correta de uso dos EPIs. É de suma importância a utilização dos EPIs pelos cirurgiões-dentistas, a fim de evitar a infecção cruzada, uma vez que são profissionais da saúde que têm contato com fluidos corpóreos, como sangue e saliva. O trabalho será apresentado em forma de mesa demonstrativa.

Ferramentas lúdico-pedagógicas para educação em saúde bucal de deficientes visuais

Isabela Antunes Maia^{1},
Evaldo Bezerra de Oliveira¹,
YarlaJanda de Freitas Antunes
Maia¹,
Talwany Wendy Botelho Lima¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Amanda Rocha Mortoza¹,
Eliana dos Santos Andrade¹*

¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins

A saúde bucal representa a prática de manter os dentes e gengivas saudáveis, promovendo limpeza e cuidado com a cavidade oral. No que tange a pacientes cegos, a educação em saúde bucal se torna ainda mais importante. Esta deve ser realizada utilizando métodos lúdico-pedagógicos com a exploração de ferramentas táteis, pois os deficientes visuais enxergam o mundo por meio do toque. Deve-se despertar o interesse sobre a importância dos hábitos de higiene no cotidiano de cegos, que podem passar por dificuldades superáveis por meio de recursos e técnicas especialmente desenvolvidas para promover sua autonomia. Assim, o objetivo desse trabalho foi desenvolver materiais lúdico-pedagógicos, bem como habilitar a capacidade de percepção de hábitos de higiene bucal, e possibilitar a identificação de estruturas anatômicas dentárias e anormalidades (cárie, cálculo, gengivite, periodontite, entre outros) pelo tato. Para tanto, foi produzido um Manual em Braille de saúde bucal, um livro sensorial com orientações de higiene e saúde bucal, macromodelos de estruturas anatômicas dentárias normais e com anormalidades e adaptadores de escovas dentais (tecnologia assistida). O Manual em Braille foi previamente submetido à análise pelo Instituto de Cegos do Brasil Central em Uberaba-MG, do qual recebeu parecer favorável. Concluiu-se por meio da literatura atual que métodos educativos focando nessas didáticas são úteis para a educação e motivação de pacientes cegos e/ou com baixa visão.

Aprendendo com sucata

Larissa Fernandes Magalhães^{1},
Suziani Teixeira Moreira,
Thaynnara Matos de Sousa¹,
Maglly Mainy de Barros
Carvalho¹,
Weydson Moreira de Sousa¹,
Gislene Silva Athayde¹,
Eliana dos Santos Andrade¹,
Garithuzy Macedo Oliveira
Correa¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A disciplina de Clínica Odontológica I, da Faculdade de Ciências do Tocantins, sugere, em seu plano de ensino, o aprimoramento das práticas de educação em saúde com a proposta de elaboração de material didático para educação em saúde bucal com sucata, simulando uma atividade de educação em saúde bucal para os moradores do assentamento fictício Ilha das Flores. Os acadêmicos foram avisados previamente da atividade e que deveriam levar material sucata, tesoura, cola, lápis de colorir, recortes de revista e jornal. No dia da execução, foram divididos em 7 grupos de 6 alunos. Para cada equipe foi estipulado um tema contido no livro Promoção e Proteção da Saúde Bucal na Família, que fora disponibilizado. O tema foi lido, debatido e, em conjunto com os demais membros do grupo, foram criados os objetos de apoio para a realização de atividade educativa. Foi possível perceber durante a execução da atividade o aprimoramento de diferentes habilidades e competências dos acadêmicos que culminou na execução da palestra e exposição dos materiais criados, evidenciando o aprendizado e criatividade que os acadêmicos desenvolveram em um curto espaço de tempo.

O território como lócus de cuidado para a equipe de saúde da família

*Carolina Machado Costa
Pacheco^{1*},
Nayara Soares da Silva¹,
Yanka Costa¹,
Nelson Rodrigues Lima Neto¹,
Pedro Henrique da Luz Pereira
Venâncio¹,
Amndy Regina Garcia Bastos
Oliveira¹,
Garithuzy Macedo Oliveira
Correa¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2012), a definição do território de atuação e de população está sob responsabilidade das UBS e das equipes e é atribuição comum a todos os profissionais participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Baseando no princípio que o profissional deve conhecer a realidade do território onde atua – suas necessidades e potencialidades – e ampliar sua prática nos diferentes espaços comunitários, o módulo de Saúde Bucal Coletiva II, inserida na disciplina de Odontologia e Sociedade II, da Faculdade de Ciências do Tocantins, executou, como previsto em plano de ensino, a construção de mapas de uma micro área da ESF de uma cidade simulada. Visando a identificação de subgrupos sociossanitários importantes para o planejamento de ações de saúde bucal, foi proposta a construção de mapas baseados em fichas de Cadastro Domiciliar que simularam diferentes domicílios de uma cidade fictícia. Os acadêmicos foram avisados previamente da atividade e que deveriam levar cartolina, lápis de colorir, recortes de revista e jornal. No dia da execução, foram divididos em 7 grupos de 6 alunos. Cada aluno recebeu uma ficha de Cadastro Domiciliar, preenchida anteriormente pela professora da disciplina, que o fez baseado em sua experiência prévia de trabalho como dentista da ESF. Cada aluno leu, interpretou sua ficha e, em conjunto com os demais membros do grupo, idealizaram como seria a micro área. Com a apresentação dos mapas, foi possível perceber que cada grupo realizou uma leitura diferente das fichas e quão são importantes o território e a família como lócus de cuidado.

Adaptações para facilitar a higiene bucal de pacientes com limitações motoras

Suzany Mayara Mota Miranda^{1},
Rosely Ribeiro de Sousa¹,
Fernanda Martins Motta¹,
Osvair Fernandes Neto¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A deficiência motora severa atinge mais de 4,4 milhões de pessoas. Destas, mais de 734,4 mil afirmam não conseguir caminhar ou subir escadas. Há dificuldade também em realizar a higienização oral de forma satisfatória e, para minimizar as dificuldades, existem vários tipos de adaptações de escova para os pacientes com deficiência ou cuidadores. Este trabalho tem como objetivo demonstrar e ensinar pacientes com deficiência motora e cuidadores como realizar a higiene da cavidade oral, além de informar cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia e outros profissionais da saúde para poderem orientar seus pacientes das diferentes adaptações propostas. Na mesa demonstrativa serão expostos utensílios de higiene bucal como escovas adaptadas com diversos materiais como gesso, resinas e borrachas e a metodologia para realizar essas adaptações. Espera-se que os pacientes com limitações motoras e os cuidadores possam melhor exercer e manter a saúde bucal com métodos mais facilitados e eficientes, uma vez que a higiene bucal realizada adequadamente pode evitar problemas de saúde tanto bucal como sistêmica.

O caminhar da higiene oral. Da “gestação à maturidade”

Elen Juliana Lemes de Oliveira^{1},
Amanda Cabral¹,
Isllena Rodrigues¹,
Vanessa Soares Galvão¹,
Fernanda Fresneda Villibor¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A higienização bucal é muito importante, pois a boca age em íntima relação com a saúde geral e os maus hábitos podem acarretar doenças bucais ou agravar enfermidades sistêmicas. Dessa forma, o objetivo do trabalho é incentivar e mostrar às pessoas a importância da higiene bucal, assim como os métodos preventivos de doenças. Na mesa demonstrativa serão expostos materiais para instrução de higiene bucal seguindo o seguinte cronograma: 1. Gestantes: mostrar a importância de um cuidadoso hábito de higiene. 2. Bebê: apresentar materiais e métodos de higienização da boca do bebê. 3. Criança de 2-6 anos: mostrar o tipo de escova recomendado, focar a atenção no método de escovação correto para não ser ingerido dentifrício e a importância da supervisão de um adulto. 4. Adulto: exibir escovas específicas que podem ser utilizadas e os materiais inovadores que o mercado oferece. 5. Usuário de prótese: demonstrar métodos de higienização de próteses totais. Além disso, serão apresentados os componentes de dentifrícios e enxaguantes bucais e suas funções, entre outros produtos que o mercado oferece para inovar, motivar e deixar ainda mais prática a rotina de higienização bucal. Espera-se com esse trabalho elucidar e motivar o hábito de higiene bucal nas diferentes idades.

Etapas laboratoriais para a confecção de uma prótese parcial fixa

**Brendda Regina Cordeiro Gama^{1*},
Cristilene Caroline Vieira Fortes¹,
Daiane Landim Borba¹,
Murilo César Dos Santos Paiva¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Tatiana Ramirez Cunha¹**

**¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins**

A perda dos dentes naturais resulta em diminuição da função mastigatória, desequilíbrio oclusal e prejuízo estético ao indivíduo, havendo, portanto, a necessidade de reabilitação para restabelecer o equilíbrio do sistema estomatognático e conforto do paciente. Dentre as opções de tratamento para as perdas dentárias parciais, a prótese parcial fixa, que é uma restauração protética que substitui um ou mais dentes perdidos, apoiando-se em dentes vizinhos ao espaço desdentado, tem sido considerada uma opção estética, custo-efetiva e confortável para muitos pacientes. Sua confecção envolve uma série de etapas clínicas e laboratoriais criteriosas para o sucesso do tratamento. Assim, o objetivo desta mesa demonstrativa é expor o passo a passo laboratorial da confecção de uma prótese parcial fixa a partir de modelos já confeccionados, bem como de fotos e vídeos. Para isso, os seguintes passos foram seguidos: obtenção do modelo de estudo; planejamento protético; obtenção do modelo de trabalho/troqueis; enceramento da infraestrutura; inclusão em revestimento; fundição e injeção do metal; realização do ponto de solda; acabamento e polimento da peça; aplicação do material estético e polimento final. Espera-se com este trabalho permitir ao acadêmico em Odontologia a visualização do passo a passo para a confecção de uma prótese parcial fixa metaloplástica de três elementos, facilitando, assim, o entendimento da sequência laboratorial para a obtenção deste tipo de prótese e reforçando a importância do planejamento e execução adequada de todas as etapas para o sucesso do tratamento reabilitador.

Tipos de suturas indicadas para cirurgia bucomaxilofacial

**Ramon Andrade Rocha^{1*},
Wanderson Oliveira Guimarães¹,
Débora Sofia Ribeiro¹,
Fernanda Rocha¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Rufino José Klug¹**

**¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins**

A Sutura faz parte da síntese que é a manobra cirúrgica responsável para aproximar os tecidos de tal forma a coaptá-los o melhor possível, sendo importante para uma perfeita cicatrização. Dessa forma, neste trabalho iremos demonstrar o quanto é importante o conhecimento sobre os tipos de sutura e como confeccioná-las. O foco é para a área da Odontologia cirurgia bucomaxilofacial e, portanto, serão demonstrados os seguintes pontos: Simples, em U vertical, U horizontal, em X, e os pontos contínuos (Contínuo Simples, Barra Grega e Contínuo Festonado). O trabalho será apresentado em forma de mesa demonstrativa e, além de ser demonstrada a maneira correta de manipular os instrumentais, os participantes da III Jornada Odontológica do Norte do Tocantins poderão reproduzir os variados tipos de pontos em um simulador, com formato de maxila/mandíbula em macro modelo. Dessa forma, espera-se facilitar e aprimorar o ensino-aprendizagem de cirurgia na Odontologia.

Categoria: Mesa Demonstrativa

Uso de anestésicos locais em gestantes

*Alana Virginia Veras de
Almeida^{1*},
Daniela Soares Silva¹,
Luiza Abreu de Oliveira¹,
Pollyana Lopes Junqueira¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Lázaro Raimundo Coura¹*

¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins

A utilização de anestésicos locais pelo cirurgião-dentista visa evitar dores durante os procedimentos odontológicos, entretanto, é preciso escolher a solução anestésica recomendada de acordo com cada paciente. Existe uma variedade de anestésicos locais utilizados na Odontologia, porém o tratamento odontológico em gestantes requer alguns cuidados especiais, mas não é contraindicado. Portanto, o objetivo desse trabalho foi desmitificar a crença popular que grávidas não podem receber atendimentos odontológicos, visando possibilitar o esclarecimento, a compreensão e o entendimento que os anestésicos locais podem ser usados sem causar danos às gestantes e ao feto. Dessa forma, será apresentado, na forma de mesa demonstrativa, como o anestésico local atua no útero. Para isso, será utilizado: manequins de útero e coração, cateter nasal, seringa descartável, corante e balão. Será realizada uma simulação da anestesia, usando corante, para simbolizar o anestésico prilocaína; balão como representante do útero; cateter para mostrar a dispersão do anestésico na corrente sanguínea entre a boca e o útero, causando a contração da musculatura lisa. Além disso, os manequins do útero e do coração serão utilizados para demonstrar os tipos de musculatura. Conclui-se que o uso de prilocaína deve ser evitado em altas concentrações por induzir contração uterina. A lidocaína 2% é o anestésico mais indicado para gestantes. O melhor tratamento para evitar complicações é o conhecimento sobre os anestésicos e a escolha do sal para cada caso específico. Qualquer intervenção odontológica pode ser realizada durante a gravidez com precauções para evitar problemas e desconforto à gestante.

Escovas dentais: formas de armazenamento e análise de contaminação fúngica

Samara Brito de Aguiar^{1},
Andressa Costa Oliveira¹,
Bruna Leite Bezerra¹,
Caroline Alves Sousa¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro¹,
Amanda Rocha Mortoza¹*

*¹FACIT - Faculdade de Ciências do
Tocantins, Araguaína - Tocantins*

A escova dental, um instrumento efetivo no controle do biofilme dental, pode se tornar um veículo de disseminação de micro-organismos na cavidade bucal. A escova deve ser armazenada em local adequado e ser submetida à desinfecção frequente, o que evita que ela se torne um reservatório de micro-organismos. Existem patologias orais causadas por fungos, como a candidíase oral, que podem ser evitadas tomando os devidos cuidados com as escovas. O objetivo desse trabalho (projeto piloto de pesquisa) foi expor em mesa demonstrativa as formas adequadas e inadequadas de armazenamento de escovas dentais e analisar a presença de contaminação fúngica em escovas dentais. Para tal, foi confeccionada uma maquete de banheiro para demonstrar os locais adequados e inadequados de armazenamento de escovas, e foram coletadas 3 escovas dentais usadas e armazenadas de forma inadequada por 3 meses a fim de analisar a presença de fungos. Parte das cerdas das escovas foram retiradas e semeadas em ágar Sabouraud com cloranfenicol por 7 dias à temperatura ambiente. Como controle foi utilizado água destilada estéril. Houve crescimento apenas de fungos, sendo observadas formas filamentosas e leveduriformes. Conclui-se que as escovas acumulam fungos, portanto faz-se necessário armazená-las e desinfetá-las adequadamente, minimizando as possíveis infecções fúngicas.